

Erken Postpartum Dönemde Kanıta Dayalı Yaklaşımlar

Yasemin Aydın Kartal¹,
Begüm Can²

Özet

Erken postpartum dönem, anne ile yenidoğan açısından en kritik evrelerden biridir. Bu dönemde kanıta dayalı yaklaşımlar; anne sağlığının korunması, olası komplikasyonların erken saptanması ve anne-bebek bağlanmasının desteklenmesini hedefler. Anne için vajinal kanama miktarının düzenli değerlendirilmesi, uterusun tonusu ve fundus yüksekliğinin izlenmesi, nabız, ateş ve kan basıncı gibi yaşamsal bulguların belirli aralıklarla takibi temel uygulamalardır. İlk saatlerde emzirmenin başlatılması hem laktasyonu destekler hem de postpartum kanamanın azalmasına katkıda bulunur. Gereksiz müdahalelerden kaçınmak, mobilizasyonu teşvik etmek, ağrı yönetimini bireyselleştirmek ve anneye sürekli eğitim-danışmanlık sunmak kanıta dayalı bakımın temel unsurlarıdır. Bu kapsamlı yaklaşım, anne ve yenidoğan için güvenli bir iyileşme süreci sağlayarak olası komplikasyonların önlenmesine yardımcı olur.

1. Giriş

Doğum sonrası haftalar, annenin ve bebeğin uzun vadeli sağlık ve iyilik hâlini şekillendiren kritik bir dönemdir. Kadınların ve bebeklerin sağlığını en üst düzeye çıkarabilmek için postpartum bakım, tek seferlik bir görüşme yerine sürekli bir süreç olarak ele alınmalı ve sunulan hizmetler her kadının bireysel gereksinimlerine göre uyarlanmalıdır (ACOG, 2018). Bu dönemde lohusaların yaşam bulgularının düzenli takibi, kanama ve uterus involüsyonunun izlenmesi, perine ve meme sağlığının değerlendirilmesi,

- 1 Profesör Doktor, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, yasemin.aydin@sbu.edu.tr, 0000-0001-7464-945X
- 2 Araştırma Görevlisi, Karabük Üniversitesi, begumcan@karabuk.edu.tr, 0009-0005-6962-5011

ağrı yönetimi, emosyonel durumun gözlenmesi ve erken komplikasyonların erken fark edilmesi, güncel kanıtların önerdiği temel bakım uygulamaları arasındadır. Sağlık profesyonellerinin, ilk 24 saatten başlayarak sonraki günlere uzanan izlemlerde sistematik ve yapılandırılmış bir yaklaşım benimsemesi; postpartum kanama, enfeksiyon, tromboembolik olaylar, üriner problemler ve psikolojik zorluklar gibi risklerin erken tanınmasına olanak sağlayarak anne sağlığının korunmasında önemli bir rol oynamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

2. Doğum Sonu İzlem Zamanlaması

Doğumdan sonraki haftalar, anne ve bebeğin uzun dönem sağlığı ve iyilik hâlinin şekillendiği kritik bir dönemdir. Bu nedenle doğum sonrası bakım, tek bir kontrolden ibaret olmamalı; annenin bireysel gereksinimlerine göre yapılandırılmış, sürekliliği olan bir süreç olarak ele alınmalıdır (ACOG, 2018).

T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'ne göre doğum sonu dönemde bir kadının en az altı kez izlenmesi önerilir. İlk üç izlem hastanede, son üç izlem ise evde veya sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmektedir.

- ✓ 1.İzlem: Doğumu takip eden 0–1 saat içinde.
- ✓ 2.İzlem: Doğumu takip eden 1–6 saat içinde.
- ✓ 3.İzlem: Doğumu takip eden 6–24 saat içinde.
- ✓ 4.İzlem: Doğumu takip eden 2.–5. günler arasında
- ✓ 5.İzlem: Doğum sonrası 13–17. günler arasında.
- ✓ 6.İzlem: Doğum sonrası 30–42. günler arasında (Sağlık Bakanlığı, 2018).

ACOG, tüm kadınların doğumu izleyen ilk 3 hafta içinde kadın sağlığı uzmanı veya ilgili sağlık profesyonelleri ile temas kurmasını önermektedir. Bu ilk değerlendirmenin ardından, annenin ihtiyaçları doğrultusunda bakım süreci devam etmeli ve doğumdan en geç 12 hafta sonra kapsamlı bir postpartum değerlendirme ile süreç tamamlanmalıdır (ACOG, 2018).

	Öneri	Öneri Kategorisi
Postnatal Bakım Temaslarının Zamanlaması	En az dört postnatal bakım teması önerilir. Sağlıklı kadın ve yenidoğanlar, doğumun ardından sağlık kuruluşunda en az 24 saat postnatal bakım almalıdır. Evde doğum yapılmışsa, ilk temas doğumdan sonraki 24 saat içinde olmalıdır. Üç ek temas önerilir: 48–72 saat, 7–14 gün ve doğumdan sonra 6. hafta.	Önerilir

(WHO, 2022).

Doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde tüm kadınlarda düzenli olarak çeşitli klinik değerlendirmeler yapılır. Bu dönemde vajinal kanama miktarı, mesane fonksiyonu, uterin tonus, bağırsak hareketleri, fundus seviyesinin durumu, epizyotomi varsa iyileşme süreci, vücut ısı, baş ağrısı varlığı, nabız, kan basıncı ve yorgunluk düzeyi takip edilir. Ayrıca sırt ağrısı ve idrar çıkışı da gözlemlenir (WHO, 2022).

İlk 24 saatten sonraki her doğum sonrası kontrolde ise annenin genel iyilik hali sorgulanmaya devam edilir. Bunun yanında perinenin iyileşme süreci ve perineal ağrı, tromboembolizm, anemi ve preeklampsie işaret eden bulgular ile olası enfeksiyon belirtileri değerlendirilir. Doğrulanmış bir tarama aracı kullanılarak doğum sonrası depresyon ve anksiyete açısından değerlendirme yapılır; sonuç pozitifse kadınların ilgili uzmanlara yönlendirilmesi sağlanır. Ayrıca tütün kullanımı sorgulanır ve gerekli danışmanlık hizmeti sunulur (WHO, 2022).

	Öneri	Öneri Kategorisi
Tüberküloz Taraması (Genel Nüfus – $\geq$ %0,5 TB Prevalansı)	TB hastalığı prevalansı %0,5 ve üzeri olan bölgelerde, postpartum kadınlar dâhil genel popülasyonda sistematik tüberküloz taraması yapılabilir.	Duruma Özgü Öneri
Tüberküloz Taraması ($\geq$ 100/100.000 Prevalans)	TB prevalansının 100/100.000 veya daha yüksek olduğu bölgelerde postpartum kadınlarda sistematik TB taraması yapılabilir	Duruma Özgü Öneri

(WHO, 2022).

3. Vital Bulguların Değerlendirilmesi

Doğum sonrası ilk saatlerde anne sağlığının yakından izlenmesi esastır. Bu kapsamda kan basıncı, nabız, solunum sayısı ve vücut sıcaklığı gibi temel vital bulgular ilk bir saat 15 dakikada bir değerlendirilir. Doğumdan sonraki 1. ve 2. saatler arasında izlemler 30 dakikada bir sürdürülür. Takip eden 2.-6. saatlik dönemde ise değerlendirmelerin saatlik aralıklarla yapılması önerilir (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

- **Kan basıncı:** 140/90 mmHg veya üzerinde ise preeklampsi açısından değerlendirilmelidir. Şok indeksi (nabız / sistolik kan basıncı) 0,8'in üzerindeyse kanama açısından değerlendirilmelidir. Hipotansiyon ($\leq 90/50$ mmHg) durumunda anneyi kanama açısından değerlendirilmelidir.
- **Nabız:** 60/dk'nın altı veya 100/dk'nın üstü ise hasta yakın takip edilmelidir.
- **Solunum sayısı:** 10/dk'nın altı veya 20/dk'nın üstü ise hasta yakın takip edilmelidir.
- **Ateş ölçümü:** En az bir kez ölçülmeli; enfeksiyon şüphesi varsa ateşi düzenli olarak takip edilmelidir.
- **Kanama ve uterus izlemi:** Doğum sonrası kanama ve uterus durumu düzenli olarak değerlendirilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

4. Kanama ve Uterus İnvölüsyonu Değerlendirilmesi

Sağlık Bakanlığı, doğum sonrası kanamanın önlenmesi amacıyla doğumun üçüncü evresinde aktif yaklaşım uygulanmasını önermektedir. Bakanlık, aktif yaklaşımda ilk seçenek olarak Oksitosin kullanılmasını; intramusküler olarak 10 ünite veya intravenöz olarak 10 ünite, 3–5 dakika içinde uygulanmasını tavsiye etmektedir.

Postpartum kanama açısından yüksek riskli gruplarda (çoğul gebelik, makrozomik bebek, uzamış doğum eylemi, myom, obezite, ileri yaş vb.), 20 ünite Oksitosin'in 1000 cc %0,9 NaCl veya 1000 cc Ringer Laktat solüsyonu içinde 125 cc/saat hızında infüze edilmesini önermektedir.

Sezaryen doğum yapılan olgularda, alternatif olarak Karbetosin'in 100 mikrogram IV bolus şeklinde, 1 dakika süreyle uygulanması önerilmektedir.

Oksitosin temin edilemediği veya güvenli kullanım açısından uygun olmadığı durumlarda, plasenta doğumunu takiben 600 mikrogram oral Misoprostol verilmesi Sağlık Bakanlığı tarafından önerilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Doğum sonrası ilk bir saat içinde, uterin fundus genellikle umbilikus seviyesinde veya hemen üzerinde ve serttir. Postpartum uterus tonusu, ilk yarım saat boyunca 5–10 dakikada bir, sonraki yarım saatte 15 dakikada bir ve doğumdan sonraki iki saate kadar yarım saatte bir kontrol edilmelidir.

Uterus sert veya kontrakte değilse, yumuşak hareketlerle fundus masajı yapılmalı; bu sayede uterusun kontrakte olması ve kanamanın azalması sağlanmalıdır. Anneye fundusun hissedilmesi öğretilmeli ve kendi kendine fundus masajı yapması konusunda cesaretlendirilmelidir.

