



**DOĞUM EYLEMİNDE ANNEYE UYGULANAN
OKSİTOSİNİN YENİDOĞAN APGAR SKORU
VE EMME BAŞARISINA ETKİSİ**

Zehra Demet ÜST

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Duygu ARIKAN

Yüksek Lisans Tezi-2016

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DOĞUM EYLEMİNDE ANNEYE UYGULANAN
OKSİTOSİNİN YENİDOĞAN APGAR SKORU VE EMME
BAŞARISINA ETKİSİ**

Zehra Demet ÜST

**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Duygu ARIKAN**

**ERZURUM
2016**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**DOĞUM EYLEMİNDE ANNEYE UYGULANAN
OKSİTOSİNİN YENİDOĞAN APGAR SKORU VE EMME
BAŞARISINA ETKİSİ**

Zehra Demet ÜST

Tez Savunma Tarihi :20.05.2016

Tez Danışmanı :Prof. Dr. Duygu ARIKAN (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi :Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi :Yrd. Doç. Dr. Gamze YILMAZ (Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi)

ONAY

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM
Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM-2016

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
ŞEKİLLER DİZİNİ	VI
TABLolar DİZİNİ	VII
1. GİRİŞ	8
2. GENEL BİLGİLER	11
2.1. Doğum Eyleminin Fizyolojisi.....	11
2.2. Doğum Eylemini Başlatan Faktörler	12
2.3. Doğum Eyleminde İndüksiyon Uygulanması.....	14
2.4. Servikal Açılma ve Doğum İndüksiyonunda Kullanılan Yöntemler.....	16
2.4.1. Non-farmakolojik Yöntemler	16
2.4.2. Farmakolojik Yöntemler.....	17
2.5. Doğum İndüksiyonu Olarak Oksitosin	19
2.6. Oksitosinin Fetüs ve Yenidoğan Üzerine Etkisi	20
2.7. Doğum Sonu Yenidoğanın Değerlendirilmesi.....	20
2.7.1. APGAR Skoru	21
2.7.2. Fiziksel Değerlendirme.....	22
2.7.3. Laktasyonun Fizyolojisi.....	25
2.7.4. Emmenin Fizyolojisi.....	26
2.8. Emzirmenin Değerlendirilmesi.....	27
2.8.1. Emzirmenin Anne ve Bebek Açısından Yararları	28
2.9. Doğum Sonu Erken Dönemde Yenidoğan Bakımında Ebe/Hemşirenin Rolü	29
3. MATERYAL ve METOT	32

3.1. Araştırmanın Türü.....	32
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	32
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	32
3.4. Verilerin Toplanması	33
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	34
3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri	34
3.7. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları.....	35
4. BULGULAR.....	36
5. TARTIŞMA.....	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	45
KAYNAKLAR	47
EKLER	58
EK-I. ÖZGEÇMİŞ.....	58
EK-II. KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....	59
EK-III. APGAR SKORU DEĞERLENDİRME SKALASI	61
EK-IV. LATCH EMZİRME VE TANILAMA ÖLÇEĞİ.....	62
EK-V. ETİK KURUL ONAY FORMU	63
EK-VI. HASTANE İZİN YAZISI	64

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca insani ve akademik anlamda her zaman desteğini gördüğüm, beni sabır ve anlayışla karşılayan, üzerimde büyük emeği olan danışman hocam Sayın Prof. Dr. Duygu ARIKAN'a,

Beni her zaman destekleyen, engin tecrübelerinden faydalandığım ve aynı zamanda doktora tez danışmanım olan Sayın Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU'na, lisans eğitimimden başlayarak gelişimime katkı sağlayan, akademik ortama girmeme sebep olan, sıkıştığım her an pratik çözümleriyle yanımda olan hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Hava ÖZKAN'a, her zaman desteğini gördüğüm Yrd. Doç. Dr. Ayla ÇAPIK'a, her anımı benimle paylaşan dostlarıma,

Araştırmaya destek veren annelere, bana kazandırdıkları özelliklerle her zaman gurur duyduğum, var oluş sebebim, bugünlere gelmemdeki en büyük etken Sevgili Babam ve tüm ÜST ailesine,

En içten saygı ve şükranlarımı sunarım.

Arş. Gör. Dr. Zehra Demet ÜST

ÖZET

Doğum Eyleminde Anneye Uygulanan Oksitosinin Yenidoğan APGAR Skoru ve Emme Başarısına Etkisi

Amaç: Araştırma, doğum eyleminde anneye uygulanan oksitosinin yenidoğan APGAR skoru ve emme başarısına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırma Erzurum'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir kadın doğum hastanesinde Aralık 2013-Mayıs 2016 tarihleri arasında tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini belirtilen tarihler arasında hastaneye doğum yapmak amacıyla başvuran gebeler oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü 233 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırma 250 gebe ve yenidoğan ile yürütülmüştür. Veriler, Kişisel Bilgi Formu, APGAR Skoru Değerlendirme Skalası ve LATCH Emzirmeyi Tanılama ve Değerlendirme Aracı kullanılarak toplanmıştır. Doğum sonu 1. ve 5. dakikalarda APGAR Skoru, 30. dakika, 4. ve 24. saatte ise emme başarısı değerlendirilmiştir.

Bulgular: Doğum eyleminde gebelere oksitosin uygulama süresinin ortalama 172.76 ± 132.77 dakika olduğu, 1. dakikadaki APGAR skorunun 8.74 ± 0.62 , 5. dakikadaki APGAR skorunun ise 9.86 ± 0.37 olduğu saptanmıştır. LATCH Emzirmeyi Tanılama ve Değerlendirme Aracı puan ortalamalarının 30. dakikada 6.57 ± 1.80 , 4. saatte 7.61 ± 1.87 , 24. saatte ise 7.78 ± 1.81 olduğu belirlenmiştir. Oksitosin uygulama süresi ile 1. dakika APGAR skoru arasında negatif yönde önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Sonuç: Oksitosin uygulama süresi arttıkça 1. dakika APGAR skoru azalmakta, 5. dakika APGAR skoru ile 30. dakika, 4. ve 24. saatteki emme başarısı etkilenmemektedir.

Anahtar kelimeler: APGAR skoru, emme başarısı, oksitosin, yenidoğan.

ABSTRACT

The Effect of Oxytocin to Mother Administered in Labor on APGAR Score and Sucking Success of Newborn

Aim: The study was conducted in order to determine the effect of oxytocin to mother administered in labor on APGAR score and sucking success of newborn.

Material and Method: The study was conducted as descriptive and correlational in a maternity hospital affiliated with Ministry of Health in Erzurum between December 2013 and May 2016. The population of the study consisted of pregnant women applied to hospital in order to give birth between specified dates. Size of the sample required to be included in the study was calculated as 233 people. The study was conducted with 250 pregnant women and newborns. The data were collected by using Personal Information Form, Assessment Scale for APGAR Score, and LATCH Breastfeeding Diagnosis and Assessment Tool. After labor, APGAR Score was assessed at 1st and 5th minutes and sucking success was assessed at 30th minute, 4th and 24th hour.

Results: It was determined that period of administering oxytocin to pregnant women during labor was averagely 172.76 ± 132.77 years, APGAR Score at 1st minute was 8.74 ± 0.62 , and APGAR Score at 5th minute was 9.86 ± 0.37 . It was determined that LATCH Breastfeeding Diagnosis and Assessment Tool mean scores were 6.57 ± 1.80 at 30th minute, 7.61 ± 1.87 at 4th hour, and 7.78 ± 1.81 at 24th hour. A negative significant correlation was found between period of administering oxytocin and APGAR Score at 1st Minute ($p < 0.05$).

Conclusion: As the period of administering oxytocin increased, APGAR score at 1st minute decreased, APGAR Score at 5th Minute and sucking success at 30th Minute, 4th hour, and 24th hour was not affected.

Key Words: APGAR score, newborn, oxytocin, sucking success.

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sekil No

Sayfa No

Şekil 2.1. APGAR Skoru..... 21



TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	36
Tablo 4.2. Gebelerin Obstetrik ve Eyleme İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	37
Tablo 4.3. Yenidoğanların Bireysel Özelliklerine Göre Dağılımı	38
Tablo 4.4. Oksitosin Uygulama Süresi, APGAR Skoru ve LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeğinin Min-Max Puanları ve Puan Ortalamalarının Dağılımı	38
Tablo 4.5. Oksitosin Uygulama Süresi İle Yenidoğan APGAR Skoru ve Emme Başarısı Arasındaki İlişki	39

1. GİRİŞ

Yaşamın mucizesi olarak nitelendirilen doğum eylemi, servikal silinme ve dilatasyona neden olan ve giderek sıklaşarak şiddeti artan kontraksiyonlarla birlikte fetüs ve eklerinin uterus dışına atılması ile karakterize bir durumdur. Normal bir doğum eyleminde uterus kontraksiyonlarının kendiliğinden başlaması beklenir. Doğum eylemini başlatmak veya hızlandırmak amacıyla uterus kontraksiyonlarını uyarma girişimine doğum indüksiyonu denmektedir.¹⁻³ Doğum indüksiyonu oranları 1990-2004 yılları arasında %9.5'ten %22.1'e kadar bir artış göstermiştir. Bu oran indüksiyonun sadece fetal ya da maternal nedenlerle kullanılmadığını, aynı zamanda elektif indüksiyonun zamanla daha geniş bir kullanıma sahip olduğunu göstermektedir.⁴

Herhangi bir mekanik işlem (amniyotomi, vakum ekstraksiyon, forseps) veya farmakolojik/kimyasal ajanlar (oksitosin, prostaglandin, ergo türevleri) yardımı ile yapılabilen doğum indüksiyonunun sıklığı, bölgeye ve kuruma bağlı olarak değişiklik gösterir.^{5,6} Örneğin, Kanada'da indüksiyon oranı %21.8 iken, Kolombiya'da bu oran en yüksek %21.2'tür.^{7,8} Ülkemizde indüksiyon uygulama oranı ile ilgili net bilgiler bulunmazken, yapılan çalışmalar genellikle indüksiyon amacıyla kullanılan yöntemlerle ilgilidir.^{5,9-11} İndüksiyon uygulanmasında en geniş kullanıma sahip uterotonik ajan, oksitosindir. Oksitosin uygulama doğumun başlatılması veya uterus kontraksiyonlarının aktifleştirilmesi gerektiği durumlarda kullanılır. Oksitosin çok yaygın kullanılmasına karşı dikkatli olunmadığında, maternal (taşistol, uterin rüptür, servikal ve vajinal lacerasyonlar, postpartum kanama, plasenta dekolmanı, su intoksikasyonu vb.) ve fetal komplikasyonlara (anoksi, anormal kalp atımı, yenidoğan sarılığı vs.) neden olabilir.^{12,13}

Doğum eyleminde kontraksiyonlar esnasında normal olarak uterusu olan kan akımı engellenir fakat sağlıklı bir fetüs bu stresi kompanse edebilir. Eylemin oksitosinle desteklenmesi sonucunda, kontraksiyonların dinlenme tonüsü azalır, süre, şiddet ve

sıklığında ise artma olur. Bunun sonucunda fetal kalp hızında değişiklikler ortaya çıkabilir.^{1,14}

Anne ve bebeğin gebelik ve doğum sürecini minimal travmayla sağlıklı bir şekilde geçirmesini sağlamak, obstetrinin temel amacıdır. Gebelik, doğum ve doğum sonrasında oluşabilecek sağlık sorunlarında sağlık hizmetlerine erişilebilirlik, sağlık hizmetlerinden faydalanma, bu hizmetlerin kalitesi ve hizmet sunan sağlık kurumları arasında etkili sevk sisteminin bulunması anne ve yenidoğan ölümlerini önlemede önemlidir.¹⁵ Ortaya çıkabilecek herhangi bir komplikasyonu önlemek ve uygun bir girişimde bulunabilmek için anne ve bebeği bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmek gerekir.

