

T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

HASTANEDE ÇALIŞAN EBELERİN NEONATAL
RESÜSİTASYON KONUSUNDAKİ BİLGİLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Sabriye UÇAN

Kasım-2007

SİVAS

T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

HASTANEDE ÇALIŞAN EBELERİN NEONATAL
RESÜSİTASYON KONUSUNDAKİ BİLGİLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Sabriye UÇAN

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Özgür ALPARSLAN

Kasım-2007
SİVAS

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Neonatal Resüsitasyon.....	6
2.2. Neonatal resüsitasyonun Tarihçesi	7
2.3. Asfiksi ve Solunum Depresyonu	8
2.4. Neonatal Resüsitasyona Hazırlık.....	9
2.5. Neonatal Resüsitasyonda Başlangıç Adımları.....	12
2.6. Balon Maske İle Ventilasyon	14
2.7. Göğüs Kompresyonu	17
2.8. Endotrakeal Entübasyon	20
2.9. Neonatal Resüsitasyonda İlaç Uygulamaları	23
2.10. Yenidoğan Resüsitasyonda Ebenin Rolü.....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Tipi	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süresi	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	28
3.4. Veri Toplama Araçları.....	29
3.4.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması.....	29
3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	30
3.4.3. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
4. BULGULAR	32
5. TARTIŞMA	56
6. SONUÇ	60
7. ÖNERİLER	62
ÖZET	63
SUMMARY	64
KAYNAKÇA	65
EKLER	71

Tablo 2.1: Endotrakeal Entübasyonun Komplikasyonları.....	22
Tablo 2.2: Yenidoğan Bebeğin Resüsitasyonunda Kullanılan İlaçlar	24
Tablo 4.1: Ebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları.....	32
Tablo 4.2: Ebelerin Neonatal Resüsitasyon (NR) ile İlgili Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı	33
Tablo 4.3: Ebelerin Neonatal Resüsitasyona İlişkin Bilgilerinin Dağılımı	35
Tablo 4.4: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Neonatal Resüsitasyon Kursuna Katılma Durumları.....	38
Tablo 4.5: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Neonatal Resüsitasyonun Amacını Bilme Durumları.....	38
Tablo 4.6: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Neonatal Resüsitasyonun ABC'sinin Sıralanmasını Bilme Durumları.....	39
Tablo 4.7: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Neonatal Resüsitasyon Basamaklarını Bilme Durumları.....	39
Tablo 4.8: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Neonatal Resüsitasyon İşlemi Sırasında Bebeğe Verilen Pozisyon Hakkındaki Bilgi Durumlarının Dağılımları.....	40
Tablo 4.9: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Yenidoğan Bebeğin Doğumundan Sonra Yapılması Gereken Uygulamalarını Bilme Durumları	40
Tablo 4.10: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Yenidoğan Bebeğin Doğumdan Sonra Değerlendirmesini Bilme Durumları	41
Tablo 4.11: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Genel Resüsitasyona İlişkin Bilgilerinin Durumu	41
Tablo 4.12: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Trakeadan Mekonyumu Aspire Etmek İçin Önerilecek Araç Gereci Bilme Durumları.....	42
Tablo 4.13: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Trakeadan Aspirasyona Karar Verilirken Bebek Canlı Diyebilmek İçin Gerekli Kriterleri Bilme Durumları	42
Tablo 4.14: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Bebeğe Taktil Uyarın ve Serbest Akış Oksijen Kullanımını Bilme Durumlarının Dağılımı.....	43
Tablo 4.15: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Zararlı Taktil Uyarınları Bilme Durumları	43

Tablo 4.16: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Ventilasyon İşlemini Bilme Durumlarının Dağılımı	44
Tablo 4.17: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Termde Bir Yenidoğanın Her Bir Ventilasyondaki Gereksinimini Bilme Durumları.....	44
Tablo 4.18: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Doğum Sırasında Bir Bebeği Ventile Ederken Oksijen Konsantrasyonu Hakkındaki Bilgilerinin Dağılımı	45
Tablo 4.19: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Yenidoğan Resüsitasyon Araçlarının Kontrol Zamanını Bilme Durumları	45
Tablo 4.20: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Göğüs Kompresyonu Hakkındaki Bilgilerinin Dağılımı	46
Tablo 4.21: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Yenidoğan Bir Bebeğe Göğüs Kompresyonu Sırasında Bası Uygulamasını Bilme Durumları.....	46
Tablo 4.22: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Yenidoğanın Göğüs Kompresyonu ve Ventilasyonunu Uygulama Süresini Bilme Durumlarının Dağılımı	47
Tablo 4.23: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Göğüs Kompresyonu Uygularken Meydana Gelen Komplikasyonlar Hakkındaki Bilgilerinin Dağılımı.....	47
Tablo 4.24: Öğrenim Düzeyine Göre Ebelerin Endotrakeal Entübasyon Uygulama Bilgilerinin Dağılımı	48
Tablo 4.25: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Endotrakeal Entübasyon Sonucu Olabilecek Komplikasyonlar Hakkındaki Bilgilerinin Dağılımı	48
Tablo 4.26: Ebelerin Öğrenim Durumlarının Endotrakeal Tüp ve Laringoskopun Yerleştirilmesi için Bebeğe Doğru Pozisyon Verme Bilgilerinin Dağılımları.....	49
Tablo 4.27: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Neonatal Resüsitasyondaki İlaç Uygulama Bilgilerini Bilme Durumları.....	49
Tablo 4.28: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Neonatal Resüsitasyon Esnasında İlaçların Verilme Yollarını Bilme Durumları	50
Tablo 4.29: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Neonatal Resüsitasyondaki İlaçların Kullanım Amaçlarını Bilme Durumlarının Dağılımı	50
Tablo 4.30: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Neonatal Resüsitasyonda Kullanılan Malzemeleri Bilme Durumları.....	51
Tablo 4.31: Ebelerin Çalıştıkları Bölümlerin Neonatal Resüsitasyonda Yer Alan Hava Yolunun Açıklığının Sağlanması Uygulamasını Yapma Durumuna Göre Dağılımı	51

Tablo 4.32: Ebelerin Çalıştıkları Bölümlere Göre Neonatal Resüsitasyondaki Malzeme ve İlaçları Hazır/Çalışır Bulundurma Durumları.....	52
Tablo 4.33: Ebelerin Çalıştıkları Bölümlerde Neonatal Resüsitasyondaki Damar Yolu Açıklığını Sağlama Durumuna Göre Dağılımı.....	53
Tablo 4.34: Ebelerin Çalıştıkları Bölümlerin Neonatal Resüsitasyon Uygulamasında Yer Alan Yaşam Bulgularını Takip Etme Durumlarına Göre Dağılımı.....	53
Tablo 4.35: Ebelerin Çalıştıkları Bölümlerde Neonatal Resüsitasyon İşlemine Yardım Etme Durumlarına Göre Dağılımları.....	54
Tablo 4.36: Ebelerin Çalıştıkları Bölümlere Göre Neonatal Resüsitasyonda Yer Alan Kayıt Tutma Durumları	55

GRAFİKLER DİZİNİ

Sayfa No

Grafik 4.1: Ebelerin Neonatal Resüsitasyona İlişkin Bilgilerinin Dağılımı..... 37

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 2.1: Göğüs Kompresyonu Pozisyonları	18
Şekil 2.2: Resüsitasyon Sırasında Sağlık Personelinin Rolü	26

KISALTMALAR

- NR** : Neonatal Resüsitasyon
NRP : Neonatal Resüsitasyon Programı
SSS : Santral Sinir Sistemi
PBV : Pozitif Basıncılı Ventilasyon
KPR : Kardiyopulmoner Resüsitasyon
TYD : Temel Yaşam Desteği
İYD : İleri Yaşam Desteği
ETE : Endotrakeal Entübasyon
ETT : Endotrakeal Tü

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Doğum, dinamik değişikliklerin olduğu zorunlu bir çevre değişim sürecidir (Neyzi ve Ertuğrul, 1993). Son yıllarda “yenidoğan” döneminin insan hayatında nasıl önemli bir rol oynadığı daha iyi anlaşılmıştır. Tıbbın bu alanında görev alan hekimler, hemşireler ve ebeler için yenidoğan sağlığı ayrı bir önem kazanmıştır (Dağoğlu ve Görak, 2002). Her yenidoğan bebek, hayatta kalabilmek ve sonra da gelişimini sürdürebilmek için ekstrauterin yaşama geçişi başarılı bir şekilde tamamlamak zorunluluğundadır (Neyzi ve Ertuğrul, 1993). İntrauterin yaşamda fetüs, gaz değişimi, beslenme, termoregulasyon ve mekanik ürünlerin atılımı için tamamen plesantaya bağımlıdır (Dağoğlu, 2000). Bu nedenle yenidoğanın dünyaya geldiği ilk dakikalar, ekstrauterin yaşama uyumu göstermesi bakımından çok önemlidir. (Çavuşoğlu, 2004). DSÖ verilerine göre, tüm dünyada yılda 5 milyon yenidoğan ölmektedir. Bu yenidoğanların %19’ u doğum sonu asfiksiye bağlı kaybedilmektedir (WHO, 1995). Ülkemizde ise yenidoğan ölümlerinin büyük bir bölümü yaşamın ilk saatleri ve ilk yedi günü içerisinde gerçekleşmektedir. Türk Neonatoloji Derneğinin yapmış olduğu çalışma sonuçlarına göre, yenidoğan ölüm nedenlerinin %11’i perinatal asfiksiye bağlı gerçekleşmektedir (Dağoğlu ve Görak, 2002).

Ülkemizdeki duruma baktığımızda ülke genelinde, doğumların %78’inin bir sağlık kuruluşunda (kamu sektörü, özel sektör) gerçekleştiği, bu doğumların %36,3’ünün de ebeler tarafından yaptırıldığı belirlenmiştir (TNSA 2003). Doğumu izleyen ilk dakikalar, bebeğin uterus dışındaki yaşama uyum sağlamasına yardım edilmesi gereken kritik dakikalardır. Bu dakikalarda yenidoğan bütün fonksiyonlarını tek başına yerine getirmek zorunda kalmaktadır. Yenidoğanların %85-90’ında bu değişiklikler sakin bir şekilde olur ve genellikle bir yardım gerektirmezken, yaklaşık %10’unda ise asfiksi nedeniyle aktif müdahale gerekmektedir (Dağoğlu ve Görak, 2002). Yenidoğanların oldukça duyarlı oldukları bu dönemde hipoksi yaşamaları çok ciddi bir sorun olarak algılanır. Perinatal hipoksi nedeniyle yenidoğanların bir kısmı kaybedilirken, bir kısmında da ileri ki dönemlerde mental-motor sorunlar ortaya çıkmaktadır ve tüm hayatı boyunca sürecek sonuçlar doğurmaktadır. Doğumu takiben hızlı ve uygun yaklaşımla, yenidoğan bebeğin hipoksik zedelenmelerden korunması mümkündür. Bu nedenle resüsitasyon, bu duyarlı

dönemin en önemli girişimlerinden biridir. Resüsitasyon, herhangi bir nedenle durmuş olan solunum ve dolaşım fonksiyonunun tekrar başlamasına kadar geçen sürede vital organlara O₂ sağlanması için yapılan işlemlerin tümüne birden "**kardiyopulmoner resüsitasyon**" denir (ILCOR, 2000).Bebeklerin yaklaşık 1/10'unda doğumu izleyen ilk dakikalarda canlandırma gerekebileceği için, doğum yaptırılan bütün merkezler ve resüsitasyon sırasında gereken malzemeler hazır bulundurulmalı, tüm ekip(hekim, ebe ve hemşire gibi) belirli bir uygulama planı içinde hareket etmeli ve resüsitasyon uygulamalarını iyi bilmelidir (Akçay, 1999; Dağoğlu, 2000; Yurdakök, 2001; Sütçüoğlu ve ark., 2003; Kültürsay, 2003; Örnek, 2005).

Grupta ve Tizard'ın (1967) ifade ettiği gibi, yirmi yılı aşkın bir süredir yapılan çalışmalarda doğum odasında yenidoğanların 1/50'sinde aktif resüsitasyon gerekmektedir ve tüm doğumların % 5,7' sinde yenidoğanın 1. dakikada apneik olduğunu ve bunların 1/4' ünün doğum odasında aktif resüsitasyon gerektirdiği bildirilmiştir. Chamberlain ve ark.(1970) yaptıkları çalışmada, yenidoğanların %4,7' sinde düzenli solunumun 3. dk'dan sonra başladığını ve bunların yarısının entübasyona ihtiyaç duyduklarını göstermiştir.

Doğum odasında resüsitasyonun ana amacı; yeterli ventilasyon, oksijenasyon ve kardiyak output sağlayarak beyin, kalp ve diğer yaşamsal organlara gereken miktarda oksijenin ulaştırılmasını sağlamaktır (Yurdakök ve Arslan, 2000; Singh ve ark.,2006). Yenidoğan resüsitasyonun etkili olabilmesi için hızlı ve doğru karar verme yeteneği olan ve uygun zamanda girişimde bulunabilen ebelere ihtiyaç vardır. Bu konuda ebelerin tam donanımlı olmaları gerekir. Doğumu yaptıran sağlık personelinin normalden sapsmaları tanınması ve uygun girişimleri yerine getirmesi beklenir. Ebe ve hemşire, asfiksisi olan yenidoğan bebeği aspire eder, taktil uyarı verir, solunumunu, kalp atım hızını ve rengini değerlendirir. Tüm bu girişimlere karşın bebek yanıt vermezse resüsitasyon ekibi ile birlikte, balon ve maske ile pozitif basınçlı ventilasyon ve göğüs kompresyonuna başlanır. Resüsitasyonun her aşamasında ebenin ve hemşirenin önemli rolü vardır. Başarılı bir resüsitasyon ekibi içinde yer alan ebenin ve hemşirenin bu alanda yeterli eğitimli, donanımlı ve deneyimli olması gerekir (Başbakkal ve Kılıç, 1995). Ülkemizde yürürlükteki yönergeye göre, ebeler doğumda ve doğum sonrasında riskli durumları değerlendirmek, gerekli bakım ve izlemi yapmakla sorumludurlar (Sağlık Bakanlığı. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönergesi, sayı:71, 2001).

Grupta ve Tizard (1970), resüsitasyon gerektiren yenidoğanların %79' unda yüksek risk tespit etmiş ve aktif resusitasyon gerektiren yenidoğanların %30' unun ise normal bir gebelikten sonra doğan bebekler olduğunu bildirmişlerdir.

Resüsitasyon eğitimi esas olarak pratiğe dayanmakta ve özel eğitim gerektirmektedir. Ülkemizde kongreler kapsamında veya bazı kurumlarda resüsitasyon uygulama kursları verilmekte ve bu kurslara ebeler de katılmaktadır. 1998–2000 yılları arasında toplam 4005 kişi (1884 doktor, 2120 ebe, hemşire, anestezi teknisyeni, tıbbi teknolog) neonatal resüsitasyon programı sonrasında, uygulayıcı eğitim sertifikası almıştır. 1998–2004 yılları arasında toplam 10401 sağlık personeli (Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Pratisyen Hekimler, Ebeler, Hemşireler, Anestezi Teknisyenleri) eğitilmiştir. Ancak ebelik mesleğine veri oluşturacak ve ebelerin resüsitasyon uygulamasına ait bilgilerinin ne durumda olduğunu gösteren çalışmalar bulunmamaktadır (Köse, 2005). Dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalar ise sadece hekim ve hemşire gibi diğer sağlık çalışanları üzerinde yapılmıştır (Aksoy, 1997; Broomfield, 1996; Çınar ve Güney, 2002; O'Donnell ve ark. 2006; Gennaro ve ark. 2005; Boo ve Pong, 2001; Gnanalingham ve ark. 2006).

Aksoy (1997) Amerika Birleşik Devletleri'nde hemşirelerin %92' sinin öğrencilikleri sırasında resüsitasyon teknikleri konusunda bilgi aldıkları halde, bu bilgilerinin yeterli olmadığını ve etkili kullanamadıklarını bildiren bir çalışmadan söz etmiştir. Yurtdışındaki bir hemşire eğitim merkezinde, 50 hemşire üzerinde yapılan bir araştırmada resüsitasyon eğitimine yüksek oranda gereksinim duyulduğu belirlenmiştir (Broomfield, 1996). Aksoy (1997),hemşirelere yönelik kardiyopulmoner resüsitasyon eğitimiyle ilgili yaptığı çalışmasında, hemşirelerin eğitime ihtiyaçları olduğunu belirlemiş ve yapılan eğitim sonucunda hemşirelerin bilgi düzeylerinin arttığını göstermiştir.

Sakarya Doğum ve Çocuk Hastanesi' nin prematüre yenidoğan, süt çocuğu, doğum odası, loğusa ve çocuk acil bölümlerinde çalışan 58 hemşire üzerinde yapılan bir araştırmada hemşirelerin %90' ının yenidoğan resüsitasyonu konusunda eğitime gerek duydukları ve böylesi programlara katılmaya istekli oldukları belirlenmiştir. Araştırma sonucuna göre elde edilen puan ortalamasının düzeyi de hemşirelerin konuyla ilgili eğitime gereksinim duyduklarını göstermiştir (Çınar ve Güney, 2002).

Ebelerin bu konuda tam deneyimli bir bilgi düzeyine sahip olup olmadıklarını belirlemek ve mevcut durumu ortaya koyabilmek adına çalışma yapılması önemli olacaktır. Mevcut durum ortaya konulduğunda, elde edilen bulgular, ebelerin neonatal resüsitasyon bilgilerini arttırmaya, var olan bilgilerini güncelleştirmeye, yanlış bilgilerini düzeltmeye, eksik bilgilerini tamamlamaya olanak sağlayacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu alışma, Antalya İl belediye sınırları içerisinde yer alan hastanelerde çalışan ebelerin neonatal resüsitasyona ilişkin bilgi düzeylerinin bazı sosyo – demografik özelliklerle ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Neonatal Resüsitasyon

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre her yıl ölen 5 milyon yenidoğandan yaklaşık %19'u doğum sonu asfiksiye bağlıdır (Çınar ve Güney, 2002). Ebelerin Neonatal Resüsitasyon Programı (NRP) ile öğretilen teknikleri kullanması ile yılda 1 milyon yenidoğanın ölümü önlenmiş olacaktır (Yurdakök ve Arslan, 2000; Dağoğlu ve Samancı, 2002) . Her resüsitasyon girişiminde primer hedef organ beyindir. Yenidoğan bebeğin beyni için en büyük tehlike hipoksi ve iskemidir. Hipoksinin giderilmesi için resüsitasyon girişiminde gecikme ya da yanlış uygulamalar yapılması bebeğe, aileye ve topluma ağır bir yük getirir. Ülkemizde özürlü kişilerin nüfusa oranı (%10) düşünüldüğünde, resüsitasyon eğitiminin, ebeler için ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır (Başbakkal ve Kılıç, 1995).

Doğum anında bazı bebekler değişik etkenler ile asfiktik doğabilirler. Bebeğin yaşamsal bulgularını normale getirme ve sürdürülebilmesi için bir dizi girişim gereklidir. Resüsitasyon Latince “resuscitare” sözcüğünden kaynaklanmaktadır: bu da yeniden canlandırmak, uyandırmak anlamına gelmektedir. Neonatal resüsitasyon terimi, yenidoğan bebeğe bağımlı fetal yaşamdan bağımsız neonatal yaşama geçişte yapılan yardımları ifade eder (Başbakkal ve Kılıç, 1995; Onat, 1996; Oran ve ark., 2001; Neyzi ve Ertuğrul, 2002). Yeni doğan bebek 30 sn içinde solumaya başlamalı, 90 sn içinde de solunumunu düzenli olarak sürdürebilmelidir. Yenidoğanda solunumun başlaması, vajenden çıkışta toraksın genişlemesi, hafif asidoz, hiperkapni, hipoksi, ağrı, soğuk, dokunma, gürültü ve göbek kordonunun bağlanması gibi uyarılarla olmaktadır (Wyllie, 2006; Yılmaz, 2007).

Resüsitasyon gerektiren bebekler 4 gruba ayrılır:

- 1. Hiç solunum eforu olmayan bebekler**
- 2. Zayıf ve yetersiz solunumu olan siyanoze ve sıklıkla bradikardik bebekler**
- 3. Güçlü solunum eforuna rağmen siyanotik grup**
- 4. Adale veya Santral Sinir Sistemi (SSS) 'nin primer hastalıklarından dolayı neonatal apnesi olanlar**

Yeni doğanı değerlendirmek, yapılacak işleme karar vermek neonatal resüsitasyonda en önemli aşamalardır (Neyzi ve Ertuğrul, 2002; Öztürk, 2006) .

2.2. Neonatal resüsitasyonun Tarihçesi

Ölüm; insanoğlunun en çok korktuğu ve en çok yenmek istediği acı bir gerçektir. Bu nedenle çok eski dönemlerden günümüze kadar gelen birçok mitolojik kaynakta bile ölümün geriye döndürülebilirliği konusu önemli ölçüde yer almıştır. Rivayete göre ilk ve en erken ağızdan ağza solunumla ilgili referanslar İncil’de yazdığına göre peygamber Elisha tarafından ölü bir çocuğun canlandırılması sırasında uygulanmıştır. Rivayet bir yana rönesanstan önce ölüm Allah’ın bir eylemi olarak kabul edilirmiş (Safar, 2002). Örneğin Eski Ahitte İly’a’nın respiratuvar arresti olan bir bebeği nasıl resüsite ettiğini “... Bebeğin üzerine eğildi ve ağızdan üç defa nefes verdi” şeklinde anlatmaktadır (Yılmaz, 2005). Ağızdan ağza solunum 1472’ de Paolo Bagellardo tarafından önerilmiştir. 1754’ de Benjamin Pugh ilk kez yenidoğan resüsitasyonunu “ eğer bir bebek doğumdan hemen sonra soluk alamıyorsa ağız temizlendikten sonra burun parmaklarla sıkılıp, hava kaçıışı önlenerek ağzınızı bebeğin ağzına dayayarak akciğerlere hava üfleyin ” şeklinde tanımlamıştır. Yenidoğanlar için laringeal entübasyonu William Smellie tanımlamış ve pozitif basınçlı ventilasyon(PBV) 1770’ de Petit tarafın-dan önerilmiştir. 1774’ te Janin körük aletini kullanarak uygulamaya koymuştur. Laringeal entübasyon ile pozitif basınçlı ventilasyon kombinasyonu 1788’ te Kite tarafından daha sonra 1823’ te Salle tarafından tanımlanmıştır (Başbakkal ve Kılıç, 1995). 1856 yılında ise Marshall Hall; resüsitasyon çabasının olay yerinde başlaması gerektiğini, hastayı bir doktora veya hastaneye taşımamın zaman kaybı olduğunu, geriye kaçan dilin hava yolunu tıkadığını ve dilin çekilmesi gerektiğini anlatmaya başlayarak günümüzdeki resüsitasyon anlayışının temelini atmıştır. 1958 yılında James Elam ve Peter Safar tarafından ağızdan ağza solunum geliştirilmiş, 1960 yılında Dr. Kouwenhoven, Knickerbocker ve Jude tarafından kapalı göğüs masajı yeniden tanımlanmıştır. 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren kardiyopulmoner resüsitasyonu (KPR) tıp dışı insanların da yapabilmesi için Temel Yaşam Desteği (TYD) kursları verilmeye başlanmıştır. Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri’nde çeşitli kuruluşlar Temel Yaşam Desteği ve İleri Yaşam Desteği (İYD) kurallarını belirlemişler ve uzun yıllardır düzenli toplantılar yaparak standart protokolleri sık aralıklarla gözden geçirmektedirler. Pediatrik TYD ve İYD standart protokolleri ise 1978’de belirlenmiş ve 1979’da Amerika Birleşik Devletleri’nde bir ulusal toplantıda sunulmuştur. Günümüzde bir çok gelişmiş ülkede TYD ve İYD temel tıp eğitiminin ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir.