Fundus masajına rağmen uterus involusyonu yeterli değilse veya uterus içinde ya da serviks ağzında normalden fazla pıhtı olduğu düşünülüyorsa, bir el simfizis pubis üzerinden uterusun alt bölümünü desteklerken diğer el ile fundusa yumuşak baskı uygulanarak pıhtıların atılması sağlanmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2018).

	Öneri	Öneri Kategorisi
Uterus Masajı	Profilaktik olarak Oksitosin uygulanan kadınlarda, postpartum kanamayı önlemek amacıyla sürekli uterus masajı yapılması önerilmemektedir.	Önerilmez

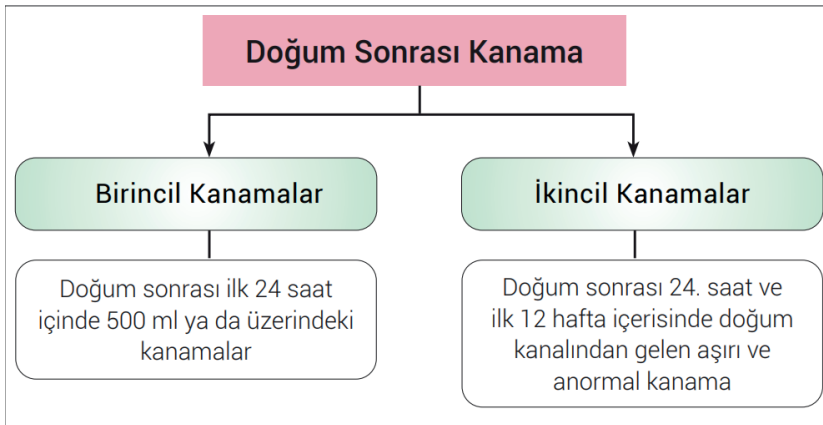
(WHO, 2018)

4.1. Profilaktik Uterotonikler

İlaç/Ürün	Doz / Uygulama Yolu	Maksimum Doz	Yorumlar
Oksitosin Vajinal doğum	10 IU IM/IV. IV uygulama 3–5 dakika içinde yavaş enjeksiyonla	Tekrar doz önerilmez	Soğuk zincir gerektirir. Hızlı IV bolustan kaçınılmalıdır.
Oksitosin Sezaryen doğum	3–5 IU IV, 1–2 dakika içinde yavaş enjeksiyon. Gerekirse 10 IU IV yavaş bolus	10 IU IV yavaş bolus	—

Syntometrine	Oksitosin 5 IU + Ergometrin malcat 500 mcg (1 mL'de) IM	Tekrar doz önerilmez	Soğuk zincir gerektirir. Antiemetik ile birlikte uygulanmalıdır. Şiddetli hipertansiyona neden olabilir. Retanse plasenta ve preeklampside kontrendikedir.
Karbetosin	100 mcg IM/IV	Tekrar doz önerilmez	Isıya dayanıklı formu soğuk zincir gerektirmez. Genel anestezi ile birlikte önerilmez. Yarı ömrü uzatılmış, etki süresi daha uzun olacak şekilde modifiye edilmiştir. Yarı ömrü 40 dakikadır (oksitosine kıyasla 3–17 dakika). Oksitosine göre maliyeti daha yüksektir.
Misoprostol	600 mcg sublingual	Tekrar doz önerilmez	Diğer uterotonikler mevcut değilse kullanılır. Isıya dayanıklıdır, soğuk zincir gerektirmez. Sublingual, oral, vajinal veya rektal uygulamadan 9–15 dakika sonra emilir. Oral ve sublingual uygulamalar hızlı etki başlangıcı sağlar. Vajinal ve rektal uygulamalar daha uzun süreli etki sağlar. Uterin tonusu artırması 1–2,5 saat sürebilir.

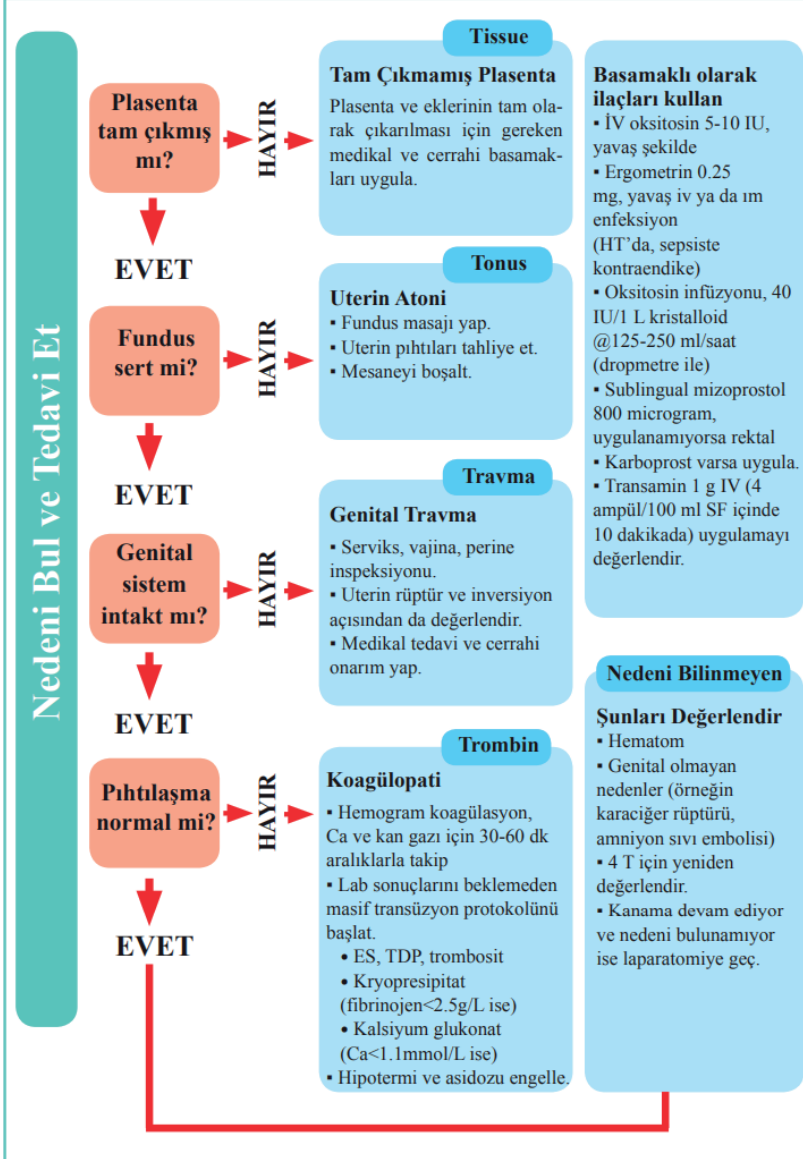
(Queensland Maternity Education, 2025)



Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2025b)

4.2. Postpartum Kanamada 4T Yaklaşımı

Doğum sonrası kanamanın başlıca nedenleri tonus (%70–80), travma (%20), doku (%10) ve trombin (<%1) olarak sıralanmaktadır (Queensland Maternity Education, 2025).



Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2025b)

4.3. Postpartum Kanamada Risk Faktörleri

Gebelik Öncesi / Antenatal Risk Faktörleri

- Anne yaşı > 35 yıl
- Etnik köken (Asyalı, Sub-Sahra Afrika, Pasifik Adaları)
- Parite > 3
- Önceki uterin cerrahi
- Önceki sezaryen (placenta praevia veya PAS ile/olmayan)
- Plasenta praevia
- Antepartum kanama veya plasenta dekolmanı
- Önceki PPH (>1000 mL veya >1500 mL)
- Uterin miyom
- Preeklampsi (şiddetli bulgular)
- Obezite (BKİ >35)
- Antikoagülan kullanımı
- Anemi (Hb $\leq$ 9 g/dL veya gebelikte Hb düşüşü)
- Yardımlı üreme teknikleri (IVF/ICSI)
- Gestasyonel diyabet
- Çoğul gebelik
- Polihidramnios
- İlaç kaynaklı atoni (Mg sülfat, SSRI, Nifedipin)
- Makrozomi (>4000 g)
- Kalıtsal kanama bozuklukları (VWD, platelet fonksiyon bozuklukları)

Doğum Sırasında / İntrapartum Risk Faktörleri

- Doğumda oksitosin kullanımı
- Uzamış ikinci evre ($\geq$ 2 saat)
- Uzamış üçüncü evre ($\geq$ 30 dakika)
- Retained plasenta
- Plasenta manuel çıkarımı

- Yardımlı vajinal doğum
- Sezaryen doğum (acil veya planlı)
- Perineal travma (epizyotomi, 2. derece üstü yırtık)
- Uterin rüptür
- Genel anestezi
- Enfeksiyon (PROM, ateş $>38^{\circ}\text{C}$, koryoamniyonit)
- Non-sefalik prezentasyon
- Hızlı doğum (precipitate labour) (Queensland Maternity Education, 2025).