Gebelik ve doğum esnasında kullanılan birtakım göstergeler ile yenidoğanın sağlık durumu değerlendirilebilir. Bunlar; annenin sağlık durumu, fetal (gestasyonel) yaş, travayın süresi, membranların rüptür zamanı, eylemde kullanılan ilaçların türü, zamanı, verilme şekli, doğum eyleminde karşılaşılan güçlüklerdir. Doğum sırasında kullanılacak bir diğer yararlı yöntem, resusitasyon ihtiyacını hızlı bir şekilde değerlendirmeye olanak sağlayan APGAR skorlama sistemidir.¹⁶

APGAR skoru değerlendirildikten sonra aktif ve sağlıklı olduğu tespit edilen yenidoğanın ilk bakımı yapıp, en kısa sürede (doğum sonu ilk 30 dakika) anne kucağına verilip emzirilmelidir.¹⁷ Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) her bebeğin doğumdan itibaren 6 aya kadar sadece anne sütüyle beslenmesini, 6. aydan itibaren ek besinlerle birlikte olmak koşuluyla 2 yaşına kadar anne sütüyle beslenmesine devam edilmesini önermektedir.¹⁸ Emzirmenin anne ile bebeğin sağlığı ve duygusal yakınlığı üzerine olumlu etkisi olan bir beslenme yöntemi olması, bebek için anne sütünün daima taze, steril ve sindirimi kolay bir besin olması ve bağışıklık sistemini güçlendirmesi özelliklerinden dolayı emzirmenin

değerlendirilmesi ebelik/ hemşirelik yaklaşımının önemli bir parçasını oluşturmaktadır.¹⁹⁻²⁵

Yapılan literatür taraması sonucunda doğum indüksiyonu, APGAR Skoru ve emzirme ile ilgili birbirinden bağımsız yapılmış yurtiçi ve yurtdışı pek çok araştırmaya rastlanılmış fakat aralarındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır.^{5,9-11,26-}

63

Bu araştırma, doğum eyleminde uygulanan oksitosinin, yenidoğan APGAR skoru ve emme başarısına etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Eyleminin Fizyolojisi

Kadınların fiziksel ve emosyonel durumunu etkileyen yaşam deneyimlerinden biri olan doğum eylemi; düzenli aralıklarla gelip giden, rahatsız edici-ağrılı uterus kasılmalarının servikste silinme ve dilatasyona neden olarak, fetüs ve eklerinin uterus dışına atıldığı fizyolojik bir süreçtir. Normal bir doğum eyleminin, termde (gebeliğin 37-42 haftaları arasında) olması, kendiliğinden başlaması, tek ve canlı bir fetüsün varlığı ile verteks pozisyonunda, baş-pelvis uyumsuzluğu olmadan, sağlıklı bir fetüs ve annenin varlığı ile gerçekleşmesi beklenmektedir.¹ Doğum eyleminin gerçekleşmesini sağlayan 5 faktör bulunmaktadır. Bunlar;^{1,64}

- ✓ Doğum kanalı (doğum yolu)
- ✓ Doğum objesi (fetüs)
- ✓ Doğumda etkili güçler
- ✓ Doğum pozisyonları
- ✓ Annenin fiziksel ve emosyonel durumu

Doğum Kanalı: Kemik pelvis ve yumuşak dokulardan oluşmaktadır. Kemik pelvis ve ölçüleri (pelvis girimi, pelvis boşluğu ve pelvis çıkımı), pelvisin tipi (jinekoid, android, andropoid veya platipelloid pelvis), serviksin silinme ve dilate olma özelliği ile vajinal kanal açıklığının esnekliği doğum eyleminin seyrini etkileyen faktörlerdendir.^{1,3,65}

Doğum objesi: Doğum eyleminde fetüsün en önemli kısmı başıdır. Fetal başın büyüklüğü, fetüsün geliş şekli (prezantasyon), duruşu (situs), durumu (positio) ve tavrı (habitus) doğum eylemine yön vermektedir.^{1,3,65}

Doğumda etkili güçler: Fetüsün doğum kanalından ilerlemesini sağlayan uterus kontraksiyonlarının sıklık, süre ve şiddeti ile annenin bebeği itmek için kullandığı

abdominal ve diyafragmatik kasların itici güçleri doğum eylemindeki etkili güçleri oluşturarak, eylemde aktif rol oynamaktadır.^{1,3,65}

Doğum pozisyonları: Doğum eyleminde seçilen pozisyon, anatomik ve fizyolojik olaylara etki ederek; yorgunluğu azaltır, rahatlığı sağlar, dolaşımı rahatlatır, ağrıya dayanıklılığı artırır ve fetal inişi kolaylaştırır.⁶⁴ Yürüme, ayakta durma, çömelme, diz çökme, Sim's ve el-diz pozisyonu gibi pozisyonlar alternatif doğum pozisyonları olarak kullanılmaktadır.⁶⁶

Annenin fiziksel ve emosyonel durumu: Doğum eylemi, özellikle primiparlar için gebelikte başlayıp, eylem sırasında en üst düzeye ulaşan beklenti ve kaygı duygularının yoğun olarak yaşandığı bir dönemdir. Annenin doğuma bedensel olarak hazır olması, önceki deneyimleri, eylem süresince aldığı destek ve duygusal durumu doğum eyleminin gidişatını etkileyen faktörlerdendir.^{1,3,65}

2.2. Doğum Eylemini Başlatan Faktörler

Travayın başlaması ile ilgili teoriler bulunmasına rağmen kesin sebep henüz tam olarak anlaşılamamıştır. Bugün için en çok kullanılan teori prostaglandin teorisidir.³

2.2.1. Prostaglandin Teorisi

Gebelikte prostaglandinler amniyon zarı ve desidüadan salgılanır. Travay sırasında prostaglandinin amniyon sıvısı içindeki miktarında artış olduğu saptanmıştır. Prostaglandin primatlar myometriyumu aşırı derecede uyarırlar ve kontraksiyonlara neden olurlar. Ayrıca serviksin dilatasyonu sırasında da prostaglandin sentezinin arttığı bilinmektedir.^{1,67} Aynı zamanda kortikotropin serbestleştirici hormonun (corticotropin releasing hormon- CRH) da gebelikte arttığı ve termde ise miktarında bir artış olduğu, bunun sonucunda prostaglandin salınımını sağladığı bildirilmektedir.

2.2.2. Oksitosin Teorisi

Hipofiz arka lobundan salgılanan oksitosin, termde bir uterusda myometrial

aktiviteyi sağlamada ve laktasyonda süt kanallarının kasılmasında rol oynamaktadır. Gebeliğin üçüncü trimesterinin sonuna kadar myometriyumdaki oksitosin reseptörleri düşük konsantrasyondadır. Gebelik ilerledikçe bu reseptörlerin konsantrasyonunda artış görülmekte ve bunun da uterusun endojen ve eksojen oksitosine cevabında önemli rol oynadığı düşünülmektedir.^{1,14,67,68}

Doğum sırasında oksitosin, desidua ve myometriyal dokulardan, myometriyal etkileyen prostaglandinlerin (PGE, PGF₂) ve araşidonik asidin yapımını artırmaktadır. Ayrıca oksitosin düşük miktarlarda amniyon hücrelerinde de yapılmaktadır.^{1,14,67,68}

2.2.3. Progesteron Eksikliği Teorisi

Gebelikte plasenta hormonlarından olan progesteronun uterus kontraksiyonlarını önlediği bilinmektedir. Progesteron seviyesinin gerilemesi, gerçek doğum eyleminin başlamasına neden olmaz ancak interleukin 1-beta prekürsörlerinin sentezini stimüle edebilmektedir. Progesteron aynı zamanda interleukin 1-beta ve fosfolipaz A₂'nin serbestleşmesini önlemekte ve estrogenin oksitosin reseptörleri üzerindeki uyarıcı etkisini bloke etmektedir. Böylece progesteron myometriyal kasların hareketsiz kalmasını sağlayarak doğum eylemi için hazırlanmasında rol oynamaktadır.^{14,65}

2.2.4. Estrojen Teorisi

Estrojen myometriyumun hücre sayısı ve büyüklüğünü artırır, Braxton Hicks kontraksiyonlarını uyarır, hücreler arasında bulunan birleşme alanlarının gelişmesini kolaylaştırır ve oksitosin reseptörlerini destekler. Bu nedenle estrojen düzeyi yüksek olduğu sürece, gebeliğin geç dönemlerine kadar oksitosin, myometrial kontraksiyonları stimüle etmede etkin değildir. Aynı zamanda estrojen prostaglandin biyosentezini teşvik ederken, fetal membranlardan progesteron sentezini baskılamaktadır.^{14,65}

2.2.5. Fetal Endokrin Kontrol Teorisi

Fetal adrenallerden salgılanıp plasenta üzerinde etkili olan kortizol düzeyinin

artması sonucunda progesteron yapımının azalıp, prostaglandin salınımının arttığı bilinmektedir. Stres durumlarında kortikosteroid salgısı artmakta ve prematüre doğum görülebilmektedir.^{14,65}

2.2.6. Uterusun Gerilme Teorisi

Vücutta aşırı gerilmiş bir organ kasılarak içindekini atmak ister. Doğumun başlaması ile ilgili eski teorilerden birisi de, uterus distansiyonunun irritabilite ve kontraktilite özelliğini artırmasıdır. Uterus irritabilitesinin artması sonucunda, oksitosin salınımının da arttığı düşünülmektedir. Çoğul gebelikler ve polihidroamniyoz durumlarında prematüre eylem görülmesi bu durumu desteklemektedir.^{14,65}

2.3. Doğum Eyleminde İndüksiyon Uygulanması

İndüksiyon, vajinal doğumu kolaylaştırmak için, uterus kontraksiyonlarının spontan olarak başlamadan önce mekanik ve farmakolojik ajanlar yardımı ile başlatılmasıdır. Vajinal doğumu kolaylaştırmak için eylem süresince uterus kontraksiyonlarını uyarma girişimi ise eylemin hızlandırılması (augmentation) olarak tanımlanmaktadır.^{14,69,70} Doğum eylemi bazı non-invaziv işlemler yapılmadan hızlandırılmamalıdır. Bunlar:^{69,70}

- ✓ Hastanın yeterince beslendiği ve sıvı aldığından emin olmak,
- ✓ Mesanenin boş olmasını sağlamak,
- ✓ Epinefrin düzeyinin yükselmesi uterus etkinliğini azaltacağından, anksiyeteyi önlemektir.

Doğum indüksiyonu, vajinal doğumun yararları anne ve/veya fetus açısından gebeliğin devamından daha avantajlı ise düşünülmelidir. Sezaryen doğum için endikasyon yoksa, vajinal doğum planlanıyorsa ve doğum eylemi spontan olarak başlamamış ise eylem indüksiyonu düşünülebilir.^{69,70}

Doğum indüksiyonu endikasyonları iki büyük ana başlık altında toplanabilir: obstetrik ve non-obstetrik (sosyal) endikasyonlar. Obstetrik nedenler, maternal ve fetal olarak ayrılabilir. Fakat bu nedenler çoğu zaman bütünleşmektedir. Postterm gebelik, erken membran rüptürü, fetal durumun riskte olması (Rh uygunsuzluğu, non-reaktif NST gibi), fetal ölüm, plasenta dekolmanı, tip I diyabet, böbrek hastalığı, akciğer hastalığı gibi durumlar doğum eylemi endikasyonlarını oluşturmaktadır. Bilimsel olarak az çalışılan ve belki de dünyada en yaygın kullanılan endikasyon sosyal endikasyon (elektif doğum indüksiyonu) dur. Hastaneye uzak mesafede oturma, doğum için hastaneye yetişememe endişesi, istenen günde doğurma arzusu, hekim ve doğum ekibi, anne adayı ve ailesinin sosyal tıbbi ve diğer aktivitelerini dikkate alarak herkesin uygun olduğu ve koşulların optimum olduğu mesai saatlerinde ve ortamda doğurma/doğurtma isteği sosyal nedenler arasındadır.^{69,70}

2.3.1. Doğum İndüksiyonunda Ön Koşullar

Doğum eylemi indüksiyonuna başlamadan önce gebelik haftası, serviksin uygunluğu, pelvis ve fetüsün uyumu, önde gelen kısım, fetüsün iyilik hali değerlendirilir. Bunun için;^{14,69,70}

- ✓ Prezente olan kısmın angaje olması,
- ✓ Baş-pelvis uygunsuzluğunun olmaması,
- ✓ Önceden geçirilmiş klasik tip uterin insizyonun olmaması,
- ✓ Fetal kalp hızında düzensizlik olmaması,
- ✓ Ablasyo plasenta ve plasenta previa durumlarının olmaması gerekir.

Eylem indüksiyonundan önce, indüksiyon başarısını belirlemek amacı ile serviksin cevabını tahmin etmekte yarar vardır. Bunun için; Bishop skoru, fetal fibronektin, ultrasonografi ve önceki doğumların anamnezinden yararlanılabilir.^{69,70}

2.4. Servikal Açılma ve Doğum İndüksiyonunda Kullanılan Yöntemler

2.4.1. Non-farmakolojik Yöntemler

2.4.1.1. Doğal Modaliteler (Bitkisel Ürünler)

Akşam çuhaçiçeği yağı, mavi ve siyah cohosh ve ahududu yaprakları uterotonik olarak paramedikal kişiler tarafından kullanılmışlardır.^{71,72}

2.4.1.2. Cinsel İlişki

Seksüel bir aktivite olarak meme uyarımını da içeren cinsel ilişki oksitosin salınımını ve dolaylı olarak uterin kontraksiyonlarını uyarır. Ayrıca seminal sıvıdan oluşan ejakülat çok miktarda prostaglandin içerir.^{71,72}

2.4.1.3. Memenin Uyarılması

Memenin uyarılması oksitosin salınımını uyarmak için kullanılan mekanik bir yöntemdir.^{14,71,72}

2.4.1.4. Membranların Sıyırılması

Bu yönteme göre uygulayıcı parmağını servikal ostan içeriye ilerleterek membranda sirküler bir hareketle çizik veya delik açar, yani membranlar uterustan sıyırılır. Bu hareket prostaglandin ve prekürsör enzimlerinin serbestleşmesini uyarır. Servikte meydana gelen bu kimyasal olaylar uterin kontraksiyonlara neden olur.^{14,71-73}

2.4.1.5. Amniyotomi

Amniyotomi membranların aletle yırtılmasıdır. Endojen prostaglandin salınımı, servikal olgunlaşma ve uterin kontraksiyonlarla sonuçlanır. HIV, aktif Herpes virüs, vasa previa, kordon prolapsusu veya sezaryen gerektirecek bir durum yoksa kullanılabilir. Membranlar aseptik olarak plastik bir çubukla koriyoamniyon rüptürü sağlayacak şekilde yırtılır. Bu yaklaşımda kord prolapsusu, infeksiyöz morbidite ve plasental travma gibi riskler vardır.^{14,71-73}

2.4.1.6. Hidroskopik Dilatatörler

Doğal veya sentetik hidroskopik dilator serviks olgunlaştırılmasında kullanılan mekanik yöntemler arasındadır. Etki mekanizmaları mekanik olarak servikse bası ve prostaglandin sentezinin artırılmasıdır.⁷¹⁻⁷³

