



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TEN TENE TEMASIN
PLASENTA AYRILMA SÜRESİNE OLAN
ETKİSİNİN BELİRLENMESİ**

TUĞBA ŞAHAN

EBELİK ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ASİYE AYAR KOCATÜRK

İSTANBUL-2019

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Ebelik
Tez Sahibi : Tuğba ŞAHAN
Tez Başlığı : Ten Tene Temasın Plasenta Ayrılma Süresine Olan Etkisinin Belirlenmesi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 30.07.2019

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Kurumu

İmza

Dr.Öğr.Üyesi Asiye KOCATÜRK

İstanbul Medipol Üniversitesi

Sınav Jüri Üyeleri

Dr.Öğr.Üyesi Nazende
KORKMAZ YILDIZ

İstanbul Medipol Üniversitesi

Dr.Öğr.Üyesi Zümrüt BİLGİN

Marmara Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun 08./08/2019 tarih ve 2019./25... - 03... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü V.



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmamın ortaya çıkması, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm safhalarda etik dışı davranışımın doğası, bu tezdeki genel bilgiler ve etik kurallar konusunda elde ettiğimi, bu tez ile ilgili bilgiyi elde etmeyi ve bu konuda konuların hazırlanmasını, yine de bu tez çalışması ve yazımı neticede patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın kesin beyan ederim.


Tuğba ŞAHAN

TEŞEKKÜR

Tez danışmanlığımın yanı sıra üniversitede çalışma hayalimi gerçekleştiren, her adımda bilgi ve manevi desteğini esirgemeyen danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Asiye AYAR KOCATÜRK'e,

Tez çalışmamı yapmam için bana kapılarını açan Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne ve konuyu önemseyip tüm kliniği seferber eden Klinik Şefi ve Eğitim Sorumlusu Sayın Doç. Dr. Süleyman SALMAN'a,

Bizlere ebelik meslek bilincini ve akademisyen olmanın önemini aşıl原因an Ankara Üniversitesi'ne,

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam sırasında yardımlarını esirgemeyen ve bana cesaret veren bütün GOP Taksim EAH Doğumhane Ünitesi Ebeleri'ne,

Bugünlere gelmemde büyük payı olan, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim annem Fatma ŞAHAN, babam Mustafa ŞAHAN ve biricik kardeşim Merve ŞAHAN'a,

Çalışmaya katılarak çalışmamın başarılı ve keyifli bir şekilde uygulanmasına katkıda bulunan tüm annelere,

SONSUZ TEŞEKKÜRLER...

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|-----|
| TEZ ONAY FORMU | i |
| BEYAN..... | ii |
| TEŞEKKÜR | iii |
| KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ..... | vi |
| RESİMLER, ŞEKİLLER VE TABLOLAR LİSTESİ | vii |
| 1. ÖZET | 1 |
| 2. ABSTRACT | 2 |
| 3. GİRİŞ VE AMAÇ | 3 |
| 4. GENEL BİLGİLER | 6 |
| 4.1. Doğumun Doğası | 6 |
| 4.2. Doğum Eyleminin Birinci Evresi | 6 |
| 4.2.1. Doğum Eyleminin Birinci Evresinin Fizyolojisi | 6 |
| 4.2.2. Doğum Eyleminin Birinci Evresinin Yönetimi | 8 |
| 4.2.3. Doğum İndüksiyonu..... | 9 |
| 4.3. Doğum Eyleminin İkinci Evresi | 11 |
| 4.3.1. Doğum Eyleminin İkinci Evresinin Yönetimi..... | 12 |
| 4.3.2. Bebeğin Doğumu | 13 |
| 4.3.3. Umbilikal Kord ve Kord Klempleneşmesi | 13 |
| 4.4. Ten Tene Temas (TTT)..... | 14 |
| 4.5. Doğum Eyleminin Üçüncü Evresi..... | 16 |
| 4.5.1. Doğum Eyleminin Üçüncü Evresinin Fizyolojisi | 16 |
| 4.5.2. Plasenta..... | 16 |
| 4.5.2.1. Plasental Transfüzyon | 16 |
| 4.5.2.2. Plasentanın Ayrılma Mekanizması | 16 |
| 4.5.2.3. Plasentanın Ayrılma Belirtileri | 17 |
| 4.5.2.3.1. Ayrılma kanaması..... | 17 |
| 4.5.2.3.2. Schroeder belirtisi..... | 17 |
| 4.5.2.3.3. Ahlfeld belirtisi..... | 17 |
| 4.5.2.3.4. Küstner belirtisi..... | 17 |
| 4.5.3. Hormonal Denge..... | 17 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 4.5.4. | Doğum Eyleminin Üçüncü Evresinin Yönetimi..... | 18 |
| 4.5.4.1. | Doğum Eyleminin Üçüncü Evresinin Aktif Yönetimi..... | 18 |
| 4.5.4.2. | Doğum Eyleminin Üçüncü Evresinin Fizyolojik Yönetimi | 19 |
| 4.6. | Doğum Eyleminin Üçüncü Evresinde Kan Kaybı | 19 |
| 5. | MATERYAL VE METOT | 20 |
| 5.1. | Araştırmanın Tipi..... | 20 |
| 5.2. | Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri..... | 20 |
| 5.3. | Araştırmanın Evreni..... | 21 |
| 5.4. | Araştırmanın Örneklemi | 21 |
| 5.5. | Araştırmaya Dahil Edilme ve Alınmama Kriterleri..... | 23 |
| 5.6. | Veri Toplama Araçları..... | 24 |
| 5.7. | Verilerin Toplanması..... | 25 |
| 5.8. | Verilerin İstatistiksel Analizi..... | 26 |
| 5.9. | Araştırmanın Etik Boyutu | 27 |
| 5.10. | Araştırmadan Elde Edilen Deneyimler | 28 |
| 6. | BULGULAR..... | 29 |
| 7. | TARTIŞMA..... | 41 |
| 8. | SONUÇ | 44 |
| 9. | KAYNAKLAR..... | 46 |
| 10. | EKLER | 56 |
| 11. | ETİK KURUL ONAYI | 62 |
| 12. | ÖZGEÇMİŞ | 66 |

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

TTT: Ten Tene Temas

ETTT: Erken ten tene temas

KKYTTT: Kord Klemplenmeden Yapılan Ten Tene Temas

İSTSC: İmmediately Skin To Skin Contact



RESİMLER, ŞEKİLLER VE TABLOLAR LİSTESİ

| | |
|--|----|
| Resim 4-1 Zhang ve Freidman'ın doğum eğrisi (96)..... | 7 |
| Şekil 5-1 Çalışma Akış Diyagramı | 24 |
| Şekil 6-1 Gebelikteki Anlık Duygudurum ve Schroeder Belirtisi Karşılaştırılması.. | 36 |
| Tablo 4-1 Bishop Skorlaması..... | 10 |
| Tablo 5-1 Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü | 22 |
| Tablo 6-1 Demografik Bilgiler..... | 29 |
| Tablo 6-2 Obstetrik Bilgiler | 30 |
| Tablo 6-3 Annelerin Yaş ve Gravida Ortalaması..... | 30 |
| Tablo 6-4 Gebelerin Ten Tene Temas Bilgisi..... | 31 |
| Tablo 6-5 Doğum Eyleminde Yapılan Girişimler..... | 31 |
| Tablo 6-6 KKYTTT Sırasındaki Duygudurum ve Bebeğin Emmeye Başlama Durumu | 32 |
| Tablo 6-7 Plasentanın Ayrılma ve Doğum Süreleri ve Annelerin Hemoglobin-Hematokrit Değerlerinin Ortalaması..... | 32 |
| Tablo 6-8 Gebelerin Sigara İçme Durumu ile Plasentanın Ayrılma ve Doğum Süresinin Karşılaştırılması | 33 |
| Tablo 6-9 Latent Fazda Girişim Uygulanma Durumu ile Plasentanın Ayrılma ve Doğum Süresinin Karşılaştırılması | 34 |
| Tablo 6-10 Aktif Fazda Girişim Uygulama Durumu ile Plasentanın Ayrılma ve Doğum Süresinin Karşılaştırılması | 34 |
| Tablo 6-11 Epizyotomi Uygulanma ile Plasentanın Ayrılma ve Doğum Süresi ve Postpartum 8. saat Hemoglobin-Hematokrit Değerlerinin Karşılaştırılması | 35 |
| Tablo 6-12 Gebelikteki Anlık Duygudurum ile KKYTTT Sırasındaki Duygudurumun Karşılaştırılması | 36 |
| Tablo 6-13 Gebelikteki Anlık Duygudurum ile Plasentanın Ayrılma ve Doğum Süresinin Karşılaştırılması | 36 |

| | |
|--|----|
| Tablo 6-14 KKYTTT Sonrası Bebeğin Emmeye Başlama Durumu ile Plasentanın Ayrılma ve Doğum Süresinin Karşılaştırılması | 37 |
| Tablo 6-15 Hastane Tercihi ile KKYTTT Sırasındaki Duygudurumun Karşılaştırılması | 37 |
| Tablo 6-16 Gebeliği İsteme Durumu ile Plasentanın Ayrılma ve Doğum Süresinin Karşılaştırılması | 38 |
| Tablo 6-17 KKYTTT Sırasındaki Duygudurum ile Plasentanın Ayrılma ve Doğum Süresinin Karşılaştırılması | 38 |
| Tablo 6-18 Postpartum 8. Saat Hemoglobin Değerleri ile Plasentanın Doğum Süresi Arasındaki Korelasyon Analizi..... | 39 |
| Tablo 6-19 Latent Fazda Girişim Uygulanma Durumu ile Postpartum 8. Saat Hemoglobin-Hematokrit Değerinin Karşılaştırılması..... | 39 |
| Tablo 6-20 Aktif Fazda Girişim Uygulanma Durumu ile Postpartum 8. Saat Hemoglobin-Hematokrit Değerinin Karşılaştırılması..... | 39 |
| Tablo 6-21 Epizyotomi Uygulaması ile Postpartum 8. Saat hemoglobin-Hematokrit Değerlerinin Karşılaştırılması | 40 |

1. ÖZET

TEN TENE TEMASIN PLASENTA AYRILMA SÜRESİNE OLAN ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

Araştırma, doğum sonu umbilikal kord kesilmeden yapılan ten tene temasın (KKYTTT) plasenta ayrılma süresine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmamız İstanbul ili Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesinin doğum ünitesinde Şubat- Nisan 2019 yılında gerçekleştirilmiştir. Çalışmayı kabul eden annelerin geçiş fazında tüm girişimleri durdurulmuş, doğum spontana bırakılmıştır. Yenidoğan bebekler doğum sonu kordon klemplenmeden annenin çıplak karnına memeye eğilimli bir şekilde yüz üstü yerleştirilmiştir. Anne ve bebeğin üzeri ılık bir havlu ile örtülmüştür. Bebeğin vücudu doğduğunda, doğumla ilgilenen ebeden kronometre tutması istenmiş ve plasentanın ayrılma belirtileri kaydedilmiştir. Plasentanın tüm ayrılma belirtileri gözlemlendikten ve tuşe ile plasentanın vajina içine indiği muayene edildikten sonra kord klemplenmiş, kesilmiş, ten tene temas sonlandırılmış ve plasentanın doğum süresi de kaydedilmiştir. Araştırmaya 97 gebe dahil edilmiştir. Çalışmamızda Kord Klemplenmeden Yapılan Ten Tene Temas (KKYTTT) uygulanan annelerde; plasenta ayrılmaya başlama süresi ayrılma kanaması ile 4.70 ± 1.65 (min; maks: 2; 8) dakika, plasentanın tam doğum süresi ortalama 7.82 ± 1.51 (min; maks: 5; 12) dakika olarak bulunmuştur. KKYTTT yapılan annelerde plasentanın ayrılma süresini; sigara içme, gebeliği isteme, KKYTTT sırasındaki duygudurum, latent ve aktif fazda girişim uygulama ve epizyotomi uygulaması etkilememiştir ($p>0.05$). KKYTTT yapılan annelerin plasentanın doğum süresi ile doğum sonu kanama arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Latent ve aktif fazda uygulanan girişim ve epizyotomi doğum sonu kanamayı etkilememiştir ($p>0.05$). KKYTTT ile erken emzirmeye başlama arasında bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Gebelere ve doğum sonu annelere gereksiz medikal müdahalelerin yapılmamasını, KKYTTT sırasında annelerin olumlu duygu durum içinde olduğu kanıtlarıyla Kord Klemplenmeden Yapılan Ten Tene Temas yapılmasını önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: ten tene temas, kord klemplenmesi, plasentanın ayrılma süresi

2. ABSTRACT

TO DETERMINE THE EFFECT OF SKIN-TO-SKIN CONTACT ON SEPARATION TIME OF PLACENTA

The aim of this study was to investigate the effect of immediately skin-to-skin contact (ISTSC) on placenta separation time before postpartum umbilical cord is cut. Our study was carried out in the delivery unit of Gaziosmanpasa Taksim Training and Research Hospital in Istanbul. All interventions to women who accepted the study were stopped during the transition phase and they had spontaneous delivery. The infants of the women who accepted the study were placed prone, in a lengthwise position with the head on the mother's chest above the breast without cord clamping. The mother and the infants were covered with a warm towel. When the infants was born, the midwife who was involved in the birth was asked to keep a stopwatch and the signs of separation of the placenta were recorded. After all signs of separation of the placenta were observed and examination of the placenta into the vagina by touch was performed, the cord was clamped, cut, skin-to-skin contact was terminated and the delivery time of the placenta was recorded. 97 pregnant women participated in our study (2 pregnant women were excluded from the study). In our study, in mothers who underwent ISTSC; the time to onset of placenta separation was 4.70 ± 1.658 (min; max: 2; 8) minutes with separation bleeding, and the mean delivery time of the placenta was 7.82 ± 1.517 (min; max: 5; 12) minutes. The duration of placenta separation in mothers who underwent ISTSC were not affected by smoking, current pregnancy desire, mood during ISTSC, intervention in the latent and active phase and episiotomy ($p>0.05$). There were no correlations between postpartum hemorrhage and delivery time of placenta of mothers undergoing ISTSC ($p>0.05$). Intervention in the latent and active phase and episiotomy did not affect postpartum hemorrhage ($p>0.05$). There was no link between postpartum hemorrhage and delivery time of placenta of mothers who underwent ISTSC ($p>0.05$). The mood at the time of ISTSC did not affect the delivery time of the placenta ($p>0.05$). No connection was found between ISTSC and early breastfeeding ($p>0.05$).

Keywords: skin to skin contact, cord clamping, separation time of the placenta

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Doğum, içgüdüsel bir eylemdir ve müdahale edilmediğinde, salgılanan hormonlar aracılığı ile kendiliğinden gerçekleşmektedir (82). Doğum eylemini başlatan nedenlerle ilgili henüz bilimsel bir bilgi bulunamamaktadır. Hipokrat fetüsün doğum zamanının kendi belirlediğini söylese de bazı teoriler ortaya atılmıştır. Hormonal etkileşimler, myometriyal aktivite ve gerilme teorisinin doğum eylemini başlatmada etkili olduğu düşünülmektedir. Doğumu kontraksiyonları başlatarak etkileyen, arka hipofizden salgılanan oksitosin hormonudur (1). Stres ve anksiyetenin artması oksitosin hormonunu azaltmaktadır. Doğumda stresin artması oksitosini azaltarak doğumun olmasını durdurmaktayken emziren kadınlarda ise sütün kesilmesine neden olmaktadır (5, 28, 29, 46, 82, 91).

Ebeliğin tarihsel gelişimi incelendiğinde, ebeler insanlığın varoluşundan beri doğuma yardım işini üstelenmiş ve çeşitli doğal yöntemlerle doğuma yardımcı olmuştur. Bilimin, tıbbın ve teknolojinin gelişmesi ile ebelik profesyonel bir meslek olmuş ve gelişmiştir (6). Bu gelişmelerle birlikte anne ve bebek ölümlerini önlemek için bir seçenek olan sezaryen ameliyatı ortaya çıkmış, sezaryen ameliyatının amacından sapması ile sezaryen oranları artmış ve ülkemizde ebelik mesleği gerilemeye başlamıştır. Yükselen hekimden bakım alma isteği ile gerileyen ebelik mesleğinin bir sonucu olarak günümüzde sezaryen oranları giderek artmıştır. Ebeler; yasal olarak tanısını koyar ve gerekli muayeneleri yapar, doğum sürecini yönetir, normal doğumları ve hekimin olmadığı durumda makat doğumları yaptırır, acil durumlarda hekime haber verir, doğum sonu dönemde yenidoğanın ilk bakım ve muayenesini yapar, acil resüsitasyon yapar, emzirme eğitimi verir ve annenin bakımını gerçekleştirir, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde anne-bebek sağlığını korumak ve geliştirmek için gerekli eğitim ve danışmanlık hizmetini verir (45). Fakat günümüzde ebeler yasal çerçevelerinden uzaklaşmış ve sadece doktorun direktiflerine uyan sağlık personelleri gibi görünmektedir. Yıllar içine doğum eyleminin değişmesinde ve sezaryen oranlarının artmasında ebelerin artık doğumlarda aktif rol almıyor olmaları olabilir (4, 52).

Günümüzde doğumun doğallığı ve normallığı de tartışılan konular arasında yer almaktadır. “Normal” kavramı kurala uygun, alışlagelen, olağan, dizgili, aşırılığı

olmayan ve uygun olarak tanımlanmaktadır (46). “Doğal” kavramı ise; doğada rastlanıldığı gibi, olağan, alışılâgelen, her zamanki gibi olan, beklenildiği gibi, tabii ve natürel olarak tanımlanmaktadır (46). Bu kavramları incelediğimizde anlam olarak benzerlik göstermektedir. Bu kavramları doğum bağlamında ele aldığımızda, normal doğum ile doğal doğumun aynı olmasını beklerken sahada karşılaştığımız uygulamaların farklı olduğu gözlenmektedir.