Kan kaybı (mL)	Sistolik kan basıncı	Belirti ve bulgular	Şok derecesi
500–1000 mL	Normal	Çarpıntı, baş dönmesi, taşikardi	Kompanse
1000–1500 mL	Hafif düşüş	Halsizlik, terleme, taşikardi	Hafif
1500–2000 mL	Belirgin düşüş (70–80 mmHg)	Huzursuzluk, solukluk, oligüri	Orta
2000–3000 mL	Derin düşüş (50–70 mmHg)	Çökme, hava açlığı, anüri	Şiddetli

(Queensland Maternity Education, 2025)

4.4. Postpartum Kanama (PPH) Önleme, Tanı ve Yönetimi için WHO Önerileri

A. Antenatal Öneriler

Öneri	Öneri Kategorisi
Gebelikte anemiye teşhis etmek için tam kan sayımı önerilir. Bu test yoksa hemoglobinometre ile sahada hemoglobin ölçümü, renk skalasına göre tercih edilir.	Duruma özgü öneri
Gebelerde anemi, lohusalık sepsisi, düşük doğum ağırlığı ve erken doğumu önlemek için günlük 30–60 mg demir + 400 μg folik asit önerilir.	Önerilir

Öneri	Öneri Kategorisi
Günlük demirin tolere edilmediği ya da kabul edilmediği, gebelerde anemi prevalansının %20'den düşük olduğu yerlerde haftada bir 120 mg demir + 2800 µg folik asit önerilir.	Duruma özgü öneri
Oral demirin kullanılmadığı, tolere edilmediği veya hızlı düzeltme gerektiğinde intravenöz demir tedavisi önerilir.	Duruma özgü öneri

Kaynak: (WHO, 2025)

FIGO'nun gebelikte anemiye ilişkin önerileri:

- Tüm gebelerde anemi taraması: İlk başvuru sırasında ve 28. haftada tam kan sayımı yapılması önerilir.
- Kaynak kısıtlıysa: Tarama için Hb veya hematokrit ölçümü kullanılabilir.
- Demir eksikliğini önlemek için: Tüm gebelere günlük 30–60 mg elementer demir oral takviyesi önerilir (Ubom vd., 2025).

Yapılan kapsamlı meta-analiz, farklı mikro besin desteklerinin anne, doğum ve çocuk sağlığı üzerindeki etkilerini değerlendirmiş ve özellikle çoklu mikro besin desteğinin, erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve gebelik haftasına göre küçük bebek riskini azalttığını göstermiştir. Demir-folik asit desteği anne anemisinde belirgin iyileşme sağlarken, lipid bazlı beslenme desteği ek bir fayda sunmamıştır. Tekli mikro besinlerin etkileri sınırlı kalmış ve hiçbir müdahalenin anne, yenidoğan veya bebek ölümleri üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı ortaya konmuştur (Oh vd., 2020).

Başka bir meta analizde aralıklı ve günlük demir folik asit takviyesinin gebelik sonuçları üzerinde etkisi karşılaştırılmıştır. Aralıklı rejim uygulanan gebelerde daha düşük gastrik yan etkiler ve daha iyi ilaç uyumu görülmüştür. Gruplar arasında anemi insidansında bir fark olduğuna dair net bir kanıt bulunmamıştır (Chillo vd., 2025).

B. İntrapartum Öneriler

Öneri	Öneri Kategorisi
2. evrede perineal travmayı azaltmak için perine masajı, ılık kompres, ellerle destek gibi teknikler önerilir.	Önerilir
Spontan vajinal doğumlarda rutin epizyotomi önerilmez.	Önerilmez

Kaynak: (WHO, 2025)

C. Postpartum Öneriler

Öneri	Öneri Kategorisi
Üçüncü evrede PPH'yi önlemek için tek bir uterotonik kullanımı önerilir: oksitosin, karbetosin veya misoprostol. - Oksitosin 10 IU IM/IV tüm doğumlarda PPH profilaksisi için önerilir. - Karbetosin 100 µg IM/IV önerilir; soğuk zincirin olmadığı yerlerde ısıya dayanıklı formu tercih edilir. - Misoprostol 400–600 µg oral tüm doğumlarda PPH'nin önlenmesi için önerilir.	Önerilir
Vajinal doğumlarda IV damar yolu varsa oksitosinin IV yavaş (1–2 dk) uygulanması, IM uygulamaya tercih edilir.	Duruma özgü öneri
Aşağıdaki uterotonikler PPH profilaksisi için önerilmez: - Ergometrin/methylelrgometrin önerilmez. - Oksitosin + ergometrin (5 IU/500 µg IM) önerilmez. - Enjeksiyon prostaglandinleri (karboprost, sulproston) önerilmez.	Önerilmez
Birden fazla uterotonik mevcutsa oksitosin 10 IU IM/IV birinci seçenek olarak önerilir.	Önerilir
Soğuk zincirin korunamadığı yerlerde ısıya dayanıklı karbetosin 100 µg önerilir; yoksa misoprostol kullanılabilir.	Duruma özgü öneri
Sağlık çalışanı olmayan toplum sağlığı çalışanları tarafından misoprostol verilmesi, enjeksiyon yapılamayan yerlerde önerilir.	Duruma özgü öneri
Evde doğum yapılan yerlerde, misoprostolün antenatal dönemde kadınlara dağıtılarak kendi kendine kullanımına izin verilebilir; dikkatli izlem gereklidir.	Duruma özgü öneri
Vajinal doğumda PPH'nin önlenmesi için traneksamik asit önerilmez.	Önerilmez
Sezaryen doğumda PPH'nin önlenmesi için traneksamik asit önerilmez.	Önerilmez
Eğitimli personel varsa, hafif kan kaybı ve üçüncü evre süresini azaltmak adına kontrollü kord traksiyonu uygulanabilir.	Duruma özgü öneri
Eğitimli personelin olmadığı yerlerde kontrollü kord traksiyonu önerilmez.	Önerilmez
Sezaryen sırasında plasentanın çıkarılması için kord traksiyonu önerilir.	Önerilir

Erken kord klemp (<1 dakika) önerilmez; sadece bebeğin re-süsitasyon için hemen taşınması gerektiğinde yapılır.	Önerilmez
Profilaktik oksitosin alan kadınlarda sürekli uterin masaj PPH önleme yöntemi olarak önerilmez.	Önerilmez

Kaynak: (WHO, 2025)

Yapılan güncel bir meta-analizde postpartum kanamayı önlemede kullanılan uterotonik ilaçların karşılaştırmalı etkinliği değerlendirilmiştir. Bulgular, plaseboya göre tüm ajanların kanama ≥ 500 mL riskini azalttığını, oksitosinle karşılaştırıldığında ise özellikle ergometrin + oksitosin ve misoprostol + oksitosin kombinasyonlarının daha etkili olduğunu göstermiştir. Carbetocin, enjeksiyon prostaglandinleri ve tek başına ergometrin oksitosinle benzer düzeyde etki sunarken, misoprostolün tek başına etkinliğinin daha düşük olabileceği belirtilmiştir. Şiddetli kanama (≥ 1000 mL) için de kombinasyon tedavileri en güçlü seçenekler olarak öne çıkmış; ek uterotonik gereksinimini azaltmada misoprostol + oksitosin ve carbetocin, kan transfüzyonu ihtiyacını azaltmada ise misoprostol + oksitosin ile ergometrin + oksitosin daha avantajlı bulunmuştur. Yan etkiler açısından oksitosin en iyi tolere edilen ajan olurken, misoprostol, ergometrin ve prostaglandinler bulantı, kusma, ishal ve ateş gibi istenmeyen etkilerin daha sık görülmesine neden olmuştur. Genel olarak, kombine tedaviler etkinlik açısından üstün, oksitosin ise güvenlik bakımından en avantajlı seçenek olarak belirlenmiştir (Gallos vd., 2025).

Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada düşük PPH riski olan 150 gebe kadında karbetosin ve misoprostolün etkinliği değerlendirilmiştir. Yenidoğan doğumundan sonra, karbetosin grubuna intravenöz olarak bir ampul karbetosin ($100 \mu\text{g/mL}$) ve misoprostol grubuna üçüncü evrenin aktif yönetimi için iki rektal misoprostol tableti ($800 \mu\text{g}$) verilmiştir. Karbetosin grubunda kan kaybı anlamlı derecede daha azdı, üçüncü evre daha kısaydı ve ek uterotoniklere veya uterus masajına daha az ihtiyaç duyuldu. İki ilaç da hemodinamik olarak güvenliydi. Doğum sonrası hemoglobin düzeyleri iki grupta da benzerdi. Yan etkiler misoprostol grubunda daha yaygındı (Maged vd., 2020).

D. PPH Tanı Önerileri

Öneri	Öneri Kategorisi
PPH'nin erken tanısı için objektif kan kaybı ölçümü (kalibre drape vb.) önerilir.	Önerilir
Riskli kadınları belirlemek için ≥ 300 mL kan kaybı + anormal hemodinami veya ≥ 500 mL kan kaybı kriterleri önerilir.	Önerilir
Uterin tonusun abdominal değerlendirilmesi uterin atoninin erken tanısı için önerilir.	Önerilir

Kaynak: (WHO, 2025)

E. Doğum Sonrası Kanamanın İlk Müdahale Tedavisi Önerileri

Öneri	Öneri Kategorisi
PPH tedavisinde IV oksitosin ilk seçenek olarak önerilir.	Önerilir
Oksitosin yoksa/yanıt alınmazsa IV ergometrin, oksitosin-ergometrin kombinasyonu veya prostaglandinler (800 μ g sublingual misoprostol dahil) önerilir.	Önerilir
PPH tedavisinde uterin masaj önerilir.	Önerilir
PPH'de standart bakıma ek olarak ilk 3 saat içinde IV traneksamik asit önerilir.	Önerilir
IV sıvı resüsitasyonunda kristalloidler kolloidlerden daha çok önerilir.	Önerilir
Uterin masaj, uterotonik, traneksamik asit, IV sıvı, genital muayene ve hızlı sevki içeren standart PPH tedavi paketi önerilir.	Önerilir
Vajinal doğum sonrası plasenta retansiyonunun tedavisi için uterotonik ajanların kullanımı, sadece doğum sonrası kanama varlığında önerilir.	Duruma özgü öneri
Manuel plasenta çıkarmada rutin antibiyotik profilaksisi önerilir.	Önerilir
Plasantanın retansiyonunda umbilikal vene oksitosin enjeksiyonu sadece araştırma koşullarında önerilir.	Araştırma bağlamı öneri

Kaynak: (WHO, 2025)

Bir metaanalizde postpartum hemorajinin ilk basamak tedavisinde kullanılan uterotonik ajanların etkinlik ve güvenliği karşılaştırılmıştır. Yedi randomize çalışmadan elde edilen bulgular, misoprostolün oksitosine kıyasla daha fazla kan transfüzyonu gereksinimi ve daha yüksek yan etki (özellikle ateş ve kusma) riski taşıdığını göstermektedir. Misoprostol + oksitosin kombinasyonu oksitosine benzer etkinlikte olup belirgin şekilde daha fazla yan etki bildirilmiştir. Bununla birlikte, indirekt karşılaştırmalar kombinasyonun misoprostole göre daha az kan kaybı ve transfüzyon ihtiyacı ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Genel olarak oksitosin en istikrarlı güvenlik profiline sahip görünürken, kanıtlar sınırlı ve birçok sonuç düşük kesinliktedir (Parry Smith vd., 2020).