2.4.1.7. Balon Kateterleri

Foley ya da dizayn edici balon uygulaması servikal olgunlaşmayı sağlamak için sıklıkla kullanılır. Balon spekulum yardımıyla uygulanır. Yerleştirildikten sonra balon rezervuarı aletin önerdiği seviyeye göre serum fizyolojik ile şişirilir ve balonun internal servikal osta olduğundan emin olana kadar geri çekilir. Sabit bir basınç ile çekilerek veya ekstraamniyotik serum infüzyonu ile servikal açıklık sağlanmış olur.^{71,72}

2.4.1.8. Çeşitli Paramedikal Alternatifler

- Castor Yağı: Ricinus Communis ekstresidir. Doğumu nasıl stimüle ettiği bilinmemektedir.
- Akupunktur: Geleneksel olarak bu teknikte organ alanına küçük iğneler veya daha sıklıkla ciltten elektriksel sinir stimülasyon üniteleri yerleştirilir. Bu şekilde doğumu da indüklediğini savunan çalışmalar vardır.^{71,72}

2.4.2. Farmakolojik Yöntemler

2.4.2.1. Oksitosin

Oksitosin, hipotalamustan sentezlenip ve hipofiz arka lobundan salgılanan normal vücut hormonudur. Etkisi progesteron tarafından sınırlandırılır. Doğum yaklaştıkça, yaşlanan plasentadan progesteron düzeyi düşerek kontraksiyonlar şiddetlenir. Oksitosin vücutta bulunduğu oksitosinaz tarafından inaktive edilir. Gebeliğin erken döneminde yarılanma ömrü 10-12 dk, geç dönemde 1-6 dk arasındadır. Oksitosin reseptörleri myometriyum ve meme epitelinde bulunur. Bu myometrial reseptörler doğumun birinci evresinde artmaya başlar. Normalde doğum esnasındaki

miktarı 2-3 mU/dk'dır. Yan etkileri önlemek bu fizyolojiye temellendirilerek oksitosin doğum esnasında dilüe edilerek kullanılır. İnfüzyon başlangıcından yaklaşık 40 dk içinde oksitosin reseptörleri etkinleşir.^{14,74}

2.4.2.2. Prostaglandinler

Prostaglandinler (misoprostol, dinoproston) servikal açıklığı sağlamak için servikal ve vajinal yoldan yaygın olarak uygulanabilir. Prostaglandinler servikal kollajen bağları gevşetir ve submukozal su içeriğini içerir. Prostaglandinlerin kullanımı, daha kısa sürede doğumun gerçekleşmesini sağlamakta, oksitosin kullanımı gereksinimini azaltmaktadır.⁷¹

2.4.2.3. Mifepriston (RU – 486)

Hem glukokortikoid hem de progesteron reseptör antagonistidir. Uterin aktiviteyi arttırarak servikal değişiklikler oluşturduğu ve bu şekilde term gebelikte doğum indüksiyonuna yol açtığı düşünülmektedir.⁷¹

2.4.2.4. Relaxin

Relaxin polipeptid yapıda serviksi olgunlaştırmada etkindir ve etkisi sadece serviks konnektif dokusunda göstermekte ve uterus kontraksiyonlarını uyarmamaktadır.⁷¹

2.4.2.5. Nitrik Oksit

Kısa ömürlü serbest radikal bir gazdır. Servikal nitrik oksit artışı servikal olgunlaşma ile sonuçlanır. Nitrik oksitin potansiyel mekanizmasının hem prostaglandin biyosentezinin hem de matriks metalloproteinazlar gibi litik enzimlerin etkileşimi sonucu olduğu düşünülmektedir.⁷¹

2.4.2.6. Sitokinler

İnflamatuvar hücrelerin göçünü ve aktivasyonunu sağlayan kemotaktik ajanlardır. İnflamatuvar reaksiyona yol açarak servikal olgunlaşmaya sebep

olmaktadırlar.⁷¹

2.5. Doğum İndüksiyonu Olarak Oksitosin

Oksitosin, arka hipofiz bezinden salınan bir hormondur. Kimyasal olarak vazopressin/antidiüretik hormonla (ADH) ilişkilidir. Myometriyumu aktive ederek, uterusun düz kaslarında kontraksiyon sağlar. Oksitosinin etkisi yüksek düzeyde östrojen varlığında artar. Oksitosin doğal pitüiter peptidle aynı yapıda olup, doğumun indüksiyonu ve augmentasyonu için kullanımı onaylanmış tek ilaçtır.^{1,3,14}

Oksitosinin, pitosin ya da sintosinon gibi sentetik formları vardır. İntravenöz (IV) ya da intramüsküler enjeksiyon için solüsyon formları, nazal sprey ya da dil altı kullanım için yanak tabletleri kullanılabilir. Sindirim enzimi trypsini inaktive etmesi nedeniyle oral olarak uygulanmaz. Oksitosin daha çok sulandırılmış formlarının IV yolla uygulanması tercih edilmektedir. Oksitosinin yarılanma ömrü 3-15 dakika arasında değişiklik gösterir. Oksitosin uygulanmasından sonra serumda belirli bir düzeye ulaşması yaklaşık 40 dakika alır. İnfüzyonda oksitosin çeşitli solüsyonlarla dilüe edilebilmesine rağmen genellikle 1000 ml IV elektrolit solüsyonuna (%5 dextroz) 10 ünite oksitosin ilave edilir. İnfüzyon 1 mU/dk ile başlar saatte 6 ml ilaç verilir. Uygulandığında serumun üzerine ilacın ismi, miktarı ve uygulanma saati mutlaka yazılmalıdır. Damla sayısı ayarlanmalıdır. İlk başlama 4-6 damla olmalıdır.^{1,3,14}

Oksitosin uygulama eylemi riske sokar. Oksitosin kullanımı sonucunda maternal olarak; uterin hiperstimülasyon, düzensiz, etkisiz uterin aktivite, antidiüretik etki (sıvı intoksikasyonu), kardiyovasküler etkiler (hipotansiyon, hipertansiyon, kardiyak outputta artış, taşikardi vs.) ve pulmoner ödem görülebilir. Bu yüzden oksitosin alan gebelerin daha sık olarak dikkatlice takibi yapılmalıdır.^{1,3,14}

2.6. Oksitosinin Fetüs ve Yenidoğan Üzerine Etkisi

Doğum eylemi gerçekleşmesi yararının prematürite riskinden daha ağır bastığı durumlarda ortaya çıkan tıbbi endikasyona bağlı bir yaptırım olmadıkça, induksiyon başlamadan önce mutlaka fetüsün maturitesi değerlendirilmelidir. Eylem kontraksiyonları normal olarak uterusu olan kan akımını engeller. Yeterli oksijen deposu olan sağlıklı bir fetüs bu stresi kompanse edebilir. Bunun yanında eylemin oksitosinle desteklenmesi sonucunda, uterus kontraksiyonlarının dinlenme tonüsü azalır, süre, şiddet ve sıklığında ise artma olur. Bu durumda uterusu olan kan akımı engellenir ve fetal kalp hızında (FKH) değişiklikler ortaya çıkar. Uterusun aşırı uyarılması sonucunda ortaya çıkan hipoksi, neonatal hiperbilirubinemiye neden olabilir.^{1,3,14}

2.7. Doğum Sonu Yenidoğanın Değerlendirilmesi

Doğumdan sonraki ilk 28 günlük süre yenidoğan dönemi (neonatal dönem) olarak bilinir. Yenidoğanlar doğumla birlikte önemli fizyolojik değişikliklere uğrar ve ekstrauterin yaşama uyum sağlamaya çalışırlar.¹ Yenidoğan yabancı dış ortama çıktığı anda, ilk solunumunu yapmak ve sirkülasyonunu ekstrauterin oksijenasyona adapte etmek zorundadır. Bunun için yenidoğanın ilk 24 saatteki klinik görünüşü ve yaşam bulguları oldukça önemlidir. Yenidoğanın bu büyük değişiklikleri başarabilmesi onun genetik özelliklerine, mevcut intrauterin çevrenin durumuna, doğum eylemi esnasında ve neonatal dönemdeki aldığı bakıma bağlıdır.^{3,75}

Yaşamın ilk yılındaki ölümlerin üçte ikisi neonatal dönemde bunlarında yarısından fazlası ilk 24 saatte gerçekleşmesi nedeniyle, doğum sonrası dönem hem anne hem de bebeği için oldukça önemlidir.³

2.7.1. APGAR Skoru

Neonatal morbidite ve mortalitenin azaltılabilmesi bebeğin doğum anında iyi değerlendirilip, kısa sürede girişimde bulunulmasıyla mümkün olabilmektedir. Bunun için ilk değerlendirme olarak APGAR skorlama sistemi kullanılmaktadır.⁷⁸ APGAR skorlama sistemi 1953 yılında Virginia APGAR tarafından doğum odasında bebeğin durumunu belirlemek için geliştirilmiş olup, renk, kas tonüsü, solunum, refleks ve kalp atımını içeren 5 kritere göre doğum sonrası 1. ve 5. dakikalarda değerlendirilmektedir. Her bir kritere 0-2 arasında puan verilir. Buna göre en yüksek APGAR 10, en düşük 0'dır (Şekil 2.1).⁷⁶

SKOR		0	1	2
A	Appearance (renk)	Mavi (siyanotik) veya soluk	Vücut pembe, ekstremiteler siyanotik	Tamamen pembe
P	Pulse (nabız)	Yok	<100/dk	>100/dk
G	Grimace (refleks irritabilitesi)	Cevap yok	Yüzünü buruşturma	Ağlama
A	Activity (kas tonüsü)	Yumuşak, gevşek	Ekstremiteler hafif fleksiyon	Aktif hareket, tüm ekstremiteler fleksiyonda
R	Respiration (solunum)	Yok	Yavaş, düzensiz, zayıf ağlama	İyi, ağlıyor

Kaynak. https://en.wikipedia.org/wiki/Virginia_Apgar

Şekil 2.1. APGAR Skoru

Doğumdan sonra kordun kleplendiği ilk saniyeler içinde hızlı bir değerlendirme esastır. Kas tonüsü ve aktivite, yenidoğanın vücudunun tamamı doğmadan da değerlendirilebilir. Çoğu bebek doğumda siyanotiktir, fakat efektif respirasyon ile renk, distal ekstremiteler hariç hızla pembeleşme görülür. Onbeş (15) saniye süre ile kord pulsasyonlarının palpe edilmesi veya göğsün oskulte edilmesi, kalp hızının mevcut ve yeterli olduğunun belirlenebilmesini sağlar. APGAR skoru 1.

dakikaya kadar belirlenemediğinden resusitasyon için primer belirleyici olarak kullanılmamalıdır.³

Normal APGAR skoru, 1. dakikada 7 veya üzeri, 5. dakikada ise 9 veya 10'dur. Term yenidoğanların %90'ından daha fazlasının 5. dakika APGAR skoru 9 veya 10'dur. 5. dakika APGAR skorları 0 ya da 1 olan yenidoğanların yarısı yaşamazlar.⁷⁷

APGAR skorunun 4'ün altında olması ciddi asfiksini olduğunu göstermektedir. Ancak asfiksi ile APGAR skoru arasında çok kuvvetli bir ilişki yoktur. Çünkü kan gazı değişiklikleri ve sonrasındaki nörolojik sorunlarla tanımlanan asfiksini bağlantısı zayıftır. Asfiksi dışında; anneye verilen ilaçlar, annenin hiperventilasyonu, travma, prematürelilik, anemik bebekler, özellikle merkezi sinir sistemi ve kardiyovasküler sistem ile ilgili olan anomaliler de düşük APGAR skoruna neden olabilir.⁷⁸

2.7.2. Fiziksel Değerlendirme

Doğumdan hemen sonra yenidoğana, meningosel, yarık damak-dudak, hidrosefali, doğum izleri, konjenital kalp defektleri, imperfore anüs, trakeaözefagial atrezi ve bağırsak obstrüksiyonunu belirlemek için büyük boyutlu bir tarama gereklidir. Bu değerlendirmeler jinekolog, pediatrist ve ebe/hemşirenin ortak sorumlulukları arasındadır.⁷⁵

2.7.2.1. Ağırlık-uzunluk

Yenidoğan çıplak şekilde doğum odasında tartılmalı, boyu, baş, göğüs ve abdominal çevresi ölçülmelidir. Yenidoğanın ortalama doğum ağırlığı 2500-4000 gr arasında değişmektedir. Doğumdan sonra yenidoğan bebekler ağırlıklarının %10'unu kaybederler, ancak 10-14 günlerde tekrar aynı kilolarına ulaşırlar.^{1,69} Yenidoğanın boyu sırtüstü pozisyonda başın tepesinden topuğa kadar olan mesafenin ölçülmesiyle hesaplanır. Kız bebeklerde 49-53, erkek bebeklerde 50-54 cm arasında değişir. Baş çevresi için oksipito-frontal çevre ölçülür ve normal bir yenidoğanda 33-35.5 cm

arasında bir değer alır. Başta, doğum eylemine bağlı Şekil bozukluğu olabilir. Ggs evresi meme uçları hizasında ggs çevresi uzunluğudur. Baş çevresine eşit ya da 1-2 cm az olabilir. Abdominal evre eğer bir patolojiden Őüpheleniliyorsa değerlendirilir. Bunun için göbek üzerinden karın çevresi ölçülür.^{1,3,75,78,79}