Buna karşın ülkemizde halen TYD ve İYD temel tıp eğitiminin bir parçası haline gelememiştir (Yılmaz, 2005).

2.3. Asfiksi ve Solunum Depresyonu

Bebekler çeşitli nedenlere bağlı olarak deprese olabilirler ve bunun sonucu, neonatal depresyonun ileri bir formu olan asfiksiye gidiş gerçekleşir. Doğumda bebekler genellikle aktiftirler ve göbek kordonunun klempe edilmesi ile hemen ağlama ve spontan solunuma başlarlar. Kalp atım hızı dakikada 120–140 arasında stabilleşir ve başlangıçta var olan santral siyanoz hızla düzelir. Ancak bazı bebekler azalmış tonus ve yetersiz solunumla ortaya çıkan solunum-dolaşım depresyonunda, apneik olabilirler veya oksijenin alınıp karbondioksidin verilmesinde azalmaya yol açacak kadar zayıf solunum çabaları gösterebilirler(Yurdakök ve Arslan, 2000).

Yenidoğanda asfiksi ve solunum depresyon nedenleri:

Anneye ait nedenler:

- 1- Yüksek riskli sezaryen doğumları
- 2- Anne ile ilgili kardiyopulmoner sorunlar; hipotansiyon, hipoksi, anemi.
- 3- Uteroplasental sorunlar; gebelik toksemisi, diabet, postmaturite.
- 4- İlaç etkisi; narkotik, lokal anestezi sürdozajı, MgSO₄, lityum, genel anestezi.
- 5- Eylem ve doğumla ilgili sorunlar; anormal geliş, sefalopelvik uygunsuzluk, travmatik doğum, plasenta previa, plasenta dekolmanı.
- 6- Çeşitli yandaş hastalıklar; enfeksiyon, şişmanlık, böbrek yetmezliği.

Fetusa ait nedenler:

- 1- Konjenital anomaliler; diyafragma hernisi, hipoplazik akciğer, solunum merkezinin gelişmemesi, travmatize olması, koanal atrezi.
- 2- Havayolu obstrüksiyonu; mukus, kan veya mekonyum aspirasyonu.
- 3- Metabolik bozukluklar; hipoglisemi, hipermagnezemi, hipotermi, asidoz.
- 4- Çoğul gebelik.
- 5- Göbek kordonu sarkması veya düğümlenmesi.
- 6- İntrauterin enfeksiyon ve pnömoni.
- 7- Kas zayıflığı nedeniyle solunum yetmezliği (Başbakkal ve Kılıç, 1995; Yurdakök ve Arslan, 2000; Neyzi ve Ertuğrul, 2002)

Altta yatan neden ne olursa olsun, göbek kordonunun klampe edilmesiyle birlikte bebeğe plasenta yoluyla gelen oksijen kesilmiş olur. Bunu izleyerek hipoksemi derinleşir ve bebeğin asfiksisi giderek artar. **Asfiksi** terimi ilerleyici hipoksi, CO₂ birikimi ve asidozu tanımlar. Eğer bu olay ilerlerse, kalıcı beyin hasarı, hatta ölüme yol açabilir. Asfiksi ayrıca diğer yaşamsal organlarda da zedelenmeye yol açabilir. Asfiksiye karşı oluşan patofizyolojik yanıtlar bir yere kadar öngörülebilir. Etkili bir resüsitasyonla spontan ventilasyon başlatılarak ilerleyici bir asfiksi önlenir (Yurdakök ve Arslan, 2000). Resüsitasyonun amacı miyokard ve beyin metabolik gereksinimlerini karşılamak üzere bu organlara gerekli maddelerin ulaştırılmasını sağlamaktır (Uğur, 1993).

2.4. Neonatal Resüsitasyona Hazırlık

Başarılı bir resüsitasyon için esas unsurlar; sorunun tanımlanması, uygun ekipman ve tecrübeli personelin varlığıdır. Resüsitasyon için eğitilmiş en az bir kişi her doğumda hazır bulunmalı ve diğer kişi de hemen çağırılabilir. En azından iki kişi tam bir resüsitasyonu başarabilir. Çoğul gebeliklerden olan doğumlar da her bir bebek için ayrı bir ekip hazır bulunmalıdır. Radyant ısıtıcı, oksijen ve aspiratör bebek doğmadan önce çalışır hale getirilmelidir (Başbakkal ve Kılıç, 1995; Yurdakök ve Arslan, 2000; Dağoğlu, 2000; Neyzi ve Ertuğrul, 2002) .Bu fonksiyonların eksiksiz ve tam yerine getirilebilmesi için resüsitasyonda kullanılan malzemelerin kullanılabilirliği, sterilitesi ve hazır bulunması resüsitasyon için önem arz eden unsurlardır.

Neonatal Resüsitasyon İçin Gerekenler

Aspirasyon Malzemesi

- Puar
- Mekonyum aspiratörü
- 6, 8, 10 Fr. aspirasyon kateterleri
- 8 Fr. Beslenme sondası ve 20 cc'lik enjektör

Balon-Maske Malzemesi

- Basınç boşaltma kapağı ya da basınçölçere bağlı neonatal resüsitasyon balonu (bu balon %90–100 oksijen verebilmelidir).
- Yenidoğan ve prematüre boyutlarında yüz maskeleri
- Yenidoğan ve prematüre boyutlarında airwayler (havayolu)
- Akış ölçer ve hortumlarıyla oksijen sistemi

Entübasyon Malzemesi

- Düz bıçaklı laringoskop–0 No. (prematüre) ve 1 No. (yenidoğan)
- Laringoskop için yedek pil ve lambalar
- Endotrakeal tüpler- 2,5, 3,0, 3,5, 4,0 mm boyutta
- Stile
- Makas
- Eldivenler

İlaçlar

1:10 000'lik Adrenalin- 0,25 mg=1 ml veya 0,5mg=1ml olarak bulunan ampullerden hazırlanır.0,25 mg'lık ampul 2,5 ml'ye, 0,5 mg'lık ampul 5 ml'ye steril su ile tamamlanır ve her iki şekilde de 1:10 000'lik standart konsantrasyon elde edilir.elde edilen solüsyondan 1 dizyem / kg uygulandığında önerilen 0,01 mg/kg doz bebeğe verilmiş olur.

Naloksan Hidroklorid 0.4 mg/mL - 1 mL ya da 1.0 mg/mL - 2 mL ampuller

Volüm genişleticiler- bunlardan bir ya da daha çoğu;

Serum fizyolojik

Ringer laktat

Sodyum bikarbonat %4.2 (10 mEq/10 mL)-10 mL'lik ampuller (1:1 oranında steril su ile sulandırılarak standart öneri olan 5 mEq / 10 ml'lik derişim elde edilir.)

Dekstroz %10'luk–250 mL

Steril su–30 mL

Serum fizyolojik–30 mL

Diğer

- Radyant ısıtıcı
- Stetoskop
- Monitörü olan EKG
- Flaster–1 ya da 1,5 cm genişlikte
- Enjektörler –1 cc, 3 cc, 5 cc, 10 cc, 20 cc, 50 cc
- İğneler–25, 21, 18 G
- Alkol
- Pamuk
- Umblikal arter kateterizasyon seti
- Umblikal bant
- Umblikal kateterler 3.5, 5 Fr.
- Üçlü musluk
- Fr. beslenme sondası

(Neyzi ve Ertuğrul, 1993; Yurdakök, 1993; Başbakkal ve Kılıç, 1995; Onat, 1996; Al-Azzawi, 1996; Saydam, 1998; Yurdakök ve Arslan, 2000; Dağoğlu, 2000; Vural, 2001; Tekin ve Akşit, 2001).

Neonatal Resüsitasyon Girişiminde Karar Mekanizması

Resüsitasyonun çok önemli bir yönü bebeği değerlendirmek, hangi girişimin yapılacağına karar vermek ve ardından harekete geçmektir. İleri değerlendirmeyle elde edilen veriler sonraki karar ve girişimler için temel oluşturur (Başbakkal ve Kılıç, 1995; Yurdakök ve Arslan, 2000).

Resüsitasyon için bebeğin değerlendirilmesi esas olarak 3 önemli parametre üzerinden yapılır:

- Solunum
- Kalp hızı
- Deri rengi (Arsan, 2002; Byrne, 2004).

Yenidoğanın değerlendirilmesi için esas olarak kullanılan APGAR skorlaması canlandırma işlemine karar vermede kullanılmaz. Özellikle ağır asfiktik vakalarda

doğumdan sonraki ilk dakika çok önemlidir. Ayrıca term yenidoğanlara göre pretermelerde tonus ve refleks cevabının yetersiz olmasına bağlı olarak düşük Apgar skorları bulunabilir. Prematürelere Apgar skorlamasında bu durumları göz önünde tutmak gerekir (Öztürk, 2006).

Resüsitasyonun belirlenmesinde Apgar skorlaması kullanılmamasına rağmen canlandırma işleminin etkinliğinin belirlenmesinde önemlidir. Apgar skoru 3'ün altında olan bebekler ciddi asfiktirler. Beşinci dakikada Apgar skoru neonatal morbidite ile ilişkili olarak önemlidir. Beşinci dakikada Apgar skoru 7'nin altında ise her 5 dakikaya bir 20. dakikaya kadar değerlendirmeye devam edilmelidir (Başbakkal ve Kılıç, 1995; Tekin ve Akşit, 2001; Öztürk, 2006).

2.5. Neonatal Resüsitasyonda Başlangıç Adımları

Genel olarak resüsitasyon İngilizce ABCD ile sembolize edilir ve uygulama, sırası ile sembolize edilen bu kelimeleri izler.

A: Airway: Hava yolunu açık tut demektir.

B: Breathing: Solunumu başlat demektir.

C: Circulation: Kan dolaşımını devam ettir demektir.

D: Drugs: İlaç kullanımı.

A: Çocuğa pozisyon verilerek ağız, burnu, bazen trakeası aspire edilir. Gerekirse solunum yolu açıklığının sağlanması için endotrakeal tüp konulabilir.

B: Solunumu başlatılmak için cilde uyarı (Taktıl uyarı) verilebilir. Gerekirse pozitif basınçli ventilasyon uygulanır.

C: Kalp masajı ile veya gerekirse ilaç kullanımı ile kan dolaşımı devam ettirilir.

D: Yeterli ventilasyon, % 100 oksijen veya göğüs kompresyonuna cevap vermeyen, kalp atımları olmayan veya dakikada <80 olan bebeklere ilaca gereksinim duyulur (Öztürk, 2006).

Isı Kaybını Önleme

Doğum odaları çalışan personelin rahat çalışmasına olanak verecek ısıda tutulur. Bu da yüzey alanı/vücut ağırlığı oranı yüksek olan yenidoğanda soğuk stresi yaratır. Bebek doğar doğmaz daha önceden ısıtılmış bulunan radyant ısıtıcı altına alınmalıdır. Hızla kurulmalı ve ıslak havlular buharlaşma yoluyla olan ısı kaybını önlemek için ortam dan

uzaklaştırılmalıdır. Bu basit yaklaşım bebeğin doğumda yaşadığı kor ısısındaki düşmeden korur. Isı kaybını önlemek özellikle prematür, asfiktik ve hipoksik bebekler için daha da önem kazanır. Çünkü hipoksi soğuğa karşı normal cevabın oluşmasını köreltir, ayrıca asidozun düzelmesi de gecikir (Tekin ve Akşit, 2001). Isı kaybını önlemenin bir yolu da kurulanmış bebeği annenin göğsüne ya da karnına koyarak cilt teması ile annenin ısı kaynağı olarak kullanılmasıdır. Hipertermiden de kaçınılması önemlidir çünkü perinatal solunum depresyonu yaratır (Gunn ve ark., 1998).

Hava Yolunun Açılması

Pozisyon verilmesi: Yeni doğmuş bebek sırtüstü veya yan pozisyonda yatırılmalı, baş nötral pozisyonda ya da hafifçe ekstansiyonda olmalıdır. Normalde havayolu bir emici pompa ya da kateter aracılığı ile önce ağız içi sonra burun olarak aspire edilir. Bebeğin aspirasyonu sırasında nazik olmaya özen gösterilmelidir çünkü agresif aspirasyon ve farinks arka duvarının uyarılması bradikardiye neden olabilir (Tekin ve Akşit, 2001). Aspiratör kullanıldığında emici basınç 100 mmHg'yi aşmamalıdır (Arça, 1989; Circulation, 2005; Barbara, 2005; Öztürk, 2006).

Bebeğin Değerlendirilmesi

Her doğumda, hava yolunun açılması ve solunumun başlatılması için, pozisyon verme, aspirasyon ve uyarın verilmesi gereklidir. Resüsitasyon işleminde bir sonraki basamak bebeği değerlendirmenize göre değişir. Bebeği üç vital bulgu temelinde değerlendirmelidir:

- Solunum çabası
- Kalp atım hızı
- Renk

Bebeği izleme ve değerlendirmede genellikle aşağıdaki basamaklar izlenmelidir:

- Bebeğin solunumunu gözleyin ve değerlendirin. Eğer normale bir sonraki bulguya geçin. Eğer normal değilse pozitif basınçlı solunuma başlayın.
- Eğer bebek soluyor ve kalp hızı 100 atım/dk üzerinde ise bebeğin rengini değerlendirin. Santral siyanoz varsa oksijen verin (Yurdakök ve Arslan, 2000; Philips ve ark., 2006) .

Taktil Uyarı Verilmesi

Genelde bebeğin kurulanması ve aspire edilmesi solunumu başlatmak için yeterli uyarılar olabilir fakat bebek bu girişimlere rağmen soluk almıyorsa ayak tabanlarına fiske vurarak ya da sırtını sıvazlayarak solunum için uyarı verilebilir. Bu önlemler ısrarlı olarak yapılmamalıdır. Eğer bu uyarılara rağmen solunum yoksa derhal pozitif basınçlı ventilasyona geçilir (Başbakkal ve Kılıç, 1995; Yurdakök ve Arslan, 2000; Tekin ve Akşit, 2001).

Serbest Akış Oksijen Kullanımı

Yaşamsal organlara yeterli oksijen ulaştırılamaması, perinatal asfiksiyle ilişkili klinik olayların nedenidir. Oksijenin dokulara ulaşabilmesi için yeterli solunum ve kalp atımı olmalıdır (Yurdakök ve Arslan, 2000).

Apne, iç çekme tarzında solunum ve düşük kalp atım hızı olduğunda, hemen balon-maske ventilasyonu ile %100 oksijen verilmelidir. Ancak, bazen bebeğin düzenli solumaya başlamasına ve kalp hızının 100 atım/dk üzerinde olmasına rağmen santral siyanoz sürer. Böyle bir durumda serbest akış %100 oksijen verilmelidir. Normal solunumu olan ve kalp hızı 100 atım/dk üzerinde olan bebeklerde siyanozu gidermek için genellikle pozitif basınçlı solunum endikasyonu yoktur (Yurdakök ve Arslan, 2000; O'Donnell ve ark., 2006) .

2.6. Balon Maske İle Ventilasyon

Doğum sırasında pozitif basınçlı ventilasyona (PBV) gereksinim duyan bebekler başlangıçta yüksek O₂ konsantrasyonuyla (%90–100) ventile edilmelidir. Hava yolu açılan ve taktil uyarı verilen bir bebeğin solunumu başlamadıysa Pozitif basınçlı ventilasyon 'a hemen başlanmalıdır. Resüsitasyon balonu olarak, anestezi balon veya kendi şişen balon kullanılır (Yurdakök ve Arslan, 2000; O'Donnell ve ark., 2006).

Yenidoğan için kullanılan balonlar 750 ml'den daha büyük olmamalıdır. Büyük balonlar küçük tidal volümler için (5-8 ml/kg) uygun değildir. Yenidoğan resüsitasyonu için kendi kendine şişen balonlar veya akımla şişen balonlar kullanılmalıdır.

Kendi kendine şişen balonlar: Gaz akımından bağımsız olarak çalışırlar ve rezervuar balonun elastikiyeti ile ilgilidir. Bu tip balonlarda hızlı reinflasyon için bir uçta giriş valvi vardır. Bu balonlarla oksijen ilavesi ile %90-100 konsantrasyonda oksijen uygulanabilir.Yeterli inflasyon basıncı için en az 1 saniyeye ve en az 450-500 ml balon volümüne gereksinim vardır.

Akım ile şişen balonlar: Dikkatli ve bilen biri tarafından kullanılmalıdır. Çok yüksek basınçlara çıkılabilir. Daha yüksek inspiratuvar basınç sağlar. oksijen konsantrasyonu daha güvenilir olarak kontrol edilebilir (gaz akımı ayarlanabilir, akım kontrol valvi ayarlanabilir) (Yurdakök ve Arslan, 2000).

Neonatal Resüsitasyon Maskeleri

Maskeler biçim, büyüklük ve materyal yönünden çeşitlilik gösterirler. Bir bebekte kullanılacak maskenin seçimi, maskenin bebeğin yüzüne ne kadar iyi oturacağı ve ne kadar kolay izolasyon sağlanacağına bağlıdır (Wyllie, 2006). Resusitasyon maskelerinin, kenarları yastıklı ya da yastıksız türleri olabilir. Bazı maskelerin kenarları, yastıklı yumuşak bir yapıya sahipken bazıları da çok sert ve keskin kenarlıdır (Yurdakök ve Arslan, 2000; Byrne, 2004). Bu tür bir maskeyi kullanırken dikkatli olunmalıdır, çünkü yastıksız kenarlar bazı sorunlara yol açabilirler:

- Maskenin kenarı bebeğin yüzünün şekline kolayca uymadığından, tam bir izolasyon sağlamak için yastıklı maskelere göre daha fazla bir basınçla uygulanmaları gerekmektedir.
- Eğer maske yanlış yerleştirilirse gözlere zarar verebilir.
- Eğer çok sıkı bastırılırsa, bebeğin yüzünü incitebilir (Yurdakök ve Arslan, 2000).

Yastıklı bir maskenin yumuşak kenarı, ya köpük, kauçuk gibi yumuşak, esnek bir materyalden, ya da havayla şişirilmiş bir halkadan yapılmıştır. Kenarları yastıklı bir maskenin, yastıksız bir maskeye göre bazı avantajları bulunmaktadır:

- Kenarlar bebeğin yüzünün şekline daha kolay uyularlar ve böylece izolasyon daha kolay elde edilir.
- İzolasyonu sağlamak için bebeğin yüzüne daha az basınç uygulamak gerekir.
- Maske yanlış yerleştirildiğinde bebeğin gözlerine zarar verme riski daha düşüktür (Yurdakök ve Arslan, 2000; Byrne, 2004; Wyllie, 2006) .

Ventilasyon Hızı Ve Basıncı

Bir bebeğin ventilasyonu "dakikada 40–60" hızında yapılmalıdır. Göğüs kafesinin rahat bir biçimde hareket etmesini görmek, ventilasyonun yeterliliği konusunda en iyi göstereyese de, değişik durumlarda gerekecek uygun basınçları bilmek de önemlidir (Yurdakök ve Arslan, 2000).

Akciğerleri doldurmak için gereken basınç; bebeğin büyüklüğüne, akciğerlerinin durumuna ve bebeğin daha önce nefes alıp almadığına göre değişir.

- İlk nefes: Doğumdan sonraki ilk akciğer genişlemesi 30–40 cm H₂O basınç gerektirebilir

(Tekin ve Akşit, 2001).

- Daha sonraki nefesler: İlk nefesten sonra 15–20 cm H₂O basınç genellikle yeterlidir (Yurdakök ve Arslan, 2000) .

- Akciğer hastalığı: Akciğer komplimansını azaltan solunum hastalıklarında 20–40 cmH₂O 'luk basınçlar gerekebilir (Yurdakök ve Arslan, 2000; Tekin ve Akşit, 2001).

—Kalp atım hızı dakikada 100'ün üzerinde ise ve bebeğin spontan solunumu varsa, PBV kesilebilir. Eğer spontan solunum yoksa PBV sürdürülmelidir.

—Eğer kalp atım hızı dakikada 60'ın altında ise:

- Ventilasyon sürdürülmelidir
- Göğüs kompresyonuna başlanmalıdır

—Eğer kalp atım hızı 60–100 /dk ise;

- Ventilasyona devam edilmelidir

—Eğer kalp atım hızı 100 / dk üzerinde ise;

- Eğer spontan solunum varsa, taktil uyaran verilmeli ve kalp atım hızı, solunum ve renk değişimleri izlenmelidir.
- Eğer solunum yoksa ventilasyona devam edilmelidir (Yurdakök ve Arslan, 2000; Tekin ve Akşit, 2001; Yılmaz, 2007; O'Donnell ve ark., 2006).

Orogastrik Sonda

Mide ve barsakların distansiyonunu ve mide içeriğinin aspirasyonunu önlemek ve 2 dk'dan daha uzun süre balon ve maskeyle pozitif basınçlı ventilasyona gereksinim duyan bebeklere orogastrik sonda takılmalı ve ventilasyon boyunca çıkarılmamalıdır (Başbakkal ve Kılıç, 1995; David ve ark., 1999; Yurdakök ve Arslan, 2000; Yılmaz, 2007).

Airway

Bebeklerde balon ve maskeyle ventilasyon sırasında airway nadiren kullanılır. Yine de, bebeğin burnunda tıkanıklık olması ya da dilinin havayolunu tıkaması gibi alışılmadık durumlarda kullanmak üzere hazırda bir airway bulundurulması gerekmektedir (Oran ve ark., 1992; Yurdakök ve Arslan, 2000) .

2.7. Göğüs Kompresyonu

Eksternal kardiyak masaj da denilen göğüs kompresyonu,

- Omurgaya doğru kalbi sıkıştıran,
 - İntratorasik basıncı arttıran ve
 - Kanı vücudun vital organlarına ulaştıran ritmik sternum kompresyonlarından oluşur
- Kalp, göğüs boşluğunda sternum ve vertebralar arasında yerleşmiştir. Sternum kompresyonu, kalp kompresyonuna ve göğüs boşluğu basıncı artışına yol açarak kanın arterlere pompalanmasını sağlar. Sternuma uygulanan basınç kaldırıldığında kan venlerden kalbe dolar (Başbakkal ve Kılıç, 1995; Yurdakök ve Arslan, 2000; Yılmaz, 2007).

Göğüs Kompresyonu Endikasyonları

Vücutta kanın dolaşabilmesi için kalp atım hızı yeterli olmalıdır. Çoğunlukla tek başına %100 oksijen ile ventilasyon, bebeğin kalbinin hızını istenilen düzeye çıkarmak için yeterli olacaktır. %100 oksijen ile ventile edilmesine rağmen bebek yeterli kalp atım hızına erişemezse göğüs kompresyonu uygulanmalıdır (Yurdakök ve Arslan, 2000).

Yenidoğanda bradikardinin en sık nedeni, uygun oksijenasyonun olmamasıdır. Bradikardik bebeklerin çoğunda, %100 oksijen ile yeterli ventilasyon sağlanır sağlanmaz kalp atım hızı artmaya başlar. Bu yüzden, göğüs kompresyonuna başlama kararı doğumdan hemen sonra elde edilen kalp atım hızına göre değil, 30 saniye %100 oksijenli PBV uygulandıktan sonra ulaşılan kalp atım hızına göre verilmelidir (Başbakkal ve Kılıç, 1995; Yurdakök ve Arslan, 2000; Tekin ve Akşit; 2001; Yılmaz, 2007) .