Yapılan çift kör randomize çalışmada oksitosine yanıt vermeyen uterin atoninin tedavisinde metilergonovin ve karboprost karşılaştırılmıştır. Yüz hastada yapılan değerlendirmede 10. dakikadaki uterin tonus skorları iki ilaç arasında anlamlı fark göstermemiştir. Ek uterotonik kullanım gereksinimi, kan kaybı miktarı, transfüzyon gereksinimi ve diğer PPH müdahaleleri açısından da farklılık bulunmamıştır. Bulgular, metilergonovin ve karboprostun bu endikasyonda benzer etkinlikte olduğunu ve her iki ajanın da kabul edilebilir tedavi seçenekleri olduğunu göstermektedir (Cole vd., 2024).

F. Dirençli Postpartum Kanamanın Tedavisi

Öneri	Öneri Kategorisi
Bimanuel kompresyon, uygun bakım gelene kadar geçici bir müdahale olarak önerilir.	Duruma özgü öneri
Eksternal aortik kompresyon geçici müdahale olarak önerilir.	Duruma özgü öneri
Non-pnömatik anti-şok giysisi geçici bir müdahale olarak önerilir	Duruma özgü öneri

Kaynak: (WHO, 2025)

Yapılan bir sistematik derleme, primer postpartum kanamanın tedavisinde kullanılan mekanik ve cerrahi yöntemleri değerlendiren 9 küçük randomize çalışmayı içermektedir. Çalışmalar arasındaki heterojenite ve düşük metodolojik kalite nedeniyle meta-analiz mümkün olmamış ve elde edilen kanıtların çoğu çok düşük düzeyde bulunmuştur. İntrauterin tamponad yöntemleri (Bakri balonu, kondom kateter, lateks balon) ve dış uterin kompresyon gibi müdahalelerin etkileri büyük ölçüde belirsizdir. Sınırlı kanıt, modifiye B-Lynch sütürünün histerektomi ve kan kaybını azaltabileceğini düşündürse de genel olarak mekanik ve cerrahi PPH tedavilerine ilişkin güvenilir sonuçlara ulaşılamamıştır (Kellie vd., 2020).

4.5. Sağlık Bakanlığı Postpartum Kanama Algoritması

POSTPARTUM KANAMA ALGORİTMASI

Kan kaybı > 500 ml

Devam eden obstetrik kanama veya şok

• **Yardım iste;** kadın doğum uzmanı, ebe, hemşire, nöbetçi sorumlu ve anestezi

- **ABC değerlendirmesi yap.**
- **Maske ile oksijen ver;** 10-15L/dk
- **Sürekli monitorizasyon;** KB, kalp hızı, SpO₂
- **Hastayı sıcak tut.**
- **Nedeni değerlendir.** (4 T) Atonik uterusu masaj yap.
- **IV damar yolu aç;** 2 tane 14-16 G. Acil hemogram, kan grubu ve crossmatch
- (4 Ünite ES, TDP, Plt, Kriopresipitat), koagülasyon testleri (Fibrinogen, aPTT, INR dahil), biyokimya (Ca ve laktat dahil), arteriyel kan gazı
- **İdrar sondası tak;** mesaneyi boşalt, idrar çıkışını takip et.
- **Klinik veya hematolojik olarak gerekiyorsa hemen kan transfüzyonuna başla.**
- **Aşırı kristalloid kullanımından sakın;** 3,5 litreye kadar sıvı verilebilir. Kan temin edilene kadar öncelikle 2 L ısıtılmış izotonik kristalloid ver. Devamında izotonik kristalloid veya kolloid verilebilir. Hydroxyethylstach kullanılmamalı.
- **2 Ünite ES ver;** (0 Negatif veya varsa uygun grup)
- **Sonda tak;** mesaneyi boşalt, idrar çıkışını takip et.
- **Vital bulguları** (5 dk aralıkla) ve **vücut ısısını** (15 dk aralıkla) ölç ve kayıt altına al.

Farmakolojik yaklaşımlardan sonuç alınamadığında cerrahi uygulamalara geçilmesi gerekmektedir.

- İntrauterin balon tamponad (Tamponad testi)
- Lohusanın genel durumu, kanama özellikleri ve yaşamsal bulgularına dikkat edilerek cerrahi uygulama işlemlerine 15-30 dakika içinde başlanabilmektedir.
- Hemostatik kompresyon sütürü
- Bilateral uterin arter ligasyonu / ovarian arter ligasyonu
- Bilateral hipogastik arter ligasyonu / histerektomi (Sağlık Bakanlığı, 2018)

4.6. PPH (Doğum Sonrası Kanama) Tedavisinde Kullanılan İlaçlar ve Kan Ürünleri

İlaç / Ürün	Doz / Uygulama Yolu	Maksimum Doz	Yorumlar
Traneksamik Asit	1 gram, sulandırılmadan IV, 10 dakikada uygulanır	İlk dozdan 30 dk sonra kanama devam ederse veya 24 saat içinde tekrar başlarsa ikinci 1 g verilebilir	Hızlı uygulama hipotansiyon ve baş dönmesine yol açabilir. Enfüzyon pompası kullanılması önerilir.
Oksitosin	10 IU IM	Gecikmiş IV erişimi varsa ilk basamak tedavi olarak tekrar verilebilir	—
	5 IU IV, 1–2 dakika içinde	5 dakika sonra tekrarlanabilir; maksimum 10 IU	—
	5–10 IU/saat IV, infüzyon pompası ile	—	Plasentanın tamamen doğduğundan emin olunmalıdır.

Ergometrin	250–500 mcg IV, 1–2 dakika içinde	5 dakikada bir tekrarlanabilir; maksimum 1 mg	Antiemetik ile birlikte verilir. Şiddetli hipertansiyona neden olabilir. Retanse plasenta ve preeklampside kontrendikedir.
	250–500 mcg IM	—	—
Misoprostol	800–1000 mcg rektal	Tekrar doz önerilmez	Diğer uterotonikler yoksa veya etkisizse kullanılır.
Karboprost	250 mcg IM	15 dakika arayla tekrarlanabilir; maksimum toplam 2 mg (8 doz)	Üretici intramiyometriyal uygulamayı önermemektedir — klinisyenin kararına bağlıdır. Uygulama öncesi kardiyak monitörizasyon ve oksijen tedavisi başlatılmalıdır.
	500 mcg intramiyometriyal	Bilinmiyor / tekrar önerilmez	—
Fibrinojen Konsantresi	3–4 g IV, maksimum hız 5 mL/dk	Bilinmiyor	IV yavaş enjeksiyon veya infüzyon ile uygulanır.
Kriyopresipitat	Bir standart yetişkin dozu IV (10 tam kan ünitesine veya 4 aferez ünitesine eşdeğer)	Bilinmiyor	Tam kandan elde edilir veya aferezle toplanır.

Kaynak: (Queensland Maternity Education, 2025)

5. Ten Tene Temas ve Emzirme

	Öneri	Öneri Kategorisi
Ten tene temas	Komplikasyonu bulunmayan yenidoğanların, doğumdan sonraki ilk saat içinde hipotermiyi engellemek ve emzirmenin başlamasını kolaylaştırmak amacıyla anneleriyle ten tene temas halinde kalmaları önerilmektedir.	Önerilir
Emzirme	Emzirme kapasitesine sahip düşük doğum ağırlıklı bebekler de dahil olmak üzere tüm yenidoğanların, doğum sonrası anne ve bebeğin klinik olarak stabil ve hazır olduğu anda mümkün olan en erken zamanda emzirmeye başlatılması önerilmektedir.	Önerilir

Kaynak: (WHO, 2018)

Sağlık Bakanlığı, her doğum sonrası temasta annelere bebeklerini mümkün olan en kısa sürede emzirmeye başlamaları konusunda rehberlik sağlanmasını, anneye emzirme sürecinde aktif destek verilmesini ve yalnızca anne sütüyle beslemeyi teşvik edecek eğitim ve danışmanlık verilmesini önermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018, 2025b).

6. Doğum Sonrası Koruyucu Önlemler

	Öneri	Öneri Kategorisi
Doğum Sonrası Mastitisi Önleyici Farmakolojik Olmayan Müdahaleler	Mastitisin önlenmesi için kadınlara duyarlı emzirme, doğru pozisyon ve kavrama, el ile süt sağma, kadın tercihine göre sıcak/soğuk kompres kullanımı konusunda danışmanlık ve destek verilmelidir.	Önerilir
Mastitisi Önleyici Farmakolojik Müdahaleler	Mastitisi önlemek amacıyla rutin oral veya topikal antibiyotik profilaksisi önerilmez.	Önerilmez
Doğum Sonrası Kabızlığı Önleme – Diyet ve Bilgilendirme	Kabızlığı önlemek için doğum sonrası kadınlara beslenme önerileri ve kabızlıkla ilişkili faktörler hakkında bilgi verilmelidir.	Önerilir

Kabızlığı Önlemede Laksatif Kullanımı	Doğum sonrası kabızlığın önlenmesi için rutin laksatif kullanımı önerilmez.	Önerilmez
Sorunsuz Vajinal Doğum Sonrası Enfeksiyon Önleme	Komplikasyonsuz vajinal doğum yapan kadınlarda rutin antibiyotik profilaksisi önerilmez.	Önerilmez
Önleyici Antihelmintik Tedavi	Adölesan kızlar ve üreme çağındaki kadınlarda (postpartum ve/veya emziren kadınlar dahil), toprak kaynaklı helmint enfeksiyonu prevalansı %20 ve üzeri olan bölgelerde, yıllık veya iki yılda bir tek doz albendazol (400 mg) veya mebendazol (500 mg) ile önleyici tedavi uygulanması önerilir.	Duruma Özgü Öneri
HIV İçin Oral Maruziyet Öncesi Profilaksi (PrEP)	HIV açısından yüksek risk altında olan postpartum ve/veya emziren kadınlarda, kombine HIV koruma stratejileri kapsamında tenofovir disoproksil fumarat (TDF) içeren oral PrEP'in başlatılması veya sürdürülmesi önerilir.	Duruma Özgü Öneri

Kaynak: (WHO, 2022)

6.1. Yaygın fizyolojik belirti ve semptomlara yönelik müdahaleler

Perineal Ağrı: Parasetamol ve NSAII türü ağrı kesicilerle kontrol edilir. Bölgeye buz uygulamaları, jel paketleri ya da oturma banyoları rahatlama sağlayabilir.

