T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

(Yüksek Lisans Tezi)

DOĞUM EYLEMİNİN 1. EVRESİNDE, ANNELERİNE İNTRAMÜSKÜLER YOLLA ANALJEZİK UYGULANAN BEBEKLERİN İLK 24 SAATTEKİ SAĞLIK DURUMLARI VE EMME BECERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

YASEMİN AYDIN

DANIŞMAN

Yar. Doç. Dr. SEVİL İNAL

EBELİK ANABİLİM DALI

EBELİK PROGRAMI

İSTANBUL-2011

TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yükseklisans Programında Yasemin Aydın tarafından hazırlanan DOĞUM EYLEMİNİN 1. EVRESİNDE, ANNELERİNE İNTRAMÜSKÜLER YOLLA ANALJEZİK UYGULANAN BEBEKLERİN İLK 24 SAATTEKİ SAĞLIK DURUMLARI VE EMME BECERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ başlıklı Yülsek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

13 / 6 / 2011

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı)	İmzası
1.Prof. Dr. Hacer Karanisoğlu, İÜ. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü	
2.Yrd. Doç Dr. Sevil İnal (Danışman), İÜ. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü	
3.Yrd. Doç Dr. Saadet Yazıcı, İÜ. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü	
4.Yrd. Doç Dr. Ümran Oskay, İÜ. Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları ABD.	
5.Yrd. Doç Dr. Gülçin Bozkurt, İÜ. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü	

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

YASEMİN AYDIN



TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans çalışmalarımın tüm aşamalarında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım ve öğrencisi olmaktan onur ve mutluluk duyduğum tez danışmanım Yard. Doç. Dr Sevil İnal 'a,

Destek ve anlayışları için başta Prof. Dr. Hacer Karanisoğlu hocam olmak üzere, Sayın Yard. Doç. Dr. Saadet Yazıcı ve Yard. Doç. Dr. Gülçin Bozkurt'a, İ.Ü. Bakırköy Sağlık Yüksekokulu'nda görev yapan ve beni yetiştiren saygıdeğer hocalarıma,

Lisans Eğitimim boyunca bana rehberlik ederek ilgi ve desteğini benden esirgemeyen kıymetli hocam Öğr. Gör. Nuran Mumcu Boğa'ya,

Tez çalışmam sırasında bilgi, deneyim ve tecrübelerini esirgemeyen Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Klinik Şefi Doç. Dr. Aktuğ Ertekin ve Op. Dr. Habibe Ayvacı'ya, birlikte çalışmaktan her zaman onur ve mutluluk duyduğum Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Doğumhane ebeleri, hemşireleri ve doktorlarına,

Bu günlere gelmemde hiç şüphesiz en büyük payı geçen kıymetli anneme, babama ve çok sevdiğim kardeşlerime sabır, destek ve güvenleri için teşekkür ederim.

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir. Proje No: 6556

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....II
BEYAN.....III
TEŞEKKÜR.....IV
İÇİNDEKİLER.....V
TABLOLAR LİSTESİ.....X
ŞEKİLLER LİSTESİ.....XII
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....XIII
ÖZET.....XIV
ABSTRACT.....XV
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....**HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.**1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. DOĞUM EYLEMİ.....3
2.1.1. Doğum Eyleminin Evreleri.....3
2.1.1.1. Doğum Eyleminin 1. Evresi.....3
2.1.1.2. Doğum Eyleminin 2. Evresi.....4
2.1.1.3. Doğum Eyleminin 3. Evresi.....6
2.1.1.4. Doğum Eyleminin 4. Evresi.....7
2.2. Doğum Ağrısının Fizyolojisi.....8
2.2.1. Doğum Ağrısını Etkileyen Faktörler.....11
2.2.1.1. Fizyolojik Faktörler.....11
2.2.1.2. Psikolojik Faktörler.....12
2.3. Doğum Eyleminde Uygulanan Analjezi Yöntemleri.....13
2.3.1. Doğum Ağrısının Kontrolünde Non-Farmakolojik Yöntemler.....13
2.3.2. Doğum Ağrısının Kontrolünde Farmakolojik Yöntemler.....14
2.3.2.1. Genel Anestezi.....14
2.3.2.2. Regional Anestezi.....14

2.3.2.3. Sistemik Analjezi.....14

2.4. Fetal Sağlığının Değerlendirilmesi.....15

2.4.1. Fetal Sağlığın Değerlendirilmesinde Kullanılan Antenatal Testler.....16

2.4.1.1. Nonstress Test (NST).....16

2.5. Yenidoğan Sağlığının Değerlendirilmesi.....17

2.5.1. Apgar skoru.....18

2.5.2. İntra-uterin Yaşamdan Ekstra-uterin Yaşama Geçiş.....19

2.5.2.1. Birinci Reaktif Dönem 20

2.5.2.2. İnaktif Dönem.....20

2.5.2.3. İkinci Reaktif Dönem.....20

2.5.3. Fiziksel Değerlendirme.....20

2.5.3.1. Bebeğin Yaşam Bulgularının Değerlendirilmesi.....21

2.5.4. Yenidoğan Refleksleri.....21

2.5.4.1. Emme Refleksi.....22

2.5.4.2. Arama Refleksi.....23

2.5.4.3. Moro Refleksi.....23

2.5.4.4. Yakalama (Kavrama) Refleksi.....23

2.6. Laktasyon ve Emzirme.....22

2.6.1. Emzirmenin Desteklenmesinde Ebenin Rolü 24

3. GEREÇ VE YÖNTEM**HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.**.....27

3.1. Araştırmanın Amacı.....27

3.2. Araştırmanın Soruları.....27

3.3. Araştırmanın Türü.....27

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....27

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....28

3.5.1. Örneklem Grubu Seçim Kriterleri.....30

3.6. Verilerin Elde Edilmesi ve Araştırmada Kullanılan Araçlar.....30

3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....30

3.6.2. Anne Takip Formu 30

3.6.3. Bebek Takip Formu 31

3.6.4. Emme Becerisi Değerlendirme Formu.....31

3.7. Araştırmanın Yapılması Sırasında Karşılaşılan Durumlar.....31

3.7.1. Olumlu Durumlar.....31

3.7.2. Olumsuz Durumlar.....32

3.8. Etik Kurallar 32

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....32

4. BULGULAR.....34

4.1. Doğum Eyleminin 1. Evresinde IM Yolla Analjezik Uygulanma Durumu ile Annelerin Obstetrik Öyküsü ve Sosyo Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....34

4.2. Doğum Eyleminin 1. Evresinde Analjezik Uygulanma Durumu ile Annelerin Bazı Değişkenler Açısından Karşılaştırılması.....37

4.3. Doğum Eyleminin 1. Evresinde Annelerine IM Yolla Analjezik Uygulanma Durumu ile Bebeklerin Sağlık Durumuna İlişkin Değişkenlerin Karşılaştırılması.....40

4.3.1. Doğum Eyleminin 1. Evresinde Annelerine IM Yolla Analjezik Uygulanma Durumu ile Bebeklerin Yaşam Bulgularının Karşılaştırılması.....40

4.3.1.1. Gruplara Göre Bebeklerin Solunum Sayılarının Karşılaştırılması.....41

4.3.1.2. Gruplara Göre Bebeklerin Nabız Sayılarının Karşılaştırılması.....42

4.3.1.3. Gruplara Göre Bebeklerin Vücut Isılarının Karşılaştırılması.....42

4.3.2. Bebeklerin Yaşam Bulgularının Zamana Göre Değişiminin Grup İçi Değerlendirilmesi.....42

4.3.3. Gruplara Göre Bebeklerin Sağlık Durumu ile İlgili Değişkenler ve Uygulanan Girişimler Açısından Karşılaştırılması.....43

4.4. Doğum Eyleminin 1. Evresinde Annelerine IM Yolla Analjezik Uygulanma Durumu ile Bebeklerin Emme Becerisine İlişkin Değişkenlerin Karşılaştırılması.....52

5.TARTIŞMA.....57

5.1. Doğum Eyleminin 1. Evresinde IM Yolla Analjezik Uygulanma Durumu ile Annelerin Obstetrik Öyküsü ve Sosyo Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....57

5.2. Doğum Eyleminin 1. Evresinde Analjezik Uygulanma Durumu ile Annelerin Bazı Değişkenler Açısından Karşılaştırılması.....58

5.3. Doğum Eyleminin 1. Evresinde Annelerine IM Yolla Analjezik Uygulanma Durumu ile Bebeklerin Sağlık Durumuna İlişkin Değişkenlerin Karşılaştırılması.....60

5.4. Doğum Eyleminin 1. Evresinde Annelerine IM Yolla Analjezik Uygulanma Durumu ile Bebeklerin Emme Becerisine İlişkin Değişkenlerin Karşılaştırılması.....70

6.SONUÇ VE ÖNERİLER…….....….....74

6.1. Sonuçlar.....74

6.1.1. Doğum Eyleminin 1. Evresinde IM Yolla Analjezik Uygulanma Durumu ile Annelerin Obstetrik Öyküsü ve Sosyo Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....74

6.1.2. Doğum Eyleminin 1. Evresinde Analjezik Uygulanma Durumu ile Annelerin Bazı Değişkenler Açısından Karşılaştırılması.....74

6.1.3. Doğum Eyleminin 1. Evresinde Annelerine IM Yolla Analjezik Uygulanma Durumu ile Bebeklerin Sağlık Durumuna İlişkin Değişkenlerin Karşılaştırılması.....75

6.1.4. Doğum Eyleminin 1. Evresinde Annelerine IM Yolla Analjezik Uygulanma Durumu ile Bebeklerin Emme Becerisine İlişkin Değişkenlerin Karşılaştırılması.....77

6.2. Öneriler.....78

KAYNAKLAR.....79

FORMLAR.....87

EK 1: Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul Onay Raporu.....87

EK 2: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Kurul Onay Formu.....88

EK 3: Bilgilendirilmiş Onam Formu.....90

EK 4: Tanıtıcı Bilgi Formu.....92

EK 5: Anne Takip Formu.....93

EK 6: Bebek Takip Formu 94

EK 7: Emme Becerisi Değerlendirme Formu..... .95

ÖZGEÇMİŞ.....96

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1 : Apgar Skoru Değerlendirilmesi.....18

Tablo 4.1 : Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....35

Tablo 4.2 : Annelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....36

Tablo 4.3 : Annelerin Gebelik ve Doğuma İlişkin Bazı Özelliklerin Karşılaştırılması.....38

Tablo 4.4 : Analjezik Uygulamasına İlişkin Bazı Değişkenlerin İncelenmesi.....39

Tablo 4.5 : Bebeklerin Fiziksel Ölçümlerinin Karşılaştırılması.....40

Tablo 4.6 : Gruplara Göre Bebeklerin Yaşam Bulgularının Karşılaştırılması.....41

Tablo 4.7 : Gruplara Göre Bebeklerin Apgar Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....44

Tablo 4.8 : Gruplara Göre Apgar Puanı 7'nin Altında Olan Bebeklerin Karşılaştırılması.....44

Tablo 4.9 : Gruplara Göre Bebeklere Uygulanan Girişimlerin Karşılaştırılması.....45

Tablo 4. 10: Gruplara Göre Bebeklerin Gelişen Komplikasyon Açısından Karşılaştırılması.....47

Tablo 4.11 : Gruplara Göre Bebeklerin Arama ve Emme Reflekslerinin Görülme Durumunun Karşılaştırılması 49

Tablo 4.12 : Gruplara Göre Bebeklerin Yakalama ve Moro Reflekslerinin Görülme Durumunun Karşılaştırılması 51

Tablo 4.13 : Gruplara Göre Bebeklerin İlk Emmeye Başlama Zamanı ve Etkin Emme Zamanının Karşılaştırılması.....53

Tablo 4.14 : Gruplara Göre Bebeklerin Doğumdan Sonra İlk 24 Saatteki Etkin Emme Durumlarının Karşılaştırılması.....54

Tablo 4.15 : Gruplara Göre Bebeklerin Beslenme Özelliklerinin Karşılaştırılması.....55

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Doğum Eyleminin 1. Evresi.....4

Şekil 2.2 : Doğum eyleminin 2. Evresi.....5

Şekil 2.3: Doğum eyleminin 3. Evresi.....6

Şekil 2.4 : Evrelere Göre Hissedilen Doğum Ağrısının Şiddeti ve Yeri.....9

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

cm: Santimetre

CST: Kontraksiyon Stress Test

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

FKA: Fetal Kalp Atımı

FKH: Fetal Kalp Hızı

g: Gram

ICM: International Confederation of Midwives

IM: İntramüsküler

kg: Kilogram

LACTH: Breastfeeding Assessment Tool (latch, audible swallowing, type and shape of the nipple)

MBA: Mother Baby Assessment Tool

MIBPT: The Mother–Infant Breastfeeding Progress *Tool*

NST: Nonstress Test

PETHEDİNE HCL: Pethedine Hidro-klorür

SPSS: Statistical Package for Social Sciens

TARD: Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği

TENS: Transkutanöz Elektriksel Sinir Stimulasyonu

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund

ÖZET

Aydın, Y. (2011). Doğum Eyleminin 1. Evresinde, Annelerine İntramüsküler Yolla Analjezik Uygulanan Bebeklerin İlk 24 Saatteki Sağlık Durumları ve Emme Becerilerinin Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul

Travay sırasında doğum ağrısını gidermek için annelere uygulanan analjezikler bebek sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir. Ebeler bebek sağlığını olumsuz etkileyebilecek etkenleri belirleyebilmeli ve ortadan kaldırmaya yönelik girişimlerde bulunabilmelidir. Bu araştırma, doğum eyleminin 1. evresinde annelere, IM yolla uygulanan analjeziklerin bebek sağlığı ve emme becerisine etkilerini belirlemek amacıyla kesitsel analitik tipte gözlemsel bir araştırma olarak planlandı. Araştırma, İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinin doğumhanesinde gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini, 1 Mart-30 Haziran 2010 tarihleri arasında normal doğum yapan 1550 anne ve bebekleri, örneklemini ise aynı tarihler arasında doğum yapan ve örneklem seçim kriterlerine uyan 245 anne ve bebekleri oluşturdu. Araştırma tek kör çalışma olarak yürütüldü. Önce bebeklerin ilk 24 saatteki sağlık durumu ve emme becerisi değerlendirildi. Daha sonra annelerin dosya kayıtları incelenerek doğum eyleminin 1. evresinde IM yolla analjezik uygulanma durumu belirlendi. Analjezik uygulanan 115 anne ve bebekleri vaka grubunu, analjezik uygulanmayan 130 anne ve bebekleri kontrol grubunu oluşturdu. Yapılan değerlendirmede, annelere IM yolla uygulanan tek analjeziğin Pethedine HCl olduğu belirlendi. Vaka ve kontrol grubu anneler ve bebekleri demografik ve obstetrik özellikler açısından benzerdi. Vaka grubundaki bebeklerin 1.dk ve 5.dk'daki Apgar puan ortalamaları, geç deselerasyon gelişme sıklığı, aspirasyon ve oksijen inhalasyonu girişimi sıklığı yüksek bulundu. Ayrıca vaka grubundaki bebeklerin emme, arama, yakalama ve moro reflekslerinin ilk dakikalarda, emme becerisinin ise ilk 2 saatte olumsuz etkilendiği belirlendi. Sonuç olarak, doğum eyleminin 1. evresinde annelere IM yolla uygulanan Pethedine HCl'nin bebeklerin sağlık durumunu ve emme becerisini olumsuz etkilediği görüldü.

Anahtar Kelimeler: Analjezik, yenidoğan, emme becerisi, doğum eylemi, ebelik

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir. Proje No: 6556

ABSTRACT

Aydın, Y. (2011). Assessment of Health State and Sucking Skills for the First 24 Hours of the Infants Whose Mothers were Administered Intramuscular Analgesics During the First Stage of Labor. Istanbul University Health Sciences Faculty, Department of Midwifery. Master's Thesis. Istanbul

This study is conducted to determine the effect of analgesics that are administered to mothers intramuscularly on health state and sucking skills of the infants at the first stage of the labor. It is implemented as a cross-sectional analytic observational study in the delivery room of İstanbul Zeynep Kamil Hospital in between the 1 March-30 June 2010. The population of the study consists of 1550 mothers who had normal labor and their infants, the sample consists of 245 mothers and their infants who are suitable for the criteria of sample. Their babies were observed in terms of health condition and suction skills both during the labor process and the first 24 hours after the birth. Then mothers' files were reviewed and determined in terms of administered analgesics during the first stage of labor. The implementation of Pethedine HCL from opioid group was determined as analgesics in research unit. Case and control group mothers were similar in terms of demographic and obstetric features. The average apgar scores of case group babies are significantly smaller than control group ones in 1^{st} and 5^{th} minutes. The advancement rate of late decelaration were found to be higher. Sucking skills of infants in case group were smaller than the ones in control group and they started sucking later than expected at 0.5, 1 and 2 hours after the birth. Finally, it has been observed that the intramuscularly administered Pethedine HCL of opioid groups affected the apgar scores, life findings, reflexes and sucking skills of babies negatively.