Göğüs kompresyonuna başlamanın iki endikasyonu aşağıda verilmiştir. PBV 30 sn %100 oksijenle uygulandıktan sonra kalp atımı; 60 atım/dk altında veya kalp atımı yoksa göğüs kompresyonu yapılmalıdır. Kalp hızı 60 atım/dk ve üzerinde ise göğüs

kompresyonu kesilmelidir (David ve ark., 1999; Yurdakök ve Arslan, 2000; Byrne; 2004; Yılmaz, 2007) .

Göğüs Kompresyonunda Pozisyon

Göğüs kompresyonunda kullanılabilen iki değişik teknik mevcuttur. Bu teknikler:

- Başparmak tekniği ve
- İki parmak tekniğidir.

Teknik olarak yan yana iki başparmak tekniği daha iyidir (Yeğin ve ark., 1989; Taşdelen ve ark., 1993; Vadhere, 1997; Yurdakök ve Arslan, 2000; Yılmaz, 2005).

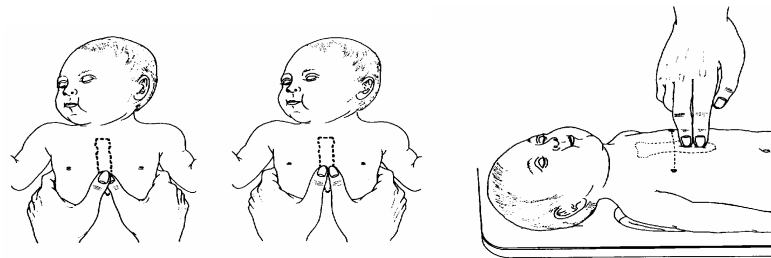
Başparmak tekniğinde, her iki başparmak sternuma bası uygulamak için sağ ve sol elle toraksı çevreleyecek ve parmaklar sırtı destekleyecek şekilde kullanılır. Göğüs basısı sadece başparmakla uygulanmalı, bebeğin göğsü sıkılmamalıdır (Yılmaz, 2007; Yurdakök ve Arslan, 2000) .

İki parmak tekniğinde, bir elin orta ve işaret parmağı ya da orta parmak ve yüzük parmaklarının uçları sternuma bası uygulamak için kullanılır. Diğer el, eğer sert bir yüzey bulunamazsa bebeğin sırtını desteklemek için kullanılır (Başbakkal ve Kılıç, 1995; Yurdakök ve Arslan, 2000).

Bu iki tekniğin ortak pek çok yanı vardır:

- Bebeğin pozisyonu
- Sırta sert bir destek
- Boyun hafif ekstansiyonda olmalıdır.
- Kompresyon
- Aynı yerleşim yerinde, derinlik ve hızda olmalıdır (Yurdakök ve Arslan, 2000) .

Şekil 2.1: Göğüs Kompresyonu Pozisyonları



(American Heart Association/American Academy of Pediatrics. Textbook of Neonatal Resuscitation, Dallas, 1994.)

Göğüs Kompresyonu

Göğüs kompresyonunda başarılı olabilme, uygun tekniğin seçimi ve sternum üzerinde doğru kompresyonun yapılmasına bağlıdır (David ve ark., 1999).

Yenidoğanlarda göğüs kompresyonu; sternumun alt üçte bir kısmına uygulanır. Acil durumlarda sternum üzerinde bu oranı saptamak zor olabilir. Alanı doğru saptayabilmek için meme başları arasından çizilen hayali bir çizginin hemen altı sternumun üçte bir alt kısmını belirler. Kompresyon bu alana uygulanmalıdır. Kompresyon sırasında, alanın yanlış saptanmasına bağlı olarak, ksifoide bası yapılması kırıklara neden olur. Her bası sternumu 1-2 cm arası çökertecek ya da göğüs kafesinin anterior posterior mesafesinin 1/3'ü ya da 1/2'si kadar çökmeye neden olacak güçte yapılmalıdır. Relaksasyon döneminde başparmaklar kaldırılmaz. Göğüs kompresyonu yaparken ventilasyon ile 3:1 oranında, bir dakikada 90 kompresyon, 30 solunum olmak üzere toplam sayı 120 olmalıdır (David ve ark., 1999; Vural, 2001; Tekin ve Akşit, 2001; Yılmaz, 2007).

Kalp Atım Hızının Değerlendirilmesi

Dakika 60'ın altında kalp atım hızı saptanması, kalbin vital organlara yetersiz kan gönderdiğini gösterir. Göğüs kompresyonu ve ventilasyona devam edilmelidir. Böyle bir bebek entübe edilmiş ve ilaç tedavisi alıyor olabilir. Spontan kalp atımı dakikada 60 ya da üzerinde olmadığı sürece göğüs kompresyonu sürdürülmelidir. Spontan kalp atımı olmayan bir bebekte kardiyopulmoner resüsitasyona son verilmesi tıbbidir ve serebral ve kardiyovasküler durumun değerlendirilmesine bağlıdır (Başbakkal ve Kılıç, 1995; Yurdakök ve Arslan, 2000).

Dakikada 60 ya da üzerindeki kalp atım hızında kompresyon sürdürülmemelidir. Ventilasyon, kalp atım hızı 100'ün üzerine çıkıncaya ve / veya yenidoğan spontan olarak soluyabilme yeteneğine kavuşuncaya dek sürdürülmelidir (Taşdelen ve Arvas, 1993; Yurdakök ve Arslan, 2000; Vural, 2001; Byrne, 2004; Circulation, 2005).

2.8. Endotrakeal Entübasyon

Bir yenidoğana pozitif basınçlı ventilasyon gerektiğinde çoğu kez bu işlem maske ve kese ile yapılır. Bu şekilde ventilasyon hemen başlatılabilir ve endotrakeal tüpün yerleştirilmesine bağlı gecikme olmaz. Endotrakeal entübasyona karar verme yaşamsal önem taşımaktadır (Yurdakök ve Arslan, 2000).

Endotrakeal Entübasyonun (ETE) Endikasyonları

Yenidoğan bebekte ET entübasyonun endikasyonları:

- Trakeal aspirasyon gerekmesi (mekonyumlu amniotik sıvı)
- Ambu ve maske ile uygulanan PBV'nin yetersiz olması
- Göğüs basısı uygulaması gereği
- Endotrakeal ilaç verilmesi gereği
- Difragma hernisi (Tekin ve Akşit, 2001; Öztürk, 2006; Singh ve ark., 2006).

Entübasyon İçin Gerekli Araç- Gereç

Endotrakeal entübasyonu gerçekleştirmek için gerekli gereç ve malzeme resüsitasyon masasında ya da entübasyon tepsisinde birlikte bulundurulmalıdır. Her doğum odası, bakım odası ve acil odasında aşağıdaki listede yer alan malzeme eksiksiz olarak bulunmalıdır (Başbakkal ve Kılıç, 1995; Yurdakök ve Arslan, 2000) .

Gereç ve Malzeme:

Bir yenidoğanın entübasyonu için gerekli gereç ve malzeme:

- Yedek pil ve ampülü olan bir laringoskop
- Laringoskop bıçakları: No.1 (Matür bebekler için)
No.0 (Prematür bebekler için)
No:00 (İsteğe bağlı olarak çok küçük pretermiler için)
(Optimal görüntü elde etmek için düz bıçaklar
kavisli bıçaklara tercih edilir.)
- İç çapları 2.5 mm, 3.0 mm, 3.5 mm, 4.0 mm olan endotrakeal tüpler (ETT)
- Stile

- Aspirasyon cihazı ve kateterleri

(Ağız ve burun aspirasyonu için 10 Fr. aspirasyon kateteri, ETT'ten aspirasyon için 5Fr, 6Fr ve 8Frlik aspirasyon kateterleri.

- Omuz desteği
- 1.5-2 cm kalınlığında flaster
- Makas
- Oral airway
- Yüksek konsantrasyonda oksijen sağlayabilecek kapasitede balon-maske
- Oksijen hortumu
- Stetoskop (Varsa neonatal başlıklı olanları tercih edilir) (Başbakkal ve Kılıç, 1995; Yurdakök ve Arslan, 2000) .

Endotrakeal Entübasyonun Komplikasyonları

Yenidoğanlarda endotrakeal entübasyon sonucu bazı komplikasyonlar gelişebilir. Entübasyon hipoksi oluşturabilir ya da var olan hipoksiyi artırabilir, dokularda travmaya neden olabilir ve enfeksiyona yol açabilir. Bununla birlikte işlemde deneyim kazanılması ile komplikasyon sıklığı en aza indirgenebilir (Yurdakök ve Arslan, 2000; Başbakkal ve Kılıç, 1995).

Tablo 2.1: Endotrakeal Entübasyonun Komplikeasyonları

Komplikasyon	Nedenler	Önlem ya da Düzeltme
Hipoksi	<ul style="list-style-type: none">•Entübasyonun çok uzun sürmesi•Tüpün yanlış yerleştirilmesi	<ul style="list-style-type: none">•Entübasyon süresinin kısaltılması• Balon-maske ventilasyonu•ET tüpün yerinin düzeltilmesi•Serbest akış O₂ vermek
Bradikardi/ Apne	<ul style="list-style-type: none">•Hipoksi•Laringoskop bıçağı, ET tüp ya da aspirasyon kateterinin arka farinks uyarmasına bağlı vagal yanıt	<ul style="list-style-type: none">•Balon maske, balon ET tüp kullanılarak oksijen ile ventilasyon•Serbest akış O₂ vermek
Pnömotoraks	<ul style="list-style-type: none">•Tüpün bir taraf ana bronşuna yerleştirilmesine bağlı aşırı ventilasyon (sıklıkla sağ)•Ventilasyon basıncının fazla olması	<ul style="list-style-type: none">•ET tüpün doğru yerleştirilmesi•Uygun ventilasyon basıncı
Dil, yanaklar, farinks, epiglottis, trakea, vokal kord ya da özofagus kontüzyon ya da yırtılmaları	<ul style="list-style-type: none">•Laringoskop ya da ET tüpün kaba kullanılması•Laringoskop bıçağının çok uzun ya da kısa olması•Laringoskop bıçağını levye gibi kullanmak	<ul style="list-style-type: none">•Alıştırma/deneyim•Daha uygun boyda malzeme
Özofagus ya da trakea perforasyonu	<ul style="list-style-type: none">•Stilenin tüpün ucundan dışarı çıkması•Tüpü aşırı sert bir şekilde ilerletmek	<ul style="list-style-type: none">•Stilenin uygun yerleştirilmesi ve eğimi•Yumuşak uygulama
Tıkalı Endotrakeal Tüp	<ul style="list-style-type: none">•Tüpün kıvrılması (kink)•Tüpün sekresyonla tıkanması	<ul style="list-style-type: none">•Tüp içi kateterle aspirasyon•İşe yaramazsa yeniden tüp tak
Enfeksiyon	<ul style="list-style-type: none">•Araç-gereç ya da el yolu ile mikroorganizmaların girişi	<ul style="list-style-type: none">•Temiz/ steril uygulama için daha fazla özen

(Yurdakök M., Arslan S.(2000) Neonatal resüsitasyon programı uygulayıcı kurs kitabı. İzmir Tabib Odası, İzmir).

2.9. Neonatal Resüsitasyonda İlaç Uygulamaları

%100 oksijenle pozitif basınçlı ventilasyona ve 30 sn süren göğüs kompresyonuna rağmen bradikardi devam ediyorsa bu arada resüsitasyon için gerekli ilaç tedavisine başlanır

(Clark ve ark., 1990; Yurdakök, 2001; Tekin ve Akşit, 2001; Boluyt ve ark., 2006; Yılmaz, 2007). Bradikardi genellikle hipoksinin sonucudur ve çoğu vakada PBV ve %100 ile kalp hızı artar. Doğum odasında ilaç uygulaması nadir karşılaşılan bir durumdur (Tekin ve Akşit, 2001).

Adrenalin

Adrenalin klorid (epinefrin hidroklorid de denir), bir kalp uyarandır. Adrenalin, kalp kontraksiyonlarının gücünü ve sayısını artırır ve periferik vazokonstriksiyona yol açar. Bu da beyin ve koroner arterlerden kan akımının artışında rol oynar (Taşdelen ve Arvas; 1993; Dağoğlu, 2000; Yurdakök ve Arslan, 2000; Dağoğlu ve Görak, 2002).

Volüm Genişleticiler

Hipovolemik olan bir yenidoğanda volüm genişletilmesi gereklidir. Resüsitasyona yeterli yanıt alınmayan her yenidoğanda hipovolemiden kuşulanılır. Kan kaybı şüphesi varsa ya da bebekte şok bulguları (soluk, perfüzyon bozuk, nabız zayıf) mevcut ve diğer resüsitasyon girişimlerine beklenen yanıt alınamıyorsa volüm ekspansiyonu yapılmalıdır (Yurdakök ve Arslan, 2000; Tekin ve Akşit, 2001; Boluyt ve ark., 2006).

Sodyum Bikarbonat

Uzun süren asfiksi sırasında azalan doku oksijenlenmesi laktik asidin yükselmesine ve metabolik asidoza yol açar. Asidoz kalp kasının kasılma gücünü azaltır ve akciğerdeki damarların vazokonstriksiyonuna yol açar. Akciğere kan akışı azaldığından yeterli miktarda oksijen kana geçemez. Kana oksijen sağlanması ve doku perfüzyonunun yeterli hale gelmesi ve asidozun gelişimi engellenmelidir. Var olan asidozu düzeltmek için, sodyum bikarbonat verilir. Sodyum bikarbonat resüsitasyonun erken döneminde, etkin

ventilasyon sağlanmadan verilmemelidir. Bikarbonat asidozu düzeltirken CO₂ oluşturur. Akciğerler uygun şekilde ventile edilmiyorsa oluşan CO₂ uzaklaştırılmaz, bu da yarardan çok zarar verir(Yurdakök ve Arslan, 2000; Tekin ve Akşit, 2001).

Naloksan Hidroklorid

Naloxone hidroklorid bir narkotik antagonisttir. Anneye narkotik verilmesine bağlı olarak yenidoğanda gelişen solunum depresyonunun ortadan kaldırır (Clark ve ark., 1990).

Tablo 2.2: Yenidoğan Bebeğin Resüsitasyonunda Kullanılan İlaçlar

<i>İlaç ya da Volüm Genişletici</i>	<i>Verilecek Konsantrasyon</i>	<i>Hazırlama (önerilen konsantrasyona göre)</i>	<i>Doz/ Veriliş Yolu</i>	<i>Hız/Önlemler</i>
Adrenalin	1:10 000	Enjektöre 1 mL	0,1-0,3 mL/kg IV ya da ET	Hızla verilir ET veriliyorsa SF ile 1-2 mL olacak biçimde sulandırılabilir
Volüm Genişleticiler	•Serum fizyolojik(SF) •Ringer laktat •Tam kan	40 mL	10 mL/kg İV	En az 5–10 dakikada Enjektör ya da IV infüzyonla verilir
Sodyum Bikarbonat	0,5 mEq/mL (%4,2'lik solüsyon)	Enjektör içinde 20 mL ya da 2 tane hazır 10 mL'lik enjektör	2 mEq/kg İV	En az 2 dakikada yavaş (1 mEq/kg/dk) Bebek etkin bir biçimde ventile ediliyorsa verin
Naloksan	0,4 mg/mL	1 mL	0,1 mg/mL (0,25 mL/kg)	Hızla verin IV ve ET tercih edilir

(Yurdakök M., Arslan S.(2000) Neonatal resüsitasyon programı uygulayıcı kurs kitabı.

İzmir Tabib Odası, İzmir) .

2.10. Yenidoğan Resüsitasyonda Ebenin Rolü

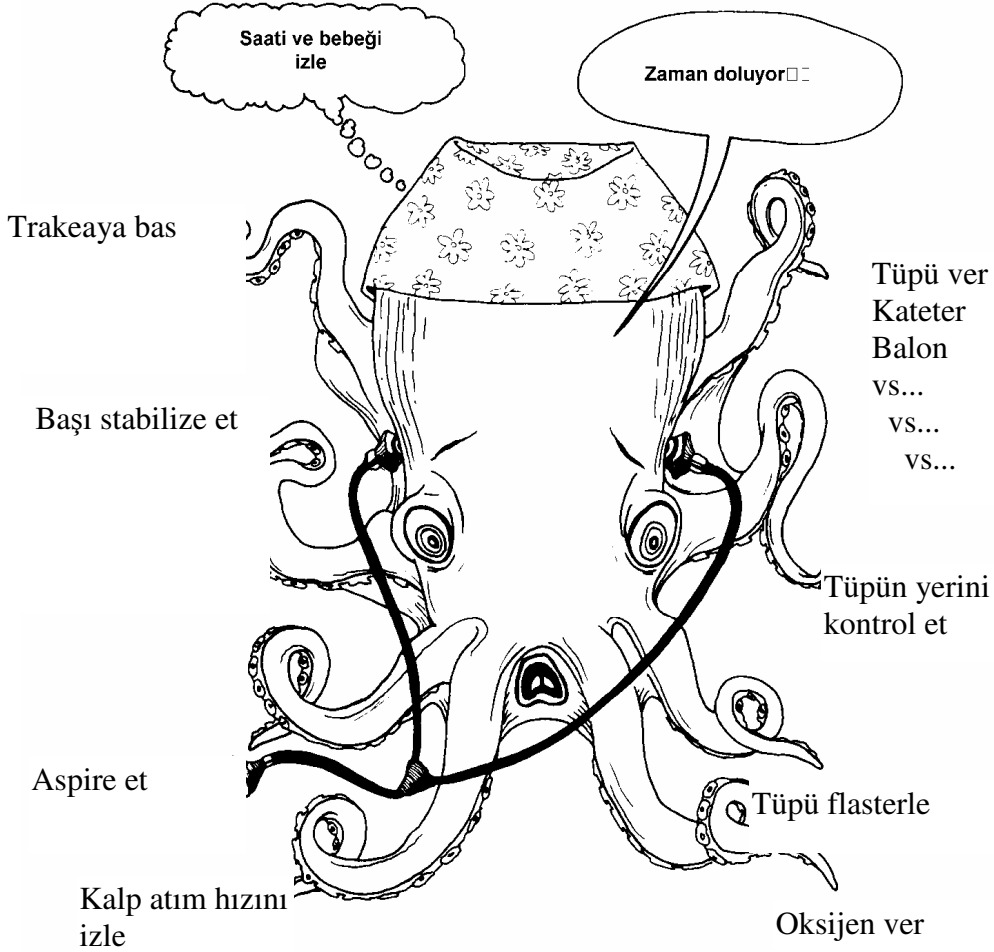
Doğru giriş ve resüsitasyon yaşamın ilk dakikalarında uygulanan neonatal müdahalenin önemli bir parçasıdır. Ebeler ve genç sağlık personeli sık sık neonatal resüsitasyonla karşı karşıyadırlar. Ebelerin doğru eğitimi alıp, staj yapmaları doğumhanede bebeklere yapılan müdahalelerin standardının yükseltilmesi ve devam ettirilmesi bakımından çok önemlidir (Singh ve ark. 2006).

Resüsitasyon Öncesi Ebenin Rolü

Özellikle doğumhanede çalışan ebeler, olağan doğum hazırlıkları yanı sıra, gereken durumda kullanmak üzere gerekli araç ve gereci hazır ve çalışır durumda bulundurmalıdır. Neonatal resüsitasyona katılan ebenin, eğitim düzeyi ve bu konudaki beceri ve deneyimleri, işlemlerin bütünlüğünün eksiksiz ve zamanında yapılmasını kolaylaştırır. Neonatal resüsitasyonda yeterli deneyim ve eğitime sahip ebe resüsitasyon başarısını artırır (Başbakkal ve Kılıç, 1995; Singh ve ark. 2006).

Resüsitasyon Sırasında Ebenin Rolü

Şekil 2.2: Resüsitasyon Sırasında Sağlık Personelinin Rolü



(Yurdakök M., Arslan S.(2000) Neonatal resüsitasyon programı uygulayıcı kurs kitabı. İzmir Tabip Odası, İzmir).

Sağlık personeli (Ebe, Hemşire v.b.) bazen bir ahtapot gibi sekiz kola gereksinim duyulabilir. Fakat gerçekte her işlem aynı anda yapılmak zorunda olmadığı gibi her bebek için de hepsi gerekli değildir. İşleme hazırlık için önceden yeterli zaman ayrıldıysa her şey elinizin altında olacağından zamanı geldiğinde tek bir girişim üzerinde konsantre olabilirsiniz. Uygulama yaparak gerekenleri sağlayabilecek ve aynı anda da bebeğin durumunu izleyebilecek yeteneği kazanılacaktır(Yurdakök ve Arslan, 2000; Başbakkal ve Kılıç, 1995).

Resüsitasyon Sonrası Ebeinin Rolü

Resüsitasyon tamamlandıktan sonra ebe bebeğin solunumunu, kalp atım hızını ve rengini takip ederek stabilize olduktan sonra, bebeği izlemeye almalı ve tüm bakımı eksiksiz yerine getirmelidir (Başbakkal ve Kılıç, 1995; Barbara ve ark., 2005).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, Antalya İl belediye sınırları içerisinde yer alan hastanelerde çalışan ebelerin neonatal resüsitasyona ilişkin bilgi düzeylerinin bazı sosyo-demografik özelliklerle ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süresi

Araştırma, Antalya il belediye sınırları içerisinde yer alan, S.B Antalya Atatürk Devlet Hastanesi ve S.B Antalya Devlet Hastanesi olmak üzere iki hastanede 01 Temmuz – 31 Ağustos 2006 tarihleri arasında yapılmıştır.

S.B Antalya Atatürk Devlet Hastanesinde 13 Ebe, 15 Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı görev yapmakta olup; 2006 Temmuz–2007 Temmuz arasında toplam 3451 normal doğum, 2875 müdahaleli doğum (sectio, vakum v.b.) yaptırılmış, bunların 3451 (%54)'i Ebeler tarafından normal doğum, 2875 (%46)' i Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı tarafından müdahaleli doğum olarak yaptırılmıştır.

S.B Atatürk Devlet Hastanesinde 164 Ebe, 25 Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı görev yapmakta olup; 2006 Temmuz–2007 Temmuz arasında toplam 3131 normal doğum, 2390 müdahaleli doğum yaptırılmış olup, bunların 3131 (%56) i doğumhanede çalışan 14 ebe tarafından normal doğum, 2390 (%44) ı Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı tarafından müdahaleli doğum olarak yaptırılmıştır.

Akdeniz Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde 4 Ebe, 8 Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı görev yapmakta olup; 2006 Temmuz–2007 Temmuz arasında toplam 363 normal doğum, 942 müdahaleli doğum yaptırılmış, doğumların tümü Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları tarafından yaptırılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Antalya il belediye sınırları içerisinde yer alan hastanelerde çalışan 181 ebe oluşturmaktadır. Evren kapsamına Akdeniz Üniversitesi Araştırma ve

Uygulama Hastanesi ebeleri (4 Ebe) alınmak istenmiş ancak ebelerin tamamının çalışmaya katılmamak istemesi nedeni ile ebeler örneklem dışı kalmış, dolayısı ile Akdeniz Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi çalışmanın kapsamı dışında bırakılmıştır. Araştırmanın örneklemini toplam 177 ebe oluşturmuştur.

