

**T.C.  
EGE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

# **ERKEN DÖNEMDE BEBEĞİN EMZİRİLMESİYLE PLASENTA AYRILMA SÜRESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
DOKÜBANTASYON MERKEZİ**

**Hemşirelik Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZIRLAYAN  
Hafize ÖZTÜRK**

**EGE ÜNİVERSİTESİ  
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU**

**İZMİR-2000**

**T.C.  
EGE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

# **ERKEN DÖNEMDE BEBEĞİN EMZİRİLMESİYLE PLASENTA AYRILMA SÜRESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

**Hemşirelik Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZIRLAYAN  
Hafize ÖZTÜRK**

**TEZ DANIŞMANI  
Doç. Dr. Ümran DEMİR**

**İZMİR-2000**

## ÖNSÖZ

Tez çalışmalarım süresince yol gösterici ve destekleyici tavırları ile desteğini her zaman hissettiğim danışman hocam Sayın Doç. Dr. Ümran Demir'e, araştırma yapılmasına olanak sağlayan SSK. Elazığ Hastanesi ve Doğum Kliniği yöneticilerine, veri toplama sırasında yardımlarını esirgemeyen doğum kliniğinde çalışan sevgili ebe arkadaşlara ve yardımcı sağlık personeline, çalıştığım kurumdaki tüm arkadaşlarıma, verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde yardımcı olan E.Ü. Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü'nden Sayın Arkun Tatar'a, beni her zaman motive eden arkadaşım Fidan Erdoğan'a ve değerli aileme teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Hafize ÖZTÜRK

# İÇİNDEKİLER

## Sayfa No

ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLolar DİZİNİ.....	v

## BÖLÜM I

GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	3
1.2. Genel Bilgiler.....	4
1.2.1. Ana Sağlığı ve Önemi.....	4
1.2.1.1. Ana Ölüm Nedenleri.....	4
1.2.2. Gebeliğin ve Plasentanın Oluşumu.....	7
1.2.2.1. Gebeliğin Oluşumu.....	7
1.2.2.2. Plasentanın Oluşumu.....	10
1.2.2.2.1. Plasentanın Yapısı ve Fizyolojisi.....	11
1.2.2.2.2. Plasentanın İşlevleri.....	12
1.2.2.2.3. Plasentanın Ayrılması.....	13
1.2.3. Emzirme ve Meme Ucu Uyarımı.....	16
1.2.3.1. Erken Emzirmenin Anne-Bebek Sağlığı Açısından Yararları.....	17
1.2.3.2. Erken Emzirmeyi Etkileyen Faktörler.....	20
1.2.3.3. Erken Emzirmeye Başlamada Hemşirenin Rolü.....	22
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	24
1.4. Tanımlar.....	25
1.5. Sınırlamalar.....	25

## BÖLÜM II

### GEREÇVE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi.....	26
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı .....	26
2.2.1. Araştırma Yapılan Yerin Tanımı .....	26
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	30
2.3.1. Araştırmanın Evreni .....	30
2.3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	30
2.4. Verilerin Toplanması .....	31
2.4.1. Formların Hazırlanması.....	31
2.4.2. Veri Toplama Aracının Uygulanması.....	31
2.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	32
2.6. Araştırmanın Bağımlı Bağımsız Değişkenleri .....	32
2.7. Araştırmanın Süresi ve Olanakları.....	33

## BÖLÜM III

### BULGULAR

3.1. Gebelerle İlgili Tanıtıcı Bilgiler .....	34
3.2. Gebelerin Doğurganlık Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	35
3.3. Gebelerin Bir Önceki Gebelik ve Doğumlarına İlişkin Bulgular .....	39
3.4. Gebelerin Şimdiki Gebelik ve Doğumlarına İlişkin Bulgular .....	41
3.5. Gebelerin Plasenta Ayrılma Sürelerine Etki Eden Bazı Faktörlere İlişkin Bulgular .....	46

## BÖLÜM IV

### TARTIŞMA VE SONUÇ

4.1. Tartışma .....	50
4.1.1. Gebelerle İlgili Tanıtıcı Bilgilerin İncelenmesi.....	50
4.1.2. Gebelerin Doğurganlık Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	52
4.1.3. Gebelerin Bir Önceki Gebelik ve Doğumlarına İlişkin Özelliklerin İncelenmesi .....	55
4.1.4. Gebelerin Şimdiki Gebelik ve Doğumlarına İlişkin Bulguların. İncelenmesi.....	57
4.1.5. Gebelerin Plasenta Ayrılma Sürelerine Etki Eden Bazı Faktörlere İlişkin Özelliklerin İncelenmesi.....	62
4.2. Sonuç .....	65
4.2.1. Öneriler .....	68
ÖZET.....	69
SUMMARY.....	71
KAYNAKLAR.....	74
EKLER	
EK-I Erken Devrede bebeğin Emzirilmesinin Plasenta Ayrılma Süresine Etkisini belirlemeye Yönelik Anket Formu.....	79
EK-II Prenatal Risk İndikatör Formu .....	82
EK III SSK ELAZIĞ Hastanesi'nden Alınan İzin Belgesi .....	85
ÖZGEÇMİŞ	

## TABLolar DİZİNİ

Tablo No:

Sayfa No:

Tablo 1: Gebelerin Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı .....	34
Tablo 2: Gebelerin Gebelik, Doğum ve Yaşayan Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı .....	35
Tablo 3: Gebelerin Ölü Doğum Yapma Durumlarına ve Sayılarına Göre Dağılımı .....	37
Tablo 4: Gebelerin Düşük Yapma Durumlarına, Sayılarına ve Düşük Çeşitlerine Göre Dağılımı.....	38
Tablo 5: Gebelerin Bir Önceki Doğum Aralığına Göre Dağılımı .....	39
Tablo 6: Gebelerin Bir Önceki Doğumlarında Bebeklerini Emzirme Durumlarına ve Emzirmeye Başlama Saatlerine Göre Dağılımı ..	40
Tablo 7: Gebelerin Gebelik Haftalarına Göre Dağılımı .....	41
Tablo 8: Gebelerin Gebeliklerini İsteme Durumlarına Göre Dağılımı .....	41
Tablo 9: Gebelerin Gebeliğinde Problem Olma Durumu ve Problem Türlerine Göre Dağılımı.....	42
Tablo 10: Gebelerin Gebeliklerinde İlaç Kullanma Durumuna ve Kullandıkları İlaç Türlerine Göre Dağılımı .....	43
Tablo 11: Doğan Bebeklerin Cinsiyetlerine ve Apgar Puanlarına Göre Dağılımı .....	44
Tablo 12. Gebelerin Risk Puanlarına Göre Dağılımı .....	44
Tablo 13. Gebelerin Doğum Süresi Ortalamalarına ve Plasenta Ayrılma Göre Dağılımı.....	45
Tablo 14: Gebelerin Yaş Gruplarına göre Plasenta Ayrılma Süre Ortalamalarının Dağılımı.....	46

Tablo 15: Gebelerin Gebelik Sayıları Göre Plasenta Ayrılma Süre Ortalamalarının Dağılımı.....	47
Tablo 16: Gebelerin Doğum Sayılarına Göre Plasenta Ayrılma Süre Ortalamalarının Dağılımı.....	48
Tablo 17: Gebelerin Risk Puanları İle Plasenta Ayrılma Süre Ortalamalarının Dağılımı .....	49
.....	49





## BÖLÜM I

### GİRİŞ

Bir toplumun sağlık düzeyini gösteren en önemli ölçütlerden biri ana ölüm hızıdır. Ana ölümlerinin yarısı (%47.5) doğum eyleminde, dörtte biri (%28.8) ise postpartum dönemde meydana gelmektedir. Ana ölümüne neden olan faktörlerden önemli bir bölümünü doğum sonu döneme ait komplikasyonlar oluşturmaktadır. Bunlardan da anlaşılacağı gibi doğum sonu ve doğum eylemi süresi kadınlar için risk oluşturmaktadır. Aynı zamanda sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamama, sosyokültürel ve ekonomik nedenlerde önemli rol oynamaktadır. Riski arttıran durumlardan biri de hastane doğumlarında erken taburculuktur. Ülkemizdeki doğum evleri ve hastanelerin çoğunda doğum yapan anne genellikle 24 saat sonra taburcu edilmektedir. Erken taburculuk, sağlık giderlerini azaltmakla beraber, 24 saat içinde kadının doğum yapması, bebeğine adapte olması, fizyolojik değişikliklere katlanması ve bebeğine bakabilmesi için gereken becerileri kazanması anneyi gergin hale sokar. Bu nedenle de annenin hastanede kaldığı süre doğum sonu sürece hazırlanmada çok önemlidir. Doğum eyleminde geçen sürede de annenin laktasyona, uterus involüsyonuna ve doğum sonu sürece hazırlanması gerekir (5,11,14,29,50,51).

Doğum eylemi; üç evrede sonlanmaktadır. Birinci evre; annenin kontraksiyonlarının başlayıp serviksin açılması ve silinmenin tam olmasına kadar geçen evredir. Bu sırada anne doğum eylemine kendini hazırlar. Birinci evre, primiparlarda 6-12 saat, mültiparlarda ise 2-10 saat sürer. Birinci evrenin sonunda anne doğum masasına alınarak bebeğin doğurtulması aşamasına geçilir. İkinci evre diye nitelediğimiz "atılma evresi" primiparlarda 20-60 dk., mültiparlarda ise 20 dk. sürer. Gebe kadın bu süre içinde doğum masasındadır. Bebeğin doğmasıyla birlikte

göbek kordonu klemplenerek anneyle bebek arasındaki fizyolojik bağ kesilir. Kordonun kesilmesiyle plasental dolaşım sonlanır. Üçüncü evre ise; " plasental evre " yani plasentanın atılma evresidir (14,52).

Plasentanın atılımından sonra gebelik hormonları estrojene ve progesterone hormonu seviyesi düşmeye başlar. Bu arada plasentanın atılması için uterus kontraksiyonları başlar. Uterus kontraksiyonlarını başlatan ve aynı zamanda doğum eyleminin başlamasında rolü olan oksitosin hormonudur. Doğum eyleminden hemen önce seviyesi yüksek olan oksitosin, bebek doğduktan sonra da bebeğin memeye verilmesiyle ve anneyle teması sağlanarak artırılmalı ve salınımı devam ettirilmelidir. Böylelikle uterus kontraksiyonları daha da artacak, doğum sonu kanamalar azaltılabilecek ve uterus involüsyonu daha çabuk sağlanabilecektir (14,40,52,57).

Ayrıca, yenidoğan; sıcak, karanlık, suyla dolu bir ortamdan soğuk, aydınlık ve kuru bir ortama geçmektedir. Bu nedenle vücut ısısını doğduktan sonra uterus dışı ortama rahatlıkla uyduramaz. Yenidoğanın doğum sonu ilk bakımında vücut dengesini en üst düzeye getirmek ve o düzeyi korumak amaçlanır. Ortam değişimine, ilk altı saat içinde vücut sistemleri stabil olmadan önce düzensiz biyolojik uyum dönemi yaşar. Uyum dönemi birbirini takibeden üç dönemden oluşur. Birinci dönem; reaktif dönemdir ki; ilk 15-30 dk. süredir. İkincisi ise; inaktif dönemdir. 30 dk. ile altı saat arasında sürer. Son dönem; ikinci reaktif dönem, bunları takibeden iki-altı saatlik süreyi kapsar. Birinci dönemde sistemlerin çoğu aktiftir. Bebek uyanıktır, kuvvetle ağlar, kalp atım hızı 180/dk. 'ya ulaşır. Emmesi güçlü ve çevreyle ilgilidir. Yutma refleksi vardır. Bu dönemde bebeğin uyanık olması nedeniyle ebeveyn- yenidoğan ilişkisinin başlatılması önemli bir ebe ve hemşirelik sorumluluğudur. Bu dönemden sonra bebeğin çok sessiz, uyaranlara cevapsız olduğu dönem başlar. Bir- birbuçuk saat sürer. Vücut ısısı düşmeye

başlar, aktivite yoktur, uykudadır. Uyumu kolaylaştırmada bebeğin anneye temasının sağlanmasıyla ısı düzenlemesi sağlanmış olur (10,19,52).

Erken dönemde bebeğin emzirilmesiyle bebeğin psikolojik gelişimine de yardımcı olunmuş olur. Doğumdan önce memeleri laktasyona hazırlayan prolaktin hormonu da emmeyle birlikte artar ve süt yapımı da artmış olur. O halde; göbek klemlendikten sonra bebeğin emzirilmesinin laktasyona, uterus involüsyonuna ve anne- bebek etkileşimine etkisi vardır (48).

### **1.1. Araştırmanın Amacı**

Erken devrede bebeğin anneye temasının laktasyona, anne-bebek etkileşimine ve uterus involüsyonuna yararları olduğu kanıtlanmıştır. Bu çalışmayla amaçlanan ise; doğumdan hemen sonra bebeğin emzirilmesiyle artan oksitosinin uterus kontraksiyonları yoluyla plasentanın ayrılma süresine etkisini ortaya koymaktır.

Yapılan çalışmayla erken devrede emziren ve emzirmeyen annelerde plasentanın ayrılma süreleri belirlenmiş ve plasentanın ayrılmasını etkileyen bazı faktörlerle ilişkileri incelenmiştir.

## 1.2. Genel Bilgiler

### 1.2.1 Ana Sağlığı ve Önemi

Günümüzde, üreme çağındaki ( 15-49 yaş ) kadınlar dünya nüfusunun yaklaşık beşte birini, ülkemiz 1997 yılı nüfus sayımına göre ise nüfusun % 25' ini oluşturmaktadırlar. Bu grubun toplam nüfus içindeki payının büyük olması ve yaşadıkları fizyolojik özellikler ( gebelik, doğum ve lohusalık ) ve sağlık düzeylerinin istenilen düzeyde olmaması nedeniyle, sağlık açısından duyarlı olunması gereken ve potansiyel risk taşıyan gruplardır. Ülkemiz nüfusunun büyük çoğunluğunu oluşturan kadınların sağlığı birey, aile ve toplum sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır (1,5,6,23,28,39,52).

Bugün dünyada üreme yaşındaki kadınlardan yılda 500 binden fazlasının gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde olduğu saptanmıştır. Gelişmiş ülkelerde Ana Ölüm Hızı ( AÖH ) yüzbinde 26 iken, Türkiye' de yüzbinde 78.9 'dur. Elazığ ilinde ise onbinde 33.67 dir. ( Bu orana Sağlık Bakanlığı' na bağlı kuruluşlar dahil edilmiştir). Yapılan yeni tahminler dünyada yıllık ana ölümleri sayısının 585 bin olduğunu göstermektedir. Gebelik ve doğumla ilgili nedenler yüzünden meydana gelen yaralanma ve sakatlıkların dünyada en çok ihmale uğrayan sağlık sorunu olduğu söylenebilir. Bundan dolayı ana sağlığı, gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de genel sağlık sorunlarının önemli ve öncelik taşıyan konularındandır (6,26,28,52,54).

#### 1.2.1.1. Ana Ölüm Nedenleri

Kadının doğurganlığı, kadının vücudu için normal fizyolojik bir olaydır. Ancak, gebeliğin getireceği risklerin de düşünülmesi gerekir. Her gebelik sağlıklı kadınlar için

bile risk yaratır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporuna göre ana ölümlerinin % 99'u kolayca önlenbilir nedenlerden meydana gelmektedir. Doğumların ve düşüklerin sağlıklı koşullarda yapılması, çok sayıda, genç ya da ileri yaşta gebeliklerin önlenmesi, gebelikler arasında yeterli süre bırakılması ve düşüklerin sağlıklı koşullarda yapılmasının sağlanması ile bunların çoğu önlenebilecektir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı (SB) kayıtlarına göre ana ölümlerinde ilk üç sırayı gebelik ve lohusalık toksemileri (% 41), kanamalar ( %19.9) ve enfeksiyonlar (% 5.5) almaktadır. Diğer komplikasyonlar % 25, bilinmeyenler ise % 8.6 oranındadır (1,5,6,23,52).

Ana ölümleriyle doğumların yapıldığı yer ve doğumu yaptıran kişi arasında da ilişki vardır. Ülkemiz genelinde doğumların %19'u herhangi bir sağlık personeli olmadan evde kendi kendine veya geleneksel ebeler yardımıyla yapılmaktadır. Doğu bölgelerinde doğumların yarısından fazlasının evde yapıldığı tespit edilmiştir. Elazığ İl'inde evde ebe yardımı veya sağlık personeli olmadan yapılan doğumlar yaklaşık % 26'dır (1,23,26,54).

Gelişmekte olan diğer ülkelerde; kanama, engellenmiş doğum eylemi, enfeksiyon, eklampsi ve abortus ana ölümlerinden ilk beşini oluşturur. Bu nedenlerin hepsi erken tanı ve tedavi ile önlenilen nedenlerdir (5,29,52).

Ana ölümlerinde ilk sırayı oluşturan toksemi, özellikle gebelerin düzenli olarak doğum öncesi bakımın olmadığı ülke ve yörelerde sık görülen nedenlerdendir. Tüm gebeliklerin % 5'inde komplikasyonlara yolaçar. Doğum öncesi dönemde toksemimin erken belirtilerine ağırlık verildiğinde, bu sorunların ilerlemesi ve olumsuz sonuçları önemli ölçüde önlenbilir. Toksemi yönünden; primiparlar, çok genç ve ileri yaş gebeler, çok doğum yapanlar, kronik hipertansiyonlular, daha önceki gebeliklerinde toksemi geçirenler, ailesinde toksemi olanlar, diabetikler, ikinci trimestride aşırı kilo

alanlar ve çoğul gebeliği olanlar, molhidatiform ve trisomi 13'ü olanlar yüksek riskli olarak kabul edilmelidir (1,5,42,52).

Hastalığın geç tanınmasının nedeni; şiddetinin tam değerlendirilememesi ve en uygun tedavi yönteminin seçiminde tereddüt edilmesidir. Bu nedenle anne ve yenidoğanda morbitite ve mortalite nedeni olmaktadır. Erken tanı ve tedavinin yapılması sonucu, preeklampitik gebelerin hiçbirisinde eklampsi gelişmediği saptanmıştır (1,42).

Kanama da ana ölümlerinin başta gelen nedenlerindedir. Vaginal doğumdaki ortalama kan kaybı yaklaşık olarak 500 ml.dir. Bunun üzerindeki kanama, postpartum hemoraji (kanama) (PPH) oluşturur ve % 90'ı gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Kanamaların çoğu postpartum dönemde olmaktadır (5,42,52). Doğum sonu kanamaları; uterus atoniye, doğum sonrasında uterusun yeterli kasılmamasına ve böylece plasentayı besleyen kan damarlarının kapanamamasına neden olmaktadır. Gebelik ve doğum sayısındaki artış, doğum sonu atoni tehlikesini de beraberinde getirmektedir (1,34). Doğum öncesi dönemde kanamaya hazırlayıcı faktörler iyi değerlendirilirse kanamaya bağlı ölümler % 100 'e yakın önlenebilir. Oksitosik ilaçların rutin kullanımının PPH riskini % 40 oranında azalttığı veya oksitosin verilen her 22 kadından birinde PPH önleneceğini gösteren verilere rağmen (Prendeville ve ark. 1988), gelişmekte olan ülkelerin büyük bir kısmında doğumun üçüncü evresinde oksitosin ilaçlarının rutin olarak kullanımı mümkün olamamaktadır. Uterotonik ilaçların doğumda tansiyona etkisinin olması istenmedik bir durumdur. Gelişmiş ülkelerdeki kadınlar da doğumda rutin oksitosin enjeksiyonunu arzu etmediklerini ifade etmişlerdir (27,29,40).

Ana ölüm nedenlerinden bir diğeri ise enfeksiyondur. Enfeksiyon, plasenta yapışma alanında başlar ve desidua ile komşu myometriumu da içine alır. Çoğunlukla

Çoğunlukla birden fazla mikroorganizma nedenlidir. En sık sorumlu olan bakteri; serviksin ve vaginanın normal florasıdır. Membranların erken açılması, uzun süren eylem ve operatif doğum enfeksiyon riskini artırır. Elle vaginal muayene, plasenta retansiyonu ve plasentanın elle çıkarılması ile uterusu yapılan müdahaleler risk faktörüdür. Septik abortus, doğumun sağlıklı koşullarda ehliyetsiz kişilerce yaptırılması ve travmatik olması ya da güç doğuma bağlı nedenler enfeksiyon ve enfeksiyona bağlı ölümlere hazırlayıcı faktörlerdir. Postpartum iyi beslenme, aneminin kontrol altına alınması, doğum eyleminde kanamanın önlenmesi ve perine hijyeninin iyi yapılmasıyla enfeksiyon önlenir. Ayrıca, sağlık personelinin doğum esnasında asepsiye dikkat etmesi postpartum enfeksiyonda önemlidir (1,34,52,57).

O halde, doğum eylemi ve gebelik için yüksek risk taşıyan grup; düşük sosyo-ekonomik sınıfta olma, üreme çaının uç noktalarda olması, ilk gebelik ya da dört ve üzeri gebelikler, evlilik dışı gebelikler, beslenme yetersizliği olan gebeler, alkol, sigara ve uyuşturucu gibi zararlı alışkanlıkları olanlar, sistemik hastalık, obstetrik komplikasyonları olanlar ve duygusal yönden güçsüz gebelerdir(16,35,36,52).

## **1.2.2 Gebeliğin ve Plasentanın Oluşumu**

### **1.2.2.1. Gebeliğin Oluşumu**

Her canlı kendinden önceki bir canlının devamıdır. Her cins kendi sürekliliğini, üreme fonksiyonu ile sağlar. İnsanda bu fonksiyon dişi ve erkek üreme hücreleri tarafından gerçekleştirilir. Ovumun döllenmesi sonucu gebelik adı verilen tamamen yeni bir olaylar dizisi gelişerek, döllenmiş yumurtanın fetüse dönüşümü sağlanır. Ovulasyondan sonra ovum 100 ya da daha çok sayıda granuloza hücresiyle birlikte, korona radiata halinde doğrudan periton boşluğuna atılır. Ovumun uterus boşluğuna

ulaşabilmesi için fallop tüplerinden birine girmesini gerektirir. Fallop tüplerinin fimbria şeklindeki uçları doğal olarak overlerin çevresine doğru uzanır. Fimbriaların iç yüzeyleri siliar epitel hücreleriyle örtülüdür. Siliolar, overlerden salgılanan estrojenle aktive olur ve fallop tüplerinin ağızlarını açacak şekilde sürekli vuruşlarla hareket ederler. Bu hareket, tüplerin ağızlarına doğru yavaş bir sıvı akımını sağlar ve ovum fallop tüplerinden birine girer (7,14,15,25).

Ovumun fertilizasyon bölgesine transportu tamamen pasiftir. Bu geçiş, fallop tüplerinin kas tabakasındaki ritmik kontraksiyonlar, epitel hücrelerindeki silia ve salgı fonksiyonu sayesinde gerçekleşir. Ejakülasyondan sonra 5-10 dakikalık süreç içinde birkaç sperm fallop kanallarının ovaryuma açılan ampulla bölgesine taşınır. Transport olayına, uterus ve fallop kanallarındaki kasılmaların yardımı büyüktür. Kasılmalar kadının orgazmı sırasında arka hipofiz bezinden salgılanan oksitosin ve seminal sıvıda bulunan prostoglandinlerin uyarılarıyla gerçekleşir (15,25,52).

Ovumun döllenmesi normalde, ovum ampullaya girdikten çok kısa bir süre sonra gerçekleşir. Spermin ovuma girebilmesi için öncelikle ovumun çevresinde yer alan çok katlı granüloza hücrelerinin oluşturduğu, korona radiata tabakalarına girmesi gereklidir. Daha sonra ovumu çevreleyen zona pellusidaya bağlanması ve bu tabakaya penetre olması zorunludur. Döllenme yetisine sahip spermiumun baş kısmında bulunan tripsin-like ve hyloronidaz enzimlerinin yardımı ile ovum (oosit II) içine girdikleri belirlenmiştir. Spermiumun ovum içine girmesinin ardından ovum ikinci mayoz bölünmesini tamamlar. Ovum birkez delindikten sonra bir madde (muhtemelen sperm akrozomunda bulunan proteolitik enzimlerden biri) daha başka spermiumların ovum içine girmesini önler. Oluşan bu yeni hücreye zigot adı verilir(7,14,15,52).