Dosyasında normal doğum yazan bir anne ile karşılaşıldığında bebeğin sadece vajinal yolla doğmuş olduğu anlaşılmaktadır. Epizyotomi uygulanması ya da doğum indüksiyonu gibi girişimler normal doğum kavramının içinde yer almaktadır. Fakat doğal doğum denildiğinde; doğum indüksiyonu ve epizyotomi uygulanmamış ve doğum sonu bebek ile anne arasında ten tene teması yapılmış bir doğum şekline bahsedilmektedir. Doğum eyleminin doğal bir süreç olduğunu bilindiği halde uygulamada yapılan müdahaleler halen normal doğum olarak kabul edilmektedir (56, 87). Aslında doğum eyleminde yapılan her müdahale sonucu doğum eylemi müdahaleli olmaktadır, doğumun vajinal yolla olmuş olması o doğumun normal doğum olduğunu düşündürmekte ve kayıtlara normal doğum olarak geçirilmektedir (73). Bu uygulamaların sonrasında gebeler indüksiyonu, epizyotomi ve bebeğin kendilerinden ayrılıp bebek odasına alınmasını normal doğumun bir parçası olarak kabul etmekte ve kabullenmektedirler.

Milenyum çağında ortaya çıkan doğal doğum kavramında ise; doğumun kendiliğinden başlamasının desteklendiği, gebenin doğumda aktif rol aldığı, hormonların doğal salgılandığı, mümkün olduğunca müdahalesiz gerçekleşen, doğum sonrası kordun geç kesildiği, bebeğin doğar doğmaz ten tene teması yapıldığı ve bağlanmanın uzun süre yaşatıldığı bir durum olarak tanımlanmaktadır (52, 57, 78).

İki kavram anlam olarak benzer olsa da uygulamada bazı farklılıklar göstermektedir. Her normal doğumun aslında doğal doğum olması gerekirken bu kavramlar tıp, teknoloji ve bakış açılarının değişmesi ile doğum pratiğinde yeni bir yaklaşım biçimi ortaya çıkmıştır (73). Kayıtlar tutulurken yapılan müdahaleler sonucu doğum eylemi normalden uzaklaşmaktadır. Fakat bu kayıtlara halen normal gibi geçmektedir. Hastanelerde Robson On Gruplu Sınıflandırma Sistemi kullanılmasına rağmen istatistiksel olarak ayrımların yapıldığı bir veriyle karşılaşılmamaktadır.

Günümüzde istatistikler sadece vajinal doğum ve sezaryen oranlarına bakmaktadır (14).

Bu tartışmalar arasında ten tene temas doğal doğumun bir parçası olmuş ve annelere özel hastanelerde pazarlanan bir hizmet haline gelmiştir. Doğum sonu bebeğiyle birlikte olmak her annenin hakkıdır.

Bu araştırmanın amacı; doğum sonu umbilikal kord kesilmeden yapılan ten tene temasın plasenta ayrılma süresine olan etkisini incelemektir.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. Doğumun Doğası

Hayat, kendi isteğimizle doruklarına erişemeyeceğimiz kadar gizemli ve ulaşılmazdır. Bazı zamanlarda biz bu gizemin içine çekiliriz. İşte doğum eylemi de milyonlarca yıldır var olan eşsiz büyüğü ile bizleri bu gizem dolu okyanus içinde coşku ile karşılar (78).

Evrende bazı yasaların olduğu gibi doğum sürecinde de sevgiye, saygıya, şükür ve kabullenişe dayanan yadsınamaz yasalar vardır. Doğum eylemine katılan ebe ya da hekim bu yasaları ve nasıl çalıştıklarını öğrenmek zorundadır (78).

4.2. Doğum Eyleminin Birinci Evresi

Doğum eylemini başlatan nedenlerle ilgili henüz bilimsel bir bilgi bulunamamaktadır. Hipokrat fetüsün doğum zamanının kendi belirlediğini söylese de bazı teoriler ortaya atılmıştır. Hormonal etkileşimler, myometriyal aktivite ve gerilme teorisinin doğum eylemini başlatmada etkili olduğu düşünülmektedir. Ancak kaynaklarda gerçek doğum eyleminin başlamasından serviksin tam dilatasyonuna kadar olduğu dönem olarak tanımlanmaktadır (22, 56, 87).

Birçok kaynak doğum eyleminin başlaması için subjektif ve objektif belirtileri tanımlamışlardır (24, 87). Hafifleme, kilo kaybı, enerji artması, Braxton Hicks kontraksiyonları ve sırt ağrıları subjektif veriler olarak kabul edilmektedir. Objektif belirtiler arasında kontraksiyonların düzenli hale gelmesi, efasman ve dilatasyon, amniyon kesesinin yırtılması ve servikal müközün (nişan) atılması sıralanabilir.

4.2.1. Doğum Eyleminin Birinci Evresinin Fizyolojisi

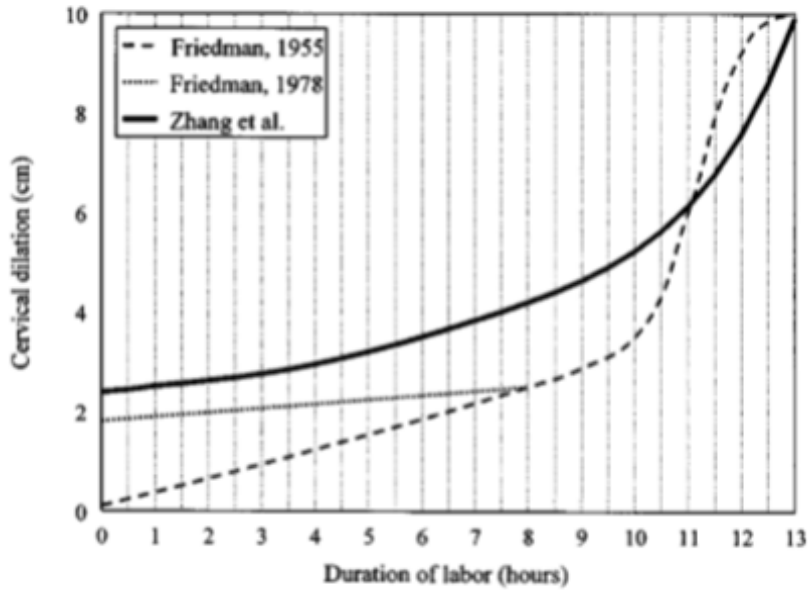
Doğumun birinci evresi açılma (dilatasyon) evresi olarak da tanımlanmaktadır (87). Kural olarak birinci evre düzenli ve ritmik kontraksiyonlarla başlar ve servikal dilatasyon 10 cm olunca tamamlanır. Kontraksiyonların sırttan başlayıp, sonrasında karın önüne ve kalçalara yayıldığı düşünülmektedir (22).

Birinci evre 3 fazdan oluşmaktadır.

Latent Faz

Bu fazı başlangıcını tanımlamak zordur. Fakat Freidman'a (1955) göre gebenin ilk güçlü ve düzenli uterus kontraksiyonlarını hissettiği fark ettiği zaman başlamakta,

servikal dilatasyon 4 cm olduğunda bitmektedir. Bu fazda serviksin değişiklikleri yavaştır. Zamanla kontraksiyonlar düzenli, güçlü serviks de yumuşak ve esnek hale gelir. Nullipar gebelerde latent faz ortalama 8,6 saat sürmeli, bu süre 20 saatin üzerine çıktığında medikal girişim yapılmalıdır (33). Zhang 2010'da yaptığı çalışmayla bu tanımların değişmesi gerektiğini söylemiştir (96).



Resim 4-1 Zhang ve Friedman'ın doğum eğrisi (96).

Aktif Faz

Servikal dilatasyon nulliparlarda 3-4 cm olduğunda başlamakta, dilatasyon 7 cm olduğunda tamamlanmaktadır. Bu fazda kontraksiyonların sıklığı, süresi, şiddeti ve fetal iniş artar (24, 56, 87). Nulliparlarda ortalama 5,8 saat sürmeli ve 12 saatin üzerine çıktığında girişim uygulanmalıdır (33).

Geçiş Fazı

Kaynaklara göre servikal dilatasyon 8 cm olduğunda başlamakta ve 10 cm olduğunda bitmektedir (24, 56). Artık kontraksiyonlar 2 dakikadan az aralıklarla gelmekte ve fetüs doğum kanalında daha hızlı ilerlemektedir (87). Bu faz gebelerin en çok zorlandığı fazdır (24, 56, 87).

4.2.2. Doğum Eyleminin Birinci Evresinin Yönetimi

Gebe kadın acil servise başvurduğunda fiziksel, abdominal ve bimanuel muayenesi yapılmaktadır. Freidman gebelerin latent fazı hastanede geçirmeleri gerektiğini söylese de yakın zamanda yapılan çalışmalar kadınların latent fazda hastaneye yatırılmalarının anksiyeteyi arttırdığını, eylemin yavaşladığını ve travay süresince fazladan girişim uygulandığını göstermektedir (33). O'Driscoll gebelerin latent fazı kesinlikle evde geçirmeleri gerektiğini, gebe ağrısının çok olduğunu söylese bile aktif faza geçmeden doğumhaneye alınmaması gerektiğini söylemektedir (72). Konuyla ilgili görüş ayrılıkları olsa da günümüzde gebenin durumuna ve isteklerine göre hareket edilmektedir. Kontraksiyonların ve dilatasyonuna durumuna göre genellikle müşahadede iki saatte bir muayene edilmekte ve eylemin ilerleme durumuna göre yatış yapılmaktadır.

Aktif fazda doğumhaneye yatışı yapılan gebeler sağlıklı, prazentasyon normal ve fetüs iyi durumda olduğu sürece yürüyebilir, dans edebilir, banyo yapabilir ve yemek yiyebilir. Doğum eylemi sırasında ayakta olan kadınlar yatan kadınlara göre daha az anestezi ve oksitosin ihtiyacı duyarlar (22). Eskiden yatış sonrası lavman uygulaması doğumun hızlandırdığını düşünerek uygulanmış olsa da günümüzde lavmanın doğum üzerinde hiçbir etkisinin olmadığı kanıtlanmış, rutin prosedürden kaldırılmıştır.

Gebeler aktif fazın sonunda ve geçiş fazında ağrıyı kabullenme ve ağrıyla başetme konusunda daha fazla desteğe ihtiyaç duyarlar (56, 82, 87).

4.2.3. Doğum İndüksiyonu

Doğum içgüdüsel bir eylemdir ve kadın doğumu anladığında kendiliğinden gerçekleşir. Fakat klinikte bazı durumlarda indüksiyona ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışma mekanizması olarak indüksiyon ilaçları, servikal dilatasyon ve efasman olmadığında servikal olgunlaşma amacıyla kullanılırken, ilerlemesi yavaşlamış doğum eyleminde eylemi hızlandırmak için kullanılır (66).

Çalışmalar indüksiyonu, multiparitenin, vücut kitle indeksinin 30'dan az, serviksin uygun olması ve doğum ağırlığının 3500 gr'dan az olmasının olumlu etkilediğini belirtmektedir (76). Doğum Konsorsiyumundaki araştırmacılar, elektif indüksiyonun multipar gebelerin %97 ve nullipar gebelerin %76'sında vajinal doğumla sonuçlandığını ve indüksiyonun olgun bir servikte daha başarılı olduğunu söylemektedir (58).

Kollajen fibrilleri çözünür ve glikozamnioglikanlar ile bağlanan sıkı bağlantı bozulması, serviksin açılmasına izin veren daha kolay bir ayrışma olmasını sağlamakta ve buna servikal olgunlaşma denmektedir (22). Normal gebelik sürecinde serviks, doğum eyleminin başlaması ile olgunlaşmaktadır (22). Doğum eyleminin başarısı servikal olgunlaşmaya bağlıdır.

Eylemi başlatmak için oksitosin ve prostoglandinler birlikte kullanılmaktayken, eylemi hızlandırmak için sadece oksitosin kullanılır. Ayrıca doğumu indüklemek amaçlı higroskopik dilatörler, intraservikal balon kataterler, membranların rüptüre edilmesi ve servikal striping de kullanılmaktadır.

Servikal olgunlaşmayı sağlamak (doğum indüksiyonu) amaçlı bir yöntem kullanmadan önce serviksin değerlendirilmesi gerekmektedir. Değerlendirme için günümüzde en kolay bilinen ve uygulananı Bishop Skorlamasıdır.

Tablo 4-1 Bishop Skorlaması

| | Puan | | | |
|----------------------|--------|-------|---------|------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Dilatasyon (cm) | Kapalı | 1-2 | 3-4 | 5-6 |
| Efasman (%) | 0-30 | 40-50 | 60-70 | 80 |
| Kıvam | Sert | Orta | Yumuşak | |
| Pozisyon | Arka | Orta | Ön | |
| Fetal başın seviyesi | -3 | -2 | -1,0 | +1+2 |

Oksitosin

Oksitosin posterior hipofizde depolanan bir oktapeptiddir. 1906 yılında arka hipofizden salgılandığı keşfedilmiştir (11, 93). Oksitosin, 1955 yılında kimya dalında sentetik olarak elde edilen ilk oktapeptid hormon Nobel ödülünü almıştır (8). Oksitosin hormonu davranış fizyolojisi, su ve tuz dengesi, pankreas ve şeker metabolizması, kalp damar sistemi, bağışıklık sistemi, ağrı duyusu ve üreme fizyolojisi üzerine etkisi olduğu kanıtlanmıştır (91).

Gebelik boyunca maternal oksitosin seviyesi yükselir fakat fetal kanda maternal kana göre daha fazla oksitosin bulunmaktadır. Bu da bazı araştırmacıların doğum sırasında fetüsün oksitosin kaynağı olarak düşünmesine neden olmaktadır (22).

Oksitosinin çalışma mekanizması gebe myometriyumundaki kontraksiyonları indüklemek olduğu düşünülmektedir. Serviksi olgunlaştırmak için oksitosin kullanımının etkili olduğu konusunda çalışmalar yetersizdir. Bazı çalışmalar intravenöz oksitosin uygulamasının prostoglandinler veya mekanik balon kataterine göre Bishop Skorunu daha az arttırdığını söylemektedir (22).

Oksitosin farmakolojisine uygun yaklaşım, 2 mU/min başlangıç dozu olarak kullanılması ve yeterli kontraksiyon olana kadar 45 dakikada 2mU gidecek şekilde atırılmasını ya da maksimum 20-30 mU gitmesini sağlamaktır (56).

Prostoglandinler

Prostoglandinler serviksin olgunlaşması ve bazen de aktif faza geçiş için kullanılmaktadır. Çalışma mekanizması olarak servikte biyokimyasal değişiklikler yaparak yumuşamaya yol açar ve uterusun kasılmasını stimüle ederek serviksin kısmi dilatasyonunu ve retraksiyonunu sağlar.

Optimal kullanım şekli halen belirlenememiştir (22). Ancak AJOG 1999'da ilk dozun mutlaka 25 mg olmasını ve (1doz) posterior vajinal fornikse konulması gerektiğini söylemektedir. Ayrıca gerekli olduğunda 24 saat içerisinde en fazla 6 doz olacak şekilde 3'ten 6 saate kadar olan aralıklarla tekrarlanabilir. Düşük dozlar ve dozlar arasındaki uzun aralıkların uterin hiperstimülasyon olma oranı daha düşüreceği tahmin edilmektedir (88).

4.3. Doğum Eyleminin İkinci Evresi

Kaynaklar doğum eyleminin ikinci evresini, eylemin birinci evresinin bitimi (dilatasyonun 10 cm olduğu) ile başlamakta ve bebeğin doğumu ile bitmesi olarak tanımlamaktadır (22, 56, 87).

Freidman, ikinci evrenin nullipar gebelerde 30 dakika ile 2 saat arasında olması gerektiğini söylemektedir (33). Fakat yeni yapılan çalışmalar bu süreyi biraz daha açıklayıp ikinci evreyi iki faza bölmüştür (22, 96).

Bu evrede fetal kalp hızı kasılma sonrasında 5 dakika aralıklarla 1 dakika boyunca dinlenmelidir (22).

İkinci Evrenin Pasif Fazı

Bu fazda serviks tam dilate olmuştur fakat ıkınma hissi yoktur. Fetal baş henüz pelvisin tabanına ulaşmamıştır ve oksiput anteriora dönmemiştir. ıkınma hissi oluşmamış fakat fetüsün vajen içinde ilerleyişi başlamıştır. Girişim olmayan bir doğum eyleminde pasif fazdayken gebenin nefes egzersizleri, yürüme ve çömelme gibi hareketleri yapması desteklenmektedir.

İkinci Evrenin Aktif Fazı

Kural olarak annenin istemli ya da istemsiz ıkınmasıyla başlamakta ve fetüsün doğumuyla bitmektedir. Fetal başın oksiput anteriora dönmesi ve vajen içinde ilerleyen fetüsün rektuma baskısı ile annenin istemli ya da istemsiz ıkınma hissi oluşmaktadır. Bu durumda fetal baş seviyesi +2 ve üzerindedir (22, 24).

Fetal kalp hızı ile ilgili endişe varlığında bu faza pasif fazdan hızlıca geçiş yapılabilmektedir (22). Fetal kalp hızı ile ilgili bir problem olmadığı durumda annenin isteği doğrultusunda doğum gerçekleşmektedir.

4.3.1. Doğum Eyleminin İkinci Evresinin Yönetimi

Pasif ve aktif fazların bilinmesi ikinci fazın uygun yönetimini sağlar. Bu yönetim doğum olasılığını arttırmalı ve anne, yenidoğan morbidite ve mortalite riskini azaltmalıdır.

İkınma hissiyle birlikte amniyon kesesinin açılması, dilatasyon kanamasının ve bulantı kusmasının olması annede rahatsızlık yaratabilir. Bu rahatsızlığın giderilmesi amaçlı anneye bilgilendirme yapılmalı ve durum izah edilmelidir. Gebe kontraksiyonlar arasında gevşemesi için desteklenmeli, ıkınma hissi yoksa ıkınmaya teşvik edilmemelidir.

Pasif fazdaki yaklaşım aceleci olmayan doğum yaklaşımında kullanılmakta ve Avrupa ve Dünyanın diğer ülkelerinde uygulanmaktadır. Aceleci olamayan doğum yaklaşımı ile gebeler aktif bir şekilde ıkınmaya daha geç başlar ve eski yaklaşıma göre daha az ıkınır (63). Pasif fazı yanlış yorumlayan bazı bakım vericiler bu fazı yavaş olarak tanımlamaktadırlar ve kontraksiyonları yeterli bulmadıkları için müdahale etmekte ve gebeden en güçlü şekilde ıkınmasını isteyerek aktif faza geçmeye çalışmaktadırlar.