Özel hastanelerde çalışan ebeler doğum yaptırmadıkları ve sadece kadın doğum kliniklerinde uygulama, tedavi ve bakım rollerini yerine getirdikleri ve sürekli aynı serviste çalışmadıklarından dolayı özel hastanelerde çalışan ebeler evren ve örneklem içerisine alınmamıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Araştırmanın verileri, ebelere yönelik sosyo-demografik soru formu ve ebelerin neonatal resüsitasyona ilişkin bilgilerini tanımlayan soru formu ile toplanmıştır.

a. Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek-1)

Bu form ebelerin araştırmaya kendi istekleri ile katıldıklarını gösteren bir belge olarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Formda araştırmanın amacı ve yararları kısaca anlatılmıştır.

b. Ebelere Yönelik Sosyo-Demografik Soru Formu (Ek-2)

Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmış olup ebelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin (yaş, medeni durum, öğrenim durumu, meslekte çalışma süreleri, Neonatal Resüsitasyon konusunda bilgi alma durumu) 14 sorudan oluşmaktadır.

c. Ebelerin Neonatal Resüsitasyona İlişkin Bilgilerini Tanımlayan Soru Formu(Ek-3)

Verilerin toplanmasında kullanılan neonatal resüsitasyon bilgi formuna konu ile ilgili literatür taraması, 1 anesteziyoloji, 3 kadın hastalıkları ve doğum hemşireliği, 1 çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, 3 biyoistatistik uzmanı olmak üzere toplam 8 uzman görüşü alınarak hazırlanmıştır. Hazırlanan bu form ebelerin neonatal resüsitasyon değerlendirilmesine ilişkin bilgi ve uygulamalarını tanımlayan 27 sorudan oluşmaktadır. Soruların değerlendirilmesinde doğru ve yanlış şeklinde ifade edilen yanıtlar kullanılmıştır. Bu tip sorulardan doğru / yanlış şeklinde istenen yanıtı veren ebeler “biliyor”, yanlış yanıt veren ebeler “bilmiyor”; çoktan seçmeli sorularda ise doğru cevabı işaretleyen ebeler “biliyor”, yanlış cevabı işaretleyen ebeler “bilmiyor” olarak kabul edilmiştir. Soruların cevap anahtarı Ek-4 te verilmiştir.

3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Soru Kâğıdının Uygulanması

Soru formlarının uygulanabilmesi için, hastanelerin başhekimliklerinden izin alınmıştır. İzin alınan kurumlarda çalışan ebelere formlar 01.07.2006 ile 31.08.2006 tarihleri arasında uygulanmıştır. Ebelerden güvenilir yanıtlar alabilmek ve formların eksiksiz doldurulması için uygulama öncesi araştırma konusu ve amacı hakkında bilgi verilmiş ve ardından bilgilendirilmiş onam formunu ebelerin okuması sağlanarak imzalatılmıştır. Ebelere yönelik sosyo-demografik soru formu ve neonatal resüsitasyon bilgi formu araştırmacı tarafından ebelere verilmiş ve ebeler tarafından okunarak doldurulması istenmiştir. İlgili formlar ebeler tarafından yaklaşık olarak 30-35 dk'lık zaman süreci içerisinde doldurulmuştur.

3.4.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayar ortamında SPSS(ver:13.0) programında değerlendirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede 2x2 düzenlerde, çok gözlü düzenlerde Khi-kare testi

kullanılmıştır. Veriler tablolarda birey sayısı ve yüzdesi şeklinde belirtilip yanılma düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın kapsamına alınan ebelerin tanıtıcı özellikleri, neonatal resüsitasyona ilişkin düşünceleri ve bilgi düzeylerine ait bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1’de ebelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 4.1: Ebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları **n: 177**

TANITICI ÖZELLİKLER	SAYI	%
<u>Çalıştığı Kurum Adı</u>		
Antalya Devlet Hastanesi	164	92.7
Atatürk Devlet Hastanesi	13	7.3
Toplam	177	100.0
<u>Kurum İçi Bölüm Adı</u>		
Doğumhane	27	15.3
Doğum Servisi	14	7.9
Yenidoğan Ünitesi	11	6.2
Diğer Servisler	85	48.0
Poliklinikler	20	11.3
Çocuk Acil	20	11.3
Toplam	177	100.0
<u>Mesleki Öğrenim Durumu</u>		
Sağlık Meslek Lisesi	31	17.5
Ön Lisans	132	74.6
Lisans	14	7.9
Toplam	177	100.0
<u>Ebelik Mesleğinde Toplam Çalışma Süresi(Yıl)</u>		
9 ve altı	5	2.8
10–19	118	66.7
20–29	49	27.7
30 ve üstü	5	2.8
Toplam	177	100.0
<u>Ebelerin Hastanede Çalışma Süresi(Yıl)</u>		
9 ve altı	54	30.5
10–19	113	63.8
20–29	8	4.5
30 ve üstü	2	1.2
Toplam	177	100.0

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan ebelerin kurum içi çalıştığı bölümler incelendiğinde %48.0’ının diğer servislerde (yoğun bakım üniteleri, ameliyathane, psikiyatri v.b.) %15.3’ünün doğumhanede, %11.3’ünün çocuk acil’de çalıştıkları gözlenmektedir. Araştırma kapsamına giren ebelerin %74.6’sının ön lisans mezunu oldukları görülmektedir.

Ebelerin neonatal resüsitasyona ile ilgili düşünceleri Tablo 4.2’de gösterilmektedir.

Tablo 4.2: Ebelerin Neonatal Resüsitasyon (NR) ile İlgili Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı

NR İLE İLGİLİ DÜŞÜNCELER	Sayı	%
<u>Eğitim Sırasında NR Konusunda Bilgi Alma Durumu</u>		
Bilgi Alan	137	77.4
Bilgi Almayan	40	22.6
Toplam	177	100.0
<u>Maket Üzerinde Uygulama Yapma Durumu</u>		
Uygulama Yapan	135	76.3
Uygulama Yapmayan	42	23.7
Toplam	177	100.0
<u>NR ilişkin bir kursa katılma durumu</u>		
Kursa Katılan	34	19.2
Kursa Katılmayan	143	80.8
Toplam	177	100.0
<u>NR kursa veya hizmet içi eğitimine kaç kez katıldığı</u>		
1 kez	33	97.1
2 kez	1	2.9
Toplam	34	100.0
<u>NR kursu veya hizmet içi eğitimine katılma zamanı</u>		
1 yıl ve daha önce	2	5.9
2 yıl önce	3	8.8
3 yıl önce	2	5.9
4 yıl önce	12	35.3
5 yıl önce	11	32.4
6 yıl ve daha sonra	4	11.7
Toplam	34	100.0
<u>Bu kurs veya hizmet içi eğitim programının süresi</u>		
1 gün	1	2.9
3 gün	22	64.8
4 gün	1	2.9
5 gün	3	8.9
7 gün	5	14.7
14 gün	1	2.9
15 gün	1	2.9
Toplam	34	100.0
<u>NR kursu veya hizmet içi eğitimde maket üzerinde uygulama yapma durumu</u>		
Uygulama Yapan	34	100.0
Uygulama Yapmayan	0	0.0
Toplam	34	100.0
<u>NR kursu sertifika alma durumu</u>		
Sertifika Alan	32	94.2
Sertifika Almayan	2	5.8
Toplam	34	100.0

Hastanede çalışırken NR yapma durumu

Hiç resüsitasyon yapmayan	118	66.7
1 kez resüsitasyon yapan	4	2.3
2 kez resüsitasyon yapan	3	1.7
3 kez resüsitasyon yapan	3	1.7
4 ve daha fazla resüsitasyon yapan	49	27.6
Toplam	177	100.0

Tablo 4.2’de ebelerin toplam çalışma süreleri incelendiğinde %66.7’si 10–19 yıldan beri ebelik yaptıkları, %27.7’sinin de çalışma süresinin 20–29 yıl olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra ebelerin %63.8’i 10–19 yıldan beri sadece hastanede ebelik yaptıklarını ifade etmişlerdir.

Yine, ebelerin %77.4’ü temel eğitimleri sırasında neonatal resüsitasyon konusunda eğitim aldığını, %76.3’ünün de eğitim sırasında maket üzerinde uygulama yaptığını belirtmiştir.

Ebelerin %19.2’si neonatal resüsitasyon kursuna katıldığını belirtmiş olup, %35.3’ünün 4 yıl önce bu kursu aldığını, %64.7’sinin 3 günlük bir kurs aldığını, ebelerin tamamının da neonatal resüsitasyonla ilgili uygulamaları maket üzerinde yaptıkları belirlenmiştir. Kurs alan ebelerin kurs sonrası %94.2’sinin de sertifika aldıkları görülmektedir.

Hastanedeki çalışma süreleri boyunca ebelerin %66.7’si hiçbir yenidoğan bebeğe NR müdahalesinde bulunmadığını ifade ederken, % 27.7’si 4 ve daha fazla sayıda NR müdahalesi yaptığını ifade etmişlerdir.

Ebelerin neonatal resüsitasyona ilişkin bilgilerinin dağılımı Grafik4.1 ve Tablo 4.3’de verilmektedir.

Tablo 4.3: Ebelerin Neonatal Resüsitasyona İlişkin Bilgilerinin Dağılımı**N = 177**

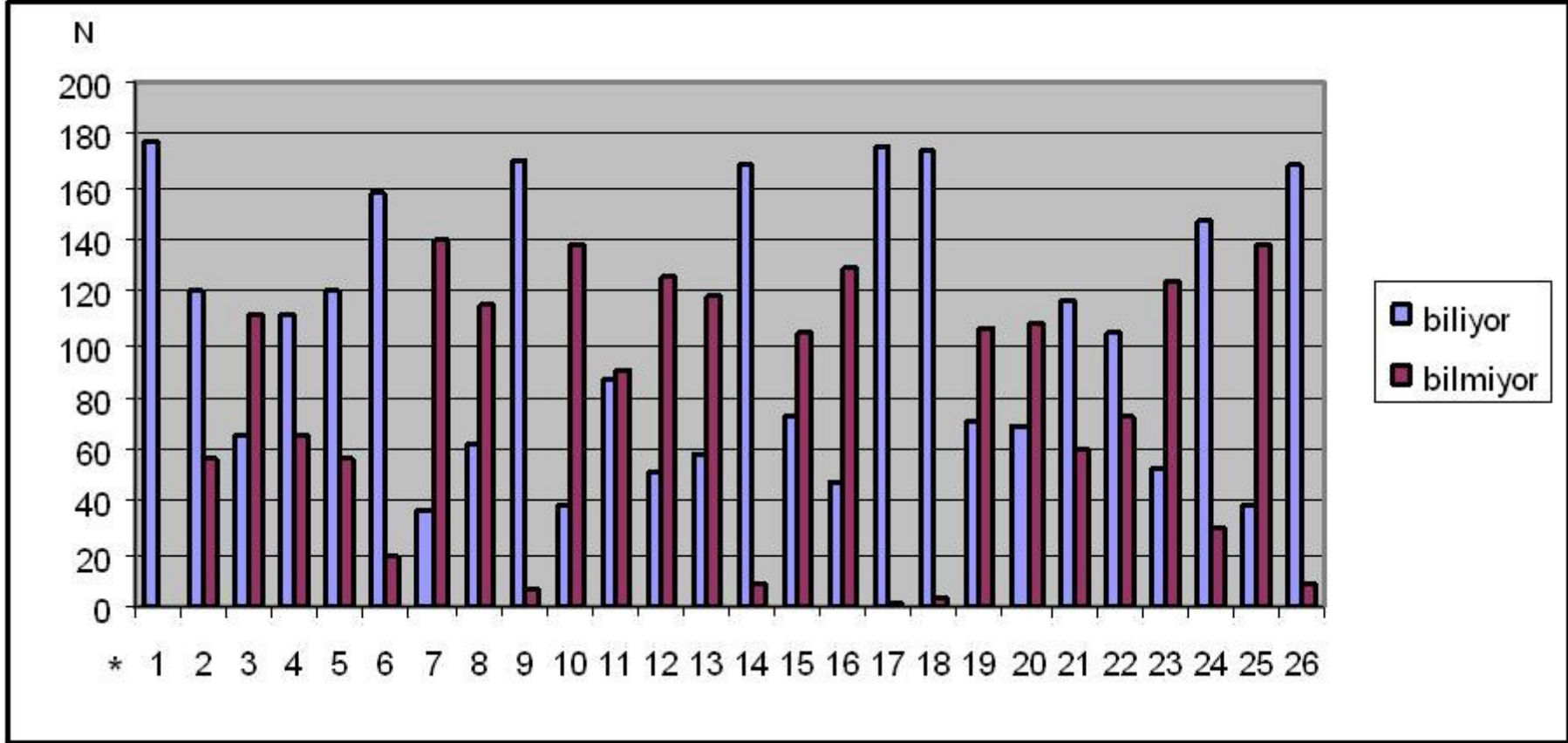
Ebelere Yönelik Bilgi Soruları	Biliyor		Bilmiyor	
	n	%	n	%
Neonatal Resüsitasyonun Amacı	177	100.0	0	0.0
Neonatal Resüsitasyonun ABC'si	121	79.1	56	20.9
Neonatal Resüsitasyon Basamakları	65	47.1	112	52.9
Neonatal Resüsitasyon İşlemi Sırasında Bebeğe Verilen Pozisyon	112	63.6	65	36.4
Yenidoğan Bebeğin Doğumundan Sonra Yapılması Gereken Uygulamalar	120	96.9	57	3.1
Yenidoğan Bebeğin Doğumdan Sonra Değerlendirmesi	158	96.9	19	3.1
Genel Resüsitasyona İlişkin Bilgiler	38	21.5	139	78.5
Trakeadan Mekonyumu Aspire Etmek İçin Önerilecek Araç Gereç	62	35.0	115	65.0
Trakeadan Aspirasyona Karar Verilirken Bebek Canlı Diyebilmek İçin Gerekli Kriterler	170	96.0	7	4.0
Bebeğe Taktil Uyarıcı Ve Serbest Akış Oksijen Kullanımı	39	22.2	138	77.8
Zararlı Taktil Uyarıcılar	86	48.9	91	51.1
Ventilasyon İşlemini Yapma	52	29.5	125	70.5
Termde Bir Yenidoğanın Her Bir Ventilasyondaki Gereksinimi	59	33.5	118	66.5
Doğum Sırasında Bir Bebeği Ventile Ederken Oksijen Konsantrasyonu	168	95.5	9	4.5
Yenidoğan Resüsitasyon Araçlarının Kontrol Zamanı	73	41.2	104	58.8
Göğüs Kompresyonu	47	26.7	130	73.3
Yenidoğan Bir Bebeğe Göğüs Kompresyonu Sırasında Bası Uygulaması	176	99.4	1	0.6
Yenidoğanın Göğüs Kompresyonu ve Ventilasyonunu Uygulama Süresi	173	97.7	4	2.3
Göğüs Kompresyonu Uygularken Meydana Gelen Komplikasyonlar	70	39.5	107	60.5
Endotrakeal Entübasyon Uygulama	69	39.0	108	61.0
Endotrakeal Entübasyon Sonucu Oluşabilecek Komplikasyonlar	117	66.1	60	33.9
Endotrakeal Tüp Ve Laringoskopun Yerleştirilmesi için Bebeğe Doğru Pozisyon Verme	105	59.3	72	40.7
Neonatal Resüsitasyonda İlaç Uygulama	53	29.9	124	70.1
Neonatal Resüsitasyon Esnasında İlaçların Verilme Yollarını Bilme Durumları	147	83.1	30	16.9
Neonatal Resüsitasyondaki İlaçların Kullanım Amaçları	39	22.7	138	77.3
Neonatal Resüsitasyonda Kullanılan Malzemeler	168	94.9	9	5.1

Tablo 4.3'de neonatal resüsitasyonla ilgili bilgi sorularına doğru yanıt verenlerin dağılımları görülmektedir. “ Neonatal resüsitasyonun amacı nedir?” sorusuna ebelerin tamamının(%100.0) doğru yanıt verdiği görülmüştür. Araştırma kapsamına giren ebelerin çoğunluğunun bildiği konular sırasıyla neonatal resüsitasyonda yenidoğan bir bebekte göğüs kompresyonu sırasında bası uygulanan alanın hangi nokta olduğu (%99.4); yenidoğanda göğüs kompresyonunu ve ventilasyonun 1 dk kaç kez uygulandığını (%97.7); yenidoğan bebeğin doğumundan hemen sonra yapılması gereken işlemleri uygulama sırasını (%96.9); yenidoğan bebeğin doğumdan hemen sonra ki değerlendirilmesinde

kullanılan üç bulguyu (%96.9); trakeal aspirasyona karar verirken “bebek canlı” diyebilmek için gereken kritere (%96.0); doğum sırasında bir bebeği ventile ederken oksijen konsantrasyonunun ne kadar olduğunu (%95.5); neonatal resüsitasyonda kullanılan malzemeleri (%94.9) ile ilgili sorularda görülmektedir.

Tablodan da anlaşıldığı gibi (Tablo 4.3), ebelerin büyük bir çoğunluğunun genel resüsitasyona ilişkin bilgileri (%78.5), bebeğe taktir uyaran ve serbest akış oksijen kullanımını (%77.8), neonatal resüsitasyonda ilaçların kullanım amaçlarını (%77.3), göğüs kompresyonunu (%73.3), ventilasyon işlemini yapmayı (%70.5), termde bir yenidoğanın her bir ventilasyondaki gereksinimini (%66.5) bilmedikleri ortaya çıkmıştır.

Grafik 4.1: Ebelerin Neonatal Resüsitasyona İlişkin Bilgilerinin Dağılımı



* Ebelere yönelik bilgi soruları(Ek-3) 1, 2, 3...26 şeklinde gruplandırılmıştır.

Tablo 4.4'te öğrenim düzeylerine göre ebelerin neonatal resüsitasyon kursuna katılma durumları verilmektedir.

Tablo 4.4: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Neonatal Resüsitasyon Kursuna Katılma Durumları (n=177)

Öğrenim düzeyleri	Neonatal Kursu Katılma Durumu				x ²	P
	Evet		Hayır			
	n	%	n	%		
S.M.L	5	16.1	26	83.9	15.263	0.001
Ön Lisans	20	15.2	112	84.8		
Lisans	9	64.3	5	37.7		

Tablo 4.4'te görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan lisans mezunu ebelerin %64.3'ünün neonatal resüsitasyon kursuna katıldığı saptanmıştır.

Öğrenim düzeylerine göre ebelerin neonatal resüsitasyon kursuna katılma durumları arasındaki fark anlamlıdır ($x^2 = 15.263$, $p < 0.001$).

Öğrenim düzeylerine göre ebelerin neonatal resüsitasyonun amacını bilme durumları Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Neonatal Resüsitasyonun Amacını Bilme Durumları (n=177)

Öğrenim Düzeyleri	Neonatal Resüsitasyonun Amacı			
	Biliyor		Bilmiyor	
	n	%	n	%
S.M.L	31	100.0	0	0.0
Ön Lisans	132	100.0	0	0.0
Lisans	14	100.0	0	0.0

Ebelerin öğrenim durumları ve neonatal resüsitasyonun amacına verdikleri yanıtlara göre dağılımı Tablo 4.5'te gösterilmiştir. Araştırma kapsamına alınan ebelerden, tümü (%100.0) doğru yanıt vermişlerdir.

Öğrenim düzeylerine göre ebelerin neonatal resüsitasyonun ABC'sinin sıralanmasını bilme durumları Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Neonatal Resüsitasyonun ABC'sinin Sıralanmasını Bilme Durumları (n=177)

Öğrenim Düzeyleri	Neonatal Resüsitasyonun ABC'si				x ²	p
	Biliyor		Bilmiyor			
	n	%	n	%		
S.M.L	15	48.4	16	51.6	16.053	0.001
Ön Lisans	92	69.7	40	30.3		
Lisans	14	100.0	0	0.0		

Araştırma kapsamına alınan ebelerden, lisans mezunu ebelerin tümünün neonatal resüsitasyonun ABC'sine doğru yanıt verdiği saptanmıştır. Ebelerin öğrenim düzeylerine göre neonatal resüsitasyonun ABC'sine verdikleri yanıtlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($x^2=16.053$, $p<0.001$).

Öğrenim düzeylerine göre ebelerin neonatal resüsitasyon basamaklarını bilme durumları Tablo 4.7'de verilmiştir.

Tablo 4.7: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Neonatal Resüsitasyon Basamaklarını Bilme Durumları (n=177)

Öğrenim Düzeyleri	Neonatal Resüsitasyon Basamakları				x ²	p
	Biliyor		Bilmiyor			
	n	%	n	%		
S.M.L	9	29.0	22	71.0	15.869	0.001
Ön Lisans	44	33.3	88	66.7		
Lisans	12	85.7	2	14.3		

Araştırma kapsamına alınan ebelerden, lisans mezunlarının %85.7'sinin neonatal resüsitasyonun basamaklarına doğru yanıt verdiği saptanmıştır. Ebelerin öğrenim düzeylerine göre neonatal resüsitasyonun basamaklarına verdikleri yanıtlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($x^2=15.869$, $p<0.001$).

Tablo 4.8'de öğrenim düzeylerine göre ebelerin neonatal resüsitasyon işlemi sırasında bebeğe verilen pozisyon hakkındaki bilgi durumlarının dağılımları gösterilmiştir.

Tablo 4.8: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Neonatal Resüsitasyon İşlemi Sırasında Bebeğe Verilen Pozisyon Hakkındaki Bilgi Durumlarının Dağılımları (n=177)

Öğrenim Düzeyleri	Neonatal Resüsitasyon İşlemi Sırasında Bebeğe Verilen Pozisyon				x ²	p
	Biliyor		Bilmiyor			
	n	%	n	%		
S.M.L	12	38.7	19	61.3	11.839	0.003
Ön Lisans	88	66.7	44	33.3		
Lisans	12	85.7	2	14.3		

Araştırma kapsamına alınan ebelerden, lisans mezunlarının %85.7'sinin neonatal resüsitasyon işlemi sırasında bebeğe verilen pozisyona doğru yanıt verdiği saptanmıştır. Ebelerin öğrenim düzeylerine göre neonatal resüsitasyon işlemi sırasında bebeğe verilen pozisyona verdikleri yanıtlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($x^2=11.839$, $p=0.003$).

Tablo 4.9'da öğrenim düzeylerine göre ebelerin yenidoğan bebeğin doğumundan sonra yapılması gereken uygulamalarını bilme durumları gösterilmiştir.

Tablo 4.9: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Yenidoğan Bebeğin Doğumundan Sonra Yapılması Gereken Uygulamalarını Bilme Durumları (n=177)

Öğrenim Düzeyleri	Yenidoğan Bebeğin Doğumundan Sonra Yapılması Gereken Uygulamalar				x ²	p
	Biliyor		Bilmiyor			
	n	%	n	%		
S.M.L	21	67.7	10	32.3	5.584	0.061
Ön Lisans	86	65.2	46	34.8		
Lisans	13	92.9	1	7.1		

Ebelerin öğrenim düzeylerine göre yenidoğan bebeğin doğumundan sonra yapılması gereken uygulamaları bilme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($x^2=5.584$, $p=0.061$).

Öğrenim düzeylerine göre ebelerin yenidoğan bebeğin doğumdan sonra değerlendirmesini bilme durumları Tablo 4.10'da verilmiştir.

Tablo 4.10: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Yenidoğan Bebeğin Doğumdan Sonra Değerlendirmesini Bilme Durumları (n=177)

Öğrenim Düzeyleri	Yenidoğan Bebeğin Doğumdan Sonra Değerlendirmesi				x ²	p
	Biliyor		Bilmiyor			
	n	%	n	%		
S.M.L	24	77.4	7	22.6	7.146	0.028
Ön Lisans	120	90.9	12	9.1		
Lisans	14	100.0	0	0.0		

Ebelerin öğrenim düzeylerine göre yenidoğan bebeğin doğumundan sonra değerlendirilmesi arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($x^2=7.146$, $p=0.028$).