2.7.2.2. Yaşam Belirtileri

Yenidoğan bebeğin fizyolojik durumu stabil oluncaya kadar vücut sıcaklığı, nabzı, ve solunumu değişebilir. Yenidoğan bebeğin vücut ısısı 36.1-37.7⁰C arasında değişiklik gösterir. Doğumdan hemen sonra bebek kurulanıp giydirilmezse ısı düzenleme merkezindeki immatrlkten dolayı vücut ısısı normalin altına düşebilir. İnauterin dönemde fetüsün kalp atımı sayısı 120-160/dk arasındadır. Doğumdan hemen sonrada yenidoğan solunumu başlatma çabasından ötürü kalp atım sayısı 170'e çıkabilir. Sonraki dönemlerde 120-140/dk arasında değişiklik göstermektedir.^{1,3,75,78,79,80}

Yenidoğanda solunum büyük ölçüde diyafragma ve abdominal kaslarla gerçekleşir. Bu nedenle solunum değerlendirilirken abdomen hareketleri izlenir. Solunum yaşamın ilk birkaç dakikasında 80/dk iken sonrasında 30-60/dk arasında değişiklik gösterir.¹

Yenidoğan bebeklerde belli kardiyak anomalilerden Őüphelenilmedięi sürece kan basıncı llmez. Doğumda kan basıncı yaklaşık 80±16 (sistolik), 46±16 (diyastolik) mmHg'dır. On gün içinde kan basıncı 100/50 mmHg'a yükselir.^{1,3,75,78-80}

2.7.2.3. Yenidoğanın Genel Görünümü

Yenidoğanın pozisyonu uterus içindeki postürüne benzer. Baş, ggs üzerinde fleksiyondadır. Kollar fleksiyon pozisyonunda ve göğse yakın tutulur, eller yumruk Őeklindedir. Bacaklar abdomene doğru çekilir, dizler fleksiyonda ve ayaklar dorsifleksiyondadır. Bebeğin bu pozisyonu normal kas tonüsünü göstermektedir.^{1,3,75,78-}

Deri; yenidoğanın derisi, yumuşaktır, lanugo ve verniks kazeoza ile kaplıdır. Rengi doğumdan hemen sonra kırmızı ya da koyu pembe olup birkaç saat içinde normal rengine döner. ^{1,3,75,78,79}

Baş; yenidoğanın başı vücuduna oranla büyüktür. Total vücut uzunluğunun yaklaşık dörtte birinin içerir. Alın büyük ve öne doğru çıkıntılıdır. Başın değerlendirilmesi fontaneler, baştaki şekil bozukluklarını da içermektedir. ^{1,3,75,78,79}

Yüz; yüzün sağ ve sol tarafı simetri yönünden değerlendirilmelidir. Fetal pozisyona bağlı asimetri varsa bir kaç hafta/ay içerisinde kaybolması beklenir. ^{1,3,75,78,79}

Gözler; çoğu yenidoğanda iris koyu renkli ya da mavi-gri renkte olup, 3-6 ay sonra gerçek rengine dönüşür. Göz hareketleri koordine değildir. ^{1,3,75,78,79}

Kulaklar; kulak kepçesinin üst kısmı, gözün lateralinden oksiputa doğru çizilen bir çizgi ile aynı düzeyde olmalıdır. Düşük kulaklar anomali göstergesidir. ^{1,3,75,78,79}

Burun; yenidoğanın burnu yüzüne göre büyük ya da hafif yassı görünebilir. Bebek büyüdükçe bu uyumsuzluk düzelir. ^{1,3,75,78,79}

Ağız-boğaz; ağız en iyi bebeğin ağlaması esnasında gözlenir. Yarık damak-dudak açısından değerlendirilir. Müköz membranlar pembe ve nemlidir. ^{1,3,75,78,79}

Boyun; bebeğin boynu kısa olup, bir yandan diğer yana ve fleksiyondan ekstansiyona gidecek kadar esnek olmalıdır. ^{1,3,75,78,79}

Göğüs; ölçüsü baş çevresine eşit ya da ondan 1-2 cm kısadır. Göğüs çan şeklinde ve simetrik olmalıdır. Kız bebelerde anneden geçen hormonlar nedeniyle göğüslerde dolgunluk olabilir. ^{1,3,75,78,79}

Abdomen; yenidoğanın abdomeni yuvarlak ve hafif şiştir. Zayıf bebeklerde abdominal yüzeyden peristaltik hareketler gözlenebilir. Bağırsak sesleri işitilebilir. Abdomen değerlendirilirken umbilikal kordda değerlendirilmelidir. Göbek kordonu doğumdan sonra 7-10 gün içinde düşer. ^{1,3,75,78,79}

Genital organlar; anüs ve diğer organlar açıklık ve anomali yönünden değerlendirilmelidir.^{1,3,75,78,79}

2.7.2.4. Yenidoğanın Beslenmesi

Yenidoğanın beslenmesi; esas olarak temel besin gereksinimlerinin karşılanması ve büyümenin desteklenmesi amacıyla yöneliktir. Beslenme aynı zamanda ebeveyn ile yenidoğan arasında sosyal, fizyolojik, hatta eğitim amaçlı bir etkileşim aracı olarak da işlev görür. Besin gereksinimi; gebelik yaşı, doğum ağırlığı, beslenme şekli, hastalık ve tedavilerinin yarattığı metabolik değişikliklere göre değişir.^{1,3,75,78-82}

WHO ve UNICEF gibi sağlık organizasyonları tarafından yaşamın ilk 4-6 ayında sadece, 6 aydan sonra da ek besinlerle desteklenmek üzere ilk 2 yıl anne sütü ile beslenme önerilmektedir.¹⁸

2.7.3. Laktasyonun Fizyolojisi

Laktasyon annenin meme dokusunda fizyolojik değişikliklerin olduğu, yenidoğanın emmesi ile büyüme ve gelişmesinin sağlandığı ve anne- bebek arasında etkileşimin kurulduğu bir dönemdir. Meme dokusunun gebelik boyunca gelişimi ve doğumdan sonra süt yapımı ve salgılanması süreci laktogenezis olarak tanımlanır.^{1,3}

Olgunlaşmış kadın memesinin etrafında bağ dokusu ile çevrili 15-20 lob vardır. Bunların süt yapma ve salgılama kapasiteleri oldukça yüksektir. Memenin histolojik kesiti bir ağaca benzer. Sütün yapıldığı alveoller yaprakları oluşturur. Yapılan süt, duktuslar (dallar) aracılığıyla ana duktusa (gövdeye) aktarılır. Bütün bunlar kollajen bir kılıf ile çevrilidir. Bu kılıf altında kontraktıl myoepitelyal hücreler bulunur. Bu hücreler yapılan sütün duktuslara iletilmesini sağlar.⁷⁸

Gebelik sırasında önemli hormonal değişiklikler olur. Östrojen, progesteron, hCG, kortizol, insülin, prolaktin ve plasental laktojen gibi çeşitli hormonlar alveol ve duktus sayısını hızla artırarak memeleri laktasyona hazırlamada önemli rol oynar.^{1,3}

Doğumda iki olay laktasyonu başlatmada önemlidir. Birincisi, plasentanın ayrılmasıyla birlikte plasental hormonların özellikle de progesterondaki düşüştür. Doğumdan önce bu hormonlar prolaktinin laktojenik etkisini engellerler. İkincisi, bebeğin emmesi prolaktin ve oksitosin salınımını uyarır. Emme aynı zamanda alveol ve süt kanallarında myoepitelyal hücrelerin kontraksiyonuna neden olarak laktasyonda rol oynar.⁷⁴

Laktasyonda rol oynayan 2 önemli refleks vardır:⁷⁸

1. Süt yapım refleksi,
2. Süt salgılama refleksi.

Süt yapım refleksi: Bebeğin memeyi emmesi ile kalkan impulslar (uyarılar) ön hipofizden prolaktin salgılanmasını sağlarlar. Prolaktin m-RNA ve t-RNA'yı aktive eder. Sonuçta alveol hücrelerde laktalbumin ve laktoz sentezi artarak süt yapımı başlar.⁷⁸

Süt salgılama refleksi: Oksitosin myoepitelyal hücreleri kasar ve sütün boşalmasını sağlar. Bu refleks emzirmenin başlangıcından sonraki 50-60. saniyeler arasında oluşur. Sütün %80-90'ı ilk 5 dakika içinde salgılanır. O yüzden hiçbir bebek 5 dakikadan az emzirilmemelidir.⁷⁸

2.7.4. Emmenin Fizyolojisi

Yenidoğan anne sütünden yararlanabilmek için bazı koruyucu refleksler ile doğar. Bunlar arama, emme ve yutma refleksleridir.¹

Arama refleksi: Ağız kenarına ya da yanağa hafifçe dokununca yenidoğan başını o yöne çevirir ve ağzını açar. Bu refleks bebeğin besin maddesini bulmasına yardım eder ve 6. haftada kaybolur. Meme başını koklayan yenidoğan memeye doğru dönerek, ağzını açıp memeye yaklaştırır ve emmeye başlar.^{1,3,75,78,79}

Emme refleksi: Bebeğin dudaklarına dokununca ya da ağzına bir obje yerleştirildiğinde uyarılır. Emme göğüs ya da biberondan besin alabilecek kadar güçlü ve ritmik olmalıdır. Emme refleksi fetal hayatın 17. haftasında gelişir ancak gebeliğin sonlarına doğru olgunlaşır. Eğer doğumdan hemen sonra emme refleksi uyarılmazsa kaybolur.^{1,3,75,78,79}

Yutma refleksi: Emme refleksine eşlik eder. Yutma spontan bir olaydır kaybolmaz. Yutma refleksi dilin arka kısmına yiyecek konulmasıyla uyarılır.⁷⁵ Yenidoğan areola ve meme başını ağız içine aldığı anda meme başı ağız içerisinde uzar. Uzayan meme başını yenidoğan dili ile damağı arasında sıkıştırarak sütün boşalmasını, diş etleri arasında sıkıştırdığında ise laktiferöz kanallardan sütün inmesini sağlar.¹

2.8. Emzirmenin Değerlendirilmesi

Emzirmenin gözlenmesi ebelik/hemşirelik yaklaşımının önemli bir parçasıdır. Doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde, bebek mutlaka emzirilmelidir. Emzirmeye ne kadar erken başlanırsa süt salınımı o kadar erken olur.

Emzirme süresince anne ile bebeğin değerlendirilmesi gözlem yoluyla yapılmalıdır. Annenin emzirme becerisi en az bir emzirme periyodu gözlenerek değerlendirilmelidir. Bebeğin emme hareketini doğru yapabilmesi ve etkili emebilmesi, annenin bebeğini memeye doğru yerleştirdiğini gösteren aşağıdaki belirtilere bağlıdır. Bunlar;^{1,3}

- ✓ Yenidoğanın dudakları genişçe dışarı doğru açılmış olmalı,
- ✓ Yenidoğanın ağız ile meme başı aynı seviyede bulunmalı,
- ✓ Çene ve burun memeye değmeli,
- ✓ Meme başının büyük kısmı (2-3 cm kadarı) yenidoğanın ağızında olmalı, üst dudaktan çok alt dudak areolanın çoğunu kaplamalı,
- ✓ Yenidoğanın ağızının kenarlarındaki açı geniş olmalı,

- ✓ Alt dudak nazikçe memeden ayrılmaya çalışıldığında dil alt dudağın hemen üzerinde görünmeli,
- ✓ Emzirme sırasında anne yenidoğanın yutkunduğunu duymalı,
- ✓ Emme sırasında yenidoğanın şakaklarında ve kulaklarında kımıldama görülmeli,
- ✓ Anne rahat ve gevşek görünmeli,
- ✓ Emme sırasında yenidoğanın çenesi memeye değmeli alt dudağı dışa dönük ve ağzı genişçe açılmış olmalı, yanakları yuvarlak görünmelidir.

Klinikte emzirmeyi değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bazı ölçekler ebe/hemşirenin emzirmeyle ilgili tutacağı kayıtları standart hale getirmesinde kullanılabilir. Emzirme Özetkililiği Ölçeği, Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği (Breastfeeding Attitude Scale), Emzirme Yeterlilik Ölçeği, Emzirme ve Tanılama Ölçeği (LATCH) literatürde yayınlanan bu ölçeklerden bazılarıdır.¹

2.8.1. Emzirmenin Anne ve Bebek Açısından Yararları

2.8.1.1. Fiziksel Yararları

Anne;

Emzirme ile yenidoğanı besleme anne için zahmetsiz, zamandan tasarruf sağlayıcı ve ekonomik olmasının yanı sıra birkaç avantajı vardır. Bunlar,^{1,3,69}

- ✓ Emzirmenin göğüs kanserini önlemede koruyucu rolü vardır.
- ✓ Emzirme esnasında salgılanan oksitosin etkisiyle uterus involüsyonu hızlanır.
- ✓ Etkin olarak emzirildiğinde bir süre aile planlaması yöntemi olarak kullanılabilir.
- ✓ Emziren kadınlarda over ve uterus kanseri ile osteoporoz gelişme riski azalır.
- ✓ Mekanizması tam açıklanamamakla birlikte en 3 ay emziren annelerin daha hızlı kilo verip gebelik öncesi durumlarında döndükleri de ifade edilmektedir.

Bebek;

Anne sütü yenidoğan için ideal besindir, ucuzdur ve genellikle miktarı yeterlidir.

Bunun dışında;

✓ Anne sütü bebeğe immünolojik avantajlar sağlar. Anne sütünde baskın olarak bulunan IgA, bebeğin barsaklarında mukozal yüzeylere zararlı mikroorganizmaların tutunmasını engeller. Anne sütündeki lökositler enfeksiyon ajanlarına karşı bebeği korur, makrofajlar interferon yapımını uyarır, bifidobakteriler ishal insidansını azaltır.

✓ Anne sütü bebeğin gelişimi için ideal elektrolit ve mineral bileşimine sahiptir.