Döllenme sırasında, ovumun fallop tüplerinden uterus boşluğuna taşınabilmesi için normalde üç-dört gün daha gereklidir. Taşınma olayında en önemli etken, tüpleri



döşeyen siliar epitel hücrelerinde silianın daima uterusu yönelik hareketliliğidir. Ayrıca, fallop tüplerindeki zayıf kasılmalarda ovumun geçişine yardımcı olabilir. Ovum, transportun geçikme süresince, fallop tüpü içinde birçok bölünme aşamaları geçirir ve blastosit halinde uterusu girer. Bu süre içinde, fallop tüplerinin iç yüzünü döşeyen siliar hücreler sekretuar hücrelere dönüşür ve fazla miktarda sekresyon oluşumu sağlanır. Sekresyon sıvıları özellikle blastositin beslenmesi için gereklidir. Gelişmekte olan blastosit uterusu ulaştıktan sonra endometriuma implante olmadan önce bir-üç gün kadar daha uterus boşluğunda kalır. Böylece implantasyon genellikle, ovulasyondan sonra yaklaşık beş-yedi gün sonra gerçekleşir (15,25,52).

İmplantasyon blastositin yüzeyinde gelişen trofoblastların faaliyeti sonucudur. Bu hücreler, endometrium yüzeyindeki hücreleri sindirip sıvılaştıran, proteolitik enzimler salgılar. Serbestleşen sıvı ve besinler aynı trofoblast hücreleri ile aktif olarak blastositlere taşınırlar. İmplantasyon gerçekleştikten hemen sonra, trofoblastlar ile birlikte blastosit ve endometriuma komşu diğer hücreler hızla proliferasyon olarak plasenta ve gebelik membranlarını oluştururlar. İmplantasyon, genellikle uterusun üst bölümlerinde, fundusun ön ve arka duvarlarında olur. Bu bölge, canlı varlığının büyüme ve gelişmesi için en uygun ortamdır. İmplantasyon sırasında ovum, desidual maddeleri absorbe ederek beslenmesini sağlar. Daha sonra beslenmesi maternal kan yoluyla olur. Döllenmeden sonra, corpus luteumdan salgılanan progesteron hormonu, endometriumu stroma hücrelerine dönüştürür. Bu hücrelerin içeriğinde bulunan glikojen, proteinler, lipidler ve hatta embriyonun gelişmesi için gerekli bazı mineraller bulunur. Endometriuma implante olan hücre kümesi progesteron salgısının devam etmesini sağlar. Bu hücrelere desidual hücreler ve toplam hücre kitlesine de desidua adı verilir. Desiduada depolanan besinler embriyonun büyüme ve gelişmesi için kullanılır. Embriyoya besin sağlayan tek yol budur(7,14,15,25,52).

### 1.2.2.2.Plasentanın Oluşumu

Gebeliğin erken döneminde korionun tüm yüzeyi villuslarla kaplıyken, gebelik ilerledikçe iki bölgenin farklılığı görülür. Fetal kutbun uterusla (desidua bazalis ile) temasta olan villusları büyümeye devam eder. Çünkü, burası kan akımının en yeterli olduğu bölgedir. İmplantasyon bölgesinin embriyosuz tarafıyla ( desidua kapsüllaris ile) temasta olan villuslarda yıkım başlar. Böylece üçüncü ayın sonunda chorionun bu tarafı düzdür. Buna karşılık geri kalan uzantılı chorion frondozum gelişip esas plasentayı oluşturur. Bu dönemde plasentanın iki kısmı vardır. Bunlar, chorion frondosum ve fetal kısım, chorionik plak ve desidua bazalis tabakalarından oluşan maternal kısımdır. Her ikisi beraberce plasentayı oluşturur (15,32,42,52).

Chorionik villus dallanmalar gösteren bir yapıdadır. En dış tabakasını sitotrofoblast ve Langhan's hücreleri oluşturur. Trofoblast hücreleri giderek artan uzantılar şeklinde plasenta villuslarını oluştururlar. Villus ortasından mesoderm ve fetal kanın dolaştığı kan damarları vardır. Bunun içine doğru da fetal kapiller uzanır. Böylece, fetal kanı taşıyan villuslar anne kanını içeren sinüsler tarafından çevrilmiş olur. Villuslar sayesinde geçici olarak fetüsün gereksinim duyduğu besin maddeleri anne kanından fetüs kanına taşınır. Yoksa, anne ve fetüs kan arasında doğrudan temas yoktur. Döllenmenin 16. gününde damarlarda kan akımı başlar. Aynı süreç içinde, trofoblastik kordonların çevresinde anneden gelen kanla beraber beslenen kan sinüsleri gelişir. Fetal kan iki umblikal arterden villus kapillerine, oradan da geriye umblikal venle fetüse döner. Bu sırada anne kanı uterus arteriyle villusları çeviren anne sinüslerine, oradan da uterus venleriyle anneye dönerler (7,25,32).

### 1.2.2.2.1. Plasentanın Yapısı ve Fizyolojisi

Matür plasenta 15-20 cm. çapında ve iki-üç santimetre kalınlığındadır. Mavi-kırmızı renkte, yuvarlakça, yassı ve etli bir organdır. Ağırlığı 450-700 gr.dır. Fakat, göbek kordonu, zarlar, yapışmış maternal kan pıhtıları veya içindeki fetal kan ve patolojik durumlara bağımlı olarak bu ağırlık değişebilir. Çoğul gebelikte, implante olmuş ovum sayısına ve oluşan segmentasyon tipine göre bir ya da daha çok sayıda plasenta bulunabilir. Plasenta, hem maternal hem fetal dokudan yapılıdır. Amniyon ve chorion membranları ile kaplı yüzüne fetal, kırmızı ve düzensiz yüzüne ise maternal yüz denir. Fetal yüzü dışta chorion, içte amniyon ile çevrilmiştir (7,32,42).

Maternal yüz, doğum sırasında uterus duvarından yırtılarak ayrılır, burası kırmızı görünümde ve süngerimsi pürüklü bir yapıya sahiptir. Fetüse bakan yüzü ise, amniyon ve korion zarları ile örtülü olup, hafif grimsi renkte ve parlak görünümündedir. Ortasına umblikal kordon tutunur. Zarların altından umblikal kordondan gelen damarların dallanması gözlenir. Maternal yüzü kotiledon adı verilen 10-20 loptan yapılmıştır (7,25,32,38,47).

**Fizyolojisi;** Plasenta, anne ile fetüs arasındaki her türlü madde alışverişini temin eden, hormon ve enzimler salgılayan karmaşık bir organdır. Buna ek olarak fetal gereksinimleri ve metabolik artıkların taşınmasını, aynı zamanda oksijen ve karbondioksit alışverişini sağlar. Madde alışverişi; plasentanın yarı geçirgen membranı yardımıyla, chorionik villuslardaki fetal kan ile intervillöz aralıktaki anne kanı arasında gerçekleşir. Her iki villusun içinde bir ven ve iki arter bulunur. Bunlar, umblikal damarların plasentadaki uzantılarıdır. Plasentanın anne yüzünde, uterus kanını, uterus arterleri ve ovarium arterlerinden alır. Gebelikte bu kan akımının yaklaşık % 80'i plasenta perfüzyonuna ayrılır. Gebelik ilerledikçe, uteroplasental kan akımı onuncu haftada yaklaşık 50 ml/dk. iken, gebeliğin sonunda yaklaşık 600

mlt/dk.dır. İntervillöz aralıklara kan, desidual plağı delen 100-200 spiral arterden geçerek girer. İntervillöz aralıktaki sürekli kan akımının gebeliğin 12. haftasından sonra başladığı ortaya konulmuştur. Gebeliğin sonunda, toplam intervillöz aralıkta, fetal gelişim sırasında dakikada üç-dört kere değişen yaklaşık olarak 150 mlt. kan bulunur. İntervillöz aralıklarda kan dolaşımı ya intrauterin basıncı arttıran ve myometriumu geren sebeplerle (hidroamniyos, çoğul gebelik, iri bebek v.b) azalabilir ya da anne arter basıncını düşüren sebeplerle (plasenta previa kanaması, anestezi, gebelik toksemileri v.b.) kan debisi düşer (7,32,42).

Plasenta fonksiyonu, büyük ölçüde maternal dolaşıma bağlıdır. Maternal dolaşım ise, gebenin kan damarlarının durumuna, kan hacmine, kan basıncına, yatış pozisyonuna, beslenmesine, intrauterin basınca ve uterin kontraksiyon şekli ve intervillöz aralığın geçit genişliğine bağlıdır (Cahide, İnsan Embri, Taşkın). Yetersiz dolaşımdan etkilenen bir fetüsta , yetmezlik nedeni olarak plasentanın rolü, genellikle maternal kanlanma değişimleriyle karşılaştırıldığında önemsizdir (7,32,42,52).

#### 1.2.2.2.2. Plasentanın İşlevleri

Fetüs, ne akciğerleri oksijen sağlayamaya, ne de sindirim sistemi besinleri sindirmeye uygun olmadığından, mide, barsak, karaciğer, akciğer ve böbrek görevini plasenta üstlenmiştir. Plasentanın işlevlerini, solunum, beslenme, boşaltım, hormon salgılama, koruyucu baraj ve antikor transferi işlevleri olarak sıralanabilir.

- Solunum İşlevi; plasenta aracılığıyla oksijenden zengin anne kanı ile oksijenden fakir fetüs kanı karşılaşmakta ve fetüs kanını fetüsteki fetal hemoglobinin oksijene kolay bağlanma özelliğinden de yararlanılarak oksijenden zengin hale gelmesini sağlar.

- Beslenme İşlevi; Bütün besin öğeleri plasenta aracılığıyla plasenta villuslarından fetüs kanına geçer. Plasenta, fetüsün yararına temel besin öğelerini seçebilme özelliği vardır. Ancak, plasentanın bazı vitaminleri, yağ, glikojen ve demir depolama özelliği de bulunmaktadır.
- Boşaltım İşlevi; Fetüsün böbreklerinin işlevini de yerine getiren bir organdır. Metabolik atıkların ve karbondioksitin anne kanı yoluyla uzaklaştırılmasını sağlar.
- Endokrin Bez Özelliği (Hormon Salgılayıcı); Estrojen, progesterone, chorionik gonadotropinler, relaksin ve adrenokortikotrop hormona benzer bir takım hormonlar plasenta tarafından yapılmaktadır. Bunlar gebeliğin sürmesi, doğum eyleminin gerçekleştirilmesi bakımından çok büyük önem taşımaktadır.
- Koruyucu Baraj İşlevi; Anne kanındaki bazı zararlı maddelerin fetüse geçişini engeller. Tüberküloz basilleri, sıtma asalağı, tripanozoma, çocuk felçi virüsü plasenta engelini çok seyrek aşabilirler. Ancak, çiçek, frengi spiroketleri, tifo basili v.b. etkenler geçebilmektedir. Morfin, solunum yoluyla alınan uyuşturucu maddeler ve bunun yanısıra bazı ilaçlar da plasentadan geçebilmektedir. Bunlardan dolayı plasentanın yarı koruyucu bir bağ etkisinden söz edilebilir .
- Antikor Transferi İşlevi; İmmunglobulin- G (IgG)leri anneden fetüse taşıyarak, fetüsün bağışık olmasının sağlar (7,14,32,38,47,52).

#### 1.2.2.2.3. Plasentanın Ayrılması

Doğumun son dönemi (üçüncü evresi) plasentanın doğumudur. Bebeğin doğumu ve göbek kordonunun kesilmesiyle işlevi sona eren plasentanın dışarı atılma dönemidir. Bu dönem, bebeğin doğumundan sonra başlar, plasentanın tamamen ayrılıp atılması ile sonlanır. Plasentanın ayrılıp atılması 5-30 dk. arasında gerçekleşir (7,29,42,52).

Fetüsün doğumundan sonra, plasental alandan kuvvetli uterin kontraksiyonu plasentanın ayrılmasına neden olur. Normalde ilk birkaç kuvvetli kontraksiyon bebeğin doğumdan sonraki beş- yedi dakika içinde plasentanın bazal tabakadan ayrılmasına neden olur. Placenta gevşek uterustan ayrılmaz. Çünkü, plasental alan genişliğinde azalma olmaz. Bebeğin doğumundan sonra uterus kasılır ve sert bir kas görüntüsü alır. Uterus kaslarının kalınlığı birkaç santimetreyi bulur. Uterus kaslarının kasılması sonucunda placenta kendini küçülen endometriuma uyduramaz. Kasılmanın oluşturduğu basınç sonucunda desidua bazalis desidua spongiosadan ayrılır. (25,34,52).

Plasentanın doğum eyleminin ikinci evresinin sonuna doğru ayrıldığı da düşünülmektedir. Doğumu takiben ayrılması hızlanır. 30 dk. kadar süren bu dönemin sonunda placenta doğar. Ayrılma sırasında placenta ile desidua arasında bir hematoma oluşur. Hematomun oluşması, plasentanın ayrılma süresini kısaltır. Bu ayrılma, placenta sinüslerinin açılmasına ve kanamaya sebep olur. Myometrium yeterli kontrakte olmadığı durumlarda kan damarları sıkışmaz, pıhtılaşma gelişmez ve kanama olur. Uterustaki kan lifleri, kan damarları çeperden geçerken, bunlar çevresinde "sekiz rakamı" şeklinde bir düzen oluşturacak şekilde dizilmiştir. Bu nedenle, doğumdan sonra uterusun kasılması, daha önce plasentayı beslemekte olan kan damarlarının büzülmesini sağlar. Normal doğumdan sonra uterus kas kontraksiyonları plasentanın ayrıldığı bölgede açık kalan damar uçlarını sıkıştırır. Myometrium kas liflerinin uzun süreli kas kontraksiyonları ve retraksiyonları kanamayı kontrol eder (7,25,42,52).

Plasentanın ayrılma belirtileri;

- Ani vaginal kanama,
- Umbilikal kordun boyunda uzama,

- Uterusun fundusunun umblikus hizasına yükselmesi,
- Uterusun küre şeklini alması.

Uterusun kontraksiyonlarının üçüncü devre bittikten sonra da devam etmesi nedeniyle açık ven ağızları sıkışarak kapanır. Böylece, kanama kontrol altına alınır (14,25,52).

Plasenta ayrılma belirtileri oluştuğunda; plasenta ve amniyotik membranların doğumu yaptırılır. Eğer, oksitosik ilaç verilecek ise plasenta çıkımından sonra uygulanabilir. Oksitosik ilaçlar, uterus kontraksiyonlarını uyarırlar ve plasenta ayrılmasından sonra kanamayı önlemeye yardım ederler (34,42,52,57).

Plasenta ayrılmasından sonra involüsyon süreci başlar. Doğumdan hemen sonra bebeğin annenin göğsüne konulmasıyla emme için cesaretlendirilebilir. Çünkü, emme oksitosin salınımını uyarır (17,29,34,37).

Doğumun üçüncü evresinde kadının emosyonel ve fiziki durumuyla üçüncü evre olayları ilişkilidir. Doğumun üçüncü evresinde;

- Plasenta ayrılma ve atılmasından sonra kan kaybı ve sıvı kaybına bağlı riskler oluşur.
- Annenin başetmesinde yetersizliğe bağlı yetersiz uterus kontraksiyonları;
- Annede anksiyete oluşur.

Üçüncü evrede beklenen sonuçlar ise;

- Annenin plasenta çıkarılması ve kan kaybının 500 ml. 'den az veya vücut ağırlığının yüzde birinden daha az olması,
- Anne deneyimleriyle duygularının hazırlanması,
- Anne, baba veya eş ve aile, iletişim süreciyle ve yenidoğan ile iletişimin başlatılması (34).

### 1.2.3. Emzirme ve Meme Ucu Uyarımı

Meme Ucu Uyarımı: Soranus ve Hipokrates zamanından beri, doğumun erken fazında uterus kontraksiyonlarını oluşturmada memeye temasın etkileri, uterus ve meme arasındaki ilişki tanınıyordu. Geleneksel olarak; plasentanın atılmasında ve PPH önlemek için yenidoğan göğüslere konurdu. Buna rağmen, 20. y.y. başlarında şişeye besleme ve çocukların tıbbi yaklaşımlarının popülaritesi sonucunda bu uygulama kaybolmuştur (1,17,26,41).

Gebeliğin intrapartum ve prepartum fazlarında meme uyarımının etkileri, postpartum temas, tıbbi ve tarihi literatürde de belirtilmiştir. Samuel Meriman (1771-1852) tarafından, en erken prepartum meme uyarımı tavsiye edilmiştir (17,21).

Friendrich (1839) tezinde, meme uyarımını doğumu uyarma ve indiksiyonu metodlarında ileri sürmüş, Jhirad ve Vago da, meme ucu uyarımıyla doğum indiksiyonunu ilk kez rapor etmişlerdir. Chayen ve ark. oksitosin ile meme ucu uyarımı indiksiyonunu karşılaştırmışlar ve sonuç olarak meme ucu uyarımının oksitosin gibi etkili olduğunu belirlemişlerdir. Stein ve ark. da, meme ucu uyarımı ve oksitosini doğum yönetiminde karşılaştırarak değerlendirmişler ve oksitosin grubunda uterin aktivitenin yüksek olduğunu görmüşlerdir (43,45).

Patterson (Dublin Tıbbi Dergi) amenorenin tedavinde meme ucu uyarımı ile kontraksiyonların oluşumuyla uterus uyarımının olabileceğini bildirmiştir. Sir James Simpson'ın, uterus ağrı zaafalarında önerdiği 13 teknikten (Ilık banyo, abdominal friksiyon, emetikler, diyare, vaginanın irritasyonu ve oksitosinler gibi) biri de memelerin uyarılmasıdır (17).

Servikal dilatasyon arttığında uterin cevap güçlenmiş fakat stimülasyon sırasında ilişkinin açık olmadığı, genellikle tekrarlayan meme uyarımında uterin cevabın arttığı bildirmiştir (17). Meme uyarımının servikal olgunlaşma için



kullanımında; Damania ve ark. bu tekniği yeniden denemişler ve etkili olduğunu bulmuşlardır. Meme uyarımı her ne kadar, servikal olgunlaşmada etkiliyse de sonuçta fetüste bir terslik yoksa, o yalnızca intrauterin fetal ölüm vakalarında kullanılabileceğini ifade etmişlerdir. Stein ve ark. oksitosin ve meme ucu uyarımını doğumun aktif fazında servikal dilatasyonu sağlamak için yaptıkları çalışmada her iki grup için farklılık olmadığını belirtmişlerdir (21,45).

1971'de Salzman'da plasenta atılımı sırasında ve doğumun birinci ve ikinci evresinde yetersiz uterin kontraksiyonları arttırmak için meme uyarımıyla 16 yıllık klinik deneyim sonuçlarını yayınlamıştır. Meme ucu uyarım tekniği, doğumun üçüncü evresinde kan kaybını azaltma ve plasentanın atılımını hızlandırma da kullanılmıştır (17). 1989'da uterin kasılabilirlikte, postpartum kanamanın yönetimi ve önlenmesinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-WHO) çalışma grubu meme ucu uyarımının etkilerini önermiştir (17,27,40).

Yapılan çalışmada, doğumun üçüncü evresinde meme ucu uyarımı uterin basınçla anlamlı bir artış göstermiştir. Uterin basınçtaki bu artışın, oksitosin salınımından kaynaklandığı ve oksitosinin de, normal doğumun üçüncü evresinde kesinlikle rol oynadığı bilinmektedir. Bunun yanında diğer nörohormonal yollar da etkili olabilmektedir (27,45).

### **1.2.3.1. Erken Emzirmenin Anne-Bebek Sağlığı Açısından Yararları**

Emzirme deneyiminin hem anne hem de bebek açısından en erken dönemde yaşanması önemlidir. Anneyle bebeğin erken dönemde temas ettirilmesinin (memeye verilmesi);

---Laktasyona,

---Uterus involüsyonuna,

---Anne-bebek etkileşimi üzerinde etkisi vardır (3,8,20,29,41,49,52).

**Laktasyona etkisi;** Doğumdan sonra estrojen ve progesteronun aniden ortadan kalkması, bunların engelleyici etkisinin kaybolmasına ve muhtemelen de hipofiz tarafından salgılanan prolaktin hormonu miktarının artmasına neden olur (38,40,48,52).

Prolaktin, ön hipofiz hormonudur ve bebeğin emmesiyle birlikte meme başı areola kompleksindeki sinir uçları uyarılır ve uyarılar afferent nöral refleksler yoluyla hipotalamusa ulaşarak hipofizden salınımı sağlanır. Ve böylelikle alveollerde süt yapımını başlatır. Buna "süt yapım refleksi" denir (2,14,40,41,52).

Prolaktin, ilk birkaç gün içinde guddelerden önce kolostrum, sonra yerine memeyi etkileyerek bol miktarda süt salgılanmasını sağlar. Bu şekilde meme bir sonraki emzirme dönemine hazır hale gelir. Bebeğin her emzirilmesinde meme başından çıkan sinyaller yaklaşık bir saatlik süreler içinde prolaktin sekresyonunun 10-20 kez artmasına neden olur. Eğer prolaktin salınımı engellenmiş ise veya emzirme olayı devam etmez ise memenin süt verme yeteneği kaybolur. Emme devam edecek olursa süt oluşumu sürebilir (2,25,38,40,41,52).

Süt, meme alveollerinde sürekli olarak salgılanır. Ancak, alveollerden kanallara geçemediği için meme başlarından sürekli süt gelmez. Bebek memeyi emdiği zaman somatik sinirler tarafından alınan duyuşsal uyarılar omuriliğe nakledilir, buradan da hipotalamusa iletilerek oksitosin ile az miktarda vazopressin salgılanmasına sebep olur. Oksitosin, kan akımına karışarak memelere ulaşır ve myoepitelial hücrelerin kasılmasına sebep olur. Bunun sonucu sütün kanallara ve meme ucuna doğru akması sağlanır. Böylelikle bebek meme emmeye başladıktan sonraki 30 sn. ile bir dakika içerisinde meme başından süt akmaya başlar. Bu olaya "sütün fişkırtılması, sütün akıtılması veya süt inme refleksi" adı verilir (2,14,37,38,40).

Oksitosin salınımı ve süt inme refleksi sadece emzirme gibi dokunsal uyarılarda değil; görsel, işitsel, kokusal uyarımlarla da uyarılabilir. Bazen bebeğe fiziksel olarak yakın olmak, hatta sadece onu düşünmek bile myoepitelial hücrelerde kontraksiyona yolaçabilir (25,41,52).

Oksitosin, prolaktinden çabuk üretilir. Oluşan sütün erken dönemde emzirilmeye başlatılması annede meme problemlerini de azaltır (22,37,41,48,52).

**Uterus involüsyonuna etkisi;** Oksitosin, doğum eyleminin ikinci evresinde fetüs uterustan çıkarken yükselir, gebe uterusun özellikle gebeliğin son aylarına doğru şiddetli kasılmalarına neden olur. Emmeyle birlikte uyarılan meme başından kalkan uyarılar sonucu salınan oksitosin hormonu süt inmesine etkisinin yanında uterus ve diğer düz kaslar üzerinde de etkilidir. Doğum eylemini başlatma ve şiddetli obstetrik kanamaların durdurulmasında da kullanılır. Ayrıca, plasentanın doğumundan sonra hemostazın sağlanmasında da önemlidir(19,22,27,35,40,42,48).

Ayrıca, doğum eyleminin üçüncü evresinde uterusun kontraksiyonlarını hızlandırarak plasentanın atılımını kolaylaştırır. Yeni doğum yapmış annenin bebeğini kısa aralıklarla emzirmesiyle salınan oksitosin, uterus involüsyonunu sağlayarak PPH. azaltır (8,27,29,37,41,48,52,55).

Nissen'in yaptığı çalışmada oksitosinin, plasenta atılma zamanına yakın arttığı görülmüş ve başka bir çalışmada, annenin emzirmeye başladıktan sonraki 3 dk. içinde plazma oksitosin düzeyinin yükseldiği belirlenmiş ve bu yolla yükselen oksitosinin plasenta ayrılması üzerine de etkili olabileceği vurgulanmıştır (8,12,37).