Öğrenim düzeylerine göre ebelerin genel resüsitasyona ilişkin bilgilerinin durumu Tablo 4.11’de verilmiştir.

Tablo 4.11: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Genel Resüsitasyona İlişkin Bilgilerinin Durumu (n=177)

Öğrenim Düzeyleri	Genel Resüsitasyona İlişkin Bilgiler				x ²	p
	Biliyor		Bilmiyor			
	n	%	n	%		
S.M.L	5	16.1	26	83.9	17.860	0.001
Ön Lisans	23	17.4	109	82.6		
Lisans	10	71.4	4	28.6		

Araştırma kapsamına alınan ebelerden, lisans mezunlarının %71.4’ünün genel resüsitasyon ilişkin sorulara doğru yanıt verdiği saptanmıştır. Ebelerin öğrenim düzeylerine göre genel resüsitasyona ilişkin sorulara verdikleri yanıtlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($x^2=17.860$, $p<0.001$).

Öğrenim düzeylerine göre ebelerin trakeadan mekonyumu aspire etmek için önerilecek araç gereci bilme durumları Tablo 4.12’de verilmiştir.

Tablo 4.12: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Trakeadan Mekonyumu Aspire Etmek İçin Önerilecek Araç Gereci Bilme Durumları (n=177)

Öğrenim Düzeyleri	Trekadan Mekanyumu Aspire Etmek İçin Önerilecek Araç Gereci				x ²	p
	Biliyor		Bilmiyor			
	n	%	n	%		
S.M.L	8	25.8	23	74.2	12.687	0.002
Ön Lisans	43	32.6	89	67.4		
Lisans	11	78.6	3	21.4		

Ebelerin öğrenim düzeylerine göre trakeadan mekonyumu aspire etmek için önerilecek araç gereci bilme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($x^2 = 12.687$, $p=0,002$). Lisans mezunu ebelerin %78.6'sı doğru bildiklerini belirtmiştir.

Öğrenim düzeylerine göre ebelerin trakeadan aspirasyona karar verilirken bebek canlı diyebilmek için gerekli kriterleri bilme durumları Tablo 4.13'de gösterilmiştir.

Tablo 4.13: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Trakeadan Aspirasyona Karar Verilirken Bebek Canlı Diyebilmek İçin Gerekli Kriterleri Bilme Durumları (n=177)

Öğrenim Düzeyleri	Trekadan Aspirasyona Karar Verilirken Bebek Canlı Diyebilmek İçin Gerekli Kriterler				x ²	p
	Biliyor		Bilmiyor			
	n	%	n	%		
S.M.L	29	93.5	2	6.5	1.570	0.456
Ön Lisans	127	96.2	5	3.8		
Lisans	14	100.0	0	0.0		

Araştırma kapsamına alınan ebelerden, lisans mezunlarının %100.0'ü doğru yanıt vermiştir. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede, ebelerin öğrenim düzeylerine göre trakeal aspirasyona karar verirken “bebek canlı” diyebilmek için gerekli kriterlere verilen yanıtlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($x^2 = 1.570$, $p = 0.456$).

Öğrenim düzeylerine göre ebelerin bebeğe taktil uyaran ve serbest akış oksijen kullanımını bilme durumlarının dağılımı Tablo 4.14'te gösterilmiştir.

Tablo 4.14: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Bebeğe Taktil Uyarıcı ve Serbest Akış Oksijen Kullanımını Bilme Durumlarının Dağılımı (n=177)

Öğrenim Düzeyleri	Bebeğe Taktil Uyarıcı ve Serbest Akış Oksijen Kullanımı				x ²	p
	Biliyor		Bilmiyor			
	n	%	n	%		
S.M.L	5	16.1	26	83.9	17.361	0.001
Ön Lisans	24	18.2	108	81.8		
Lisans	10	71.4	4	28.6		

Ebelerin öğrenim düzeylerine göre bebeğe taktil uyarıcı ve serbest akış oksijen kullanımını bilme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($x^2 = 17.361$, $p < 0.001$). Araştırma kapsamına alınan ebelerden, lisans mezunlarının %71.4'unun doğru bildikleri saptanmıştır.

Öğrenim düzeylerine göre ebelerin zararlı taktil uyarıcıları bilme durumları Tablo 4.15'te gösterilmiştir.

Tablo 4.15: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Zararlı Taktil Uyarıcıları Bilme Durumları (n=177)

Öğrenim Düzeyleri	Zararlı Taktil Uyarıcılar				x ²	p
	Biliyor		Bilmiyor			
	n	%	n	%		
S.M.L	10	32.3	21	67.7	11.894	0.003
Ön Lisans	64	48.5	68	51.5		
Lisans	12	85.7	2	14.3		

Ebelerin öğrenim düzeylerine göre zararlı taktil uyarıcıları bilme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($x^2 = 11.894$, $p = 0.003$). Araştırma kapsamına alınan ebelerden, lisans mezunlarının %85.7'ünün doğru bildikleri, Sağlık meslek lisesi mezunu ebelerin %67.7'sinin de bilmedikleri saptanmıştır.

Öğrenim düzeylerine göre ebelerin ventilasyon işlemini bilme durumlarının dağılımı Tablo 4.16'da gösterilmiştir.

Tablo 4.16: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Ventilasyon İşlemini Bilme Durumlarının Dağılımı (n=177)

Öğrenim Düzeyleri	Ventilasyon İşlemini				x ²	p
	Biliyor		Bilmiyor			
	n	%	n	%		
S.M.L	5	16.1	26	83.9	13.591	0.001
Ön Lisans	37	28.0	95	72.0		
Lisans	10	71.4	4	28.6		

Ebelerin öğrenim düzeylerine göre ventilasyon işlemini bilme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($x^2 = 13.591$, $p < 0.001$). Araştırma kapsamına alınan ebelerden, lisans mezunlarının %71.4'ünün ventilasyon işlemini doğru bildikleri, sağlık meslek lisesi mezunu ebelerin ise %83.9'unun ventilasyon işlemini bilmediği saptanmıştır.

Öğrenim düzeylerine göre ebelerin termde bir yenidoğanın her bir ventilasyondaki gereksinimini bilme durumları Tablo 4.17'de gösterilmiştir.

Tablo 4.17: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Termde Bir Yenidoğanın Her Bir Ventilasyondaki Gereksinimini Bilme Durumları (n=177)

Öğrenim Düzeyleri	Termde Bir Yenidoğanın Her Bir Ventilasyondaki Gereksinimi				x ²	p
	Biliyor		Bilmiyor			
	n	%	n	%		
S.M.L	7	22.6	24	77.4	10.327	0.006
Ön Lisans	42	31.8	90	68.2		
Lisans	10	71.4	4	28.6		

Ebelerin öğrenim düzeylerine göre termde bir yenidoğanın her bir ventilasyondaki gereksinimi bilme durumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($x^2 = 10.327$, $p = 0.006$). Araştırma kapsamına alınan ebelerden, lisans mezunlarının %71.4'unun ventilasyon gereksinimini doğru bildikleri saptanmıştır.

Öğrenim düzeylerine göre ebelerin doğum sırasında bir bebeği ventile ederken oksijen konsantrasyonu hakkındaki bilgilerinin dağılımı Tablo 4.18'de verilmiştir.

Tablo 4.18: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Doğum Sırasında Bir Bebeği Ventile Ederken Oksijen Konsantrasyonu Hakkındaki Bilgilerinin Dağılımı (n=177)

Öğrenim Düzeyleri	Doğum Sırasında Bir Bebeği Ventile Ederken Oksijen Konsantrasyonu				x ²	p
	Biliyor		Bilmiyor			
	n	%	n	%		
S.M.L	29	93.5	2	6.5	1.585	0.453
Ön Lisans	125	94.7	7	5.3		
Lisans	14	100.0	0	0.0		

Ebelerin öğrenim düzeylerine göre doğum sırasında bir bebeği ventile ederken gerekli oksijen konsantrasyonunu bilme durumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($x^2 = 1.585$, $p = 0.453$). Araştırma kapsamına alınan lisans mezunu ebelerin tümünün doğru yanıt verdikleri saptanmıştır.

Öğrenim düzeylerine göre ebelerin yenidoğan resüsitasyon araçlarının kontrol zamanını bilme durumları Tablo 4.19’da gösterilmiştir.

Tablo 4.19: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Yenidoğan Resüsitasyon Araçlarının Kontrol Zamanını Bilme Durumları (n=177)

Öğrenim Düzeyleri	Yenidoğan Resüsitasyon Araçlarının Kontrol Zamanı				x ²	p
	Biliyor		Bilmiyor			
	n	%	n	%		
S.M.L	8	25.8	23	74.2	6.315	0.043
Ön Lisans	56	42.4	76	57.6		
Lisans	9	64.3	5	35.7		

Ebelerin öğrenim düzeylerine göre yenidoğan resüsitasyon araçlarının kontrol zamanını bilme durumları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($x^2 = 6.315$, $p = 0.043$).

Öğrenim düzeylerine göre ebelerin göğüs kompresyonu hakkındaki bilgilerinin dağılımı Tablo 4.20’de gösterilmiştir.

Tablo 4.20: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Göğüs Kompresyonu Hakkındaki Bilgilerinin Dağılımı (n=177)

Öğrenim Düzeyleri	Göğüs Kompresyonu				x ²	p
	Biliyor		Bilmiyor			
	n	%	n	%		
S.M.L	7	22.6	24	77.4	18.216	0.001
Ön Lisans	29	22.0	103	78.0		
Lisans	11	78.6	3	21.4		

Tablo incelendiğinde, lisans mezunu ebelerin %78.6'sının doğru yanıt verdikleri saptanmıştır. Ön lisans (%22.0) ve sağlık meslek lisesi mezunu (%22.6) ebelerin çok azı bu soruya doğru yanıt vermiştir. İstatistiksel açıdan incelendiğinde ebelerin öğrenim düzeylerine göre göğüs kopresyonu hakkındaki bilgileri arasında anlamlı fark bulunmuştur ($x^2=18.216$, $p<0.001$).

Öğrenim düzeylerine göre ebelerin yenidoğan bir bebekte göğüs kompresyonu sırasında bası uygulamasını bilme durumları Tablo 4.21'de gösterilmiştir.

Tablo 4.21: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Yenidoğan Bir Bebekte Göğüs Kompresyonu Sırasında Bası Uygulamasını Bilme Durumları (n=177)

Öğrenim Düzeyleri	Yenidoğan Bir Bebekte Göğüs Kompresyonu Sırasında Bası Uygulaması				x ²	p
	Biliyor		Bilmiyor			
	n	%	n	%		
S.M.L	31	100.0	0	0.0	0.589	0.745
Ön Lisans	131	99.2	1	0.8		
Lisans	14	100.0	0	0.0		

Ebelerin öğrenim düzeylerine göre yenidoğan bir bebekte göğüs kompresyonu sırasında bası uygulamasını bilme durumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. ($x^2=0.589$, $p=0.745$).

Öğrenim düzeylerine göre ebelerin yenidoğanın göğüs kompresyonu ve ventilasyonunu uygulama süresini bilme durumlarının dağılımı Tablo 4.22'de gösterilmiştir.

Tablo 4.22: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Yenidoğanın Göğüs Kompresyonu ve Ventilasyonunu Uygulama Süresini Bilme Durumlarının Dağılımı (n=177)

Öğrenim Düzeyleri	Yenidoğanın Göğüs Kompresyonu ve Ventilasyonunu Uygulama Süresi				x ²	p
	Biliyor		Bilmiyor			
	n	%	n	%		
S.M.L	30	96.8	1	3.2	0.756	0.685
Ön Lisans	129	97.7	3	2.3		
Lisans	14	100.0	0	0.0		

Ebelerin öğrenim düzeylerine göre yenidoğanın göğüs kompresyonu ve ventilasyonunu uygulama süresini bilme durumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($x^2=0.756$, $p=0.685$).

Öğrenim düzeylerine göre ebelerin göğüs kompresyonu uygularken meydana gelen komplikasyonlar hakkındaki bilgilerinin dağılımı Tablo 4.23'te gösterilmiştir.

Tablo 4.23: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Göğüs Kompresyonu Uygularken Meydana Gelen Komplikasyonlar Hakkındaki Bilgilerinin Dağılımı (n=177)

Öğrenim Düzeyleri	Göğüs Kompresyonu Uygularken Meydana Gelen Komplikasyonlar				x ²	p
	Biliyor		Bilmiyor			
	n	%	n	%		
S.M.L	10	32.3	21	67.7	9.915	0.007
Ön Lisans	49	37.1	83	62.9		
Lisans	11	78.6	3	21.4		

Ebelerin öğrenim düzeylerine göre göğüs kompresyonu uygularken meydana gelen komplikasyonları bilme durumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. ($x^2=9.915$, $p=0.007$). Araştırma kapsamına alınan ebelerden, lisans mezunlarının %78.6'sının doğru bildikleri, sağlık meslek lisesi ebelerin ise %67.7'sinin bilemedikleri saptanmıştır.

Öğrenim düzeyine göre ebelerin endotrakeal entübasyon uygulama bilgilerinin dağılımı Tablo 4.24'te gösterilmiştir.

Tablo 4.24: Öğrenim Düzeyine Göre Ebelerin Endotrakeal Entübasyon Uygulama Bilgilerinin Dağılımı (n=177)

Öğrenim Düzeyleri	Endotrakeal Entübasyon Uygulama				x ²	p
	Biliyor		Bilmiyor			
	n	%	n	%		
S.M.L	9	29.0	22	71.0	10.677	0.005
Ön Lisans	49	37.1	83	62.9		
Lisans	11	78.6	3	21.4		

Ebelerin öğrenim düzeylerine göre endotrakeal entübasyon uygulamasını bilme durumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. ($x^2 = 10.677$, $p=0.005$). Araştırma kapsamına alınan ebelerden, lisans mezunlarının %78.6'sının endotrakeal entübasyon uygulamasını bildikleri, sağlık meslek lisesi mezunu ebelerin %71.0'ı ise bilmediklerini belirtmiştir.

Öğrenim düzeylerine göre ebelerin endotrakeal entübasyon sonucu oluşabilecek komplikasyonlar hakkındaki bilgilerinin dağılımı Tablo 4.25'te verilmiştir.

Tablo 4.25: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Endotrakeal Entübasyon Sonucu Oluşabilecek Komplikasyonlar Hakkındaki Bilgilerinin Dağılımı (n=177)

Öğrenim Düzeyleri	Endotrakeal Entübasyon Sonucu Oluşabilecek Komplikasyonlar				x ²	p
	Biliyor		Bilmiyor			
	n	%	n	%		
S.M.L	16	51.6	15	48.4	14.352	0.001
Ön Lisans	87	65.9	45	34.1		
Lisans	14	100.0	0	0.0		

Tablo incelendiğinde, lisans mezunu ebelerin tümünün doğru bildikleri saptanmıştır(%100.0). Ebelerin öğrenim düzeylerine göre endotrakeal entübasyon sonucu oluşabilecek komplikasyonları bilme durumları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($x^2 = 14.352$, $p < 0.001$).

Ebelerin öğrenim durumlarının endotrakeal tüp ve laringoskopun yerleştirilmesi için bebeğe doğru pozisyon verme bilgilerinin dağılımları Tablo 4.26'da gösterilmiştir.

Tablo 4.26: Ebelerin Öğrenim Durumlarının Endotrakeal Tüp ve Laringskopun Yerleştirilmesi için Bebeğe Doğru Pozisyon Verme Bilgilerinin Dağılımları (n=177)

Öğrenim Düzeyleri	Endotrakeal Tüp Ve Laringskopun Yerleştirilmesi için Bebeğe Doğru Pozisyon Verme				x ²	p
	Biliyor		Bilmiyor			
	n	%	n	%		
S.M.L	10	32.3	21	67.7	24.087	0.001
Ön Lisans	81	61.4	51	38.6		
Lisans	14	100.0	0	0.0		

Tablo incelendiğinde, lisans mezunu ebelerin tümünün doğru bildikleri saptanmıştır(%100.0). Ebelerin öğrenim düzeylerine göre endotrakeal tüp ve laringskopun yerleştirilmesi için bebeğe doğru pozisyon verme bilgileri arasında anlamlı fark bulunmuştur ($x^2=24.087$, $p<0.001$).

Öğrenim düzeylerine göre ebelerin neonatal resüsitasyondaki ilaç uygulama bilgilerini bilme durumları Tablo 4.27’de gösterilmiştir.

Tablo 4.27: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Neonatal Resüsitasyondaki İlaç Uygulama Bilgilerini Bilme Durumları (n=177)

Öğrenim Düzeyleri	Neonatal Resüsitasyonda İlaç Uygulama				x ²	p
	Biliyor		Bilmiyor			
	n	%	n	%		
S.M.L	7	22.6	24	77.4	27.297	0.001
Ön Lisans	33	25.0	99	75.0		
Lisans	13	92.9	1	7.1		

Tablo incelendiğinde, lisans mezunu ebelerin %92.9’unun neonatal resüsitasyondaki ilaçları uygulamalarını bildikleri, sağlık meslek lisesi mezunu ebelerin ise %77.4’ünün bilmedikleri saptanmıştır. Ebelerin öğrenim düzeylerine göre neonatal resüsitasyonda ilaç uygulamalarını bilmeleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ($x^2=27.297$, $p<0.001$).

Öğrenim düzeylerine göre ebelerin neonatal resüsitasyon esnasında ilaçların verilme yollarını bilme durumları Tablo 4.28’de gösterilmiştir.

Tablo 4.28: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Neonatal Resüsitasyon Esnasında İlaçların Verilme Yollarını Bilme Durumları (n=177)

Öğrenim Düzeyleri	Neonatal Resüsitasyon Esnasında İlaçların Verilme Yollarını Bilme Durumları				x ²	p
	Biliyor		Bilmiyor			
	n	%	n	%		
S.M.L	22	71.0	9	29.0	8.073	0.018
Ön Lisans	111	84.1	21	15.9		
Lisans	14	100.0	0	0.0		

Ebelerin öğrenim düzeylerine göre neonatal resüsitasyon esnasında ilaçların verilme yollarını bilme ilaç durumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($x^2 = 8.073$, $p=0.018$). Tablo 4.28’de de görüldüğü gibi lisans mezunu ebelerin tümünün ilaçların verilme yollarını bildikleri saptanmıştır.

Öğrenim düzeylerine göre ebelerin neonatal resüsitasyondaki ilaçların kullanım amaçlarını bilme durumlarının dağılımı Tablo 4.29’da gösterilmiştir.

Tablo 4.29: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Neonatal Resüsitasyondaki İlaçların Kullanım Amaçlarını Bilme Durumlarının Dağılımı (n=177)

Öğrenim Düzeyleri	Neonatal Resüsitasyondaki İlaçların Kullanım Amaçları				x ²	p
	Biliyor		Bilmiyor			
	n	%	n	%		
S.M.L	6	19.4	25	80.6	22.718	0.001
Ön Lisans	22	16.7	110	83.3		
Lisans	11	78.6	3	21.4		

Ebelerin öğrenim düzeylerine göre neonatal resüsitasyondaki ilaçların kullanma amaçlarını bilme durumları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($x^2 = 22.718$, $p < 0.001$). Tablo 4.29’da da görüldüğü gibi lisans mezunu ebelerin %78.6’ sının ilaçların kullanma amaçlarını bilirken, sağlık meslek lisesi mezunu ebelerin %80.6’sı, önlisans mezunu ebelerin %83.3’ünün ilaçların kullanma amaçlarını bilmedikleri saptanmıştır.

Tablo 4.30’da öğrenim düzeylerine göre ebelerin neonatal resüsitasyonda kullanılan malzemeleri bilme durumları verilmiştir.

Tablo 4.30: Öğrenim Düzeylerine Göre Ebelerin Neonatal Resüsitasyonda Kullanılan Malzemeleri Bilme Durumları (n=177)

Öğrenim Düzeyleri	Neonatal Resüsitasyonda Kullanılan Malzemeler				x ²	p
	Biliyor		Bilmiyor			
	n	%	n	%		
S.M.L	29	93.5	2	6.5	1.585	0.453
Ön Lisans	125	94.7	7	5.3		
Lisans	14	100.0	0	0.0		

Ebelerin öğrenim düzeylerine göre neonatal resüsitasyonda kullanılan malzemeleri bilme durumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (x² =1.585, p=0.453). Araştırma kapsamına alınan ebelerden, lisans mezunlarının (%100.0); ön lisans mezunlarının (%94.7) ve sağlık meslek lisesi mezunlarının (%93.5)’ inin kullanılan malzemeleri bildikleri saptanmıştır.

Tablo 4.31’de ebelerin çalıştıkları bölümlerin neonatal resüsitasyonda yer alan hava yolunun açıklığının sağlanması uygulamasını yapma durumuna göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 4.31:Ebelerin Çalıştıkları Bölümlerin Neonatal Resüsitasyonda Yer Alan Hava Yolunun Açıklığının Sağlanması Uygulamasını Yapma Durumuna Göre Dağılımı

Ebelerin Çalıştıkları Bölümler	Neonatal Resüsitasyonda Hava Yolunun Açıklığının Sağlanması				x ²	p
	Sağlıyor		Sağlamıyor			
	n	%	n	%		
Doğumhane	26	96.3	1	3.7	113.729	0.001
Doğum Servisi	1	7.1	13	92.9		
Yenidoğan Ünitesi	7	63.6	4	36.4		
Diğer Servisler*	4	4.7	81	95.3		
Poliklinikler	2	10.0	18	90.0		
Çocuk Acil	0	0.0	20	100.0		

*Yoğun bakım üniteleri, ameliyathane, psikiyatri v.b.

Tablo incelendiğinde, doğumhane de çalışan ebelerin %96.3' ünün; hava yolunun açıklığını sağladıkları saptanmıştır. Bunun yanı sıra çocuk acilde çalışan ebelerin tamamı hava yolu açıklığını sağlamadıklarını belirtmişlerdir (%100.0). Ebelerin çalıştıkları bölümlere göre yenidoğanın hava yolunun açıklığının sağlanması arasında anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2=113.729$, $p<0.001$).

Tablo 4.32'de ebelerin çalıştıkları bölümlere göre neonatal resüsitasyondaki malzeme ve ilaçları hazır/çalışır bulundurma durumları verilmiştir.

Tablo 4.32: Ebelerin Çalıştıkları Bölümlere Göre Neonatal Resüsitasyondaki Malzeme ve İlaçları Hazır/Çalışır Bulundurma Durumları

Ebelerin Çalıştıkları Bölümler	Neonatal Resüsitasyondaki Malzeme ve İlaçları Hazır/Çalışır Bulundurma				χ^2	p
	Bulunduruyor		Bulundurmuyor			
	n	%	n	%		
Doğumhane	26	96.3	1	3.7	117.847	0.001
Doğum Servisi	1	7.1	13	92.9		
Yenidoğan Ünitesi	7	63.6	4	36.4		
Diğer Servisler*	3	3.5	82	96.5		
Poliklinikler	2	10.0	18	90.0		
Çocuk Acil	0	0.0	20	100.0		

*Yoğun bakım üniteleri, ameliyathane, psikiyatri v.b.