Anne sütüyle beslenen bebeklerde alerji, ani bebek ölümü, nekrotizan enterokolit gibi durumlar daha az görülür.^{1,3,65}

2.8.1.2. Psikososyal Yararları

Emzirme sırasındaki psikofizyolojik reaksiyonlar anne-bebek arasındaki bağın güçlenmesini ve annenin kendini iyi hissetmesini sağlar. Emzirme anne ile bebek arasında tensel temas sağlayarak aralarındaki bağın güçlenmesine yardım eder. Yenidoğanın iletişiminde, dokunma duygusu temel faktör olup, anne ve yenidoğanın birbirlerinin davranışsal ifadelerini ve ihtiyaçlarını anlamalarına yardımcı olur. Emziren annelerde zgven artar, psikolojik sorunlar daha az görülür ve anneler rollerine daha kolay uyum sağlar.¹

2.9. Doğum Sonu Erken Dönemde Yenidoğan Bakımında Ebe/Hemşirenin

Rolü

Ebe/hemşirenin, yenidoğan bakımındaki temel amacı homeostasisi sağlamak ve sürdürmektir. Yaşamın ilk gününde yenidoğanın durumu stabil değildir. Normalden sapmalar neonatal bir sorunu gösterebilir. Yenidoğan bir bebekte normalden sapmaların belirlenmesi ileri incelemeler için gereklidir.^{1,3,75}

2.9.1. Solunumun Sağlanması ve Sürdürülmesi

Yenidoğanın doğumdan hemen sonra ağlaması gerekir. Eğer bebeğin hava yolu müküsle tıkalıysa ağlayamaz ve solunum sıkıntısı yaşar. Bebeğin başı doğar doğmaz ağız ve burundaki müküslerin temizlenmesi gerekir. İlk olarak orofarinks aspire edilir.

1,3,75

2.9.2. Vücut Isısının Düzenlenmesi

Isı üretimi ve kaybı arasında bir denge sağlayarak yenidoğanın vücut ısısının stabilize etmek ve sürdürmek ebe/hemşirenin diğer bir sorumluluğudur. Bunun için doğumdan sonra bebek hemen kurulanır ve sıcak bir zemine yatırılır.^{1,3,75}

2.9.3. Enfeksiyonun Önlenmesi

Inrauterin dönemde fetüs için tek enfeksiyon kaynağı anne kanıdır. Ancak doğum sonrasında yenidoğan için çok fazla enfeksiyon kaynakları mevcuttur. Yenidoğanın enfeksiyona direnci düşük olduğundan kendisini koruyamaz. Bu nedenle bakım veren kişilere bağımlıdır. Bunun için bebeğin çevresinin olabildiğince temiz tutulması ve bakım vermeden önce ellerin yıkanması gereklidir. Yenidoğan döneminde özellikle göz, ağız, umbilikal kord ve perine bakımı önemlidir.^{1,3,75}

2.9.4. K Vitamini Uygulaması

Yenidoğanın gastrointestinal florası olmadığı için K vitamini sentezi yapılamaz. Sonuç olarak protrombin zamanının düşük olmasına bağlı olarak kanamalar olabilir. Bunun için doğum sonrası bir saat içinde intramüsküler olarak 0.5-1 mg K vitamini uygulanır. K vitamini buzdolabında ve karanlıkta saklanmalıdır.^{1,3,75}

2.9.5. Hepatit B Aşısı

Doğum sonu ilk 2 gün içerisinde intramüsküler olarak hepatit B aşısı yapılmalıdır.^{1,3,75}

2.9.6. Kimlik Tespiti

Yenidoğanın kimlik tespitinde ayak izi alınması, bileklik takılması gibi uygulamalar yapılır. Hastane protokollerine göre değişiklik gösterebilir.^{1,3,75}

2.9.7. Emzirmenin Sağlanması/Anne-Bebek İlişkisinin Sağlanması

İlk bakımı yapıp, aktif ve sağlıklı olduğu saptanan yenidoğan kısa sürede anne kucağına verilip emzirtilmelidir. Yenidoğanın birinci reaktif döneminde bebeğin memeye verilmesi emzirme başarısı açısından önemlidir. Bu aynı zamanda anne-bebek etkileşiminin başlamasını sağlar.^{1,3,75}

2.9.8. Tarama Testleri

Ülkemizde yenidoğan döneminde fenilketonüri, konjenital hipotiroidi, işitme testi, galaktozemi vs. için taramalar yapılmaktadır. Yapılan testler hakkında aile bilgilendirilmelidir. Eğer tarama testlerinin sonucu pozitif çıkarsa aileye genetik danışmanlık yapılması da ebe/hemşirelerin sorumlulukları arasındadır.^{1,3,75}

3. MATERYAL ve METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlanıp, yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Erzurum'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir kadın doğum hastanesine 20 Aralık 2013- 20 Mayıs 2016 tarihleri arasında doğum yapmak üzere başvuran gebeler üzerinde yapılmıştır. Kapsamlı bir sağlık hizmetinin (doğum ve yenidoğan) verildiği hastane, hasta yoğunluğunun fazla olduğu ve her kesimden gebenin başvurduğu bir sağlık kuruluşu olduğu için tercih edilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, yukarıda belirtilen tarihler arasında adı geçen hastanenin doğum salonuna gelen ve araştırmaya katılabilmek kriterlerini taşıyan gebeler oluşturmuştur.

Hastanede gerçekleşen doğum sayısı istatistiklerinin yıllık olarak hesaplanması fakat bu sayıya ulaşılmasının zor olması nedeniyle evrendeki eleman sayısının bilinmediği durumlardaki örneklem seçme formülü kullanılmış ve çalışmaya uygun bulunan katılımcıların evreni temsil edebilmesi için en az 233 kişi gerektiği hesaplanmıştır.⁸³ Araştırma 250 gebe ve bebeği ile yürütülmüştür.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

Gebenin

- ✓ 18-35 yaş arasında olması,
- ✓ En az ilkokul mezunu olması,
- ✓ İletişim sorunu bulunmaması,
- ✓ Riskli gebeliği bulunmaması,
- ✓ Vajinal doğum yapacak olması,

- ✓ Miadında (37-42 hafta) olması,
- ✓ Doğal yolla gebe kalınmış olmasıdır.

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından oluşturulan anne ve bebek için kişisel değerlendirme formu (EK-II), APGAR skoru değerlendirme skalası (EK-III) ve LATCH Emzirme Tanılama ve Değerlendirme Aracı (EK-IV) kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu; araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuştur. Gebe ve yenidoğanı içeren sosyodemografik ve obstetrik özellikler ile eyleme yönelik toplam 16 soru içermektedir.^{5,9-11}

APGAR Skoru Değerlendirme Skalası; 1953 yılında Dr. Virginia tarafından geliştirilmiştir.⁸⁴ Yenidoğanın, doğumdan sonraki ilk 1-5 dakika içinde, belirlenen beş kritere göre fiziksel değerlendirilmesini içerir. APGAR skor kriterleri (solunum, nabız, renk, kas tonusu, refleks iritabilitesi) toplam 10 puan üzerinden değerlendirilir. Belirlenen beş kriterin her birine 0-2 puan arasında puan verilir. Puanın yüksek olması yenidoğanın sağlıklı ve aktif olduğunun göstergesidir.

LATCH Emzirme Tanılama ve Değerlendirme Aracı; 1993 yılında Deborah Jensen ve Sheilla Wallace tarafından geliştirilmiştir.⁸⁵ Beş değerlendirme kriterini içermektedir. Tanılama aracının ismi LATCH bu beş kriterin İngilizcedeki baş harflerinden oluşturulmuştur: L (Latch on the breast), memeyi tutma; A (Audible swallowing), bebeğin yutma hareketinin görülmesi/duyulması; T (Type of the nipple), meme ucunun tipi; C (Comfort breast/nipple), annenin meme ve meme ucuna ilişkin rahatlığı ve H (Hold/Help), bebeği tutuş pozisyonudur. Her madde 0-2 puan arası değerlendirilmektedir. Araçtan alınabilen toplam puan 10 olup, yüksek puan yüksek emzirme başarısı anlamına gelmektedir. Yenal ve Okumuş (2003) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış ve kullanım için uygun ve güvenilir olduğu

saptanmıştır. Anne emzirme sırasında izlenir ve basamaklar değerlendirilir. Uygulama süresi 5-10 dakikadır.⁸⁶

Verilerin toplanmasında, önce travaydaki gebelerden araştırmaya alınma kriterlerini taşıyanlar belirlenmiştir. Uygun olanlara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmak isteyenler araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma sırasında doğum sonu yenidoğanın 1. ve 5. dakika APGAR skorları (doğum salonunda) değerlendirilmiştir. APGAR skorları normal sınırlarda olan sağlıklı yenidoğan ilk 30 dakika içinde emzirtilmiştir. Bu esnada emzirme gözlem yoluyla araştırmacı tarafından değerlendirilerek LATCH Emzirme ve Değerlendirme Ölçeği doldurulmuştur. Emzirme, LATCH Emzirme ve Değerlendirme Ölçeği'ne göre doğum sonu 4. ve 24 saatte olmak üzere postpartum kliniğinde araştırmacı tarafından iki defa daha değerlendirilerek kaydedilmiştir. Kendisi ve bebeği ile ilgili soruları olan annelerin soruları cevaplanarak, araştırmaya destek verdiği için teşekkür edilip, uygulama bitirilmiştir.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 20 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik dağılım, ortalama ve korelasyon testleri kullanılmıştır.

3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlanmadan önce Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay (EK-V) ve Erzurum Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi'nden uygulama izni (EK-VI) alınmıştır.

Araştırma verilerinin toplanması esnasında gebelere araştırma hakkında bilgi verilerek "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür

oldukları belirtilerek "Özerkliğe Saygı" ilkesi, araştırmaya katılan gebelerin bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi yerine getirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları

Sağlık Bakanlığı tarafından normal doğum sonrası hastanede kalış süresinin 24 saat olarak belirlenmiş olmasına rağmen kişilerin bu süreyi doldurmadan imza karşılığında hastaneden taburcu olmak istemeleri araştırmanın belirlenen sürede tamamlanması için güçlük teşkil etmektedir. Bu araştırmada araştırmaya dahil edilen 10 kişi erken taburcu olmaları nedeniyle araştırmadan çıkarılmıştır. Aynı zamanda doğum eyleminin büyük bir çoğunluğunun genellikle gece ve sabahın erken saatlerinde gerçekleşmesi ve araştırmacı tarafından veri toplama süresi ile ilgili planların yapılması nedeniyle veri toplama sürecinde uzamaya neden olmuştur.

4. BULGULAR

Bu bölümde doğum eyleminde uygulanan oksitosinin yenidoğan APGAR skoru ve emme başarısına etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları sunulmuştur.

Tablo 4.1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	S	%
Yaş		
18-26	96	38.4
27-35	154	61.6
Yaşanılan Yer		
Köy	85	34.0
İlçe	66	26.4
İl	99	39.6
Eğitim Durumu		
İlköğretim	182	72.8
Ortaöğretim	58	23.2
Yükseköğretim	10	4.0
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	9	3.6
Çalışmıyor	241	96.4
Ailenin Ekonomik Durum Algısı		
Kötü	55	22.0
Orta	157	62.8
İyi	38	15.2
Eş Eğitim Durumu		
İlköğretim	128	51.2
Ortaöğretim	100	40.0
Yükseköğretim	22	8.8
Eş Mesleği		
Memur	34	13.6
İşçi	60	24.0
Serbest	156	62.4

Gebelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 1’de verilmiştir. Buna göre; gebelerin %61.6’sının 27-35 yaş aralığında olduğu, %39.6’sının ilde yaşadığı, %72.8’inin ilköğretim mezunu olduğu, %96.4’ünün çalışmadığı, %62.8’inin ekonomik

durumlarını orta düzeyde algıladığı saptanmıştır. Ayrıca gebelerin %51.2'sinin eşinin ilköğretim mezunu olduğu ve %62.4'ünün serbest çalıştığı bulunmuştur.