Eylemin ikinci evresindeki aktif fazda, gebenin ıkınma hissine karşılık nasıl ıkınması gerektiği bakım verenler arasında halen tartışılmaktadır. Bazı ebelerin görüşlerine göre gebeler, yarı uzanmış ya da bir tarafına yan yatmalı, kontraksiyon geldiğinde bacaklarını yukarı doğru çekmeli ve derin bir nefes alarak en güçlü şekilde aşağı doğru ıkınmaları gerekmektedir. On saniye sonra nefesini vermeli ve hızlı bir şekilde aynı işlemleri tekrarlaması gerekmektedir. Ebeler de aktif ve yüksek ses ile

eylemi kontrol altında tutmaları gerekmektedir. Bu görüşün bazı olumsuz yanları bulunsa da 1950'lerden günümüze kadar hala uygulanmaya devam etmektedir (71). Bazı ebelerin görüşlerine göre de gebelerin doğumunu kendilerinin yönetmesine izin vererek önceden belirlenen pozisyonda ıkinamıyorsa yan yatış, ayakta veya çömelme gibi pozisyonları kullanmasına izin vermektedir (34, 60). Bu gebeler spontan itici güçlerden yararlanmaktadırlar (24, 87).

4.3.2. Bebeğin Doğumu

Fetal baş pelvisi geçerken angajman, iniş, fleksiyon, iç rotasyon, ekstansiyon, dış rotasyon ve ekspulsiyon hareketlerini yapmaktadırlar. Son hareketle fetal baş kabaran vulvadan sırası ile oksiput, bregma, alın, yüz ve çene doğmaktadır. Fetal yüz anteriorda, oksiput ise posteriordadır. Sonrasında omuzların pelvisten rahat ilerleyebilmesi için baş dış rotasyonunu yapmaktadır ve önce pubis altındaki üst omuz daha sonra alt omuz perineden sıyrılmaktadır. Son aşamada vücudun geri kalan kısmı hafif bir traksiyonla doğmaktadır (56, 87).

4.3.3. Umbilikal Kord ve Kord Klemplenmesi

Umbilikal kord; gebelik süresince fetal gelişim için gerekli olan tüm maddeleri plasentadan fetüse transfer eden, atık maddeleri de yeniden plasentaya ileten, iki arter ve bir venin Wartholin jeli ile kaplı olduğu bir yapı olarak tanımlanmaktadır (27).

Umbilikal kordu klempleme işleminin zamanlaması, en az bir yüzyıldır tartışılmış ve klinik politika ve uygulamaya göre değişmeye devam etmektedir. Erken kord klemplenmesi genellikle doğumdan sonraki ilk bir dakika içinde yapılırken, geç kord klemplenmesi ise doğumdan bir dakika sonra genellikle kord atımı durduktan sonra yapılması olarak tanımlanmaktadır (48, 88).

Gebeliğin 34. haftasında doğan bebeklerde erken ve geç kordon klemplenmesi karşılaştırıldığında, polisitemi ve hiperbilirubinemi riskini arttırmamış ve iki grup arasında hastanede kalış sürelerinde anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (77). Çalışmalar term veya preterm yenidoğanlarda herhangi bir risk olmadığı kordun geç klemplenmesini önermektedir (48, 88).

Cochrane meta-analizlerinde kordun geç ya da erken klemplenmesinin postpartum kanama üzerine bir etkisi olmadığını söylese de WHO, geç kord

klemplenmesinin postpartum hemoraji riskini azaltmak için yapılan eylemlerden biri olduğunu söylemektedir (48, 60, 61).

WHO anne ve yenidoğan için geç kord klemplenmesinin yararlı olduğunu söylese de ülkemizde fabrikalaşan doğumhanelerde uygulamanın yapılması zorlaşmaktadır. Doğumhanede çalışan ebe sayılarının yetersiz olması sebebiyle gebeye yeterli sürenin ayrılamaması bakımı yetersiz kılmakta ve anne-yenidoğan için en özel dakikaların onlardan alınmasına neden olmaktadır.

4.4. Ten Tene Temas (TTT)

WHO ve UNICEF'in bebek dostu sağlık girişimi kapsamında ten tene temas (TTT); doğumda çıplak bebeğin, annenin çıplak karnına göğüse eğimli şekilde yerleştirilip anne ile bebeğin ılık örtü ile örtülmesi olarak tanımlanmaktadır (47, 48). İnsanlık tarihi kadar eski olan doğum eyleminde teknoloji gelişmeden önce yenidoğan her zaman annesinin yanında ve kucağındadır (78). Gelişen teknolojidenden etkilenen doğum eylemiyle birlikte anne bebek bağlanması ve TTT da etkilenmiştir. Medikalleşen anne ve yenidoğan bakımlarıyla bebek ve anne birbirinden ayrılmakta ve her ikisinin işlemleri tamamlandığında birbirleriyle buluşmaktadır. Anne karnına sığacak kadar bir dünyaya sahip, loş ve sadece annenin kalp atımlarını duyan yenidoğan, doğum sırasında parlak ışıkların ve karmaşanın olduğu bir dünyaya doğmakta ve bu dünyaya uyum sağlayamamaktadır. Travma yaşayan yenidoğana güvende olduğunu anlatan en önemli şey annenin kalp sesleridir (47). Yaşamın ilk iki saatinin çok önemli olduğu gerçeği doğrultusunda, anneden gelen dokunma, ısı ve kokuya duyarlı olan yenidoğanların TTT'nin doğum sonu hemen başlatılması gerektiği düşünülmektedir (59). TTT yapıldığında bebekler annesinin memesinin kokusuna emekleme eğilimindedir. Emzirme ile anne ve bebek arasında bir etkileşim başlamaktadır. Emzirme boyunca anne bebeğine sadece süt vermekle kalmaz; ten teması ve sıcaklık geçişi ile bakım ve koruma da sağlar. Doğumdan sonra bebeğin gelişimi için olumlu bir ortam yaratmanın anahtarı; zarardan/tehlikeden koruma, emzirme, sorumlu bakım ve sağlıklı bağlanmadır (10, 74).

Kaynaklar “immediate skin to skin contact ve early skin to skin contact” olarak, uygulaması aynı olsa da zamanlama olarak farklılık göstermesinden kaynaklı TTT'ı ikiye bölmüştür.

Kord Klemplenmeden Yapılan Ten Tene Temas (İmmediate Skin to Skin Contact- KKYTTT)

Doğumdan hemen sonra umbilikal kord klemplenmeden yenidoğan, annenin çıplak karnına konur ve üzeri ılık bir örtü ile örtülür. Isı kaybının olmaması için termoregülasyon manevraları annenin karnında uygulanır (2). ICEA, DSÖ ve UNICEF gibi önemli topluluklar doğumdan sonra kord klemplenmeden ten tene temasın yapılması gerektiğini vurgulamaktadır. (42, 44, 47, 48)

Erken Ten Tene Temas (Early Skin To Skin Contact- ETTT)

Doğumdan sonra bebeğin kordu klemplenir, radyant ısıtıcı altına alınır ve termoregülasyon manevraları uygulanır. Bebek; stabil olduktan sonra iki saat içinde ilk emzirmenin yapılması için annenin göğsüne bırakılır (2).

Literatür incelendiğinde doğumda TTT yapılan anne ve bebeklerde; emzirme başarısında artma, ağrı ve kaygı düzeyinde azalma, yenidoğan hipotermisinde azalma, annenin memnuniyet düzeyinde artma, üçüncü evrede kısılma ve plasentada erken ayrılma, erken taburculuk ve oksitosin düzeylerinde artma olduğu gözlenmektedir (11, 15, 16, 17, 18, 36, 37, 51, 62, 65, 67, 68, 70, 79, 86, 97).

TTT sırasında yenidoğanda salgılanan oksitosin yenidoğanın daha huzurlu olmasını ve geçiş dönemini sağlıklı atlmasını sağlamaktadır (11, 49). Preterm yenidoğanlarda yapılan çalışmalarda ten TTT'ın inkübatörlerden daha etkili olduğunu ve bebeklerin annelerinden ayrılmaması gerektiğini söylemektedir (9, 44).

Sezaryen olan gebelerde bile TTT sırasında oksitosin düzeylerinin arttığı kanıtlanmıştır (92).

Doğum sonu kanama ve TTT arasında doğrudan bir ilişki ile ilgili pek çalışma yapılmamış fakat bir çalışmada TTT uygulanan ve uygulanmayan grup karşılaştırılmış ve TTT uygulanan grupta plasenta ayrılma süresinde kısılma ve kanamada azalma olduğu saptanmıştır (35)

4.5. Doğum Eyleminin Üçüncü Evresi

4.5.1. Doğum Eyleminin Üçüncü Evresinin Fizyolojisi

Kaynaklar üçüncü evreyi bebeğin doğumuyla başlayıp plasentanın doğumuyla biten ve ortalama 5 ila 30 dakika süren bir dönem olarak tanımlanmaktadır (24, 38, 56, 87). Bu evre hormonal, fizyolojik ve psikolojik denge ile bebeğin doğumu ile başlar, uterusun kontraksiyonu sonucu plasenta ve zarların doğumu ve uterin kanamanın kontrol edilmesi ile tamamlanan süreçtir (39, 49).

4.5.2. Plasenta

Plasentayı oluşturan trofoblast hücreleri, fertilizasyonun dördüncü gününden sonra erken blastokist evresinde farklılaşmaya başlamaktadır (56). İmplantasyondan sonra trofoblastlar çok hızlı şekilde çoğalır ve üç tabaka ile şekillenir. Bu hücrelerden karyonik gonodotrop hormonu salgılanarak korpus luteumun devamını sağlayarak endometriyumun (desidua) ayrılmasını önler. Mezoblast tabakasından, plasentanın damar ve dokuları oluşurken, sinsityotrofoblast ve sitotrofoblast hücrelerden embriyonun beslenmesi için glukoz ve protein sentezlenmektedir. 2-3 hafta sonunda bu oluşumlardan fetüse ait kırmızı kan hücreleri ve plasental kan damarları görülmeye başlar. On dördüncü haftada plasenta tamamen oluşmuştur (56, 87, 95).

Doğuma yakın plasenta ortalama 500 gr ağırlığında, 15x20 cm çapında ve 1,5-2 cm kalınlığındadır (22, 56, 87). Koriyon ve amniyon ile kaplı bölüme fetal yüz, kırmızı ve anneye bağlı bölüme maternal yüz denir (87).

Plasentanın; gaz alışverişi, beslenme, antikor transferi ve koruma gibi birçok fonksiyonunun yanı sıra hormon salgılamak gibi görevleri de bulunmaktadır.

4.5.2.1. *Plasental Transfüzyon*

Yaklaşık 200 arterden gelen oksijen ve besin yönünden zengin maternal kan intervillöz aralığa dökülür. Intervillöz aralıktan osmos yolu ile plasental villözlere geçerek umblikal vena aracılığı ile fetüse geçmektedir. Kan fetüsü dolaştıktan sonra umblikal venler aracılığı ile tekrar intervillöz aralığa dönmektedir (56, 87).

4.5.2.2. *Plasentanın Ayrılma Mekanizması*

Bebek doğar doğmaz, uterus kontraksiyonu anne ve bebek arasındaki dolaşımın devam etmesi için durur. Yaklaşık 3-5 dakika sonra başlayan uterin kontraksiyona

kadar umbilikal kord klemplenmediği sürece plasenta ve yenidoğan arasında kan akımı devam edebilir (24, 38, 87). Uterin kontraksiyonlar başlayıp plasentaya giden kan akımının azalması ve uterusun küçülmeye başlaması ile plasenta yapıştığı uterus bölgesinden ayrılmaya başlamaktadır. Plasenta uterustan ayrıldıktan sonra iki şekilde doğmaktadır. Plasentanın anneye yapışık olan kısmının önce doğmasına Duncan tipi, plasentanın fetal yüzünün önce doğmasına ise Shultz tipi ayrılma adı verilmektedir (24, 56, 87).

4.5.2.3. *Plasentanın Ayrılma Belirtileri*

4.5.2.3.1. Ayrılma kanaması

Plasentanın ayrılmasıyla birlikte açıkta kalan kan damarları ve plasentada bulunan kan vajinal yolla dışarı atılmaktadır.

4.5.2.3.2. Schroeder belirtisi

Plasenta ayrıldığı yerde kontraksiyonlar olması ve uterus segmentinin üzerinde sağa devrilmiş ve fundusun umblikustan yukarı yükselmiş olarak hissedilmesidir.

4.5.2.3.3. Ahlfeld belirtisi

Klemplenen umbilikal kordun plasenta ayrılınca aşağıya doğru hareketlenmesidir.

4.5.2.3.4. Küstner belirtisi

Mons pubis üzerinden bastırılınca plasenta ayrılmış ise umbilikal kordun aşağıya inmesidir.

Bu belirtilerin yanı sıra plasentanın tam ayrılmasının rektuma bir bası yapması ile annede yeniden ıkınma hissi oluşmaktadır (53).

4.5.3. Hormonal Denge

Doğum sırasındaki olaylar kadının duygularını etkilemektedir. Doğumda ebelerin çevresel faktörleri, doğum yapan kadına pozitif etki edecek şekilde düzenlemeli, bu etkinin farkında olması gerekmektedir (25, 39, 40, 80).

Müdahalesiz bir doğum sırasında oksitosin, endorfin, prolaktin, adrenokortikotropik hormon ve katekolamin hormonları bir ahenk içinde salgılanarak;

doğumun normal fizyolojisinde ilerlemesinin yanı sıra anne ve bebeğin psikolojisini de olumlu yönde etkilemektedir (26, 40).

Doğum sonu salgılanan oksitosin, annenin anksiyetesini azaltmakta, uterus involüsyonunu arttırarak kanamayı en aza indirmekte, göğüslerin sıcaklığını arttırarak yenidoğanın da sıcaklığını korumakta ve emzirme için anne sütünü hazırlamaktadır (99). Gebelikte ve doğumda olduğu gibi plasentanın ayrılmasında da bu hormonların salgılanmasına ihtiyaç vardır. Aşırı korku ve gerilim yaşayan annede adrenalinin etkisi nedeniyle endorfin, oksitosin ve prolaktin hormonlarında azalma olabilir. Bu azalmalar sonucu kanama, bağlanma veya sütün gelmemesi gibi sorunlarla karşılaşılabilir. Aynı şekilde epinefrin-norepinefrin hormonlarının da gerekenden az salgılanması fetüsün doğması için sıkıntı oluşturmaktadır. Ahenk içinde salgılanan epinefrin-norepinefrin bebeğin solunumunu uyarıp bebeği dış dünyaya hazırlarken; oksitosin ve endorfin de kanamayı azaltıp anne-bebek bağlanmasını sağlamaktadır (39, 64).

Çalışmalar göz önüne alındığında doğumun normal seyrine bırakılması doğum sonunu da olumlu etkilemektedir.

4.5.4. Doğum Eyleminin Üçüncü Evresinin Yönetimi

4.5.4.1. *Doğum Eyleminin Üçüncü Evresinin Aktif Yönetimi*

Doğumun üçüncü evresinde uterotonik ajanların kullanılması ile birlikte plasenta ayrılmadan traksiyon yaparak plasentayı çıkarma şekli aktif yönetim olarak tanımlanmaktadır (22,24). Aktif yönetimde kord erken klemplenir, uterotonikler kullanılır ve kontrollü kord traksiyonu uygulanır (22, 24). Plasenta çıkarma işlemi bittikten sonra ise uterin masaj yapılmaktadır (7, 24, 38). Kaynaklar kontrollü kord traksiyonunun, postpartum kanama riskini ve 3. evre süresini azalttığı belirtmektedir (75, 83).

Kaynaklar bebeğin başın veya vücudunun doğumunu takiben 10 IU oksitosin intramüsküler veya oral yoldan 600 µg misoprostol oral olarak uygulanması gerektiğini söylemektedir (22, 41, 87).

4.5.4.2. *Doğum Eyleminin Üçüncü Evresinin Fizyolojik Yönetimi*

Aktif yönetimin aksine pasif yönetim sabır ve bekleme işidir. Plasentanın ayrılma belirtileri beklenmekte, pulsasyon durana kadar kord klemplenmemekte ve uterotonik ajanlar rutin kullanılmamaktadır (22, 24, 31, 56, 87). İsteyen ve/veya kanma riski düşük olan annelerde bu yönetimin desteklenmesi gerektiği savunulmaktadır (22). Fakat kanama riski yüksek gebelerde, aşırı gergin uterus varlığında, yüksek paritede, uzamış doğum eyleminde ve indüksiyon kullanımında, önceki postpartum kanama öyküsünde mutlaka aktif yönetimin kullanılması gerektiği savunulmaktadır (22, 24, 31).

İki yönetim şeklinin ağrı üzerine etkisinin karşılaştırıldığı bir çalışmada kadınların pasif yönetim sırasında fundal bası yapılmayıp plasentanın doğumu için annenin ıkınmasının desteklenmesi sırasında ağrı skorlarının anlamlı olarak düştüğünü belirtmektedir (55). İki yönetim şekli için de kanıtlar yetersiz olup daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (7, 38, 75).

4.6. Doğum Eyleminin Üçüncü Evresinde Kan Kaybı

Doğumun üçüncü evresi sırasında ortalama kan kaybının miktarı halen tartışılmakla birlikte ortalama 250-500 ml kan kaybı normal olarak kabul edilmektedir (22, 30, 87). Bu kan kaybının olmaması için aktif yönetim desteklense de doğum sırasında kan kaybının önlenmesi ve fetüsün yeterli beslenmesi amacıyla fizyolojik olarak gebelik süresince 1-1,5 litre kan fazladan üretilmektedir (39).

5. MATERYAL VE METOT

5.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma doğum sonu kord klemlenmeden yapılan ten tene temasın plasentanın ayrılma süresini incelemek üzere yürütülmüş prospektif, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Tez çalışmamız İstanbul ili Avrupa yakasında yer alan Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesinin doğum ünitesinde gerçekleştirilmiştir. İstanbul Medipol Üniversitesi'nden etik kurul onayı alındıktan sonra, kurum yetkilileri ile görüşmeler yapılarak ve gerekli izinler alınarak araştırmaya başlanmıştır.

Doğum ünitesinde acil muayene ve müşahadenin yapıldığı üç oda, toplam dört yataklı iki adet travay odası, her odada radyant ısıtıcı ve litotomi masası bulunan iki adet doğum salonu, bir radyant ısıtıcı ve iki kuvözün bulunduğu bir bebek odası, preeklampsi/eklampsi odası ve riski lohusaların bakımı için iki yataklı bir lohusa odası bulunmaktadır. Sezaryen ve normal doğum lohusalarının takiplerinin yapıldığı on sekiz yataklı lohusa servisi de doğumhane ünitesine bağlı olarak çalışmaktadır. Doğumhanede çalışan ebeler, acil odası, travay, bebek odası ve lohusa servisinde rotasyonlu olarak çalışmaktadır.