**Anne-Bebek Etkileşimine etkisi;** Doğum olayı, bebek için stres yaratan bir durumdur. Yenidoğan; sıcak, karanlık, suyla dolu bir ortamdan soğuk, aydınlık ve kuru bir ortama geçer. Ayrıca, anne vücudunda ihtiyaçlarını sağlayan plasentanın yerini anne memesi alır. Biyolojik ve psikolojik yönden bebek; sıcak, güvenli ve kendisini koruyan bir çevreye gereksinim duyar. Böylelikle bağımlılık süreci ilk olarak annesini emmesiyle başlar (4,8,20,52).

Yenidoğanın fiziksel ve duygusal gereksinimlerinin karşılanmaya başlanması bebeğin büyüme ve gelişmesine katkı sağlayacağı gibi temel güven duygusunu da geliştirecektir. Doğum sonrası uyanık olan bebeğin anneye temasının sağlanmasıyla bebeğin anneyi daha iyi tanıması sağlanmış olacaktır. Emzirme, anne-bebek arasında deri temasını sağlayarak bağın güçlenmesine neden olur. Yenidoğanın iletişimde,

dokunma duyusu temel faktördür. Deri teması ve gözgöze iletişim, anne ve bebeğin birbirlerinin davranışsal ifadelerini ve ihtiyaçlarını anlamalarını sağlar (4,8,48,52).

Doğumdan hemen sonra anne beyninin özellikle yenidoğandan gelen uyarılara karşı hassaslaştığı bilinmektedir. Anelik içgüdüsünün en iyi bu dönemde uyarıldığı anlaşılmaktadır. Bebekle anne arasında doğumdan hemen sonra kurulmuş olan göz göze, ten-tene temasın sürdürülmesiyle anne- bebek ilişkisi daha da güçlenecektir. Bu yakınlaşmanın bazı nedenlerle bozulduğu ya da sağlanamadığı durumlarda ileride düzeltilmesi güç sorunlar ortaya çıkabilir. Ayrıca, doğumdan sonra bebeğini göğsüne koyan annelerin bebeklerini daha sık emzirdikleri gözlenmiştir (4,8,10,20,22,37).

Yapılan araştırmalara göre, hırpalanan ve sömürülen çocukların doğum sonrası erken devrede annelerinden ayrılmak zorunda kalan ya da yakınlaşma sağlanamayan çocuklar olduğu saptanmıştır (20).

Emzirmenin anneye fiziksel yararı yanında, ruhsal yönden sağladığı yararları annede doyum ve mutluluk kaynağı yaratmakta, kendi mutluluğu bebeğine aksetmekte ve anneye zevkli bir dönem ve huzur vererek anne- çocuk temasını güçlendirmekte, çocukla ilgilenme, bakım ve iletişim gereksinimleri karşılanmakta, çocuğun emme zevkini pekiştirmektedir (48).

### **1.2.3.2. Erken Emzirmeyi Etkileyen Faktörler**

Emzirmeye erken başlanamamasının önemli faktörlerinden biri annenin emzirmeye ilişkin tutum ve davranışlarıdır. Annenin yaşı, öğrenim düzeyi, doğurganlık durumu emzirememe nedenleri arasındadır. Ayrıca, annenin aldığı seks eğitimi, beden imgesi, kendini algılayışı, geçmiş yaşantısında yaşadığı aile ve çevresinde emzirmeye ilişkin olumlu tutumlar, yaşadığı emzirme deneyimi, annelik rolüne hazır olması erken emzirmeye başlama ve sürdürme kararını etkilemektedir (3,22,24,41).

Bunların yanında doğum eyleminin uzun sürmesi , bebeğin prematür veya düşük doğum ağırlıklı olması durumunda emme refleksinin yeterince gelişmemiş

olması, bebeğin anomalili olması, doğum eyleminde mekonyum aspirasyonu, apgar skorunun düşük olması ve özel bakıma ihtiyaç olduğu durumlarda da bebeğin emzirmeye başlanması gecikmektedir (22,41).

Ayrıca, bazı geleneksel uygulamalar ve inançlarda emzirmenin erken başlatılmasının ve sürdürülmesini etkilemektedir. Ülkemizde yenidoğan bebekler doğumu izleyen saatlerde emzirilmeyip, üç-beş ezan bekletilmekte veya annenin doğum sonrası banyo yaptırılmasından sonra emzirmeye başlanmaktadır. Ayrıca kolostrumun verilmeyip yerine ilk besin olarak sade şekerli su v.b. verilmesi de görülmektedir (8,24,29,41,53).

Diğer bir faktör de sağlık kuruluşlarının politikalarıdır. Bazı hastanelerde bebekler doğumdan sonra annelerinden ayrı tutularak ayrı odalara yerleştirilmektedir(8,24,41).

Etkisi çok dikkate alınmayan ve erken emzirmeyi etkileyen diğer bir durum ise; ebe-hemşirenin tutum ve davranışlarıdır. Ebe- hemşirenin emzirme konusundaki yetersiz bilgisi ve ilgisizliği nedeniyle emzirmeye anneyi teşvik edememektedir. Bebeğin doğumdan hemen sonra anneye gösterilmeyip verilmemesi, anne ve bebeğin ayrı hasta odalarına alınması, kendi uygulamaları nedeniyle emzirme süresinin kısa tutulması gibi istenmedik uygulamalar erken emzirmeyi olumsuz yönde etkilemektedir (8,24,41).

Emzirmeye başlama zamanında bölgeler ve eğitim grupları arasında önemli farklılıklar vardır. Doğumdan sonraki bir saat içinde emzirmeye başlanan çocukların yüzdesi Kuzey Anadolu Bölgesi'nde en yüksek (%56) ve Doğu Anadolu Bölgesi'nde en düşüktür (%45). Annelerin genellikle daha düşük eğitim seviyeli olduğu ve doğumların çoğunlukla sağlık personelinin yardım almaksızın gerçekleştiği Doğu Anadolu Bölgesi'nde tüm çocukların %22'si doğumdan sonraki ilk gün içerisinde

emzirilmemiştir. Hiç eğitimi olmayan annelerin çocuklarının %79'u doğumdan sonraki ilk bir gün içerisinde emzirilmişken, daha yüksek eğitim gören kadınların çocuklarının %89'u ilk gün içinde emzirilmiştir (26).

Emzirilen çocukların sadece yarısı doğumdan sonraki bir saat içinde emzirilmeye başlanmıştır. Bu sonuç Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)-93 sonucu ile karşılaştırıldığında TNSA-98 de doğumdan itibaren ilk bir saat ve bir günde emzirilmeye başlanan çocuk yüzdelerinde önemli bir artış olduğu görülmüştür. TNSA-98 sonuçlarına göre, doğan çocukların yarıdan fazlası ilk bir saat içinde emzirilmiştir (26).

### **1.2.3.3. Erken Emzirmeye Başlamada Hemşirenin Rolü**

Bebeğin ve annenin sağlığıyla ilgili bakım konusunda en yeterli kişi olan ebe/hemşirenin, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası annelere sunulan hizmetlerin organizasyonu üzerinde büyük etkiye sahiptir (7,24).

Doğumun üçüncü evresinde hemşirelik bakımının amaçları şunlardır;

- Annenin ve bebeğin iyi oluşunu sağlamak ve sürdürmek,
- Fiziksel olarak yeni durumuna uyum sağlayıncaya kadar gözlemek ve rahatlığını sağlamak,
- Annelik rolüne hazırlamak,
- Aile ve ilişkileri sağlamak ve desteklemektir (15).

Bebeğin doğumundan sonra yenidoğanın apgar değerlendirilmesi yapılarak bebek anneye gösterilir ve anne karnına yatırılır. Bu devrede; ebe/hemşirenin emzirme konusunda sadece bilgili olmaları yeterli olmayıp, emzirmeye ilişkin olumlu bir tutum içinde olmaları da gerekir. Bu da ancak deneyimle ve bu beslenme yönteminin hem annelere hem de bebeklere sunduğu olanakları kavramayla mümkündür. Yapılan

araştırmalar, ebe/ hemşirenin emzirme konusunda yeterli bilgi sahibi olmadıklarını ortaya koymuştur. Oysaki; doğum öncesi, doğum ve doğum sonrasında anneye sürekli ilişkide bulunarak erken emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesinde en etkin rolü üstlenen kişi ebe/hemşiredir (8,14,22).

NANDA( North America Nursing Diagnosis Association- Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Derneği) tarafında da anne bebek ilişkisi ve emzirmeyle ilgili üç hemşirelik tanısı belirtilmiştir. Bunlar;

- Ebeveyn rolünde değişim,
- Ebeveyn rolünde değişim potansiyeli,
- Emzirmede yetersizlik (8,9,13).

Hemşirenin koyduğu tanılar doğrultusunda anneye gereksindiği bakım ve uygulamalar yapmalı ve sonuçlarını değerlendirmelidir. Bunun yanında doğum öncesi dönemde ebe/ hemşire , annelerin erken emzirme konusundaki tutum ve düşüncelerini paylaşmalı, erken emzirmenin hem kendine hem de bebeğine sağladığı yararları anlatmalı, erken emzirmeye karar vermesinde anneyi teşvik etmelidir. Annenin postpartum dönemde kısa sürede hastanede kalması dolayısıyla ebe/ hemşire doğum masasında anneye bebeğini emzirmesi için gereken zamanı, olanakları ve desteği sağlamalıdır (8,11,50,56).

Doğum evrelerinde annenin anksiyetesi giderilmeli ve doğumdan sonra anne ve bebeğini değerlendirerek gereksinimleri belirlenmeli ve anneye emzirmenin ve plasenta atılımının ağrılı olamayacağı anlatılarak anne rahatlatılmalıdır (8,15,52).

Ebe-hemşire emzirme öncesi annenin memesini emzirme için uygun olup olmadığını değerlendirmelidir. Göğüs ucunu hazırlayarak bebeği anneye verir. Hem annenin, hem de bebeğin emme hareketi değerlendirilerek etkili emip emmediğini, annenin bebeğine karşı davranışlarını gözlemelidir (8,56).

Emzirme için en uygun pozisyonu verir. Bu pozisyon, annenin sırtı yükseltilmeli, bebeğin yüzü ve gövdesi anne memesine dönük olmalı, başının dik, memeye yakın olması gerekir. Bebeğin omuzları annenin kolu üzerinde desteklenecek şekilde tutulmalı, çene anne memesine temas etmeli, alt dudağı dışa dönmüş, burun açık olmalıdır. Areola, çocuğun ağzında olmalı ve damağına dokunmalıdır. Emme hareketinin yavaş ve derin olması bebeğin etkin olarak emdiğini gösterir (8,15,52,56).

Günümüzde birçok gelişmiş ülkede doğumdan hemen sonra anne doğum masasında iken bebek emzirilmektedir. Ülkemizde bu uygulamanın bazı sağlık kurumlarında oldukça sınırlı sayıda yapıldığı bilinmektedir. Ankara'da 12 hastanede yapılan bir çalışmada bu hastanelerin % 41'inde doğumdan sonra ilk yarım saat içinde emzirmenin uygulandığı belirlenmiştir. Erken emzirmenin yararları düşünüldüğünde bu uygulama ülkemizde yeterli olmadığı açıktır (8).

Doğum sonrası erken emzirme ile anne- bebek yakınlaşmasının incelendiği sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmaların da doğum sonrası dönemde yapıldığı görülmektedir. Literatürde erken emzirmenin plasenta ayrılma süresine etkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır.

### **1.3. Araştırmanın Hipotezleri:**

H<sub>0</sub>=

- Erken dönemde bebeğin emzirilmesinin,
- Gebelerin yaşlarının,
- Gebelik sayısının,
- Doğum sayısının,
- Prenatal risk puanlarının,

plasenta ayrılma süresine etkisi yoktur.



#### 1.4.Tanımlar

**Erken Devrede Emzirme:**Bebeğin doğumıyla göbeğinin klemlenmesi ve temiz beze sarılmasından hemen sonra anneye verilmesi ve emme davranışının başlatılmasıdır (37).

**Plasenta Ayrılması:** Bebeğin doğumunu takibeden ilk 30 dakikada plasentanın uterustan ayrılıp atılmasına denir (57).

**Plasenta Retansiyonu:**Plasentanın bebeğin doğumunu takiben ilk 30 dk. içinde uterustan atılamamasına denir (57).

#### 1.5. Sınırlamalar

Araştırma kapsamına;

- Uygulanan prenatal risk indikatörüne göre puanı 7 puanın altında olan gebeler,
- Komplikasyonsuz doğum yapan gebeler (uzamış veya zor doğum eylemi, baş-pelvis uyuşmazlığı, induksiyonlu doğumlar, doğum eylemi sırasında alet kullanılanlar, sezeryanlı doğumlar, çoğul gebelikler, iri bebek, prezentasyon-pozisyon bozukluğu, uterus rüptürü olmayanlar, hızlı doğum olmayanlar),
- Meme problemi olmayan gebeler ( bebeklerin emmelerini engelleyeceği için),
- Sistemik hastalığı (diabet, kalp hastalığı v.b) ve psikolojik problemi olmayan gebeler,
- Plasentanın ayrılması ile ilgili problemi olmayan gebeler (plasentanın ayrılma süresini etkileyeceği ve müdahale edilmesi gerekebileceği için (ilk 30 dk. içinde doğanlar)),
- Son adet tarihini bilen gebeler ( prematür veya postmatür gebelikler olabileceği düşünülerek),
- Çalışma yapılan süre içinde gelen gebeler,
- Çalışmayı kabul eden gebeler,
- Apgar puanı 7'nin üzerinde olan bebekler,
- Bebeğin emmesini etkileyecek anomalisi olmayan yenidoğanlar, çalışmaya alınmıştır.

## BÖLÜM II

### GEREÇ VE YÖNTEM

#### 2.1. Araştırmanın Tipi

Doğumdan hemen sonra bebeğin emzirilmesiyle artan oksitosinin uterus kontraksiyonları yoluyla plasentanın ayrılma süresine etkisini ortaya koymak amacıyla, araştırma deneysel olarak yapılmıştır(30).

#### 2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma, SSK Elazığ Hastanesi Doğum Kliniği'nde 12 Temmuz- 15 Eylül 1999 tarihleri arasında, sabah saat 8:00 ile akşam 20:00 arasında ve haftanın 6 gününde yapılmıştır.

##### 2.2.1. Araştırma Yapılan Yerin Tanımı

**İlin Konumu:**Elazığ ili Doğu Anadolu Bölgesi'nin Güneybatısında, Yukarı Fırat bölümünde yer almaktadır. Toplam alanı 9151 km<sup>2</sup>'yi bulan ve bu alan ile Türkiye topraklarının binde 12'sini meydana getiren il sahası, 40<sup>0</sup> 21' ile 38<sup>0</sup> 30' doğu boylamları, 38<sup>0</sup> 17' ile 39<sup>0</sup> 11' kuzey enlemleri arasında kalmaktadır. Bu çerçeve içinde şekil olarak kabaca dikdörtgene benzeyen Elazığ ili topraklarının Doğu- Batı doğrultusundaki uzunluğu yaklaşık 150 km., Kuzey-Güney yöndeki genişliği ise yaklaşık 65 km. civarındadır. İli Doğudan Bingöl, Kuzeyden Keban Baraj Gölü aracılığıyla Tunceli, Batı' ve Güneybatıdan Karakaya Baraj Gölü vasıtasıyla Malatya, Güneyden ise Diyarbakır illerinin arazileri çevrelemektedir (53).

**Nüfus:** Elazığ Doğu Anadolu Bölgesi'nin büyük illerinden olup, il toplam nüfusu 1990 yılı nüfus sayımı itibariyle 498 225 dir. 1997 yılında yapılan nüfus tespiti sonucunda il nüfusunun 518 360 olduğu görülmüştür. Nüfus artış ve yoğunluğu uzun yıllar ülke ortalamasının altında seyretmiştir. Türkiye genelinde yıllık nüfus artışı binde 22.96 iken bu oran Elazığ'da ancak 13.32 olarak gerçekleşmiştir. Doğu Anadolu'nun diğer yörelerinde kilometrekareye 39 kişi düşerken bu oran Elazığ 54'e kadar ulaşmıştır( Ülke ortalaması 73'tür.). 1990-1997 yılları arasında yıllık nüfus artışı binde 5.57 dir. Ülke genelinde kent nüfusu itibariyle 20. sırada yer alırken toplam nüfus itibariyle 41. sırada yer almaktadır (53).

**Gelenek, Görenek ve İnançları:** Köylerde geleneksel özellikler halen geçerliliğini korumaktadır. Herhangibir anlaşmazlık olduğunda köyün ileri gelenleri ve yaşlıları problemi çözmeye çalışır. Aile yapısı çekirdek aile yapısına dönüşmektedir.

**Doğum Gelenekleri:** Elazığ'da bu önemli olaya hazırlıklar çok önceden başlar. Kadının, hamile kaldığı günden itibaren çocuğun sağlıklı, akıllı olması ve sevilen bir kimseye benzemesi için yaptığı veya sakındığı birçok uygulama vardır. Çocuk doğmadan birçok eşyası hazırlanır, beşiği dizilir. Doğumun kolay olması için fincana dua yazdırmak, kurban kesmek, hocaya salat'u selam verdirmek, doğum sırasında kolay doğum yapmış kadını doğum odasına almak gibi uygulamalar vardır. Düşük yapmış kadınlar ve çocuklar doğum odasına sokulmaz. Bebeğin göbeği bıçakla kesilerek tuzlanır. Eş, ev dışına çıkarılmaz, bahçeye gömülür. Eskiden bebeğin altına höllük konulurdu. Kundağına nazarlık takılır ve çocuk doğduktan sonra beş ezan geçmeden meme verilmezdi. Çocuğa adını veren kulağına ezan okuduktan sonra üç kez verildiği isimle seslenir, doğumu izleyen sabah güneş doğarken şenliği yapılırdı. Yakın komşular çağrılır, yemekler yenir, eğlenceler yapılırdı. Çocuğa ilk yedi gün ebe bakardı ve buna 'küçük kırk ' denirdi. Bunu için ebeye 'ebe hakkı' verilirdi (53).

Doğum sonrası 'al basmasına' karşılık tedbirler alınır, yatağın çevresine kara sicim bağlanır. Loğusa, 40 gün evinden dışarı çıkmaz, çocuğu yalnız bırakmaz, dışarı çıkacak ise ayak ucuna su, başucuna süpürge bırakılırdı. Loğusa evine et girmez, karşılaşan iki loğusa birbirine iğne verirdi.Çocuğa muska, mavi boncuk takılırdı. Çocuğun ilk dişinin, saçının çıkması, yürümeye, konuşmaya başlaması hep olay

niteliğinde değerlendirilir ve birtakım uygulamalar yapıldı. Günümüzde köylerde bu uygulamaların bir kısmı yaşarken, kentte büyük değişimler olmuştur(53).

**Sağlık:** Sağlık Müdürlüğü çalışmaları iki temel unsurdan hareketle yürütülmektedir. Bunlar;

1. Koruyucu sağlık Hizmetleri
2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

**Koruyucu Sağlık Hizmetleri:** İl genelinde faal olarak çalışan 52 sağlık ocağı ve 180 sağlık evi bulunmaktadır. 1997 yılı Ev Halkı Tespit Fişleri (ETF) sonuçlarına göre; 18.887 gebe, 7959 loğusa, 35.896 bebek, 56.315 çocuk, 85.920 15-49 yaş kadın izlemleri yapılmış olup; bunun yanı sıra yıl içerisinde toplam 5751 gebe doğurmuş, 261 gebe de düşük yapmıştır. Doğuran gebelerden 91'i ölü doğum, 39'u ikiz, 2'si üçüz doğum yapmışlardır. Bu gebelerden 22'si doğum anında, 3'ü loğusa iken ölmüşlerdir. Elazığ ili 1998 Kaba Doğum Hızı (KDH) Sağlık Bakanlığı (SB) verilerine göre (SB. bağlı kurumlarda) binde 11.41' dir (53,54).

**Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri:** Bu çerçevede hizmet eden Elazığ Devlet Hastanesi, Karakoçan Devlet Hastanesi, Kovancılar Devlet Hastanesi, Palu Devlet Hastaneleri ile Fırat Üniversitesi Tıp Merkezi, SSK Elazığ ve SSK Maden Hastaneleri, Akıl ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ile Deri, Zührevi ve Lepra Hastalıkları Hastanesi olmak üzere 9 hastane faaliyette bulunmaktadır (53).

**Elazığ Devlet Hastanesi,** 1945 yılında kurulmuş olup, Bölge Hastanesi konumundadır. 330 kadro, 380 fiili yatağa sahiptir. 192 hemşire ve ebe, 4 tane Kadın Hastalıkları ve doğum uzman hekimi çalışmaktadır. Sağlık ocaklarında çalışan hemşire ve ebe sayısı 465 dir (53).

**Fırat Üniversitesi Tıp Merkezi,**1983-84 yılında kurulmuştur. Tıp Fakültesi öğrencilerinin eğitim ve uygulama hastanesi olarak çalışmalarına Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'ndan bir protokol ile devralınan Elazığ Doğumevi'nde başlamıştır.600 yataklı yeni hastanesinin yapımı devam etmekte olup, tamamlanan kısmıyla da hizmetini sürdürmektedir (53).

**Elazığ SSK Hastanesi,** 1956 yılında Dispanser olarak kurulmuş, 1978 tarihinde hastane olarak faaliyete geçmiştir.Fiili 405 yatağa sahiptir. Elazığ ve ilçelerinin yanı sıra Bingöl ve Tunceli illerine de sağlık hizmeti sunmaktadır(53).

Araştırma, Çalışma Bakanlığı'na bağlı Elazığ SSK Hastanesi Doğum Servisi'nde yapılmıştır.

**Bu hastanenin araştırma için seçilme nedeni:** Elazığ'da doğum hizmetleri üç hastanede verilmektedir. Birincisi; Sağlık Bakanlığı'na bağlı Elazığ Devlet Hastanesinde, ikincisi Fırat Üniversitesi Fırat Tıp Merkezi ve diğeri ise Elazığ SSK Hastanesidir.

Devlet Hastanesinde doğum ile ilgili işlemler ve hizmetler SSK Hastanesi'nde olduğu gibi yürütülmektedir. Hastaların çoğunluğu takipsiz, herhangi bir sosyal güvencesi olmayan ve diğere çevre illerden sevkli gelenlerden oluşmaktadır. Bu nedenle çalışmanın kriterlerine ve sınırlamalara uygun olabilecek hasta ile daha az karşılaşmaktadır.

F.Ü. F.T.Merkezi'nde ise doğumları asistan hekimler yaptırılmaktalar ve her an müdahale için hazır durumdadırlar. Araştırma hastanesi olmasından dolayı çevre illerden ve devlet hastanesinden komplikasyonlu ve ileri müdahale gerektirecek hastalar buraya sevk edilmektedir. Bu hastanede çalışmanın amacına uygun ortam bulunamamıştır.

SSK. Hastanesi'nde ise hem doğumları ebelerin yaptırması, her an hekim bulunmaması ve de hastaların risk durumlarının orta dereceli olmasından dolayı çalışmaya daha uygun bulunmuştur.

Doğum servisi; Doğum salonu ,doğum ameliyathanesi ve servisi olarak üç bölümdür. Salonda iki ayrı bölümde birer doğum masası bulunmaktadır. Burada doğumda kullanılacak ilaç ve malzemelerin konulduğu bir dolap, bebek bakımının verildiği masa, vakum cihazı, aspiratör cihazı bulunmaktadır. Ayrıca, merkezi sisteme bağlı oksijen kaynağı da yer almaktadır.

Doğum salonunun yanında, hastaların doğum travaylarını geçirdikleri ve doğumdan sonra taburcu olana kadar yattıkları 6 yataklı ve 3 yataklı iki oda yer almaktadır.

Doğum servisinde ise; 4 yataklı eklampsi odası, 4 yataklı sezeryan odası ve 3'er yataklı 7 tane jinekoloji hastalarının yattığı odalar bulunmaktadır.