Uterus Krampları (İnvölüsyon Ağrısı): Doğumdan sonraki ilk günlerde uterusun eski boyutuna dönme sürecine bağlı kasılmalar hissedilir. NSAII'ler veya gerekirse hafif opioidler kullanılabilir.

İdrar ve Dışkı Tutamama: Mesane eğitimi, sıvı yönetimi, kilo kontrolü ve pelvik taban egzersizleri tedavinin temelini oluşturur. Pelvik taban eğitiminin cinsel işlev dahil birçok alanda ek yararları vardır.

Hemoroid ve Konstipasyon: Su ve lif alımını artırmak, ozmotik laksatifler ve dışkı yumuşatıcılar şikayetleri hafifletir. Gerekirse hemoroid açısından ek destekler uygulanır.

Tiroid İşlev Bozuklukları: Hipertiroidi genelde tedavi gerektirmez, şikayet varsa beta bloker kullanılabilir. Hipotiroidide tiroid hormon replasmanı yapılır.

Cinsel İşlev Sorunları: Düşük östrojen düzeyleri ve psikolojik etmenler nedeniyle geçici cinsel isteksizlik veya ağrı görülebilir. Cinsel ilişkiye dönüş, ağrı yönetimi ve uygun bilgilendirme önemlidir. Çoğu kadın zamanla toparlar.

Doğum Sonrası Psikiyatrik Sorunlar: Anksiyete ve depresyon doğum sonrası dönemde yaygın olabilir. Tarama için Edinburgh ölçeği tercih edilir. Gebelik ve postpartum süreç boyunca psikososyal destek ve gerekirse psikolojik müdahaleler önerilir. Önceden ruhsal rahatsızlığı olan bireyler için ilaç düzenlemesi ve uzman desteği sağlanır (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

	Öneri	Öneri Kategorisi
Perineal Ağrı İçin Lokal Soğutma	Doğum sırasında meydana gelen perineal travmaya bağlı akut ağrının azaltılması amacıyla, doğum sonrası erken dönemde kadınlara buz paketi veya soğuk ped gibi lokal soğutma yöntemleri uygulanabilir. Uygulama, kadının tercihlerine ve mevcut imkanlara göre planlanmalıdır.	Önerilir
Perineal Ağrı İçin Oral Analjezi	Doğum sonrası perineal ağrının giderilmesi gerektiğinde oral parasetamolün birinci basamak analjezik olarak kullanılması önerilir.	Önerilir
Uterin Kramp / İnvolüsyon Ağrısı İçin Farmakolojik Tedavi	Doğum sonrası uterin kramplara bağlı ağrının giderilmesi amacıyla, kadın tercihleri, klinisyenin deneyimi ve mevcut olanaklar doğrultusunda oral non-steroidal anti-inflamatuar ilaçlar (NSAİİ) kullanılabilir.	Önerilir
Pelvik Taban Güçlendirme İçin Pelvik Taban Egzersizi	Doğum sonrası üriner veya fekal inkontinansı önlemek amacıyla rutin pelvik taban kas eğitimi başlatılması önerilmez.	Önerilmez

Doğum Sonrası Meme Dolgunluğunun Tedavisi – Farmakolojik Olmayan Yöntemler	Postpartum meme dolgunluğunun yönetiminde kadınlara duyarlı emzirme, doğru pozisyonlama ve kavrama, anne sütünün sağılması, kadının tercihlerine göre sıcak veya soğuk kompres kullanımı konularında danışmanlık ve destek verilmelidir.	Önerilir
Meme Dolgunluğunun Tedavisinde Farmakolojik Yöntemler	Postpartum meme dolgunluğunun tedavisinde subkutan oksitosin veya proteolitik enzim tedavisi gibi farmakolojik yöntemlerin kullanılması önerilmez.	Önerilmez
Doğum Sonrası Depresyon ve Anksiyete Taraması	Doğum sonrası depresyon ve anksiyetenin değerlendirilmesi için doğrulanmış bir tarama aracı kullanılmalıdır. Tarama sonucunun pozitif olması durumunda kadınlara tanı ve uygun yönetim hizmetleri sunulmalıdır.	Önerilir
Doğum Sonrası Depresyon ve Anksiyete Riskinin Önlenmesi	Antenatal ve postnatal dönemde psikososyal ve/veya psikolojik müdahalelerin uygulanması, doğum sonrası depresyon ve anksiyetenin önlenmesi için önerilir.	Önerilir

Kaynak: (WHO, 2022)

Cochrane derlemesi, doğum sonrası kabızlığı önlemeye yönelik müdahalelerin etkinlik ve güvenliğini değerlendirmektedir. Toplam 1208 kadını içeren beş çalışmayı kapsamaktadır. Çalışmaların çoğu müşil ilaçlarını plasebo ile karşılaştırmıştır, ancak iki çalışmadaki ilaçların günümüzde kullanılmadığı veya önerilmediği belirtilmiştir. İncelenen çalışmalarda, doğum sonrası kabızlık ya da dışkılama sırasındaki ağrı gibi ana sonuçlar çoğunlukla değerlendirilmemiştir. Sadece senna adlı müşilin bazı kadınlarda ilk 24 saatte dışkılama ihtimalini artırabileceği gösterilmiş, ancak karın krampları gibi yan etkiler de bildirilmiştir. Bir çalışmada müşil + lif ajanının, yalnızca müşile göre belirgin bir fayda sağlamadığı ve hatta dışkı kaçırma riskini artırabileceği görülmüştür. Genel olarak kanıtlar düşük ya da çok düşük kesinliktedir (Turawa vd., 2020).

Yapılan bir sistematik derleme, emziren kadınlarda meme dolgunluğunun tedavisinde kullanılan çeşitli yöntemleri değerlendiren 21 küçük randomize çalışmayı içermektedir. İncelenen müdahaleler arasında lahana yaprakları,

bitkisel kompresler, masaj, soğuk paketler ve medikal tedaviler bulunmaktaydı. Kanıtların çoğu düşük veya çok düşük kalitede olup, ağrı ve sertlik üzerine bazı sınırlı etkiler gözlenmiş; ancak meme şişliği, emzirme süresi ve diğer sonuçlar hakkında güvenilir kanıt bulunmamıştır. Yan etkiler nadir ve genellikle hafif olmuştur. Genel olarak, müdahalelerin etkinliği konusunda belirsizlik devam etmektedir (Zakarija-Grkovic & Stewart, 2020).

Türkiye’de yapılan çalışmaların sistematik derlemesine göre, doğum sonrası emzirme sorunları yaygındır; en sık karşılaşılan sorunlar süt eksikliği endişesi, emzirme deneyim eksikliği ve meme problemleridir. Müdahaleler arasında doğum öncesi eğitim, danışmanlık, sosyal destek, motivasyon ve proaktif emzirme yönetimi, nemli sıcak uygulama, anne sütü ve zeytinyağı kullanımı gibi yöntemler etkili bulunmuştur (Karaçam & Sağlık, 2018).

Doğum sonrası perineal ağrı için yapılan 17 RCT’ye göre, tek doz aspirin bazı kadınlarda 4–8 saat içinde ağrı giderilmesini sağlayabilmektedir, ancak kanıtların güvenilirliği düşük veya çok düşüktür. Aspirin dozu (300–1200 mg) arasında belirgin bir fark bulunmamıştır. Maternal veya neonatal yan etkiler nadir ve rapor edilmemiştir. Sonuç olarak, aspirin bir miktar ağrı rahatlaması sağlayabilir, ancak kanıtlar sınırlıdır ve diğer önemli sonuçlar (emzirme, uzun süreli ağrı, depresyon) hakkında bilgi yoktur (Shepherd & Grivell, 2020).

Yapılan bir meta analiz tek doz parasetamolün vajinal doğum sonrası perineal ağrıyı hafifletebileceğini ve ek ağrı kesici ihtiyacını azaltabileceğini göstermektedir. Kanıtların güvenilirliği düşüktür. Maternal yan etkiler çok az veya hafif olarak bildirilmiş, yenidoğan üzerindeki etkiler ise araştırılmamıştır (Abalos vd., 2021).