Doğumhaneye yatış yapılan gebeler aktif fazı travay odasında geçirmektedir. Dilatasyon ve efasmanı tam olan gebeler doğum odasına alınmaktadır. Doğum esnasında gebeler litotomi pozisyonuna getirilip, hafiften başı kaldırılmaktadır. Kontraksiyonlarla senkronize ıkındırılarak doğum gerçekleştirilmektedir.

Doğum ünitesinde rutin olarak bebek doğar doğmaz umbilikal kordu kesilip, doğum odasındaki radyant ısıtıcı altına alınmaktadır. Radyant ısıtıcı altında bebek kurulanıp, yenidoğanın birinci dakika APGAR Skoru değerlendirilmekte ve anne bebek eş bilekliği takılmaktadır. Birinci dakika APGAR Skoru 8 ve üzeri olan yenidoğanlar bebek odasına alınmaktadır. Bebek odasında yenidoğanın ilk muayenesi ebeler ve çocuk hastalıkları asistanları tarafından yapılmaktadır. Muayenesi yapılan sağlıklı yenidoğanların boy-kilo ve saturasyon ölçümleri yapılıp, hepatit B aşısı ve K vitamini intramüsküler olarak uygulanıp, ayak izi alınmaktadır. Bakımları tamamlanan

yenidoğan, kıyafetleri giydirilip bebek odasında annenin yatağına alınmasını beklemektedir. APGAR Skoru düşük olan yenidoğanlara gerekli olan müdahaleler bebek odasında yapılmaktadır. Müdahale edilen yenidoğanlar sevk ya da YYBÜ transferi için bebek odasında bulunan kuvözlerde gözlenmektedir. Bu sırada doğum ile ilgilenen ebe veya asistan doktor plasenta doğumuna yardımcı olmaktadır. Plasentanın doğumu ve varsa epizyotomi hattı onarıldıktan sonra, anne kanama kontrolü yapılarak yatağına alınmaktadır. Yatağına alınan lohusaya bebeği teslim edilmekte ve bebeğini sağlıklı teslim aldığına dair imza alınmaktadır. Bebek odasında çalışan ebe annenin emzirmesine yardımcı olmaktadır. Lohusa servisinde çalışan ebeler de annenin postpartum/post-operasyon bakımını yapmaktadır.

5.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın yapıldığı hastanenin kayıtları incelenmiştir. 01.01.2016-31.12.2017 arasında toplam 5028 doğum gerçekleşmiştir. Toplam normal ilk doğum yapan kadınların sayısı 823'tür.

Araştırmanın yapılacağı hastanede Nisan 2018'de yangın çıkmıştır. Yangından sonra yeni doğumhane ilgili hastanenin ek binasına taşınmış ve 25 Haziran 2018'de hizmete girmiştir. Dolayısıyla evren değişmiştir. Yeni evreni hesaplamak amaçlı geriye dönük kayıtlar incelenmiştir. 25.06.2018-31.12.2018 tarihleri arasında hastanede 849 T.C. vatandaşı doğum yapmıştır. Bu doğumların 452si normal doğum ve normal doğumların 128'i ilk doğumdur.

5.4. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini 11.03.2019-30.05.2019 tarihleri arasında Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğumhane Ünitesine başvuran nullipar gebeler oluşturmaktadır.

Power analizi ve soruların netliğini belirlemek amacıyla 2017 yılında pilot bir çalışma yapılmıştır. Rasgele 10 gebeye (5 nullipar, 5 multipar) doğum sonu KKYTTT uygulanmıştır. Ayrıca 5 multipar gebeye standart hastane prosedürleri uygulanmıştır. Plasenta doğum süreleri ortanca değerleri hesaplanmıştır (kord klemplenmeden yapılan ten tene temas uygulanan ortanca: Nullipar:7.60 dk., multipar:5.00 dk., ten tene temas uygulanmayan ortanca: multipar:6.10 dk.). Ön çalışma sonucunda sadece

nullipar gebelerle çalışmaya karar verilmiştir. Power analizine göre iki tip olgu sayısı hesaplanmıştır.

Tablo 5-1 Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü

| | | | |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|---|
| Olgu sayısı-1: | 1.tip hata %5 (çift yönlü) | 2.tip hata %5 (Power %95) | Etki büyüklüğü %50 olarak alındığında en az 54 olgu |
| Olgu sayısı-2: | 1.tip hata %5 (çift yönlü) | 2.tip hata %20 (Power %80) | Etki büyüklüğü %30 olarak alındığında en az 90 olgu |

Hesaplanan olgu analizine göre 2. Tip olgu ile çalışılmak üzere etik kurul onayı alınmıştır. Nisan 2018'de çalışma yapılacak olan hastanede yangın çıkması sonucu hastane ek binaya taşınmıştır. Tekrar doğumhanenin kurulmasının ardından hastaneni evreni değişmiştir.

Yeni evren üzerinden yeni bir power analizi yapılmıştır.

Yeni power analizinde güç: %95, alfa hatası: 0.05 kabul edilerek minimum 45 örneklem, 5 örneklem de yedek olmak üzere 50 örneklem ile çalışmaya karar verilmiştir.

Etik kurula yeni örneklem ve etik kurul izin süresinin uzatılması için dilekçe verilmiştir (Bölüm 12).

Çalışmanın yapıldığı tarihler arasında 97 gebe çalışmaya dahil edilmiştir. 2 gebenin bebeğinin doğum sonu spontan solunumu olmaması nedeni ile çalışma dışına çıkarılmıştır.

5.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Alınmama Kriterleri

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri

Anne açısından;

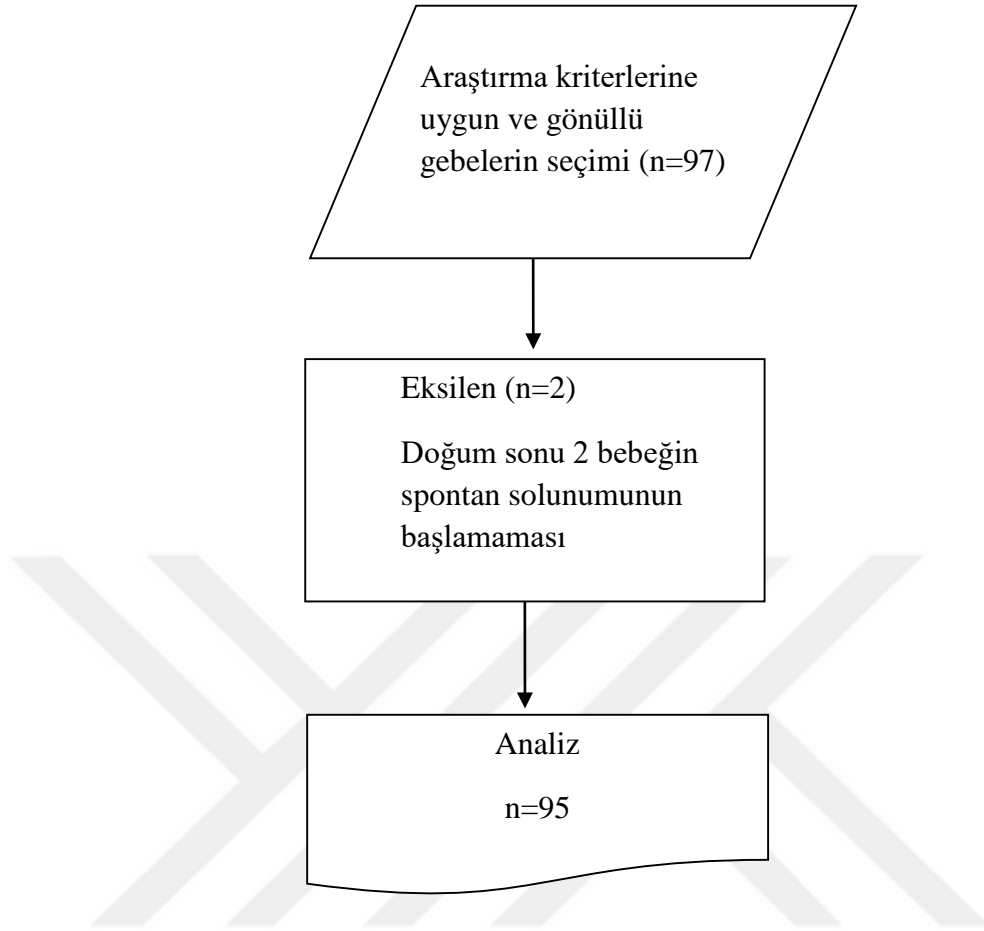
- Araştırmaya katılmayı kabul eden
- 18-49 yaş arası
- İlk doğumu olan (nullipar)
- 37-42 haftalık gebeliğe sahip
- Bebeği baş prezantasyonda olan

Bebek açısından;

- Doğum sonu spontan solunumu ve kas tonüsü olan
- Konjenital anomalisi olmayan yenidoğanlar örnekleme dahil edilmiştir.

Araştırmaya alınmama kriterleri

- Anne açısından araştırmaya dahil olma kriterleri karşılanmış olsa bile eylemde veya doğum sonrasında bebek açısından riskli durumda olan anneler
- Riskli gebeler çalışma dışında bırakılmıştır.



Şekil 5-1 Çalışma Akış Diyagramı

5.6. Veri Toplama Araçları

Veriler konu ile ilgili literatür taranarak araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ile toplanmıştır (EK-1). Form 2 bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölüm sosyo-demografik, doğum ve kord klemplenmeden yapılan tene temas ile ilgili gebelerin doldurması gereken sorulardan oluşmaktadır.

İkinci bölümde ise araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile doğumun evreleri, plasenta, bebeğin emmeye başlama süresi ve hastaneye yatış ve postpartum 8. Saat hemogram-hematokrit değerleri ile ilgili soruların verileri toplanmıştır.

İkinci bölümdeki kronometreyi yanlış olmaması için doğumda hastanede çalışan ebeler tutmuştur.

5.7. Verilerin Toplanması

Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Literatür taranarak oluşturulan anket formu danışman ile hazırlanmıştır. Veri toplama işlemi öncesinde Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 10 gebe ile görüşülmüştür. Ön uygulama ile power analizi ve soruların netliği belirlenmiştir. Ön uygulama sonucunda gerekli düzenlemeler yapıp etik kurul izinleri alınmış, sonrasında uygulama işlemine geçilmiştir. Ön uygulama yapılan kadınlar örnekleme dahil edilmemiştir.

Veri Toplama İşlemi

Araştırmanın uygulaması “Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğumhane” ünitesinde yapılmıştır. Araştırmanın örnekleme dahil olan 97 gebe alınmıştır (çalışma sırasında 2 gebe çalışma dışı bırakılmıştır).

Araştırmanın Uygulanması

Araştırmaya katılmayı kabul eden gebelere araştırma hakkında kısa bilgi verilmiş ve yazılı onam alınmıştır (EK-1). Gebelerden birinci bölümdeki soruları yanıtlanması istenmiştir. Geçiş fazına kadar gebeler hastane prosedürlerine göre takip edilmiştir. Geçiş fazına gelindiğinde tüm medikal girişimler durdurulmuş doğum normal seyrine (spontan) bırakılmıştır.

Çalışmayı kabul eden annelerin bebekleri doğum sonu kordon klemplenmeden annenin çıplak karnına memeye eğilimli bir şekilde yüz üstü yerleştirilmiştir. Anne ve bebeğin üzeri ılık bir havlu ile örtülmüştür. Yenidoğan annenin karnı üzerinden kaldırılmadan kurularak ıslak havlu kuru havlu ile değiştirilmiş, hipotermiyi önlemek amaçlı yenidoğanların başlarına şapka takılmıştır.

Bebeğin vücudu doğduğunda, doğumla ilgilenen ebeden kronometre tutması istenmiş ve plasentanın ayrılma belirtileri gözlenmiştir. Her ayrılma belirtisindeki süre ikinci bölümdeki ilgili maddeye yazılmıştır. Plasentanın tüm ayrılma belirtileri gözlendikten ve tuşe ile plasentanın vajina içine indiği muayene edildikten sonra kord klemplenmiş ve kesilmiştir. Kord kesildikten sonra plasenta vajinadan çıkarılmış ve kronometre durdurulmuştur. Plasentanın doğum dakikası da ikinci bölümdeki ilgili maddeye yazılmıştır.

Erken ten tene temasın dokunma, sıcaklık ve koku gibi duyuşsal uyananlar aracılığı ile maternal oksitosin salınımlını sağlayan vagal uyanan olduğu belirtilmektedir (37). Bir Cochrane (2010) sistematik incelemesinde; plasentanın ayrılmasından önce veya sonra oksitosin uygulanmasının plasenta ayrılma süresi üzerine etkisinin olmadığı belirtilmiştir (68). Bu araştırmalar dayanağında KKYTTT sırasında ve plasenta doğana kadar anneye dışarıdan hiçbir medikal girişim uygulanmamıştır.

Plasentanın doğmasından sonra çalışma bitirilmiş, kord klemplenmiş, anneye ve yenidoğana hastanenin rutin prosedürleri uygulanmıştır.

5.8. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmada yer alan bireylere ait eğitim düzeyi ve meslek bilgilerine ait sayı ve yüzde değerleri, bireylere ait yaş, gravida, parite, yaşıyan çocuk sayısı, abortus, küretaj, evlilik süresi ve evlilik yaşı gibi sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistik değerleri (ortalama, standart sapma, ortanca, çeyreklikler arası genişlik, minimum ve maksimumu) hesaplanmıştır.

Bireylere ait geçirilmiş operasyon varlığı, sürekli kullanılan ilaç, gebelik haftası, sigara içme durumu gibi ve doğum ile ilgili kategorik değişkenlere ait sayı ve yüzde değerleri hesaplanmıştır.

Annelere ait doğum ile ilgili parametreler olan Ayrılma kanaması, Schroeder belirtisi, Ahlfeld belirtisi, Küstner belirtisi, Plasentanın doğum süresi, hastaneye yatış hemoglobin-hematokrit değeri, postpartum 8. Saat hemoglobin-hematokrit değerlerine ait tanımlayıcı istatistik değerleri (ortalama, standart sapma, ortanca, çeyreklikler arası genişlik, minimum ve maksimumu) hesaplanmıştır.

Sigara içme, Aktif fazda girişim uygulanma durumu, Latent fazda girişim uygulanma durumu, epizyotomi uygulanma durumu, KKYTTT sonrası yenidoğanın emmeye başlama durumu, gebeliği isteme durumları ile ayrılma kanaması, Schroeder belirtisi, Ahlfeld belirtisi, Küstner belirtisi, Plasentanın doğumu sürelerinin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks normallik testi ile sınanmış ve sigara içme bazında Ayrılma kanaması, Schroeder belirtisi, Ahlfeld belirtisi, Küstner belirtisi, Plasentanın doğumu değişkenlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğine

Mann Whitney U non parametrik testi ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistik olarak ortanca değerleri hesaplanmıştır.

Gebelikteki anlık duygudurum ve KKYTTT sırasındaki duygudurum bazında ayrılma kanaması, Schroeder belirtisi, Ahlfeld belirtisi, Küstner belirtisi, Plasentanın doğumu değişkenlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğine Kruskal Wallis non parametrik testi ile analiz edildi, tanımlayıcı istatistik olarak ortanca değerleri hesaplanmıştır. Anlamlı çıkan değişkenlere box plot grafikleri çizilmiştir.

Gebelikteki anlık duygudurum, hastane tercihi, gebelik haftası, ten tene temas bilgisi, gebeliği isteme durumları bazında KKYTTT sırasındaki duygudurum dağılımının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğine Ki Kare Karşılaştırma testi ile yapılmıştır.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanılmıştır.

İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

5.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulaması yapılmadan önce Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 10840098-604.01.01-E.39973 sayılı etik kurul onayı alınmıştır (EK-12). Kurum izni almak amaçlı gerekli yazışmalar yapılırken hastanede çıkan yangından dolayı yazışmalar durdurulmuştur. Etik kuruldan tarih ve örneklem değişikliği ile ilgili tekrar onay alındıktan sonra Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden kurum izni alınmış ve çalışmaya başlanmıştır (EK-3). Araştırma yapılacak olan tüm gebelere araştırma hakkında bilgiler verilmiş, yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

5.10. Araştırmadan Elde Edilen Deneyimler

Araştırma süresince

- Gebelerin kord kesilmeden yapılan ten tene temas çalışmasını öğrendiklerinde çalışmaya katılma isteklerinin arttığı gözlenmiştir.
- Araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlamasa bile kord klemplenmeden ten tene temas yapmak isteyen multipar gebelere de kord klemplenmeden ten tene temas yapılmıştır.
- Araştırmanın yapıldığı kurumda araştırmaya ilgi artmış ve araştırma yapılmadığı zamanlarda da kurum çalışanları tarafından kord kesilmeden ten tene temasın yapılmaya başlandığı gözlenmiştir.
- Araştırma sırasında gebelerin, ebelerin ve hekimlerin olumlu tutumları araştırmacıyı motive etmiştir.

6. BULGULAR

Doğum sonu umbilikal kord kesilmeden yapılan ten tene temasın (KKYTTT) plasenta ayrılma süresine olan etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada; travayın geçiş fazında uygulanan tüm girişimler durdurulmuş ve çalışmaya katılan annelere bu evreden sonra herhangi bir medikal girişim uygulanmamıştır. Doğum sonu yenidoğan; umbilikal kord klemplenmeden annenin göğsüne eğilimli şekilde yerleştirilmiş ve anne ve bebek ılık bir örtü ile örtülmüştür. Bu işlemler yapılırken doğumla ilgilenen ebe kronometreyi başlatmış ve plasenta ayrılma belirtileri gözlenmiştir. Her belirtinin süresi ilgili soruya kaydedilmiştir. Bu bölümde çalışmamızın bulgularını sunmaktayız.