Bir tane operasyon masasının bulunduğu ameliyethanede hem jinekoloji ameliyatları, hem de doğum ameliyatları yapılmaktadır.

Personel durumu ise; 3 Kadın-Doğum uzman hekimi, 2 hemşire, 7 ebe ve 5 tane de yardımcı sağlık personeli çalışmaktadır.

Ebelerin çalışma saatleri 8-16:30 dur. Nöbet sistemine göre çalışılmaktadırlar. Nöbetçi ebe nöbete sabah 8:00 'de başlamakta , ertesi gün sabah 8:00 'e kadar devam etmektedir. Doğum eylemi sırasında salonda ebeye yardımcı hizmetli personel yardım etmektedir. Ebeler, doğum ve jinekoloji ameliyathanesinde, poliklinikte ve serviste çalışmakta, diğerleri ise taburculuk işlemleri ile uğraşmaktadır. Nöbetçi ebe doğum eylemini takibi sırasında riskli bir durumla karşılaşırsa veya komplikasyon olursa uzman hekime haber vermektedir.

Doğum yapan anneler; spontan idrara çıktıktan, bebeğini emzirdikten, kendi başına mobilize olduktan sonra kanaması normal, involüsyonu yeterli ve genel durumu iyi ise dört-altı saat içinde taburcu edilmektedir.

SSK Elazığ Hastanesi için 1998 yılı doğum sayısı 1548' dir. Bunların 1352' si normal vaginal doğum (NSD), 192'si sezeryan ameliyatı ile 4 vaka da vakum ex. ve forseps ile gerçekleştirilmiştir(18).

### **2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

**2.3.1 Araştırmanın Evreni:** Çalışmanın yapıldığı süre içinde doğum yapmak üzere doğum kliniğine başvuran tüm gebeler ve onların bebekleri araştırmanın evrenini oluşturmuşlardır.

#### **2.3.2. Araştırmanın Örneklemi:**

Çalışma yapılan süre ve zaman içinde gelen, sınırlamalar dışında kalan, olasılıksız örneklem seçimi yöntemiyle seçilen ve uygulamayı kabul eden 89 gebe örnekleme oluşturmuştur(30).

Emzirmenin plasenta ayrılma süresine etkisini ayırdedebilmek için iki grup gebe alınmıştır. Kontrol grubu; bebeğini erken dönemde emzirmeyen annelerden (n=46 anne), Deney grubu ise; erken dönemde bebeğini emziren annelerden (n=43 anne) oluşmuştur. Her iki grup, annelerin yaşları, gebelik ve doğum sayıları yönünden

eşitlenmeye çalışılmıştır(30,46). Doğum eylemi sırasında komplikasyonu olan 101 gebe çalışma dışına bırakılmıştır.

## **2.4. Verilerin Toplanması:**

### **2.4.1. Formların Hazırlanması:**

Erken devrede bebeğin emzirilmesinin plasenta ayrılma süresine etkisini belirlemek için araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak anket formu hazırlanmıştır (Ek I). Anket formunda, gebelerin sosyo-demografik (Bl.I. 1-3. soru), doğurganlık (Bl.II. 4-12. soru), daha önceki ve şimdiki gebelikleri (Bl.III.13-22.soru), şimdiki doğumu ile (1-4.soru) ilgili özellikleri belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak anket formları hazırlanmıştır.

Ayrıca, doğum kliniğine doğum için gelen gebelerin prenatal risk durumlarını belirlemek için "prenatal risk indikatörü formu (EK II) kullanılmıştır (35,44).

### **2.4.2. Veri Toplama Aracının Uygulanması**

Kliniğe doğum için gelen gebelere çalışmanın amacı ve erken dönemde emzirmenin önemi anlatılıp, çalışmaya katılmak isteyen gebelerin sözel onayı alınmıştır. Bu gebelerin anamnezleri alınırken EK I anket formu ve EK II formu uygulanmıştır. Örneklemeye giren gebeler belirlendikten sonra gebeler takibe alınmıştır. Takibedilen gebelerin doğum eyleminde komplikasyonu olanlar veya müdahale edilmesi gerekenler çalışmadan çıkartılmıştır. Doğum eylemi sırasında komplikasyonu olan 101 gebe çalışma dışında bırakıldı.

Çalışma sırasında, doğum masasına alınıp doğumunun ikinci evresinde bebeğin gövdesinin doğumundan sonra göbek kordonunun klemplenme saati kayıt edilmiştir. Kontrol grubunda; annenin plasenta ayrılma belirtileri gözlemlendikten sonra, plasenta çıkarılarak plasenta ayrılma saati kayıt edilmiştir. Deney grubunda ise; bebeğin doğumunda kordonun klemplenmesini takiben saat kayıt edilip, bebek kuru beze sarılıp, aspire edilmesi ve apgar skoru değerlendirildikten sonra (1-2dk.) bebek

anne memesine direkt olarak verilmiştir. Bebeğin memenin areola bölgesini tutmasına çalışılmıştır. Plasenta ayrılma belirtileri gözlenip plasenta ayrılırken ayrılma süresi kayıt edilip bu arada bebeğin anne memesinde kalmasına ve emmesine yardım edilmiştir. Tüm işlemlerde aynı saat kullanılmıştır.

Araştırmada, doğumdan sonra anneye pozisyon verilmesinde, memenin hazırlanmasında, plasenta doğumundan önce bebeğin memeye verilmesinde ve gerektiğinde annenin bebeğini tutmasında doğum yaptıran ebe ve araştırmacı yardımcı olmuştur.

## 2.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler toplandıktan sonra sonuçlar veri kodlama kağıtlarına geçirilmiştir. Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri Statistical Package for Social Sciences (SPSS) istatistik programı ile yapılmıştır. Bütün değişkenlerin yüzdeleri, plasenta ayrılma sürelerinin ve doğum sürelerinin ortalamaları alınıp, plasenta ayrılma süresi ile bazı bağımsız değişkenler arasında "tek yönlü varyans analizi" yapılmıştır. İleri analiz için Least-Significant Difference (LSD) testi kullanılmıştır. Kontrol ve deney gruplarının plasenta ayrılma süreleri ortalamaları " bağımsız iki grup ortalaması için Student t test " analizi kullanılmıştır (46).

## 2.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri:

Araştırmada, aşağıda belirtilen bağımlı ve bağımsız değişkenlerin dağılım ve ilişkileri incelenmiştir.

### Bağımlı Değişken:

Plasenta ayrılma süresi,

### Bağımsız Değişkenler:

Annenin;

Yaşı,

Gebelik sayısı,

Doğum sayısı,

Prenatal risk puanlarıdır.



## 2.7. Araştırmanın Süresi ve Olanakları

Araştırmanın literatür taranması ve konu seçimi, Kasım/1998- Şubat/1999 tarihleri arasında yapılmıştır. 1999/Mayıs tarihinde tez önerisine girilmiştir. Daha sonra 1999/Temmuz- Eylül tarihleri arasında SSK Elazığ Hastane'si Doğum Kliniği'nde veriler toplanmıştır. Verilerin kodlanması ve tutarlılık kontrollerinin yapılmasından sonra Şubat/2000 'de istatistiksel analiz sonuçları tamamlanmıştır. Araştırma sonuçları yüksek lisans tezi olarak Eylül/2000 tarihinde Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne sunulmuştur.

Araştırma yapılabilmesi için SSK Elazığ Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izin, Doğum Kliniği sorumlu hekiminden ise sözlü izin alınmıştır(Ek III).

## BÖLÜM III

### BULGULAR

#### 3.1. GEBELERLE İLGİLİ TANITICI BİLGİLER

Tablo 1. Gebelerin Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Yaş Grubu	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	Sayı	%**	Sayı	%**	Sayı	%**
15-19 yaş	3	6.98	5	10.87	8	8.99
20-24 yaş	20	46.51	18	39.13	38	42.70
25-29 yaş	11	25.58	14	30.43	25	28.09
30-34 yaş	7	16.28	8	17.39	15	16.85
35 yaş ve üzeri	2	4.65	1	2.18	3	3.37
<b>Eğitim Düzeyi</b>						
Okur-yazar değil	7	16.28	10	21.74	17	19.10
İlkokul	27	62.79	30	65.22	57	64.05
Ortaokul	5	11.63	1	2.17	6	6.74
Lise ve üzeri	4	9.30	5	10.87	9	10.11
<b>İş Durumları</b>						
Ev Hanımı	43	100.00	46	100.00	89	100.00
<b>TOPLAM*</b>	<b>43</b>	<b>48.30</b>	<b>46</b>	<b>51.70</b>	<b>89</b>	<b>100.00</b>

\* Toplam değerler satır yüzdesi üzerinden verilmiştir.

\*\*Yüzdeler kolon yüzdesi olarak alınmıştır.

Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1'de görülmektedir. Araştırma kapsamındaki 15-19 yaş grubu gebeler; deney grubunun %6.98'i, kontrol grubunda %10.87'sini oluşturmaktadır. 20-24 yaş ise; deney grubunda %46.51 ve kontrol grubunda %39.13'dür. 25-29 yaş grubu gebeler sırasıyla %25.58 ve %30.43'dür. 30 yaş ve üzeri gebe sayısı deney grubu gebelerde % 20.93 iken, kontrol grubunda % 19.57'dir.

Yaş grubu ortalaması deney grubunda  $25.44 \pm 4.9$ , kontrol grubunda ise  $25.36 \pm 4.8$  dir.

Araştırmaya katılan gebelerin %8.99'u 15-19 yaş, %42.70'i 20-24 yaş, %28.09'u 25-29 yaş ve %20.22'si ise 30 yaş ve üzerindeki kadınlardan oluşmaktadır.

Gebelerin eğitim düzeylerine bakıldığında; %16.28 ve %21.74'ü okur-yazar değilken, deney grubu gebelerin % 62.79'u ve kontrol grubunun ise %65.22'si ilkökul mezunu olup, ortaokul mezunu olanlar %11.63 ve % 2.17 dir.. Lise ve üzeri eğitim durumuna sahip olanlar emzirenlerde % 9.30 , emzirmeyenlerde %10.87'dur. Okuma yazma oranı emzirenlerde % 83.7 iken emzirmeyenlerde % 78.3'dür.

Gebelerin % 19.10'u okur yazar değilken,% 64.05 'i ilkökul, % 6.74'ü ortaokul ve % 10.11'i lise ve üzeri okullardan mezun oldukları görülmektedir.

Gebelerin tümünün ev hanımı olduğu tabloda görülmektedir.,

### 3.2 GEBELERİN DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

**Tablo 2.** Gebelerin Gebelik, Doğum ve Yaşayan Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı

	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Gebelik Sayısı</b>						
İlk Gebelik	18	41.86	16	34.78	34	38.20
2-3 Gebelik	20	46.51	25	54.35	45	50.56
4 ve üzeri Gebelik	5	11.63	5	10.87	10	11.24
<b>TOPLAM</b>	<b>43</b>	<b>100.00</b>	<b>46</b>	<b>100.00</b>	<b>89</b>	<b>100.00</b>
<b>Doğum Sayısı*</b>						
1 doğum	11	47.83	17	60.71	28	54.90
2-3 doğum	11	47.83	11	39.29	22	43.14
4 ve üzeri	1	4.34	0	0.00	1	1.96
<b>TOPLAM</b>	<b>23</b>	<b>100.00</b>	<b>28</b>	<b>100.00</b>	<b>51</b>	<b>100.00</b>
<b>Yaşayan Çocuk Sayısı**</b>						
1 çocuk	10	45.45	19	67.86	29	58.00
2 çocuk	10	45.45	8	28.57	18	36.00
3 çocuk ve üzeri	2	9.10	1	3.57	3	6.00
<b>TOPLAM</b>	<b>22</b>	<b>100.00</b>	<b>28</b>	<b>100.00</b>	<b>50</b>	<b>100.00</b>

\*Hiç doğum yapmamışlar alınmamıştır.

\*\*Hiç yaşayan çocuğu olmayanlar alınmamıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin gebelik, doğum ve yaşayan çocuk sayıları Tablo 2'de verilmiştir. Deney grubundaki gebelerin % 41.86'sının, kontrol grubundakilerin ise %34.78'unun ilk gebeliğidir. İkinci ve üçüncü gebeliği olanların oranı deney grubunda %46.51 ve kontrol grubunda %54.35 iken 4 ve üzeri gebeliği olanlar sırasıyla %11.63 ve 10.87 dir.

Gebelerde gebelik sayısı ortalaması deney grubunda  $2.02 \pm 1.16$ , emzirmeyenlerde ise  $2.10 \pm 1.15$  dir.

Gebelerin % 38.20'sinin ilk gebeliği, %50.56'sının ikinci ve üçüncü gebeliği, %11.24'ünün ise dört ve üzeri gebeliklerinin oldukları görülmektedir.

Gebelerin doğum sayılarına bakıldığında; deney grubu gebelerin %47.83'ü bir doğum yapmışken, kontrol grubundakilerin oranı ise %60.71 dir. İki-üç doğum yapanlar sırasıyla %47.83 ve %39.29 dur. Dört ve üzeri doğum yapanların oranı deney grubu gebelerde %4.34 iken kontrol grubu gebelerin hiçbirinin dört ve üzeri doğum yapmamış oldukları belirlenmiştir.

Gebelerin doğum sayılarına bakıldığında; bir doğum yapanlar tüm gebelerde %54.90, iki-üç doğum yapanlar %43.14 iken, dört ve üzeri doğum yapma oranı ise %1.96 dır.

Araştırmaya katılan deney grubundaki gebelerde, yaşayan bir çocuğu olanlar %45.45 ve kontrol grubunda ise %67.86 dır. Yaşayan iki çocuğu olanların oranı deney grubu annelerde %45.45 ve kontrol grubunda ise %28.57 dir. Üç ve üzeri yaşayan çocuğu olanlar sırasıyla %9.10 ve %3.57 dir. Yaşayan çocuk sayıları ise bir tane yaşayan çocuğu olanlar %58.00 , iki tane % 36.00 ve üç ve üzeri çocuğu olanlar ise %6.00 dır.

**Tablo 3. Gebelerin Ölü Doğum Yapma Durumlarına ve Sayılarına Göre Dağılımı**

	<b>DENEY GRUBU</b>		<b>KONTROL GRUBU</b>		<b>TOPLAM</b>	
	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Ölü Doğum Yapma Durumu</b>						
Evet	2	4.65	0	0	2	2.25
Hayır	41	95.35	46	100.00	87	97.75
<b>Ölü Doğum Sayısı</b>						
Hiç Yok	41	95.35	46	100.00	87	97.75
Bir ve üzeri	2	4.65	0	0	2	2.25
<b>TOPLAM</b>	<b>43</b>	<b>100.00</b>	<b>46</b>	<b>100.00</b>	<b>89</b>	<b>100.00</b>

Gebelerin ölü doğum yapma durumları ve sayıları Tablo 3'te görülmektedir. Deney grubu gebelerin %4.65'i ölü doğum yapmışken, kontrol grubunda ölü doğum yapan gebe yoktur. Ölü doğum durumları ise emziren gebelerde bir tane ölü doğum yapma oranı % 4.65'dir. Gebelerin %2.25'i ölü doğum yapmışken,% 97.75'i ölü doğum yapmamış olduğu Tablo 3'de görülmektedir.

Ölü doğum sayılarının oranı; %97.75'i hiç ölü doğum yapmamışken, %2.25'i bir ve üzeri ölü doğum yapmış oldukları belirlenmiştir.

**Tablo 4. Gebelerin Düşük Yapma Durumlarına, Sayılarına ve Düşük Çeşitlerine Göre Dağılımı**

Düşük Yapma Durumları	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	5	11.63	8	17.39	13	14.61
Hayır	38	88.37	38	82.61	76	85.39
<b>Toplam</b>	<b>43</b>	<b>100.00</b>	<b>46</b>	<b>100.00</b>	<b>89</b>	<b>100.00</b>
<b>Düşük Sayısı*</b>						
1	4	80.00	7	87.50	11	84.62
2 ve Üzeri	1	20.00	1	12.50	2	15.38
<b>TOPLAM</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100.00</b>	<b>13</b>	<b>100.00</b>
<b>İsteyerek Yapılan Düşük Sayısı **</b>						
1	1	50.00	2	100.00	3	75.00
2 ve üzeri	1	50.00	0	0	1	25.00
<b>TOPLAM</b>	<b>2</b>	<b>100.00</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100.00</b>
<b>Kendiliğinden Yapılan Düşük Sayısı**</b>						
1	3	100.00	5	83.33	8	88.89
2 ve üzeri	0	0	1	16.67	1	11.11
<b>TOPLAM</b>	<b>3</b>	<b>100.00</b>	<b>6</b>	<b>100.00</b>	<b>9</b>	<b>100.00</b>

\*Düşük yapanlar alınmıştır.

\*\*Toplamı, düşük yapanlardan oluşmaktadır.

Gebelerin düşük durumları, sayıları ve düşük çeşitleri Tablo 4'te verilmiştir. Buna göre; deney grubundaki gebelerin %11.63'ü düşük yapmışken bu oran kontrol grubunda %17.39'dur. Düşük yapmayanlar ise %88.37 ve %82.61'dir. Deney grubu gebelerde bir düşük olanların oranı %80.00 iken kontrol grubunda %87.50 dir. Deney grubunda iki ve üzeri düşük yapanlar %20,00, kontrol grubunda ise %12.50 dir. Düşük yapan ve deney grubu gebelerde bir tane isteyerek düşük oranı % 50.00, kontrol grubunun tümü bir tane isteyerek düşük yapmışlardır. Deney grubu gebelerin tümü bir tane kendiliğinden düşük yaptıklarını belirtirken, kontrol grubunda bu oran %83.33 ile bir tane, %16.67 ile iki ve üzeri sayıdadır.

Düşük yapma durumlarına bakıldığında; tüm gebelerin %14.61'i düşük yapmışken, %85.39'u düşük yapmamışlardır. Düşük sayıları ise; bir düşük yapanların oranı %84.62 ve iki ve üzeri düşük yapanlar ise %15.38 dir. Düşük yapanlar içinden

isteyerek düşük sayısı %75.00 ile bir ve %25.00 ile iki ve üzeri iken ; kendiliğinden yapılan düşük oranı ise % 88.89 ile bir ve % 11.11 ile iki ve üzeridir.

### 3.3 GEBELERİN BİR ÖNCEKİ GEBELİK VE DOĞUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 5. Gebelerin Bir Önceki Doğum Aralığına Göre Dağılımı

Doğum aralığı	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İlk gebelik	20	46.51	18	39.13	38	42.70
12-24 ay	4	9.30	5	10.87	9	10.11
25-36 ay	1	2.33	2	4.35	3	3.37
37 ay ve üzeri	18	41.86	21	45.65	39	43.82
<b>Toplam</b>	<b>43</b>	<b>100.00</b>	<b>46</b>	<b>100.00</b>	<b>89</b>	<b>100.00</b>

Gebelerin bir önceki doğum ile şimdiki gebeliği arasındaki sürelerinin dağılımı Tablo 5’de görülmektedir. Deney grubundaki gebelerin %9.30’unun 12-24 ay, %2.33’ünün 25-36 ay ve %41.86’sının ise 37 ay ve üzerinde doğum aralığı olduğu; kontrol grubunda ise %10.87’sinin 12-24 ay, %4.35’inin 25-36 ay ve %45.65’inin de 37 ay ve üzerinde doğum aralığı olduğu belirlenmiştir. Tüm gebelerde ise % 10.11’inin 12-24 ay, %3.37’sinin 25-36 ay ve %43.82’sinin 37 ay ve üzerinde aralık olduğu görülmektedir.

Doğum aralığı ortalaması deney grubunda  $2.37 \pm 2.96$  yıl ( $28.44 \pm 35.52$  ay) iken kontrol grubunda  $2.41 \pm 2.64$  yıl ( $28.92 \pm 31.68$  ay) dir.

**Tablo 6.** Gebelerin Bir Önceki Doğumlarında Bebeklerini Emzirme Durumlarına ve Emzirmeye Başlama Saatlerine Göre Dağılımı

Emzirme Durumu	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Emziren	22	95.65	27	96.43	49	96.08
Emzirmeyen	1	4.35	1	3.57	2	3.92
<b>Toplam*</b>	<b>23</b>	<b>100.00</b>	<b>28</b>	<b>100.00</b>	<b>51</b>	<b>100.00</b>
<b>Emzirmeye Başlama Süresi</b>						
Hemen Sonra (İlk 30 Dk.)	1	4.55	3	11.11	4	8.16
1.5 -3 sa. sonra	10	45.45	10	37.04	20	40.82
4-6 sa. sonra	4	18.18	4	14.81	8	16.33
7 sa. ve üzeri	7	31.81	10	37.04	17	34.69
<b>Toplam**</b>	<b>22</b>	<b>100.00</b>	<b>27</b>	<b>100.00</b>	<b>49</b>	<b>100.00</b>

\*İlk gebeliği olanlar alınmamıştır.

\*\*Emzirmemiş olanlar alınmamıştır.

Gebelerin bir önceki doğumlarında bebeklerini emzirme durumları ve emzirmeye başlama saatleri Tablo 6'da verilmiştir. Deney grubundaki gebelerin %95.65'i bebeklerini emzirdiklerini belirtirken, %4.35'i emzirmediklerini; kontrol grubundakilerin ise %96.43'ü emzirdiğini, %3.57'si ise emzirmediğini belirtmişlerdir. Tüm gebelerde ise; %96.08'i emzirdiğini, %3.92'si ise emzirmediğini ifade etmişlerdir.

Emzirmeye başlama süreleri ise; deney grubundakilerin %4.55'i doğumdan hemen sonra, %45.45'i 1.5-3 saat sonra, %18.18'i 4-6 saat sonra ve %31.81'i de 7 saat ve sonrası emzirmeye başladıklarını; kontrol grubundakilerin ise %11.11'i hemen sonra, %37.04'ü 1.5-3 saat sonra, %14.81'i 4-6 saat arasında ve %37.04'ü de 7 saat ve sonrasında emzirmeye başladıklarını belirtmişlerdir. Tüm gebelerin; %8.16'sı doğumdan hemen sonra, %40.82'si 1.5-3 saat, %16.33'ü 4-6 saat ve %34.69'u da 7 saat ve sonrasında bebeklerini emzirmeye başladıklarını ifade etmişlerdir.



### 3.4. GEBELERİN ŞİMDİKİ GEBELİK VE DOĞUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

**Tablo 7.** Gebelerin Gebelik Haftalarına Göre Dağılımı

Gebelik Haftası	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
38 Hafta	13	30.23	4	8.70	17	19.10
39 hafta	12	27.91	12	26.08	24	26.97
40 Hafta	14	32.56	22	47.83	36	40.45
41 Hafta	4	9.30	8	17.39	12	13.48
<b>TOPLAM</b>	<b>43</b>	<b>100.00</b>	<b>46</b>	<b>100.00</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

Gebelerin gebelik haftalarına göre dağılımı Tablo 7’de görülmektedir. Buna göre deney grubundaki gebelerin %30.23’ü 38 haftalık, %27.91’i 39 haftalık, %32.56’sı 40 haftalık ve %9.30 ‘u ise 41 haftalık gebeliğe sahiptirler. Kontrol grubundaki gebelerin ise %8.70’i 38 haftalık, %26.08 ‘i 39 haftalık, %47.83’ü 40 haftalık ve %17.39’u 41 haftalık gebelerden oluşmaktadır.

Tüm gebelerin % 19.10’u 38 haftalık, %26.97’si 39 haftalık, %40.45’i 40 haftalık ve %13.48’i 41 haftalık gebelerden oluştuğu Tablo 7’te görülmektedir.

Gebelik haftası ortalaması deney grubu için  $39.16 \pm 1.15$ , kontrol grubu için  $39.76 \pm 0.99$  haftadır

**Tablo 8.** Gebelerin Gebeliğini İsteme Durumlarına Göre Dağılımı

Gebeliği İsteme Durumu	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	34	79.07	33	71.74	67	75.28
Hayır	9	20.93	13	28.26	22	24.72
<b>Toplam</b>	<b>43</b>	<b>100.00</b>	<b>46</b>	<b>100.00</b>	<b>89</b>	<b>100.00</b>

Gebelerin gebeliklerini isteme durumları Tablo 8’de görülmektedir. Deney grubundakilerin %79.07’si gebeliğini isterken, %20.93’ü istemediklerini belirtmişlerdir. Kontrol grubunda ise isteyenlerin oranı %71.74, istemeyenler ise %28.26 dır.