Tablo 4.2. Gebelerin Obstetrik ve Eyleme İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı (n=250)

Özellikler	S	%
Gebelik Sayısı		
1	71	28.4
2	71	28.4
3	53	21.2
4	55	22.0
Şimdiki Gebeliği Planlama Durumu		
Evet	232	92.8
Hayır	18	7.2
Amniyotik Kesenin Durumu		
Açık	81	32.4
Kapalı	169	67.6
Vajinal Doğum Şekli		
Spontan	126	50.4
Epizyotomi	124	49.6
Bimanuel Muayene Bulguları		
	Min – Max Puanlar	$\bar{X} \pm SS$
Dilatasyon (cm)	1-10	4.79±2.32
Silinme (%)	30-100	57.74±17.26

Tablo 4.2'de gebelerin obstetrik ve eyleme ilişkin özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Gebelerin obstetrik özellikleri incelendiğinde; gebelerin %28.4'ünün ilk ve ikinci gebeliği olduğu, %92.8'inin şimdiki gebeliğini planladığı saptanmıştır. Eyleme ilişkin özellikler incelendiğinde; gebelerin %67.6'sının amniyotik kesesinin kapalı olduğu, %50.4'ünün spontan vajinal doğum yaptığı belirlenmiştir. Gebelerin doğum salonuna geldikleri esnadaki bimanuel muayene bulguları değerlendirildiğinde; servikal dilatasyonun ortalama 4.79±2.32(cm), silinmenin (efasman) 57.74±17.26(%) olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.3. Yenidoğanların Bireysel Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	S	%
Cinsiyet		
Erkek	130	52.0
Kız	120	48.0
	Min-Max Puanlar	$\bar{X} \pm SS$
Boy (cm)	48-55	50.31±1.23
Kilo (gr)	2500-3995	3150.08±332.30

Yenidoğanların bireysel özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.3'te verilmiştir. Buna göre; yenidoğanların %52.0'nın cinsiyetinin erkek olduğu belirlenmiştir. Yenidoğanların boy ortalamalarının 50.31±1.23 (cm) ve kilo ortalamalarının 3150.08±332.30 (gr) olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.4. Oksitosin Uygulama Süresi, APGAR Skoru ve LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeğinin Min-Max Puanları ve Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Min-Max Puanlar	$\bar{X} \pm SS$
Oksitosin Uygulama Süresi (dk)	5 – 720	172.76±132.77
APGAR Skoru		
1. Dakika	7-10	8.74±0.62
5. Dakika	8-10	9.86±0.37
LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği		
2-10	2-10	6.57±1.80
30. Dakika	2-10	7.61±1.87
4. Saat	5-10	7.78±1.81
24. Saat		

Tablo 4.4'te Oksitosin uygulama süresi, APGAR skoru ve LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği'nin en düşük ve en yüksek puanları ile puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde; oksitosin uygulama süresinin ortalama 172.76 ± 132.77 (dk) olduğu, 1. dakikadaki APGAR skorunun 8.74 ± 0.62 , 5. dakikadaki APGAR skorunun ise 9.86 ± 0.37 olduğu saptanmıştır. Ayrıca doğum sonu LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında; puan ortalamalarının 30. dakikada 6.57 ± 1.80 , 4. saatte 7.61 ± 1.87 ve 24. saatte ise 7.78 ± 1.81 olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.5. Oksitosin Uygulama Süresi İle Yenidoğan APGAR Skoru ve Emme Başarısı Arasındaki İlişki

	1. dk APGAR Skoru	5. dk APGAR Skoru	30.dk LATCH	4. Saat LATCH	24. saat LATCH
Oksitosin Uygulama Süresi	r= -0.141 p=0.026	r= -0.111 p=0.079	r= -0.066 p=0.298	r= -0.088 p=0.165	r= -0.102 p=0.108

Oksitosin uygulama süresi ile yenidoğan APGAR skoru ve emme başarısı arasındaki ilişki Tablo 4.5'te verilmiştir. Buna göre; oksitosin uygulama süresiyle 1. dakikadaki APGAR skoru arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, oksitosin uygulama süresi arttıkça 1. dakika APGAR skorunun azaldığı fakat 5. dakikadaki APGAR skoru ile LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği puan ortalamalarının etkilenmediği saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, doğum eyleminde uygulanan oksitosinin yenidoğanın APGAR skoruna ve emme başarısına etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Tüm gebeliklerde %15-25 oranında doğum eylemi esnasında indüksiyona başvurulduğu bildirilmiştir. İsteğe bağlı (elektif) indüksiyon önerilmemesine rağmen eğer uygulanacaksa başarı durumu göz önüne alınmalıdır. Başarılı bir indüksiyon için yeterli uterin kontraksiyon olmalıdır. Durumun uygun olmaması ilerleyen sürede birçok protokolün uygulanması ve beraberinde komplikasyonların ortaya çıkmasına zemin hazırlayacaktır.⁸⁷

Oksitosine verilen cevap her kadında farklıdır. Ağrı indüksiyonunun başarısında serviksin durumu önemlidir. Öncelikle serviksin yumuşak ve hafif açılmış olması gerekir.¹ Bu durumu belirlemek için kullanılan en yararlı yöntem Bishop skoruması sistemidir.³ Bishop skoruması sisteminde her bir kritere 0-3 arasında bir değer verilerek toplam puan üzerinden başarı durumu gözden geçirilir. Dokuz (9) ve üzeri puan alanlarda indüksiyonun başarılı olacağı 4 ve altındaki değerlerde uygunsuz ve kötü bir prognoz bildirilmiştir.⁸⁸

Tablo 4.2’de gebelerin eyleme ilişkin özelliklerine bakıldığında; yapılmış olan bimanuel muayene sonucunda gebelerin dilatasyonlarının ortalama 4.79 ± 2.32 (cm), efesmanlarının ise 57.74 ± 17.26 (%) olduğu görülmektedir. Muayene bulgularının Bishop skoruması sistemine göre 4’ün üzerinde ve indüksiyon için uygun olduğu düşünülmektedir. Bu şekilde uygunsuz indüksiyon uygulama sonucunda ortaya çıkabilecek komplikasyonların az da olsa elimine edileceği düşünülmektedir.

Doğum eyleminde en yaygın kullanılan indüksiyon yöntemi oksitosin infüzyonudur. Oksitosin oral olarak verildiğinde sindirildiği için sadece infüzyon

şeklinde kullanılmakta ve infüzyona başladıktan 3-5 dakika sonra uterin cevap oluşturmaktadır. Oksitosinin plazma düzeyine ulaşması yaklaşık 40 dakika sürmektedir. Bu süre aynı zamanda indüksiyon başlanan olgularda indüksiyon başarısı ve doz artırılmasına karar verilmesi için beklenen minimum süredir. Oksitosin uygulamada 8-12 saat içerisinde bir cevap alınmadığı veya 2 saatte servikal dilatasyonda bir ilerleme olmadığında gebe ve fetüsün durumu yeniden gözden geçirilmelidir.^{70,86} Rouse ve ark.'ın yaptığı bir araştırmada Bishop skoru uygun olan gebelerde oksitosin uygulanmasında, infüzyon sonrası 6. saatte %85'inin, 12. saatte ise %96'sının doğum yaptığı bildirilmektedir.⁸⁹ Bu araştırmada da en az 5 en fazla 720 dakika olmak üzere oksitosin uygulama süresinin ortalama 172.76 ± 132.77 dakika olduğu ve literatürle benzerlik gösterdiği görülmektedir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4'te yenidoğanların APGAR skoru puan ortalamaları incelendiğinde 1. dakika APGAR Skorunun 7-10 arasında değiştiği ortalama 8.74 ± 0.62 olduğu, 5. dakika APGAR Skorunun ise 8-10 arasında değiştiği ve ortalama 9.86 ± 0.37 olduğu görülmüştür. Normal APGAR skoru 1. dakika 7 ve üzerinde 5. dakikada ise 9 veya 10'dur.⁷⁷ APGAR skoru 7 veya üzerinde olan yenidoğanlar sağlıklı olarak değerlendirilirler.¹ Bu araştırmada da 1. ve 5. dakika APGAR skoruna bakıldığında her ikisinin de normal sınırlarda olduğu ve literatüre uygunluk gösterdiği saptanmıştır.

LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında doğum sonu 30. dakika ve 4. saatte alınan en düşük ve en yüksek puanların 2-10 arasında değiştiği ve ortalamalarının sırasıyla 6.57 ± 1.80 ve 7.61 ± 1.87 olduğu görülmektedir. 24. saatte ise alınan en düşük ve en yüksek puanların 5-10 arasında değiştiği ve ortalamasının 7.78 ± 1.81 olduğu bulunmuştur (Tablo 4). LATCH puan ortalamalarından alınabilecek puan 0-10 arasında değişmektedir. Puanın yükselmesi emme başarısının

arttığını göstermektedir. Bu araştırmanın bulgularına bakıldığında doğum sonu geçen süreyle paralel olarak LATCH puanının arttığı görülmektedir.

Bu araştırma da oksitosin uygulama süresiyle yenidoğanın 1. ve 5. dakikadaki APGAR skorları arasındaki ilişkiye bakıldığında; oksitosin uygulama süresiyle 1. dakika APGAR skoru arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunduğu ($p<0.05$) fakat oksitosin uygulama süresinin 5. dakika APGAR skorunu etkilemediği saptanmıştır (Tablo 4.5). Bu bulguya göre oksitosin uygulama süresi arttıkça 1. dakika APGAR skoru azalmakta, 5. dakika APGAR skoru etkilenmemektedir. Oksitosinin kandaki yarılanma süresi 3 dakika olup, infüzyon durduktan sonra kandaki seviyesi hızla düşmektedir. Araştırmadan elde edilen bulguya göre 1. dakikadaki APGAR skorunun normal sınırlar arasında olduğu fakat 5. dakikadaki APGAR skoruna nispeten daha düşük olmasının nedeninin doğum sonu kandaki oksitosin düzeyinin düşmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Özcan'ın³⁰ vajinal doğumda oksitosin indüksiyonu alan ve almayan annelerin emzirme sonuçlarını karşılaştırdığı çalışmasında gruplar arasında 1. ve 5. dakika APGAR skorları karşılaştırılmış ve skorun indüksiyon alan grupta anlamlı derecede düşük olduğu belirtilmiştir.

Kılıçkap,¹¹ servikal olgunlaşma ve doğum indüksiyonunda dinoprostone ve oksitosini karşılaştırdığı çalışmasında, gruplar arasında 1. ve 5. dakika APGAR skorlarının da karşılaştırmış ve anlamlı bir ilişki bulunmadığını ifade etmiştir.

Karaçor,³⁷ oksitosin ile doğum indüksiyonu alan annelerin bebeklerinde kord kanındaki oksidatif stres belirteçlerini değerlendirdiği çalışmasında; oksitosin alan ve almayan annelerin bebeklerinde 1. ve 5. dakika APGAR skorlarını karşılaştırmış ve anlamlı bir ilişki bulunmadığını belirtmiştir.

Gelegen,⁹ gūnaşımı gebelik nedeni ile doğum indüksiyonu uygulanan düşük servikal Bishop skoru olan gebelerde indüksiyon başarısını etkileyen faktörleri incelediği çalışmada; sezaryen ve vajinal doğum yapanlarda APGAR skoruna bakmış ve indüksiyon almalarına rağmen vajinal doğum yapanlarda APGAR skorunun (1.dk 8.2, 5.dk 9.4) daha yüksek olduğunu belirlemiştir.

Nassief ve ark.nın⁶³ yaptığı çalışmada termdeki primigravidalarda indüksiyon olarak oksitosin infüzyonu ve oral PGE (prostaglandin E) karşılaştırılmış, gruplar arası 1. ve 5. dakika APGAR skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını tespit etmiştir.

Tablo 4.5'te aynı zamanda oksitosin uygulanma süresi ile emme başarısı arasındaki ilişki incelenmiş, yapılan istatistiksel analiz sonucunda herhangi bir anlamlılık bulunamamıştır. Başka bir deyişle, oksitosin uygulama süresinin emme başarısı üzerine herhangi bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.5'e genel olarak bakıldığında oksitosin uygulama süresinin sadece 1. dakika APGAR skoru üzerine etki ettiği 5. dakika APGAR ve LATCH puanına etki etmediği görülmektedir. Araştırma bulgularına göre 1.dakika APGAR skorunun normal değerler arasında olduğu görülmektedir. Doğum sonu dönemde sağlıklı olan yenidoğan herhangi bir sorun bulunmadığı sürece annesine verilip emzirilmektedir. Türk kültüründe annelerin bebeklerini emzirme oranları yüksektir.⁹⁰ Lansinoh'un 2014 yılında Türkiye'nin de dahil olduğu dokuz ülke ve 13.000 anne ile dünyadaki emzirme yaklaşımlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, bebeklerinin sağlığı açısından emzirmeyi düşünen annelerin oranı en yüksek Brezilya'da (%91), en düşük Fransa'da (%76) bulunmuştur. Türkiye'de ise bu oran %89'dur. Aynı çalışmada emzirmenin yenidoğan beslenmesinde en doğru yöntem olduğunu düşünen annelerin oranının ülkemizde %96,8 olduğu bildirilmiştir.⁹¹ Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın anne ve bebek

destu hastane kapsamında WHO/UNICEF'in emzirme önerilerini temel alarak emzirme protokolleri oluşturması, doğum sonu en kısa sũrede anne-bebek etkileşiminin sağlanması, her hastanede bir emzirme eğitim ebe/hemşiresinin bulunması ve doğum sonu her anneye emzirme konusunda eğitim verilip bu konuda desteklenmesi ve ۆzellikle çalışan annelerin doğum sonu emzirmelerinin etkili bir şekilde devamını sağlamak amacıyla yۆnetmeliklerin oluşturulmasının (doğum ۆncesi/doğum sonu ve sũt izni) bu sonuçları olumlu yۆnde etkilediği dũřũnmektedir. Konuyla ilgili olarak yapılmış çalışmalar incelendiğinde; bu durumu destekleyecek nitelikte bilgiler elde edilmiştir.

Cordero ve ark.⁵³ şiddetli preeklampsili kadınlarda emzirme durumuna bakmış, emzirme niyetinin emme başarısı ۆzerindeki en gũclũ belirleyici olduğunu belirtmişlerdir.

Srivastava ve ark.nın⁵⁴ yaptıkları bir çalışmada yenidoğanların sağlık durumlarını iyileştirmek ve emzirme başarısını artırmak için ten tene temas yۆntemini kullanmışlar ve yۆntemin emzirmede etkili olduğunu bildirmişlerdir.