Tablo 6-1 Demografik Bilgiler

| Demografik Bilgiler | n=97 | % |
|--------------------------------|-------------|-------------|
| Eğitim Düzeyi | | |
| Okuryazar değil | 7 | 7.2 |
| İlkokul – ortaokul | 82 | 84.5 |
| Lise | 5 | 5.2 |
| Ön lisans + Lisans | 3 | 3.1 |
| Meslek | | |
| Var | 1 | 1.00 |
| Yok | 96 | 99.0 |
| Geçirilmiş operasyonlar | | |
| Var | 7 | 7.2 |
| Yok | 90 | 92.8 |
| Sürekli kullandığı ilaç | | |
| Var | 3 | 3.1 |
| Yok | 94 | 96.9 |
| Sigara içme durumu | | |
| İçiyor | 3 | 3.1 |
| İçmiyor | 94 | 96.9 |

Çalışmaya dahil olan gebelerin demografik bilgileri incelendiğinde; %7,2'si okuryazar değil, %84,5'i ilkokul veya ortaokul mezunu, %5,2'si lise mezunu ve %3,1'i önlisans veya lisans mezunudur. %99'unun herhangi bir mesleği yoktur. Gebelerin %92,8'inin geçirilmiş bir opreasyonu ve %94'ünün kullandığı bir ilaç bulunmamaktadır. Gebelerin %96,9'u sigara kullanmamaktadır (Tablo 6.1)

Tablo 6-2 Obstetrik Bilgiler

| Obstetrik Bilgiler | n=97 | % |
|---|-----------|-------------|
| Gebelik Haftası | | |
| 37-38 | 28 | 28.8 |
| 39-40 | 61 | 62.8 |
| 41-42 | 8 | 8.2 |
| Gebeliği isteme durumu | | |
| İstiyorum | 94 | 96.9 |
| İstemiyorum | 3 | 3.1 |
| Gebelikteki anlık duygudurum | | |
| Korkulu | 25 | 26.3 |
| Heyecanlı | 25 | 26.3 |
| Mutlu | 24 | 25.3 |
| Fikri yok | 21 | 22.1 |
| Sonraki doğumlarda kurumu tercih etme durumu | | |
| Evet | 57 | 58.8 |
| Hayır | 12 | 12.4 |
| Fikri yok | 28 | 28.8 |
| Kurumu tercih etmeme nedenleri | | |
| Diğer gebelerin bağırması beni rahatsız etti. | 3 | 25.0 |
| İstediğim gibi hareket edemedim. | 3 | 25.0 |
| Eşimle ya da yakınım ile görüşmeme izin verilmedi. | 3 | 25.0 |
| Refakatçimin olmaması beni rahatsız etti. | 3 | 25.0 |

Gebelerin gebelik haftaları hesaplandığında; %28.8'inin 37-38 hafta, %62.8'inin 39-40 hafta ve %8.2'si 41-42 hafta olarak saptanmıştır. %96,9'u isteyerek gebe kalmıştır. Bebeği ile ilgili anlık duygudurum sorgulandığında; %36,2'ü korkmakta, %26,3'ü heyecanlı ve %25,3'ü mutlu bulunmuştur. Gebelerin tekrar doğum yapacak olsa ilgili hastaneyi seçme durumu sorgulandığında; %58,8'i tekrar tercih edeceğini ve %12,4'ü tercih etmeyeceğini, ifade etmiştir. (Tablo 6.2).

Tablo 6-3 Annelerin Yaş ve Gravida Ortalaması

| Değişkenler | Ort ± SS | Min; Maks |
|--------------|--------------|-----------|
| Yaş | 21.76 ± 3.45 | 18; 33 |
| Evlilik yaşı | 20.39 ± 2.92 | 15; 29 |
| Gravida | 1.14 ± 0.38 | 1; 3 |
| Abortus | 0.09 ± 0.32 | 0; 2 |
| Küretaj | 0.05 ± 0.22 | 0; 1 |

Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalaması $21,76 \pm 3,454$ ve evlilik yaşı ortalaması $20,39 \pm 2,925$ olarak hesaplanmıştır (Tablo 6.3).

Tablo 6-4 Gebelerin Ten Tene Temas Bilgisi

| Doğum ile ilgili; | n=97 | % |
|---|-------------|-------------|
| Ten tene teması bilme (duyma) durumu | | |
| Evet | 7 | 7.2 |
| Hayır | 90 | 92.8 |
| Ten tene teması nereden öğrendiği | | |
| Gebe okulu / Doğuma hazırlık sınıfı | 5 | 71.4 |
| İnternet | 2 | 28.6 |

Doğum sonrası ten tene teması bilgisi sorgulandığında; %92,8'i bilmediğini ve %7,2'si bildiğini söylemiştir. Ten tene teması bilenlerin %71,4'ü gebe okulu/doğuma hazırlık sınıfından ve %28,6'sı internette duydığını söylemiştir (Tablo 6.4).

Tablo 6-5 Doğum Eyleminde Yapılan Girişimler

| | n=95 | % |
|--|-------------|----------|
| Latent fazda girişim uygulanma durumu | | |
| Evet | 20 | 21.1 |
| Hayır | 75 | 78.9 |
| Aktif fazda girişim uygulanma durumu | | |
| Evet | 22 | 23.2 |
| Hayır | 73 | 76.8 |
| Epizyotomi uygulanma durumu | | |
| Evet | 84 | 88.4 |
| Hayır | 11 | 11.6 |

Gebelerin %78,9'una doğum eyleminin latent fazında, %76,8'ine aktif fazında herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Doğum eyleminin ikinci evresinde epizyotomi oranı incelendiğinde; gebelerin %88,4'üne epizyotomi uygulanırken, %11,6'sına epizyotomi uygulanmamıştır (Tablo 6.5).

Tablo 6-6 KKYTTT Sırasındaki Duygudurum ve Bebeğin Emmeye Başlama Durumu

| | N=95 | % |
|---|-------------|-------------|
| KKYTTT sırasındaki duygudurum | | |
| Mutlu | 36 | 38.7 |
| Kirli | 2 | 2.2 |
| Korkulu | 19 | 20.4 |
| Heyecanlı | 36 | 38.7 |
| KKYTTT sırasında bebeğin emmeye başlama durumu | | |
| Evet | 7 | 7.4 |
| Hayır | 88 | 92.6 |
| Bebeğin emmeye başlama durumu; dk | | |
| 1-5. dakika | 1 | 14.3 |
| 6-10. dakika | 5 | 71.4 |
| 11-15. dakika | 1 | 14.3 |

*KKYTTT: Kord Klemlenmeden Yapılan Ten Tene Temas

KKYTTT sırasındaki hisler sorgulandığında; %38,7'si mutlu, %2,2'si kirli, %20,4'ü korkulu, %38,7'si heyecanlı hissetmiştir. KKYTTT sırasında yenidoğanların %92,6'sı emmeye başlamamıştır (Tablo 6.6).

Tablo 6-7 Plasentanın Ayrılma ve Doğum Süreleri ve Annelerin Hemoglobin-Hematokrit Değerlerinin Ortalaması

| Plasentanın ayrılma ve doğum süresi; (dk) | Ort ± SS | Min; Maks |
|--|-----------------|------------------|
| Plasentanın ayrılma belirtileri | | |
| Ayrılma kanaması | 4.70 ± 1.65 | 2; 8 |
| Schroeder belirtisi | 5.28 ± 1.45 | 3; 9 |
| Ahlfeld belirtisi | 5.72 ± 1.44 | 3; 9 |
| Küstner belirtisi | 6.35 ± 1.51 | 3; 10 |
| Plasentanın doğumu | 7.82 ± 1.51 | 5; 12 |
| Giriş hemoglobin değeri | 11.66 ± 1.34 | 8; 15 |
| Giriş hematokrit değeri | 35.52 ± 3.39 | 27; 43 |
| Postpartum 8. saat hemoglobin değeri | 10.62 ± 1.28 | 7; 14 |
| Postpartum 8. saat hematokrit değeri | 32.44 ± 3.42 | 24; 43 |

-**Schroeder belirtisi** (Fundusun, umblikus üzerinde yükselmesi, Uterusun uzun şeklinden yuvarlak hale geçmesi):

-**Ahlfeld belirtisi** (Umblikal kordun uzaması):

-**Küstner belirtisi** (Mons pubisten dik olarak bir el ile bası yapılırca kordon boyunca bir kısalma olmaması)

Kord klemplenmeden yapılan ten tene temas (KKYTTT) sırasında yenidoğanlar annelerinin çıplak karnına memeye eğilimli şekilde yerleştirilmiş, umbilikal kord klemplenmemiş ve bu süre içinde herhangi bir medikal girişim uygulanmamıştır. Kronometre ile süre tutularak plasentanın ayrılma belirtileri ve plasentanın doğum süresi ortalamaları hesaplanmıştır; Ayrılma kanaması $4,70 \pm 1,658$, Schroeder belirtisi $5,28 \pm 1,455$, Ahlfeld belirtisi $5,72 \pm 1,447$, Küstner belirtisi $6,35 \pm 1,515$ ve plasentanın doğum süresi ortalama $7,82 \pm 1,517$ olarak bulunmuştur (Tablo 6.7).

Tablo 6-8 Gebelerin Sigara İçme Durumu ile Plasentanın Ayrılma ve Doğum Süresinin Karşılaştırılması

| Plasentanın ayrılma belirtileri (dk) | Sigara içme durumu | | Test İstatistiği | |
|--------------------------------------|-------------------------|---------------------------|------------------|-------|
| | İçiyor (n=3) Ortanca | İçmiyor (n=94) Ortanca | Z | p |
| Ayrılma kanaması | 5.00 | 5.00 | 0.788 | 0.431 |
| Schroeder belirtisi | 5.00 | 5.00 | 0.152 | 0.879 |
| Ahlfeld belirtisi | 5.00 | 6.00 | 0.544 | 0.586 |
| Küstner belirtisi | - | 6.00 | 0.556 | 0.578 |
| Plasentanın doğumu | - | 8.00 | 0.390 | 0.696 |

-Mann Whitney non parametrik test

Sigara içme durumu ile plasentanın ayrılma belirtileri karşılaştırıldığında; ayrılma kanaması, schroeder belirtisi, ahlfeld belirtisi, küstner belirtisi ve plasentanın doğum süresi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla $p=0,431$, $p=0,879$, $p=0,586$, $p=0,578$, $p=0,696$) (Tablo 6.8).

Tablo 6-9 Latent Fazda Girişim Uygulanma Durumu ile Plasentanın Ayrılma ve Doğum Süresinin Karşılaştırılması

| Değişkenler | Latent fazda girişim uygulanması | | Test İstatistiği | |
|--------------------------------------|----------------------------------|--------------|------------------|-------|
| | Evet (n=20) | Hayır (n=75) | Z | p |
| Plasentanın ayrılma belirtileri (dk) | Ortanca | Ortanca | | |
| Ayrılma kanaması | 5.00 | 5.00 | 1.088 | 0.277 |
| Schroeder belirtisi | 6.00 | 5.00 | 0.827 | 0.408 |
| Ahlfeld belirtisi | 6.00 | 6.00 | 0.751 | 0.452 |
| Küstner belirtisi | 7.00 | 6.00 | 1.137 | 0.256 |
| Plasentanın doğumu | 8.00 | 8.00 | 0.149 | 0.882 |

-Mann Whitney non parametrik test

Latent fazda uygulanan girişimler ile plasentanın ayrılma belirtileri karşılaştırıldığında; ayrılma kanaması, schroeder belirtisi, ahlfeld belirtisi, küstner belirtisi ve plasentanın doğum süresi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla $p=0,277$, $p=0,408$, $p=0,452$, $p=0,256$, $p=0,882$) (Tablo 6.9).

Tablo 6-10 Aktif Fazda Girişim Uygulama Durumu ile Plasentanın Ayrılma ve Doğum Süresinin Karşılaştırılması

| Değişkenler | Aktif fazda girişim uygulanması | | Test İstatistiği | |
|--------------------------------------|---------------------------------|--------------|------------------|-------|
| | Evet (n=22) | Hayır (n=73) | Z | p |
| Plasentanın ayrılma belirtileri (dk) | Ortanca | Ortanca | | |
| Ayrılma kanaması | 5.00 | 5.00 | 0.356 | 0.722 |
| Schroeder belirtisi | 6.00 | 5.00 | 0.682 | 0.495 |
| Ahlfeld belirtisi | 6.00 | 6.00 | 0.365 | 0.715 |
| Küstner belirtisi | 6.00 | 6.00 | 0.696 | 0.486 |
| Plasentanın doğumu (dk) | 8.00 | 8.00 | 0.013 | 0.989 |

-Mann Whitney non parametrik test

Aktif fazda uygulanan girişimler ile plasentanın ayrılma belirtileri ve plasentanın doğum süresi karşılaştırıldığında; ayrılma kanaması, schroeder belirtisi, ahlfeld belirtisi, küstner belirtisi ve plasentanın doğum süresi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla $p=0,722$, $p=0,495$, $p=0,715$, $p=0,486$, $p=0,989$) (Tablo 6.10).

Tablo 6-11 Epizyotomi Uygulanma ile Plasentanın Ayrılma ve Doğum Süresi ve Postpartum 8. saat Hemoglobin-Hematokrit Değerlerinin Karşılaştırılması

| Değişkenler | Epizyotomi uygulanma durumu | | Test İstatistiği | |
|--------------------------------------|-----------------------------|--------------|------------------|-------|
| | Evet (n=84) | Hayır (n=11) | Z | p |
| Plasentanın ayrılma belirtileri (dk) | Ortanca | Ortanca | | |
| Ayrılma kanaması | 5.00 | 4.00 | 0.575 | 0.565 |
| Schroeder belirtisi | 5.00 | 5.00 | 0.589 | 0.556 |
| Ahlfeld belirtisi | 6.00 | 5.00 | 0.981 | 0.326 |
| Küstner belirtisi | 6.00 | 6.00 | 1.001 | 0.317 |
| Plasentanın doğumu | 8.00 | 7.00 | 1.445 | 0.148 |
| Postpartum 8. saat hemoglobin değeri | 10.00 | 11.00 | 0.398 | 0.691 |
| Postpartum 8. saat hematokrit değeri | 32.00 | 33.00 | 0.275 | 0.783 |

-Mann Whitney non parametrik test

Epizyotomi uygulanma durumu ile plasentanın ayrılma belirtileri ve plasentanın doğum süresi karşılaştırıldığında; ayrılma kanaması, schroeder belirtisi, ahlfeld belirtisi, küstner belirtisi ve plasentanın doğum süresi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (sırasıyla $p=0,565$, $p=0,556$, $p=0,326$, $p=0,317$, $p=0,148$) (Tablo 6.11).

Epizyotomi uygulanma durumu ile postpartum 8. saat hemoglobin ve hematokrit değerleri arasında anlamlı olarak bir ilişki bulunmamıştır (sırasıyla $p=0,691$, $p=0,783$) (Tablo 6.11).

Tablo 6-12 Gebelikteki Anlık Duygudurum ile KKYTTT Sırasındaki Duygudurumun Karşılaştırılması

| Değişkenler | Gebelikteki anlık duygudurum | | | | | | | | Test İstatistiği | |
|-------------|------------------------------|------|-----------|------|-------|-------|-----------|------|------------------|-------|
| | Korkulu | | Heyecanlı | | Mutlu | | Fikri yok | | x ² | p |
| | N | % | N | % | N | % | N | % | | |
| Mutlu | 11 | 30.6 | 13 | 36.1 | 8 | 22.2 | 4 | 11.1 | 13.308 | 0.149 |
| Kirli | 0 | 0.00 | 0 | 0.0 | 1 | 100.0 | 0 | 0.0 | | |
| Korkulu | 6 | 31.6 | 4 | 21.1 | 2 | 10.5 | 7 | 36.8 | | |
| Heyecanlı | 6 | 16.7 | 8 | 22.2 | 12 | 33.3 | 10 | 27.8 | | |

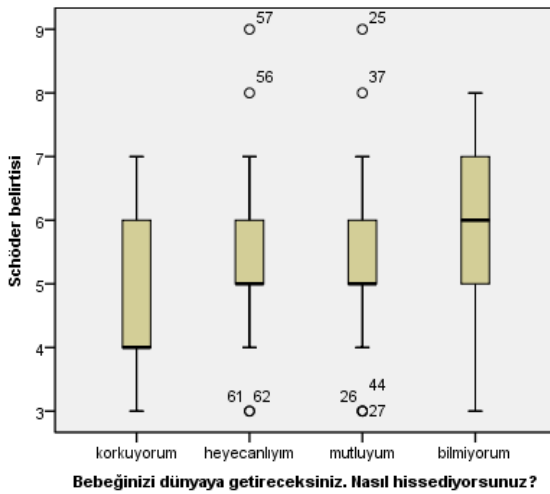
-Ki Kare Karşılaştırma testi

Gebelikteki anlık duygudurum ile KKYTTT sırasındaki duygudurum arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,149) (Tablo 6.12).

Tablo 6-13 Gebelikteki Anlık Duygudurum ile Plasentanın Ayrılma ve Doğum Süresinin Karşılaştırılması

| Değişkenler | Gebelikteki anlık duygudurum | | | | Test İstatistiği | |
|---------------------|------------------------------|-----------|---------|-----------|------------------|--------------|
| | Korkulu | Heyecanlı | Mutlu | Fikri yok | x ² | p |
| | Ortanca | Ortanca | Ortanca | Ortanca | | |
| Ayrılma kanaması | 4.00 | 5.00 | 5.00 | 5.00 | 3.478 | 0.062 |
| Schroeder belirtisi | 4.00 | 5.00 | 5.00 | 6.00 | 3.913 | 0.048 |
| Ahlfeld belirtisi | 5.00 | 6.00 | 6.00 | 6.00 | 1.778 | 0.182 |
| Küstner belirtisi | 6.00 | 6.00 | 6.00 | 7.00 | 0.405 | 0.525 |
| Plasentanın doğumu | 7.00 | 8.00 | 8.00 | 9.00 | 0.633 | 0.426 |

-Kruskal Wallis non parametrik testi



Şekil 6-1 Gebelikteki Anlık Duygudurum ve Schroeder Belirtisinin Karşılaştırılması

Gebelikteki anlık duygudurum ile plasentanın ayrılma belirtileri karşılaştırıldığında; schroeder belirtisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,048) (Tablo 6.13). Gebelikteki duygudurumunu tanımlayamayan annelerin Schroeder belirtisi dakikası diğerlerine göre daha yüksektir.