Tüm gebelerde gebeliği isteme oranı %75.28 iken istememe oranı %24.72 dir.

**Tablo 9.** Gebelerin Gebeliğinde Problem Olma Durumu ve Problem Türlerine Göre Dağılımı

Problem Durumu	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	39	90.70	37	80.43	76	85.39
Hayır	4	9.30	9	19.57	13	14.61
<b>Toplam</b>	<b>43</b>	<b>100.00</b>	<b>46</b>	<b>100.00</b>	<b>89</b>	<b>100.00</b>
<b>Problem Türü</b>						
Sindirim Sist.	33	44.59	30	53.57	63	48.47
Dolaşım Sist.	13	17.57	6	10.72	19	14.62
Üreme Sist.	13	17.57	12	21.43	25	19.23
Kas-iskelet Sist.	6	8.11	4	7.14	10	7.69
Solunum Sist.	5	6.76	0	0	5	3.85
Boşaltım Sist.	3	4.05	4	7.14	7	5.38
Mental Durum	1	1.35	0	0	1	0.76
<b>Toplam*</b>	<b>74</b>	<b>100.00</b>	<b>56</b>	<b>100.00</b>	<b>130</b>	<b>100.00</b>

\*Birden fazla problem görülmüştür.

Araştırmaya katılan gebelerin bu gebeliklerinde problem görülme durumu ve problem türlerine göre dağılımı Tablo 9’da verilmiştir. Deney grubundaki gebelerin % 90.70’inde gebeliklerinde problem olduğunu, %9.30’unda problem yaşamadıklarını; kontrol grubundaki gebelerin ise %80.43’ünde problem olduğunu, %19.57’si ise problem olmadığını belirtmişlerdir. Tüm gebelerin %85.39’unda problem olduğu, %14.61’inde olmadığı belirlenmiştir.

Problemlerin türlerine bakıldığında ise deney grubundakilerin %44.59’unda sindirim sistemine ait problemler, %17.57’sinde dolaşım sist., %17.57’sinde üreme sist. ait problemler görülürken, kontrol grubundakilerin ise % 53.57’sinde sindirim sist., %10.72’sinde dolaşım sist., %21.43’ünde ise üreme sist. ait problemler görülmüştür. Tüm gebelerin %48.47’sinde sindirim sist., %14.62’sinde dolaşım sist. ve %19.23’ünde ise üreme sist. ait problemler görülmüştür.

**Tablo 10.** Gebelerin Gebeliklerinde İlaç Kullanma Durumuna ve Kullandıkları İlaç Türlerine Göre Dağılımı

İlaç Kullanma Durumu	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evet	36	83.72	36	78.26	72	80.90
Hayır	7	16.28	10	21.74	17	19.10
<b>Toplam</b>	<b>43</b>	<b>100.00</b>	<b>46</b>	<b>100.00</b>	<b>89</b>	<b>100.00</b>
<b>İlaç Türü</b>						
Demir	22	30.55	23	36.51	45	33.34
Vitamim	25	34.72	21	33.34	46	34.07
Kalsiyum	2	2.78	2	3.17	4	2.96
Pre-Par	3	4.17	4	6.35	7	5.19
Antiemetik	7	9.72	5	7.94	12	8.89
Antibiyotik	3	4.17	2	3.17	5	3.70
Diğer	9	12.50	4	6.35	13	9.63
Bilmiyor	1	1.39	2	3.17	3	2.22
<b>Toplam*</b>	<b>72</b>	<b>100.00</b>	<b>63</b>	<b>100.00</b>	<b>135</b>	<b>100.00</b>

\* Birden fazla ilaç kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin gebeliklerinde ilaç kullanma durumları ve kullanılan ilaç türleri Tablo 10'da verilmiştir. Deney grubundaki gebelerin %83.72'si ilaç kullandığını belirtirken,%16.28'i ilaç kullanmadığını; kontrol grubundakilerin ise % 78.26'si ilaç kullanmışken, %21.74'ü ilaç kullanmadığını belirtmişlerdir.Tüm gebelerde ise ilaç kullananların oranı %80.90 ve kullanmayanların oranı %19.10 olarak belirlenmiştir.

İlaç türlerine göre dağılımı ise; deney grubunda %30.55 ile demir, %34.72 ile vitamin, %9.72 ile antiemetikler; kontrol grubunda %36.51 oranında demir, %33.34 ile vitamin, %7.94 oranında antiemetikler kullanılmıştır. İlaç kullanan tüm gebelerde ise; %33.34'ünde demir, %34.07'sinde vitamin, %8.89 oranında antiemetik kullandıkları görülmektedir.

**Tablo 11. Doğan Bebeklerin Cinsiyetlerine ve Apgar Puanlarına Göre Dağılımı**

	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>						
Kız	24	55.81	18	39.13	42	47.19
Erkek	19	44.19	28	60.87	47	52.81
<b>Apgar Puanları</b>						
7	0	0	1	2.17	1	1.12
8	8	18.60	20	43.48	28	31.46
9	26	60.47	18	39.13	44	49.44
10	9	20.93	7	15.22	16	17.98
<b>Toplam</b>	<b>43</b>	<b>100.00</b>	<b>46</b>	<b>100.00</b>	<b>89</b>	<b>100.00</b>

Bebeklerin cinsiyetlerine ve apgar puanlarına göre dağılımı Tablo 11’de verilmiştir. Deney grubundaki gebelerin bebeklerinin %55.81’i kız, %44.19’u erkek iken kontrol grubundakilerin ise %39.13’ü kız, %60.87’si erkektir. Doğan tüm bebeklerin ise %47.19’u kız, %52.81’i erkektir.

Apgar puanlarına bakıldığında; deney grubundakilerin %18.60’ı sekiz apgar puanına, %60.47’si dokuz puana, %20.93’ü ise 10 apgar puanıyla; kontrol grubundakilerin ise %2.17’si yedi apgar puanına, %43.48’i sekiz, %39.13’ü dokuz ve %15.22’si 10 apgar puanıyla doğmuşlardır. Bütün bebeklerin apgar puanları ise; %1.12’si yedi, %31.46’sı sekiz, %49.44’ü dokuz ve %17.98’i 10 apgar puanına sahiptirler.

**Tablo 12. Gebelerin Risk Puanlarına Göre Dağılımı**

	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Risk Puanı</b>						
0-3 arası	17	39.53	29	63.04	46	51.69
4-6 arası	26	60.47	17	36.96	43	48.31
<b>Toplam</b>	<b>43</b>	<b>100.00</b>	<b>46</b>	<b>100.00</b>	<b>89</b>	<b>100.00</b>

Araştırmaya alınan gebelerin gebelik risk puanları Tablo 12’de görülmektedir. Deney grubundaki gebelerin %39.53’ü 0-3 arası, %60.47’si 4-6 arası risk puanına; kontrol grubundakilerin ise %63.04’ü 0-3 risk puanına, %36.96’sı 4-6 arası risk puanına sahiptirler. Tüm gebelerin ise %51.69’u 0-3 arası, %48.31’i 4-6 arası risk puanına sahiptirler.

**Tablo 13. Gebelerin Doğum Süresi Ortalamalarına ve Plasenta Ayrılma Sürelerine Göre Dağılımı**

	DENEY GRUBU	KONTROL GRUBU
<b>Doğum Süresi</b>		
<b>X̄</b>	21955.81sn(365.93dk)	14863.04 sn.(247.71 dk.)
<b>St. Sapma</b>	21467.48sn(357.79dk)	15 105.85sn.(251.76 dk.)
<b>Min.</b>	600 sn. (10 dk.)	300 sn. (5 dk.)
<b>Max.</b>	103 800 sn. (1730 dk.)	63.600 sn. (1060 dk.)
<b>Pl.Ayrılma Süresi</b>		
<b>X̄</b>	443.12 sn. (7.38 dk.)	450.11 sn.(7.50 dk.)
<b>St.Sapma</b>	193.24 sn.(3.22 dk.)	225.99sn. (3.76 dk.)
<b>Min.</b>	200 sn.(3.33 dk.)	155 sn. (2.58 dk.)
<b>Max.</b>	1352 sn.(22.53 dk.)	1060 sn.(17.66 dk.)
<b>n</b>	<b>43</b>	<b>46</b>

**Not:**Doğum süresi; gebenin hastaneye gelmesinden sonra başlayıp, bebeğin doğmasına kadar geçen süredir.

Gebelerin doğum süre ve plasenta ayrılma süre ortalamalarına bakıldığında (Tablo 13); deney grubundaki gebelerin doğum sürelerinin ortalaması  $21955.81 \pm 21467.48$  sn. ( $365.93 \pm 357.79$  dk.) iken kontrol grubunda ise  $14863.04 \pm 15105.85$  sn.( $247.71 \pm 251.76$  dk.) olarak saptanmıştır.

Plasenta ayrılma süreleri ortalaması ise; deney grubunda  $443.12 \pm 193.24$  sn.( $7.38 \pm 3.22$  dk.) iken; kontrol grubunda  $450.11 \pm 225.99$  sn.( $7.50 \pm 3.76$  dk.) olarak belirlenmiştir.

Deney ve kontrol grubunda plasenta ayrılma süre ortalamaları arasındaki farkın  $\alpha=0.05$  önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır ( $t=0.16$ ,  $SD=87$ ,  $p=0.87$ ,  $p>0.05$ ).

### 3.5.GEBELERİN PLASENTA AYRILMA SÜRELERİNE ETKİ EDEN BAZI FAKTÖRLERE İLİŞKİN BULGULAR

**Tablo 14.** Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Plasenta Ayrılma Süre Ortalamalarının Dağılımı

#### Deney Grubu

Grup	Sayı	Ortalama	St.Sapma	St. Hata
15-19	3	443.6667	103.2295	59.5996
20-24	20	474.5000	261.3194	58.4328
25-29	11	407.8182	93.9868	28.3378
30-34	7	424.7143	138.6912	52.4203
35 ve+	2	387.0000	62.2254	44.0000
<b>Toplam</b>	<b>43</b>	<b>443.1163</b>	<b>193.2475</b>	<b>29.4700</b>

$F(4;38)=0.2619$   $p=0.9006$   $p>0.05$

#### Kontrol Grubu

Grup	Sayı	Ortalama	St.Sap.	St. Hata
15-19	5	563.0000	165.5868	74.0527
20-24	18	478.5000	222.4871	52.4407
25-29	14	486.7857	269.1340	71.9291
30-34	8	273.6250	63.0509	22.2918
35 ve+	1	273.0000	0	0
<b>TOPLAM</b>	<b>46</b>	<b>450.1087</b>	<b>225.9915</b>	<b>33.3206</b>

$F(4;41)=2.0152$   $p=0.1102$   $p>0.05$

Gebelerin yaş gruplarına göre plasenta ayrılma süre ortalamaları incelendiğinde ( Tablo 14); deney grubunda plasenta ayrılma süresinin en kısa (387.00 sn.) 35 yaş ve üzerinde olduğu, en uzun sürenin (474.50 sn.) ise 20-24 yaş grubunda olduğu, kontrol grubunda ise en kısa sürenin (273.00 sn.) 35 yaş ve üzeri grupta , en uzun sürenin (563.00 sn.) ise 15-19 yaş grubunda olduğu görülmektedir.

Gebelerin yaş gruplarına göre plasenta ayrılma süresi ortalamalarını karşılaştırmak üzere yapılan varyans analizi sonucunda  $\alpha= 0.05$  önem düzeyinde istatistiksel açıdan her iki grupta da anlamlı ilişki bulunamamıştır.

**Tablo 15.** Gebelerin Gebelik Sayılarına Göre Plasenta Ayrılma Süre Ortalamalarının Dağılımı

**Deney grubu**

Gebelik Sayısı	Sayı	Ortalama	St. Sapma	St.Hata
1	18	443.2222	149.0474	35.1308
2	13	426.0769	149.1171	41.3576
3	7	386.5714	56.4265	21.3272
4	4	587.7500	514.3568	257.1784
6	1	480.0000	0	0
<b>Toplam</b>	<b>43</b>	<b>443.1163</b>	<b>193.2475</b>	<b>29.4700</b>

$$F(4;38)=0.7249 \quad p=0.5804 \quad p>0.05$$

**Kontrol grubu**

Gebelik Sayısı	Sayı	Ortalama	St. Sapma	St. Hata
1	16	551.5000	226.9579	56.7395
2	17	440.0588	256.1273	62.1200
3	8	374.1250	127.6540	45.1325
4	3	271.3333	29.5333	17.0522
5	1	345.0000	0	0
6	1	248.0000	0	0
<b>Toplam</b>	<b>46</b>	<b>450.1087</b>	<b>225.9915</b>	<b>33.3206</b>

$$F(5;40)= 1.4867 \quad p=0.2157 \quad p>0.05$$

Gebelerin gebelik sayılarına göre plasenta ayrılma süre ortalamalarının dağılımı Tablo 15’de görülmektedir. Plasenta ayrılma süresinin en kısa (386.57 sn.) olduğu gebelik sayısı deney grubunda üçüncü gebelik, en uzun süre (587.75 sn.) ise dördüncü gebelikte olduğu; kontrol grubunda ise en kısa süre(248.00 sn.) altıncı gebelikte, en uzun süre (551.50 sn.) ise birinci gebelikte olduğu belirlenmiştir.

Gebelik sayısının plasenta ayrılma süre ortalamalarına etkisinin incelenmesi üzerine yapılan varyans analizinde  $\alpha= 0.05$  önem düzeyinde anlamlı ilişki bulunamamıştır.

**Tablo 16.** Gebelerin Doğum Sayılarına Göre Plasenta Ayrılma Süre Ortalamalarının Dağılımı

**Deney Grubu**

Doğum Sayısı	Sayı	Ortalama	St. Sapma	St.Hata
0	20	446.2500	141.4064	31.6194
1	11	417.4545	161.5248	48.7016
2	9	484.2222	330.3085	110.1028
3	2	349.5000	115.2584	81.5000
4	1	480.0000	0	0
<b>Toplam</b>	<b>43</b>	<b>443.1163</b>	<b>193.2475</b>	<b>29.4700</b>

$$F(4;38)= 0.2584 \quad p=0.9027 \quad p>0.05$$

**Kontrol Grubu**

Doğum Sayısı	Sayı	Ortalama	St.Sapma	St. Hata
0	18	566.3889	232.0611	54.6973
1	17	409.4118	225.7629	54.7555
2	10	330.2000	111.1004	35.1330
3	1	248.0000	0	0
<b>Toplam</b>	<b>46</b>	<b>450.1087</b>	<b>225.9915</b>	<b>33.3206</b>

$$F(3;42)=3.4669 \quad p=0.0244 \quad p<0.05 \text{ anlamlı}$$

Gebelerin doğum sayılarının plasenta ayrılma süre ortalamalarının dağılımı Tablo 16'da verilmiştir. Buna göre; deney grubunda plasenta ayrılma süresi en uzun (484.22 sn.) iki doğum yapmış gebelerde, en kısa süre(349.50 sn.) üç doğum yapmış gebelerde olduğu, kontrol grubunda ise en uzun süre (566.38 sn.) hiç doğum yapmamışlarda, en kısa süre de (248.00 sn.) üç doğum yapmışlarda olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda doğum sayısı arttıkça plasenta ayrılma süresinin kısaldığı tabloda görülmektedir.

Doğum sayılarının plasenta ayrılma süre ortalamalarına etkisini belirlemek için yapılan varyans analizinde; deney grubunda anlamlı sonuç bulunamamışken, kontrol grubu için  $\alpha= 0.05$  önem düzeyinde istatistiksel açıdan anlamlılık bulunmuştur.

Doğum sayısına göre kontrol (emzirmeyen) grubundaki gebelerde plasenta ayrılma süre ortalaması ileri istatistiksel analizinde LSD testi ile fark; hiç doğum yapmamış ile bir-iki doğum yapmış olanlar arasında bulunmuştur.



**Tablo 17. Gebelerin Risk Puanlarına Göre Plasenta Ayrılma Süre Ortalamalarının Dağılımı****Deney Grubu**

Risk Puanı	Sayı	Ortalama	St. Sapma	St. Hata
1	2	426.5000	188.7975	133.5000
2	9	436.6667	192.3194	64.1065
3	6	422.0000	120.2780	49.1033
4	7	380.4286	105.7999	39.9886
5	3	721.3333	546.1770	315.3354
6	16	432.0000	125.3044	31.3261
<b>Toplam</b>	<b>43</b>	<b>443.1163</b>	<b>193.2475</b>	<b>29.4700</b>

$F(5;37)=1.5065$      $p=0.2115$      $p>0.05$

**Kontrol Grubu**

Risk Puanı	Sayı	Ortalama	St. Sapma	St. Hata
0	1	274.0000	0	0
1	11	547.5455	327.3699	98.7057
2	9	454.5556	151.6724	50.5575
3	8	351.0000	159.6756	56.4538
4	5	513.2000	244.5214	109.3533
5	3	458.6667	210.0008	121.2440
6	9	396.3333	185.8454	61.9485
<b>Toplam</b>	<b>46</b>	<b>450.1087</b>	<b>225.9915</b>	<b>33.3206</b>

$F(6;39)=0.8304$      $p=0.5537$      $p>0.05$

Gebelerin gebelik risk puanlarının plasenta ayrılma süre ortalamalarına göre dağılımı Tablo 17’de verilmiştir. Buna göre; deney grubunda plasenta ayrılma süresi en uzun (721.33 sn.) beş risk puanına sahip gebelerde, en kısa süre (380.42 sn.) ise dört risk puanına sahip olanlarda, kontrol grubunda ise en uzun (547.54 sn.) bir risk puanlı, en kısa (274.00 sn.) ise hiç riski olmayan gebelerde olduğu tespit edilmiştir.

Gebelerin gebelik risk puanların plasenta ayrılma süresine etkisini belirlemek üzere yapılan varyans analizinde  $\alpha= 0.05$  önem düzeyinde her iki grup için de anlamlılık bulunamamıştır.

## BÖLÜM IV

### TARTIŞMA VE SONUÇ

#### 4.1 TARTIŞMA

##### 4.1.1. GEBELERLE İLGİLİ TANITICI BİLGİLERİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan gebelerin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde; her iki grubun % 70.79'u 20-29 yaş arasında oldukları belirlenmiştir. Araştırmada risk grubuna giren gebelerin oranı 19 yaş ve altı için %8.99 ve 35 yaş ve üzeri için %3.37 dir. Toplamda ise %12.36 dır. Bu oran da küçümsenmeyecek bir orandır. Yaş grup ve oranları Tablo 1'de verilmiştir. En iyi çocuk doğurma yaşı 20-30 yaşları arasındadır. Bu yaştan uzaklaştıkça anne-bebek, hastalık ve ölüm hızlarında da o kadar artma olur. Türkiye'de hala 35 yaş, hatta 40 yaş üzerinde doğum yapan kadınların da olduğu ifade edilmektedir (52).

Ülkemizde bebek ölümlerini ve ana ölümlerini etkileyen anneye bağlı sebepler arasında annenin doğumdaki yaşı önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir. Erken yaşta anne olma, anne ve yenidoğan açısından risk yaratmaktadır. UNICEF raporlarına göre; Dünyada 18 yaşına kadar doğum yapan kadınların dağılımı; Nijerya'da %15, Senegal'de %17, Meksika'da %13, Bangladeş'de %25, ABD.'de %21 olduğu belirtilmiştir (1,7).

Bilgiç'in çalışmasında; yalnızca 15-19 yaş kadınları (kontrol +deney grubunda) oranı %11.11 iken, Beycan'ın SB. İzmir Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinde yapmış olduğu çalışmada ise %22.8, bizim çalışmamızda bu oran %8.99 olarak bulunmuştur. Coşkun'un İstanbul'da yaptığı araştırmada kadınların %5.9'unun 18 yaş altı ve 35 yaş üstünde oldukları belirtilmiştir. Mete'nin Elazığ Devlet Hastanesi'nde yaptığı çalışmada 19 yaş ve altı gebelerin oranı %17 ve 30 yaş üzeri gebeler ise %28.5

olarak bulunmuştur. 1992'den beri genç yaş gebeliklerde Elazığ ilinde düşme olduğu görülmektedir (7,8,16,36).

TNSA-98 'e göre 15-19 yaş kadın nüfusu %11'dir. Bu oran kentsel yörelerde %10.6, kırsal yörelerde ise %11.6 dır (26).

Okuma yazma oranı; araştırmaya katılan deney grubundaki gebeler de %83.72 iken kontrol grubunda %78.26'dır. En az ilkokul mezunu olanların oranı %64.05 dir. Eğitim durumu, doğurganlık davranışını, gebeliği önleyici yöntem kullanımını, çocuk sağlığı ve doğru temizlik alışkanlıkları gibi birçok olguyu etkilemektedir. İzmir'de yapılan çalışmada okuma yazma oranı %83.7 iken bizim çalışmamızda deney grubu için %83.72, kontrol grubu için ise %78.26 dır. Bu oran benzerlik göstermektedir. Mete'nin çalışmasında, okur-yazar olmayanların oranı %46.4 iken, okur-yazar ve ilkokul mezunu oranı %44.7'dir. Bu da göstermiştir ki; okuma yazma oranı Elazığ 'da artma göstermektedir (7,26,36).

Kadın sağlığı sorunlarının ortaya çıkmasında kadının toplumsal konumunun düşük olması önemli bir nedendir. Kadının toplumsal konumunu belirleyen temel faktörler; eğitimi, çalışması ve sosyal güvencesinin olmasıdır. Genellikle ana ve bebek ölümlerinin yüksek olduğu bölgelerde kadının toplumsal konumunun düşük olduğu bulunmuştur. Ülkemizde okur-yazar olmayan kadınların oranı %28 dir. Aynı oran erkeklerde %11dir. Bunun yanında üniversite mezunu kadın oranı % 1.99 dur. Bizim çalışmamızda hiç üniversite mezunu gebeye rastlanmamıştır. TNSA-93 'e göre okur-yazar olmayan ya da ilkokulu bitirmeyen kadınlarda toplam doğurganlık hızı 4.2 iken, ortaokul ve üzeri okul mezunlarında bu rakam 1.7'ye düşmektedir. Başka bir ifadeyle kadının eğitim durumu doğurganlığında belirleyici olmaktadır. TNSA-98 verilerine göre kentlerde kadınların üçte ikisine yakını en az ilkokul mezunu iken, kırsal kesimlerde ise bu oran %51'dir. Eğitim düzeyi bakımından bölgeler arasında da farklılıklar bulunmaktadır. Hiç eğitimi olmayan kadınların oranı %46'dır ve en yüksek oran ise Doğu Anadolu Bölgesi'nde görülmektedir. Elazığ'da yapmış olduğumuz bu çalışmada ise okur yazar olmayan oranı %19.10 olarak bulunmuştur (1,15,26,51).

Gebelerin tümü ev hanımı olup, eşlerinin işçi olmaları nedeniyle tümü SSK'ya bağlı oldukları belirlenmiştir.

#### 4.1.2. GEBELERİN DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Gebelerin doğurganlık durumlarıyla ilgili veriler incelendiğinde; araştırmaya katılanların ilk gebeliği olanların oranı %38.20 ve dört ve üzeri gebeliği olanlar ise %11.24 olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Gebelerin %49.44'ü riskli gebelik olarak kabul edilen ilk ve dört ve üzeri gebeliği oldukları belirlenmiştir. Beycan'ın yaptığı çalışmada riskli gebelik grubuna girenlerin oranı %61.8 iken Mete'nin yapmış olduğu çalışmada bu oran %66.7'dir, Saruhan'ın çalışmasında ise %62.0 dır. Başka bir çalışmada ilk gebeliği ve dört ve üzeri gebelik oranı %56.2 dir (7,16,36).