Wieczorek ve ark.nın⁵² vajinal doğumda epidural anestezi uygulanan kadınlarda emzirme başarısını değerlendirdiği çalışmalarında, emzirme oranının geçmişte belirtilen orana gۆre daha yũksek olduğu ve bunun da işe ara vermek ve doğum sonu emzirme desteği almaktan kaynaklandığı ۆzerinde durmuşlardır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Doğum eyleminde uygulanan oksitosinin yenidoğan APGAR skoruna ve emme başarısına etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir:

- ✓ Doğum eyleminde oksitosin uygulama süresinin 5 ila 720 dakika arasında değiştiği ve ortalama 172.76 ± 132.77 (dk) olduğu bulunmuştur.
- ✓ Yenidoğan APGAR skorunun 1. dakikada 7-10 arasında değiştiği ve ortalama 8.74 ± 0.62 olduğu, 5. dakika APGAR skorunun ise 8-10 arasında değiştiği ve ortalama 9.86 ± 0.37 olduğu görülmüştür. Bununla beraber 1. ve 5. dakikadaki APGAR skorunun normal sınırlarda olduğu fakat 5. dakikadaki skorun nispeten daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- ✓ LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği kullanılarak doğum sonu 30. dakika, 4. ve 24. saat olmak üzere üç kez emme başarısı değerlendirilmiştir. Bunun sonucunda; doğum sonu 30. dakika ve 4. saatte alınan puanların 2-10 arasında değiştiği ve ortalamalarının sırasıyla 6.57 ± 1.80 ve 7.61 ± 1.87 olduğu, 24. saatte ise alınan puanların 5-10 arasında değiştiği ve ortalamasının 7.78 ± 1.81 olduğu bulunmuştur. Doğum sonu ilerleyen süre ile beraber emme başarısında artma olduğu tespit edilmiştir.
- ✓ Oksitosin uygulama süresiyle yenidoğan APGAR skoru ve emme başarısı arasındaki ilişkiye bakıldığında; sadece oksitosin uygulama süresi ile 1. dakika APGAR skoru arasında negatif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ APGAR skoru, yenidoğanın sağlığını kısa süreli değerlendirmeyi kapsadığı için oksitosinin yenidoğan üzerindeki etkisini belirlemek için APGAR

skoruyla birlikte kan gazlarını da içeren deneysel çalışmaların yapılması,

- ✓ Aynı araştırmanın çok merkezli olarak tekrarlanması,
- ✓ Oksitosin anne ve yenidoğan üzerinde sadece fizyolojik değil aynı zamanda psikolojik durumunu inceleyen araştırmaların yapılması önerilebilir.



KAYNAKLAR

1. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Genişletilmiş XIII. Baskı. Ankara, Özyurt Matbaacılık, 2016: 325-495.
2. Rathfisch G. Doğum Eylemi. İçinde: Beji NK(editör). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015:305-317.
3. Saydam BK. Doğum Eylemi. İçinde: Şirin A (editör). *Kadın Sağlığı*, 1. Baskı. İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık, 2008:646-663.
4. Maternal and Neonatal Outcomes of Elective Induction of Labor. Agency for healthcare research and quality advancing Excellence in Health Care. <http://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/eiltp.html>.1 Nisan 2016.
5. Sargın MA. Doğum İndüksiyonunda Kullanılan Farmakolojik Ajanların Yenidoğan Sağlığı Üzerine Etkileri. Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul: TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Doğumevi, 2008.
6. The Society of Obstetricians and Gynaecologist of Canada, Clinical Practice Guidelin.<https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/08/gui296CPG1309ErevE.pdf> 1 Nisan 2016.
7. An Overview of Perinatal Health in Canada, Canadian Perinatal Health Report, 2008. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cphr-rspsc/pdf/overview-apercu-eng.pdf> 1 Nisan 2016.
8. Perinatal Health Report 2008-09 to 2012-13 British Columbia, 2014 http://www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Data-Surveillance/Reports/PerinatalHealthReport2014_BC.pdf 1 Nisan 2016.

9. Gelegen K. Postdate Gebelik Nedeni İle Doğum İndüksiyonu Uygulanan Düşük Servikal Bishop Skoru Olan Gebelerde İndüksiyon Başarısını Etkileyen Faktörler. Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2013.
10. Karahan N. Oksitosin İndüksiyonunun Travay Süreci ve Perine Üzerine Etkileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2010.
11. Kılıçkap MT. Servikal Olgunlaşma ve Doğum İndüksiyonunda Dinoproston (PGE2) ve Oksitosinin Karşılaştırılması. Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, Diyarbakır: Dicle Üniversitesi, 2008.
12. Demir A. Servikal Olgunlaşma ve Doğumun Uyarılması Amacıyla Dinoproston (PGE2) Uygulamasında Erken ve Geç Dönem Oksitosin Kullanımının Karşılaştırılması. İstanbul Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği. Uzmanlık tezi, İstanbul: TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2006.
13. Tarım E, Kalaycı H. Doğum İndüksiyonu. İçinde: *Oxorn-Foote Eylem&Doğum*, Demir C, Güleç ÜK, (Çeviri editörleri). 6. Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2014:173-190.
14. Taşkın L. *Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı*. II. Baskı. Ankara, Palme Yayıncılık, 2002: 688-713.
15. Sağlık bakanlığı Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi Genelgesi 2009 / 5. <http://saglik.gov.tr/TR/belge/1-7933/acil-obstetrik-bakim-yonetim-rehberi-genelgesi-2009--5.html?vurgu=obstetrik+bak%C4%B1m> 1 Nisan 2016.
16. Baston H, Durward H. Examination of The Newborn : A Practical Guide. London, Routledge.

<http://faculty.ksu.edu.sa/aalnemri/Documents/Examination%20of%20the%20Newborn%20-%20A%20Practical%20Guide.pdf> 09.04.2016.

17. Bilgin NÇ, Potur DÇ. Doğum Sonu Dönem Kanıt Temelli Yaklaşımlar ve Hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2010; 3: 80-87.
18. World Health Organization Programmes and Projects http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/ 1 Nisan 2016.
19. Condon M. Breast is best, but it could be better: what is in breast milk that should not be? *Pediatric Nursing* 2005;31:333-338.
20. Westdahl C, Goertez SP. Promotion of breastfeeding—beyond the benefits. *International Journal of Childbirth Education* 2006;21:8-16.
21. Rishel R, Sweeney P. Comparison of breastfeeding rates among delivering infants in military treatment facilities with and without lactation consultants. *Military Medicine* 2005;170:435-438.
22. Thompson J. Breastfeeding benefits and implications: part two. *Community Practitioner* 2005;78:218-219.
23. Eker A, Yurdakul M. Annelerin bebek beslenmesi ve emzirmeye ilişkin bilgi ve uygulamaları. *STED* 2006;15:158-163.
24. Vefikuluçay D, Terzioğlu F. Annelerin doğum sonrası dönemde emzirmeye ilişkin bilgilerinin saptanması. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 2005;15:81-90.
25. Stolzer J, Hossain SF. Women, physicians and breastfeeding advice: a regional analysis. *Ethics&Medicine* 2006;22:177-191.
26. Ural S. Erciyes Üniversitesi Yenidoğan ve Sosyal Pediatri Polikliniklerine Başvuran 0-24 Aylık Bebeği Olan Annelerin Emzirme Ve Anne Sütünü Artırmaya

- Yönelik Geleneksel Uygulamaları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2011.
27. Şencan İ. Anne Sütü İle Beslenme Süresine Etki Eden Faktörlerin Araştırılması. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, İstanbul: Fatih Üniversitesi, 2008.
28. Bağlar D. Doğumdan Sonra LATCH Emzirme Puanı İle İlk 6 Aydaki Emzirme Durumu Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2008.
29. Baydar Y, Bayındır A, Kasap BH, Sakarya DK, Aksüt H, Yetimalar MH, Bezircioğlu İ. Anne vücut kitle indeksinin doğum süre ile şekli, bebek doğum ağırlığı, APGAR skoru, ve doğum sonrası komplikasyonlara etkisi. *Tepecik Eğitim Hast Derg*, 2012, 22:5-10.
30. Özcan ÇY. Vajinal Doğumda Oksitosin İndüksiyonu Alan ve Almayan Annelerin Emzirme Sonuçlarının Karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2014.
31. Tokat MA. Antenatal Dönemde Verilen Eğitimin Emzirme Öz-Yeterlilik Algısına ve Emzirme Başarısına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2009.
32. Gürol A. Bebek Masajının Anne Bebek Bağlanması Ve Emzirme Başarısına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2010.

33. Tülek F. Doğum İndüksiyonunda İntravenöz Oksitosin İnfüzyonu İle Servikal Olgunlaştırıcı Balonun Karşılaştırılarak Sonuçlarının Değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2014.
34. Tokat MA, Okumuş H. Emzirme Öz-Yeterlilik Algısını Güçlendirmeye Temelli Antenatal Eğitimin Emzirme Öz-Yeterlilik Algısına ve Emzirme Başarısına Etkisi. *HEAD*, 2013,10: 21-29.
35. Kurnaz D. Erken Pospartum Dönemde Annelerin Emzirmeye İlişkin Tutum ve Başarılarını Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, 2014.
36. Koyun K. LATCH Emzime Tanılama Ölçeğinin Kullanımı ve Yenidoğan Emzirme Başarısını İnceleyen Bir Çalışma. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2001.
37. Karaçor T. Oksitosin ile doğum indüksiyonu alan anne bebeklerinin kord kanındaki oksidatif stres belirteçlerinin değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, Diyarbakır: Dicle Üniversitesi, 2012.
38. Aytekin A, Albayrak EB, Küçüköğlü S, Caner İ. The effect of feeding with spoon and bottle on the time of switching to full breastfeeding and sucking success in preterm babies. *Türk Ped Arş*, 2014, 49:307-313.
39. Akça K, Aytekin A. Effect of soothing noise on sucking success of newborns. *Breastfeed Med*, 2014, 9:538-542.
40. Annagür A, Annagür BB, Şahin A, Örs R, Kara F. Is maternal depressive symptomatology effective on success of exclusive breastfeeding during postpartum 6 weeks? *Breastfeed Med*, 2013, 8:53-57.

41. McKeever P, Stevens B, Miller K, MacDonel JW, Gibbins S, Guerriere D, Dunn MS, Coyte P. Home versus hospital breastfeeding support for newborns: A randomized controlled trial. *BIRTH*, 2002, 29:258-265.
42. Baumgarder DJ, Muehl P, Fischer M, Pribbenow B. Effect of labor epidural anesthesia on breast-feeding of healthy full-term newborns delivered vaginally. *J Am Board Fam Pract*, 2003, 16:7-13.
43. Sievers E, Haase S, Oldigs HD, Schaub J. The impact of peripartum factors on the onset and duration of lactation. *Biol Neonate*, 2003,83:246-252.
44. Nascimento MB, Issler H. Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo*. 2003, 58:49-60.
45. Carfoot S, Williamson PR, Dickson R. A systematic review of randomised controlled trials evaluating the effect of mother/baby skin-to-skin care on successful breast feeding. *Midwifery*. 2003,19:148-155.
46. Dulon M, Kersting M, Bender R. Breastfeeding promotion in non-UNICEF-certified hospitals and long-termbreastfeeding success in Germany. *Acta Paediatr*, 2003, 92:653-658.
47. Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics*. 2003,112: 607-619.
48. Carfoot S, Williams P, Dickson R. A randomised controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breast feeding. *Midwifery*. 2005, 21:71-79.

49. Jacobs LA, Dickinson JE, Hart PD, Doherty DA, Faulkner SJ. Normal nipple position in term infants measured on breastfeeding ultrasound. *J Hum Lact.* 2007, 23:52-59.
50. Hopkinson J, Heird W. Maternal response to two electric breast pumps. *Breastfeed Med.* 2009, 4:17-23.
51. Zanardo V, Legarizzi S, Giustardi A, Micaglio M, Trevisanuto D. Breastfeeding success after laryngeal mask airway resuscitation. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2010,23:437-440.
52. Wiczorek PM, Guest S, Balki M, Shah V, Carvalho JCA. Breastfeeding success rate after vaginal delivery can be high despite the use of epidural fentanyl: an observational cohort study. *Int J Obstet Anesth.* 2010, 19:273-277.
53. Cordero L, Valentine CJ, Samuels P, Giannone PJ, Nankervis CA. Breastfeeding in women with severe preeclampsia. *Breastfeed Med.* 2012, 7:457-463.
54. Srivastava S, Gupta A, Bhatnagar A, Dutta S. Effect of very early skin to skin contact on success at breastfeeding and preventing early hypothermia in neonates. *Indian J Public Health.* 2014, 58:22-26.
55. Nachum Z, Garmi G, Kadan Y, Zafran N, Shalev E, Salim R. Comparison between amniotomy, oxytocin or both for augmentation of labor in prolonged latent phase: a randomized controlled trial. *Reprod Biol Endocrinol.* 2010,7:1-8.
56. Aquino MM, Cecatti JG. Misoprostol versus oxytocin for labor induction in term and post-term pregnancy: randomized controlled trial. *Sao Paulo Med J.* 2003, 121:102-106.
57. Nakintu N. A comparative study of vaginal misoprostol and intravenous oxytocin for induction of labour in women with intra uterine fetal death in Mulago Hospital, Uganda. *Afr Health Sci.* 2001, 1:55-59.