Key Words: Analgesic, newborn, sucking, labor, midwifery

The present work was supported by the Research Fund of Istanbul University. Project No. 6556

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Doğum, birçok kadın için çok ciddi bir ağrı deneyimidir. Araştırmalar doğum eyleminin, bilinen en şiddetli ağrı kaynaklarından biri olduğunu göstermektedir (Demir ve ark. 1998; Taşçı ve ark. 2007). Tarih boyunca doğumun ağrısız gerçekleşmesi için pek çok yöntem denenmiş, ancak tüm gebeler için geçerli olabilecek mükemmel olarak tanımlanabilen bir analjezi yöntemi henüz bulunamamıştır (Küçükgüçlü 2000).

Analjezi uygulamasının seçimi annenin isteğine, kadın doğum ve anestezi uzmanının ortak kararlarına ve doğumun seyrine bağlıdır (Fraser ve ark.2009; Uğur 2010). Travay ve doğum sırasında doğum ağrısını gidermek ve azaltmak için çeşitli yöntemler ve ilaçlar kullanılmaktadır. Bu ilaçların olumlu işlevlerinin yanı sıra bazı olumsuz etkileri de olabileceği göz ardı edilmemelidir. İlaçlar direkt anne üzerinde etkili olabildiği gibi fetüs ve yeni doğan üzerinde dolaylı etkiler yapabilmektedir (Ertem ve ark. 2005).

Obstetride anneye, intramüsküler, intravenöz, epidural, spinal yolla analjezik uygulanması doğum ağrılarının kontrolünde en sık kullanılan yöntemlerdir. Analjeziklerin doğum ağrısı üzerine etkisinin yanı sıra, bebek sağlığı üzerine etkisini araştıran bazı çalışmalar yapılmıştır. Bazı araştırmacılar bebek sağlığı üzerine olumsuz etkileri olmadığını belirtirken (Matheson ve ark. 1999; Arvidson ve ark. 2001), bazı araştırmacılar bebek sağlığına ilişkin çeşitli parametreleri olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir (Belsey ve ark. 1981; Nissen ve ark. 1995; Fienni ve ark. 2000)

Belsey ve ark. (1981), anneye uygulanan analjeziklerin bebeğin spontan solunuma geçişte güçlükler yaşamasına, Nissen ve ark. (1995), emmeye başlamasının gecikmesine, Fieni ve ark. (2000) ise respiratuar distress gelişmesine neden olduğunu ortaya koymaktadırlar. Doğum eyleminde uygulanan analjeziklerden Mepivakain, Bupivacaine ve Pethedine'nin bebek sağlığı üzerine etkilerini inceleyen bir çalışmada, analjezik madde uygulanan annelerin bebeklerinin emme ve arama reflekslerinin yavaşladığı, erken dönemde emzirmenin analjezik uygulanmayan annelerin bebeklerinden daha düşük oranda olduğu, vücut ısılarının daha yüksek olduğu ve daha

çok ağladıkları belirlenmiştir (Arvidson ve ark. 2001). Bunun yanı sıra Lieberman ve ark. (1979), Giannina ve ark. (1995) ise çeşitli yollarla anneye uygulanan analjeziklerin bebek sağlığı üzerine herhangi bir olumsuz etkisi olmadığını belirtmektedir.

Yapılan literatür incelemesi, anneye doğum eylemi sırasında analjezik uygulamasının perinatal dönemdeki bebek sağlığına etkileri ile ilgili birbirinden farklı sonuçlar elde edildiğini göstermekte ve bu konuda yapılacak yeni ve kapsamlı çalışmalara gereksinim olduğunu düşündürmektedir.

Ülkemizde çeşitli hastanelerin doğumhanelerinde ve araştırmanın gerçekleştirildiği hastanenin doğumhanesinde doğum ağrısını azaltmak amacıyla doktor istemi ile analjezikler çeşitli yol ve dozlarda kullanılmaktadır. Ülkemizde analjeziklerin bebek sağlığı üzerine etkilerini araştıran az sayıda çalışmaya rastlansa da (Özkan ve ark. 1999; Tekin ve ark. 1994), doğum eyleminde anneye IM yolla uygulanan analjeziklerin bebek sağlığına etkilerini belirlemeye yönelik çalışmaya rastlanmamıştır.

Bebeklerin özellikle yenidoğan döneminde sağlığının, korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi, emzirmenin desteklenmesi ebenin temel görevlerinden biridir. Ebeler bebeğin sağlığını olumsuz etkileyebilecek etkenleri belirleyebilmeli ve bu sonuçları ekiple paylaşarak ortadan kaldırmaya yönelik girişimlerde bulunabilmelidir. Bu nedenle bu araştırma, araştırmanın gerçekleştirildiği ünitede doğum eyleminin 1. evresinde annelere, IM yolla uygulanan analjeziklerin bebek sağlığı ve emme becerisine etkilerini belirlemek amacıyla kesitsel, analitik tipte gözlemsel bir araştırma olarak planlandı.

Elde edilen verilerin, anne ve bebeğe sağlık hizmeti sunan ebe, hemşire ve hekimlerin analjezi uygulamalarına yönelik aldıkları kararlarda ve uyguladıkları girişimlerde yol gösterici olabileceği ve bu konudaki literatüre önemli katkılar sağlayacağı düşünüldü.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Eylemi

Normal doğum eylemi uterusun daha fazla büyüyemediği ve fetüsün dış ortamda yaşayabilecek olgunluğa eriştiği zamanda gerçekleşir. Dünya sağlık örgütü (DSÖ) normal doğumu; 37-42. haftalar arasında fetüsün spontan vertex pozisyonda olması, doğumda anne ve yenidoğanın iyi izlenerek, iyilik durumlarının en üst düzeyde sürdürülmesi olarak tanımlar (Kömürcü 2008).

2.1.1. Doğum Eyleminin Evreleri

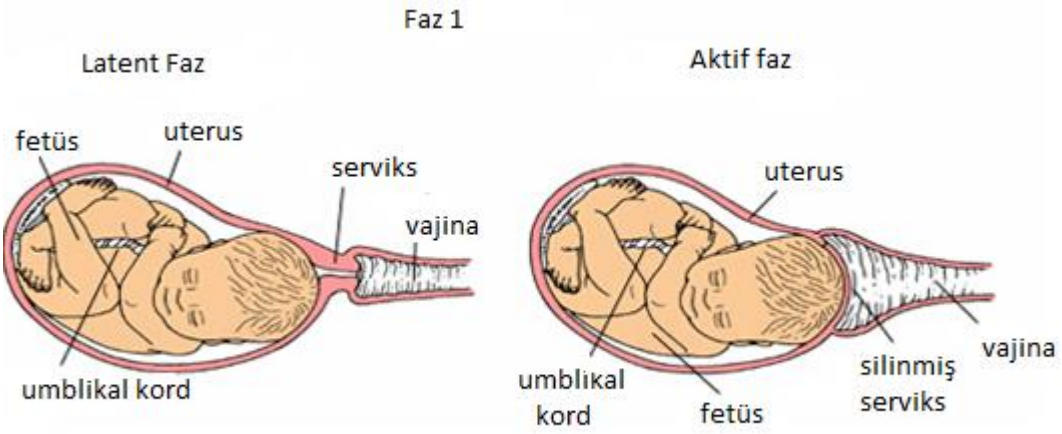
Doğum eylemi üç evrede gerçekleşir ve yaklaşık 14 saat sürer. Ancak bu süre kadının önceki doğum sayısı, yaşı, bebeğin geliş şekli gibi durumlardan etkilenir (Taşkın 2003; Cunningham 2010).

2.1.1.1. Doğum Eyleminin 1. Evresi: Gerçek doğum kasılmalarının başlamasından, serviksin tam olarak açılmasına kadar süren evredir. Travayın başlangıcından servikal dilatasyonun sonuna kadar geçen sürede, serviks yavaş yavaş gövdeye doğru çekilir ve açılır. Her gebeye göre büyük değişiklik göstermekle birlikte, 1. evre doğumun en uzun evresidir. Primipar gebelerde 10-12 saat süren 1. evre, multipar gebelerde yaklaşık 6-8 saat sürer. Birinci evre 3 fazdan oluşur (Cunningham 2010; Taşkın 2003).

a. Latent Faz: Latent faz düzenli kontraksiyonlarla başlar, silinme tamamlandığında, dilatasyon 2-4cm olduğunda sonlanır. Kontraksiyonların şiddeti hafiftir. 5-30 dakika aralıklarda düzensiz olarak gelen kontraksiyonlar yaklaşık 6-8 saat sürmektedir. Gebenin ağrı kontrolü oldukça iyi ve iletişime açıktır. Ebenin anneyi desteklemesi, doğum deneyiminin sağlıklı sürmesine ve annenin ağrı ile başetmesine yardım eder (Taşkın 2003).

b. Aktif Faz: Servikal açıklık 4-5 cm olduğunda başlar ve 8 cm'e ulaştığında biter. Kontraksiyonlar sık, orta şiddette ve uzun sürelidir (30-60 sn). Bu evre yaklaşık 3-6 saat devam eder (Cunningham 2010; Taşkın 2003). Gebenin ağrı kontrolü daha azdır

ve endişeli olduğu için iletişim kurmak zorlaşabilir. Bu evrede gebe, ebenin desteğine ve cesaretlendirmesine daha fazla gereksinim duyar (Taşkın 2003).



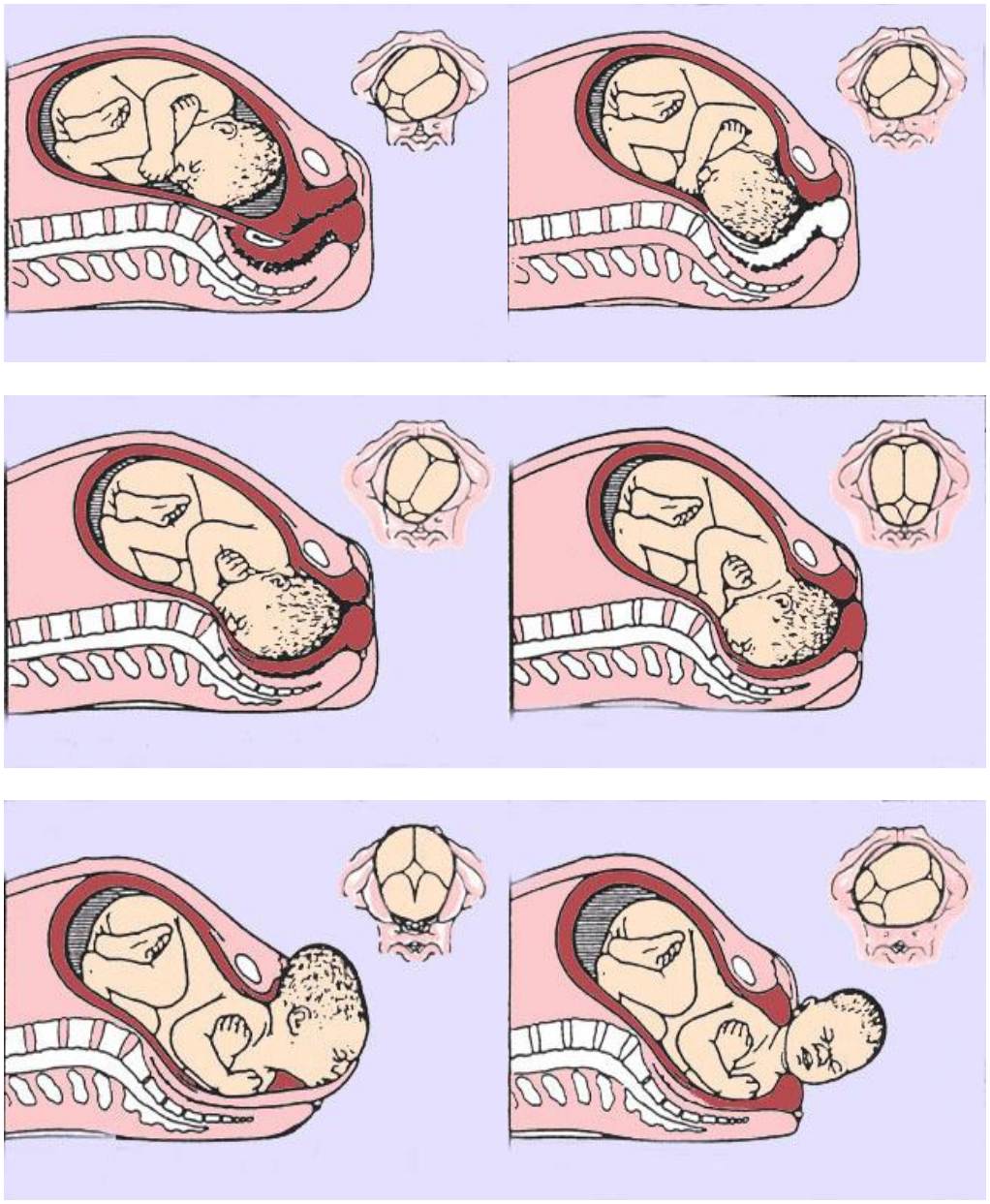
Şekil 2. 1: Doğum Eyleminin 1. Evresi - Cunningham ve ark. (2010)

c. Geçiş Fazı: Servikal dilatasyonun tamamlandığı eylemin en son evresidir. Fetüs hızla aşağıya iner. Her kasılmada uterus hacim bakımından küçülür. Küçülme içerdeki basıncın artmasını ve fetüsün dışarı itilmesini sağlar. Fetüsün dışarı itilmeye başlamasıyla doğum kanalında da açılma başlar ve serviks 10 cm'lik bir çapa ulaşır. Bu evre yaklaşık 20-40 dakika sürer. Kontraksiyonlar düzenli, çok güçlü ve 2-3 dakika aralıklarla oluşur. Gebenin ağrısı daha da arttığından anksiyetesi artmış ve gergindir. Bu evrede gebeyle iletişim kurmak daha da zorlaşır. Kontraksiyonlarla beraber bulantı ve kusma, özellikle hiperventilasyon görülebilir. Gebenin ağrı nedeni ile sık sık pozisyon değiştirme gereksinimi vardır (Cunningham 2010; Fraser 2009).

Doğum eyleminde gebenin desteklenmesinin doğum ağrısının daha az algılanmasında etkisi olduğu bilinmektedir. Gebenin desteklenmesinde nitelikli ebelik bakımı sağlanması büyük önem taşır (Bayram 2009). Doğum eyleminin birinci evresinin yönetiminde ebe; kadın ve ailesine destekleyici bakım verilmesi, ağrı ile baş etmede yardım, hidrasyonun sürdürülmesi, enfeksiyon kontrolü, partograf kullanımı, 30 dakikada bir uterus kontraksiyonları (sıklık, süre, şiddet) ve fetal kalp atımının değerlendirilmesi, 2 saatte bir vajinal muayene ile doğum eylemin değerlendirilmesi, amniotik mayinin mekonyum açısından değerlendirilmesi gibi çok sayıda ebelik girişimini ve bakımını gerçekleştirir (Bayram 2009).

2.1.1.2. Doğum Eyleminin 2. Evresi: Serviksin tam olarak açılmasını tamamlamasından, bebeğin doğumuna kadar geçen süreyi kapsar. Amnion kesesinin ani olarak açılması bu evrede gerçekleşir.

Bu evre primiparlarda 30 dk ile 2 saat, multiparlarda ise 5-30 dakika arasında değişmektedir. Bebeğin başının doğum kanalında ilerlemesiyle ağrılar şiddetlenir. Bu süreç içinde anne düzenli soluk alıp vermeli ve kasılmanın en yoğun olduğu anlarda ıkınmalıdır. Bu evrede ıkınma çoğu zaman refleks olarak başlar ve devam eder. Bazen motive etmek için anneye yol göstermek gerekir. Başın çıkışının ardından sırasıyla omuzlar, kollar, gövde ve bacaklar çıkar (Cunningham 2010).

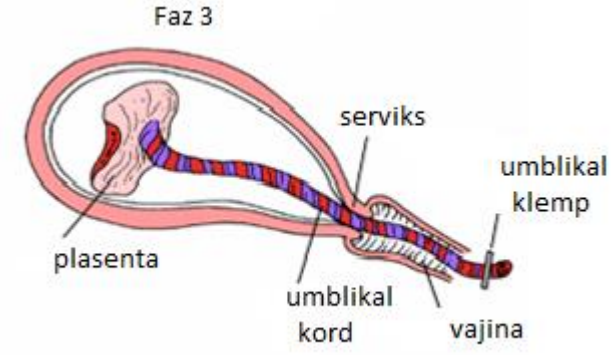


Şekil 2. 2: Doğum Eyleminin 2. Evresi - Cunningham ve ark. (2010)

Bebek doğum kanalından çıkınca, ilk soluğunu alarak akciğerlerini temiz havayla doldurur. Baş çıktıktan sonra ebe bebeğin rahat soluk alması için ağız ve burnunu steril gazlı bezle temizler. Daha sonra göbek kordonu klemplenerek, iki klempin arasından kesilip bebeğin anne ile fiziksel bağı sonlandırılır.