Tablo incelendiğinde, doğumhane de çalışan ebelerin %96.3' ünün; malzeme ve ilaçları hazır/çalışır bulundurduklarını belirtmişlerdir. Bunun yanı sıra çocuk acilde çalışan ebelerin tamamı malzeme ve ilaçları hazır/çalışır bulundurmadıklarını belirtmişlerdir. Ebelerin çalıştıkları bölümlere göre neonatal resüsitasyondaki malzeme ve ilaçları hazır/çalışır bulundurmaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2=117.847$, $p<0.001$).

Ebelerin çalıştıkları bölümlerde neonatal resüsitasyondaki damar yolu açıklığını sağlama durumuna göre dağılımı Tablo 4.33'de gösterilmiştir.

Tablo 4.33: Ebelerin Çalıştıkları Bölümlerde Neonatal Resüsitasyondaki Damar Yolu Açıklığını Sağlama Durmuna Göre Dağılımı

Ebelerin Çalıştıkları Bölümler	Neonatal Resüsitasyondaki Damar Yolu Açıklığını Sağlama				χ^2	p
	Sağlıyor		Sağlamıyor			
	n	%	n	%		
Doğumhane	26	96.3	1	3.7	120.039	0.001
Doğum Servisi	1	7.1	13	92.9		
Yenidoğan Ünitesi	7	63.3	4	36.4		
Diğer Servisler*	3	3.5	82	96.5		
Poliklinikler	1	5.0	19	95.0		
Çocuk Acil	0	0.0	20	100.0		

*Yoğun bakım üniteleri, ameliyathane, psikiyatri v.b.

Tablo incelendiğinde, doğumhane de çalışan ebelerin %96.3' ünün; damar yolu açıklığını sağladıkları saptanmıştır. Bunun yanı sıra çocuk acilde çalışan ebelerin tamamı damar yolu açıklığını sağlamadıklarını belirtmişlerdir. Ebelerin çalıştıkları bölümlere göre neonatal resüsitasyondaki damar yolu açıklığını sağlama durumları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2=120.039$, $p<0.001$).

Ebelerin çalıştıkları bölümlerin neonatal resüsitasyon uygulamasında yer alan yaşam bulgularını takip etme durumlarına göre dağılımı Tablo 4.34'te gösterilmiştir.

Tablo 4.34: Ebelerin Çalıştıkları Bölümlerin Neonatal Resüsitasyon Uygulamasında Yer Alan Yaşam Bulgularını Takip Etme Durumlarına Göre Dağılımı

Ebelerin Çalıştıkları Bölümler	Neonatal Resüsitasyonda Yaşam Bulgularını Takip Etme				χ^2	p
	Takip ediyor		Takip etmiyor			
	n	%	n	%		
Doğumhane	26	96.3	1	3.7	120.039	0.001
Doğum Servisi	1	7.1	13	92.9		
Yenidoğan Ünitesi	7	63.6	4	36.4		
Diğer Servisler*	3	3.5	82	96.5		
Poliklinikler	1	5.0	19	95.0		
Çocuk Acil	0	0.0	20	100.0		

*Yoğun bakım üniteleri, ameliyathane, psikiyatri v.b.

Tablo incelendiğinde, doğumhane de çalışan ebelerin %96.3' ünün; yaşam bulgularını takip ettikleri saptanmıştır. Bunun yanı sıra çocuk acilde çalışan ebelerin tamamı yaşam bulgularını takip etmediklerini belirtmişlerdir. Ebelerin çalıştıkları bölümlere göre neonatal resüsitasyondaki yaşam bulgularını takip etme durumları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($x^2=120.039$, $p<0.001$).

Tablo 4.35'te ebelerin çalıştıkları bölümlerde neonatal resüsitasyon işlemine yardım etme durumlarına göre dağılımları verilmiştir.

Tablo 4.35: Ebelerin Çalıştıkları Bölümlerde Neonatal Resüsitasyon İşlemine Yardım Etme Durumlarına Göre Dağılımları

Ebelerin Çalıştıkları Bölümler	Neonatal Resüsitasyon İşlemine Yardım Etme				x^2	p
	Yardım ediyor		Yardım etmiyor			
	n	%	n	%		
Doğumhane	26	96.3	1	3.7	120.039	0.001
Doğum Servisi	1	7.1	13	92.9		
Yenidoğan Ünitesi	7	63.6	4	36.4		
Diğer Servisler*	3	3.5	82	96.5		
Poliklinikler	1	5.0	19	95.0		
Çocuk Acil	0	0.0	20	100.0		

*Yoğun bakım üniteleri, ameliyathane, psikiyatri v.b.

Tablo incelendiğinde, doğumhane de çalışan ebelerin %96.3' ünün; neonatal resüsitasyon işlemine yardım ettikleri saptanmıştır. Bunun yanı sıra çocuk acilde çalışan ebelerin tamamı yardım etmediklerini belirtmişlerdir. Ebelerin çalıştıkları bölümlere göre neonatal resüsitasyon işlemine yardım etme durumları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($x^2=120.039$, $p<0.001$).

Tablo 4.36'da ebelerin çalıştıkları bölümlere göre neonatal resüsitasyonda yer alan kayıt tutma durumları gösterilmiştir.

Tablo 4.36: Ebelerin Çalıştıkları Bölümlere Göre Neonatal Resüsitasyonda Yer Alan Kayıt Tutma Durumları

Ebelerin Çalıştıkları Bölümler	Neonatal Resüsitasyon Sonrası Kayıt Tutma Durumları				χ^2	P
	Uyguluyor		Uygulamıyor			
	n	%	n	%		
Doğumhane	26	96.3	1	3.7	120.039	0.001
Doğum Servisi	1	7.1	13	92.9		
Yenidoğan Ünitesi	7	63.6	4	36.4		
Diğer Servisler*	3	3.5	82	96.5		
Poliklinikler	1	5.0	19	95.0		
Çocuk Acil	0	0.0	20	100.0		

*Yoğun bakım üniteleri, ameliyathane, psikiyatri v.b.

Tablo incelendiğinde, doğumhane de çalışan ebelerin %96.3' ünün; neonatal resüsitasyon sonrası kayıt tuttıkları saptanmıştır. Bunun yanı sıra çocuk acilde çalışan ebelerin %100.0'ının kayıt tutmadıklarını belirtmişlerdir. Ebelerin çalıştıkları bölümlere göre neonatal resüsitasyon sonrası kayıt tutma durumları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2 = 120.039$, $p < 0.001$).

Araştırmada ebelerin yaşları, çalışma süreleri, hizmet içi eğitim alma durumları ile bilgi soruları karşılaştırılmış, ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$)

5. TARTIŞMA

Araştırma hastanelerde çalışan ebelerin neonatal resüsitasyon konusundaki bilgilerinin belirlenmesi ve bazı sosyo-demografik verilerle karşılaştırılmasını amaçlamıştır. Yenidoğan resüsitasyonu yoğun bir duygusal dolgunluk ve stresli bir durum olan doğum veya doğum sonrası dönemlerde ortaya çıkan, özelleştirilmiş bilgi ve yeteneklerin kullanımlarını gerektiren karmaşık bir uygulamadır. Yenidoğan bebeklerin yaklaşık olarak %10'u doğum anında sağlık bakım uygulayıcılarının (ebe, hemşire, doktor) aktif olarak müdahalesine gereksinim duymaktadırlar (Dağoğlu ve Görak, 2002; Jukkala ve Henly, 2007).

Bakım sağlayan ebe veya hemşirenin hızlı, bilgili ve yetenekli bir şekilde cevap verebilmesi oldukça önemlidir. Resüsitasyon ekibi içerisinde yer alan ebe ve hemşirenin beklenen bu cevabı verebilmesi için bu alanda eğitilmiş, donanımlı ve deneyimli olması gerekir (Başbakkal ve Kılıç, 1995; Singh ve ark., 2006).

Bu araştırmada ebelerin %74.4' ünün temel eğitimleri sırasında (Sağlık Meslek Lisesi, Önlisans, Lisans) yenidoğan resüsitasyon konusunda eğitim almaları ve yaklaşık %76.3' ününde maket üzerinde uygulama yapmış olmaları oldukça önemli bir bulgudur. Ancak, yenidoğan resüsitasyonun etkili olabilmesi, mevcut sakatlıkların ve ölümlerin önlenmesi yalnızca ebelerin tam donanımlı olmaları ile sağlanabilir.

Ebelerin yaklaşık olarak %19.2' si mezuniyet sonrası dönemde NRP' na katıldığını belirtmiş ve bu ebelerin yaklaşık olarak 1/3' i en son 4 yıl önce bu kursu aldığını ifade etmiştir. Oysa uluslararası standartlara göre ebelerin bilgi ve yeteneklerini güncel tutabilmeleri, başarılı olabilmeleri, uygulayıcı statülerini koruyabilmeleri için her iki yılda bir tazeleme kurslarına katılmaları gerekmektedir (Jukkala ve Henly, 2007).

Ebelerin yarısından fazlasının (%66.7) çalışması sırasında yenidoğan resüsitasyon gereksinimi olan bebeklere müdahale etmediklerini belirttikleri belirlenmiştir. Yenidoğan resüsitasyonun etkili olabilmesi için hızlı ve doğru karar verme, erken müdahalenin önemi göz önüne alındığında ebelerin müdahalede bulunmamaları oldukça düşündürücüdür. Bu durum ebelerin daha önce resüsitasyon deneyimi olmaması, cesaret gösterememiş olmalarından kaynaklanabilir. Ayrıca ebelerin tam donanımlı bir hastanede ve yaklaşık olarak %63.8'ininde bu hastanelerde çalışıyor olması, uzman hekimlere (neonatolog, anestezi uzmanı) kolay ulaşılabilir olması etkilemiş olabilir.

Kusursuz resüsitasyon kritik bir görevdir. Ebe ve hemşirelerin yenidoğan resüsitasyon konusundaki bilgileri, deneyimleri ve rahatlık düzeyleri konusunda çok fazla bilgi mevcut olmadığı gibi kırsal ve kentsel hastanelerdeki uygulama ortamının etkisi konusunda çalışmalar yapılmamıştır. Ülkemizde Çınar ve Güney (2002) in hemşirelerle yapmış oldukları çalışmada, hemşirelerin yenidoğan resüsitasyon hakkındaki bilgileri (%53) mesleki eğitimleri sırasında aldığı ve yalnızca %1' inin bu konuda bir kursa gittiği belirlenmiştir. Bizim çalışmamızın sonuçları bu çalışmanın sonuçlarından biraz daha yüksek belirlenmiştir, ancak istendik düzeyde değildir.

Bu çalışmada ebelerin çoğunluğunun neonatal resüsitasyonla ilgili bilgilerinin yeterli olmadığı ortaya çıkmıştır. Ebelerin, özellikle bilgi soruları arasında; resüsitasyon basamakları, genel resüsitasyona ilişkin bilgiler, trakeadan mekonyumu aspire etme, resüsitasyonun başlangıç adımları içerisinde yer alan bebeğe taktik uyaran verme ve serbest akış oksijen kullanımını, zararlı uygun olmayan taktik uyaran verme, ventilasyon işlemi, termde bir yenidoğanın her bir ventilasyondaki gereksinimi, resüsitasyon araçlarının kontrol zamanı, göğüs kompresyonu, göğüs kompresyonunun komplikasyonları, endotrakeal entübasyon, neonatal resüsitasyondaki ilaç uygulamaları ve kullanılan ilaçların amaçları hakkındaki bilgilerinin yetersiz olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). Ebelerin temel eğitimler ve kurslarda edindikleri bu bilgileri ellerinde tutmaları, yetenek performansının endişe verici kaybı, resüsitasyon için verilen eğitimden 6 ay sonra gerçekleşmektedir (Kaczorowski et al., 1998; Dunn, 2001). Yetenekler, beklenmeyen kullanım ihtiyacı olmadığında körelebilmektedir yetersiz veya hatasız bilgi, uygulama dışı yetenekler ve güven veya bir müdahalenin etkilendiğine olan inanç eksikliği, resüsitasyonun gecikmeli başlangıcına ya da etkin olmayan performansına neden olabilmektedir. Ebeler becerilerini sık kullanmazlarsa veya periyodik olarak eğitime devam etmezlerse, öğrendiklerini kısa sürede unutacaklardır. Araştırma kapsamına giren ebelerin neonatal resüsitasyona ilişkin bilgi düzeylerindeki düşüklüğün nedenleri arasında; ebelerin konuyla ilgili öğrendikleri bilgileri periyodik olarak tekrar etmemelerinin, becerilerini uygulama alanlarında yeterince kullanmamalarının, bu konuya ilişkin etkin, planlı ve maket üzerinde uygulamalı bir kursa veya hizmet içi eğitim programlarına katılmamalarının olması olarak sıralayabiliriz (Tablo 4.3).

Jukkala ve Henly (2007)' nin yaptığı çalışmada; çalışmaya katılan hemşire ve ebeler tam bir resüsitasyon ekipman setinin sadece resüsitasyon gereksinimi olduğunda ameliyathanede hazır bulundurulması önerisini getirmiştir. Bizim çalışmamızda ise

ebelerin %41.2' si ekipman setinin (araçların) kontrol edilmesi gereken zamanı doğru bildikleri yani araçların her zaman hazır bulundurulması gerektiğini belirttikleri saptanmıştır. Ayrıca ekipman setinin hazır oluşluğunu lisans mezunu ebelerin çoğunluğunun (%64.3), diğer ebelerden daha iyi bildikleri saptanmıştır. Bu durum ebelerin lisans eğitimi sırasında bilgilendirilmiş olmalarından ve çoğunluğunun son 7 yıldır ebelik yapıyor olmaları (TCSB, 2007) nedeniyle bilgilerinin henüz güncel tutabilmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Çünkü lisans mezunu ebeler ülkemizde henüz 2000 yılından itibaren sağlık hizmetini devlete bağlı sağlık kuruluşlarında vermeye başlamışlardır ve henüz yeni mezunlar olarak hizmet sunmaktadırlar (yaklaşık 7 yıldır) (TCSB, 2007).

Gerekli tecrübeyi edinmek zor olsa da yenidoğan resüsitasyonu uygulayan her ebenin uzmanlığını geliştirip sürdürmesi gerekir (Barbara W., 2005).

Araştırmada öğrenim düzeylerine göre ebelerin, NR' nun amacını, ABC'sini, basamaklarını, genel resüsitasyon bilgilerini, trekeadan mekonyumu aspire etmek için kullanılacak araç gerecin, bebeğe taktik uyarıcı ve serbest akış oksijen kullanımı bilgisi, ventilasyon işlemine ilişkin bilgileri, göğüs kompresyonu ile ilgili bilgileri, ETE, ETE sonucu oluşabilecek komplikasyonları, ET tüp ve laringoskopun yerleştirilmesi için bebeğin doğru pozisyonu ile ilgili bilgileri, ilaç uygulamaları, ilaçların verilme yolları, ilaçların kullanma amaçları ile ilgili bilgileri karşılaştırıldığında eğitim düzeyleri arasında ki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Ebelerin öğrenim düzeyi arttıkça bilgi düzeylerinin arttığı söylenebilir. Bu sonuç Özvarış (1997)' nin ifade ettiği gibi eğitim düzeyi yükseldikçe öğrenme eğiliminin arttığını göstermektedir.

Uluslar arası Ebeler Konfederasyonu' nun (International confederation of midwives =ICM) ebelik kodlarına göre, ebeler mesleki bilgilerini tüm kültürlerde ve içinde buldukları şartlar ne olursa olsun sağlıklı bir doğumun gerçekleşmesi için kullanırlar ve tüm ebelik kariyerleri boyunca kişisel, zihni ve mesleki açıdan kendilerini geliştirmek için çabalarlar ve bu gelişmeyi uygulama ile bütünleştirirler (Thompson J.B. et al., 2004).

Bu araştırmada ebelerin çalıştıkları bölümler ile neonatal resüsitasyon boyunca yaptıkları uygulamalarda %96.3' ünün (Doğumhane Ebeleri) hava yolunun açıklığını sağlama; malzeme ve ilaçları hazır ve çalışır durumda bulundurma; hasta başına gitme; yaşam bulgularını yakından takip etme; resüsitasyona yardım etme; IV damar yolunun açıklığını sağlama ve gerekli ilaçları doktor istemine göre yapma; kayıt tutma uygulamalarını yaptıkları belirlenmiştir. Bunun yanı sıra çocuk acilde çalışan ebelerin %100' ünün yukarıdaki uygulamaları şimdiye kadar hiç uygulamadıkları saptanmıştır.

Mesleki öğrenim dönemlerinde ebeler sadece yenidoğan bebek bakımı ile donatıldıkları ve yer almamaları gerektiği halde çocuk acilde çalışıyor oldukları için ve ayrıca çocuk acilde uzman hekimler ve pratisyenler hazır bulunduğu için resüsitasyona ilişkin tüm uygulamaları yapmıyor/ yapamıyor olabilirler.

Öğrenim düzeylerine göre ebelerin, yenidoğan bebeğin doğumundan hemen sonra yapılması gereken işlemleri uygulama sırasını, yenidoğan bir bebekte göğüs kompresyonu sırasında bası uygulamasını, yenidoğanın göğüs kompresyonu ve ventilasyonunu uygulama süresini, yenidoğana göğüs kompresyonu uygularken meydana gelen komplikasyonlarını bilme durumları karşılaştırıldığında öğrenim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmada ebelerin yaşları, çalışma süreleri, hizmet içi eğitim alma durumları ile bilgi soruları karşılaştırılmış, ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Çınar ve Güney (2002) in çalışmasında hemşirelerin eğitim düzeyleri ve çalışma süreleri, yenidoğan resüsitasyonuna ilişkin bilgi düzeyleri ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadığı belirlenmiştir. Bizim çalışmamızın bulgularını kısmen desteklemektedir.

Eğitimsel çabalar ve ebelik/hemşirelik yönetsel yönergeleri (örn; işe alma, sürekli eğitim, oryantasyon gibi), çalıştıkları bölge ve ortam da temel alınarak hazırlanmalıdır. Bu tür uygulamalar ebelerin yenidoğan resüsitasyonu sırasında gerekli olan ileri düzeyde bilgi, beceri ve yeteneklerini geliştirmelerine ve eğitim ile klinik düzeyine erişebileceklerine olanak sağlayacaktır.

6. SONUÇ

Hastanede görevli ebelerin neonatal resüsitasyon konusunda sahip oldukları bilgileri değerlendirmek ve bazı sosyo-demografik özelliklerle ilişkisini belirlemek amacı ile yapılan bu çalışmanın sonucuna göre;

- Ebelerin büyük bir çoğunluğunun genel resüsitasyona ilişkin bilgileri (%78.5), bebeğe taktir uyaran ve serbest akış oksijen kullanımını (%77.8), neonatal resüsitasyonda ilaçların kullanım amaçlarını (%77.3), göğüs kompresyonunu (%73.3), ventilasyon işlemini yapmayı (%70.5), termde bir yenidoğanın her bir ventilasyondaki gereksinimini (%66.5) bilmedikleri ortaya çıkmıştır.
- Öğrenim düzeylerine göre ebelerin neonatal resüsitasyon kursuna katılma durumları arasındaki fark anlamlıdır ($\chi^2 = 22.788$, $p < 0.001$).
- Ebelerin öğrenim düzeylerine göre genel resüsitasyona ilişkin sorulara verdikleri yanıtlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=25.790$, $p<0.001$).
- Ebelerin öğrenim düzeylerine göre ventilasyon işlemini bilme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2 =16.260$, $p<0.001$).
- Ebelerin öğrenim düzeylerine göre göğüs kompresyonu hakkındaki bilgileri arasında anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2 =21.481$, $p<0.001$).
- Ebelerin öğrenim düzeylerine göre endotrakeal entübasyon uygulamasını bilme durumları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2 =14.062$, $p=0,005$).
- Ebelerin öğrenim düzeylerine göre neonatal resüsitasyonda ilaç uygulamalarını bilmeleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2 =27.451$, $p<0.001$).
- Ebelerin yaşları, çalışma süreleri, hizmet içi eğitim alma durumları ile bilgi soruları karşılaştırılmış, ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Ebelik mesleğinin yenidoğanın sağlığının değerlendirmesi, korunması ve yükseltilmesinde çok büyük rolü olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle ebelerin yenidoğan değerlendirmesi ile bakımı konusundaki bilgi eksikliklerinin giderilmesi ve güncel bilgilerle donanmaları önemlidir.

7. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda hastanede çalışan ebelerin neonatal resüsitasyona ilişkin bilgi eksikliklerinin bulunduğu ve bunların giderilecek düzeyde olduğu saptanmıştır. Toplum sağlığının gelişmesinde ve sürdürülmesinde etkin olan ebelerin bilgi eksikliklerinin giderilmesi amacıyla;

- Ebelik eğitimini veren tüm üniversitelerde doğum sonu neonatal resüsitasyona gerek duyulan yenidoğanların değerlendirilmesi konusuna teorik ve uygulamalı olarak yeterli zaman ayrılması,
- Üniversitelerin ebelik bölümlerinden mezun olmadan önce neonatal resüsitasyon sertifikası almalarını sağlamak,
- Ebeler için düzenli hizmetiçi eğitim programları hazırlanarak etkinliklere katılımın artırılması ve programlar sonunda yapılacak testlerle kendilerini ölçmeleri ve yarışmalarla başarılı olan ebelerin ödüllendirilmesi,
- Ebelere sıkıcı teorik bilgiler veren hizmetiçi eğitim programları düzenlemek yerine, özet şeklinde renkli kitaplar, Powerpoint sunumlar, kısa süreli videolar, demonstrasyon tekniğinin kullanılması, broşürler hazırlanmasını sağlamak,
- Özellikle doğum salonu ve yeni doğan ünitesinde çalışan ebelerin Neonatal Resusitasyon sertifikasına sahip olarak çalıştırılmasının sağlanması,
- Toplum sağlığını korumada büyük önem taşıyan ebelerin bilgilerini güncelleştirmek için (kongreler, seminerler, sempozyumlar gibi) etkinlikler düzenlemeleri ve düzenlenen etkinliklere katılımın sağlanması.
- Neonatal resusitasyonla ilgili becerilerin de ölçülmesi için, ayrı araştırmanın “maket” üzerinde uygulamalı olarak yaptırılıp, veri toplanması önerilebilir.
- *Sonuç olarak;* yenidoğan sağlığını değerlendirecek ebelerin eğitimlerinin, profesyonel ebe yetiştirme programları ile uyumlu olması ve temel sağlık hizmetlerinde çalışan ebelerin yenidoğanın değerlendirme kriterlerini ve bakımını kapsayan hizmet içi eğitimlere alınması önerilebilir.

ÖZET

HASTANEDE ÇALIŞAN EBELERİN NEONATAL RESÜSİTASYON KONUSUNDAKİ BİLGİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Neoantal resüsitasyonun etkili olabilmesi için hızlı ve doğru karar verme yeteneği olan, uygun zamanda girişimde bulunabilen ebelere ihtiyaç vardır. Bu bağlamda, sağlık hizmetleri sunumunda yer alan ebelerin, neonatal resüsitasyon bilgileri ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi önemlidir.

Bu araştırma, Antalya İl belediye sınırları içerisinde yer alan hastanelerde çalışan ebelerin neonatal resüsitasyona ilişkin bilgi düzeylerinin bazı sosyo-demografik özelliklerle ilişkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Antalya İl sınırları içinde bulunan hastanelerde çalışan 177 ebe oluşturmuştur.