Araştırma sonuçları, Beycan ve Mete'nin yapmış olduğu araştırma sonuçlarından düşük bulunmuştur. Çünkü, risk puanı yedi ve üzerinde olanlar çalışmaya alınmamıştır. Risk değerlendirmesi içinde gebelik sayısı ile ilgili kriterlerde bulunmaktadır. Araştırma kapsamındaki gebelerin ortalama gebelik sayısı deney grubu için  $2.02 \pm 1.16$ , kontrol grubu için  $2.10 \pm 1.15$  olarak saptanmıştır.

Araştırmaya alınan gebelerin doğum sayılarına bakıldığında (Tablo 2); deney grubundaki gebelerin %47.83'ü bir doğum yapmışken, dört ve üzeri doğum yapanların oranı %4.34 iken kontrol grubu gebelerde bir doğum yapanların oranı %60.71 iken dördün üzerinde doğum yapan olmadığı saptanmıştır. Bilgiç'in çalışmasında birinci doğum yapanların oranı deney grubunda %58.3, kontrol grubunda %41.7'dir. Beycan'ın araştırmasında ise kadınların %76.7'sinin bir ve iki doğum, beş ve üzeri doğum yapanlar %5 olduğu belirtilmişken, Başer'in araştırmasında bir ve iki doğum yapanların oranı %73.8 ve 5 ve üzeri doğum yapanların oranı %9.8 olarak verilmiş ve Saruhan'ın araştırmasında bir-iki doğum yapanların oranı %78.0 olarak belirlenmiştir. Coşkun'un araştırmasında 4 ve üzeri gebelik oranı %3.2 dir. Bizim çalışmamızda tüm gebelerde 4 ve üzeri gebelik oranı %1.96 dır (6,7,8,16).

TNSA-98 bulgularına göre; Türkiye'de halen evli kadınların canlı doğan çocuk sayısı ortalaması 2.76 dır (26).

Doğurganlık hızlarında eğitim düzeyine ve bölgelere göre farklılıklar bulunmaktadır. Hem kadınların geçmişteki doğurganlık deneyimleri (40-49 yaş grubundaki kadınların ortalama canlı doğum sayısı) hem de şimdiki doğurganlık

düzeyi (toplam doğurganlık hızı) açısından farklılıklar söz konusudur. Ülkemizin doğurganlıktaki farklılıklarına bakıldığında bölgelerin üçe ayrılabilceği görülmektedir. Doğu Anadolu Bölgesi dörtten fazla çocuk (4.2) ile en yüksek doğurganlığa sahip olan bölgedir. Kuzey, Orta ve Güney Anadolu Bölgelerinde doğurganlık daha düşük olup toplam doğurganlık hızı 3 çocuğun altındadır. En düşük hız, 2.0 ile Batı Anadolu Bölgesinde görülmektedir. Türkiye’de kaba doğum hızı binde 23.4 iken kırsal yörelerde binde 24.7 ve kentsel yörelerde binde 22.8 dir. Doğu Anadolu Bölgesi’nde yeralan Elazığ ili için KDH binde 11.41 dir (SB.bağlı kurumlar için). Bu oran Türkiye ortalamasının yarısından daha düşüktür. Doğum sayısı ortalaması Doğu Anadolu Bölgesi için 4.2 iken bizim çalışmamızda deney grubu için  $0.90 \pm 1.04$  ve kontrol grubu için  $0.86 \pm 0.83$  olarak belirlenmiştir(26,54).

Günümüzdeki doğurganlık düzeyi gibi geçmiş doğurganlık deneyimleri de eğitim düzeyine göre önemli farklılıklar göstermektedir. Eğitimsiz kadınlar ile karşılaştırıldığında, en az ortaokulu bitirmiş kadınların hem toplam doğurganlık hızları, hem de canlı doğan çocuk sayılarında yarıdan fazla bir düşme görülmektedir (26).

Bizim çalışmamızda okur-yazar olmayan gebelerin deney grubu için %16.3 olduğu, kontrol grubunda ise %21.7 olduğu düşünülürse doğurganlık sayılarında bunların da etkili olabileceği görülmektedir.

Deney grubundaki gebeler de bir tane yaşayan çocuğu olanların oranı %45.45 ve kontrol grubunda ise % 67.86’dır. Araştırma kapsamına alınanların % 54.90’ı bir doğum yapmış ve yaşayan bir çocuk sahibi olanların oranı ise %58.00 olarak bulunmuştur(Tablo 2). Ortalama yaşayan çocuk sayısı deney grubunda  $0.83 \pm 0.94$ , kontrol grubunda  $0.82 \pm 0.79$  olarak saptanmıştır.

Bilgiç’in araştırmasında bir yaşayan çocuk oranı deney grubunda %58.3 iken kontrol grubunda %41.7 olduğu, birden fazla yaşayan çocuklar deney grubunda %41.7 iken kontrol grubunda %58.3 olduğu ifade edilmiştir. Bizim çalışmamızda iki çocuk ve üzeri deney grubunda %54.55, kontrol grubunda ise %32.14 dür. Bu sonuçlar bizim sonuçlarımızla paralellik göstermektedir (8).

TNSA-93 verilerine göre yaşayan çocuk sayısı 2.7 iken 98 verilerine göre halen evli kadınların yaşayan çocuk ortalama toplamı 2.49 dur(26).

Ölü doğum yapan kadınların oranı ve sayıları incelendiğinde; tüm gebelerde %2.25 ve bir ve üzeri ise %2.25 olarak bulunmuştur(Tablo 3). Ölü doğum yapanların oranı Mete'nin araştırmasında %14.9 iken, Beycan'ın çalışmasında %2 olarak saptanmıştır. Demir'in araştırmasında ise ölü doğum yapan kadınların oranı %6.67 olarak bulunmuştur. TNSA-98 de evlenmiş kadınların doğurgan oldukları dönem boyunca %5 oranında ölü doğum yapmış olduğu ifade edilmekte ve her 100 gebelikten sadece ikisini ölü doğumla sonuçlandığı belirtilmektedir (7,26,36).

Bizim çalışmamızın sonuçları TNSA ve Beycan'ın çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.Mete ve Demir'in sonuçlarından düşüktür. Bunlara rağmen ölü doğum oranının düşük olması Ana-Çocuk Sağlığı (AÇS) ve Aile Planlaması (AP) çalışmalarının etkinliğine ve temel sağlık hizmetlerine verilen önemin artmasına bağlanabilir. Ancak, araştırmada risk puanı yüksek gebelerin çalışmaya alınmamış olması ölü doğum oranının düşük bulunmasına neden olabilir.

Gebelerin düşük durumları ve düşük sayıları Tablo 4'de gösterilmiştir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin %85.39'u hiç düşük yapmadığını, %14.61'inin düşük yaptıkları, %84.62'sinin en az bir kez düşük yapmış oldukları saptanmıştır. Bu düşüklerden isteyerek bir tane düşük yapanların oranı %75.00, kendiliğinden en az bir düşük yapanların ki ise %88.89 olarak bulunmuştur(Tablo 4). Düşük ortalaması deney grubu için  $0.13 \pm 0.41$ , kontrol grubu için  $0.21 \pm 0.55$  olarak saptanmıştır. Beycan'ın araştırmasında düşük yapmayanların oranı %61.1 iken, %38.9'u en az bir kez düşük yaptıklarını belirtmişlerdir. Düşüklerin %44.4'ü isteyerek, %55.6'sı ise kendiliğinden gerçekleştiği saptanmıştır. Saruhan'ın çalışmasında kadınların %24.40 'ının en az bir düşük yaptıkları, Mete'nin araştırmasında daha önce düşük yapanların oranı %25 'olarak belirtilmiştir. İsteyerek düşüklerin 100 gebelikte 17.9 oranında olduğu belirtilmiştir.Başka bir çalışmada en az bir düşük yapanlar %16 dır (7,16,36,39).

Bizim sonuçlarımız diğer sonuçlara göre daha düşük bulunmuştur.

Kendiliğinden düşükler ve ölü doğumlar ana sağlığını değerlendirmede önemli göstergelerdir. İsteyerek düşüklerde aile planlaması hizmetleri bakımından ayrıca özel bir önem taşır. Kadınların dörtte birinden daha azı kendiliğinden düşük yaptıklarını belirtmişlerdir. İsteyerek düşük yaptıklarını belirten kadınların oranı bu orandan biraz

daha fazla iken, evlenmiş kadınların %27'sinin isteyerek düşük yapmış oldukları görülmektedir. İsteyerek düşük yapmış kadınların yaklaşık yarısı sadece bir kez isteyerek düşük yaptıklarını belirtmişlerdir. Her 100 gebelikten 15'i isteyerek olmak üzere toplam 23'ü düşükle sonuçlanmıştır. TNSA-93 ve TNSA-98 arasındaki 5 yıllık dönem boyunca isteyerek düşük oranlarının 18 düşükten 15'e indiği görülmektedir. İsteyerek yapılan düşük nedenleri olarak Batı bölgelerinde en fazla daha fazla çocuk istememeyi gösterirlerken, Doğu bölgelerinde en fazla oranda sağlık nedenleriyle isteyerek düşük yaptıklarını belirtmişlerdir. Ülke çapında yapılan araştırmaların sonuçlarına göre, isteyerek düşük yapan kadınların oranı giderek artmaktadır (7,26).

#### 4.1.3. GEBELERİN BİR ÖNCEKİ GEBELİK VE DOĞUMLARINA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ

Gebelerin bir önceki doğum aralığına göre dağılımı incelendiğinde; bir önceki doğum aralığı 24 aydan kısa olanlar %52.81 iken, 25 ay ve üzeri olanlar ise % 47.19 olarak saptanmıştır. Doğum aralıkları ortalaması deney grubu için  $2.37 \pm 2.96$  iken kontrol grubunda  $2.41 \pm 2.64$  yıl olarak tespit edilmiştir (Tablo 5). Kısa doğum aralıklarının bebek sağlığı için zararlı olduğunu gösteren çok sayıda araştırma yapılmıştır. Özellikle doğum aralığı iki yıldan kısa aralıklarla doğan bebekler için daha büyük tehlike söz konusu olduğu ifade edilmektedir. Mete'nin Elazığ'da yaptığı araştırmada gebelikler arası iki yıldan az olanların oranı %18.4 dür. Beycan'ın çalışmasında mültipar kadınların %40.7'sinin gebelik aralığının 25 ay ve daha fazla olduğu, ortalaması ise  $30.44 \pm 25.90$  ay olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada doğum aralığı 12 aydan düşük olanların oranı %33.2 olarak belirtilmiştir. Saruhan'ın araştırmasında 12 aydan daha kısa aralıklarla gebelik oranı %15.60, 25 aydan uzun olanların %30.0 iken, Ulufer'in sonuçlarında 12 aydan kısa olanlar %26.67 dir. Coşkun'un araştırmasında doğum aralığı iki yıldan az olanlar %27.83 ve iki yıldan fazla olanlar %72.17 bulunmuştur(7,16,26,36).

TNSA-98'e göre bir önceki doğumundan sonraki 24 ay içinde gerçekleşen doğumlar %26.2 ve en düşük oranda riskli doğum aralığı Batı Anadolu Bölgesi'nde

gözlenirken (%18), en yüksek oran (%36) Doğu Anadolu Bölgesinde gözlenmiştir (26).

Gebelik aralığının iki yıldan kısa olması anne ve bebeklerde hastalık ve ölüm hızlarını arttırmaktadır. Aynı araştırmaya göre bebek ölüm hızı, gebelik aralığı iki yıldan kısa olanlarda binde 113.4 iken, dört yıldan fazla olanlarda binde 35.4'e düştüğü ifade edilmektedir (52).

Çok ve sık doğumla ilişkili olarak pre-eklampsi, kanama, anemi, enfeksiyon, zor ve uzun doğum eylemi gibi komplikasyonlara sık rastlanmakta, doğumlar arası süre azaldıkça spontan düşük, ölü doğum, prematüre doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu ve bebek ölümlerinde artış gözlenmektedir. Bir önceki gebelikle bu gebelik arasındaki süre 6 aydan kısa ise risk +++, 6-12 ayda risk ++, 13-24 ayda risk +, 24 aydan uzun ise risk yoktur (1,52).

Gebeler arasında bir önceki doğumlarında bebeklerini emzirenlerin oranı %96.08 dir. Bu oran deney grubunda %95.65, kontrol grubunda %96.43 dür(Tablo 6). Emzirilme oranı Erdoğan'ın çalışmasında %85-95 arasında olduğu belirtilmiştir. TNSA-98 sonuçlarına göre de emzirme Türkiye'de oldukça yaygındır ve tüm çocukların %95'i bir süre emzirilmiştir(24,26).

Emziren annelerin emzirmeye başlama süresi; en yüksek oranda (%40.82) ile 1.5-3 saat sonradır. Hemen sonra (ilk 30 dk.) emzirmeye başlama oranı deney grubunda %4.55, kontrol grubunda %11.11 dir. Tüm gebelerde ise %8.16 iken yedi saat ve üzerinde emzirmeye başladığını söyleyenlerin oranı da deney grubunda %31.81, kontrol grubunda %37.04 olduğu saptanmıştır(Tablo 6). Bu sonuçlar ise küçümsenmeyecek orandadır.

Dinç'in çalışmasında annelerin doğumdan sonra ilk emzirmeye başlama zamanı, emzirenlerin %17.7'si için 0-1 sa. iken, %21'i için 2-3 saat içindedir. Annelerin doğumdan sonra ortalama beş saat içinde bebeklerini emzirdikleri saptanmıştır. Erdoğan'ın çalışmasında ilk dört saat içinde emzirmeye başlama oranı %52.3 olarak belirtilmiştir. Taşkın ve ark. araştırmasında doğumdan sonra ilk 45 dk. içinde bebeklerini emzirenlerin oranı %20 ve ilk emzirmeye başlama zamanı ise %24.2 oranında 0-1 saat içinde olduğu ifade edilmiştir(22,24,51).



Bizim çalışmamızda, doğumdan hemen sonra emzirilme oranı düşüktür. Ancak, yaklaşık 1.5-3 sa. sonra emzirilmeye başlanması literatürle benzerlik göstermektedir.

Tüm çocukların emzirilmeye başlama zamanı ile ilgili bilgiler, ülkemizde anne sütü ile beslenmeye başlamanın oldukça geç olduğunu göstermektedir. Emzirilen çocukların sadece yarısı doğumdan sonraki bir saat içinde emzirilmeye başlandığı şeklinde ifade edilmiştir. Bu sonuç TNSA-93 sonucu ile karşılaştırıldığında TNSA-98'de doğumdan itibaren ilk bir saat ve bir günde emzirilmeye başlanan çocuk yüzdelerinde önemli bir artış olduğu, bu artışın tüm bölgelerde ve eğitim gruplarında olduğu görülmüştür. 93 yılında sadece çocukların beşte biri doğumdan sonraki bir saat içinde emzirilmeye başlanmışken, TNSA-98 sonuçlarına göre, doğan çocukların yarıdan fazlası ilk bir saat içinde emzirilmiştir. Ayrıca, doğumdan sonraki bir gün içerisinde emzirilmeye başlanan çocuk yüzdesi 93 yılında %76'dan 98 yılında %85'e yükselmiştir. Doğumdan sonraki bir saat içinde emzirilmeye başlanan çocukların yüzdesi Kuzey Anadolu Bölgesi'nde en yüksek (%56) ve Doğu Anadolu Bölgesi'nde en düşüktür (%45) (26).

Doğumdan sonraki ilk bir gün içinde emzirilen çocukların yüzdesi bölge ve eğitime göre önemli farklılıklar göstermektedir. Annelerin genellikle daha düşük eğitim seviyeli olduğu ve doğumların çoğunlukla sağlık personelinden yardım almaksızın gerçekleştiği Doğu Anadolu Bölgesinde tüm çocukların %22'si doğumdan sonraki ilk gün içerisinde emzirilmemiştir. Ayrıca, doğum sonrası üç-beş ezan beklenmesi gibi bazı geleneksel uygulamalar emzirmeye geç başlanmasına neden olmaktadır (26,53).

#### **4.1.4. GEBELERİN ŞİMDİKİ GEBELİK VE DOĞUMLARINA İLİŞKİN BULGULARININ İNCELENMESİ**

Çalışmamızda tüm gebelerin gebelik haftaları incelendiğinde; %19.10'u 38 haftalık ve en yüksek oranda %40.45 ile 40 haftalıkta doğum yaptıkları belirlenmiştir (Tablo 7). 37 haftadan küçük gebelik haftaları ve 42 haftalıktan büyük gebelik haftaları çalışmaya alınmamıştır. Gebelik haftası ortalaması, deney grubu için  $39.16 \pm 1.15$ , kontrol grubu için  $39.76 \pm 0.99$  haftadır. Coşkun'un araştırmasında 38-40 gebelik haftası %75.9 olarak bulunmuştur(16).

Gebelerin şimdiki gebeliklerini isteme durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; gebeliği isteme oranı deney grubunda %79.07, kontrol grubunda %71.74 olarak belirlenmiştir (Tablo 8).

Beycan'ın İzmir'de yaptığı araştırmada gebeliğini isteme oranı %69.5 iken, Saruhan'ın araştırmasında gebeliği isteme oranı %71.8 ve Bilgiç'in çalışmasında ise gebeliğin planlı olması durumu deney grubunda %77.8, kontrol grubunda %75 ile bizim çalışmamıza paralellik göstermektedir(7,8).

Doğurganlığın fazla olması, istenmeyen gebeliklerin artmasına bu da anne sağlığı için riskli olan düşüklerin yaygınlaşmasına yol açmaktadır. İstenmeyen gebeliklerin oluşması durumunda, kadınlar ya istemedikleri halde bu çocuğu doğurmakta ya da düşüğe başvurmaktadır. Her 100 canlı doğumdan 37'si istenmeyen ya da planlanmayan gebelikler sonucu olduğu belirtilmiştir(7).

Gebeliğin planlanması, anne-bebek yaklaşmasını etkileyen etmenlerdendir. Annenin bebeğini algılamasında ve anne-bebek ilişkisinin gelişmesinde gebeliğin isteme durumunun etkili olduğu belirtilmektedir. İstenen gebelik ve istenen bebek, doğum sonu annenin bebeği ile iletişiminin kolaylaşmasına, bebeğin çabuk kabullenilmesine neden olmaktadır (3,20).

Araştırmaya katılan gebelerin bu gebeliklerinde problem görülme durumu ve problemlerin türlerine göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 9); gebelerin %85.39'unda problem görüldüğü, bu problemlerin ise her iki grup geneline bakıldığında %48.47'sinde sindirim sistemine ait bulantı-kusma, konstipasyon, mide yanması, %14.62'sinde ödem, varisler ve tansiyon değişiklikleri (hipotansiyon, hipertansiyon), %19.23'ünde genital sisteme ait; vaginal akıntıda artma, kontraksiyonlar görüldüğü, daha az oranlarda ise sırt ağrısı, kramplar, sık idrara çıkma ve idrar yolları enfeksiyonları, burun tıkanıklığı, nefes darlığı ve grip gibi problemleri olduklarını belirtmişlerdir.

Başer'in çalışmasında kadınların %51.8'inin gebelikleri süresince sağlık sorunu olduğu belirtilmiştir. Bu sağlık sorunları incelendiğinde; bulantı-kusma %55.3, mide yanması %18.8, kanama %10.6, genito-üriner enfeksiyon %9.4 ve erken doğum tehditinin %5.9 olduğu tespit edilmiştir. Coşkun'un araştırmasında gebeliğinde sorun olanların oranı %26.8 dir. Bu oran bizim sonuçlarımızdan daha düşüktür (6,16).

Gebelik döneminde en sık görülen rahatsızlıklar içerisinde sık idrara çıkma, genito-üriner sistem enfeksiyonları, mide yanması ve gaz yakınması, bulantı-kusma, konstipasyon, hipertansiyon, hemoroid ve ödem görüldüğü belirtilmektedir (6,16,15,52).

Gebelikte görülen problemlerin belirlenmesi ve çözümünde doğum öncesi izlemler ve bakım, gebenin eğitimi önemli yer tuttuğu ve bu tür problemlere gebeliğin erken dönemlerinde çözüm bulunamadığında veya kontrol altına alınamadığında gebeliğin ilerleyen dönemlerinde ve doğum eyleminde risklere neden olduğu belirtilmektedir(15,52).

Gebelerin gebeliklerinde ilaç kullanma durumları ve kullandıkları ilaç türleri incelendiğinde; gebelerin %80.90'ı gebeliğinde ilaç kullandıklarını ifade etmişlerdir. Kullanılan ilaçların türlerinin ise %33.34 ile demir, %34.07 oranında vitamin preparatı, %8.89'u antiemetik, ve daha az oranlarda kalsiyum, pre-par ve antibiyotik olduğu belirlenmiştir (Tablo 10). Coşkun ve Tekin'in araştırmasında gebeliğinde vitamin kullananlar (düzenli veya düzensiz) oranı %58.4, demir kullananların ise %56.4 dür. Başka bir çalışmada ise demir preparatı kullananların oranı %72.5, vitamin kullanma oranı ise %53.2 bulunmuştur Saruhan'ın araştırmasında, gebelik süresince demir preparatı kullananların oranı %86.36 ve vitamin kullanma oranı %49.08 dir(7,16).

Bu sonuçlar bizim sonuçlarımızdan daha yüksek bulunmuştur. Bu tür ilaçların bizim çalışmamızda kullanım oranlarının düşük olması gebelerin ,demir ve vitaminlerin anne ve fetus sağlığı açısından önemini bilmemelerinden, doğum öncesi kontrollerini düzenli yaptırmamalarından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca, demir ve vitaminlerin alınmasının yanında düzenli kullanımı ve ilaçları kullanmaya başlama zamanı da önemlidir.

Yenidoğan bebeklerin cinsiyetleri incelendiğinde; %47.19'unun kız, %52.81'inin erkek olduğu görülmektedir. Deney grubunda %55.81'i kız iken kontrol grubunun %60.87'si erkek çocuk olduğu tespit edilmiştir (Tablo 11). Beycan'ın ve Saruhan'ın sonuçlarına paralellik göstermektedir. Bilgiç'in çalışmasında ise deney grubunda %58.3 ile kız, kontrol grubunda ise her iki cinsiyet eşit orandadır(7,8).

Doğan bebeklerin apgar puanları; deney grubunda %60.47'si dokuz, kontrol grubunda ise en yüksek %43.48 ile sekiz puandır. Bilgiç'in araştırmasında deney grubunun yarıya yakını (%44.5) 9-10, kontrol grubunun %44.6'sının 7-8 olduğu belirtilmiştir. Apgar puanı yükseldikçe bebeklerin emme hareketlerinde artış olduğu saptanmıştır (8).

Çalışmaya alınan ve gebelik risk puanı altı ve altında olan deney grubundaki gebelerin %60.47'si 4-6 arası, kontrol grubundakilerin ise %63.04'ünün 0-3 arası risk puanına sahip oldukları belirlenmiştir. Tüm gebelerde risk puanları 0-3 arasında olanlar %51.69 olarak saptanmıştır (Tablo 12). Riskli gebelik durumlarında doğum eyleminde riskli durumlar ortaya çıkmakta ve bu anneye, yenidoğana müdahale edilmesine neden olmaktadır.

Gebelerin doğum süreleri (gebelerin doğum servisine gelmesinden, bebeğin doğmasına kadar geçen süre); deney grubu gebelerde  $21955.81 \pm 21467.48$  sn. ( $365.93 \pm 357.79$  dk. =  $6.09 \pm 5.96$  sa.), kontrol grubunda ise  $14863.04 \pm 15105.85$  sn. ( $247.71 \pm 251.76$  dk. =  $4.12 \pm 4.19$  sa.) olarak tespit edilmiştir (Tablo 13). Bu durum, gebelerin doğum eyleminin aktif fazında hastaneye müracaat ettiklerini göstermektedir. Doğum yaptıktan sonra da 4-6 saat sonra hastaneden taburcu olmaktadır. Gebelerin hastanede kalış süresi yaklaşık 10 saat olmakta ve geçen bu süre içinde annenin doğum eylemi, doğum sonu bakım ve bebek bakımı konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Plasenta ayrılma süresi ortalaması deney grubunda  $443.12 \pm 193.24$  sn. ( $7.38 \pm 3.22$  dk.), kontrol grubunda  $450.11 \pm 225.99$  sn. ( $7.50 \pm 3.76$  dk.) olarak saptanmıştır (Tablo 13).