Bu evrenin yönetiminde ebe; doğumun ikinci evresinin başladığının tanılanması, gebeye pozisyon verilmesi ve ıkındırılması ve perinenin korunması, bebeğin doğurtulması ve bakımına yönelik ebelik girişimlerini gerçekleştirir (Şahin ve ark. 2004). Doğum eylemi, annenin kendini rahat hissedebileceği, anne ve bebeğin vital bulgularının yakından izlenebileceği bir ortamda gerçekleşmelidir. Eylem sırasında annenin isteklerine, şartlar elverdiği ölçüde izin verilmelidir. Örneğin anne isterse, eşi veya yakın arkadaşının yanında bulunması sağlanmalıdır (Bayram 2009; Taşkın 2003).

2.1.1.3. Doğum Eyleminin 3. Evresi; Bebeğin dünyaya gelişinin ardından plasenta ve zarlarının atıldığı ana kadar olan evredir. Bu evre yaklaşık olarak 5-30 dakika sürer. (Fraser 2009; Cunningham 2010; Taşkın 2003).



Şekil 2. 3: Doğum Eyleminin 3. Evresi - Cunningham ve ark. (2010)

Bebeğin doğumuyla birlikte 2. evre tamamlanır ve uterus 3-4 dakika dinlenmeye geçer. Daha sonra kasılmalar tekrar başlar. Bu kasılmalarla plasenta, uterus duvarından ayrılır ve dışarı itilir. Plasentanın doğumunu, amnios kesesini oluşturan zarların doğumu izler ve 3. evre tamamlanmış olur. Bu aşamada uterus içinde plasenta ya da zarlardan parça kalmamış olmasına dikkat edilmelidir. Aksi halde annede aşırı kanama ve enfeksiyon gibi komplikasyonlar gelişerek hayati tehlikeye neden olabilir (Taşkın 2003).

Doğumun üçüncü evresinde ebeler tarafından uygulanan aktif yönetim ile doğum sonu kanamalar azaltılabilir ve doğum sonrası hemoglobin değeri yükseltilebilir. Aktif yönetim; göbek kordonunun kontrollü kesilmesi, uterus masajı, oksitosin

uygulaması, varsa perineal yırtıklar ve epizyotomi onarımı ve annenin vulvasının sıyrık yada laserasyon açısından gözlenmesi ve tamiri gibi girişimleri içerir (Bayram 2009).

2.1.1.4. Doğumun Eyleminin 4. Evresi: Bu evre, kanama kontrol evresidir. Plesantanın doğumundan sonraki ilk 4 saatlik süreyi içerir. Bu süre erken postpartum iyileşme dönemi olarakta adlandırılır. Bu dönemde annenin fiziksel ve ruhsal durumu stabilleşir. Normal bir doğumda 250-500 ml kan kaybedilir. Bu kaybın sonucunda sistolik ve diastolik kan basıncında düşme ve taşikardi görülür. Abdomenin orta bölümünde yer alan, uterus kasılmaya devam eder. Mesane travmaya bağlı olarak hipotoniktir. Mesanenin hipotonik olması idrar retansiyonuna yol açabileceğinden önemlidir. İdrar retansiyonu sonucunda uterus atonisi gelişebilir. Bu nedenle doğum eyleminin 4. evresinde uterus atonisini önlemeye yönelik ebelik girişimlerini uygulanması önem taşır.

Doğum sonu dönemde ebelik bakımı; anne ve bebeği sağlıklı bir şekilde taburcu etmek ve bu iyilik halinin sürekliliğini sağlamak amacını güder. Bu evrede ebe erken ve geç dönemde bakım vermekle sorumludur.

a. Erken Dönem Doğum Sonu Bakım

Ebe, anne ve yenidoğanı doğumdan sonraki ilk iki saat boyunca 30 dakikada bir gözlemelidir, tüm girişimler ve değerlendirmeler kayıt edilmelidir. Gebelik ve doğumun fiziksel ve emosyonel yorgunluğunu atabilmesi için annenin yeterli düzeyde dinlenmesi sağlanmalıdır. Hızlı fizyolojik değişikliklerin olduğu bu dönemde vital bulgular sıkı takip edilmeli ve puerperal kanama, atoni ve enfeksiyon gibi komplikasyonlara karşı anne sık sık gözlenmelidir. Yeterli süt salgılanması (laktasyon) ve emzirmenin başlatılması sağlanmalıdır (Bayram 2009; Taşkın 2003).

b. Geç Dönem Doğum Sonu Bakım

Geç dönem doğum sonu bakım; danışmanlık ve ev ziyaretlerini kapsar. Danışmanlık; bu dönemde ebe, gebe ve ailesini bilgilendirmeye devam etmeli, gerekirse telefonla danışmanlık yapmalıdır. Doğumdan sonraki 1, 4 ve 7. günlerde "doğum sonu ev ziyareti" gerçekleştirilmelidir (Bayram 2009).

2.2. Doğum Ağrısının Fizyolojisi

Doğum eylemi bugün bilinen ve tanımlanan en şiddetli ağrı kaynaklarından biridir. Ağrı, organizmayı zedeleyen veya zedeleme tehlikesi gösteren iç ve dış uyaranlara karşı, organizmanın bir savunma mekanizması olarak olaya gösterdiği tepkileri kapsayan, duygusal ve duyusal hoş olmayan bir deneyimdir (Macario 2000; Kocaman 1994).

Doğum ağrısı; gebeyi mekanik olarak aşırı şekilde yoran, stress ve anksiyeteye neden olan, hiperventilasyon ile oksijen ihtiyacını arttıran bir olaydır (Edirne 1999; Tard 2002). Doğum ağrısı, stress ve anksiyeteye cevap olarak sempatik stimülasyon ve bunun oluşturduğu değişiklikler sonucunda gebede metabolik asidoz ve uteroplasental kan akımında azalmaya neden olur. Bu değişiklikler fetal oksijenasyonu bozar (TARD 2002; Kanişçi ve ark.1996).

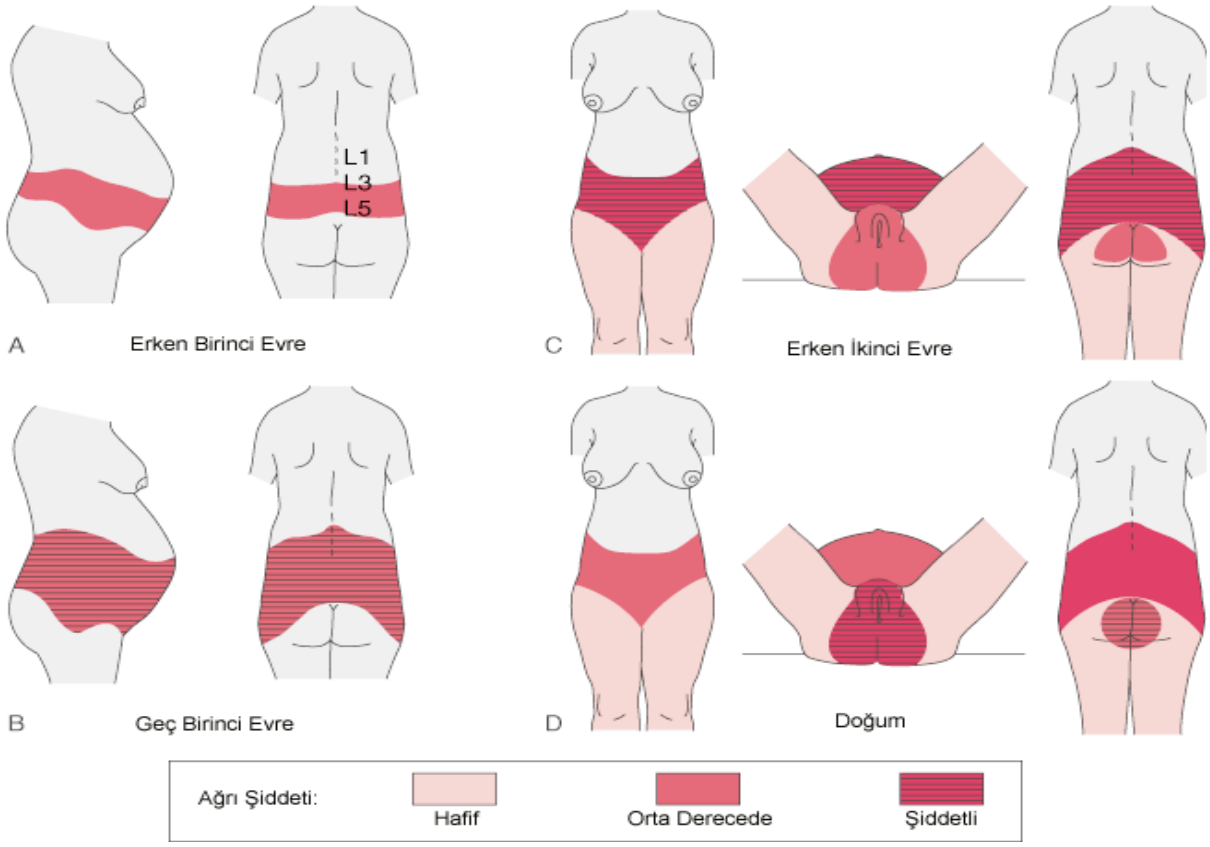
Doğum ağrısının fizyolojisinde periferik sistem, spinal kord, çıkan yollar, lateral medial sistemlerle, korteks rol oynamaktadır. Pelvik organlar hem sinirsel hemde hormonal kontrol altındadır. Tüm düz kaslar gibi myometriumda sempatik ve parasempatik sinirlerin denetimi altındadır. Sempatik etki, postganglioner sinir dallarından çıkan adrenalin betareseptör ile myometriumda gevşemeye, noradrenalin alfa reseptörlerde kasılmaya neden olur (Ekizler 1996; Okumuş ve ark. 2001; Pernoll 1994; Ertem 2005).

Doğum eyleminin 1. evresindeki ağrı, primer olarak uterus kontraksiyonlarına bağlı olarak serviks ve uterus segmentlerinin gerilmesi sonucu oluşur. Serviks ve uterustan kaynaklanan ağrılı uyaranlar afferent lifler ve eşlik eden sempatik sinir lifleri ile birlikte, lomber sempatik zinciri izleyerek T10-T11-T12-L1 spinal sinirlerin arka kökleri ile spinal korda girerler. Kontraksiyonların bu yollar ile oluşturduğu ağrı, bu dört segmentin inerve ettiği cilde girer. Doğum eyleminin erken döneminde sadece T11-T12 etkilendiği halde kontraksiyonların şiddeti arttığında T10-L1 etkilenir. Bu dönemdeki ağrı belden sırta ve bacaklara doğru yayılır. Servikal değişiklikler ve uterusta iskemiden kaynaklanan ağrı visseral ağrı olarak adlandırılır. Genellikle gebeler bu rahatsızlığı sadece kontraksiyon sırasında yaşarlar ve kontraksiyon arasında ağrı yoktur (Pernoll 1994).

Doğum eyleminin 1. evresinin geç dönemi ve 2. evredeki ağrı, perinenin gerilmesinden kaynaklanmaktadır. Bu evredeki ağrılar pudental sinirlerin dalları aracılığıyla taşınır.

Bu dallar dorsal, klitoral sinir ve inferior homoroid sinirleridir. Bu evredeki ağrılar iyi lokalize edilen, keskin nitelikte somatik ağrılardır (Pernoll 1994).

Doğum Eyleminin II. evresinde ise ağrı uterus kaslarının hipoksisi, fetüsün perineye ve çevre dokulara olan baskısı sonucu oluşmaktadır. Bu ağrıya da perineal ya da somatik ağrı denir. Perineal ağrı fetüsün geçişi sırasında perineal dokuların gerilmesi sonucu oluşur ve periton çekilir. İtme gücü ile birlikte mesane, bağırsaklar yada diğer pelvik organlarda bası oluşur (Pernoll 1994).



Şekil 2. 4: Evrelere Göre Hissedilen Doğum Ağrısının Şiddeti ve Yeri - Arslantaş (2008)

Bebeğin doğumu yaşamın en pozitif olaylarından biri olduğu için buradaki ağrının doğası, hastalık, rahatsızlık, travma, cerrahi ve tıbbi işlemler nedeniyle oluşan ağrıdan farklıdır. Amerika'da 2001 yılında 'Doğallık ve Doğumdaki Ağrı Yönetimi' adlı kanıta dayalı sempozyumda "Doğumdaki ağrıda en önemli noktanın, kadının ihtiyaçları doğrultusunda danışmanlık yapabilmek' olduğu yönünde görüş bildirilmiştir.

Ağrı doğum yapan tüm kadınlar için önemli bir durumdur ve bu dönemde ağrının giderilmesinde multidisipliner yaklaşım gereklidir.

Ebeler tarafından, ağrının karekteristiği, bireyselliği, subjektifliği ve kişinin dayanma gücü iyice anlaşılmalı, değerlendirilmeli ve bireysel ihtiyaç ve isteklere göre bakım verilmelidir (Kömürcü 2008).

Ebeler; gebenin ağrısının giderilmesinde ve tanılanmasında yaşamsal bir rol oynar. Tanılama sürecinde ebelerin topladığı bilgilerle gebenin ağrı deneyimi ve ağrının yaşamına etkileri saptanır. Doğumda ağrı kontrolü her zaman yüksek teknolojiyi gerektirmeyebilir. Etkili ebelik girişimleri ile de ağrıyı hafifletmek mümkündür. Ebelerin ağrı konusundaki duyarlılığı ve iletişim kurma becerisi, gebenin sorununu ortaya çıkarmada, tedavi yönteminin doğru seçimine ve ebelik bakımının etkin planlanmasında önemli bir rol oynar (Kömürcü 2008).

Doğum ağrısının yönetiminin öğretilmesi ideal olarak antepartal dönemde başlar. Doğum eylemi sırasında ağrı yönetimi farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemlerle yapılır. Non-farmakolojik yöntemler herhangi bir ilaç kullanılmadan tamamen kadının gevşemesini sağlayan, ağrısını en az algılamaya yönelten yöntemlerdir. Ebe bu yöntemleri bilmeli ve uygulanırken hastasının yanında yer almalı, gerektiğinde bu yöntemleri uygulayabilmelidir. Ebeler, non- farmakolojik yöntemleri kullanarak gebenin doğum ağrısı ile başetmesine büyük ölçüde yardımcı olabilir. Böylece gebenin doğum eylemi üzerinde kontrolünün artması ve analjezik uygulaması gibi yenidoğan sağlığını etkileyebilecek girişimlerin azaltılması, elektif sezeryan oranlarının düşürülmesi mümkün olabilir (Arslan ve ark. 2008).

Eğitim ve uygulama sonuçları incelendiğinde ebeliğin doğası, doğum olayını, mümkün olduğu oranda normal vajinal doğum şekliyle sonuçlanmasına odaklanmıştır. Literatürde normal doğumlar ebelerin sorumluluğunda bırakıldığında, sezaryen oranlarında azalma olacağını gösteren çalışmalar vardır (Arslan ve ark. 2008). Kadın doğum hekimleri ve ebelerin yaptıkları doğumları karşılaştıran bir çalışma; ebelerin yönetimindeki doğumlarda, sezaryen doğum, oksitosin uygulaması, doğumda analjezi uygulaması ve anestezi girişimli doğum oranlarının daha az olduğunu göstermektedir (Davis ve ark. 1995). İtalya'da ebe ve kadın doğum hekimlerinin sezaryen konusundaki tutumlarını inceleyen bir araştırmada, ebelerin %65'i sezaryen oranlarını yüksek bulurken, hekimlerin sadece %34'ü oranların yüksek olduğunu düşünmektedir (Manori ve ark. 2008).

Hekim ve ebe doğumlarını karşılaştıran başka bir çalışma ebelerin yönetimindeki doğumlarda, sezaryen, narkotik analjezi, amniotomi ve fetal monitorizasyonun daha düşük olduğu saptanmıştır (Janssen ve ark. 2007). Bunun yanısıra gebeliği süresince kaliteli bir ebelik bakımı alan kadınların, antenatal dönemde daha az hastaneye yattığı, travay indüksiyonuna daha az ihtiyaç duyduğu, travayda daha az analjezi ve anesteziye başvurulduğu, ağrıyla baş etmede non-farmakolojik yöntemlerin daha fazla kullanıldığı, spontan doğum oranlarında artma, sezaryen oranlarında ve acil sezaryen ihtiyacında azalma olduğu çalışmalarla kanıtlanmıştır. (Arslan ve ark. 2008).

2.2.1. Doğum Ağrısını Etkileyen Faktörler

Doğum ağrısının oluşmasında genelde iki basit bileşen etkili olmaktadır. İlki fizyolojik kaynaklı, ikincisi psikolojik kaynaklı olup reaksiyon–tepki sürecini içermektedir. Bu ağrıların etkileri sıklıkla diğer akut ağrılarda olduğu gibi, solunum sistemi, kardiyovasküler sistem, nöroendokrin sistem ve limbik sistemler üzerinde etkili olmaktadır. Doğum süresini, analjezi ya da anestezinin süresi ve dozu, oksitosin ya da misoprostol kullanımı, amniyotomi, fetal büyüklük ve pozisyonu, annenin psikolojisi, kaliteli ebelik bakımı, doğum pozisyonu, doğum sayısı ve pelvik yapı gibi pek çok faktör etkiler (Kömürcü 2008).

2.2.1.1. Fizyolojik Faktörler

Uterin Hipoksi: Her bir uterin kontraksiyonda anne önemli bir ağrı yaşar. Doğumun ilk evresinde kramp şeklindeki ağrıların başlıca nedeni, uterusa giden kan damarlarının sıkışması sonucu uterin kasların hipoksisidir (Kömürcü 2008).