Araştırma verileri, “ Bilgilendirilmiş Onam Formu”, “ Ebelere Yönelik Sosyo-Demografik Soru Formu” ve “ Ebelerin Neonatal Resüsitasyona İlişkin Bilgilerini Tanımlayan Soru Formu” kullanılarak toplanmıştır. Bu araçların geliştirilmesinde ilgili literatür yanında uzman kişilerin görüşlerine başvurulmuştur. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 13.0 programında değerlendirilmiş olup, Khi-Kare önemlilik testi kullanılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi sonucunda; ebelerin büyük bir çoğunluğunun genel resüsitasyona ilişkin bilgileri (%78.5), bebeğe taktil uyaran ve serbest akış oksijen kullanımını (%77.8), neonatal resüsitasyonda ilaçların kullanım amaçlarını (%77.3), göğüs kompresyonunu (%73.3), ventilasyon işlemini yapmayı (%70.5), termde bir yenidoğanın her bir ventilasyondaki gereksinimini (%66.5) bilmedikleri ortaya çıkmıştır.

Öğrenim düzeylerine göre ebelerin neonatal resüsitasyon kursuna katılma durumları arasındaki fark anlamlıdır ($\chi^2 = 22.788$, $p < 0.001$). Ebelerin öğrenim düzeylerine göre genel resüsitasyona ilişkin bilgi sorularına verdikleri yanıtlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2 = 25.790$, $p < 0.001$).

Araştırmada elde edilen veriler doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ebe, Yenidoğan, Neonatal resüsitasyon, Bilgi düzeyi

SUMMARY
THE EVALUATION OF THE NEONATAL RESUSCITATION KNOWLEDGE OF
THE MIDWIFES WORKING IN THE HOSPITALS

In order for the Neonatal resuscitation to be effective, the midwives who can intervene in the appropriate time with the ability to decide quickly and correctly are required. In this respect the neonatal resuscitation knowledge of the midwives who take place in the presentation of health services and the factors affecting this is important to research. This research has been made as descriptive and cross sectional in order to determine the some socio-demographic features relations regarding neonatal resuscitation of the midwives who take place in the hospitals within the provincial borders of Antalya Province municipality.

The paradigm of the research consists of 177 midwives who are working in the hospital within the provincial borders of Antalya.

The data of the research have been collected by using “Notified Onam Form”, “Socio-Demographic Question for Regarding the Midwives ” and “The Question Form Defining the Knowledge of the Midwives regarding Neonatal Resuscitation”. The views of the expert persons have been taken as well as the relevant literature in improving this research. The data obtained from the research have been evaluated in SPSS 13.0 program and the Khi-Kare significance test has been used.

After the evaluation of the data; it has been detected that the general knowledge of the midwives regarding the general resuscitation (78.5%), tactile stimulant and the free flow oxygen use to the infant (77.8%), the purpose of the use of the drugs in neonatal resuscitation (77.3%), chest compression (73.3%), performing the ventilation process (70.5%), the requirement of each ventilation of the new born baby in term (66.5%) do not know.

The difference between the participation of the midwives regarding their level of education to the neonatal resuscitation course is significant ($\chi^2 = 22.788$, $p < 0.001$). The difference between the answers the midwives gave to the questions regarding the general neonatal resuscitation by means of their level of education have been found significant statistically ($\chi^2 = 25.790$, $p < 0.001$).

Recommendations have been made in accordance with the data obtained from the research.

Key words: Midwife, Newborn, Neonatal resuscitation, Knowledge Level

KAYNAKÇA

1. Akçay A. (1999) **Çocuklarda Yaşam Desteği Uygulamalarının Sonuçları ve Sonucu Etkileyen Değişkenler**, İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü Uzmanlık Tezi, İstanbul
2. Al-Azzawi F. (1996) **Doğum ve Doğum Teknikleri Atlası**. Çev: Dr. Erkan AKTAŞ, Barol yayın dağıtım ve tic. A.Ş: İstanbul: 50–53.
3. Aksoy A. (1997) **Bir sürekli eğitim örneği: Kardiyopulmoner resüsitasyon eğitimi**. 4. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu “ Uluslar arası Katılımlı” . Sempozyum kitabı; 10–12 Eylül 1997; İstanbul: 372–374.
4. American Heart Association in collaboration with the International Liaison (2000) (ILCOR). **Guidelines 2000 for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care - an international consensus on science. Resuscitation** 2000; 46: 1-447.
5. Arça S. G. (1989) **Yenidoğan Ünitelerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Neonatoloji Bilgilerinin Değerlendirilmesi**, İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
6. Arsan S. (2002) **Yenidoğan sağlığına küresel bir bakış**. Türk Neonatoloji Derneği Bülteni; 5:5–9
7. Arslan H.İ.(1998) **Ebelik Eğitiminde Kalite**, Hemşirelik-Ebelik Eğitim ve Uygulamalarında Kalite Sempozyumu, Erciyes Üniversitesi, Kayseri 3–5 Haziran, ss 31–37.
8. Barbara W. (2005) **Challenges of neonatal resuscitation for nurse-midwives**. Available online 21 April 2005.
9. Başbakkal Z, Kılıç M. (1995) **Yenidoğan Resüsitasyonu ve Hemşirelik Rolü**. Saray Medikal Yayıncılık: İzmir: 26, 81–84
10. Boluyt N., Bollen W., Bos A., et al. (2006) **Fluid resuscitation in neonatal and pediatric hypovolemic shock: a Dutch Pediatric Society evidence- based clinical practice guideline**. Intensive Care Med.Special Article.
11. Boo NY, Pong KM. (2001) **Neonatal resuscitation training program in Malaysia: Result of the first 2 years**, J.Paediatr. Child Health 37, 118–124
12. Broomfield R. (1996) **A quasi-experimental research to investigate the retention of basic cardiopulmonary resuscitation skills and knowledge by**

- qualified nurses following a course in professional development.** J Adv Nurs; 23:1016–23
13. Byrne S. (2004) **Newborn resuscitation.** Current Anaesthesia&Critical Care; 15: 294–301.
 14. Chamberlain R, Chamberlain G, Hewlett B. et al.(1970) **1975 British births, The first week of life,** Heinemann, Vol:1 London
 15. **Circulation, American Heart Association** (2005) Neonatal resuscitation; 112;91-99.
 16. Clark J.B., Beard A.C., Barclay D.L. (1990) **Naloxone dosage and route of administration for infants and children: Addendum to emergency drug doses for infants and children.** Pediatrics; 86:484.
 17. Çavuşoğlu H. (2004) **Çocuk Sağlığı ve Hemşireliği:** Cilt 2, 7. Baskı: Sistem Ofset Basımevi: Ankara: 22–37
 18. Çınar N. D., Güney R. (2002), **Hemşirelerin yenidoğan resüsitasyonu konusundaki bilgilerinin değerlendirilmesi ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi:** Yoğun Bakım Dergisi: Cilt: 6: Sayı: 2:65-68
 19. Dağoğlu T. (2000), **Neonatoloji,** Nobel Tıp Kitapevleri: İstanbul: 105–113
 20. Dağoğlu T., Görak G. (2002) **Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri:** Nobel Tıp Kitabevi: İstanbul: 145-157
 21. David et al. (1999) **Neonatal resuscitation- a practical assessment.** Resuscitation; 21–25.
 22. Dunn P.M. (2001) **Neonatal resuscitation at the borderline of viability.** Current Obstetrics, Gynaecology; 378–379.
 23. Erdoğan F, Arsan S (1999) **Temel Yenidoğan Sağlığı:** Dizgi Baskı: Ankara: 9–17
 24. Grupta JM, Tizard JPM. (1967), **The sequence of events in neonatal apnea.** Lancet:55:59
 25. Gennaro S., Bream MD, Kent DW et al. (2005) **Barriers to and facilitators for newborn resuscitation in Malawi, Africa,** Journal of Midwifery, vol:50,No:4, July/August, ss:329–324
 26. Gnanalingham et al. (2006) **A national review of neonatal resuscitation programmes for midwives,** Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed 2006; 85:145–148.

27. Gunn AJ, Gluckman PD, Gunn TR. (1998) **Selective head cooling in newborn infants after perinatal asphyxia: a safety study** . Pediatrics; 102: 885-92.
28. Günay N. (1988) **Kroner Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Kardiyopulmoner Resüsitasyon Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Araştırılması**, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
29. Jukkala M.A., Henly J.S. (2007) **Readiness for neonatal resuscitation: Measuring knowledge, experince, and comfort level**, Applied Nursing Research 20 (2007) 78-85.
30. Kaczorowski, J., Levitt, C., Hammond, M., Outerbridge, E., Grad, R., Rothman, A., et al. (1998) **Retention of neonatal resuscitation skills and knowledge: A randomized controlled trial**. Family Medicine, 30,705-711.
31. Köksal N., Bayram Y., Baytan B. ve ark.,(2002) **Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilasyon tedavisi gören yenidoğanların retrospektif değerlendirilmesi**, Uludağ Üniv. Tıp Fak. Dergisi, 28(1): 1-4
32. Köse RM. (2005) **Perinatal Mortalite Kayıtları**, Perinotoloji Dergisi, supplement 1;2(1)
33. Kültürsay N. (2003) **Yenidoğan Sağlığı El Kitabı**: İzmir: 38-36
34. Lane B., Finer N., Rich W. et al. (2004) **Duration of intubation attempts during neonatal resuscitation**. The Journal of Pediatrics ;July: 67-70.
35. Nadkarni V, Hazinski MF, Zideman D et al.(1997) **Paediatric life support: an advisory statement by the Paediatric Life Support Working Group of the International Liaison Committee on Resuscitation**. *Resuscitation*; 34:115-127.
36. Neyzi O. Ertuğrul T., (1993), **Pediatric: 2**. Baskı: Tayf Ofset: Ankara: 226-234
37. Neyzi O., Ertuğrul Y.T., (2002) **Pediatric** , Cilt 1, Nobel Tıp Kitabevi, , İstanbul: 343-352
38. O'Donnell PF, Stewart MJ, Mildenhall FJ. et al. (2006) **Neonatal resuscitation in Australia and New Zealand**, Journal of Paediatrics and Child Health:42, 4-5
39. Onat T. (1996) **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları**: Cilt 1: Eksa Yayınları: Ankara: 254-255
40. Oran O, Tekinalp G, Erdem G, Yudakök M. (1992), **Yenidoğan Akciğer Hastalıkları**: Güneş Yayınları, Ankara: 18-78

41. Oran O, Tekinalp G, Erdem G, Yiğit Ş, Yudakök M. (2001), **Yenidoğan Bakımında Hacettepe Uygulamaları**: Güneş Kitabevi: Ankara: 3–8
42. Örnek G. (2005) **Neonatal Resüsitasyon ve Ebelik Yaklaşımları**, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü, Yayınlanmamış Lisans Bitirme Ödevi, Sivas
43. Özvarış Ş.(1997) **Halkın Sağlık Eğitimi**. Toplum ve Hekim, 12: 55–63.
44. Öztürk M.A.(2006) **Neonatal Resüsitasyon**. tip.erciyes.edu.tr/Anabilim/Dahili/Web/Cocuk_Sagligi/neonatal_resusitasyon.htm - 38k. Erişim Tarihi: 14.10.2007
45. Palme-Kilander C. (1992) **Methods of resuscitation in low-Apgar-score newborn infants: a national survey**. Acta Paediatr; 81:739–744.
46. Pernoll M.L. **Çağdaş Obstetrik ve Jinekoloji Teşhis ve Tedavi**. Cilt:1.741–748
47. Philips B., Zideman D., Wyllie J., Richmond S.(2006) “**Avrupa Resüsitasyon Konseyi 2000 Yılı Yenidoğan Yaşam Desteği Kılavuzu**”, <http://www.sivassm.gov.tr/yenidoganyasamdestegi.htm> Erişim Tarihi: 14.10.2007
48. Safar P.(2002) **Development of cardiopulmonary-cerebral resuscitation in the twentieth century**. **International Congress Series**; 1242: 215-227
49. Sağlık Bakanlığı. **Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge** (2001) T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara:71
50. Saydam K, B. (1998) **Yenidoğan Apgar Skoru, Nöromusküler Gelişimleri (Refleksler) ve Yaşamsal Bulguları İle İlgili Ebe- Hemşirelere Verilen Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi**, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir
51. Saylam M. (1992) **Kardiyopulmoner Arrest ve Resüsitasyon**, III. Uluslar arası Hemşirelik Kongresi Kitabı, Cumhuriyet Üniversitesi HYO, Sivas:523–533
52. Scott J.R., DiSaia P., Hammond C.(1992) **Danfort Obstetrik ve Jinekoloji**, Çev: Selçuk Erez, Altıncı Baskı, Yüce Yayınları A.Ş: 187-217, 817-835.
53. Singh J., Santosh J., Mellon A. et al. (2006) **Effects of a course in neonatal resuscitation- evaluation of an educational intervention on the Standard of neonatal resuscitation**. Resuscitation; 68, 385–389.
54. Sütçüoğlu S., Tümer M., Meydan E. ve ark. (2003) **Yenidoğanlarda Doğum Odası Resüsitasyon Uygulamaları ve Etkileyen Risk Faktörleri**, SSK Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi, 13(3): 163–169

55. Şener Ş. (2003) **Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesindeki Araştırma Görevlisi Tıp Doktorlarının Temel Yaşam Desteği Bilgi Düzeyleri ve Bunu Etkileyen Faktörler**, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İzmir
56. Şenol Ş. (1993) **Hemşirelerin Kardiopulmoner Arrest ve Resusitasyona İlişkin Bilgi Düzeyleri ve Karşılaştıkları Sorunlar**, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara
57. World Health Report (1995) Geneve, Switzerland. World Health Organization; 1997:21.
58. Wyllie J. (2006) **Resuscitation of the depressed newborn** . Seminars in Fetal&Neonatal Medicine; 11, 158–165.
59. Taşkın L. (2003) **Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği**. Sistem Ofset Matbaacılık: Ankara: 324
60. Taşdelen E., Arvas A. (1993) **Yenidoğan resüsitasyonu**. Perinotoloji Dergisi; 1(4) 205– 212.
61. Tezel A., Özkan H., Çelebioğlu A.(2005) **Ebeler “apgar değerlendirmesi”ni ne kadar biliyorlar?**, Sağlık Bilimleri Dergisi, 14(3), 163-170
62. Tekin N., Akşit A. (2001) **Yenidoğan bebeğin doğum odasında resüsitasyonu**, Perinotoloji Dergisi, 9(2), 97-105
63. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (TCSB) (2007) **Personel Dağılım Cetveli**. <http://www.saglikbakanligi.gov.tr> . Erişim Tarihi: 15.11.2007
64. Uğur S. (1993) **Pediyatrik kardiopulmoner-serebral resüsitasyon**, İstanbul Tabip Odası- Klinik Gelişim Dergisi, Cilt:6, No:8
65. Vadhere RB. (1997) **The Use LMA in Newborn Resuscitation. The Internet Journal of Anesthesiology**. Vol.1 No 4. Available from: URL: <http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ija/vol1n4/lma.xml>. Erişim Tarihi: 03.12.2006
66. Vural M. (2001)**Yenidoğan Resüsitasyonu**, İ.Ü. Cerrahpaşa Aciller Sempozyumu, İstanbul: 43–47
67. Yeğin O., Oygur N. (1989) **Yenidoğan El Kitabı**, Güneş Kitabevi, Ankara.
68. Yılmaz H.L. (2005) **Pediyatrik İleri Yaşam Desteği**. www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/pageview.aspx?tab=1&catid=20&subid=113&lb=&sid=... — 76k. Erişim Tarihi: 04.04.2007

- 69.** Yılmaz K. (2007) **Pediatric temel yaşam desteğinde güncel değişiklik önerileri.** Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi; 50: 67–72.
- 70.** Yurdakök M. (1993) **Yenidoğan Bebekte Girişimler,** Güneş Kitabevi, Ankara: 105–107
- 71.** Yurdakök M. (2001) **Yenidoğan bebeğin resüsitasyonu,** Hacettepe Tıp Dergisi; 32: 202–7.
- 72.** Yurdakök M., Arslan S.(2000) **Neonatal Resüsitasyon Programı Uygulayıcı Kurs Kitabı.** İzmir Tabip Odası, İzmir

EKLER (Ek-1, Ek-2, Ek-3, Ek-4)

Ek-1: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Ek-2: EBELERE YÖNELİK SOSYO-DEMOGRAFİK SORU FORMU

Ek-3: NEONATAL RESÜSİTASYON BİLGİ FORMU

Ek-4: NEONATAL RESÜSİTASYON BİLGİ FORMU CEVAP

ANAHTARI

EK 1

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HASTANEDE ÇALIŞAN EBELERİN NEONATAL RESÜSİTASYONA İLİŞKİN BİLGİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bütün insanlık için önemli olan Neonatal Resüsitasyon, ülkemizde yenidoğan ölüm oranı göz önüne alındığında daha fazla önem teşkil etmektedir. DSÖ verilerine göre, tüm dünyada yılda 5 milyon yenidoğan ölmektedir. Bunların %19'u doğum sonrası asfiksiye (dokulara giden oksijen azalmasına bağlı gelişen hasar tablosu) bağlı kaybedilmektedir.

Doğumu yaptıran sağlık personelinin normalden sapmaları tanınması ve uygun girişimleri yerine getirmesi beklenir. Ülkemizde yürürlükteki yönergeye göre, ebeler doğumda ve doğum sonrasında riskli durumları değerlendirmek, gerekli bakım ve izlemi yapmakla sorumludurlar.

Yenidoğan resüsitasyonun etkili olabilmesi için hızlı ve doğru karar verme yeteneği olan ve uygun zamanda girişimde bulunabilen ebelere ihtiyaç vardır. Bu konuda ebelerin tam donanımlı olmaları gerekir. Çalışmamda ebelerin bu konuda tam deneyimli bir bilgi düzeyine sahip olup olmadıklarını belirlemek ve mevcut durumu ortaya koyabilmek adına bu çalışma önemli olacaktır. Mevcut durum ortaya konulduğunda, elde edilen bulgular, ebelerin neonatal resüsitasyon bilgilerini arttırmaya, var olan bilgilerini güncelleştirmeye, yanlış bilgilerini düzeltmeye, eksik bilgilerini tamamlamaya olanak sağlayacaktır.

Bu doğrultuda yapacağımız çalışma, Antalya İl merkezindeki hastanelerde çalışan ebelerin neonatal resüsitasyona ilişkin bilgi düzeylerini saptamak amacıyla planlanmıştır.

Çalışmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı, soyadınızı ve bu günün tarihini yazıp, imzanızı atınız. İlginize teşekkür ederiz.

YUKARIDA BELİRTİLEN AMACA YÖNELİK EBELERİN NEONATAL RESÜSİTASYON
DEĞERLENDİRİLMESİNE İLİŞKİN BİLGİLERİNİ TANIMLAYAN SORU FORMUNU
DOLDURMAYI KABUL EDİYORUM.

TARİH

AD-SOYADI

İMZA

EK 2

EBELERE YÖNELİK SOSYO-DEMOGRAFİK SORU FORMU

Anket No:

Tarih:

1. Çalıştığınız kurumun adı:

2. Kurum içinde çalıştığınız bölüm adı:

3. Yaşınız:

4. Mesleki öğrenim durumunuz:

- Sağlık Meslek Lisesi Sağlık Yüksek Okulu
 Ebelik Ön Lisans (A.Ö.F dâhil) Yüksek Lisans
 Doktora

5. Mezun olduğunuz okuldan aldığınız unvan adı?

- Ebe Ebe- Hemşire

6. Ebelik mesleğinde toplam çalışma süreniz ne kadardır?(Ay ve yıl olarak belirtiniz):

.....

7. Hastanede ne kadar süredir çalışıyorsunuz?.....

8. Mesleki eğitiminiz sırasında aldığınız derslerde neonatal resüsitasyon konusunda bilgi aldınız mı?

- Evet Hayır (10. soruya geçiniz.)

9. Evet ise; bir maket üzerinde uygulama yaptınız mı?

- Evet Hayır

10. Neonatal resüsitasyona ilişkin bir kursa veya hizmet içi eğitim programına katıldınız mı?

Evet

Hayır (14. soruya geçiniz.)

11. Neonatal resüsitasyona ilişkin bir kursa veya hizmet içi eğitim programına katıldıysanız?

a. Kaç kez:.....

b. Ne zaman:.....

c. Bu kurs veya hizmet içi eğitim programı ne kadar sürdü (Gün, Ay, Yıl)

.....

12. Neonatal resüsitasyona ilişkin eğitimde maket üzerinde uygulama yaptınız mı?

Evet

Hayır

13. Neonatal resüsitasyon kursu sonucu sertifika aldınız mı?

Evet

Hayır

14. Şimdiye kadar hastanede neonatal resüsitasyon yaptınız mı?

Hayır

1 kez

2 kez

3 kez

4 ve daha fazla

EK 3

NEONATAL RESÜSİTASYON BİLGİ FORMU

Anket No:

Tarih:

1. Neonatal resüsitasyonun amacını aşağıdaki seçeneklerden **hangisi tanımlamaz?**

- a) Hipoksik- iskemik doku hasarının yol açacağı mortalite ve morbiditeyi önlemek
- b) Yeterli spontan solunum ile kalp atımını sağlamak
- c) Bebeğin sağ kalması ve sağlıklı yaşayabilmesi için gerekli koşulların ve desteğin sağlanması
- d) Enfeksiyonların önlenmesini sağlayarak yaşamın devamını sağlamak

2. Resüsitasyonun ABC'sini **sıralayın:**

A: _____

B: _____

C: _____

3. Resüsitasyonun basamaklarını **yazınız?**

4. Neonatal resüsitasyon işlemi sırasında bebeğe verilen pozisyonlardan **hangisi doğrudur?**



5. Yenidoğan bebeğin doğumundan hemen sonra yapılması gereken işlemleri uygulama sırasına göre sıralayınız?

- _____ Bebeğe pozisyon verilmesi
- _____ Ağız aspirasyonu
- _____ Bebeğin kurulanması
- _____ Bebeğin ısıtıcı altına, önceden ısıtılmış yatağa yerleştirilmesi
- _____ Burun aspirasyonu

6. Yenidoğan bebeğin doğumdan hemen sonra ki değerlendirilmesinde kullanılan üç bulguyu sırasıyla yazınız?

1. _____
2. _____
3. _____

7. Genel resüsitasyona ilişkin verilen;

Aşağıdaki ifadelere doğru veya yanlış olmasına göre D veya Y harflerini kullanın:

- () Göğüs kompresyonu ve ilaç kullanımı yenidoğan resüsitasyonunda ender olarak gerekir.
- () Tüm bebeklerde, fetal akciğer sıvısı ilk birkaç solukla alveollerden temizlenir.
- () Bir yenidoğanda göğüs hareketleri, yeterli ventilasyonun göstergesidir.
- () Yeterli oksijenlenme için, doğumdan sonra pulmoner kan akımının artması şarttır.
- () Radyant ısıtıcı kullanımı bebeğe rahat girişim olanağı ve aynı zamanda uygun termal ortam sağlar.
- () Resüsitasyon gereken bebekleri kurulamak, gereksiz zaman kaybına yol açar.
- () Solunumu iyi, rengi pembe olan, derisinde mekonyum bulunmayan bir bebeğin resüsitasyon gereksinimi yoktur.

() Bir bebeğin akciğerlerine yeterli miktarda oksijen verirsiniz, bu düzenli oksijenlenmeyi sağlar.

8. Trakeadan mekonyumu aspire etmek için aşağıdakilerden hangisi önerilir?

- a) 6–8 Fr. Aspirasyon kateteri
- b) 5–6 Fr. Ya da daha geniş bir aspirasyon kateteri
- c) Endotrakeal tüp
- d) Endotrakeal tüp içerisinden geçirilmiş aspirasyon kateteri

9. Trakeal aspirasyona karar verirken “ bebek canlı” diyebilmek için aşağıdakilerden hangisi gerekli kriterler içerisinde yer almalıdır?