Plasenta ayrılma süresi ortalamaları doğum sonu erken emzirenler ve emzirmeyenler arasındaki fark  $\alpha = 0.05$  önem düzeyinde anlamlı bulunmamıştır (t:0.16, SD:87 ve  $p > 0.05$ ).

Bilgiç'in çalışmasında plasenta doğma süresi, deney grubunda 5-10 dk. arasında doğanlar %58.3, 11-20 dk.'da doğma oranı %41.7 iken kontrol grubunda %41.7 ve %58.3 olarak belirtilmiştir. Gruplar arasında da anlamlılık bulunamamıştır (8).

Irons'un çalışmasında, meme ucu uyarımıyla syntometrin ile yapılan karşılaştırmalı çalışmada doğumun üçüncü evresinde meme ucu uyarımının, uterin

basıncıta anlamlı bir artış göstermesine neden olmuştur. Basıncıdaki artışı oksitosin salınımına bağlamışlardır. Plasenta ayrılma süresi meme ucu uyarımında ortalama 12.3 dk., syntometrinli grupta 10.0 dk. ayrıldığı belirtilmiştir (27).

1971'de Salzman, meme ucu uyarımını doğum eyleminde ve doğumun üçüncü evresinde kan kaybını azaltmada ve plasenta atılımını hızlandırmada kullanmışlardır (17).

Nissen'in ve Lilja'nın normal yenidoğanlarda yaptığı çalışmada plasenta ayrılma süre ortalaması 10.5 dk. olarak tespit etmişlerdir (37).

Stein ve Bardeguet, doğum yönetiminde meme uyarımını kullandıkları çalışmada, meme ucu uyarımı grubunda doğumun üçüncü evre süresini  $5\pm 4$  dk. ve oksitosinli grupta  $6\pm 5$  ve karşılaştırmalı grupta  $7\pm 6$  dk. bulunmuştur(45)..

Bizim çalışmamızda emziren grupla emzirmeyen grup arasında plasenta ayrılma süre ortalaması arasında fark bulunamamıştır. Bu sonuçlar, Stein'in sonuçlarına benzerdir. Ancak, diğer bulgularla paralellik göstermemektedir. Ancak, plasenta ayrılma süresinin 10 dk. kısa olması olumlu bir sonuç olarak düşünülebilir.

Plasentanın erken doğması, annenin doğum masasında ve doğum salonunda kalma süresinin azaltmasına, hem de sağlık personelinin anne ve bebeğe daha fazla zaman ayırmasına olanak sağlaması açısından önemlidir.

Bebeğin erken emzirmeye başlanmasının plasentanın çabuk ayrılmasına yardımcı olabileceği vurgulanmaktadır (8,48,55).

Bilgiç'in çalışmasında deney grubunda uterotonik ilaç kullanmayan annelerin yarıya yakınının plasentasının 5-10 dk. süre içinde doğması, erken emzirmenin plasentanın erken doğmasında etkili olduğunu ve süreyi kısalttığı belirtilmiştir. Elde edilen bu sonuçlara göre bebeğini doğumdan hemen sonra (ilk 3-5 dk. içinde )emziren annelerin diğer annelere göre plasenta doğma süreleri kısaldığı ifade edilmektedir. Kısalan plasenta doğma süresi anneye yapılacak olası müdahaleleri azaltacağı, enfeksiyon ve kanama gibi olumsuz durumların önlenmesine yardımcı olabileceği ifade edilmektedir(8,27).

Ancak, literatürde bebeğin doğumundan hemen sonra uygun ve doğru pozisyonda annenin göğsüne verilmesi ve annenin rahatlamış olması, sakin olması halinde süt salgılanma refleksinin en erken, emmenin 50-60 sn. sonra uyarıldığı ve

bebeğin masada en az iki-beş dk. emmesi durumunda da süt salınımının gerçekleştiği vurgulanmaktadır. Ayrıca, hala evde sağlık personeli yardımıyla veya sağlık personeli olmaksızın yapılan doğum oranlarının yüksek olması nedeniyle oksitosin bulunmadığı durumlarda emzirme kısa sürede plasentanın ayrılmasına yol açacak ve böylelikle kanamayı, enfeksiyonu ve bebekle geç teması önleyeceği, bundan dolayı da sağlık personelinin erken emzirme ve emzirme konusunda bilgilendirilmelerinin gerekli olduğu ortaya konulmaktadır (8,27).

Sağlık personelinin kendi işlemlerini yapmak için (epizyotomi –laserasyon tamiri, kayıt işlemleri v.b) bebekle anne temasını erteledikleri ve plasentaya erken müdahale ettikleri gözlenmiştir. Bu aceleci tutum gereksiz müdahalelere (plasenta parçalarının kalmasına, kavite kontrolüne, oksitosin uygulamasına v.b) neden olmaktadır. Bunun sonucunda da enfeksiyon, ağrı,hatta kanamalar gözlenmektedir. Erken dönemde bebeğin anneye temasının sağlanmasına çalışılması bu gereksiz işlemlerin en aza inmesine neden olabilecektir.

#### **4.1.5. GEBELERİN PLASENTA AYRILMA SÜRELERİNE ETKİ EDEN BAZI FAKTÖRLERE İLİŞKİN ÖZELLİKLERİN İNCELENMESİ**

Gebelerin yaş grupları ile plasenta ayrılma süre ortalamaları incelendiğinde; her iki grupta da  $\alpha=0.05$  önem düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (deney grubunda; F:0.2619,  $p>0.05$  ve kontrol grubunda; F:2.0152,  $p>0.05$ ) (Tablo 14).

Deney grubunda plasenta ayrılma süresi en kısa 35 yaş ve üzeri gebelerde, en uzun süre 20-24 yaş gruplarında tespit edilmişken, kontrol grubunda en kısa süre yine 35 yaş ve üzeri gebelerde, en uzun süre ise 15-19 yaş grubunda olduğu görülmektedir. 18 yaş ve altı gebelikler ve 35 yaş ve üzeri gebelikler riskli gebelik grubuna girmektedir. 15-19 yaş ve 20-24 yaş grubu gebelerin genellikle primipar olmaları veya gebelik sayılarının düşük olması nedeniyle plasenta ayrılma süreleri daha uzun olarak bulunmuştur. Ayrıca, bizim çalışmamızda 15-19 yaş grubu ve 35 yaş üzeri gebelerin oranı %12.36 dır. Bu da yüksek bir orandır.

Bizim çalışmamızda ileri yaş (35 yaş ve üzeri) gebelerde plasenta ayrılma süresi daha kısa bulunmuştur. Çünkü, yenilenemeyen endometrium dokusuna plasenta yerleşimi yeterli olmadığı düşünülmektedir.

Gebelerin gebelik sayılarıyla plasenta ayrılma süreleri ortalamaları karşılaştırıldığında; yapılan varyans analizine göre fark anlamsız bulunmuştur (Deney grubunda;  $F:0.7249$   $p>0.05$ , kontrol grubunda  $F:1.4867$ ,  $p>0.05$ ) (Tablo 15).

Deney grubunda plasenta ayrılma süresi en kısa üçüncü gebelikte, en uzun dördüncü gebelikte, kontrol grubunda ise en kısa altıncı gebelikte, en uzun ise ilk gebelikte olduğu görülmektedir.

Bizim çalışmamızda plasenta ayrılma süresi en uzun; deney grubunda dördüncü gebelikte ve kontrol grubunda ise birinci gebelikte olduğu görülmektedir. Dördüncü ve birinci gebelikler riskli gebelik grubuna girmektedir. Bu da riskli gebeliklerde plasenta atılma süresinin uzayabileceğini düşündürmektedir.

Kontrol grubunda altıncı gebeliği olan bir gebenin plasentasının en kısa sürede (ortalamanın yaklaşık yarısı kadar sürede) ayrılmış olduğu görülmektedir. Bu da gebelik sayısının artmasının endometrium dokusunda değişmelere neden olmasına ve plasentanın daha çabuk ayrılmasını sağladığı şeklinde ifade edilebilir.

Doğum sayılarına göre plasenta ayrılma süresi ortalaması incelendiğinde; deney grubunda (emzirenlerde) en kısa üç doğum, en uzun süre ise iki doğum yapan gebelerde olduğu tespit edilmiştir. Kontrol grubunda ise en uzun süreyi hiç doğum yapmamış, en kısa süre ise üç doğumu olan gebelerde olduğu ve bu gebenin üç doğum yapmış olmasına karşın altıncı gebeliği olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda doğum sayısı arttıkça plasenta ayrılma süresinin kısaldığı görülmektedir (Tablo 16)..

Doğum sayılarının plasenta ayrılma süre ortalamasına etkisini belirlemek için yapılan varyans analizinde deney grubunda anlamlı sonuç bulunamamışken, kontrol grubunda istatistiksel açıdan anlamlı sonuç bulunmuştur. Kontrol grubu (emzirmeyen) için yapılan ileri analizde LSD testi ile fark, hiç doğum yapmamış ile bir ve iki doğum yapmış olanlarda olduğu tespit edilmiştir.

Bizim çalışmamızda, kontrol grubunda doğum sayısı arttıkça plasenta ayrılma süresinin kısaldığı görülmektedir.

Gebelerin risk puanlarına göre plasenta ayrılma süre ortalamaları incelendiğinde; deney grubunda, en kısa sürede dört risk puana sahip gebelerde, en uzun süre ise 5 risk puanlı gebelerde olduğu; kontrol grubunda ise en kısa, hiç riski olmayan bir gebede, en uzun süre ise bir risk puanlı gebelerde saptanmıştır (Tablo 17).

Yapılan varyans analizinde anlamlılık bulunamamıştır. Ancak, araştırma kapsamını risk puanları düşük (6 ve altı puan) gebelerin oluşturması sonucu etkilemiş olabileceği düşünülebilir.

Plasentanın ayrılmasına etki edebileceği düşünülen gebelerin yaş, gebelik sayıları, doğum sayıları ve gebelik risk puanlarına göre yapılmış çalışmalara rastlanamamıştır.



## 4.2. SONUÇLAR

Doğumdan hemen sonra bebeğin emzirilmesiyle artan oksitosinin uterus kontraksiyonları yoluyla plasenta atılma sürecine olan etkisini ortaya koymak, plasentanın ayrılmasını etkilediği düşünülen bazı faktörlerle ilişkilerini belirlemek ve gebelerin sosyo-demografik özellikleri ile doğurganlık özelliklerini belirlemek amacıyla deneysel olarak yapılmış ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırma bulgularına göre; gebelerin %70.79'u gebelik için en uygun yaş olan 20-30 yaşları arasında oldukları, %12.36'sı riskli gruba giren 19 yaş ve altında ve 35 yaş ve üzerinde oldukları belirlenmiştir. Gebelerin yaş ortalaması deney grubunda  $25.44 \pm 4.96$ , kontrol grubunda  $25.36 \pm 4.80$  dir.

Deney grubundaki gebelerde okuma yazma oranı %83.72, kontrol grubunda ise %78.26 dır. Ve gebelerin tümü ev hanımıdır.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin %38.20'sinin ilk gebeliği ve %11.24'ünün dört ve üzeri gebeliğe sahip oldukları belirlenmiştir. Gebelerin %54.90'ı bir tane doğum yaptıkları ve %58.00'inin bir tane yaşayan çocukları olduğu saptanmıştır.

	<u>Deney Grubu</u>	<u>Kontrol Grubu</u>
Gebelerin gebelik sayısı ort.	$2.02 \pm 1.16$	$2.10 \pm 1.15$
“ doğum sayısı ort.	$0.90 \pm 1.04$	$0.86 \pm 0.83$
“ yaşayan çocuk sayı ort.	$0.83 \pm 0.94$	$0.82 \pm 0.79$

Gebelerin % 97.75'inin ölü doğum yapmadığı, %2.25'inin de ölü doğum yaptığı; deney grubunda olan gebelerin %4.65'inin bir ve üzerinde ölü doğum yaptıklarını belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin %85.39'u düşük yapmadıklarını; %14.61'i ise düşük yaptıklarını belirlenmiştir. Düşük yapanların %84.62'sinin bir tane düşükleri olduğu ve tüm gebelerin %75'i isteyerek bir tane düşükleri olduğu saptanmıştır.

Gebelerin bir önceki doğum aralığı 24 aydan kısa olanlar %52.81, 25 ay ve üzeri olanlar ise %47.19 oranındadır. Doğum aralığı ortalaması deney grubunda  $2.37 \pm 2.96$  yıl ( $28.44 \pm 35.52$  ay), kontrol grubunda  $2.41 \pm 2.64$  yıl ( $28.92 \pm 31.68$  ay)dir.

Gebeler arasında bir önceki doğumlarında bebeklerini emzirenlerin oranı %96.08'dir. Bebeklerini emziren annelerin %40.82'si emzirmeye 1.5-3 sa. sonra başladıklarını, %8.16'sının da doğumdan hemen sonra emzirmeye başladıklarını ifade etmişlerdir.

Çalışmamızda araştırmaya katılan tüm gebelerin %40.45'inin 40. gebelik haftasında oldukları saptanmıştır. Gebelik haftası ortalaması deney grubunda  $39.16 \pm 0.99$  olarak belirlenmiştir.

Gebelerin %75.28'inin şimdiki gebeliğini istediğini, %24.72'si ise gebeliğini istemediklerini saptanmıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin, %85.39'unun şimdiki gebeliğinde problemi olduğunu, bu problemlerin her iki grup için %48.47'si sindirim sist.ait bulantı-kusma, konstipasyon, mide yanması; %14.62'si dolaşım sist. ilişkin ödem, varis ve tansiyon değişiklikleri; %19.23'ü ise vaginal akıntıda artma, kontraksiyon gibi problemleri olduğu belirlenmiştir.

Gebelerin; %80.90'ı gebeliğinde ilaç kullandığını ve ilaçların %33.34'ünü demir, %34.07'sini vitamin ve %8.89'unu antiemetiklerin oluşturduğu tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan bebeklerin %47.19'unun kız, %52.81'inin erkek olduğu; %49.44'ünün apgar puanının dokuz olduğu belirlenmiştir.

Çalışma yapılan gebelerin %51.69'unun gebelik risk puanlarının 0-3 arasında, %48.31'inin de 4-6 arasında olduğu tespit edilmiştir.

Doğum yapan gebelerin doğum süre ortalaması deney grubunda  $6.09 \pm 5.96$  sa., kontrol grubunda ise  $4.12 \pm 4.19$  sa. olduğu saptanmıştır. Plasenta ayrılma süreleri ise deney grubunda  $7.38 \pm 3.22$  dk., kontrol grubunda  $7.50 \pm 3.76$  dk. olarak belirlenmiştir. İki grup plasenta ayrılma süre ortalamaları arasındaki fark  $\alpha=0.05$  önem düzeyinde anlamlı bulunmamıştır.

Plasenta ayrılma süresine etki edebileceği düşünülen; yaş grupları, gebelik ve doğum sayısı, gebelik risk puanlarının sonuçlarına bakıldığında; gebelerin yaş gruplarına göre plasenta ayrılma süresi ortalamalarını karşılaştırmak için yapılan varyans analizi sonucu anlamlı bulunmamıştır. Ve plasenta ayrılma süresi en kısa; deney grubunda(387.00sn.) ve kontrol grubunda (273.00 sn.)35 yaş ve üzerinde olan

gebelerde tespit edilmiştir. En uzun süre ise; deney grubunda (474.50 sn.)20-24 yaş, kontrol grubunda( 563.00 sn.) 15-19 yaş gruplarında saptanmıştır.

Doğum yapan gebelerin gebelik sayısının plasenta ayrılma süresine etkisini incelemek için yapılan varyans analizi sonucunun anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Ancak, deney grubunda üçüncü gebelikte(386.57 sn.), kontrol grubunda ise altıncı gebelikte(248.00 sn.) plasentanın en kısa sürede ayrıldığı belirlenmiştir. En uzun sürenin ise deney grubunda dördüncü gebelikte(587.75 sn.), kontrol grubunda ise ilk gebelikte (551.50 sn) olduğu bulunmuştur.

Araştırmaya katılan deney grubundaki annelerin doğum sayılarının plasenta ayrılma süre ortalamasına etkisi incelendiğinde; yapılan analiz sonucunda farklılık saptanmamıştır. En kısa süre üç doğum(349.50 sn.) olan gebelerde, en uzun süre ise iki doğum(484.22 sn.) olan gebelerde tespit edilmiştir. Doğum sayısına göre plasenta ayrılma süresini belirleyen varyans analizi sonucu kontrol grubunda anlamlı bulunmuştur. İleri analizde farklılığın hiç doğum yapmamış ile bir-iki doğum yapmış olanlar arasında olduğu belirlenmiştir. Doğum sayısı arttıkça plasenta ayrılma süresinin kısaldığı görülmektedir.

Gebelerin; gebelik risk puanlarına göre plasenta ayrılma süresi arasında istatistiksel açıdan anlamlılık bulunmamıştır. Plasenta ayrılma süresi, deney grubunda dört risk puanlı(380.42 sn.), kontrol grubunda sıfır risk puanlı gebelerde(274.00 sn.) en kısa sürede olduğu; deney grubunda beş risk puanlı(721.33 sn.), kontrol grubunda bir risk puanlı(547.54 sn.) gebelerde en uzun sürede ayrıldığı belirlenmiştir.

## 4.2.1 ÖNERİLER

Bu çalışmada erken dönemde bebeğin emzirilmesinin, gebelerin yaş gruplarının, gebelik sayılarının, doğum sayılarının ve gebelik risk puanlarının plasenta ayrılma süresine etkisinde anlamlılık bulunmamış olmasına rağmen; erken dönemde bebeğin anneye temasının laktasyona, uterus involüsyonuna ve anne- bebek etkileşimine etkisi olduğu literatürde belirtilmektedir. Araştırma ile elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıda belirtilen öneriler geliştirilmiştir. Buna göre;

### ■ Ebe/hemşirelere;

---Erken dönemde bebeği emzirmenin önemini, örgün eğitimde ve mezuniyet sonrası hizmetiçi eğitim ile kavratılması,

--- Doğum eyleminde anneleri erken emzirmeye teşvik etmelerinin sağlanması,

### ■ Gebelere antenatal takiplerde;

--- Emzirmeye hazırlamada meme bakımının öneminin anlatılması ve kavratılması,

--- Erken dönemde emzirmenin öneminin anlatılması ve benimsetilmesi,

■ Tüm sağlık kuruluşlarında emzirme ve erken dönemde emzirmenin öneminin üzerinde durulması ve emzirme ile ilgili uygulamalarda gerekli özeninin gösterilmesi,

■ Tüm doğum eylemlerinde ve tüm gebelerde plasenta ayrılma sürelerinin belirlenmesine ve plasenta ayrılma sürelerine etki eden etmenlerin belirlenmesine yönelik çalışmaların yapılması,

■ Emzirme sırasında salınan oksitosin düzeylerini ve uterin basıncı belirleyen araştırmaların yapılması önerilebilir.

## ÖZET

Bu araştırma, doğumdan hemen sonra bebeğin emzirilmesiyle artan oksitosinin uterus kontraksiyonları yoluyla plasentanın ayrılma süresine etkisini ortaya koymak amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

Araştırma, SSK Elazığ Hastanesi Doğum Kliniği'nde 12 Temmuz-15 Eylül 1999 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini bu tarihler arasında kliniğe doğum için gelen tüm gebeler, örnekleme ise yine bu tarihler arasında doğum yapan 89 gebe (43 deney grubu, 46 kontrol grubu) ve yenidoğan bebekleri oluşturmuştur.

Araştırma verilerini toplamak amacıyla araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak anket formu hazırlanmıştır. Ayrıca, araştırma kapsamına giren gebeleri belirlemek için "prenatal risk indikatör" formu da kullanılmıştır.

Deney grubundaki gebelere çalışmanın önemi anlatılıp, sözel izinleri alınmıştır. Bu grubun bebekleri doğduktan sonra kuru beze sarılıp, apgar puanı değerlendirildikten ve aspire edildikten sonra (1-2 dk.) anne memesine verilmiştir. Bebeğin, memenin areola tabakası ile birlikte meme ucu tutturulmaya çalışılmıştır. Plasentanın ayrılmasına kadar bebekler anne memesinde tutularak emzirtilmeye uğraşmıştır. Bu arada plasenta ayrılma belirtileri gözlenerek, plasenta ayrılma süresi kayıt edilmiştir. Kontrol grubunda ise bebeğin doğumundan sonra yenidoğana ve anneye rutin işlemler yapılmıştır. Bebekler anneye verilmemiş, yalnızca plasenta ayrılma süresi kayıt edilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesinde değişkenlerin yüzdellikleri ve ortalamaları, plasenta ayrılma süre ortalamalarını karşılaştırmak için " t testi ", plasenta ayrılma süresi ile bazı değişkenler arasında " tek yönlü varyans analizi " ve ileri analiz için LSD testi kullanılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre, gebelerin yaş ortalaması; deney grubunda  $25.44 \pm 4.9$ , kontrol grubunda  $25.36 \pm 4.8$ , gebelik sayı ortalaması; deney grubunda  $2.02 \pm 1.6$ , kontrol grubunda  $2.10 \pm 1.15$ , doğum sayıları ortalaması ise sırasıyla  $0.90 \pm 1.04$  ve  $0.86 \pm 0.83$  olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan gebelerin %96.08'i bir önceki doğumlarında bebeklerini emzirdikleri, %8.16'sı ise doğumdan hemen sonra emzirmeye başladıkları belirlenmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin plasenta ayrılma süreleri arasında fark anlamsız bulunmuştur. Plasenta ayrılma süre ortalaması deney grubunda  $7.38 \pm 3.22$  dk. ve kontrol grubunda  $7.50 \pm 3.76$  dk. olarak bulunmuştur.

Gebelerin;

	<u>Deney Grubu</u>	<u>Kontrol Grubu</u>
Yaş grupları	F(4,38)=0.2619 p>0.05	F(4,41)=2.0152 p>0.05
Gebelik sayılarına	F(4,38)=0.7249 p>0.05	F(5,40)=1.4875 p>0.05
Gebelik risk puanlarına	F(5,37)=1.5065 p>0.05	F(6,39)=0.8304 p>0.05

ile plasenta ayrılma süre ortalamaları arasında yapılan istatistiksel analizde fark anlamlı bulunamamıştır.

Deney grubu gebelerin, plasenta ayrılma süresi en kısa 35 yaş ve üzeri gebelerde (387.00 sn.), üçüncü gebeliği olanlarda (386.57 sn.) ve üç doğum yapmış olanlarda (349.50 sn.) saptanmıştır.

Kontrol grubunda ise en kısa plasenta ayrılma süresi 35 yaş ve üzeri gebelerde (273.00 sn.), altıncı gebeliği olanlarda (248.00 sn.) belirlenmiştir.

En uzun plasenta ayrılma süresi, deney grubunda 20-24 yaş grubunda (474.50 sn.), dördüncü gebeliği olanlarda (587.75 sn.) ve kontrol grubunda ise 15-19 yaş grubunda (563.00 sn.), ilk gebeliği olanlarda (551.50 sn.) saptanmıştır.

Doğum sayılarına göre ise deney grubunda (F(4,38)=0.2584, p>0.05) fark anlamsız bulunmuşken, kontrol grubunda (F(3,42)=3.4669, p<0.05) anlamlı bulunmuştur. Fark, hiç doğum yapmamış ile bir- iki doğum yapmış olanlar arasında bulunmuştur.

## SUMMARY

This research was made experimentally to determinate that oksitosin which rises after immediately breast-feeding of the baby, has an effect on the expulsion-time of placenta by way of uterus contractions.

The research was made between 12 July- 15 September 1999 at SSK Elazığ Hospital. The universe of this study constitutes of all pregnant women who came for birth to the clinic between these dates. The sample groups are the 89 pregnant women (43 experiment, 46 control) who had birth again between these dates and their new born babies.

In order to collect the research data, by making use of the literature, the researcher prepared a questionnaire form. Moreover, to determine the pregnant women who are included in this research, the “ pre-natal link indicator” form was used also.