Servikal Gerginlik ve Serviksin Sinir Ganglionlarına Basısı: Doğum ağrısının oluşmasında en büyük neden serviksin dilatasyonu ve effasmanıdır. Serviksin gerilmesi uterus kontraksiyonuna neden olur. Uterusun kontraksiyonu fetüsün başını aşağıya iterek serviksi gerer. Ayrıca serviksin gerilmesi, hipofiz arka lobundan oksitosin salgılanmasına yol açarak uterus kontraksiyonunu arttırır. Bu iki tip feedback doğum süresince gebenin ağrı olarak algılayacağı uterus kontraksiyonlarını arttırmaktadır. Tubalar, overler, peritonun gerilmesi, uterus bağlarının çekilmesi, uretraya, mesaneye, rektuma, pelvis tabanına baskı ve perinenin gerilmesi doğum ağrısında etkili olan fizyolojik faktörlerdir (Cunningham 2010; Kömürcü 2008).

Kontraksiyonların Şiddeti ve Sürekliliği: Kontraksiyonların süresi ve şiddetini artması ile ağrının artmasının ilişkili olduğu belirtilmektedir (Cunningham 2010). Kontraksiyonların dilatasyona etkisi, kontraksiyonların güçlü olması ve ağrılarla baş etme derecesi servikal dilatasyonu ve doğumun hızını etkiler (Kömürcü 2008).

Perineal Gerginlik: Başın inişi ile perinenin gerilmesi, bazı dokuların laserasyonu ağrıya yol açar (Kömürcü 2008).

Anneye Ait Özellikler: Fiziksel durumun kötü olması, malnütrisyon, ağrı tolerasyonunu bozan önemli bir etkendir. Ayrıca gebelik yaşı ve doğum sayısı ağrıyı etkileyen diğer faktörlerdendir. Primigravidlerde sözel ağrı skorlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Kömürcü 2008).

Fetüsün Ağırlığı ve Pozisyonu: Fetüsün ağırlığı ve normal pozisyonda olmaması doğumun süresinin uzamasında ve ağrının artmasında önemli bir etkendir (Kömürcü 2008; Cunningham 2010).

Yapılan Uygulamalar: Gebenin mobilizasyonuna engel olan intravönez uygulamalar ya da fetal monitörizasyon, vajinal muayene ve amniotomi çoğu gebe için rahatsızlık vericidir (Kömürcü 2008).

2.2.1.2. Psikolojik Faktörler

Anksiyete ve Korku: Anksiyete fizyolojik ve psikolojik mekanizmaları etkileyerek doğum ağrısının algılanmasını değiştirir. Anksiyete ağrı korkusuna, kontrol kaybına, anne ve fetüsün olumsuz etkilenmesine sebep olabilir. Annedeki anksiyete, doğum eyleminin uzamasından dolayı annenin bitkin düşmesi, hiperventilasyon, endojen katekolamin seviyesinde progresif artışa sebep olur. Katekolamin seviyesinin yükselmesi, uterus aktivitesinde düşmeye ve doğum eyleminde uzamaya, fetal distresse ve bebeğin düşük APGAR'la doğmasına neden olabilir (Uğur 2010).

Orta şiddette anksiyete ağrıyı algılamayı olumlu etkilerken, yüksek düzeyde anksiyete ağrıya duyarlılığı artırır ve ağrıyı kontrol etme becerisini zayıflatır. Labaratuar ve klinik çalışmalar anksiyete düzeyinin artması ile ağrı algılamasının arttığını ve buna bağlı olarak analjezik kullanımının arttığını göstermektedir. Anksiyetenin kontrol altına alınması ağrıyı hafifletmektedir. Bu süreçte annenin anksiyetesinin giderilmesinde, ebeye büyük görevler düşmektedir.

Annenin doğuma hazırlanması ve doğum eyleminin normal süreci konusunda yeterince bilgilendirilmesi, anksiyetenin giderilmesinde büyük rol oynamaktadır.

(Kömürcü 2008; Uğur 2010). Korku duymayan ve bakımını sağlayan sağlık personeline güveni olan gebe genellikle daha az miktarda analjeziye ihtiyaç duyar (Cunningham ve ark. 2010). Kennel ve ark. (1991) çalışmalarında 412 primipar gebeyi iki gruba ayırmış, bir gruba sağlık personeli tarafından eğitilmiş, deneyimli refakatçilerin sürekli duygusal destek vermesi sağlanırken, diğer grup kendini göstermeyen ve doğum yapan gebeyle bağlantı kurmayan bir gözlemci tarafından takip edilmiş. Devamlı destek gören grupta sezaryan doğum oranı (%8'e karşı %13) ve vajinal doğumda epidural analjezi sıklığı (%8'e karşı %23) belirgin derecede düşük bulunmuştur.

Annenin Memnuniyeti: Anne memnuniyeti kompleks psikolojik bir yanıt olarak tanımlanmıştır. Birçok araştırmacı doğumdaki ağrıyı gidermede etkili olan major faktörden biri olan anne memnuniyetini ele almaktadır (Kömürcü 2008).

2.3. Doğum Eyleminde Uygulanan Analjezi Yöntemleri

Doğum eylemi sırasında tüm gebelere analjezik uygulanması gereksizdir. Doğum analjezisi isteyen kadınlar için çok sayıda etkin analjezi teknikleri vardır. Seçilecek analjezi tekniği hastanın medikal durumuna, doğumun aşamasına ve doğum yaptırılan yerin koşullarına göre belirlenmelidir. Doğum ağrısını gidermek için farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler uygulanmaktadır.

2.3.1. Doğum Ağrısının Kontrolünde Non-Farmakolojik Yöntemler

Bu yöntemler kişinin düşüncelerini yeniden düzenleyerek, doğum ağrısının baskılanabileceği öngörüsüne dayanır. Bu teknikler hastanın doğum hakkında eğitilmesi ve olumlu koşullandırılması temeline dayanır. Psikoprofilaksi, hipnoz, akupunktur, hidroterapi, transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS) bu yöntemlerden bazılarıdır. Bu yöntemlerin başarısı hastadan hastaya değişir (Yıldırım ve ark. 2003). Yeterli düzeyde ağrı kontrolü sağlayan nonfarmakolojik yöntemler, farmakolojik yöntemlere oranla çeşitli avantajlara sahiptir. Nonfarmakolojik yöntemler anne ve fetüs açısından zararsızdır. Doğum eylemini yavaşlatmaz ve yan etki ya da allerji riskleri yoktur (Yıldırım ve ark. 2003).

2.3.2. Doğum Ağrısının Kontrolünde Farmakolojik Yöntemler

Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan farmakolojik yöntemler; narkotik, sedatif ve tranklizanlanların, regional, genel anestezi ve sistemik analjezi şeklinde uygulaması ile gerçekleşir.

2.3.2.1. Genel Anestezi

Genel anestezi, bölgesel anestezinin reddedildiği veya kontrendike olduğu durumlarda ve doğum eyleminin bir an önce sonlandırılmasına gerek duyulduğunda uygulanır. Genel anestezi, maternal gastrik içeriğin aspirasyonuna, fetüsün santral sinir sistemi üzerinde depresan etkiye ve larenksin ellenmesine bağlı hipertansiyona neden olabilir (Edirne 1999; Kömürcü 2008; Küçükgüçlü 2000).

2.3.2.2. Regional Anestezi

Regionel ya da diğer bir deyişle bölgesel anestezi, bilinç kaybına yol açmadan vücudun belli bölgelerindeki sinir iletisinin ve ağrı duyusunun ortadan kaldırılması olarak tanımlanabilir. Epidural Blok, spinal blok, paravertebral blok, lomber sempatik blok, pudental sinir bloğu, perineal infiltrasyon, kaudal blok, kombine spinal epidural blok doğum analjezisinde en sık kullanılan regional yöntemlerdir. Her bir teknik ile ağrı impulslarını ileten sinirlerin bir kısmı ya da tamamı bloke edilebilir (Demir ve ark. 1998; Uğur 2010; Temiz 2010; Göğüş 2002). Ayrıca doğum sırasında verilen lokal analjezikler Fetal Kalp Hızında (FKH) değişikliğe, tam perineal analjezi oluşması sonucu, ıkınma hissinin kaybolmasına ve doğumun 2. evresinin uzamasına neden olabilmektedir (Kömürcü 2008; Küçükgüçlü 2000).

2.3.2.3 Sistemik Analjezi

Uygulama kolaylığından dolayı doğum analjezisinde sık kullanılan yöntemler arasındadır. Farmakolojik ajan olarak trankilizanlar, sedatif ve opioidler kullanılmaktadır. Hemen hemen tüm opioidler ve sedatifler, plasentadan geçer ve fetüsü etkiler. Sistemik narkotik ve tranklizanların kullanımı anestezi ekibinin varlığını gerektirmediğinden özellikle ABD'de doğumda analjezi sağlamak için yaygın olarak kullanılmaktadır (Küçükgüçlü 2000).

Opioidler, sistemik ağrı tedavisinde en sık kullanılan analjeziklerden biridir. Birçok opioid olmasına karşın yalnızca birkaç tanesi obstetride kullanılmaktadır.

Pethedine HCL, morfin, fentanyl, sufentanyl, nalbufin ve butorfanol en sık kullanılan analzejiklerdir. Opioidlerin intravenöz ve intramüsküler olarak sistemik kullanımları doğum ağrısının kontrollünde en sık kullanılan yöntemlerdendir. Ancak, annede sedasyon ve solunum depresyonu, mide boşalma zamanının gecikmesi, postural hipotansiyon fetus ve yeni doğanda solunum depresyonu ve kalp hızı değişikliklerine neden olmaları doğum analjezisinde kullanımlarını sınırlamaktadır (Küçükgüçlü 2000; Gögüş 2000).

Pethedine HCL obstetride en yaygın kullanılan opioidlerden biridir. Alışılmış IM dozu 50-100 mg ve IV dozu 25-50 mg'dır. Maksimal analjezik etkiye IM uygulamadan yaklaşık 40-50 dakika ve IV uygulamadan yaklaşık 5-10 dakika sonra ulaşılır. Anneye enjeksiyondan sonra 90 saniyede fetal sirkülasyona geçer ve etkisi 3-4 saat sürer (Dural 1995). İntramüsküler ve subkütan enjeksiyonun dezavantajları arasında uygulamada ağrı, etkinin başlamasında gecikme ve tutarsız analjezik etki sayılabilir (Ling ve ark. 2006).

Uygulanan Pethedine HCL'nin; dakikadaki solunum sayısı ve oksijen saturasyonunda azalma, solunum şeklinde bozulma, respiratuar asidoz, nörolojik durumda bozulma, fetal kalp hızında atımdan atıma varyabilite kaybı, Apgar skorunda düşme ile karekterize depresif etkilere neden olur. Bu etkiler ilacın anneye uygulaması ile infantın doğumu arasındaki süreye ve uygulanan doza bağlı olarak değişkenlik gösterir (Ling ve ark.2006; Küçükgüçlü 2000; Gögüş 2000; Dural 1995; Temiz 2010).

Anneye 50- 100 mg Pethedine HCL uygulanmasından sonraki 1 saat içinde yada 4 saatten sonra doğum olduğunda, yan etkilerin en az olduğu bilinmektedir. Özellikle Pethedine HCL enjeksiyonundan iki saat sonra doğum gerçekleşirse, düşük Apgarlı bebek sayısında artış olmaktadır (Uğur 2010). Çünkü ilaç fetusta anneye uygulandıktan 2-3 saat sonra en yüksek kan düzeylerine ulaşır. İlacın yarılanma ömrü fetüste, gelişmemiş karaciğer fonksiyonları nedeni ile 7 katına çıkabilir (Lambrou ve ark. 1999).

2.4. Fetal Sağlığın Değerlendirilmesi

Günümüzde fetal sağlığın değerlendirilmesi, olası hastalıkları önceden tanıma ve intrauterin yaşamda tedaviyi olası kılmaktadır. Antepartum fetal izlemin en önemli amacı, erken dönemde asfiksi tanısı koyarak fetal ve erken neonatal ölümü engellemektir. Günümüzde amaçlar bunun da ötesine geçerek fetal ve perinatal morbiditeyi azaltmaya yönelmiştir (Orshan 2007).

2.4.1. Fetal Sağlığı Değerlendirmede Kullanılan Antenatal Testler

Günümüzde intrauterin fetal durum ve distresin değerlendirilmesinde; elektronik fetal monitörizasyon [Non Stress Test (NST)], kontraksiyon stress test (CST), fetal biyofizik profil, komputorize tomografi, magnetik rezonans, fetoskopi, perkütan umblikal kan örneği alma, koryonik villus örneği alma ve amniyosentez sıklıkla kullanılan testlerdir (Taşkın 2003; Orshan 2007).

2.4.1.1. Non stress Test (NST)

Fetal durumun değerlendirilmesinde en çok kullanılan testlerden biri NST'dir. Bu test ile elektronik fetal monitor kullanılarak fetal kalp sesleri kayıt edilir ve fetal hareketler ile kalp atımı arasındaki ilişki izlenir. NST ile müdahale gerektirecek anlamlı değişiklikler erkenden saptanabilir. NST teknolojisi 1960 yılında geliştirilmiş, 1980' lerden sonra ise kullanımı yaygınlaşmıştır. NST'nin çabuk ve ayaktan yapılabilir olması, yorumlanmasının kolay olması ve yan etkisinin olmaması avantajları arasında yer alırken, kadının 20-30 dk yatmasının gerekmesi ise dezavantajları arasında yer alır. NST kullanılmasının intrapartum ölümleri, 2–3 kat azalttığını gösteren çalışmalar NST kullanımını desteklemektedir. Bu avantajlar göz önünde bulundurulduğunda travayda tüm gebelerde NST uygulamasının neden gerekli olduğu ortaya çıkmaktadır (Sayıner ve ark. 1997).

Doğumhane ve doğum servisleri ile, prenatal tanılama ünitelerinde çalışan ebeler, fetal distressi en erken dönemde tanılayarak gerekli girişimler de bulunabilir böylece gebe ve fetüs sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirme fırsatını elde eder. Bu nedenle ebelerin güvenilirliği yüksek ve non invaziv bir yöntem olan NST'yi bilmesi, gebeyi ve aileyi bu teste hazırlaması, uygulama ve sonuçlarını değerlendirmesi, gerekli girişimleri başlatma sorumluluğunu alması ile gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de perinatal mortalite ve morbiditenin azaltılmasına önemli katkılar sağlayacaktır (Sayıner ve ark. 1997).

NST ile Fetal Kalp Atım Hızı (FKH) izlenebilmektedir. FKH'ın klinik olarak tam anlaşabilmesi için; bazal hızın, variabilitenin, akselerasyonların varlığı, periyodik veya epizodik deselerasyonlar ve bu karekteristiklerin zaman içindeki değişiminin incelenmesi gerekmektedir.

Bazal Hız; On dakikalık bir süre içinde ortalama fetal kalp hızını tanımlar.

Akselerasyon; Görsel olarak FKH'nın en son hesaplanan bazalden belirgin artışıdır (başlangıçtan zirveye 30 saniyeden az). Akselerasyon süresi, FKH'nın bazalden başlangıç değişim zamanından bazale dönüş zamanı olarak tanımlanır.

Erken Deselerasyon; Uterus kontraksiyonu ile birlikte FKH'ın görsel olarak belirgin şekilde (başlangıçtan en dip noktaya 30 sn veya daha fazla sürede ulaşıp) azalıp bazale dönmesidir.

Geç Deselerasyon; Uterus kontraksiyonu ile birlikte FKH'ın görsel olarak belirgin şekilde (başlangıçtan en dip noktaya 30 sn veya daha fazla sürede ulaşıp) azalıp bazale dönmesi sırasıyla, deselerasyonun başlangıç, dip ve düzelmesi, kontraksiyonun başlangıç, zirve ve sonundan sonra gerçekleşmesidir (Comart 2006).

Komplikasyonu olmayan bir hastada FKH takibi, doğumun ilk evresinde her 30 dk'da bir, ikinci evresinde her 15 dk'da bir tekrarlanmalıdır. Komplikasyonlu hastalar için (örneğin; fetal büyüme geriliği, preeklamsi) ilk evrede 15 dk'da bir, ikinci evrede her 5 dk'da bir tekrarlanmalıdır (Comart 2006).

NST'nin uygulanmasında ebeler, hastayı teste hazırlamak, aletleri düzenlemek, testi uygulamak, sonuçları yorumlamak, şüpheli bulgular için gerekli girişimleri başlatmak ve bulguların doktora ve gebeye bildirilmesinden sorumludur. Etkin NST uygulanması ve takibi ile ebeler olası hastalıkları önceden tanıma ve tedavisinin uygulanmasında büyük rol oynamaktadır (Sayıner ve ark. 1997). Yapılan birçok çalışma ile doğum eyleminde uygulanan analjeziklerin fetal kalp atımı üzerinde olumsuz etkisi olduğu saptamıştır (Solt ve ark. 2002; Hill ve ark. 2003; James ve ark. 2003; Sekhavat ve ark. 2009).