7. Bakım ve Danışmanlık

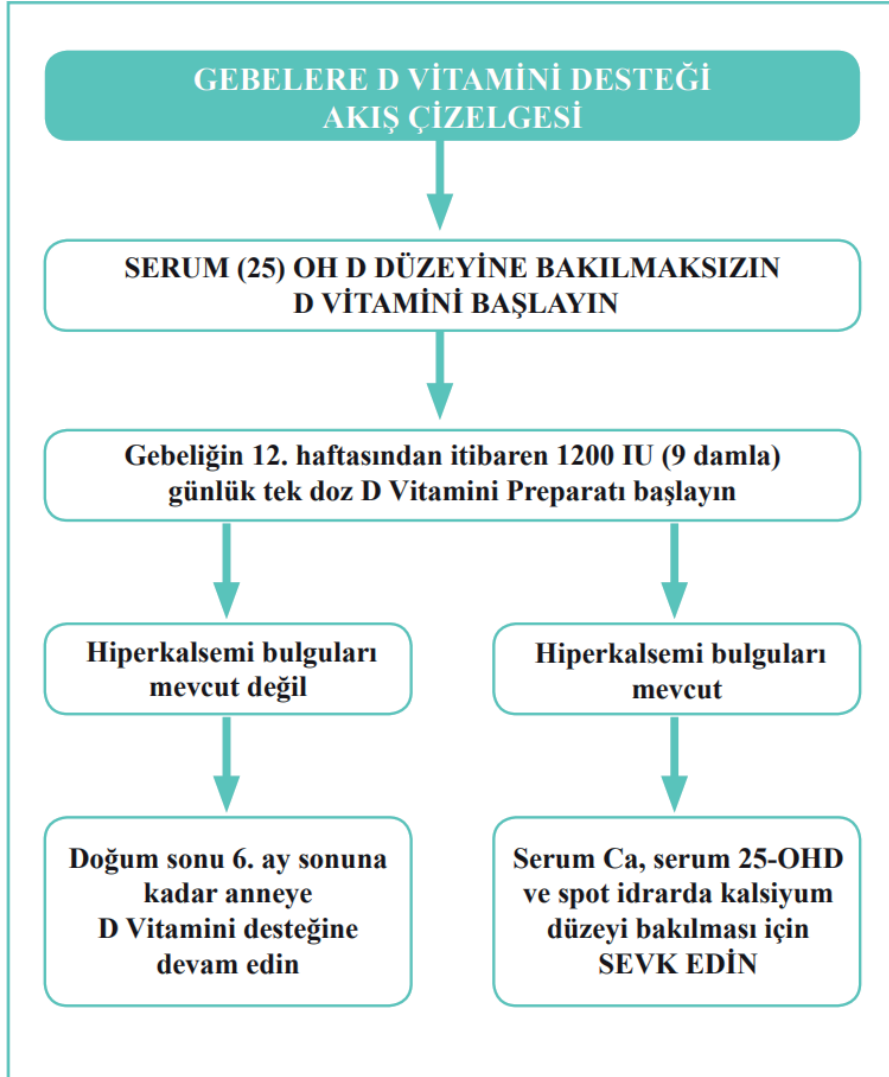
7.1. Risk Değerlendirmesi

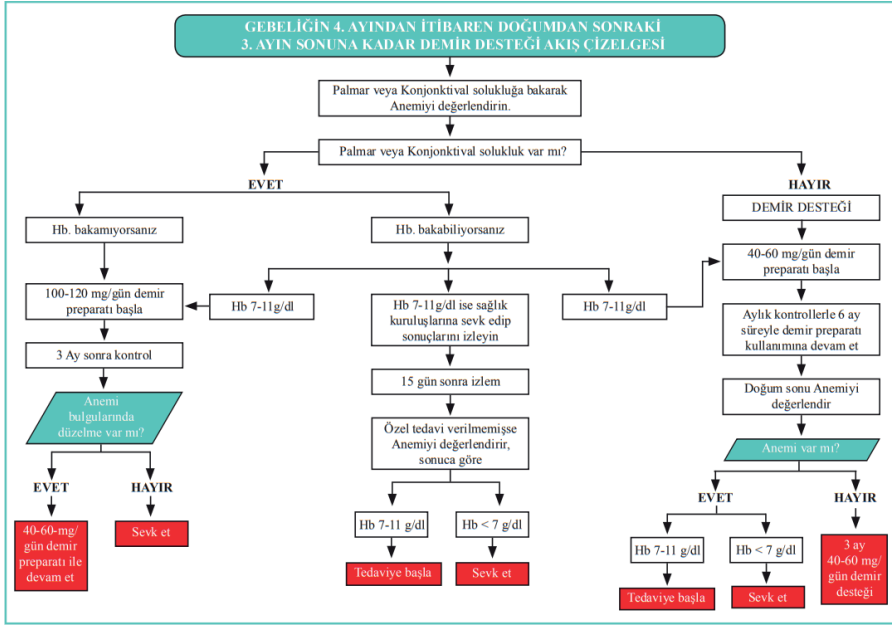
Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formu

1. Rh uyuşmazlığı ve/veya izoimmünizasyon sorgulanması
2. Gebelikte anemi (hemoglobin <11 g/dL).
3. Gebelik öncesi veya gebelikte hipertansiyon
4. Gebelik öncesi veya gebelikte diyabet
5. Gebelik ve sistemik hastalık (kalp hastalıkları, hematolojik hastalıklar vb.)
6. Erken membran rüptürü
7. Uzamış ve/veya hızlı eylem
8. Grandmultiparite
9. Kısa doğum aralığı (2 yıldan az)
10. Adolesan (<18 yaş) veya ileri yaş (>35 yaş) gebelikleri
11. Çoğul gebelik, doğum ağırlığı>4000 g veya polihidramnios
12. Forseps, vakum veya sezaryen doğum
13. Uterin rupture yol açacak uygulamalar (indüksiyon, versiyon, elle halas vb.)
14. Perine ve vajen laserasyonları
15. Daha önce bilinen ruhsal hastalık öyküsü
16. Doğumun hastane dışında gerçekleşmiş olması
17. Düşük sosyoekonomik durum (beslenme bozukluğu vb)
18. Tromboemboli risk faktörlerinin değerlendirilmesi (Bakınız: Gebelikte venöz tromboembolizm yönetim rehberi)

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2018)

7.2. D vitamini ve Demir Desteği





(Sağlık Bakanlığı, 2018)

DSÖ, doğum sonrası kadınlara, anemi riskini azaltmak amacıyla tek başına demir veya demir + folik asit takviyesinin, doğumdan sonraki 6–12 hafta boyunca verilebileceğini önermektedir. Bu öneri, gebelikte aneminin halk sağlığı sorunu olduğu yerler için geçerlidir (Koşullu öneri, düşük kanıt kalitesi).

- DSÖ, gebelik anemisinin %20 veya daha yüksek bir nüfus yaygınlığını orta düzeyde bir halk sağlığı sorunu olarak kabul etmektedir.
- Öneri, emziren veya emzirmeyen tüm kadınlar için geçerlidir.
- Takviye, doğumdan mümkün olan en kısa sürede başlatılmalı ve gebelikte kullanılan rejime uygun olmalıdır.
- Kadınlara, demir ve folik asit takviyesini neden ve nasıl alacakları konusunda danışmanlık verilmeli, yan etkiler hakkında bilgilendirilmeli ve yönetim yolları öğretilmelidir.
- Anemi saptanan kadınlar, ülke politikası veya WHO önerisine göre günlük 120 mg elementel demir + 400 µg folik asit takviyesi ile hemoglobini normale gelene kadar tedavi edilmelidir (WHO, 2016, 2023).

	Öneri	Öneri Kategorisi
Doğum Sonrası A Vitamini Takviyesi	Anne ve bebeğe yönelik morbidite ve mortaliteyi önleme amacıyla postpartum dönemde A vitamini takviyesi yapılması önerilmez.	Öncirilmez

Kaynak: (WHO, 2022)

Yapılan bir randomize kontrollü çalışma, emziren kadınlarda doğum sonrası dönemde kullanılan 27 mg'lık demir takviyesinin demir durumunu ve oksidatif stres belirteçlerini nasıl etkilediğini değerlendirmiştir. Demir takviyesi alan gruplarda hemoglobin düzeylerinde plaseboya kıyasla daha fazla artış saptanmıştır. Özellikle demiri öğün aralarında alan grupta artış eğilimi daha belirgindir. Demir alan iki grup birlikte değerlendirildiğinde, Hb artışı istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu bulgu, doğum sonrası dönemde demir takviyesinin anemi riskini azaltmada etkili olabileceğini göstermektedir. Transferrin saturasyonu (TfSat) ve toplam plazma demiri demir verilen gruplarda plaseboya kıyasla artma eğilimindedir. Hepcidin düzeylerinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Başlangıçta yüksek CRP düzeyi olan kadınlarda ferritin artışı üç grup arasında farklılık göstermemiştir. Ancak CRP'si yüksek olmayan kadınlarda, ferritin düzeyinde demir alan gruplarda anlamlı artış gözlenmiştir. Demir takviyesi oksidatif stres belirteçlerini (izoprostan ve 8-OHdG) artırmamıştır. Bu durum, verilen dozun güvenli olduğuna işaret etmektedir. CRP ve AGP düzeyleri açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Jorgensen vd., 2017).

Başka bir randomize kontrollü çalışma doğum sonrası ilk 48 saat içinde multipar kadınlarda yürütülmüştür. Kadınlar, günlük E vitamini ve D vitamini takviyesi veya plasebo almak üzere rastgele atanmıştır. Ağrı yoğunluğu ve süresi, doğumdan sonraki ilk saatlerden başlayarak belirli aralıklarla değerlendirilmiştir. Başlangıçta gruplar arasında fark gözlenmezken, takviye alan grup sonraki dönemlerde plasebo grubuna kıyasla daha düşük ağrı yoğunluğu ve daha kısa ağrı süresi bildirmiştir. Bu sonuçlar, erken postpartum dönemde D ve E vitamini takviyesinin uterin ağrıyı azaltmada etkili olabileceğini göstermektedir (HosseiniHaji vd., 2025).

Yapılan meta-analiz çalışmasında Intravenöz (IV) demirin, oral demirle karşılaştırıldığında yorgunluğu bir miktar daha fazla azalttığı belirlenmiştir. Oral demirin kabızlık riskini anlamlı şekilde daha fazla artırdığı saptanmıştır. IV demirin, hemoglobini oral demire göre daha hızlı yükseltebildiği yönünde bulgular elde edilmiştir. IV demirle ilişkili ciddi yan etkiler (ör. anafilaksi) çok nadir olup, bu konuda kanıtlar belirsizdir. Kan transfüzyonu, IV demire

göre hemoglobin düzeylerinde belirgin bir üstünlük göstermemiştir. IV + oral demirin, sadece oral demire göre kabızlığı daha az görülebileceği bulunmuştur. Kan transfüzyonu yapılan ve yapılmayan kadınlar arasında emzirme oranlarında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Jensen vd., 2024).