To the pregnant women who are in the experiment group, the importance of this study was explained, and their verbal permission was taken. The babies of this group, immediately after birth, were wrapped up in dry clothes, their apgar point evaluations were made, and after they were aspirated, they were given breast- feeding (for 1-2 minutes). Until the expulsion of the placenta the babies were held at the mother’s breast and tried to make them suck. During this action sign of expulsion of placenta were observed and time was recorded. At control group after the birth of the baby the general procedures were made for both mother and baby. The babies were not given to the mothers, only the expulsion- time of placenta was recorded.

By evaluating the data the percentage of the variants, and their average; for compairing the expulsion-time of placenta “T-Test”; between “ One Way Variance Analysis” and for advanced analysis LSD Test were used.

According to the research results it was found that; the age average of the pregnant women in the experiment group is  $25.44 \pm 4.9$ , and control group it is  $25.36 \pm 4.8$ ; the average pregnancy number in the experiment group is  $2.02 \pm 1.6$ , in the control group it is  $2.10 \pm 1.15$ ; the gravide average is with order  $0.90 \pm 1.04$  and  $0.86 \pm 0.83$ .

After, %96.08 pregnant women who participate in this study, pointed out that they breast-fed their babies in their previous birth; %8.16 pointed out that they began to breast-feed immediately after birth.

Expulsion-time of the placenta differences between the experiment and control group were not found significantly.. The expulsion-time placenta average was found out  $7.38 \pm 3.22$  minutes at the experiment group and  $7.50 \pm 3.76$  at the control group.

Pregnant women's;

	<u>Experiment Group</u>	<u>Control Group</u>
Age groups	F(4,38)=0.2619 p>0.05	F (4,41)=2.0152 p>0.05
Number of pregnancy	F(4,38)=0.7249 p>0.05	F(5,40)=1.4875 p>0.05
Pregnancy link scoring	F(5,37)=1.5065 p>0.05	F(6,39)=0.8304 p>0.05

According to the statistical analysis; pregnant women's age groups, number of pregnancy and pregnancy link scoring were not effect expulsion- time of placenta.

The pregnant women's expulsion-time of placenta the experiment group are determined as follow; the shortest was at pregnant women of age 35 age and above (387.00 sec.), at the third pregnancies (386.57 sec.) and at the third birthes (349.50 sec.).The shortest expulsion-time of placenta at the contro group was 273.00 sec. At the women of 35 age and above, at the pregnant who had their sixth pregnancy the expulsion-time was recorded as 248.00 sec.

The longest expulsion-time of placenta was found; at the experiment group in the 20-24 age group (474.50 sec.) and the ones who had their fourth pregnancy (587.75 sec.) and at the control group it was the 15-19 age group (563.00 sec.)and the first pregnant women (551.50 sec.).

According to the gravide the difference at the experiment group (F(4,38)=0.2584, p>0.05) was not found significantly, but the difference at the control group (F(3,42)=3.4669, p<0.05)was found significantly. The difference was found between the women who hadn't given one- two birthts.

According to these results of the research; the importance of early breast-feeding should be taught to nurses/midwives at their education and at in-service educations; explaining to pregnant women breast care and the importance of breast-



feeding at antenatal following; and making new works with more larger groups about this subject are the suggestions that can be made.



## KAYNAKLAR

- 1- Akın, A., “Ana Sağlığı Ve Aile Planlaması”, Halk Sağlığı (Temel Bilgiler), Edit: Bertan M., Güler, Ç., Güneş Kitabevi Ltd. Şti., Ankara, 1995.
- 2- Artan, F., Anne Sütünün Geliş Zamanını Etkileyen Perinatal Faktörler, Anne Sütünün Büyüme- Gelişme Ve Enfeksiyondan Korumadaki Etkisi, Doktora Tezi, A.Ü. Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı A. B. D., Antalya, 1989.
- 3- Balcı, S., Savaşer, S., “Annelerin bebeklerini algılama durumu”, IV. Ulusal Hemşirelik Kongresi, GATA Hemş. Y.O., Ankara, Mayıs, 1998.
- 4- Bahçecik, N., Alpar, Ş.E., “Aile- Bebek bağı”, Hemşirelik Bülteni, Cilt:10, Sayı:39, 1998, 59-64.
- 5- Balkan, G.E., T.C. Sağlık Bakanlığı Dünyada Ve Türkiye’de Sağlık Ve Çevre Açısından Nüfus Sorunu, Ankara, 1994.
- 6- Başer, M., Taşçı, S., Bayat, M., Öztürk, Y., “Doğum yapan kadınların doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası sağlık bakımı alma durumlarının değerlendirilmesi “, V. Ulusal Hemşirelik Kongresi, İzmir, 1997, Sy: 113-124.
- 7- Beycan, C., Hastanede Miadında Canlı Doğum Yapan Kadınların Bebek Doğum Ağırlığı İle Plasenta Ağırlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, E. Ü. Sağ. Bil. Enst., Hemşirelik Programı, İzmir, 1998.
- 8- Bilgiç, D., Erken Emzirmenin Anne Bebek Arasındaki İletişime Ve Plasentanın Doğma Süresine Olan Etkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Sivas, 1998.
- 9- Birol, L., Hemşirelik Süreci, 3. Baskı, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., İzmir, 1997, sy.156-164.
- 10- Bosch, C.A., Bullough, C.H. W.,”Effect of early suckling on term neonates’ care body temperature”, Annals Of Tropical Paediatrics, 10, 1990, 347-353.
- 11- Brown, S.G., Johnson, B.T., “Enhacing early discharge with home follow up; A pilot project”, JOGNN, Jan-Feb., Vol:27, Number:1, 1998, 33-38.
- 12- Bullough, C.H.W., Msuku, R.S., Karonde, L.,”Early suckling and postpartum haemorrhage: Controlled trial in deliveries by traditional birth attendants”, The Lancet, September 2, 1989, 522-525.

- 13- Carpenito, L.,J., Hemşirelik Tanıları El Kitabı, 7. Baskı, Çeviri Edit:Erdemir, F., Lippincott, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., 1999, sy. 149-162.
- 14- Coşkun, A., Ekizler H., İnanç, N. ve diğ. Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Edit:Coşkun, A., İstanbul, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, No:11, 1996, sy.12-16, 84, 107-109, 119-126.
- 15- Coşkun, A., Karanisaoğlu, H., Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Edit: Seçim, H., Eskişehir, T.C. A.Ü. Yayınları, No:566, A.Ö.F. Yayınları, No:264, 1992.
- 16- Coşkun, A., Tekin, N.,” Doğum sayısı, gebelik yaşı ve aralığının Ana ve Çocuk Sağlığına olan etkisi “, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi, İzmir, 1990, Sy: 717-725.
- 17- Curtis, P., Resnick, J.,Evens, S., “Prepartum and intrapartum breast stimulation in obstetrics, A Review”, The Journal Of Reproductive Medicine, Volume:31, Number 4/April, 1986, 228-230.
- 18- Çalışma Bakanlığı Elazığ SSK. Hastanesi 1998 Doğum Kayıtları.
- 19- Çavuşoğlu, H., Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Cilt:2, Çağın Basın Yayın San. Ve Tic., Ankara,1996, sy.46-56.
- 20- Çimete, G., “Doğum sonrası erken dönemde anne-bebek yakınlaşması”, Türk Hemşireler Dergisi, Cilt:42, Sayı:1, 1992, 7-8.
- 21- Damania, K.K., Natu, U., Mhatre, P.N. et al. “Evaluation of two methods employed for cervical ripening”, J. Postgrad.Med.,38 (2),1992, 58-59.
- 22- Dinç, A.,A., Normal Doğum Yapan Kadınlarda Laktasyonun Başlaması Ve Devam Ettirilmesinde Etkili Olan Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enst., Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemş. A.B.D., 1995.
- 23- Erci, B., “Evde doğum yapan annelerin sağlık ocaklarının doğum hizmetlerinden beklentileri”, E.Ü.H.Y.O. Dergisi, Cilt:9, Sayı:2, 1993, 43-50.
- 24- Erdoğan, S.,”İstanbul’un değişik bölgelerinde emzirme süresi, emzirmeyi engelleyen ve destekleyen faktörler ve ek besin seçimine ilişkin bir çalışma”, III. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Sivas, 1992, 344-350.
- 25- Guyton, A.C., Hall, J. E.,Tıbbi Fizyoloji, 9. Edisyon, Edit:Çavuşoğlu, H., W.B. Saunders, Nobel Tıp Kitabevleri, 1996, sy. 1033-1055.

- 26- H.Ü.N.E.E., Macro Intenational Inc., Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması, 1998, Ankara, 1999, sy.35-43, 69-77, 123-132.
- 27- Irons, D.,W., Sriskandabalan, P., Bullough, C.H.,A., "Simple alternative to parenteral oxytocics for the third stage of labor", Int. J. Gynecol. Obstet. 46, 1994, 15-18.
- 28- İnanç, N., Hatipoğlu, S., Sağlıklı Toplumlar İçin Sağlıklı Aile, Ankara, 1995, sy.17-20.
- 29- İ.Ü.,UNICEF, The Basics Of Maternal And Child Health, Barok Offset, 1994, sy. 100-126, 146-158.
- 30- Karasar, N., Bilimsel Araştırma Yöntemi, 7. Basım, Ankara, 1995.
- 31- Karasar, N., Araştırmalarda Rapor Hazırlama, 8. Basım, 3A Araştırma Eğitim Danışmanlık Ltd. Ankara, 1995.
- 32- Kayalı, H., İnsan Embriyolojisi, 1977, sy.31-54.
- 33- Kızılkaya, N., "Annelerin erken lohusalık dönemindeki ilgilerinin belirlenmesi", Perinatoloji Dergisi, Cilt:4, Sayı:4, Aralık 1994, 245-248.
- 34- Lowdermilk, D.L., Perry, J.E., Bobak, I.M., Maternity&Women's Health Care, Sixth Edition, Mosby Inc., 1997, sy. 396-436.
- 35- Martin, L.L., Reeder, S.J.,"High-Risk Pregnancy", Essentials Of Maternity Nursing, Family-Centered Care, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1991, sy. 582-607.
- 36- Mete, S.,K., "Kadınların doğum öncesi bakım almama nedenleri", III. Ulusal Hemş., Kongresi, Sivas, 1992, Sy:509-516.
- 37- Nissen, E.,Lilja, G., Widström, A., et al. "Elevation of oxytocin levels early postpartum in women", Acta Obstet., Gynecol Scand., 74, 1995, 530-533.
- 38- Noyan, A., Yaşamda Ve Hekimlikte Fizyoloji, 8. Baskı, Meteksan A.Şti, 1993, sy. 1116-1151.
- 39- Özbaşaran, F., "Üreme sağlığı, üreme hakları, üreme sağlığı sorunları ve 4. Dünya Kadın Konferansı doğrultusunda öneriler", Hemşirelik Forumu, Cilt:2, Sayı:6, Aralık 1999, 300-304.
- 40- Özdağ, N., "Emzirmenin ve meme ucu stimülasyonunun postpartum uterus aktivitesi üzerine etkileri", Hemşire Dergisi, Cilt:46, Sayı:4, 1996.

- 41- Özsoy, S.A., Anne Sütü Ve Emzirme Danışmanlığı, Saray Kitabevleri, İzmir, 1997.
- 42- Scott, J. R., Disara, P. J., Hammond, C. B., Spellacy, W. N., Danforth's Obstetrics And Gynecology, 7. Edition, Çeviri Edit:Erez, S., J.B. Lippincott Company- Yüce Yayın A.Ş. 1994, sy. 49-65, 163-173.
- 43- Segal, S.,Gemer, O., Zohav, E. Etal "Evaluation of breast stimulation for induction of labor in women with a prior cesarean section and in grandmultiparas", Acta Obstet. Gynecol Scand. 74, 1995, 40-41.
- 44- Soğukpınar, N.,"Ebe Ve Hemşirelik Fonksiyonu Olarak Leopold Manevralarının Fetal Malpresentasyonları Tanılamadaki Etkinliğinin Araştırılması, Yayınlanmamış Proje, E.Ü.R. Araştırma Fonu, Proje No:Hem/005-96, İzmir, 1998.
- 45- Stein, J.L., Bardeguet, A.D., Verma, U.L., et al. "Nipple stimulation for labor augmentation", The Journal Of Reproductive Medicine, Vol:35, Number 7/ July,1990, 710-714.
- 46- Sümbüloğlu, K., Sümbüloğlu, V., Biyoistatistik, 3. Baskı, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 1990, sy.48-66, 75-84.
- 47- Şirin, A., Demir. Ü., Saruhan, A. ve ark. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ders Notları, E.Ü. H.Y.O., İzmir, 1997, sy. 67-74, 159-195, 221-228.
- 48- Şirin, A., " Emzirmenin Anne Sağlığı açısından önemi", E.Ü.H.Y.O. Dergisi, Cilt:6, Sayı:2, 1990, 35-39.
- 49-Şirin, A., " Anne sütü ile beslenme ", E.Ü.H.Y.O. Dergisi, Cilt:5, Sayı:2, 1989, 41-45.
- 50- Takak, G.,V., Akan, N., "Annelerin doğum sonu dönemde ev ortamında kendi bakımları ve bebek bakımıyla ilgili karşılaştıkları sorunlar ve bu sorunlara yönelik uygulamalar", H.Ü., H.Y.O. Dergisi, Cilt:2, Sayı:1, Ocak-Haziran 1995, 37-49.
- 51- Taşkın, L., Akan, N., ve ark., "6-12 aylık bebeğini olan annelerin emzirmeye ilişkin yaptıkları uygulamaların belirlenmesi", III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, C.Ü. H.Y.O. Sivas, 1992, 600-604.
- 52- Taşkın, L., Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş III. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 1998.
- 53- T.C. Elazığ Valiliği, Elazığ' 98 İl Yıllığı.

- 54- T.C. S.B. Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü, İstatistik Bölümü, 1998.
- 55- T.C.S.B. ve UNICEF, Emzirme.
- 56- T.C.S.B. Ana Çocuk Sağlığı Ve A.Pl. Genel Müdürlüğü, Çocuk Sağlığı Programları Kitabı, Yenilenmiş 7. Baskı, Ankara, 1998, sy. 2-4.
- 57- Wingeier, R., Griggs, R.,”Management of retained placenta using intraumbilical oxytocin injection”, Journal Of Nurse-Midwifery, Vol.36, No. 4, July/August, 1991, 240-244.
- 58- WHO/UNICEF 1990’lı Yıllarda Bebeklerin Anne Sütüyle Beslenmesi.



## EKLER

### EK I:

### ERKEN DEVREDE BEBEĞİN EMZİRİLMESİNİN PLASENTA AYRILMA SÜRESİNE ETKİSİNİ BELİRLEMeye YÖNELİK ANKET FORMU

#### **BÖLÜM I: GEBENİN SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ:**

1- Kaç yaşındasınız?.....

- 15-19                      30-34                      45 ve üzeri  
20-24                      35 -39  
25-29                      40-44

2- Öğrenim durumunuz?

- Okur-yazar değil                      İlkokul                      Lise  
Okur-yazar                      Ortaokul                      Üniversite

3-Ne iş yapıyorsunuz?

- E vHanımı                      İşçi                      Serbest çalışıyor                      (  
Diğer

#### **BL. II- GEBENİN DOĞURGANLIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLERİ:**

4- Kaçınıcı gebeliğiniz?

- ilk                      2.                      3.                      4.                      5.                      6. ve üzeri

5- Kaç doğum yaptınız?

- 1                      2                      3                      4                      5 ve üzeri

6-Yaşayan kaç çocuğunuz var?

- Hiç yok                      1                      2                      3                      4                      5 ve üzeri

7- Ölü doğum yaptınız mı?

- Evet ise diğer soruya geçiniz.  
Hayır ise 9. Soruya geçiniz.

8- Kaç tane?

- 1                      2                      3 ve üzeri

9-Düşük yaptınız mı?

( )Evet ise diğer soruya geçiniz.

( )Hayır ise 11. Soruya geçiniz.

10- Kaç tane?

( )1 ( )2 ( )3 ve üzeri

11- Kendiliğinden kaç düşük yaptınız?

( )Hiç yok ( )1 ( )2 ( )3 ve üzeri

12- İsteyerek kaç düşük yaptınız?

( )Hiç yok ( )1 ( )2 ( )3 ve üzeri

### **BL.III- ŞİMDİKİ VE DAHA ÖNCEKİ DOĞUMLARIYLA İLGİLİ**

#### **ÖZELLİKLER:**

13- Son Adet Tarihiniz:.....TDT:

14- Gebelik Hafatası:.....

15- İsteyerek mi gebe kaldınız? ( )Evet ( )Hayır

16- Gebeliğinizde probleminiz oldu mu?

( )Evet ise diğer soruya geçiniz.

( )Hayır ise 18. soruya geçiniz.

17- Ne tür problem oldu?.....

18- Gebeliğinizde ilaç kullandınız mı?

( )Evet ise diğer soruya geçiniz.

( )Hayır ise 20. soruya geçiniz.

19-Ne tür ilaç kullandınız?.....

20- Bir önceki doğumunuzu yapalı kaç yıl oldu?.....

21-Daha önceki doğumlarınızda bebeğinizi emzirdiniz mi?

( )Evet ise diğer soruya geçiniz.

( )Hayır

22- Ne kadar süre sonra emzirdiniz?

( )Hemen sonra (ilk 30 dk.) ( )4-6 sa. sonra

( )1.5-3 sa.sonra ( )7 sa. sonra



**SİMDİKİ DOĞUMUNA İLİŞKİN BİLGİLER:**

- 1- Doğum süresi:.....
- 2- Plasenta ayrılma süresi:.....
- 3- Doğan bebeğin apgar puanı:.....
- 4- Bebeğin cinsiyeti: Kız Erkek
- 5- Gebelerin toplam risk puanı:.....



**EK II:****PRENATAL RİSK İNDİKATÖR FORMU****Risk Skoru****Risk İndikatörü****Sosyodemografik faktörler**

2.....Maternal Yaş: 15 yaş altı, 35 yaş ve üzeri

1.....Parite: Nullipar,

2.....Grandmultipar

1.....Etnik köken: Beyaz olmamak

1.....Evlilik Durumu: Yalnız yaşamak

1.....Ekonomik Durum: Toplum yardımına ihtiyacı olmak.

2.....Prenatal Bakım: İlk ziyaretin 27. Gebelik haftasından sonra yapılması ya ya 5'ten az ziyaret.

**Obstetrik Faktörler**

1.....İnfertilite Faktörü: 2 yıldan az,

2.....2 yıldan fazla

1.....Daha önceden abortus öyküsü: 1 tane olması

2.....2 ya da daha fazla olması,

**Prematür ya da DDA (Düşük doğum ağırlıklı) bebek:**

1.....Anamnezde 1 tane olması,

2.....Anamnezde 2 ya da daha fazla olması,

7.....Bu gebeliğinde olması,

**Önceden makrozomik bir bebeğin doğmuş olması (4 kg. ya da**

üzeri)

1.....1 tane olması,

2.....2 ya da daha fazla olması,

5.....Daha önceden perinatal dönemde bir fetüs kaybı

7.....2 ya da daha fazla,

7.....Bu gebeliğinin 42. Haftayı geçmesi (Sürmatür),

- 5.....Daha önceden sezeryan ile doğum yapmış olmak,  
 1.....Daha önceden konjenital anomalili bir bebeğe sahip olmak,  
 7.....Servikal yetmezlik,  
 5.....Uterusta anomali,  
 2.....Pelvisin kontrakte olması,  
 1.....Anamnezde anormal presentasyon,  
 7.....Bu gebeliğinde anormal presentasyon,  
 7.....Rh uyuşmazlığı (indirekt bilirubin testi pozitif),  
 7.....Polihidroamniyos,  
 1.....Anamnezde hafif derecede preeklampsi,  
 3.....Bu gebeliğinde hafif derecede preeklampsi,  
 2.....Anamnezinde çoğul gebelik,  
 7.....Bu gebeliğinde çoğul gebelik,

### **Çeşitli Faktörler**

#### **Beslenme**

- 1.....Gebelikten önceki kilosunun %20 ya da daha fazlası oranında kilo almak,  
 5.....Aşırı obesite,  
 2.....Gebelikten önceki kilosunun %10 ya da daha fazla altında kilo almak,  
 3.....Kötü beslenme,  
 5.....Yetersiz kilo alımı (4500 gr. Altında),  
 3.....Aşırı kilo alımı (17.900 gr. Üzerinde),  
 1.....Günde bir paket ya da üzerinde sigara içmek,  
 1.....Anamnezinde alkol ya da ilaç kullanmak,  
 2.....Bu gebeliğinde alkol ya da ilaç kullanmak,

#### **Tıbbi faktörler**

- 1.....Anemi (8-10 gr.),

- 2.....Anemi (8 gr.'in altında)  
 2.....Orak hücreli anemi,  
 7.....Orak hücre hastalığı,  
 2.....Hipertansiyon- orta şiddette,  
 7.....Hipertansiyon- şiddetli,  
 7.....Anamnezinde kalp hastalığı,  
 7.....Bu gebeliğinde kalp yetmezliği,  
 3.....Gestasyonel diabet,  
 1.....Aşikar diabet,  
 1.....Anamnezinde troid hastalığı,  
 7.....Bu gebeliğinde troid hastalığı,

#### **Veneral Hastalıklar**

- 1.....Anamnezinde gonore ya da sfiliz  
 5.....Bu gebeliğinde gonore ya da sfiliz  
 3.....Servikal neoplazi,  
 1.....Anamnezinde ateşsiz idrar yolu enfeksiyonu,  
 3.....Bu gebeliğinde ateşsiz İ.Y.E.,  
 2.....Anamnezinde ateşle seyreden İ.Y.E.,  
 5.....Bu gebeliğinde ateşle seyreden İ.Y.e.,

#### **Psikiyatrik ya da Nörolojik Problem**

- 1.....Anamnezinde  
 1.....Bu gebeliğinde,

#### **Diğer Tıbbi Durumlar (Akc. Hast. Şiddetli İnfluenza)**

- 1.....Anamnezinde  
 5.....Bu gebeliğinde,

**Toplam Puan: Total Risk Skoru:** Bir gebe için 7 ya da üzerinde ise bu gebe yüksek riskli olarak kabul edilir. Ancak, bu risk indikatörüne göre riskli olarak kabul edilmeyen gebelerin prenatal takibi ebe-hemşireler tarafında yapılabilir.

EK III:

ELAZIĞ HASTANESİ BAŞTABIPLİĞİ  
B.13.1.SSK.4.23.02.00/62 Personel Servisi

Hafize ÖZTÜRK  
(Öğretim Görevlisi)

03.07.2000\* 22382

İLGİLİ MAKAMA

F.Ü.' Sağlık Yükseokulu'nuzda Öğretim Görevlisi olarak görev yapan Hafize ÖZTÜRK 15.06.1999 ile 15.09.1999 tarihleri arasında Hastanemiz Doğum Servisinde Tez Çalışmasını yürütmek için staj yapmıştır. Bilgilerinize,

Arz ve rica ederiz.

Zeynel GÜLBAĞ  
Hastane Müdürü

Op.Dr.Nevzat AÇIK  
Baştabib

## ÖZGEÇMİŞ

İlkokul ve ortaokul öğrenimini Amasya/Taşova'nın Alpaslan Kasabası'nda tamamladı. 1983-87 yılları arasında SSK. Ankara Sağlık Meslek Lisesi'nde okudu. Mezun olduktan sonra bir yıl SSK. Samsun Hastanesi'nde hemşire olarak çalıştı. 1988-92 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'na devam etti ve aynı zamanda SSK Etlik Doğumevi'nde çalıştı. Üniversiteden mezun olduktan sonra üç yıl süre ile SSK. Malatya Sağlık Meslek Lisesi'nde Meslek Dersleri öğretmenliği yaptı. 1994 yılında Ege Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D. yüksek lisansa başladı. Eylül/1995 tarihinden itibaren Fırat Üniversitesi'nde önce Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda , sonrada Sağlık Yüksekokulu'nda öğretim görevlisi olarak çalışmaya başladı ve halen aynı görevde bulunmaktadır.

T.C. YEREL YETKİLİLERİN İZİNİ ALINILMIŞTIR  
MOKULUN KONTROLÜNE ALINILMIŞTIR