Tablo 6-14 KKYTTT Sonrası Bebeğin Emmeye Başlama Durumu ile Plasentanın Ayrılma ve Doğum Süresinin Karşılaştırılması

| Değişkenler | KKYTTT sonrası bebeğin emmeye başlama durumu | | Test İstatistiği | |
|--------------------------------------|--|--------------|------------------|-------|
| | Evet(n=7) | Hayır (n=88) | Z | p |
| Plasentanın ayrılma belirtileri (dk) | Ortanca | Ortanca | | |
| Ayrılma kanaması | 5.00 | 5.00 | 0.960 | 0.337 |
| Schroeder belirtisi | 5.00 | 5.00 | 0.270 | 0.787 |
| Ahlfeld belirtisi | 5.00 | 6.00 | 0.015 | 0.988 |
| Küstner belirtisi | 6.00 | 6.00 | 0.686 | 0.493 |
| Plasentanın doğumu | 8.00 | 8.00 | 0.921 | 0.357 |

-Mann Whitney non parametrik test

Kord klemplenmeden yapılan ten tene temas sonrası bebeğin emmeye başlama durumu ile plasentanın ayrılma belirtileri ve plasentanın doğum süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 6.14).

Tablo 6-15 Hastane Tercihi ile KKYTTT Sırasındaki Duygudurumun Karşılaştırılması

| Değişkenler | Tekrar aynı hastaneyi tercih etme durumu | | | | | | Test İstatistiği | |
|-------------------------------|--|------|-------|------|------------|------|------------------|-------|
| | Evet | | Hayır | | Bilmiyorum | | x ² | p |
| KKYTTT sırasındaki duygudurum | N | % | N | % | N | % | | |
| Mutlu | 24 | 66.7 | 4 | 11.1 | 8 | 22.2 | 4.036 | 0.672 |
| Kirli | 1 | 50.0 | 0 | 0.0 | 1 | 50.0 | | |
| Korkulu | 8 | 42.1 | 4 | 21.1 | 7 | 36.8 | | |
| Heyecanlı | 21 | 58.3 | 4 | 11.1 | 11 | 30.6 | | |

-Ki Kare Karşılaştırma testi

Hastane tercihi ile kord klemplenmeden yapılan ten tene temas sırasındaki duygudurum karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 6.15).

Tablo 6-16 Gebeliği İsteme Durumu ile Plasentanın Ayrılma ve Doğum Süresinin Karşılaştırılması

| Değişkenler | Gebeliği isteme durumu | | Test İstatistiği | |
|--------------------------------------|------------------------|----------------------|------------------|-------|
| | İstiyorum (n=94) | İstemiyorum (n=3) | Z | p |
| Plasentanın ayrılma belirtileri (dk) | Ortanca | Ortanca | | |
| Ayrılma kanaması | 5.00 | 6.50 | 1.707 | 0.088 |
| Schroeder belirtisi | 5.00 | 7.00 | 1.579 | 0.114 |
| Ahlfeld belirtisi | 6.00 | 8.00 | 1.023 | 0.306 |
| Küstner belirtisi | 6.00 | 8.00 | 1.298 | 0.194 |
| Plasentanın doğumu | 8.00 | 9.00 | 0.304 | 0.762 |

-Mann Whitney U Non Parametrik Test

Gebeliği isteme durumu ile plasentanın ayrılma belirtileri süresi ve plasentanın doğum süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 6.17).

Tablo 6-17 KKYTTT Sırasındaki Duygudurum ile Plasentanın Ayrılma ve Doğum Süresinin Karşılaştırılması

| Plasentanın ayrılma belirtileri (dk) | KKYTTT sırasındaki duygudurum | | | | Test İstatistiği | |
|--------------------------------------|-------------------------------|---------|---------|-----------|------------------|-------|
| | Mutlu | Kirli | Korkulu | Heyecanlı | z | p |
| | Ortanca | Ortanca | Ortanca | Ortanca | | |
| Ayrılma kanaması | 5.00 | 4.00 | 5.00 | 5.00 | 2.742 | 0.433 |
| Schroeder belirtisi | 5.00 | 4.50 | 5.00 | 5.00 | 1.949 | 0.583 |
| Ahlfeld belirtisi | 5.50 | - | 5.00 | 6.00 | 3.091 | 0.378 |
| Küstner belirtisi | 6.00 | - | 6.00 | 7.00 | 1.131 | 0.770 |
| Plasentanın doğumu | 8.00 | 6.50 | 8.00 | 8.00 | 2.076 | 0.557 |

-Kruskal Wallis Non Parametrik Test

Kord klemplenmeden yapılan ten tene temas sırasındaki hisler ile plasentanın ayrılma belirtileri ve plasentanın doğum süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 6.18).

Tablo 6-18 Postpartum 8. Saat Hemoglobin Değerleri ile Plasentanın Doğum Süresi Arasındaki Korelasyon Analizi

| Değişkenler | r | p |
|--|----------|----------|
| Postpartum 8. saat hemoglobin değeri-Plasenta doğum süresi | 0.185 | 0.073 |

* *SpearmanRho İlişki Katsayısı*

Plasentanın doğum süresi ile postpartum 8. saat hemoglobin değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 6.19).

Tablo 6-19 Latent Fazda Girişim Uygulanma Durumu ile Postpartum 8. Saat Hemoglobin-Hematokrit Değerinin Karşılaştırılması

| Değişkenler | Latent fazda girişim uygulanma durumu | | Test İstatistiği | |
|--------------------------------------|--|----------------|-------------------------|----------|
| | Evet | Hayır | Z | p |
| | Ortanca | Ortanca | | |
| Postpartum 8. saat hemoglobin değeri | 10.00 | 11.00 | 0.946 | 0.344 |
| Postpartum 8. saat hematokrit değeri | 30.50 | 33.00 | 1.519 | 0.129 |

-*Mann Whitney U Non Parametrik Test*

Latent fazda girişim uygulanma durumu ile Postpartum 8. saat hemoglobin-hematokrit değeri karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 6.20).

Tablo 6-20 Aktif Fazda Girişim Uygulanma Durumu ile Postpartum 8. Saat Hemoglobin-Hematokrit Değerinin Karşılaştırılması

| Değişkenler | Aktif fazda girişim uygulanma durumu | | Test İstatistiği | |
|--------------------------------------|---|----------------|-------------------------|----------|
| | Evet | Hayır | Z | p |
| | Ortanca | Ortanca | | |
| Postpartum 8. saat hemoglobin değeri | 10.00 | 11.00 | 1.047 | 0.295 |
| Postpartum 8. saat hematokrit değeri | 30.50 | 33.00 | 1.481 | 0.139 |

-*Mann Whitney U Non Parametrik Test*

Aktif fazda girişim uygulanma durumu ile Postpartum 8. saat hemoglobin-hematokrit değeri karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 6.21).

Tablo 6-21 Epizyotomi Uygulanması ile Postpartum 8. Saat Hemoglobin-Hematokrit Değerlerinin Karşılaştırılması

| Değişkenler | Epizyotomi uygulanma durumu | | Test İstatistiği | |
|--------------------------------------|-----------------------------|---------|------------------|-------|
| | Evet | Hayır | Z | p |
| | Ortanca | Ortanca | | |
| Postpartum 8. saat hemoglobin değeri | 10.00 | 11.00 | 0.398 | 0.691 |
| Postpartum 8. saat hematokrit değeri | 32.00 | 33.00 | 0.275 | 0.783 |

-Mann Whitney U non parametrik test

Epizyotomi uygulaması ile Postpartum 8. saat hemoglobin-hematokrit değeri karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 6.22).

7. TARTIŞMA

Ten tene temasın anne açısından; memnuniyeti arttırdığı, oksitosin salınımını uyardığı, erken emzirmeyi başlattığı, anneliğe uyum sağlama ve bağlanmayı kolaylaştırdığı belirtilmektedir (11, 42, 84, 94). Bizim çalışmamızda doğum olduğunda KKYTTT uygulanmış ve annelere hiçbir medikal girişim yapılmamıştır. Plasentanın ayrılma belirtileri kronometre tutularak kaydedilmiş, plasenta tam ayrıldığında umbilikal kord klemplenmiş ve bebek anneden ayrılarak plasentanın doğumuna yardımcı olunmuştur. Son olarak plasentanın doğum süresi kaydedilerek çalışmaya son verilmiştir. Doğum sonu umbilikal kord kesilmeden yapılan ten tene temasın (KKYTTT) plasenta ayrılma süresine olan etkisinin incelemek amacıyla yaptığımız çalışmanın literatür ile bu bölümde tartışılmıştır.

Bizim çalışmamızda KKYTTT uygulanan annelerde; plasenta ayrılmaya başlama süresi ayrılma kanaması ile 4.70 ± 1.658 (min; maks: 2; 8) dakika, plasentanın tam doğum süresi ortalama 7.82 ± 1.517 (min; maks: 5; 12) dakika olarak bulunmuştur. Turan'ın (2016) kord atımı durana kadar kordun kesilmediği ve 30 dakika TTT uygulanan annelerde plasenta ayrılma süresini, oksitosin düzeyini ve ağrı düzeyini incelediği çalışmada plasenta ayrılma süresi ortalama 10.1 ± 4.8 dakika olarak bulunmuştur (90). Essa ve İsmail'in (2015) TTT'in doğumun üçüncü evre süresi ve emzirmeye başlaması üzerine etkisini inceledikleri çalışmada ise TTT yapılan annelerin %96'sının doğumun 3. evresinin 5 dakikadan kısa olduğunu belirtmektedir (97). Mejbel ve Ali'nin (2012) TTT'in doğumun üçüncü evre süresine etkisini incelemek amaçlı yaptıkları çalışmada umbilikal kordu keserek TTT yapılan annelerde plasentanın ayrılma süresini ortalama $1.880 \pm .65758$ olarak belirtmektedir (62). Bu çalışmaların bulguları metot olarak bizim çalışmamıza benzemese de sonuçlar bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

KKYTTT yapılan annelerde plasentanın ayrılma süresini; sigara içme, gebeliği isteme, KKYTTT sırasındaki duygudurum, latent ve aktif fazda girişim uygulama ve epizyotomi uygulaması etkilememiştir ($p>0.05$). Mejbel ve Ali'nin yaptıkları çalışmada TTT yapılan annelerin %30'una birinci evrede girişim uygulanmıştır. Bizim çalışmamızda ise annelerin %20'sine latent fazda ve %22'sine aktif fazda girişim uygulanmıştır (62). Mejbel ve Ali'nin çalışmasındaki bulgular bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Turan ise yaptığı çalışmada birinci evrede girişim uygulanan gebeleri çalışmaya dahil etmemiştir (90). Bizim çalışmamızda sentetik okstosinin yarılanma ömrü 2-7 dakika olarak kabul edilerek birinci evrede geçiş fazına kadar girişim uygulanan gebeler çalışmaya dahil edilmiştir (23).

Byaruhanga ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2008) verniks kaseoza ve kanla karışık amniyon sıvısı kirli olarak algılansa da bizim çalışmamızda sadece 2 anne çalışma sırasında kirli hissetmiştir (12). Finigan ve Long'un (2014) çalışmasında da kültüre bakılmaksızın TTT'ı bütün kadınlar olumlu karşılamaktadır (32). Bu çalışmaların bulguları bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

KKYTTT ile erken emzirme arasında bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Chiou ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (2014) TTT'in emzirmenin başarılı olmasında etkili olduğunu bildirmektedir (18). Essa ve İsmail'in yaptığı çalışmada ise TTT yapılan annelerin %88'inin ilk emzirmeyi kendiliğinden başlattığı belirtilmektedir. Yine aynı çalışmada TTT yapılan annelerin doğumdan ilk emzirmeye kadar geçen süre daha kısa bulunmuştur (97). Bizim çalışmamızda doğum sonu KKYTTT sırasında emzirme eylemi gözlenmiş, plasentanın tüm ayrılma belirtileri gözlendikten sonra çalışma bitirilmiş ve yenidoğan anneden ayrılmıştır. Nimbalkar ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (2016) TTT yapılan bebeklerin %38'i emzirilmeye bir saat içinde başlanırken, TTT yapılmayan bebeklerin %32'si bir saat içinde emzirilmeye başlanmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da diğer çalışmalar emzirmenin arttırdığını göstermektedir (69). Karahan ve Şimşek'in (2017) yaptığı araştırmada 1 saat ten tene temas eden bebeklerin %96'sı ilk emzirmede problem yaşamamışlardır. Ayrıca bu annelerin %86'sı kendi kendine yetebileceğini

düşünmektedir (98). Moore ve arkadaşlarının yaptığı bir Cochrane derlemesinde (2012) ten tene temasın emzirme süresini arttırdığını söylemektedirler (68). Yine Moore ve arkadaşlarının yaptığı Cochrane çalışmasında (2007) bebekleriyle ten tene temas yaşayan kadınların doğum sonrası bir ila dört ay arasında emzirmeye devam etme olasılığı %24 daha fazla olduğunu bildirmektedir (67). Bizim çalışmamızda bu ilişkinin bulunamaması plasentanın tüm ayrılma belirtilerinin tamamı gözlemlendiğinde bebeğin anneden ayrılmasından kaynaklanıyor olabilir. Dolayısıyla yöntemsel farklılıktan ve çalışmanın amacının farklı olmasından söz edebiliriz.

KKYTTT yapılan annelerin plasenta doğum süresi ile doğum sonu kanama arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Konuyla alakalı birebir çalışma bulunamasa da kaynaklar; TTT'ın oksitosin düzeyini artırarak plasentanın doğum süresini kısalttığını ve postpartum kanamayı azalttığını belirtmektedir (20, 21, 30, 39; 40, 44, 67, 87).

Doğum sonu kanama plasenta ayrılması sebebiyle kaçınılmaz bir durumdur. Direkt konuyla ilgili literatürde bir çalışma yoktur. Ancak literatürde epizyotomi tamirinin plasentanın doğumundan önce yapılmasının kan kaybını azalttığını söylemektedir (54). Kaynaklarda üçüncü evrenin aktif ve pasif yönetimi karşılaştırılmakta ve halen tartışılmaktadır (19, 50, 87, 89). Bizim çalışmamızda latent ve aktif fazda uygulanan girişim ve epizyotomi doğum sonu kanamayı etkilememiştir ($p>0,05$).

8. SONUÇ

Sonuçlar

- Çalışmamızda KKYTTT uygulanan annelerde; plasenta ayrılmaya başlama süresi ayrılma kanaması ile 4.70 ± 1.65 (min; maks: 2; 8) dakika, plasentanın tam doğum süresi ortalama 7.82 ± 1.51 (min; maks: 5;12) dakika olarak bulunmuştur.
- KKYTTT yapılan annelerde plasentanın ayrılma ve doğum süresini; sigara içme, gebeliği isteme, KKYTTT sırasındaki duygudurum, latent ve aktif fazda girişim uygulama ve epizyotomi uygulaması etkilememiştir ($p>0.05$).
- KKYTTT yapılan annelerin plasenta doğum süresi ile doğum sonu kanama arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).
- KKYTTT yapıldığı sıradaki duygudurum plasentanın doğum süresini etkilememiştir ($p>0.05$).
- Gebelikteki anlık duygudurum Schroeder ayrılma belirtisini etkilese de plasentanın doğum süresini etkilememiştir ($p>0.05$).
- KKYTTT ile erken emzirmeye başlama arasında bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).
- Latent ve aktif fazda uygulanan girişim ve epizyotomi doğum sonu kanamayı etkilememiştir ($p>0.05$).

Öneriler

- Çalışmanın sonuçlarından yola çıkarak; gebelere ve doğum sonu annelere gereksiz medikal müdahalelerin yapılmamasını,
- Literatürdeki doğal doğum/normal doğum karmaşasının giderilmesi ve uygulanan her girişimde doğumun normalden uzaklaştığının benimsenmesi ve kaydedilmesini,
- Çalışma yapılırken literatürde plasentanın çok fazla çalışılmadığı fark edildi. Plasentanın çalışmalara dahil edilmesini,
- Doğumun birinci evresinde girişim uygulanan (propress, misoprostol, sentetik oksitosin vb.), girişim uygulanmadan yapılan TTT'ın karşılaştırıldığı çalışmaların yapılmasını,

- Çalışmaya kontrol grubu sağlanarak ve serum oksitosin düzeylerine bakılarak geliştirilmesini,
- KKYTTT ile doğum sonu kanama arasında doğrudan sonuçlar bulunabilecek çalışmalar yapılmasını,
- KKYTTT sırasında annelerin olumlu duygudurum içinde olduğu kanıtlanmıştır. Bu veriler göz önüne alınarak kliniklerde KKYTTT yapılmasını önermekteyiz.



9. KAYNAKLAR

1. Abedi, P., Jahanfar, S. And Namvar, F. (2013). Nipple Stimulation or Breastfeeding For Preventing Postpartum Haemorrhage İn The Third Stage Of Labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD010845.
2. Agudelo, S., Gamboa, O., Rodríguez, F., Cala, S., Gualdrón, N., Obando, E., & Padrón, M. L. (2016). The Effect of Skin-To-Skin Contact At Birth, Early Versus İmmediate, On The Duration Of Exclusive Human Lactancy İn Full-Term Newborns Treated At The Clínica Universidad De La Sabana: Study Protocol For A Randomized Clinical Trial. *Trials*, 17(1), 521.
3. Akyüz, G., & MA, L. (2012). Otonom Sinir Sistemi Anatomisi ve Değerlendirilmesi. *Turk J Phys Med Rehab*, 58, 1-5.
4. Amanak, K., & Balkaya, N. A. (2013). Ebelik bölümü öğrencilerinin doğal doğuma yönelik bilgi ve düşünceleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 169-192.,
5. Annagür, B.B. And Annagür, A. (2012). Doğum Sonrası Ruhsal Durumun Emzirme ile İlişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches İn Psychiatry*, 4(3), 279-292.
6. Arslan, H., Karahan, N., & Çam, Ç. (2008). Ebeliğin doğası ve doğum şekli üzerine etkisi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 1(2), 54-59.
7. Başgöl, Ş., & Beji, N. K. (2015). Doğum Eyleminin İkinci ve Üçüncü Evresinde Sık Yapılan Uygulamalar ve Kamta Dayalı Yaklaşım. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(3), 66-71.
8. Bell, A. F., Erickson, E. N., & Carter, C. S. Beyond Labor: The Role of Natural and Synthetic Oxytocin İn The Transition To Motherhood. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(1), 35-42,2014
9. Bergman, N.J., Linley, L.L., Fawcus, S.R. (2004) Randomized Controlled Trial of Maternal-İnfant Skin-To-Skin Contact from Birth Versus Conventional İncubator For Physiological Stabilization İn 1200g To 2199g Newborns. *Acta Paediatr*, 93, 779-785.
10. Bryanton, J., & Beck, C. T. (2010). Postnatal Parental Education for Optimizing İnfant General Health and Parent-İnfant Relationships. *The Cochrane Library*.