7.3. Doğum Sonu Fiziksel Aktivite ve Kontrasepsiyon

	Öneri	Öneri Kategorisi
Doğum Sonrası Fiziksel Aktivite	Kontrendikasyonu olmayan tüm postpartum kadınlar için öneriler: Postpartum dönem boyunca düzenli fiziksel aktivite yapılmalıdır. Haftada toplam en az 150 dakika fiziksel aktivite sağlık açısından önemli faydalar sağlar. Farklı türlerde fiziksel aktiviteler ve kas güçlendirici egzersizler programa eklenmeli; nazik esneme hareketleri de faydalı olabilir.	Önerilir
Sedanter Davranışın Sınırlandırılması	Postpartum kadınlar hareketsiz (sedanter) geçirilen süreci sınırlandırmalıdır. Hareketsiz geçirilen zamanın hafif düzeyde aktivite dâhil her türlü fiziksel aktiviteyle değiştirilmesi sağlık açısından faydalıdır.	Önerilir
Doğum Sonrası Kontrasepsiyon	Postnatal bakım sırasında kadınlara kapsamlı doğum kontrolü bilgisi ve hizmetlerinin sunulması önerilir.	Önerilir

(WHO, 2022)

Sağlık Bakanlığı doğum sonrası beşinci izlemede, anne ve eşine cinsel sağlık konularında rehberlik yapılmasını; üreme sağlığı, gebeliğin planlanması ve uygun kontraseptif yöntemlerin sunulmasını önermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

8. Yenidoğan Değerlendirmesi

	Öneri	Öneri Kategorisi
Yenidoğanda Tehlike İşaretlerinin Değerlendirilmesi	Her postnatal bakım temasında aşağıdaki belirtiler değerlendirilmelidir. Bu bulgulardan herhangi biri varsa yenidoğan ileri değerlendirme için sevk edilmelidir: İyi beslenmeme, Nöbet öyküsü, Hızlı solunum (dakikada > 60 solunum), Şiddetli göğüs çekilmesi, Spontan hareket olmaması, Ateş (> 37.5 °C), Düşük vücut ısı (< 35.5 °C), Doğumdan sonraki ilk 24 saatte herhangi bir sarılık veya herhangi bir yaşta avuç içi ve ayak tabanlarında sararma	Önerilir
Göz Anomalileri İçin Evrensel Tarama	Yenidoğanlarda gözle ilgili anomalilerin erken tespiti için evrensel göz taraması önerilir. Tarama pozitifse uygun tanı ve tedavi hizmetleri sunulmalıdır.	Önerilir
İşitme Kaybı İçin Evrensel Tarama	Kalıcı bilateral işitme kaybının erken tespiti için tüm yenidoğanlarda otoakustik emisyon (OAE) veya otomatik işitsel beyin sapı yanıtı (AABR) ile universal yenidoğan işitme taraması önerilir. Tarama sonucunda işitme kaybı saptanan bebeklere tanı ve yönetim hizmetleri sağlanmalıdır.	Önerilir
Yenidoğan Hiperbilirubinemi İçin Evrensel Tarama – TcB	Sağlık kuruluşundan taburculuk sırasında transkütan bilirubinometre (TcB) ile evrensel yenidoğan sarılık taraması yapılması önerilir.	Önerilir
Yenidoğan Hiperbilirubinemi İçin TSB Taraması	Taburculuk sırasında total serum bilirubin (TSB) ile evrensel taramanın yapılması konusunda yeterli kanıt bulunmamaktadır.	Öneri Sunulmamıştır

Kaynak: (WHO, 2022)

8.1. Önleyici Öneriler

	Öneri	Öneri Kategorisi
Hipotermiyi Önlemek İçin İlk Banyonun Zamanı	Sağlıklı, zamanında doğmuş yenidoğanların ilk banyosu doğumdan en az 24 saat sonra yapılmalıdır.	Önerilir
Deri Sorunlarını Önlemek İçin Emolyan (Nemlendirici) Kullanımı	Sağlıklı, zamanında doğmuş yenidoğanlarda deri problemlerini önlemek amacıyla rutin olarak topikal emolyan uygulanması önerilmez.	Önerilmez
Göbek Kordonu Bakımı	Göbek kordonu için temiz ve kuru bakım uygulanması önerilir.	Önerilir
Klorheksidin Uygulanması	Doğumdan sonraki ilk hafta boyunca göbek kordonuna %4 klorheksidin uygulanması, yalnızca göbek kordonuna hayvansal dışkı gibi zararlı maddelerin sürülmesinin yaygın olduğu bölgelerde önerilir.	Duruma Özgü Öneri
Ani Bebek Ölümü Sendromunu (SIDS) Önlemek İçin Uyku Pozisyonu	Bebeklerin yaşamın ilk yılında sırtüstü (supin) pozisyonda yatırılması, SIDS ve beklenmeyen ani bebek ölümlerini önlemek için önerilir.	Önerilir

Kaynak: (WHO, 2022)

8.1.1. Yenidoğan K vitamini uygulaması ve Bağışıklama

	Öneri	Öneri Kategorisi
Hemorajik hastalık profilaksisi için K vitamini	Tüm yenidoğanlara, doğum sonrasında intramüsküler yolla 1 mg K vitamini verilmesi önerilmektedir; bu uygulama, emzirmenin başlatılması ve bebeğin anneyle ilk bir saatlik ten tene temas süreci tamamlandıktan sonra yapılmalıdır.	Önerilir
Enfeksiyonları Önlemek İçin Aşılama	Yenidoğan aşılaması, güncel WHO rutin bağışıklama önerilerine uygun şekilde teşvik edilmelidir	Önerilir

Kaynak: (WHO, 2018, 2022)

Sağlık Bakanlığı, doğumdan sonra tüm yenidoğanlara kanama riskini önlemek amacıyla intramüsküler olarak K vitamini uygulanmasını önermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

Anneden bebeğe hepatit B bulaşını önleyebilmek için hepatit B aşılması doğumdan sonra kas içine uygulanması önerilmektedir. Aşının daha sonraki dozları DaBT-İPA-Hib-Hep B (Difteri, Aselüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus İnfluenza Tip b Aşısı, Hepatit B) şeklinde iki, dört, altı ve 18. aylarda uygulanır (Sağlık Bakanlığı, 2025a).

Kanada Pediatri Derneği ve Kanada Aile Hekimleri Koleji, tüm yenidoğanlara 0,5-1,0 mg'lık tek doz K vitamininin rutin olarak IM olarak uygulanmasını önermektedir (Ng & Loewy, 2018).

Yapılan Cochrane incelemesi; Prematürelde doğum sonrası K vitamini düzeylerinin düşük olduğunu, K vitamini verilen-verilmeyen prematüreleri karşılaştıran çalışmalar için kanıt kalitesinin düşük olduğunu, 0,2 mg gibi düşük dozların bile etkili olduğunu, K vitamininin zararlı olduğuna dair kanıt olmadığını ortaya koymuştur (Ardell vd., 2018).

9. Taburculuk Zamanlaması

Sağlık Bakanlığı'nın önerilerine göre, doğum sonrası herhangi bir komplikasyon görülmeyen durumlarda, vajinal doğum yapan anneler ile yenidoğanlarının en az 24 saat; sezaryenle doğum yapanların ise en az 48 saat süreyle sağlık kuruluşunda izlenmesi gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü'nün önerilerine göre, komplikasyonsuz bir vajinal doğumun ardından hem anne hem de yenidoğanın ilk 24 saat boyunca sağlık kuruluşunda izlenmesi, güvenli bakım açısından önem taşımaktadır. Bu doğrultuda, doğum sonrasında herhangi bir risk bulunmasa bile, anne-bebek ikilisinin en az bir gün süreyle profesyonel sağlık hizmeti alması tavsiye edilmektedir (WHO, 2018).

	Öneri	Öneri Kategorisi
Doğum Sonrası Sağlık Kuruluşunda Kalış Süresi	Sağlıklı kadın ve yenidoğanlar için vajinal doğum sonrası sağlık kuruluşunda en az 24 saat bakım önerilir.	Önerilir
Taburculuk Öncesi Değerlendirme Kriterleri	Kadın ve yenidoğan taburculuk öncesinde değerlendirilmeli: Kadın ve bebeğin fiziksel sağlığı, kadının duygusal durumu Kadının kendi bakım becerisi ve güveni, ebeveynlerin ve bakım verenlerin yenidoğana bakım becerisi ve güveni Ev ortamı ve evde bakım sağlayabilme kapasitesi ile bakım arama davranışlarını etkileyen diğer faktörler	Önerilir
Taburculuğa Hazırlık Yaklaşımları	Kadın, ebeveyn ve bakım verenleri taburculuğa hazırlamak için bilgi sağlama, eğitim ve danışmanlık önerilir. Yazılı/dijital eğitim materyalleri, görseller ve iş yardımcıları sağlanmalıdır.	Önerilir

Kaynak: (WHO, 2022)

10. Sağlık Sistemleri ve Sağlık Geliştirme Müdahaleleri

	Öneri	Öneri Kategorisi
Postnatal Bakım İçin Ev Ziyaretleri	Doğum sonrası ilk hafta içinde nitelikli sağlık personeli veya eğitilmiş toplum sağlığı çalışanı tarafından ev ziyareti önerilir. Ev ziyareti mümkün değilse veya tercih edilmiyorsa, poliklinik teması önerilir.	Önerilir
Ebe Liderliğinde Süreklilik Modeli (MLCC)	Antenatal, doğum ve postnatal dönemde tanınan bir ebe veya küçük bir ebe grubunun kadını desteklediği modeller, iyi işleyen ebe programları olan bölgelerde önerilir.	Duruma Özgü Öneri
Postnatal Bakımda Görev Paylaşımı – Sağlık Davranışları	Kadın ve yenidoğan sağlığıyla ilgili davranışların teşviki, halk sağlığı çalışanları, yardımcı hemşireler, hemşireler, ebeler ve doktorlar arasında görev paylaşımı ile yapılabilir.	Önerilir