2. 5. Yenidoğan Sağlığının Değerlendirilmesi

Yenidoğan dönemi doğumu izleyen 4 haftalık süreyi kapsar. Doğumdan hemen sonra yenidoğanın apgar skoru, gestasyon haftası, boyu, vücüt ağırlığı ve vücut ısısını içeren ayrıntılı fiziksel bulgular ve aktivite düzeyi değerlendirilir (Fraser 2009; Çavuşoğlu 2004).

Yenidoğan şok, doğum travması ve gözle görülür anomaliler yönünden gözlenir. Böylece yenidoğanın ekstrauterin yaşama ne ölçüde uyum sağladığı ve yaşamını etkileyebilecek risk faktörleri belirlenebilir (Fraser 2009; Çavuşoğlu 2004).

Normal yenidoğanla çalışan ebenin normalden sapmaları tanıması, ebelik tanılarını oluşturarak uygun ebelik girişimlerini yerine getirmesi ve böylece yenidoğanın iyilik halinin sürekliliğini sağlaması beklenir (Fraser 2009; Çavuşoğlu 2004).

2.5.1. Apgar Skoru

Yenidoğanın doğduktan sonra, beş standart kriter (Kalp atımı, solunum, kas tonusü, renk, refleksler) doğrultusunda klinik durumunun değerlendirildiği yöntemdir. Apgar skoru bebeğin değerlendirilmesini standarize eder ve sonraki değerlendirmeler için bir temel oluşturur (Apgar 1975; Neyzi 1989; Dağoğlu ve ark. 2007; Çavuşoğlu 2004).

Tablo 2.1 : Apgar Skoru Değerlendirilmesi - Çavuşoğlu (2004)

APGAR SKORU			
BELİRTİ	**O PUAN**	**1 PUAN**	**2 PUAN**
Kalp Hızı	Yok	Yavaş, dakikada 100/dk ↓	100/dk ↑
Solunum	Yok (Apneik)	Yavaş, yüzeyel, düzensiz	İyi, güçlü ağlama düzenli solunum
Kas Tönüsü	Gevşek	Ekstremitelerde bir miktar Fleksiyon	Aktif hareket, iyi kas tönüsü, ekstremitelerde spontan fleksiyon
Refleksler -Burun deliğine sokulan katatere tepki	Tepki yok	Yüzünü buruşturma, kaş çatma	Öksürme, aksırma, ağlama
Renk	Mavi soluk	Vücut pembe, ekstremiteler mor	Tüm vücut pembe

Apgar skorlaması doğumu takiben 1., 5. ve nadiren 10. dakikalarda yapılır. Bu skor doğumda bebeğin ne kadar yeniden canlandırılmaya veya desteklenmeye gereksinim duyduğu ve yeniden canlandırma çabalarına verdiği yanıt hakkında, oldukça doğru retrospektif bir değerlendirme sağlar.

Beş objektif bulgudan oluşan 10 puan bebeğin durumunun mükemmel olduğunu gösterir, fakat yenidoğanlarda doğduğunda değişik derecelerde akrosiyanoz gözlendiği için 10 tam puan nadiren verilir (Çavuşoğlu 2004).

1. dakika Apgar Skoru; genellikle umblikal kanın pH'ı ile ilişkili olup, intrapartum asfiksinin ve solunum desteği ihtiyacının bir göstergesidir. 5. Dakika Apgar Skoru; yenidoğan dönemindeki ölümlerin ve ilerdeki nörolojik gelişimin değerlendirilmesi açısından, birinciye göre daha doğru bir fikir verir. Skorlamadaki komponetlerden kas tonusu, deri rengi ve refleks irritabilitesi kısmen fizyolojik maturasyona bağlıdır. Maternal sedasyon veya analjezi yenidoğanın kas tonusu ve refleks irritabilitesini azaltabilir. 1. ve 5. dakika Apgar skoru düşüklüğü, bebeğin resüsitasyona gereksinim duyduğunun en iyi kanıtıdır (Korkmaz 2004).

Apgar skorlamasında, her bir parametre için verilen puanlar toplanır. **7-10** puan arası; bebeğin sağlıklı olduğunu, **4-6** puan arası ise tehlikede olduğunu gösterir. **4-6** puan arası bebekler genellikle müküs, ve mekonyum aspirasyonu olan bebeklerdir. Aspirasyonla solunum yollarının açılması ve oksijen tedavisinden sonra bebeğin durumu kendiliğinden düzelmeye başlar. Apgar skorunun **0-3** puan arasında olması, ciddi asfiksi olduğunu gösterir. Bebeğin acilen resüsitasyonu; endotrakeal entübasyon, oksijen tedavisi, kardiyak masaj, kardiyak uyarıcıların uygulanması, metabolik asidoz ve hipoglisemi tedavisi gerekebilir (Neyzi 1989; Dağoğlu ve ark. 2007; Çavuşoğlu 2004). Apgar skorunu etkileyen faktörlerden biri de annnelere doğum eyleminde analjezi uygulanmasıdır. Fairlie ve ark. (1999) annelere IM yolla uygulanan analjeziklerin bebeklerin apgar skoruna etkilerini karşılaştırdıkları çalışmalarında, bebeklerin 1.dk apgar puanlarını anlamlı ölçüde düşük bulurken, Lieberman ve ark. (1979) çalışmalarında IM yolla Pethedine HCL uygulanan bebeklerin 1. dk apgar skorlarının ortalamasının 7'den daha az olduğunu belirtmişlerdir.

2.5.2. İntrauterin Yaşamdan Ekstrauterin Yaşama Geçiş

Yenidoğanın ilk 24 saatteki klinik görünüşü ve yaşam bulguları oldukça önemlidir. Bu nedenle yenidoğanın doğum sonu bakımda, vücut dengesini en üst düzeye getirmek ve o düzeyde korumak amaçlanır. İlk 6 saat içinde vücut sistemleri stabil olmadan önce bebek düzensiz bir biyolojik uyum dönemi yaşar. Yenidoğanın ekstrauterin uyumunu kolaylaştırmak için solunum yolunu tıkayan müküsler burun ve ağızdan temizlenmelidir. Umblikal kord klemplendikten sonra kesilir. Böylece yenidoğan bağımsız şekilde yaşam fonksiyonlarını sürdürmeye başlar.

Bireyin yaşamında doğumdan sonraki ilk bir saat içinde gerekli olan fizyolojik uyumdan daha fazlasını gerektiren başka bir an yoktur (Çavuşoğlu 2004).

Bu uyum dönemi birbirini takip eden 3 dönemden oluşur (Taşkın 2003; Çavuşoğlu 2004).

- Birinci Reaktif Dönem (ilk 15- 30 dk)
- İnaktif Dönem (30 dk- 6 saat)
- İkinci Reaktif Dönem (2 saat-6 saat)

2.5.2.1. Birinci Reaktif Dönem: Yaklaşık 15- 30 dakika süren bu dönemde, sistemlerin çoğu aktiftir. Bebek uyanıktır ve kuvvetle ağlar. Genellikle gözleri açık, emmesi güçlü, çevre ile ilgilidir, uyaranlara cevap verir ve yutma refleksi vardır. Başını bir yandan diğer yana hareket ettirebilir. Ebe, bebek uyanık olduğu için ebeveyn-yenidoğan ilişkisini başlatmalı ve aktif emzirmeyi sağlamalıdır (Fraser 2009; Çavuşoğlu 2004). Bu dönemde emzirmenin başlatılmasının emzirme başarısını olumlu etkilediği, anne bebek etkileşimi ve bebeğin gelişimi üzerinde olumlu etkileri olduğu bilinmekedir (Öztürk ve ark. 2001; Tengir ve ark. 2007).

2.5.2.2. İnaktif Dönem: Birinci reaktif dönemden sonra bebeğin çok sessiz, geçici, uyaranlara cevapsız olduğu inaktif dönem başlar. Bu dönem 1-1.5 saat sürer. Bebek uykudadır ve aktivite yoktur (Fraser 2009; Çavuşoğlu 2004).

2.5.2.3. İkinci Reaktif Dönem: İnaktif dönemden sonra yaşamın 2-6 saatleri arasında görülen ikinci reaktif dönem başlar. Bu dönemde bebek uyanık, çevre ile ilgilidir ve uyaranlara etkili cevap verir. Bu dönem ebeveyn-yenidoğan etkileşimi için iyi bir fırsat sağlar. Ebe, ebevyn-yenidoğan ilişkisini ve emzirmeyi birinci reaktif dönemde başlatamamışsa, ikinci reaktif dönemi iyi değerlendirmeli, emzirmeyi ve ebeveyn-yenidopan ilişkisini sağlamalıdır (Orshan 2007; Fraser ve ark. 2009; Çavuşoğlu 2004).

2.5.3. Fiziksel Değerlendirme

Fiziksel değerlendirmenin amacı; doğumdan sonra ilk 24 saat içinda yaşamı ya da gelişimi etkileyebilecek olası risk faktörlerini tanımlamak, acil girişim veya özel bakım gerektiren bir durumun olup-olmadığını saptamak, majör ve minör bir anatomik anamoli varlığında daha sonraki muayanede esas oluşturacak bulguları tespit etmektir. (Neyzi ve ark 1989; Dağoğlu ve ark. 2007; Orshan 2007).

2.5.3.1. Bebeğin Yaşam Bulgularının Değerlendirilmesi

Vücut ısısı: Yenidoğanın aksiler ısısı 36.5-37°C, rektal ısısı 36.5- 36.7°C'dir Miadında sağlıklı doğmuş bir yenidoğanın vücut ısısı doğumun 10. saatinde stabilleşir. Yenidoğanın aktif ve ağlama dönemlerinden sonra vücut ısısında bir derece ya da daha fazla değişiklik olabilir. Ebe, ölçülen vücut ısısını kaydederken hangi yoldan alındığını (rektal, koltuk altı, oral) belirtmelidir (Dağoğlu 2007; Fraser ve ark 2009; Orshan 2007). Annelere doğum eylemi sırasında analjezik uygulaması bebeklerin vücut ısısını etkileyebilmektedir. Arvidson ve ark. (2001) çalışmalarında, annelerine analjezik uygulanan bebeklerin vücut ısılarını analjezik almayan annelerin bebeklerinden daha yüksek bulmuşlardır.

Nabız (Kalp atımı): İntrauterin dönemde fetusun kalp atışları dakikada 110-160/dk'dır. Doğumdan hemen sonra yenidoğan solunumu başlatmaya çabaladığı için kalp atım hızı 170/dk'ya, ağladığında ise dakikada 180/dk'ya çıkar. Uyku sırasında kalp atım hızı 90-110/dk arasında değişir (Çavuşoğlu 2004). Yenidoğanda bebeğin kalp atım hızı sıklıkla düzensizdir. Çünkü medüllada kalbin çalışmasını düzenleyen kardiyak merkez immatürdür (Dağoğlu 2007; Fraser ve ark 2009; Orshan 2007). Ebe yenidoğan nabzını apeksten 1 dakika süre ile değerlendirmelidir. Bazı araştırmalar annelere doğum eylemi sırasında analjezik uygulamasının bebeğin kalp atımını olumsuz etkilediğini göstermektedir (James ve ark. 2003; Solt ve ark. 2002; Hill ve ark. 2003).

Solunum: Yaşamın ilk birkaç dakikasında, yenidoğanın solunum hızı yaklaşık 80/dk'dır. İstirahat halinde, solunum hızı ortalama 30-60/dk arasında değişir. Solunum derinliği, hızı, ritmi düzensizdir ve siyanoz olmaksızın kısa apne periyotları olabilir. Yenidoğanda solunum büyük ölçüde diyafragma ve abdominal kaslarla gerçekleşir. Dispne, siyanoz, retraksiyonlar ve göğüste asimetrik şekilde genişleme çeşitli sağlık sorunlarına işaret edebilir (Dağoğlu 2007; Fraser ve ark 2009; Orshan 2007). Araştırmalar annelere uygulanan analjeziklerin bebeklerin solunumunu olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir(Fienni ve ak. 2000; Jain ve ark. 2003; Belsey ve ark. 1981).

Kan Basıncı: Yenidoğanın kan basıncı doğumda yaklaşık sistolik 80±16 mm/Hg, diastolik 46±16 mm/Hg'dir. 10 gün içinde yaklaşık 100/50 mm/Hg'e ulaşır. Yenidoğan bebekte belirli kardiyak anomalilerden şüphelenilmediği sürece kan basıncı rutin ölçülmez (Fraser ve ark 2009; Orshan 2007).

2.5.4. Yenidoğan Refleksleri

Yenidoğanlarda merkezi sinir sisteminin olgunlaşması ve korteks kontrolünün henüz tam gelişmemiş olması sonucu, bu döneme özgü primitif refleksler vardır. Yenidoğan refleksleri belirli bir gestasyon yaşında belirir ve doğumdan belirli bir süre sonra da kaybolurlar. Eğer bir refleks zamanından önce azalır ya da kaybolursa santral sisteminde travma olasılığı üzerinde durulur. Gevşeklik ya da verilen bir uyarana müsküler tepkinin yokluğu normal değildir ve şok yada serebral travmayı düşündürür. Ayrıca neonatal dönemde santral sinir sistemi fonksiyonları, doğum sırasında anneye verilen narkotikler nedeniyle de azalabilir (Çavuşoğlu 2004).

Doğum eylemi sırasında uygulanan narkotik analjezikler yenidoğanın primitif koruyucu reflekslerini (arama, emme) baskılayabilmekte ve yenidoğanın erken dönemde etkin beslenmesini olumsuz etkileyebilmektedir. Erken beslenme ile bağırsak enzimleri uyarılmakta, mekonyum daha erken çıkmakta, sarılık riski azalmakta ve besinlerin daha kolay tolere edilmesi sağlanmaktadır (Tengir ve ark. 2008). Bu nedenle yenidoğan emme ve arama reflekslerinin olumsuz etkileyebilecek analjeziklerin anneye doğum eylemi sırasında uygulanmasından mümkün olduğunca kaçınılmalı, uygulanması durumunda da yenidoğanı minimal düzeyde etkilemesini sağlayacak gerekli tedbirler alınmalıdır.

2.5.4.1. Emme Refleksi

Bebeğin dudak çevresine bir objeyle hafifçe dokunulduğunda ağzına alma ve emme hareketi oluşur. Bebeğin ağızdan beslenmesi için soluk alma, emme ve yutma işlevlerini koordine olarak yürütebilmesi gereklidir. 32-34. gestasyon haftalarında normal bir bebek, bu hareketleri düzenleyecek olgunluğa erişir. Bu refleksin olmaması, beyin sapının doğumsal bozukluklarını, oksijensizliği, travma veya sinir sistemini de içine alan ağır enfeksiyon hallerini düşündürmelidir. Bu refleks uyanıkken 4. aya, uyurken 7. aya kadar devam eder ve daha sonra kaybolur (Dağoğlu ve ark. 2007; Fraser ve ark 2009). Ebe bebeğin emme refleksi varlığını mutlaka değerlendirmelidir. Annelere analjezi uygulaması bebeğin emme refleksini olumsuz etkileyebilmekte ve sonuç olarak anne sütü ile emzirmeye geçişte güçlükler yaşanmasına neden olabilmektedir (Tuckey ve ark. 2007; Hodgkinson ve ark. 1979).

2.5.4.2. Arama Refleksi

Bebeğin yanağına ve dudak çevresine parmakla hafifçe dokunulduğunda başını o yöne çevirerek izler. Arama refleksi, emme refleksiyle yakın ilişkilidir ve bebeğin besin kaynağını bulmasına yardım eder. Yaklaşık 6. haftada kaybolan bu refleksin yokluğu, zayıflığı ve tepkilerin simetrik olmayışı, santral sinir sistemine ilişkin fonksiyon bozukluğunu gösterebilir (Dağoğlu ve ark. 2007; Fraser ve ark 2009). Arama ve emme refleksinin varlığı emmede çok etkilidir. Bu nedenle ebe bebeği arama refleksi varlığı açısından da değerlendirmelidir.

2.5.4.3. Moro Refleksi

Bebek sakin yatarken başı desteklenerek hafifçe kaldırılır, destek birden çekildiğinde bebek kollarını ve el parmaklarını açarak yeniden gövdesinde birleştirirerek kucaklamaya benzeyen bir hareket yapar. Bebeğin yüzünde korku ifadesi vardır. Moro refleksi ani ses uyarısında da görülebilir. Doğumdan sonraki 3–4. aylarda kaybolur. Minimal uyarı ile veya spontan olarak moro reaksiyonu gözlenmesi ağır biletaral beyin lezyonu işaretidir.

Brakial pleksus zedelenmelerinde moro refleksi tek veya çift taraflı alınmayabilir. Yenidoğan ağır hastalık durumunda refleksler hafifler veya kaybolabilir (Dağoğlu ve ark. 2007; Fraser ve ark 2009). Hodgkinson ve ark. (1979) çalışmalarında doğum eyleminde analjezik uygulanan annelerin bebeklerinin moro refleksinin 24. saatte geliştiğini saptamışlardır.

2.5.4.4. Yakalama (Kavrama) Refleksi

Yenidoğanın ellerinde parmakların el ayasıyda birleştiği bölgeye, ayaklarda parmakların ayak tabanıyla birleştiği bölgeye sert bir obje ile dokunulduğunda bebek parmaklarını kapatarak objeyi tutar. Bu refleks ellerde 6. haftadan, ayaklarda ise 3 aydan sonra kaybolur (Çavuşoğlu 2004; Fraser 2009). Bu refleks beyin ve sinir sistemini etkileyen durumlarda olumsuz etkilenilir (Dağoğlu ve ark. 2007; Orshan 2007).