11. Buckley, S. (2015). Oxytocin. *Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence And Implications For Women, Babies And Maternity Care*. Childbirth Connection, New York. 26-92.
12. Byaruhanga, R. N., Bergström, A., Tibemanya, J., Nakitto, C., & Okong, P. (2008). Perceptions among post-delivery mothers of skin-to-skin contact and newborn baby care in a periurban hospital in Uganda. *Midwifery*, 24(2), 183-189.
13. Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A. S., Ransjö- Arvidson, A. B., Mukhamedrakhimov, R., Uvnäs-Moberg, K. And Widström, A. M. (2009). Early Contact Versus Separation: Effects on Mother–Infant Interaction One Year Later. *Birth*, 36(2), 97-109.
14. Çağan, M. (2017). Doğum Biçiminin Yıllar İçinde Gösterdiği Değişim ve “Robson On Gruplu Sınıflandırma Sistemi”, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara
15. Cangöl, E. Ve Şahin, N. H. (2014). Emzirmeyi Etkileyen Faktörler ve Emzirme Danışmanlığı (Factors Affecting Breastfeeding and Breastfeeding Counselling). *Zeynep Kâmil Tıp Bülteni*, 45(3), 100-105.
16. Cardoso, C., Ellenbogen, M. A., Serravalle, L. And Linnen, A. M. (2013). Stress-Induced Negative Mood Moderates the Relation Between Oxytocin Administration and Trust: Evidence For The Tend-And-Befriend Response To Stress? *Psychoneuroendocrinology*, 38(11), 2800-2804.
17. Chermont, A. G., Falcão, L. F. M., de Souza Silva, E. H. L., Balda, R. D. C. X. and Guinsburg, R. (2009). Skin-to-skin contact and/or oral 25% dextrose for procedural pain relief for term newborn infants. *Pediatrics*, 124(6), e1101-e1107.
18. Chiou, S. T., Chen, L. C., Yeh, H., Wu, S. R. and Chien, L. Y. (2014). Early Skin-to- Skin Contact, Rooming- in, and Breastfeeding: A Comparison of the 2004 and 2011 National Surveys in Taiwan. *Birth*, 41(1), 33-38
19. Chong, Y.S., Su, L.L. and Arulkumaran, S. (2004). Current strategies for the prevention of postpartum haemorrhage in the third stage of labour. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 16, 143–50
20. Dal Monte, O., Noble, P. L., Turchi, J., Cummins, A. And Averbeck, B. B. (2014). CSF And Blood Oxytocin Concentration Changes Following İntranasal Delivery İn Macaque.

21. Davis, D., Baddock, S., Pairman, S., Hunter, M., Benn, C., Anderson, J. And Herbison, P. (2012). Risk of Severe Postpartum Hemorrhage In Low- Risk Childbearing Women In New Zealand: Exploring The Effect Of Place Of Birth And Comparing Third Stage Management Of Labor. *Birth*, 39(2), 98-105.
22. Demir SC., Güleç ÜK. (Ed.) (2014). *Eylem ve Doğum*. Ankara; Akademisyen Tıp Kitabevi.
23. Demirel, G., & Çelik, D. B. (2013). Doğal doğuma müdahale: sentetik oksitosin kullanımı. *Merhaba*, 157.
24. Demirgöz Bal M, Dereli Yılmaz S. (Ed.). (2017). *Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum*. Ankara; Akademisyen Tıp Kitabevi.
25. Dixon, L., Fullerton, J. T., Begley, C., Kennedy, H. P. And Guilliland, K. (2011). Systematic Review: The Clinical Effectiveness of Physiological (Expectant) Management of The Third Stage of Labor Following A Physiological Labor And Birth. *International Journal of Childbirth*, 1(3), 179-195.
26. Dixon, L., Tracy, S.K., Guilliland, K., Fletcher, L., Hendry, C. And Pairman, S. (2013). Outcomes of Physiological and Active Third Stage Labour Care Amongst Women In New Zealand. *Midwifery*. 29, 67-74.
27. Duchowska, A., & Oszukowski, P. (2012). Remarks On The Length Of Umbilical Arteries In Human Umbilical Cord. A Preliminary Report. *Archives Of Perinatal Medicine*, 18, 169-72.
28. Erbaş, O. (2013). Oksitosinin Fizyolojik Etkileri ve Klinik Uygulama Alanları, *İzmir Üniversitesi Tıp Dergisi*, (1), 45-56.
29. Eşel, E. (2010). Anneliğin Nörobiyolojisi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1), 68-78.
30. Fahy, K.M., Hastie, C., Bisits, A., Marsh, C., Smith, L. And Saxton A. (2010). Holistic Physiological Care Compared with Active Management Of The Third Stage Of Labour For Women At Low Risk Of Postpartum Haemorrhage: A Cohort Study. *Women and Birth* 23(4), 146-152
31. Farisoğlu, N., Meltem Pirimoğlu, Z., Doğukan Anğın, A., Sakin, Ö., Seyhan Çıkman, M., & Denizli, R. (2019). Vajinal Doğum Sonrası Plasentanın Kendiliğinden Ayrılma Zamanının ve Bu Süreyi Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Zeynep Kâmil Tıp Bülteni*, 50(1).

32. Finigan, V. and Long, T. (2014). Skin- to- skin contact: multicultural perspectives on birth fluids and birth ‘dirt’. *International nursing Review*, 61(2), 270-277.
33. Friedman EA. (1955). Primigravid labor: a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol.*; 6:567–89.
34. Fuller B, Roberts J., Mckay S. (1993), Acoustical Analysis of Maternal Sounds During The Second Stage Of Labor. *Appl Nurs Res* 6 (1), 8-12
35. Gabriel, M., Llana Martín, I., López Escobar, A., Fernández Villalba, E., Romero Blanco, I. And Touza, Pol, P. (2010). Randomized Controlled Trial of Early Skin To Skin Contact: Effects On The Mother And The Newborn. *Acta Paediatrica*, 99(11), 1630- 1634.
36. Gray, L., Watt, L. and Blass, E. M. (2000). Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics*, 105(1), 14.
37. Güleşen, A., & Yıldız, D. (2013). Erken Postpartum Dönemde Anne Bebek Bağlanması Kanıta Dayalı Uygulamalar ile İncelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(2), 177-82.
38. Güngör, İ., & Yildirim-Rathfisch, G. (2009). Normal Doğum Eyleminin İkinci ve Üçüncü Evresinde Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Turkish Journal of Research & Development İn Nursing*, 11(2).
39. Gyte, G. (2006). NCT Evidence Based Briefing. Third Stage of Labour. Part 1: Physiological Third Stage. *New Digest*, (35), 24, 8
40. Hastie, C. And Fahy, K. M. (2009). Optimising Psychophysiology İn Third Stage of Labour: Theory Applied To Practice. *Women and Birth*, 22(3), 89-96.
41. Hofmeyr, G. J., Abdel-Aleem, H., & Abdel-Aleem, M. A. (2013). Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).
42. ICEA 2016, Ulaşabilirsiniz: https://icea.org/wp-content/uploads/2016/01/Skin_To_Skin_Contact_PP.Pdf , Erişim Tarihi: 07.04.2019
43. İnternet: Buckley SJ. (2002) Ecstatic Birth: The Hormonal Blueprint of Labour. [Http://Mothering.Com/Pregnancy-Birth/Ecstatic-Birth-The-Hormonal-Blueprint-Of-Labor](http://mothering.com/pregnancy-birth/ecstatic-birth-the-hormonal-blueprint-of-labor). Adresinden 07.04.2019’de Alınmıştır.
44. İnternet: Evidence Based Guidelines for Midwifery- Led Care in labour: Third

- Stage of Labour (2012). The Royal College of Midwives.
<https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Third%20Stage%20of%20Labour.pdf>
45. İnternet: Sağlık Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımları, 2014;
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140522-14-1.pdf>
46. İnternet: TDK Sözlüğü, Erişim Tarihi: 15.06.2019;
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5ce38fd908d7e3.11255113
47. İnternet: United Nations Children’s Fund (2019) Skin-To-Skin Contact [Online].
Ulaşabilirsiniz: <https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/news-and-research/baby-friendly-research/research-supporting-breastfeeding/skin-to-skin-contact/> Erişim Tarihi: 07.04.2019
48. İnternet: WHO: Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated And Expanded For Integrated Care. Edited by Brownlee AB. Geneva: World Health Organization, UNICEF, Wellstart International; 2009.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241594967_eng.pdf
49. Ishak, W.W., Kahloon, M. And Fakhry, H. (2011). Oxytocin Role İn Enhancing Well-Being: A Literature Review. Journal of Affective Disorders, 130(1), 1-9.
50. Jangsten, E., Mattsson, L., Lyckestam, I., Hellström, A. and Berg, M. (2011). A comparison of active management and expectant management of the third stage of labour: a Swedish randomised controlled trial. Bjog, 118, 362–369.
51. Johnston, C., Campbell-Yeo, M., Fernandes, A., Inglis, D., Streiner, D. and Zee, R. (2014). Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. Cochrane Database Syst Rev, 1.
52. Karabulutlu, Ö., & Yavuz, C. (2018). Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Doğal Doğuma Yönelik Bilgi ve Düşünceleri. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 8(1), 7-14.
53. Karaman, Ö. E. (2017). Doğum Eyleminde Hareket Serbestliğinin Doğum Sürecine Etkisi, Doktora Tezi
54. Kelekci, S., Savan, K., Yaşar, L., Sönmez, S., Şahin, L., & Şentürk, A. (2002). Epizyotomi Tamirinin Plasenta Çıkışıöndan Önce veya Sonra Yapılmasının Peripartum Kan Kaybına Etkisi. Perinatoloji Dergisi, 10(4), 331-335.

55. Kılıçer B. H. (2018). Plasentanın Ayrılmasında Fundal Bası ile Maternal İkinmanın Ağrı Üzerine Etkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
56. Kızılkaya Beji N. (Ed.) (2017). Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları (2. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi
57. Kömürcü N. (2014). Doğum Ağrısı ve Yönetimi. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp kitabevi.
58. Laughon, S. K., Branch, D. W., Beaver, J., Zhang, J. Changes İn Labor Patterns Over 50 Years. American Journal of Obstetrics And Gynecology, 206(5), 419,2012
59. Ludington-Hoe, S. M. (2015). Skin-To-Skin Contact: A Comforting Place With Comfort Food. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 40(6), 359-366.
60. McDonald, S. J., Middleton, P., Dowswell, T., & Morris, P. S. (2014). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal, 9(2), 303-397.
61. McDonald, S.J. and Middleton, P. (2009). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2.
62. Mejbel, M. K. And Ali, R. M. (2012). Effectiveness of Skin-To Skin Contact on Duration of Third Stage of Labor İn Baghdad Teaching Hospital: Comparative Study. Kufa Journal for Nursing Sciences, 2(3), 21-29.
63. Mete S. (Ed.). (2016). Doğum Süreci El Kitabı. İstanbul; İstanbul Tıp Kitabevi.
64. Mete, S. (2017). Stres, hormonlar ve doğum arasındaki ilişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 6(2).
65. Mizuno, K., Mizuno, N., Shinohara, T. And Noda, M. (2004). Mother- İnfant Skin- To- Skin Contact After Delivery Results İn Early Recognition of Own Mother's Milk Odour. Acta Paediatrica, 93(12), 1640-1645
66. Moleti, C. A. (2009). Trends and Controversies İn Labor İnduction. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 34(1), 40-47.

67. Moore, E. R. And Anderson, G. C. (2007). Randomized Controlled Trial of Very Early Mother- Infant Skin- To- Skin Contact and Breastfeeding Status. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(2), 116-125.
68. Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N. And Dowswell, T. (2012). Early Skin-To-Skin Contact for Mothers and Their Healthy Newborn Infants. *Cochrane Database Syst Rev*, 5.
69. Nimbalkar, A. S., Patel, D. V., Nimbalkar, S. M., Patel, V. K., Patel, D. N., & Phatak, A. G. (2016). Infant and Young Child Feeding Practices in Infants Receiving Skin to Skin Care at Birth: Follow-up of Randomized Cohort. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 10(12), SC09.
70. Nishitani, S., Kuwamoto, S., Takahira, A., Miyamura, T. And Shinohara, K. (2014). Maternal Prefrontal Cortex Activation by Newborn Infant Odors. *Chemical Senses*, 39(3), 195-202.
71. Nissen, E., Lilja, G., Widström, A. M. And Uvnäs- Moberg, K. (1995). Elevation of Oxytocin Levels Early Post-Partum In Women. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 74(7), 530-533.
72. O'Driscoll K, Meagher D, Boylan P. (1993). *Active Management of Labour*, 3rd edition. London, Bailliere Tindall
73. Onat Bayram G. (2009). Kanıta Dayalı Uygulamalar Doğrultusunda Alternatif Bir Doğum Yöntemi: Evde Doğum Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi; 2(3): 99-104.
74. Onat, G. (2015). Doğal Doğumdan Sonra Doğal Emzirmenin Üç Bileşeni: Memeye Emekleme, Kanguru Bakımı, Biyolojik Beslenme. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 12(2), 78-84.
75. Peña-Martí, G. E., & Comunián-Carrasco, G. (2007). Fundal pressure versus controlled cord traction as part of the active management of the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).
76. Peregrine, E., O'Brien, P., Omar, R., & Jauniaux, E. (2006). Clinical and ultrasound parameters to predict the risk of cesarean delivery after induction of labor. *Obstetrics & Gynecology*, 107(2), 227-233.

77. Rana, A., & Agarwal, K. (2017). Safety of Delayed Umbilical Cord Clamping İn Preterm Neonates Less Than 34 Weeks Gestation. *The Indian Journal of Pediatrics*, 84(5), 414-414.
78. Rathfisch G. (2012). *Doğal Doğum Felsefesi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
79. Righard, L. (2010). Helping to Maintain Natural Behavior at Birth. *Birth*, 37(1), 84-84.
80. Saxton, A., Fahy, K. and Hastie, C. (2014). Effects of skin-to-skin contact and breastfeeding at birth on the incidence of PPH: A physiologically based theory. *Women and Birth*, 27(4), 250-253.
81. Serçekuş, P. (2011). Doğum Korkusuna Müdahale: Hypnobirthing. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(2), 239-242.
82. Serçekuş, P. Ve İsbir, G.G. (2012). Aktif Doğum Yaklaşımının Kanıta Dayalı Uygulamalar ile İncelenmesi, *TAF Prev Med Bull*, 11(1), 97-102.
83. Sheldon, W. R., & Winikoff, B. (2012). Controlled cord traction in active management of the third stage of labour. *The Lancet*, 380(9848), 1146.
84. Stevens, J., Schmied, V., Burns, E. and Dahlen, H. (2014). Immediate or early skin- to- skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Maternal & child nutrition*, 10(4), 456-473.
85. Strand, R.T., Da Silva, F., Jangsten, E. and Bergstrom, S. (2005). Postpartum hemorrhage: a prospective, comparative study in Angola using a new disposable device for oxytocin administration. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 84, 260–265.
86. Svensson, K. E., Velandia, M. I., Matthiesen, A. S., Welles-Nyström, B. L. and Widström, A. M. E. (2013). Effects of mother-infant skin-to-skin contact on severe latch-on problems in older infants: a randomized trial. *International Breastfeeding Journal*, 8(1), 1-13.
87. Taşkın, L. (2016). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 13. Baskı, Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
88. *The American Academy of Pediatrics and the American College 2017. Committee Opinion: Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth. Ulaşabilirsiniz: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Delayed-Umbilical-Cord-Clamping-After-Birth>*

89. Thilaganathan, B., Cunter, A., Latimer, J. and Beard, R. (1993). Management of the third stage of labour in women at low risk of postpartum haemorrhage. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 48, 19–22.
90. Turan, Z., & Erenel, A. Ş. (2016). Effect of skin-to-skin contact on the placental separation time, mother's oxytocin and pain levels: randomized controlled trial. *Turkish Journal of Biochemistry*.
91. Uzun, M., & Sulu, N. (2002). Oksitosin ve Fizyolojik Etkileri. *Kafkas Üniv. Vet. Fak. Derg*, 8(1), 91-97.
92. Velandia, M. (2012). Parent-Infant Skin-To-Skin Contact Studies: Parent-Infant Interaction And Oxytocin Levels During Skin-To-Skin Contact After Cesarean Section and Mother- Infant Skin-To-Skin Contact as Treatment for Breastfeeding Problems. *Inst För Kvinnors Och Barns Hälsa/Dept Of Women's and Children's Health, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden*.
93. Viero, C., Shibuya, I., Kitamura, N., Verkhatsky, A., Fujihara, H., Katoh, A., Ueta, Y., Zingg, H.H., Chvatal, A., Sykova, E. And Dayanithi, G. (2010). REVIEW: Oxytocin: Crossing the Bridge Between Basic Science and Pharmacotherapy. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 16(5), 138-156.
94. Winberg, J. (2005). Mother and newborn baby: mutual regulation of physiology and behavior—a selective review. *Developmental psychobiology*, 47(3), 217-229.
95. Yakan B. (2009), Plasenta ve Fetal Zarlari, H. Dalçik ve M. Yıldırım İçinde, *Klinik Yönleriyle İnsan Ebriyoloji* (S. 110-145), İstanbul, Nobet Tıp Kitabevi
96. Zhang, J., Landy, H. J., Branch, D. W., Burkman, R., Haberman, S., Gregory, K. D., ... & Hibbard, J. U. (2010). Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstetrics and gynecology*, 116(6), 1281.
97. Essa, R. M. ve Ismail, N. I. A. A. (2015). Effect of early maternal/newborn skin-to-skin contact after birth on the duration of third stage of labor and initiation of breastfeeding. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(4), 98.
98. Şimşek, S., & Karahan, N. (2017). Assessment of The Impact of Mother-Infant Skin-to-Skin Contact at Childbirth on Breastfeeding. *Konuralp Medical Journal/Konuralp Tıp Dergisi*, 9(1).

99. Romano, A. M. and Lothian, J. A. (2008). Promoting, protecting, and supporting normal birth: A look at the evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(1), 94-105.



10.EKLER

EK-1 Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu onam formu sizi tedirgin etmek için değil, yapılacak olan işlemin neden ve nasıl gerçekleşeceğini, işlemin hangi durumlarda sonlandırılacağını, alternatifleri ve tedavi süreci konusunda bilgilendirme onam formudur.