58. Lo TK, Lau WL, Wong KS, Tang LCH. Sublingual misoprostol compared to artificial rupture of membranes plus oxytocin infusion for labour induction in nulliparous women with a favourable cervix at term. *Hong Kong Med J.* 2006, 12:345-350.
59. Aalami-Harandi R, Karamali M, Moeini A. Induction of labor with titrated oral misoprostol solution versus oxytocin in term pregnancy: randomized controlled trial. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013, 35:60-65.
60. Sosa CG, Althabe F, Belizan JM, Buekens P. Use of oxytocin during early stages of labor and its effect on active management of third stage of labor. *Am J Obstet Gynecol.* 2011, 204:238-243.
61. Nuthalapaty FS, Ramsey PS, Biggio JR, Owen J. High-dose vaginal misoprostol versus concentrated oxytocin plus low-dose vaginal misoprostol for midtrimester labor induction: a randomized trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2005, 193:1065-1070.
62. Bahadori F, Ayatollahi H, Naghavi-Behzad M, Khalkhali H, Naseri Z. Predicting factors on cervical ripening and response to induction in women pregnant over 37 weeks. *Med Ultrason.* 2013, 15:191-198.
63. Nassief SA, McFaul P, Rane A. Clinical trial comparing artificial rupture of membranes plus oral PGE2 tablets versus artificial rupture of membranes plus intravenous oxytocin for induction of labour in primigravid patients at term. *Ulster Med J.* 1996, 65:145-148.
64. Coşkun A. *Hemşire ve Ebeler İçin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Öğrenim Rehberi.* 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014:130-142.
65. Karaçam Z. Doğum sırasında kullanılan pozisyonların anne ve bebek sağlığına etkisi. *C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 2001,5(2): 56-61.

66. Coşkun A. Normal Doğum Eylemi ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: Seçim H (editör). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği, 1. Baskı. Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları No:264, 1992: 266-305.
67. Kadayıfçı O, Evrücke C, Ürünsak İF, Ünal EA. Doğum Fizyolojisi ve Vajinal Doğum. İçinde: Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürkan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K (editörler). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, 1. Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2008:189-200.
68. Cunningham GF, Gant FN, Leveno JK, Gilstrap CL, Hauth CJ, Wenstrom DK, Williams Doğum Bilgisi. Çeviri; Akman AC. 21. Baskı, 1. Cilt, Nobel Matbaacılık, İstanbul, 2005:397.
69. Çiçek M, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1. Baskı. İstanbul, Güneş Kitabevi Ltd. Şti. 2006.
70. Tanrıverdi HA, Usal D. Doğum Eylemi İndüksiyonu. İçinde: Çiçek MN, Mungan MT (editörler). *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji*, 1. Baskı. Ankara, Güneş Kitabevi Ltd. Şti. 2007: 197-206.
71. Hamid Hadi MD. Cervical Ripening and Labor Induction: Clinical Guidelines. *Clinical Obstetrics And Gynecology* 2000, 43:524-536.
72. C. David. Adair Nonpharmacologic Approaches to Cervical Priming and Labor Induction, *Clinical Obstetrics And Gynecology* 2000,43:447-454.
73. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for Obstetricians-Gynecologists. No 107 August 2009
74. Dickason EJ, Silverman BL, Schult MO. Maternal-Infant Nursing Care, 2nd ed. America, Mosby-Year Book, 1994: 281-511.
75. Çavuşoğlu H. Normal yenidoğan ve hemşirelik bakımı *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*, Genişletilmiş 9. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2011:23-55.

76. https://en.wikipedia.org/wiki/Apgar_score 1 Nisan 2016.
77. Hill PM. The Infant. In: Hill PM, Humphrey P (eds). Human Growth and Development Throughout Life A Nursing Perspective. 1st ed. United States of America, A Wiley Medical Publication, 1982: 103-109.
78. Altinkaya N. Yenidoğan. İçinde: Onat T (editör). *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları*, 1. Baskı. İstanbul, Eksen Basım Yayım Ltd, 1996: 239-293.
79. Törüner E, Büyükgönenç L. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları, 1. Baskı. Göktuğ Yayıncılık. Ankara. Törüner E, Büyükgönenç L (editörler): *Sağlıklı Yenidoğan: Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları*, 1. Baskı, Ankara, Göktuğ Yayıncılık, 2011:359-380.
80. Dağoğlu T, Samancı N. Yenidoğanın Resussitasyonu. İçinde: Dağoğlu T, Görak G (eds). *Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri*. 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. 2002: 105-152.
81. Anderson JJ. Growth and Development of Children within Families. In: Foster RL, Hunsberger MM, Anderson JJ(eds). Family Centered Nursing Care of Children. 1st ed. Canada, Saunders Company, 1989: 181-196.
82. Okumuş H, Yenal K: Normal ve riskli yenidoğan: Coşkun A (editör). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*, 1. Baskı, İstanbul, Koç Üniversitesi Yayınları, 2012:317-347.
83. Karataş N. Araştırmada Örnekleme. İn: Erefe İ, ed. *Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri*. İstanbul: Odak Ofset; 2004: 125-138.
84. Apgar V. The newborn (Apgar) scoring system. Reflections and advise. <https://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/CPBBJY.pdf> 1 Nisan 2016.
85. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: A Breastfeeding Charting System and Documentation Tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1994,23:27-32.

86. Yenal K, Okumuş H. LATCH emzirme tanılama ölçeğinin güvenilirliğini inceleyen bir çalışma. *HEMAR-G*, 2003, 1: 38-44.
87. Güner H, Bingöl B. İntrapartum Monitörizasyon. İçinde: *Obstetrik ve Jinekoloji*, Güner H (Çeviri editörü). *Obstetrics & Gynecology*, Carey JC, Rayburn WF. 4. Baskı, Ankara, Güneş Kitabevi Ltd. Şti., 2006: 190-198.
88. Bishop Score From Wikipedia, the free encyclopedia. https://en.wikipedia.org/wiki/Bishop_score 1 Nisan 2016.
89. Rouse D, Owen J, HAAuth JC. Criteia for failed labor induction: Prospective evaluation of a standardized protocol. *Am J Obstet Gynecol*, 2000, 182:132.
90. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf 1 Nisan 2016.
91. Dünya'da emzirme yaklaşımları. Lansinoh 2014 emzirme araştırması, 2015. <http://www.lansinoh.com.tr/onerilerimiz/Lansinoh-2014-emzirme-arastirmasindan-one-cikanlar> 1 Nisan 2016.

EKLER

EK-I. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
Adı Soyadı: Zehra Demet ÜST
Doğum tarihi: 02.07.1986
Doğum Yeri: Horasan
Medeni Hali: Bekâr
Uyruğu: T.C.
Adres: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü 25240 ERZURUM
Tel: 0442 236 09 83
Faks: 0442 236 09 84
E-mail: zehra.ust@hotmail.com
Eğitim
Lise: Atatürk Lisesi (2003)
Lisans: Atatürk Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (2004-2008)
Yüksek Lisans: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (2008-2012)
Doktora: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (2012-2016)
Yabancı Dil Bilgisi
İngilizce: Orta Derecede
Almanca:
Rusça:
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
Türk Ebeler Derneği
İlgi Alanları ve Hobiler

EK-II. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Değerli Anne adayı, bu araştırma hastanemize doğum eylemi için başvuran gebelere uygulanan oksitosinin yenidoğan APGAR skoru ve emme başarısına etkisini değerlendirmek amacı ile yapılmaktadır. Paylaşacağınız bilgiler sadece bu araştırma için kullanılacaktır. Verdiğiniz bilgilerin doğruluğu araştırmanın güvenilirliği açısından son derece önemlidir. Değerli vaktinizi ayırıp, araştırmaya destek verdiğiniz için teşekkür ederiz.

1. Kaç yaşındasınız?

- a)18-26
- b)27-35

2. Yaşadığınız yer?

- a) Köy
- b) İlçe
- c) İl

3. Eğitim durumunuz?

- a) İlköğretim
- b) Ortaöğretim
- c) Yükseköğretim

4. Çalışma durumunuz?

- a) Çalışıyor
- b) Çalışmıyor

5. Çalışıyorsanız mesleğiniz?.....

6. Ailenizin ekonomik düzeyini değerlendiriniz?

- a) Kötü
- b) Orta
- c) İyi

7. Eşinizin eğitim durumu nedir?

- a) İlköğretim
- b) Ortaöğretim
- c) Yükseköğretim

8. Eşinizin mesleği nedir?.....

9. Kaçınıcı gebeliğiniz?

- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4 ve üzeri

10. Bu gebeliğiniz planlanmış bir gebelik miydi?

- a) Evet
- b) Hayır

11. Bimanuel muayene bulguları?

Dilatasyon:

Silinme:

12. Amniyon kesesinin durumu?

- a) Açık
- b) Kapalı

13. Doğumda epizyotomi uygulanma durumu?

- a) Uygulandı
- b) Uygulanmadı

14. İndüksiyon (oksitosin) uygulanma süresi (dakika):

15. Bebeğin cinsiyet

- a) Kız
- b) Erkek

16. Bebeğin ölçümleri

Kilo (gram):

Boy (cm):

EK-III. APGAR SKORU DEĞERLENDİRME SKALASI

APGAR Kriterleri	Puanlar		
	0	1	2
Kalp atım hızı	Kalp hızı yoksa	100 / dk altında olduğunda	100/dk ise
Solunum	Solunum yoksa	Düzensiz ve düşük sayıda ise	Bebek ağladığında ya da düzenli solunum yaptığında
Kas tonüsü	Kas tonüsü yoksa	Ekstremitelerin bazıları fleksiyona geçiyor bazıları geçmiyor ise	Spontan olarak ekstremiteler fleksiyona geçiyor ise
Renk	Tüm vücut mavi ve soluk olduğunda	Vücut pembe, ekstremiteler mavi ve soluk olduğunda	Cilt renginin pembe olduğu durumlarda
Refleksler	Yenidoğan uyarılara hiçbir cevap vermiyor ise	Kaşlarını çatıyor, yüzünü buruşturuyor ise	Uyarılara ağlayarak cevap veriyor ise

EK-IV. LATCH EMZİRME VE TANILAMA ÖLÇEĞİ

Değerlendirme Kriterleri		Puanlar		
		0	1	2
L	Latch on breast (Memeyi tutma)	Uyur ya da isteksizdir, memeyi tutmayı başaramaz	Tekrar dener, sadece meme ucunu ağzına alır, emme hareketi görül	Areolayı da ağzına alacak şekilde memeyi tutar, ritmik bir şekilde emer. Dudaklar dışa doğru dönüktür.
A	Audible swallowing (Bebeğin yutma hareketinin görülmesi)	Yok	Birkaç emme hareketi görülür	Yutma sırasında kısa süreli güçlü ekspirasyonlar görülür
T	Type of nipple (Meme ucunun tipi)	Çökük	Düz	Uyarıyla dışarı çıkmış
C	Comfort of breast/nipple (Annenin meme ve meme ucuna ilişkin rahatlığı)	Dolgunluk, çatlak, kanama, eziklik	Doku kızarıklık, küçük ezikler, rahatlıkta Azalma	Yumuşak göğüsler ve annede rahatlık
H	Help needed to position baby (Bebeği tutuş pozisyonu)	Tamamiyle yardımla	Minimal yardım	Yardımsız

EK-V. ETİK KURUL ONAY FORMU



ETİK KURUL SONUÇ FORMU



Araştırmanın Adı: “Doğum eyleminde anneye uygulanan oksitosinin yenidoğan apgar skoru ve emme başarısına etkisi ”

Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur (X)

Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur ()

Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir ()

Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 05.08.2013 tarihinde yapılan toplantısında “Doğum eyleminde anneye uygulanan oksitosinin yenidoğan apgar skoru ve emme başarısına etkisi ” konulu Zehra Demet Üst ve Doç. Dr. Duygu Arıkan çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.

Prof.Dr. Mehtap TAN

Başkan

Doç.Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ

Başkan Yrd.

Katılmadı

Doç.Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU

Üye

Doç.Dr.Nadiye ÖZER

Üye

Doç.Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU

Sekreter/Raportör

EK-VI. HASTANE İZİN YAZISI



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : 20369917/72.00-4593
Konu : Bilgilendirme

20.12.2013

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Ana Bilim Dalımız Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Zehra Demet ÜST' ün tez çalışması ile ilgili Rektörlük Makamı' nın 19.12.2013 tarih ve 025799 sayılı yazısı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM
MÜDÜR

EK:2 Adet Yazı

Dahili TLF : 0-442-231-4885-4886-4887-4891-4894-4895
HARİCİ TLF : 0 442 - 236 09 70
FAX : 0-442 - 236 09 69
E-mail: sagbilenst@atauni.edu.tr
Enstitüler Binası Kat : 1 25240 ERZURUM



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 88179374-3050
Konu : Tez Çalışması

025799-19.12.2013

SAGLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Enstitünüz öğrencilerinden Mehtap KAVURMACI, Zehra Demet ÜST, Aybike BAHÇELİ, Neşe TAŞKIRAN ve Özlem SOĞUKBUDAK'ın tez çalışmaları ile ilgili İnönü, Erzincan Üniversiteleri ile Erzurum Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden alınan yazılar ekte gönderilmiştir.

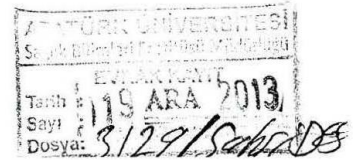
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Ömer İrfan KÜFREVİOĞLU
Rektör Yardımcısı

Eki: 5 Takım

Öğr. İşl.
19.12.2013
Yk

Atatürk Üniversitesi Merkez Yerleşkesi 25240 ERZURUM
Telefon: (0442) 2311601-2311343 (Büro) Faks: (0442) 2361916
e-posta: odaire@atauni.edu.tr





T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Erzurum Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

SAYI 98003106-774/
KONU : Çalışma İzni

020758

09 / 12 / 2013

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
ERZURUM

İlgi: a) 28.11.2013 tarih ve 024425 sayılı yazınız,

İlgi yazınız ile talep etmiş olduğunuz Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Zehra Demet ÜST'ün "Doğum Eyleminde Uygulanan Oksitosinin Yenidoğan Apgar Skoru ve Emme Başarısına Etkisi" konulu çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Nenehatun Kadın Doğum Hastanesinde yapması Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüş olup,

Gereğini arz ederim.

Prof.Dr.Fazlı ERDOĞAN
Genel Sekreter