2.6. Laktasyon ve Emzirme

Laktasyon, bebeğin emmesi ile anne-bebek arasında etkileşimin kurulduğu bir dönemdir. Meme bezleri, gebelik ve postpartum periyotta hızlı fizyolojik değişiklikler gösterir. Gebeliğin ilk yarısında alveollerin epitel hücrelerinde proliferasyon olur. Yeni süt kanalları gelişir ve lobüler yapı oluşur.

Gebeliğin ilerlemesiyle hücrelerde sekretuar değişiklikler meydana gelir. Gebeliğin sonunda her meme 200–400 g ağırlaşır. Bu sırada memelerdeki kan akımı gebe olmayanlara göre iki kat artar (Orshan 2007).

Süt yapımı için gerekli hormon prolaktindir. Ancak laktogenezis için ortamda az miktarda östrojene de gereksinim vardır. Eğer anne bebeğini emzirmezse serum prolaktin konsantrasyonu iki-üç haftada, gebe olmayan kadın düzeyine düşer. Prolaktinin yükselmesi meme başının stimülasyonuna bağlıdır. Bu nedenle ebe bebeği doğumdan hemen sonra anneye vermeli ve ilk 30 dakika içinde emzirmelidir. Bebekte emme refleksinin en kuvvetli olduğu an doğumdan sonraki ilk 20–30 dakikadır. Bebek bu sürede emzirilmezse, emme refleksi geçici olarak zayıflar ve bu durum yaklaşık bir buçuk gün devam eder (Orshan 2007; Taşkın 2003; Fraser ve ark. 2009).

2.6.1. Emzirmenin Desteklenmesinde Ebenin Rolü

Doğumdan hemen sonra hipoglisemiyi önlemek ve yeterli sıvı alımını sağlamak için yenidoğanların erken dönemde beslenmesi gerekir. Erken dönemde beslenmenin başlatılması emzirme başarısını artırır, büyümeyi hızlandırır, parenteral beslenmeyi azaltır ve hastanede kalış süresini kısaltır. Ayrıca hastanede kalma nedeniyle olaşabilecek çeşitli risklerin gelişimini engeller.

Cooke ve ark. (2001) erken dönemde başlatılan beslenme programının ilk 18 ayda büyüme ve gelişme üzerine olumlu etkileri olduğunu bildirmiştir. Erken dönemde emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesinde en büyük sorumluluk, anne ve bebek ile en çok etkileşim halinde olan ebelerindir (Tengir ve ark. 2008). Bu nedenle ebe, erken dönemde emzirmeyi olumsuz etkileyebilecek uygulamalardan anne ve bebeği korumalıdır. Lewinski ebeleri emzirmeyi koruyan, özendiren ve destekleyen kişiler olarak görmektedir. Lawrence ise emzirmenin en iyi ebe/hemşireler tarafından yapılan doğru uygulamalarla arttırılabileceğini bildirmektedir. Ebeler gebelik sürecinde daha çok eğitim verme, bakım verme ve danışmanlık rollerini kullanarak annelerin emzirme davranışlarında olumlu değişimler yapmalıdır (Tengir ve ark. 2008).

Dünya çapında yapılan araştırmalar sağlık çalışanları tarafından annelere verilen emzirme eğitimi ve danışmanlığı ile emzirme oranlarının arttığını ve emzirme süresinin uzadığını göstermiştir.

Literatürde laktasyonda başarıyı hazırlayan faktörler arasında emzirme danışmanlığı yapan sağlık çalışanının bilgi, uygulama ve tutumlarının oldukça önem taşıdığı belirtilmektedir (Orshan 2007; Fraser ve ark. 2009). Ebeler, annelerin emzirme uygulamaları üzerindeki etkilerini, onlara gereksinim duydukları bilgi ve desteği sağlamak yoluyla gerçekleştirirler. Alma-Ata toplantısında DSÖ, "2020 yılına kadar, bölgedeki yenidoğanların, bebeklerin ve okul öncesi yaşlardaki çocukların hepsinin yaşama sağlıklı başlayarak daha sağlıklı olmalarının sağlanması"nı hedeflemektedir. Bu nedenle gebelere, bebek ve çocuklara yönelik sunulan sağlık hizmetlerinin önem kazandığı açıktır. DSÖ, gebelikten başlamak kaydıyla doğum süreci ve yetişkinliğe uzanan süreçteki sağlık hizmetlerinde başarıya ulaşılması için ebelerin temel sağlık hizmetlerinin sunulmasında önemli bir unsur olduğunu vurgulamaktadır (DSÖ, UN 2003).

DSÖ'ne üye ülkeler temel sağlık hizmetleri kapsamında ebelerden doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası anne ile yenidoğan bebeğin bakımı, bebeklerin anne sütüyle beslemesini desteklemesini ve sağlık eğitimi yapmalarını beklemektedir. Ebelik bakımının hedefi, anne-çocuk sağlığını geliştirmek, dolayısıyla toplum sağlığını yükseltmektir. Ebelik aktivitelerinin iyi uygulandığı ülkelerde, gelişmişlik düzeyi de yüksektir. DSÖ ve UNICEF "Emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesine" ilişkin olarak hazırladıkları ortak raporda ana-çocuk sağlığı hizmetlerini yürüten ebelere emzirme konusunda annelerin uygun bilgilerle donatılıp, desteklemesi görevini vermektedir (UNICEF 2008).

Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (International Confederation of Midwives), emzirme konusunda annelerin desteklenmesinin, ebelerin sorumluluğunu olduğunu belirtmiştir. 1984 yılında Sydney'de yapılan uluslararası kongrede de emzirme konusunda eğitimin önemli olduğu ve emzirmenin korunmasının ebelerin temel görevlerinden biri olduğu vurgulanmıştır. Bu nedenle ebeler emzirmeyi olumsuz etkileyebilecek faktörler açısından değerlendirme yapmalı, ve olumsuz faktörleri mümkün olduğunca ortadan kaldırmalıdır (Tengir ve ark. 2008).

Ebeler doğum sonu erken dönemde annelerin bebeklerini emzirmeleri konusunda desteklenmesinde liderlik, bakım verici ve eğitici rollerini üstlenmektedir. Ebe doğum sonu erken dönemde emzirmeyi başlatmalı ve annelere olumlu bir emzirme deneyimi yaşatarak emzirmeyi sürdürmesini sağlama sorumluluğunu yerine getirmelidir (Duran 2008).

Doğum eylemi sırasında uygulanan analjezikler ve anestezikler sedatif etkileri sebebi ile doğum sonrasında hem anneyi, hem de bebeğin emzirmesini olumsuz etkilemektedir. Emzirme danışmanları doğum ağrısı süresince analjezi uygulamanın emzirme üzerine olumsuz etki yaratabileceğini ifade etmektedirler (Riordan ve ark. 2000). Bazı çalışmalar, intrapartum periyotta doğum ağrısını azaltmak için gebelere intramüsküler ve intravenöz yolla uygulanan analjeziklerin yenidoğanın aktivitesinde azalmaya neden olduğunu, emzirmeyi olumsuz etkilediğini göstermektedir (Tuckey ve ark. 2007; Hodgkinson ve ark. 1979). Bu nedenle, doğum eyleminde analjezik uygulanan annelere emzirme danışmanlığı yapılmalı, emzirmeleri gözlenmeli ve emzirmenin sürdürülmesi yönünden daha fazla desteklenmelidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, doğum eyleminin 1. Evresinde, annelere IM yolla uygulanan analjeziklerin bebeklerin sağlık durumu ve emme becerisine etkisini belirlemek amacıyla planlandı.

3.2. Araştırmanın Soruları

- Doğum eyleminin 1. evresinde annelere IM yolla uygulanan analjeziklerin bebeklerin ilk 24 saatteki sağlık durumlarına olumsuz etkileri var mıdır?

- Doğum eyleminin 1. evresinde annelere IM yolla uygulanan analjeziklerin bebeklerin ilk 24 saatteki emme becerilerine olumsuz etkileri var mıdır?

3.3. Araştırmanın Türü

Bu araştırma kesitsel, analitik tipte ve gözlemsel bir araştırma olarak planlanmıştır.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi-doğumhanesinde, 1 Mart 2010– 30 Haziran 2010 tarihleri arasında gerçekleştirildi. 50 yataklı doğumhanede normal ve riskli gebeler ile normal doğum yapan lohusalar yatmaktadır. Doğum yapan lohusalar, 2 saat doğumhanede erken postpartum ünitesinde, takip edildikten sonra lohusa katlarına sevk edilmektedir. Bu kurum, doğum eyleminin 1. evresinde annelere IM yolla analjezik uygulanıyor olması, hasta yoğunluğunun fazla olması ve farklı sosyo-demografik özellikteki gebelere hizmet vermesi nedeniyle tercih edildi. Her çeşit sosyoekonomik düzeyde hastaya bakım verilmekle birlikte, hastaların çoğunluğu orta ve düşük gelirli ailelerden oluşmaktadır.

Araştırmanın gerçekleştirildiği 1 Mart-30 Haziran 2010 tarihleri arasında toplam normal doğum sayısı; 1550 idi. Bunların %31,1'ine (n=483) doğum eyleminin 1. evresinde IM yolla analjezik uygulandığı görüldü. Uygulanan analjeziklerin tamamının Pethedine HCL olduğu belirlendi. Pethedine HCL ünitede standart olarak 1x50 mg şeklinde, IM yolla uygulandığı görüldü.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırma Evrenini; Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesine, 1 Mart–30 Haziran 2010 tarihleri arasında doğum yapmak üzere başvuran ve normal doğum yapan 1550 anne ve bebekleri oluşturdu.

Örneklem Seçimi; Araştırmanın yapıldığı kurumda, 1 Mart- 30 Haziran 2010 tarihleri arasında, araştırma verilerinin toplandığı günlerde normal doğum yapan, örneklem seçim kriterlerine uyan 245 anne örneklem grubunu oluşturdu.

Örneklem sayısı, çalışmanın temel değişkenleri olan deselerasyon ve emme becerisi parametrelerine göre belirlendi. Daha önce yapılan bir çalışmada, analjezik uygulanan annelerin bebeklerinde deselerasyon gelişme oranı %49,3, uyglanmayanlarınkinde %22,7 bulunmuş (Sekhavat ve ark. 2009), bu verilerle %95 Alfa güvenirlik düzeyi, %80 Beta güvenirlik (güç) düzeyi ile yapılan örneklem hesaplamasında gruplara en az 39 kişi alınması gerektiği belirlenmiştir. Başka bir çalışmada ise analjezik uygulanan gruptaki bebeklerde deselerasyon görülme oranı %39,1, analjezik verilmeyen grupta ise %9,4 olarak bulunmuş, bu sonuçlara göre de %95 Alfa güvenirlik düzeyi, %80 Beta güvenirlik (güç) ile yapılan hesaplamada gruplara en az 25 kişi alınması gerektiği bulunmuştur.

Emme davranışının değerlendirildiği bir çalışmada, doğumda analjezik uygulanmayan annelerin bebeklerinde emme davranışı %70 iken, iki farklı aneljezik uygulanan gruplardaki bebeklerin emme davranışı oranı %50 bulunmuştur (Arvidson ve ark. 2001). Alfa güvenirlik düzeyi %95, testin gücü %80 olarak yapılan örneklem hesaplaması sonunda, her bir gruba alınacak örneklem sayısı en az 32 olarak belirlenmiştir. Başka bir çalışmada analjezik uygulanmayan annelerin bebeklerinde, ilk 2 saatte emme davranışı olmayanların oranı %19,2 iken, analjezik uygulanan grupta %50 olarak bulunmuş (Nissen ve ark. 2008), (Alfa %95, Beta % 80) yapılan örneklem hesaplamasında her bir gruba en az 28 kişinin alınması gerektiği belirlenmiştir.

Yapılan çalışmalardan yola çıkılarak araştırmanın örneklemini; Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesinde, 1 Mart–30 Haziran 2010 tarihleri arasında doğum yapmak üzere başvuran, normal doğum yapan ve örneklem seçim kriterlerine uyan 115'i vaka 130'u kontrol grubu olmak üzere toplam 245 anne ve bebekleri oluşturdu.

Araştırma, verilerin güvenilirliğini arttırmak ve oluşabilecek biası ortadan kaldırmak amacıyla tek kör çalışma olarak yürütülmüştür.

Araştırmacı, önce örneklem seçim kriterlerine uyan ve çalışmayı kabul eden gebeleri belirlemiş, daha sonra ise doğum eyleminin başlangıcından doğumdan sonra ilk 24. saatin sonuna kadar geçen süreçte bu gebelerin bebeklerinin emme becerisini ve sağlık durumunu belirli aralıklarla izlemiş ve değerlendirmiştir. Araştırmacı, bebeklerin izlem süreci bittikten sonra annelerin dosya kayıtlarından anneye doğum eylemi sırasında analjezik uygulanıp uygulanmadığını ve anneye ilişkin diğer verileri kaydetmiştir. Böylece, araştırmacının yenidoğan izlemini yaparken, annenin vaka yada kontrol grubunda olduğunu bilmeden bebekleri değerlendirmesi sağlanmıştır. Yapılan hasta dosyası incelenmesinde, doğumun birinci evresinde IM yolla analjezik uygulandığı belirlenen anneler ve bebekleri vaka grubuna, herhangi bir analjezik uygulanmayan anneler ve bebekleri ise kontrol grubuna dahil edilmiştir. Araştırmanın tek kör çalışma olması nedeniyle vaka ve kontrol grubuna girecek anne ve bebeklerin sayıları ve bu guruplardaki primigravid ve multigravid gebelerin sayılarının benzer olması için herhangi bir seçim yapılamamıştır.

Yapılan dosya incelemesinde, izlenen bebeklerin annelerinden doğumun 1. evresinde IM yolla analjezik uygulananların sayısının 115 (vaka grubu), analjezik uygulanmayanların ise 160 anne (kontrol grubu) olduğu görüldü. Bu örneklem sayısı üzerinden yapılan ilk istatiksel değerlendirmede, iki grubun primigravid ve multigravid sayılarının istatiksel olarak anlamlı ölçüde farklı olduğu belirlendi. Annelerin pirimigravid veya multigravid oluşunun bebeklerin sağlık durumu ve emme becerisini etkileyebilecek bir parametre olabileceği düşünüldüğü için, vaka ve kontrol grubundaki primigravid ve multigravid annelerin benzer sayıda olması için, kontrol grubu multigravid annelerden basit rastgele yöntemle (kura ile) 30 vaka çıkarılarak vaka ve kontrol grubu annelerin multigravid ve primigravid sayılarının benzer olması sağlandı. Bu aşamanın sonunda kontrol grubunda toplam 130, vaka grubunda 115 anne çalışmaya kabul edildi. Tekrar yapılan ikinci istatiksel değerlendirmede, her iki gruptaki multigravid ve primigravid anne sayısının benzer olduğu belirlendi.

Ayrıca araştırmanın gerçekleştiği süre içinde analjezik uygulama sıklığı, toplam normal doğum sayısı, uygulanan analjezikler ve uygulama sıklığı dosya kayıtlarının geriye dönük incelenmesi ile belirlendi.

3.5.1. Örneklem Grubu Seçim Kriterleri

1) Anne yaşının 18'den büyük, 35'ten küçük olması,

2) Annenin normal doğuma engel belirlenmiş herhangi bir sağlık sorununun olmaması (antepartum hemoraji, antikoagülan tedavisi, kronik hastalık, tümör vb.),

3) Fetüsün sefalik pozisyonda olması,

4) Bebeğin gestasyon yaşının 38-42. gestasyon haftaları arasında olması,

5) Bebeğin doğum tartısının 2500-4000 g arasında olması,

6) Vaka grubu için, anneye doğum eyleminin 1. evresinde IM yolla analjezik uygulanmış olması,

7) Kontrol grubu için, anneye doğum eyleminin 1. evresinde herhangi bir analjezik uygulanmamış olması,

3.6. Verilerin Elde Edilmesi ve Araştırmada Kullanılan Araçlar

Verilerin elde edilmesinde araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Anne Takip Formu", "Bebek Takip Formu", "Emme Becerisi Değerlendirme Formu" kullanıldı. Araştırıcılar tarafından geliştirilen formlara, uzman görüşleri, eleştiriler ve önerileri doğrultusunda son şekli verildi.

3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu form, sosyo-demografik özellikler, obstetrik özellikler, doğum ile ilgili özellikleri sorgulayan 24 sorudan oluşan formdur. Tanıtıcı Bilgi Formu araştırıcı tarafından, gebelere yüzyüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulandı. Görüşmeler yaklaşık olarak 15-20 dakika sürdü.

3.6.2. Anne Takip Formu

Gebelere doğum eyleminin 1. evresinde uygulanan işlemler; analjezik uygulması, vakum uygulaması, epizyotomi, gebenin sağlık göstergeleri, doğumun seyri, gelişen komplikasyonlar, effasman, dilatasyon düzeyleri vb. değişkenleri irdeleyen 17 sorudan oluşan bir formdur.