YAPILACAK OLAN İŞLEM:

Gerçek doğum eylemi düzenli aralarla gelen, aralıkları giderek kısalan, şiddeti giderek artan, dinlenme ya da pozisyon değişikliği ile geçmeyen ve eğer baş pelvis uygunsuzluğu ya da prezantasyon anomalisi yoksa rahim ağzında açılma ve silinmeyi sağlayan ağrılardır.

İdeal doğum sürecinde bebeğin doğumundan hemen sonra, çıplak yenidoğan annenin çıplak göğsüne eğilimli olarak yerleştirilir. Anne ve bebeğin üzeri battaniye ile örtülür. Bu işleme **ten tene temas** adı verilmektedir.

Bu araştırmada, bebek doğduktan hemen sonra umblikal kord klemplenmeden sizinle KKYTTT sağlanacaktır. Bu sayede bebeğinize erken kavuşmanızı ve bu işlemin plasentanın (eşinin) ayrılmasına olan etkisini incelemekteyiz. Placenta ayrıldıktan sonra kordu klemplayip bebeğinizin bakımlarını yapmak için doğum odasında bulunan bebek yatağına alınacaktır.

Bu tezin amacı, KKYTTT'ın doğumun ikinci evresinde umblikal kord klemplenmeden plasentanın ayrılma süresi üzerine olan etkisini incelemektir. İdeal bir doğum süreci olan ten tene temasın yaygınlaştırılması hedeflenmiştir.

Kaynaklara göre plasentanın (eşin) ayrılması bebeğin doğumundan sonraki 5 ile 30 dakika arasında gerçekleşmektedir. Kanamanın bulunmaması halinde plasentanın elle çıkarılması işleminin ne zaman yapılması gerektiği hakkında dünyada herhangi bir uzlaşma sağlanamamaktadır. Doğumdan 20 dakika sonra girişim uygulayanlar da doğum sonrası 1 saatten daha uzun süre bekleyenler de bulunmaktadır. Literatürde yeterli kanıtların bulunmaması nedeniyle daha fazla araştırma yapılmasının gerektiği belirtilmektedir.

Araştırmamızın hedef kitlesi; nullipar gebeler, term sağlıklı normal doğum yapan kadınlar olacaktır. Sezaryen olan kadınlar, preterm doğum yapan kadınlar, riskli gebeliği olan kadınlar, doğum anında kanaması çok olan kadınlar ve doğum anında bebeği hipotonik (canlandırma ihtiyacı) doğan kadınlar araştırma dışında tutulacaktır.

Araştırmamızın konuyla ilgili literatürdeki açığın kapatılması, annelerin bebekleriyle aralarındaki bağın erken dönemde kurulması, dünya standartlarına erişilmesi ve gereksiz medikal tedavinin önlenerek ekonomik yükün azaltılması açısından yararlı olacağı düşünülmektedir.

Tez çalışmamız 2 bölümden oluşan anket ile yapılacaktır. İlk bölümde sizin dolduracağınız sosyo-demografik bilgiler bulunmaktadır. İkinci bölümde doğum eylemi izlemi ve hastanenin rutin yapılan kan testlerinden oluşan çalışmacının doldurması gereken sorular bulunmaktadır.

Üsteki Açıklamalar Doğrultusunda Çalışmacının Bana Anlattığı;

- Alternatif tedavi yöntemlerini ve bunların risklerini biliyorum;
- Herhangi bir komplikasyon olduğunda çalışmanın durdurulacağını biliyorum;
- Bana söylenenlerin tümünü anladım;
- Çalışmacı tüm sorularımı cevapladı;
- Aydınlatılmış onam formunun anlamını biliyorum;
- Bana müdahale yapacak kişileri (ebe, gerektiği durumlarda doktor) biliyorum;
- Kendi özgür irademle karar veriyorum;
- Yapılacak olan işlemi kabul etmeme ya da istediğim zaman vazgeçme hakkımın olduğunu biliyorum;

**(Hasta / hasta yakını tarafından “okudum, anladım ve uygulamayı kabul ediyorum.” kendi el yazısı ile yazıp imzalaması gerekmektedir)

Hastanın

Adı- soyadı

İmza:

Hasta Yakını

Adı- soyadı

İmza:

Sahit

Adı- soyadı

İmza:

EK-2 Veri Toplama Formu

TEN TENE TEMASIN PLASENTA AYRILMA SÜRESİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

Değerli Katılımcı;

Bu tezin amacı, Kord klemplenmeden yapılan ten tene temasın doğumun ikinci evresinde umbilikal kord klemplenmeden plasentanın ayrılma süresi üzerine olan etkisini incelemektir. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz cevaplar tarafımızca saklı tutulacak ve tamamen bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır.

İlginiz için çok teşekkür ederim.

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ebelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi

Tuğba ŞAHAN

BİRİNCİ BÖLÜM

1. Adı Soyadı:

2. Yaşı:

3. Eğitim Düzeyiniz

- Okuryazar değil
- İlkokul- Ortaokul
- Lise
- Ön lisans
- Lisans
- Yüksek lisans ve üzeri

4. Mesleğiniz nedir?

.....

5. Gravida: Parite: Yaşayan: Abortus: Küretaj:

6. Geçirilmiş bir operasyonunuz var mı? Varsa nedir?

- Var.
- Yok

7. Evlilik Süresi:

8. Evlilik Yaşı:

9. Sürekli kullandığı ilaç:

10. Sigara içiyor musunuz?

- a. Evet.adet/paket/gün Yıl
- b. Hayır

11. Gebelik haftası:

12. Gebeliği isteme durumu:

- a. İstiyorum
- b. İstemiyorum

13. Bebeğinizi dünyaya getireceksiniz. Nasıl hissediyorsunuz?

- a. Korkuyorum
- b. Heyecanlıyım
- c. Mutluyum
- d. Bilmiyorum
- e. Diğer

14. Tekrar doğum yapacak olsanız bu hastaneyi tercih eder misiniz?

- a. Evet
- b. Hayır
- c. Bilmiyorum

15. Cevap hayır ise en çok sizi rahatsız eden konu ne oldu?

- a. Sağlık personeli (ebe/hemşire/doktor/personel) bana yeterince ilgi göstermedi.
- b. Mahremiyetimin korunmadığını hissettim.
- c. Diğer gebelerin bağırması beni rahatsız etti.
- d. İstedğim gibi hareket edemedim.
- e. Eşimle ya da yakınımın görüşmeme izin verilmedi.
- f. Refakatçimin olmaması beni rahatsız etti.
- g. Yemek yemediğim için rahatsız oldum.
- h. Diğer.....

16. Doğum sonrası ten tene teması duydunuz mu?

- a. Evet
- b. Hayır

17. Duyduysanız nereden duydunuz?

- a. Gebe okulu/ Doğuma hazırlık sınıfı
- b. Televizyon
- c. İnternet
- d. Diğer

18. Hemen ten tene temas (KKYTTT) yapıldı mı? Evet ise ikinci bölüme geçiniz.

- a. Evet
- b. Hayır.....

İKİNCİ BÖLÜM

- 19. Hemen ten tene temas (KKYTTT) sırasında ne hissettiniz?**
- Mutluyum
 - Pis hissediyorum
 - Korkuyorum
 - Heyecanlıyım
 - Diğer
- 20. Latent fazda doğumu başlatmak için herhangi bir girişim uygulandı mı?**
- Evet.....
 - Hayır
- 21. Aktif fazda indüksiyon veya augmentasyon kullanıldı mı?**
- Evet
 - Hayır
- 22. Epizyotomi uygulandı mı?**
- Evet
 - Hayır
- 23. Ten tene temas sonrası bebek emmeye başladı mı?**
- Evet
 - Hayır
- 24. Evetse; kaçınıcı dakikada emmeye başladı?**
- 1-5
 - 5-10
 - 10-15
 - 15-20
 - 20-25
 - 25-30
- 25. Plasenta ayrılma belirtileri:**
- Ayrılma kanaması: Dk
 - Schroeder belirtisi (Fundusun, umblikus üzerinde yükselmesi, Uterusun uzun şeklinden yuvarlak hale geçmesi): Dk
 - Ahlfeld belirtisi (Umblikal kordun uzaması): Dk
 - Küstner belirtisi (Mons pubisten dik olarak bir el ile bası yapılırca kordon boyunda bir kısalma olmaması): Dk
- 26. Plasentanın doğumu: Dk**
- 27. Giriş hemoglobin değeri:**
- 28. Giriş hematokrit değeri:**
- 29. Postpartum 8. Saat hemoglobin değeri:**
- 30. Postpartum 8. Saat hematokrit değeri:**

EK-3 Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Tuğba ŞAHAN(Anket Çalışması)

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)
(Kavacak Mah. Ekinciler Cad. No.19 Kavacak Kavşağı- Beykoz)

İlgi : a) 31/01/2019 tarihli ve 71211201-3623 sayılı yazı
b) 01/03/2019 tarihli ve 45793301-604.01.01-3907 sayılı yazı

İlgi a) da kayıtlı yazı ile Üniversiteniz Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Bölümü Öğrencisi Tuğba ŞAHAN'ın "Ten tene temasın plasenta ayrılma süresine etkisinin belirlenmesi" konulu anket çalışmasını, Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesinin ilgi b) sayılı yazısı ile uygun görülmüş olup, konunun çalışmada adı geçen kişiye tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZALANMIŞ
ASLI İLE AYNIYDIR
11.3.2019

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Müdür a.
Başkan

Mukadder MİRAL
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Subesi
Ebelik Anabilim Dalı Birimi
Birim Sorumlusu

Seyitnizam Mah. Mevlana Cad.No:43 Zeytinburnu-İstanbul Sağlık Geliştirilme
Birimi
Telefon: Faks No:
e-Posta:sinan.kavzan@saqlik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbulsaqlik.gov.tr

Bilgi için:Sinan KAVZAN
SÖREKLİ İTÇİ

Telefon No:0212 638 33 99-3059

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 33a18449-0e27-41c7-86d9-d7ed3e989cc5 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.39973
Konu : Etik Kurulu Kararı

25/10/2017

Sayın Tuğba ŞAHAN

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Ten Tene Temasın Plasenta Ayrılma Süresine Etkisinin Belirlenmesi" isimli başvurumuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 25.10.2017 tarihinde e-İmzalanmıştır. Evrağımızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 24C67410XF kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi
Kavacak Mah. Ekinçiler Cad.No:19 Kavacak Karşıya: 34810
Beşiktaş/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr



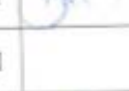
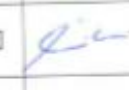
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

| | | | | | |
|--------------------------|---|---|--|---|--|
| BAŞVURU BİLGİLERİ | ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI | Ten Tene Temasın Plasenta Ayrılma Süresine Etkisinin Belirlenmesi | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADESOYADI | Tuğba ŞAHAN | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI | Ebe | | | |
| | KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ | İstanbul | | | |
| | DESTEKLEYİCİ | - | | | |
| | ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER | TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> | ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/> | ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/> | ULUSLARARASI <input type="checkbox"/> |

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

| Değerlendirilen Belgeler | Belge Adı | Tarihi | Versiyon Numarası | Dili | | |
|-------------------------------------|---|--------------------------|--|--|------------------------------------|--------------------------------|
| | ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ PLANI | 23.10.2017 | | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> | İngilizce <input type="checkbox"/> | Diğer <input type="checkbox"/> |
| BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU | 23.10.2017 | | Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> | İngilizce <input type="checkbox"/> | Diğer <input type="checkbox"/> | |
| Karar Bilgileri | Karar No: 408 | Tarih: 25/10/2017 | | | | |
| | Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekeçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir. | | | | | |

| İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU | |
|--|------------------------|
| BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI | Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK |

| Unvanı/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyet | | Araştırma ile İlgili | | Katılım * | | İmza |
|------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK | Eczacılık | İstanbul Medipol Üniversitesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |  |
| Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK | Farmakoloji | İstanbul Medipol Üniversitesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |  |
| Yrd. Doç. Dr. Silbel DOĞAN | Psiko-onkoloji | İstanbul Medipol Üniversitesi | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |  |
| Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI | Ergoterapi | İstanbul Medipol Üniversitesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Yrd. Doç. Dr. İkinur KESKİN | Histoloji ve Embriyoloji | İstanbul Medipol Üniversitesi | E <input type="checkbox"/> | K <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input checked="" type="checkbox"/> | H <input type="checkbox"/> |  |
| Yrd. Doç. Dr. Mehmet HİKMET ÜÇİŞİK | Biyoteknoloji | İstanbul Medipol Üniversitesi | E <input checked="" type="checkbox"/> | K <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> | H <input checked="" type="checkbox"/> | |

* :Toplantıda Bulunma



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.2946
Konu : Etik Kurulu Kararı

28/01/2019

Sayın Tuğba ŞAHAN

Üniversitemizin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 23.10.2017 tarihli 408 karar no ile onay verilen "Ten Tene Temasın Plasentanın Ayrılma Süresine Etkisinin Belirlenmesi" isimli çalışmamda örneklem sayısının 50 olarak, etik kurul onay süresinin "Şubat-Nisan 2019" tarihine kadar uzatılması isteğimizin uygun bulunmuş olup kayıt altına alınmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 28.01.2019 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağımızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 1AE7F35CX4 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

| | | | |
|-------------------|------------------------|---------------------|-------------|
| Adı | Tuğba | Soyadı | Şahan |
| Doğum Yeri | Balıkesir | Doğum Tarihi | 24.09.1991 |
| Uyruğu | T.C. | TC Kimlik No | 10198832024 |
| E-mail | sahantugba91@gmail.com | Tel | 05532827553 |

Eğitim Düzeyi

| | Mezun Olduğu Kurumun Adı | Mezuniyet Yılı |
|----------------------|-------------------------------------|-----------------------|
| Yüksek Lisans | İstanbul Medipol Üniversitesi | - |
| Lisans | Ankara Üniversitesi | 2014 |
| Lise | Balıkesir Cumhuriyet Anadolu Lisesi | 2009 |

İş Deneyimi

| Görevi | Kurum | Süre (Yıl - Yıl) |
|------------------------------------|--|-------------------------|
| 1.Ebe | Kağıthane Devlet Hastanesi | 2019-Halen |
| 2.Misafir Öğretim Görevlisi | İstanbul Medipol Üniversitesi | 2016-Halen |
| 3. Ebe | Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 2014-2019 |

| Yabancı Dilleri | Okuduğunu Anlama* | Konuşma* | Yazma* |
|------------------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| İngilizce | İyi | Orta | İyi |
| Korece | Orta | Orta | Zayıf |

Bilgisayar Bilgisi

| Program | Kullanma becerisi |
|------------------------------|-------------------|
| Microsoft Office Programları | Çok iyi |
| SPSS | İyi |

Sertifikalar

- Etkili İletişim “Diksiyon ve Güzel Konuşma”, 2013, Ankara, Sertifika no: KAE10130168
- Mülakat Teknikleri ”Etkili CV Hazırlama”, 2013, Ankara, Sertifika no: KAC10130168
- Mikro Beden Dili “Aşk’ta, İş’te ve Yaşam’da Mikro Beden Dili”, 2013, Ankara, Sertifika no: KAM10130168
- Acil Obstetrik Bakım Eğitimi, 2014, İstanbul, Sertifika no: 34-185
- Neonatal Resüsitasyon, 2014, İstanbul, Sertifika no: 1575-46090
- Gebelik ve Doğumda Akupressure, 2018, İstanbul, Sertifika no: 180357

Uluslararası ve Ulusal Yayınlar/Bildiriler

- 4. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi’nde sunulma üzere hazırlanan “Doğum Ağrısını Azaltmada Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler” konulu Poster Sunu, 2013, Samsun
- Uluslararası 5. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi’nde sunulmak üzere hazırlanan “Gebelikte Şiddet” konulu Sözlü Sunum, 2014, Eskişehir
- Uluslararası 5. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi’nde sunulmak üzere hazırlanan “Pelvis Tiplerinin Doğum Eylemine Etkisi” konulu Sözlü Sunum, 2014, Eskişehir
- Uluslararası 5. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi’nde sunulmak üzere hazırlanan “Suda Doğum” konulu Poster Sunu, 2014, Eskişehir
- Uluslararası 5. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi’nde sunulmak üzere hazırlanan “Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Doğum Korkusuna Yönelik Endişelerinin Belirlenmesi” Konulu Poster Sunu, 2014, Eskişehir
- Uluslararası 5. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi’nde sunulmak üzere hazırlanan ”Doğu Batı Ekseninde Türkiye’de Kürtaj” konulu Poster Sunu, 2014, Eskişehir
- 4. Ankara Ebelik Günlerinde Sunulmak üzere hazırlanan “Bu Köyün Ebesi Benim” isimli Tiyatro Oyunu Yazma ve Yönetme, 2014, Ankara
- V. European Conference on Social and Behavioral Sciences sunulmak üzere hazırlanan “Ebelik Bölümü Öğrencilerinin Doğum Korkusuna Yönelik Endişelerinin Belirlenmesi” konulu Sözlü Sunum, 2014, St. Petersburg
- Uluslararası & 6. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi’nde sunulmak üzere hazırlanan “Preeklampsinin Sezaryen Doğumlardaki Yeri” konulu Poster Sunu, 2015, İstanbul

- Uluslararası 7. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi'nde sunulmak üzere hazırlanan "Tarihsel Süreçte Ebelik" konulu Poster Sunu, 2016, Adana
- Uluslararası 8. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresinde sunulmak üzere hazırlanan "Kadına Yönelik Şiddet ve Gebelik Üzerine Etkisi" konulu Poster Sunu, 2017, İstanbul
- Uluslararası 4. Ulusal Ebelik Kongresinde Sunulmak üzere hazırlanan "Ten Tene Temasin Emzirme Üzerine Etkisi" Konulu Sözlü Sunum, 2017, Ankara
- Uluslararası 9. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresinde sunulmak üzere hazırlanan "Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Sezaryen Prevalansı" konulu Poster Sunu, 2018, Amasya
- Uluslararası 9. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresinde sunulmak üzere hazırlanan "Ebelik Açısından Prematüritenin Önemi" konulu Poster Sunu, 2018, Amasya

Ulusal ve Uluslararası Konferans, Kongre, Sempozyumda Konuşmacı ve Organizasyon Görevleri

- Sürdürülebilir Üreme Sağlığının Kalbi: Ebelik isimli sempozyumda, Gebelikte ve Doğum Eyleminin Yönetiminde Güncel Yaklaşımlar oturumunda, **Gebelik ve Doğumda Akupres** konulu sunum