- a) Solunum iyi
- b) Kas tonusu normal
- c) Kalp atım hızı 100/dk üzerinde
- d) Hepsi

10. Resüsitasyonun başlangıç adımları içerisinde yer alan bebeğe taktil uyarın ve serbest akış oksijen kullanımına yönelik;

Aşağıda verilen ifadelere doğru veya yanlış olmasına göre D veya Y harflerini kullanın:

() Eğer bebek sırtının sıvazlanmasına yanıt vermiyorsa ayak tabanına şaplak ya da fiske vurarak taktil uyarın vermeye devam etmelisiniz.

() Solunumu başlatmak için topuğa şaplak vurmak yerine göğüs kafesinin iyice sıkıştırılması da uygulanabilir.

() Apnedeki bebek için bebeğin göğüs ve ekstremitelerini hafifçe sıvazlamak uygun uyarandır.

() Bir bebeğe kullanılan oksijen birkaç dakikadan daha uzun süre verilecekse ısıtılmalı ve nemlendirilmelidir

() %80 konsantrasyonda serbest akış oksijen alan bebek pembeleşirse, oksijen hemen kapatılmalıdır.

() Solunumu düzenli ve kalp atım hızı 100'ün altında olan siyanotik bir bebek için serbest akış oksijen yeterlidir

11. Aşağıdaki hareketlerden hangisi zararlı ve uygun olmayan taktil uyarandır?

- a) Ağız aspirasyonu
- b) Ayak tabanına şaplak, Ayak tabanına fiske vurulması
- c) Sırtı sıvazlamak
- d) Bacakların karna doğru itilmesi

12. Resüsitasyon basamakları içerisinde yer alan ventilasyon işlemi için;

Aşağıda verilen ifadelere doğru veya yanlış olmasına göre D veya Y harflerini kullanın:

- () Taktil uyarın verildikten sonra, herhangi bir andaki solunumu kalp atım hızını dakikada 100'ün üzerinde tutamayan ya da apneik olan her yenidoğanda balon maske ventilasyonu başlatılmalıdır.
- () Uygun yerleştirilmiş bir maske, göz hasarına yol açabilir.
- () Bir yenidoğanın ventilasyonu sırasındaki gerekli olan hız 40/60 dk'dır.
- () Bir yenidoğanın spontan solunumu varsa, pozitif basınçlı ventilasyon endikasyonu yoktur.

13. Termde bir yenidoğanın her bir ventilasyondaki gereksinimi yaklaşık olarak ne kadardır?

- a) 10–15 ml
- b) 20–30 ml
- c) 40–50 ml
- d) 50–60 ml

14. Doğum sırasında bir bebeği ventile ederken oksijen konsantrasyonu ne kadar olmalıdır?

- a) %90–100
- b) %70–80
- c) %60–70
- d) %50–60

15. Resüsitasyon araçları ne zaman kontrol edilmelidir?

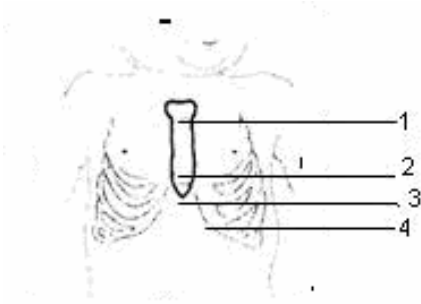
- a) Her gün
- b) Her hafta
- c) Ayda bir
- d) Her kullanımdan önce

16. Resüsitasyon basamakları içerisinde yer alan göğüs kompresyonu için;

Aşağıda verilen ifadelere doğru veya yanlış olmasına göre D veya Y harflerini kullanın:

- () Bir yenidoğana %100 oksijenli ventilasyon 30 saniye uygulanmasına rağmen kalp atım hızı 60 atım/dk altında ise göğüs kompresyonuna başlanmalıdır.
- () Bebeğin sternumuna bası uygulama derinliği göğüs ön arka çapının 1/3' ü kadar olmalıdır.
- () Göğüs kompresyonu, göğsü aşağı bastırıp-bırakma işleminden ibarettir.
- () Göğüs kompresyonu uygulanan bir yenidoğan yeterli spontan kalp atım hızına ulaştığı anda, gerek göğüs kompresyonunu gerekse ventilasyonu durdurmak uygun ve güvenli olur.

17. Aşağıdaki çizimde yenidoğan bir bebekte göğüs kompresyonu sırasında bası uygulanan alan hangisi olmalıdır?



- a) 1
- b) 2
- c) 3
- d) 4

18. Yenidoğana göğüs kompresyonu ve ventilasyon 1 dakikada kaç kez uygulanmalıdır?

- a) 90 göğüs kompresyonu- 30 ventilasyon
- b) 80 göğüs kompresyonu- 40 ventilasyon
- c) 40 göğüs kompresyonu- 10 ventilasyon
- d) 50 göğüs kompresyonu- 10 ventilasyon

19. Aşağıdaki verilen komplikasyonlardan hangisi göğüs kompresyonu uygulanırken meydana gelmez?

- a) Kaburga kırıkları
- b) Karaciğer laserasyonu
- c) Pnömotoraks
- d) Kardiyak arrest

20. Resüsitasyon basamakları içerisinde yer alan endotrakeal entübasyon (ET) için;

Aşağıda verilen ifadelerle doğru veya yanlış olmasına göre D veya Y harflerini kullanın:

() Entübasyon süresince bebek düz bir zemin üzerinde olmalıdır.

() Entübasyon sırasında trakea üzerine uygulanan basıncın amacı glottisi aşağı indirerek görmemizi kolaylaştırmasıdır.

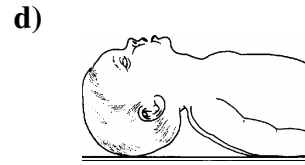
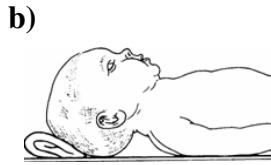
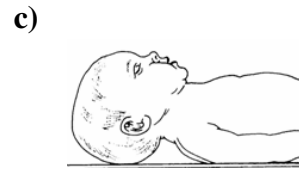
() Her entübasyon girişimi 40 saniye ile sınırlı olmalıdır.

() Laringoskop kişinin sol veya sağ elini kullanıyor olmasına bakmaksızın, her zaman sağ elle tutulmalıdır.

21. Aşağıdaki ifadelerden hangisi endotrakeal entübasyon sonucu oluşabilecek komplikasyonlar arasında yer almaz?

- a) Hipoksi
- b) Apne
- c) Trakea veya özofagus perforasyonu
- d) Hipotermi

22. Aşağıda ET tüp ve laringoskopun yerleştirilmesi için bebeğin doğru pozisyonunu gösteren şekil hangisidir?



23. Resüsitasyon basamakları içerisinde yer alan ilaç uygulamaları için;

Aşağıda verilen ifadelere doğru veya yanlış olmasına göre D veya Y harflerini kullanın:

() İlaç tedavisi, %100 oksijenle ventilasyon ve kalp masajına yeterli yanıt alınamayan bebeklere gerekir.

() Bikarbonat (NaHCO_3) verilmeden önce solunum desteğinin sağlanmış olması şarttır.

() Adrenalin uygulandıktan sonra etkinin 30 sn bitiminde başlaması beklenir ve bu sırada göğüs kompresyonuna devam edilir.

() Naloksan' ın etki süresi anneye verilen narkotikten daha kısa ise, bu durumda naloksan dozunun yinelenmesi gerekir.

24. Neonatal resüsitasyon esnasında ilaçların hangi yoldan verilmesi doğru değildir?

- a) İntravenöz
- b) Subkutan
- c) Endotrakeal tüp
- d) İntrakardiyak

25. Adları verilen ilaçların kullanım amaçları belirtilmiştir. Uygun gördüğünüz kullanım amaç numaralarını, uygun gördüğünüz ilaçların yanındaki boşluklara işaretleyiniz (İşaretlemeniz birden fazla olabilir).

1. Kalp kontraksiyonlarının gücünü artırır.
2. Periferik vazokonstriksiyona neden olur.
3. Hipertonik sodyum solüsyonuna bağlı olarak bir miktar volüm arttırıcı etki sağlar.
4. Kan PH' ını arttırarak metabolik asidozu düzeltir.
5. Doku perfüzyonunu arttırarak metabolik asidozu düzeltir.
6. Vasküler volümü artırır.
7. Bir narkotik antagonisttir.

Adrenalin ()

Volüm Genişleticiler ()

Sodyum Bikarbonat ()

Naloksan Hidroklorid ()

26. Aşağıdaki malzemelerden hangisi neonatal resüsitasyon için gerekmez?

- a) Laringoskop, Stile
- b) Aspirasyon kateteri (8, 10 Fr), Airwayler
- c) Endotrakeal tüpler
- d) Rulo sargı bezleri

27. Neonatal resüsitasyondaki ebelik uygulamalarından hangilerini uyguluyorsunuz?

- () Hava yolunun açıklığını sağlamak
- () Malzeme ve ilaçları hazır ve çalışır durumda bulundurup hasta başına gitmek
- () IV damar yolunun açıklığını sağlamak ve gerekli ilaçları Dr. İstemine göre yapmak
- () Yaşam bulgularını yakından takip etmek
- () Resüsitasyona yardım etmek
- () Kayıt tutmak

EK 4

NEONATAL RESÜSİTASYON BİLGİ FORMU CEVAP ANAHTARI***

Anket No:

Tarih:

1. Neonatal resüsitasyonun amacını aşağıdaki seçeneklerden hangisi tanımlamaz?

- a) Hipoksik- iskemik doku hasarının yol açacağı mortalite ve morbiditeyi önlemek
- b) Yeterli spontan solunum ile kalp atımını sağlamak
- c) Bebeğin sağ kalması ve sağlıklı yaşayabilmesi için gerekli koşulların ve desteğin sağlanması
- d) *Enfeksiyonların önlenmesini sağlayarak yaşamın devamını sağlamak*

2. Resüsitasyonun ABC'sini sıralayın:

A: *Açık bir havayolu(Airway)sağlayın*

B: *Solunumu (Breathing) başlatın*

C: *Dolaşımı (Circulation) sağlayın*

3. Resüsitasyonun basamaklarını yazınız?

1. *Bebeğin değerlendirilmesi*
2. *Başlangıç basamakları (pozisyon, aspirasyon, kurulama)*
3. *Ventilasyon*
4. *Kompresyon*
5. *İlaç*

4. Neonatal resüsitasyon işlemi sırasında bebeğe verilen pozisyonlardan hangisi doğrudur?

a)



c)



b)



d)



5. Yenidoğan bebeğin doğumundan hemen sonra yapılması gereken işlemleri uygulama sırasına göre sıralayınız?

__2__ Bebeğe pozisyon verilmesi

__3__ Ağız aspirasyonu

__5__ Bebeğin kurulanması

__1__ Bebeğin ısıtıcı altına, önceden ısıtılmış yatağa yerleştirilmesi

__4__ Burun aspirasyonu

6. Yenidoğan bebeğin doğumdan hemen sonraki değerlendirilmesinde kullanılan üç bulguyu sırasıyla yazınız?

1. Solunum çabası

2. Kalp atım hızı

3. Renk

7. Genel resüsitasyon bilgisine ilişkin verilen;

Aşağıdaki ifadelere doğru veya yanlış olmasına göre D veya Y harflerini kullanın:

(D) Göğüs kompresyonu ve ilaç kullanımı yenidoğan resüsitasyonunda ender olarak gerekir.

(D) Tüm bebeklerde, fetal akciğer sıvısı ilk birkaç solukla alveollerden temizlenir.

(Y) Bir yenidoğanda göğüs hareketleri, yeterli ventilasyonun göstergesidir. *Solunum çabası akciğerleri açmaya ve fetal akciğer sıvısını boşaltmaya yeterli olmayabilir. Ek olarak pulmoner vazokonstriksiyon da olabilir.*

(D) Yeterli oksijenlenme için, doğumdan sonra pulmoner kan akımının artması şarttır.

(D) Radyant ısıtıcı kullanımı bebeğe rahat girişim olanağı ve aynı zamanda uygun termal ortam sağlar.

(Y) Resüsitasyon gereken bebekleri kurulamak, gereksiz zaman kaybına yol açar. *Afiksili bebeklerde ısı kaybının önlenmesi özellikle önemlidir.*

(D) Solunumu iyi, rengi pembe olan, derisinde mekonyum bulunmayan bir bebeğin resüstasyon gereksinimi yoktur.

(Y) Bir bebeğin akciğerlerine yeterli miktarda oksijen verirsiniz, bu düzenli oksijenlenmeyi sağlar. *Akciğere oksijen gitmesi yeterli değildir. Vücut dokularına yeterli miktarda oksijen ulaştırılabilmesi için akciğer kılcallarında yeterli ventilasyon ve sürekli kan akımı da olmalıdır.*

8. Trakeadan mekonyumu aspire etmek için aşağıdakilerden hangisi önerilir?

- a) 6–8 Fr. Aspirasyon kateteri
- b) 5–6 Fr. Ya da daha geniş bir aspirasyon kateteri
- c) *Endotrakeal tüp (ET)*
- d) Endotrakeal tüp içerisinden geçirilmiş aspirasyon kateteri

9. Trakeal aspirasyona karar verirken “ bebek canlı” diyebilmek için aşağıdakilerden hangisi gerekli kriterler içerisinde yer almalıdır?

- a) Solunum iyi
- b) Kas tonusu normal
- c) Kalp atım hızı 100/dk üzerinde
- d) *Hepsi*

10. Resüsitasyonun başlangıç adımları içerisinde yer alan bebeğe taktil uyaran ve serbest akış oksijen kullanımına yönelik;

Aşağıda verilen ifadelere doğru veya yanlış olmasına göre D veya Y harflerini kullanın:

(Y) Eğer bebek sırtının sıvazlanmasına yanıt vermiyorsa ayak tabanına şaplak ya da fiske vurarak taktil uyaran vermeye devam etmelisiniz.

Bu koşullar altında taktil uyaran değerli zaman kaybı olacaktır. Hemen balon ve maske ile ventilasyon başlatılmalıdır.

(D) Solunumu başlatmak için topuğa şaplak vurmak yerine göğüs kafesinin iyice sıkıştırılması da uygulanabilir.

(Y) Apnedeki bebek için bebeğin göğüs ve ekstremitelerini hafifçe sıvazlamak uygun uyarandır.

Apnede ki bir bebeğe uygulamak için çok hafif bir uyarı şeklindedir. Soluyan, nefes alma çabası içindeki bir bebekte solunumların sayı ve derinliğini arttırmak için kullanılabilir.

(D) Bir bebeğe kullanılan oksijen birkaç dakikadan daha uzun süre verilecekse ısıtılmalı ve nemlendirilmelidir

(Y) %80 konsantrasyonda serbest akış oksijen alan bebek pembeleşirse, oksijen hemen kapatılmalıdır.

Bebek pembe renk aldığı anda oksijen azaltılarak çekilir, klinik olarak uygunsuz oda havasında bebeğin pembe renkli kalıp kalmadığı izlenir.

(Y) Solunumu düzenli ve kalp atım hızı 100’ün altında olan siyanotik bir bebek için serbest akış oksijen yeterlidir.

Bu bebeğin %100 oksijenle pozitif basınçlı ventilasyona gereksinimi vardır.

11. Aşağıdaki hareketlerden hangisi zararlı ve uygun olmayan taktil uyarandır?

- a) Ağız aspirasyonu
- b) Ayak tabanına şaplak, Ayak tabanına fiske vurulması
- c) Sırtı sıvazlamak
- d) *Bacakların karna doğru itilmesi*

12. Resüsitasyon basamakları içerisinde yer alan ventilasyon işlemi için;

Aşağıda verilen ifadelere doğru veya yanlış olmasına göre D veya Y harflerini kullanın:

(D) Taktil uyararı verildikten sonra, herhangi bir andaki solunumu kalp atım hızını dakikada 100'ün üzerinde tutamayan ya da apneik olan her yenidoğanda balon maske ventilasyonu başlatılmalıdır.

(D) Uygun yerleştirilmiş bir maske, göz hasarına yol açabilir.

(D) Bir yenidoğanın ventilasyonu sırasındaki gerekli olan hız 40/60 dk'dır.

(Y) Bir yenidoğanın spontan solunumu varsa, pozitif basınçlı ventilasyon endikasyonu yoktur.

Kalp atım hızı 100/dk altında ise yenidoğan bebeğin ventile edilmesi gerekir.

13. Termde bir yenidoğanın her bir ventilasyondaki gereksinimi yaklaşık olarak ne kadardır?

- a) 10–15 ml
- b) 20–30 ml
- c) 40–50 ml
- d) 50–60 ml

14. Doğum sırasında bir bebeği ventile ederken oksijen konsantrasyonu ne kadar olmalıdır?

- a) %90–100
- b) %70–80
- c) %60–70
- d) %50–60

15. Resüsitasyon araçları ne zaman kontrol edilmelidir?

- a) Her gün
- b) Her hafta
- c) Ayda bir
- d) *Her kullanımdan önce*

16. Resüsitasyon basamakları içerisinde yer alan göğüs kompresyonu için;

Aşağıda verilen ifadelere doğru veya yanlış olmasına göre D veya Y harflerini kullanın:

(D) Bir yenidoğana %100 oksijenli ventilasyon 30 saniye uygulanmasına rağmen kalp atım hızı 60 atım/dk altında ise göğüs kompresyonuna başlanmalıdır.

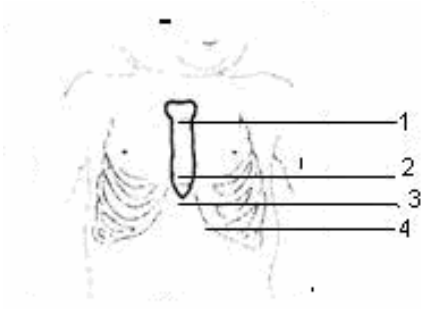
(D) Bebeğin sternumuna bası uygulama derinliği göğüs ön arka çapının 1/3' ü kadar olmalıdır.

(D) Göğüs kompresyonu, göğsü aşağı bastırıp-bırakma işleminden ibarettir.

(Y) Göğüs kompresyonu uygulanan bir yenidoğan yeterli spontan kalp atım hızına ulaştığı anda, gerek göğüs kompresyonunu gerekse ventilasyonu durdurmak uygun ve güvenli olur.

Ventilasyona, bebek kendisi solumuyor ya da kalp atım hızı 100' ün altındaysa devam edilmelidir.

17. Aşağıdaki çizimde yenidoğan bir bebekte göğüs kompresyonu sırasında bası uygulanan alan hangisi olmalıdır?



- a) 1 b) 2 c) 3 d) 4

18. Yenidoğana göğüs kompresyonu ve ventilasyon 1 dakikada kaç kez uygulanmalıdır?

- a) 90 göğüs kompresyonu- 30 ventilasyon
b) 80 göğüs kompresyonu- 40 ventilasyon
c) 40 göğüs kompresyonu- 10 ventilasyon
d) 50 göğüs kompresyonu- 10 ventilasyon

19. Aşağıdaki verilen komplikasyonlardan hangisi göğüs kompresyonu uygulanırken meydana gelmez?

- a) Kaburga kırıkları
b) Karaciğer lacerasyonu
c) Pnömotoraks
d) Kardiyak arrest

20. Resüsitasyon basamakları içerisinde yer alan endotrakeal entübasyon (ET)

icin:

Aşağıda verilen ifadelere doğru veya yanlış olmasına göre D veya Y harflerini kullanın:

(D) Entübasyon süresince bebek düz bir zemin üzerinde olmalıdır.

(D) Entübasyon sırasında trakea üzerine uygulanan basıncın amacı glottisi aşağı indirerek görmemizi kolaylaştırmasıdır.

(Y) Her entübasyon girişimi 40 saniye ile sınırlı olmalıdır.

20 sn' den sonra işlem durdurulmalı ve bebek balon- maske ile ventile edilerek stabilize edilir.

(Y) Laringoskop kişinin sol veya sağ elini kullanıyor olmasına bakmaksızın, her zaman sağ elle tutulmalıdır.

Laringoskop kişinin sol veya sağ elini kullanıyor olmasına bakmaksızın, her zaman sol elle tutulmalıdır.

21. Aşağıdaki ifadelerden hangisi endotrakeal entübasyon sonucu oluşabilecek komplikasyonlar arasında yer almaz?

- a) Hipoksi
- b) Apne
- c) Trakea veya özofagus perforasyonu
- d) *Hipotermi*

22. Aşağıda ET tüp ve laringoskopun yerleştirilmesi için bebeğin doğru pozisyonunu gösteren şekil hangisidir?

a)



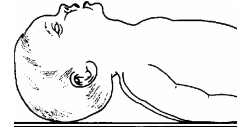
c)



b)



d)



23. Resüsitasyon basamakları içerisinde yer alan ilaç uygulamaları için;

Aşağıda verilen ifadelere doğru veya yanlış olmasına göre D veya Y harflerini kullanın:

(D) İlaç tedavisi, %100 oksijenle ventilasyon ve kalp masajına yeterli yanıt alınamayan bebeklere gerekir.

(D) Bikarbonat (NaHCO_3) verilmeden önce solunum desteğinin sağlanmış olması şarttır.

(D) Adrenalin uygulandıktan sonra etkinin 30 sn bitiminde başlaması beklenir ve bu sırada göğüs kompresyonuna devam edilir.

(D) Naloksan' ın etki süresi anneye verilen narkotikten daha kısa ise, bu durumda naloksan dozunun yinelenmesi gerekir.

24. Neonatal resüsitasyon esnasında ilaçların hangi yoldan verilmesi doğru değildir?

- a) İntravenöz
- b) Subkutan
- c) Endotrakeal tüp
- d) İntrakardiyak

25. Adları verilen ilaçların kullanım amaçları belirtilmiştir. Uygun gördüğünüz kullanım amaç numaralarını, uygun gördüğünüz ilaçların yanındaki boşluklara işaretleyiniz (İşaretlemeniz birden fazla olabilir).

- 1) Kalp kontraksiyonlarının gücünü artırır.
- 2) Periferik vazokonstriksiyona neden olur.
- 3) Hipertonik sodyum solüsyonuna bağlı olarak bir miktar volüm arttırıcı etki sağlar.
- 4) Kan PH' ını arttırarak metabolik asidozu düzeltir.
- 5) Doku perfüzyonunu arttırarak metabolik asidozu düzeltir.
- 6) Vasküler volümü arttırır.
- 7) Bir narkotik antagonisttir.

Adrenalin (1, 2)

Volüm Genişleticiler (5, 6)

Sodyum Bikarbonat (3, 4, 5, 6)

Naloksan Hidroklorid (7)

26. Aşağıdaki malzemelerden hangisi neonatal resüsitasyon için gerekmez?

- a) Laringoskop, Stile
- b) Aspirasyon kateteri (8, 10 Fr), Airwayler
- c) Endotrakeal tüpler
- d) *Rulo sargı bezleri*

27. Neonatal resüsitasyondaki ebelik uygulamalarından hangilerini uyguluyorsunuz?

- () Hava yolunun açıklığını sağlamak
- () Malzeme ve ilaçları hazır ve çalışır durumda bulundurup hasta başına gitmek
- () IV damar yolunun açıklığını sağlamak ve gerekli ilaçları Dr. İstemine göre yapmak
- () Yaşam bulgularını yakından takip etmek
- () Resüsitasyona yardım etmek
- () Kayıt tutmak

***Doğru cevaplar *italik* olarak yazılmışlardır.