3.6.3. Bebek Takip Formu

Bebeklerin; solunum, kalp atımı, vücut ısısı, apgar skoru, fetal kalp atımında deselerasyon gelişme sıklığı, refleksler gibi parametrelerin yanı sıra uygulanan resüsitasyon, aspirasyon, entübasyon, oksijen inhalasyonu gibi girişimleri değerlendiren 20 sorudan oluşan formdur.

3.6.4. Emme Becerisi Değerlendirme Formu

Bu formda, bebeklerin; emme becerileri, etkin emmeye geçiş süreleri, emmeyi etkileyebilecek bebeğe ve anneye ait sağlık sorunları ve emmeye yardımcı girişimler uygulanması gereksinimini sorgulayan 11 soru bulunmaktadır.

Araştırmacılar "Emme Becerisi Değerlendirme Formu"nu geliştirmeden önce, bebeklerin emme durumunu değerlendirmek için geliştirilen ölçekleri incelemiştir. Bebeklerin emme becerisini değerlendirmeye yönelik geliştirilen ölçekler değerlendirildiğinde, en sık kullanılan ve ülkemizde de geçerlik güvenirliği yapılmış olan, emzirme ölçeğinin LACTH olduğu görüldü.

Ancak bu ölçek incelendiğinde bebeğin emme becerisini 5 parametre ile değerlendirildiği, bu parametrelerden 3'ünün anneye ilişkin değerlendirmeleri içerdiği görüldü. MBA ve MIBPT gibi sık kullanılan emzirme ölçeklerinin de benzer şekilde hem anneyi hem bebeği birlikte değerlendiren parametreler içerdikleri görüldü. Çalışmamızda bebeklerin emme becerisini, annelerin emzirme tutumlarından bağımsız olarak değerlendirmek amaçlandığı için "**Emme Becerisi Değerlendirme Formu**" geliştirilmesine karar verildi. Bu form, emzirme ile ilgili literatürde yer alan sadece bebeğe ilişkin 10 adet somut etkin emme göstergelerini (yanakların dolgun olması, emme ve yutma hareketlerinin görülmesi, yerleştirilince memede kalma, acıkınca memeye uzanma, memeyi arama, memede sakin ve uyanık olma, ağzın geniş, açık ve alt dudağın dışa dönük olması, dilin memenin etrafında kıvrılmış olması) içermektedir. Bebeklerin, "**Emme Becerisi Değerlendirme Formu**" nda yer alan parametrelerin hepsini gerçekleştirmesi "etkin emme" olarak kabul edildi.

3.7. Araştırmanın Yapılması Sırasında Karşılaşılan Durumlar

3.7.1. Olumlu Durumlar

Araştırmanın yapılabilmesi için kurumdan gerekli izin alındı ve doğumhane servisinde çalışanların desteği sağlandı. Hastalarla görüşmeye engel olacak bir durum yaşanmadı. Araştırmaya katılan gebelerin çalışmaya istekli ve iletişime açık olmaları verilerin elde edilmesinde kolaylık sağladı.

3.7.2. Olumsuz Durumlar

Araştırmanın yapıldığı hastanede, kronik hastalığı, erken doğum eylemi ya da gebelik komplikasyonu olan gebelerin fazla olması nedeniyle, örneklem seçim kriterlerine uyan yeterli sayıda gebeye ulaşmak uzun zaman aldı.

Araştırmanın tek kör çalışma olması nedeniyle, vaka ve kontrol grubuna girecek anne ve bebeklerin sayıları ve bu guruplardaki primigravid ve multigravid gebelerin sayılarının benzer olması için herhangi bir seçim yapılamadı. Bu nedenle başlangıçta yapılan ilk istatiksel değerlendirmede vaka ve kontrol grubundaki annelerin gebelik sayıları açısından benzer olmadıkları görüldü. Annelerin gebelik sayılarının bebeğin sağlık göstergelerinin ve emme becerisini etkileyebilecek bir parametre olduğu düşünüldüğü için vaka ve kontrol grubunu gebelik sayısı açısından benzer kılmak için multigravid annelerden basit rastgele yöntemle(kura ile) vaka çıkarıldı.

3.8. Etik Kurallar

Araştırmanın yapılabilmesi için kurumdan gerekli izinler alındı ve doğumhane servisinde çalışanların desteği sağlandı. Çalışmaya Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma hastanesinden Etik kurul onayı (Onay Raporu (Ek :1) alındıktan sonra başlandı. Örneklem grubu seçim kriterlerine uyan gebelere, çalışmanın hangi amaçla yapıldığı ve içeriği konusunda bilgi verildi, "Bilgilendirilmiş Onam Formu" ile onamları alındı.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler değerlendirilirken, istatiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciens) for Windows 15.0 programı kullanıldı. Olguların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular; ortalama, frekans, yates düzeltmeli ki-kare testi ve student t testi ile değerlendirildi. Olguların obstetrik öykülerine ilişkin

bulgular değerlendirilirken yates düzeltmeli ki-kare testi kullanıldı. Doğumun 1. evresinde uygulanan işlemler ve doğumun seyrine ilişkin değişkenlerin incelenmesinde yates düzeltmeli ki-kare ve Fisher testi uygulandı. Bebeklerin sağlık göstergeleri ve uygulanan girişimler; yates düzeltmeli ki-kare, Fisher test, student t test ve Mann whitney U testi ile değerlendirildi.

Emme becerisini değerlendirmek için yates düzeltmeli ki-kare ve student t test kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık %95'lik güven aralığında, $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular 4 başlık altında sunuldu.

4.1. Doğum eyleminin 1. evresinde IM yolla analjezik uygulanma durumu ile annelerin obstetrik öyküsü ve sosyo demografik özelliklerinin karşılaştırılması,

4.2. Doğum eyleminin 1. evresinde IM yolla analjezik uygulanma durumu ile annelerin bazı değişkenler açısından karşılaştırılması,

4.3. Doğum eyleminin 1. evresinde annelerine IM yolla analjezik uygulanma durumu ile bebeklerin sağlık durumuna ilişkin değişkenlerin karşılaştırılması,

4.4. Doğum eyleminin 1. evresinde annelerine IM yolla analjezik uygulanma durumu ile bebeklerin emme becerisine ilişkin değişkenlerin karşılaştırılması,

4.1. Doğum Eyleminin 1. Evresinde IM Yolla Analjezik Uygulanma Durumu ile Annelerin Obstetrik Öyküsü ve Sosyo Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Annelerin sosyo demografik ve obstetrik özelliklerinin değerlendirildiği bu bölümde annelerin yaşı, kilosu, eğitim durumu, sigara kullanımları, gebelik türü ve sayısı, gebelerin canlı bebek sayıları, düşük ve kürtaj sayısı, antenatal bakım alma durumlarına yer verilmiştir.

Tablo 4. 1: Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	**Vaka Grubu (n: 115) Ort ± SS**		**Kontrol Grubu (n: 130) Ort ± SS**		**t**	**p**
Yaş	25,05 ± 4,76		24,95 ± 4,31		0,170	0,865
Vücut ağırlığı	71,60 ± 10,27		72,36 ± 8,64		0,630	0,529
Boy	160,37 ± 5,27		160,34 ± 5,73		0,038	0,970
Eğitim Durumu	**Vaka Grubu (n: 115)**		**Kontrol Grubu (n: 130)**		χ^2	**p**
	Sayı	**%**	**Sayı**	**%**		
Okuryazar değil	13	11,3	16	12,3	1,258 (sd**:** 3)	0,739
İlköğretim	75	65,2	90	69,2		
Lise	21	18,3	17	13,1		
Üniversite	6	5,2	7	5,4		
Sigara Kullanımı					0,385 (sd: 1)	0,535*
Var	8	7,0	13	10,0		
Yok	107	93,0	117	90,0		

*Gözlerde 25'ten küçük gözlenen değer olduğu için Yates Düzeltmeli Ki-kare testi yapılmıştır.

Tablo 4.1'de Doğum eyleminin 1. evresinde IM yolla analjezik uygulanan ve uygulanmayan anneler bazı sosyo-demografik değişkenler açısından karşılaştırılmıştır. Analjezik uygulanan annelerin yaş ortalamasının 25,05±4,76, uygulanmayanların ise 24,95±4,31 olduğu görüldü. Vaka grubunda ortalama vücut ağırlığının 71,60±10,27 kg, ortalama boy uzunluğunun 160,37±5,27 cm, kontrol grubunda ortalama vücut ağırlığının 72,36±8,64 kg ve ortalama boy uzunluğunun 160,34±5,73 cm olduğu belirlendi.

Gebelerin eğitim durumuna göre dağılımları incelendiğinde; vaka grubundaki annelerin %11,3'nün okuryazar olmadığı, %65,2'sinin ilköğretim, %18,3'nün lise ve %7,0'nın üniversite mezunu olduğu, kontrol grubundaki annelerin ise %12,3'nün okuryazar olmadığı, %69,2'sinin ilköğretim, %13,1'nin lise, %5,4'nün üniversite mezunu olduğu belirlendi.

Vaka ve kontrol grubundaki anneler sigara kullanımı açısından incelendiğinde, kontrol grubunda %10,0 sigara kullanırken, vaka grubunda %7,0' nın sigara kullandığı saptandı.

Doğum eyleminin 1. evresinde IM yolla analjezik uygulanan ve uygulanmayan annelerin; yaş, vücut ağırlığı, boy uzunlukları, eğitim durumları, sigara kullanma durumu açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü (p>0,05; Tablo 4.1).

Tablo 4. 2: Annelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Vaka Grubu (n: 115)		Kontrol Grubu (n:130)			
	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Gebelik Sayısı						
1 Gebelik	75	65,2	75	57,7	4,930 (sd: 2)	0,085
2 Gebelik	20	17,4	38	29,2		
≥ 3Gebelik	20	17,4	17	13,1		
Gebelik Türü						
Primipar	75	65,2	75	57,7	1,456 (sd: 1)	0,228
Multipar	40	34,8	55	42,3		
Küretaj						
Var	5	4,3	4	3,1	-	0,738*
Yok	110	95,7	126	96,9		
Düşük Yapma						
Var	12	10,4	10	6,2	0,276 (sd: 1)	0,599**
Yok	103	89,6	120	92,3		
Antenatal İzlem						
Var	109	94,8	126	96,9	-	0,522*
Yok	6	5,2	4	3,1		

* Gözlerde 5'ten küçük beklenen sayı olduğu için Fisher tam ki-kare testi yapılmıştır.
**Gözlerde 25'ten küçük gözlenen sayı olduğu için Yates Düzeltmeli Ki-kare testi yapılmıştır.

Olguların obstetrik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde, vaka grubunun %65,2'sinin primipar, %34,8'nin multipar, kontrol grubunun ise %57,7'sinin primipar, %42,3'nün multipar olduğu belirlendi. Olguların gebelik sayılarına bakıldığında, vaka grubunun % 65,2'sinin ilk, %17,4 'nün ikinci, %17,4' nün üç ve üçten daha fazla gebeliği olduğu, kontrol grubunun ise %57,7'sinin ilk, %29,2'nin ikinci, %13,1'nin üç ve üçten fazla gebeliği olduğu belirlendi.

Annelerin daha önceki gebeliklerinde küretaj olma durumu incelendiğinde, vaka grubunun %4' nün, kontrol grubunun ise %3,1'nin daha önce küretaj olduğu belirlendi.

Annelerin daha önceki gebeliklerinde düşük yapma durumu incelendiğinde, vaka grubunun %10,4'nün, kontrol grubunun ise %6,2'sinin daha önce düşük yaptığı görüldü.

Annelerin bu gebeliklerinde antenatal bakım hizmeti alma durumları incelendiğinde vaka grubunda ise %94,8'nin, kontrol grubunun %96,9'sının antenatal bakım hizmeti aldığı saptandı.

Doğum eyleminin 1. evresinde IM yolla analjezik uygulanan ve uygulanmayan annelerin **gebelik sayısı, gebelik türü, küretaj, düşük yapma** ve **antenatal izlem yapılma** durumuna göre dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$; Tablo 4.2).

4.2. Doğum Eyleminin 1. Evresinde IM yolla Analjezik Uygulanma Durumu ile Annelerin Bazı Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Bu bölümde, annelere doğum eyleminin 1. evresinde uygulanan girişimler ve annenin doğum eylemine yönelik özelliklerine yer verilmiştir.

Tablo 4. 3: Annelerin, Gebelik ve Doğuma İlişkin Bazı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Vaka Grubu (n: 115)		Kontrol Grubu (n:130)			
	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	P
Servikal Dilatasyon						
Latent faz	63	54,8	30	23,1	36,869	0,000
Aktif faz	52	45,2	80	61,5	(sd: 2)	
Geçiş Fazı	-	-	20	15,4		
Bulantı						
Var	70	60,9	29	22,3	37,682	0,000
Yok	45	39,1	101	77,7	(sd: 1)	
Kusma						
Var	55	47,8	15	11,5	37,614	0,000*
Yok	60	52,2	115	88,5	(sd: 1)	
Epizyotomi						
Var	84	73,0	77	59.2	4,634	
Yok	31	27,0	53	40,8	(sd: 1)	0 ,031
Doğum Komplikasyonu						
Var (Uterus Atonisi)	6	5,2	-	-	-	0,010**
Yok	109	94,8	130	100,0		

*Gözlerde 25'ten küçük gözlenen sayı olduğu için Yates Düzeltmeli Ki-kare testi yapılmıştır.
** Gözlerde 5'ten küçük beklenen sayı olduğu için Fisher tam ki-kare testi yapılmıştır.

Doğum eyleminin 1. evresinde annelerin çalışmaya kabul edildikleri zaman, servikal dilatasyon durumu incelendiğinde, vaka grubunun %54,8'inin latent faz, %45,2'sinin aktif fazda olduğu, kontrol grubunun %23,1'inin latent faz, %61,5'nin aktif faz, %15,4'nin geçiş fazında olduğu saptandı. Vaka grubundakilerde latent fazdaki gebeler fazla iken, kontrol grubunda, aktif fazdaki gebelerin fazla olduğu görüldü. Dağılımlar ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında, gruplar arasında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptandı. ($p<0,001$; Tablo 4.3). Farkın hangi dağılımlar arasında olduğunu belirlemek için satır ki-karesi en yüksek olan grup dağılımları analiz dışında tutularak yapılan ileri analizler sonucunda, grupların tüm oranları arasında fark olduğu belirlendi ($p<0,01$). Gebelerde bulantı kusma durumu incelendiğinde, vaka grubunun %60,9'unda, kontrol grubunun %22,3'ünde bulantı görülürken, vaka grubununun %47,8'inde,

kontrol grubunun %11,5'inde, kusma olduğu görüldüğü. Gebelerin **bulantı** ve **kusma** sorunu yaşamalarına göre dağılımları karşılaştırıldığında, Analjezik (Pethedine HCL) uygulanan grupta bulunan annelerde hem bulantı hem de kusma sorunu yaşayanların oranı analjezik uygulanmayan annelerinkiden çok ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$; Tablo 4.3).

Doğum komplikasyonu gelişme durumu açısından gruplar karşılaştırıldığında, vaka grubunun %5,2'sinde uterus atonisi geliştiği görüldü. Kontrol grubunda herhangi bir komplikasyon saptanmadı. Aradaki fark istatiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$; Tablo 4.3).

Doğum eyleminin 2. evresinde uygulanan epizyotomi girişimi açısından gruplar karşılaştırıldığında, vaka grubunun %73,0'ünde, kontrol grubunun %59,2'sinde, doğum eylemine yardım amacıyla epizyotomi uygulandığı saptandı (Tablo 4.3). Analjezik uygulanan grupta **Epizyotomi** girişimi analjezik uygulanmayan gruba göre istatiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$; Tablo 4.3).

Tablo 4. 4: Analjezik Uygulamasına İlişkin Bazı Değişkenlerin İncelenmesi

Değişkenler	**En Küçük-En Büyük Değer**	**Ortalama±Std. Sapma**
Uygulamanın Doğuma Uzaklığı	15-750 dk	168,35±126,27
Uygulama Sırasında Servikal Dilatasyon	1-8 cm	4,68±1,26 cm

IM yolla analjezik uygulanan annelerin, analjezik uygulama zamanının doğuma olan uzaklığı ve uygulama sırasındaki servikal dilatasyon incelendiğinde; doğumun, analjezik uygulamasından ortalama 168,35±126,27 (min: 15dk, max: 750dk) dakika sonra gerçekleştiği ve analjezik uygulanması sırasında servikal dilatasyonun ortalama 4,68±1,26 cm (min: 1cm, max: 8cm) olduğu saptandı (Tablo 4.4).