Postpartum Kontrasepsiyon Sağlamada Görev Paylaşımı	Önerilen postpartum kontrasepsiyon yöntemlerinin sunumu, yardımcı hemşireler, hemşireler, ebeler ve doktorlar arasında görev paylaşımı ile yapılabilir.	Önerilir
Kırsal ve Uzak Bölgelerde Personel Çekme ve Tutma	Politika yapıcılar, kırsal ve uzak bölgelerde sağlık iş gücünü çekmek ve tutmak için eğitim, düzenleme, teşvikler ve kişisel/profesyonel destekten oluşan paket müdahaleler uygulamalıdır.	Önerilir
Erkeklerin Doğum Sonrası Bakıma Katılımı	Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde erkeklerin katılımını teşvik eden müdahaleler, kadının kendi bakımını ve yenidoğana bakımını destekleyecek şekilde uygulanmalıdır. Bu müdahaleler, kadınların seçimlerine ve özerkliğine saygı göstererek yapılmalıdır.	Önerilir, hedefli izleme ve değerlendirme ile
Ev Bazlı Kayıtların Kullanımı	Evde ve sağlık kuruluşunda kayıtların birlikte kullanılması, kadın, yenidoğan ve çocuk bakımını iyileştirmek, erkeklerin katılımını ve evde desteği artırmak için önerilir.	Önerilir
Dijital Hedefli Müşteri İletişimi	Cinsel, üreme, maternal, yenidoğan ve çocuk sağlığı ile ilgili davranış değişikliği için dijital hedefli iletişim önerilir, hassas içerik ve veri gizliliği konuları dikkate alınmalıdır.	Duruma Özgü Öneri
Dijital Doğum Bildirimleri	Dijital doğum bildirimleri önerilir, Bildirimler sağlık sistemi veya nüfus kayıt sistemine bireysel düzeyde veri sağlıyorsa Sağlık sistemi veya nüfus kayıt sistemi bu bildirimlere yanıt verebiliyorsa uygulanmalıdır.	Duruma Özgü Öneri

Kaynak: (WHO, 2022)

11. Sonuç

Erken postpartum dönem, anne sağlığının korunması ve olası komplikasyonların erken saptanması açısından kritik bir zaman dilimidir. Bu süreçte ebelerin kanıta dayalı uygulamaları benimsemesi hem anne hem de yenidoğanın güvenliğini destekleyen temel bir unsurdur. Vajinal kanama, uterus involüsyonu, fundus yüksekliği, vital bulgular ve genel iyilik halinin

düzenli ve sistematik biçimde değerlendirilmesi; anne sağlığını tehdit eden acil durumların erken dönemde fark edilmesine olanak tanımaktadır. Kanıta dayalı yaklaşımların uygulanması, ebelerin klinik karar verme süreçlerini güçlendirirken, bakımın kalitesini artırmakta ve standartlaşmasına katkı sağlamaktadır. Ebe, bu dönemde yalnızca biyomedikal izlemi gerçekleştiren bir sağlık çalışanı değil; aynı zamanda annenin fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerini bütüncül bir bakış açısıyla ele alan birincil destek sağlayıcı konumundadır. Sonuç olarak, erken postpartum dönemde ebelerin bilimsel kanıtlara dayalı, sistematik ve duyarlı bakım sunması; anne ve bebeğin sağlıklı bir iyileşme sürecine adım atmasında belirleyici bir rol oynamaktadır. Bu nedenle, ebelerin güncel kanıtlarla güçlendirilmiş yaklaşımı, kadın sağlığının geliştirilmesinde vazgeçilmez bir bileşen olarak değerlendirilmektedir.

Kaynaklar

Abalos, E., Sguassero, Y., & Gyte, G. M. (2021). Paracetamol/acetaminophen (single administration) for perineal pain in the early postpartum period. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(1), CD008407. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008407.pub3>

ACOG. (2018). *American College of Obstetricians and Gynaecologists*. Optimizing Postpartum Care. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/05/optimizing-postpartum-care>

Ardell, S., Offringa, M., Ovelman, C., & Soll, R. (2018). *Prophylactic vitamin K for the prevention of vitamin K deficiency bleeding in preterm neonates—Ardell, S - 2018 | Cochrane Library*.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008342.pub2>
full?highlightAbstract=administ%7Cin%7Cadministration%7Cnewborns%7Ck%7Cnewborn%7Cvitamin

Chillo, S. L., Woldeamay, E. M., & Dangisso, M. H. (2025). Intermittent versus daily oral iron folic acid supplementation and pregnancy outcome in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Reproductive Health*, 22(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s12978-024-01917-8>

Cole, N. M., Kim, J. J., Lumbreras-Marquez, M. I., Fields, K. G., Mendez-Pino, L., Farber, M. K., Carusi, D. A., Toledo, P., & Bateman, B. T. (2024). Second-Line Uterotonics for Uterine Atony: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics and Gynecology*, 144(6), 832-841. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005744>

Gallos, I. D., Yunas, I., Devall, A. J., Podsek, M., Tobias, A., Price, M. J., Oladapo, O. T., & Coomarasamy, A. (2025). Uterotonic agents for preventing postpartum haemorrhage: A network meta-analysis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD011689. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011689.pub4>

Hofmeyr, G. J., Mshweshwe, N. T., & Gülmezoglu, A. M. (2015). Controlled cord traction for the third stage of labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(1), CD008020. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008020.pub2>

HosseiniHaji, S., Baghani, R., Ghalenovi, M., Forouhar, N., & Aradmehr, M. (2025). The effect of early postpartum vitamin d and e supplementation on uterine after pain: A double-blind randomized clinical trial. *BMC Women's Health*, 25(1), 560. <https://doi.org/10.1186/s12905-025-04021-6>

Jaffer, D., Singh, P. M., Aslam, A., Cahill, A. G., Palanisamy, A., & Monks, D. T. (2022). Preventing postpartum hemorrhage after cesarean delivery: A network meta-analysis of available pharmacologic agents. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 226(3), 347-365. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.08.060>

Jensen, M. C. H., Holm, C., Jørgensen, K. J., & Schroll, J. B. (2024). Treatment for women with postpartum iron deficiency anaemia. *The Cochrane Database of System-*

atic Reviews, 12(12), CD010861. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010861.pub3>

Jorgensen, J. M., Yang, Z., Lönnerdal, B., Chantry, C. J., & Dewey, K. G. (2017). Effect of iron supplementation during lactation on maternal iron status and oxidative stress: A randomized controlled trial. *Maternal & Child Nutrition*, 13(4), e12394. <https://doi.org/10.1111/mcn.12394>

Karaçam, Z., & Sağlık, M. (2018). Breastfeeding problems and interventions performed on problems: Systematic review based on studies made in Turkey. *Türk Pediatri Arsivi*, 53(3), 134-148. <https://doi.org/10.5152/TurkPediatri-Ars.2018.6350>

Kellie, F. J., Wandabwa, J. N., Mousa, H. A., & Weeks, A. D. (2020). Mechanical and surgical interventions for treating primary postpartum haemorrhage. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), CD013663. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013663>

Maged, A. M., Waly, M., Fahmy, R. M., Dieb, A. S., Essam, A., Salah, N. M., Hussein, E. A., & Nabil, H. (2020). Carbetocin versus rectal misoprostol for management of third stage of labor among women with low risk of postpartum hemorrhage. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 148(2), 238-242. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13056>

Ng, E., & Loewy, A. D. (2018). Position Statement: Guidelines for vitamin K prophylaxis in newborns. *Canadian Family Physician*, 64(10), 736-739.

Oh, C., Keats, E. C., & Bhutta, Z. A. (2020). Vitamin and Mineral Supplementation During Pregnancy on Maternal, Birth, Child Health and Development Outcomes in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*, 12(2), 491. <https://doi.org/10.3390/nu12020491>

Parry Smith, W. R., Papadopoulou, A., Thomas, E., Tobias, A., Price, M. J., Meher, S., Alfirevic, Z., Weeks, A. D., Hofmeyr, G. J., Gülmezoglu, A. M., Widmer, M., Oladapo, O. T., Vogel, J. P., Althabe, F., Coomarasamy, A., & Gallos, I. D. (2020). Uterotonic agents for first-line treatment of postpartum haemorrhage: A network meta-analysis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(11), CD012754. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012754.pub2>

Queensland Maternity Education. (2025). *Primary postpartum haemorrhage (PPH)* [Text]. Maternity and Neonatal Clinical Guidelines | Queensland Clinical Guidelines; corporateName=The State of Queensland; jurisdiction=Queensland. <https://www.health.qld.gov.au/qcg/publications>

Sağlık Bakanlığı. (2018). *Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi*. Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı. <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR-42925/dogum-sonu-bakim-yonetim-rehberi.html>

Sağlık Bakanlığı. (2025a). *Aşı Takvimi*. Aşı Portalı. <https://asi.saglik.gov.tr/bagisiklama-programi-vc-asi-takvimi/asi-takvimi.html>

Sağlık Bakanlığı. (2025b). *Ebelere Yönelik Doğum Eylem Yönetimi Klinik Rehberi*. <https://shgmargestddb.saglik.gov.tr/TR-109113/cbelcre-yonelik-dogum-cylem-yonecti-mi-klinik-rehberi-yayimlandi.html>

Shepherd, E., & Grivell, R. M. (2020). Aspirin (single dose) for perineal pain in the early postpartum period. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), CD012129. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012129.pub3>

Turawa, E. B., Musckiwa, A., & Rohwer, A. C. (2020). Interventions for preventing postpartum constipation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(8), CD011625. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011625.pub3>

Ubom, A. E., Begum, F., Ramasauskaite, D., Nieto-Calvache, A. J., Oguttu, M., Nunes, I., Malcl, Z. J., Beyeza-Kashesya, J., Wright, A., & the FIGO Committee on Childbirth and Postpartum Hemorrhage. (2025). FIGO good practice recommendations on anemia in pregnancy, to reduce the incidence and impact of postpartum hemorrhage (PPH). *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1002/ijgo.70529>

WHO. (2016). *Daily iron supplementation in postpartum women*. <https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-154958-5>

WHO. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

WHO. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

WHO. (2023). *Iron supplementation with or without folic acid to reduce the risk of postpartum anaemia*. <https://www.who.int/tools/clena/interventions/iron-postpartum>

WHO. (2025). *Consolidated guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of postpartum haemorrhage*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240115637>

Zakarija-Grkovic, I., & Stewart, F. (2020). Treatments for breast engorgement during lactation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9), CD006946. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006946.pub4>