4.3. Doğum Eyleminin 1. Evresinde Annelerine IM Yolla Analjezik Uygulanma Durumu ile Bebeklerin Sağlık Durumuna İlişkin Değişkenlerin Karşılaştırılması

Bu bölümde bebeklerin doğumdan sonra ilk 24 saatteki fiziksel ölçümleri, yaşam bulguları ve nörolojik bulgularının yanı sıra bebeklere uygulanan girişimlerin (aspirasyon, oksijen inhalasyonu, resüsitasyon) gruplara göre dağılımı ve karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 4. 5: Bebeklerin Fiziksel Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Vaka Grubu (n: 115) Ort ± SS	Kontrol Grubu (n: 130) Ort ± SS	t	p
Baş çevresi	34,26±0,48 cm	34,20±0,42 cm	0 ,984	0,064
Vücut Ağırlığı	3256,91±366,165 g	3274,69±382,067 g	0 ,371	0,213
Boy Uzunluğu	50,383±1,00 cm	50,131±1,00 cm	1,957	0,281

Doğum eyleminin 1. evresinde annelerine IM yolla analjezik uygulanan ve uygulanmayan bebeklerin fiziksel ölçümleri incelendiğinde; baş çevresinin vaka grubunda 34,26±0,48 cm, kontrol grubunda 34,20±0,42 cm olduğu, vücut ağırlığının vaka grubunda 3256,91±366,165 g, kontrol grubunda 3274,69±382,067 g olduğu, boy uzunluğunun vaka grubunda 50,383±1,00 cm, kontrol grubunda 50,131±1,00 cm olduğu saptandı. Bebeklerin baş çevresi, vücut ağırlığı, boy uzunluğu açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü ($p>0,05$; Tablo 4.5).

4.3.1. Gruplara Göre Bebeklerin Yaşam Bulgularının Dağılımı ve Karşılaştırılması

Doğum eyleminin 1. evresinde annelerine IM yolla analjezik uygulanan ve uygulanmayan bebeklerin yaşam bulguları doğumdan hemen sonra, doğumdan sonraki 30. dk'da, 1.saatte ve 24.saatte olmak üzere 4 kez değerlendirilmiş ve veriler bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırılmıştır.

Tablo 4. 6: Gruplara Göre Bebeklerinin Yaşam Bulgularının Karşılaştırılması

Özellikler	Vaka Grubu (n: 115) Ort ± SS	Kontrol Grubu (n: 130) Ort ± SS	t	p
Solunum Sayısı (/dk)				
Doğumdan Hemen Sonra [a]	37,22±8,58	38,26±5,16	1,136	0,257
30. dk'da [b]	39,79±5,78	41,43±5,96	2,180	0,030
1. Saatte [c]	42,59±6,99	43,03±7,60	0,469	0,640
24. Saatte [d]	43,06±7,49	45,20±7,90	2,167	0,031
F	F: 12,509	F: 25,327		
P	0,000	0,000		
Anlamlı Fark	a<b<c,d	a<b<c<d		
Nabız Sayısı (/dk)				
Doğumdan Hemen Sonra [a]	133,97±19,49	137,15±8,78	1,616	0,108
30. dk'da [b]	141,41±6,94	143,19±7,49	1,924	0,055
1. Saatte [c]	142,54±8,49	146,28±9,91	3,150	0,002
24. Saatte [d]	142,42±8,17	146,32±9,31	3,497	0,001
F	F: 7,326	F: 25,236		
P	0,000	0,000		
Anlamlı Fark	a<b,c,d	a<b<c,d		
Vücut Isısı (ºC)				
Doğumdan Hemen Sonra [a]	36,85±0,29	36,85±0,28	0,063	0,949
30. dk.da [b]	36,90±0,33	36,84±0,35	1,472	0,142
1. Saatte [c]	36,89±0,39	36,92±0,38	0,467	0,641
24. Saatte [d]	36,87±0,36	36,97±0,40	2,061	0,040
F	F: 0,803	F: 3,406		
P	0,495	0,020		
Anlamlı Fark	-	a,b<d		

t testi (bağımsız gruplarda t testi): iki grubun puanları karşılaştırıldı.

F: tekrarlı ölçümlerde varyans analizi: her bir grubun ayrı ayrı tekrarlayan ölçümleri arasında fark olup olmadığı karşılaştırıldı.

4.3.1.1. Gruplara Göre Bebeklerin Solunum Sayılarının Karşılaştırılması

Solunum sayısı ortalamaları açısından gruplar karşılaştırıldığında; doğumdan hemen sonra; vaka grubunda ortalama 37,22±8,58 dk, kontrol grubunda 38,26±5,16 dk', 30. dakikada, vaka grubunda 39,79±5,78 dk, kontrol grubunda 41,43±5,96 dk' , 1. saatte vaka grubunda ortalama 42,59±6,99 dk, kontrol grubunda 43,00±7,60 dk, 24. saatte ise vaka grubunda ortalama 43,06±7,49 dk kontrol grubunda 45,20±7,90 dk olduğu görüldü.

Vaka grubunun solunum sayısı 30 dk. da istatiksel düzeyde anlamlı olarak düşük bulundu. Doğumdan hemen sonraki, 1. saatteki ve 24. saatteki solunum sayıları açısından gruplar arasında fark olmadığı görüldü ($p>0,05$, Tablo 4.6).

4.3.1.2. Gruplara Göre Bebeklerin Nabız Sayılarının Karşılaştırılması

Nabız sayıları ortalamaları açısından gruplar karşılaştırıldığında; doğumdan hemen sonra vaka grubunda ortalama 133,97±19,49 dk, kontrol grubunda 137,15±8,78 dk, 30. dk'da, vaka grubunda 141,41±6,94 dk, kontrol grubunda 143,19±7,49 dk, 1. saatte, vaka grubunda 142,54±8,49 dk kontrol grubunda 146,28±9,91 dk, 24. saatte, vaka grubunda 142,42±8,17 dk, kontrol grubunda 146,32±9,31 dk bulundu. Vaka grubundaki bebeklerin nabız sayılarının 1.saatte ve 24. saatte, kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşük olduğu ($p<0,01$), 30.dk'daki nabız sayılarının ortalamaları arasında ise anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$; Tablo 4.6).

4.3.1.3. Gruplara Göre Bebeklerin Vücut Isılarının Karşılaştırılması

Vücut ısıları ortalamaları açısından gruplar karşılaştırıldığında; doğumdan hemen sonra, vaka grubunda 36,85±0,29°C, kontrol grubunda 36,85±0,28°C', 30. dakikada vaka grubunda 36,90±0,33°C, kontrol grubunda 36,84±0,35°C , 1. saatte, vaka grubunda 36,89±0,39°C kontrol grubunda 36,92±0,38°C, 24. saatte ise, vaka grubunda 36,87±0,36°C kontrol grubunda 36,97±0,40°C bulundu. 24. saatte vaka grubunun vücut ısısı ortalaması kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşük bulunurken ($p<0,05$), doğumdan hemen sonraki, 30.dk'daki, 1. saatteki vücut ısıları ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$; Tablo 4.6) belirlendi.

4.3.2. Bebeklerin Yaşam Bulgularının Zamana Göre Değişiminin Grup İçi Değerlendirilmesi

Doğum eyleminin 1. evresinde annelerine analjezik uygulanan ve uygulanmayan bebeklerin yaşam bulgularının zaman içindeki değişimi, kendi içinde tekrarlı ölçümlerde varyans analizi ile karşılaştırıldı.

Bebeklerin **solunum sayılarının** kendi içindeki değişimi incelendiğinde; her iki grupta tekrarlı ölçümler arasında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,001$, Tablo 4.6). Ölçümlar zamana göre ikili olarak Tukey analizi ile karşılaştırıldığında; vaka grubunda 1.saat ve 24.saatteki (3. ve 4. ölçüm) ölçümler arasında fark olmadığı ($p>0,05$)

diğer ölçümler arasında ise anlamlı fark olduğu ($p< 0,05$) ve solunum sayılarının giderek arttığı, kontrol grubunda ise zamana göre tüm ölçümleri arasında anlamlı fark olduğu ve solunum sayılarının giderek arttığı saptandı ($p<0,05$; Tablo 4.6).

Bebeklerin **nabız sayılarının** kendi içindeki değişimi incelendiğinde; her iki grupta tekrarlı ölçümler arasında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,001$; Tablo 4.6). Ölçümlar zamana göre ikili olarak Tukey analizi ile karşılaştırıldığında; vaka grubundaki bebeklerin doğumdan hemen sonraki nabız sayısı ortalamalarının, hem 30.dk, hem 1.saat, hem de 24.saatteki nabız ortalamalarından anlamlı olarak daha düşük olduğu ($p<0,01$), zamana göre diğer ikili ölçümler arasında ise anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) saptandı. Kontrol grubunda ise nabız sayılarının ilk üç ölçümde (doğumdan hemen sonra, 30.dk ve 1.saatteki) giderek arttığı ve ölçümler arasında çok anlamlı düzeyde fark olduğu ($p<0,01$), doğumdan sonra 1.saat ile 24 saatteki nabız ortalamalarının benzer olduğu ve istatistiksel anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$), (24.saatteki ilk ve ikinci ölçümden anlamlı olarak daha yüksek) belirlendi ($p<0,001$; Tablo 4.6).

Bebeklerin **vücut ısılarının** kendi içindeki değişimi incelendiğinde; vaka grubundaki bebeklerin zamana göre **vücut ısıları** arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$; Tablo 4.6). Kontrol grubunda ise dört ölçümden elde edilen **vücut ısısı** ortalamaları arasında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu görüldü ($p<0,05$). Analjezik uygulanmayan gruptaki farkın, hangi ölçüm zamanları arasında olduğunu belirlemek için yapılan Tukey analizinde vücut ısıları zamana göre ikili olarak karşılaştırıldığında doğumdan hemen sonra ve 30.dk'daki vücut ısısı ortalamalarının 24.saattekinden anlamlı olarak daha düşük olduğu ($p<0,05$), diğer ölçümler arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$; Tablo 4.6).

4.3.3. Gruplara Göre Bebeklerin Sağlık Durumu ile İlgili Değişkenler ve Uygulanan Girişimler Açısından Karşılaştırılması

Bu bölümde bebekler apgar skoru, refleksler, disstres gelişme durumu gibi sağlık göstergelerinin yanı sıra resüsitasyon, aspirasyon, entübasyon, oksijen inhalasyonu gibi yenidoğana uygulanan girişimler açısından karşılaştırılmıştır.

Tablo 4. 7: Gruplara Göre Bebeklerin APGAR Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

APGAR	Vaka Grubu (n: 115) Ort ± SS	Kontrol Grubu (n: 130) Ort ± SS	t*	P
1.dakika	6,94±1,10	7,50±0,73	4,633	0,000
5.dakika	8,66±0,65	8,85±0,42	2,617	0,008

* sd: 243

Vaka ve kontrol grubundaki bebekler **apgar puan** ortalamaları açısından karşılaştırıldığında, vaka grubunda **1. dakikada** 6,94±1,10, **5. dakikada** 8,66±0,65 bulunurken, kontrol grubunda **1. dakikada** 7,50±0,73, **5. dakikada** 8,85±0,42 olduğu belirlendi. Bebeklerin 1.dk ve 5.dk'daki **Apgar** puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, annelerine analjezik (Pethedine HCL) uygulanan bebeklerin hem 1.dk'daki hem de 5.dk'daki Apgar puan ortalamalarının uygulanmayan gruptakilerden çok ileri düzeyde anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı (sırasıyla $p<0,001$; $p<0,01$; Tablo 4.7).

Tablo 4. 8: Gruplara Göre Apgar Puanı 7'nin Altında Olan Bebeklerin Karşılaştırılması

Apgar	Vaka Grubu (n: 115) n (%)	Kontrol Grubu (n: 130) n (%)	χ^2	P
1.dakika	30 (26)	11 (8,4)	13,604 (sd: 1)	0,000
5.dakika	2 (1,7)	0 (0)	2,279 (sd: 1)	0,219**

** Gözlerde 5'ten küçük beklenen sayı olduğu için Fisher tam ki-kare testi yapılmıştır.

Apgar puanı 7'nin altında olan bebeklerin gruplara göre dağılımı incelendiğinde; vaka grubundaki bebeklerin %26'sının, kontrol grubundaki bebeklerin %8,4'ünün 1.dk'daki apgar puanının 7'nin altında olduğu, 5.dk ise vaka grubundaki bebeklerin %1.7'sinin apgar puanının 7'nin altında olduğu, kontrol grubunda apgar puanı 7'nin

altında olan bebek olmadığı görüldü. Vaka grubunda 1.dk'daki apgar puanı 7'nin altında olan bebeklerin oranı ileri düzeyde anlamlı olarak fazla bulunurken ($p<0,001$; Tablo 4.8), 5. dk'da vaka ve kontrol grupları arasında istatiksel düzeyde anlamlı fark olmadığı görüldü ($p>0,05$; Tablo 4.8)

Tablo 4. 9: Gruplara Göre Bebeklere Uygulanan Girişimlerin Karşılaştırılması

Özellikler	Vaka Grubu (n: 115)		Kontrol Grubu (n:130)		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Resüsitasyon						
Var	6	5,2	2	1,5	-	0,152*
Yok	109	94,8	128	98,5		
Oksijen İnhalasyonu						
Var	41	35,7	17	13,1	15,984 (sd: 1)	0,000**
Yok	74	64,3	113	86,9		
FKA 'da Deselerasyon						
Yok	71	61,8	116	89,2	33,595 (sd: 2)	0,000
Erken Deselerasyon	6	5,2	8	6,2		
Geç Deselerasyon	38	33,0	6	4,6		
Deselarasyon Sıklığı						
10 dk.da bir kez	16	36,4	7	50,0	3,472 (sd: 2)	0,176
10 dk.da iki kez	19	43,2	7	50,0		
10 dk.da üç ve üzeri	9	20,4	-	-		
Mekonyum Aspirasyonu						
Var	6	5,2	11	8,5	0,556 (sd: 1)	0,456**
Yok	109	94,8	119	91,5		
Aspirasyon						
Var	69	60,0	30	23,1	33,031 (sd: 1)	0,000**
Yok	46	40,0	100	76,9		
Aspirasyon Türü						
Yok	46	40,0	100	76,9	36,462 (sd: 1)	0,000**
Ağız-Burun A.	49	42,6	18	13,8		
Derin Trakeal A.	20	17,4	12	9,3		

* Gözlerde 5'ten küçük beklenen değer olduğu için Fisher tam ki-kare testi yapılmıştır.
**Gözlerde 25'ten küçük gözlenen değer olduğu için Yates Düzeltmeli Ki-kare testi yapılmıştır.

Bebekler aspirasyon girişimi açısından karşılaştırıldığında; vaka grubunun %60,0'ına, kontrol grubunun %23,1'ine aspirasyon girişimi uygulandığı belirlendi. Bebeklere uygulanan **aspirasyon girişimi** ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında, annelerine analjezik uygulanan bebeklerde aspirasyon girişimi uygulanma durumunun, uygulanmayanlarınkinden anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,001$; Tablo 4.9).

Bebeklere uygulanan aspirasyon türü incelendiğinde; vaka grubunun %9,3'üne derin trakeal aspirasyon, %13,8'ine ağız-burun aspirasyonu uygulandığı, kontrol grubunun ise %17,4'üne derin trakeal aspirasyon, %42,6'ına ağız-burun aspirasyonu uygulandığı belirlendi. Yapılan **aspirasyon türü** ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında, analjezik uygulanan gruptaki bebeklerde derin trakeal aspirasyon girişiminin, analjezik uygulanmayan grupta ise ağız-burun aspirasyon girişiminin ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,001$; Tablo 4.9).

Gruplar oksijen inhalasyonu uygulanması açısından incelendiğinde, vaka grubunun %35,7'sine, kontrol grubunun ise %13,'ine oksijen inhalasyonu uygulandığı görüldü. Annelerine analjezik uygulanan ve uygulanmayan bebeklere **oksijen inhalasyonu** uygulanma oranları ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında, analjezik uygulanan grupta, oksijen inhalasyonu uygulanan bebeklerin oranının, analjezik uygulanmayan gruptakilerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü. ($p<0,001$; Tablo 4.9).

Vaka ve kontrol gruplarının fetal kalp atımında **Deselerasyon gelişme durumları** açısından karşılaştırıldığında, vaka grubundaki bebeklerin %38,2'sinde deselerasyon geliştiği, bunun %5,2'sinin erken deselarasyon, %33,0'nün geç deselarasyon olduğu, kontrol grubundaki bebeklerin %10,8'inde deselerasyon geliştiği, bunun %6,2'sinin erken deselarasyon, %4,6'sının geç deselarasyon olduğu saptandı. **Deselerasyon gelişme durumları** ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu görüldü ($p<0,001$; Tablo 4.9).

Gruplar arasındaki farkın hangi seçeneklerden kaynaklandığını belirlemek için satır ki-karesi en yüksek olan geç deselerasyon grubu analiz dışında tutularak yapılan ileri analizde gruplar arasında fark olmadığı (χ^2: 0,006 **p**: 0,938), sonuç olarak farkın geç deselerasyondan kaynaklandığı belirlendi. Annelerine analjezik uygulanan bebeklerde geç deselerasyon gelişme sıklığının, analjezik uygulanmayanlardan anlamlı

olarak daha yüksek olduğu görüldü (p<0,001; Tablo 4.9). Analjezik uygulanan grupta geç deselarasyon, uygulanmayan grupta ise erken deselarasyon görülme sıklığının fazla olduğu saptandı.

Gruplar **Deselerasyon gelişme durumları** açısından incelendiğinde, vaka grubunda %36,4'ünde on dakika da bir kez, %43,2'sinde on dakika da iki kez ve %20,4'sinde on dakikada üç ve üçten daha fazla, kontrol grubunda %50,0'sinde on dakika da bir kez , %50,0'sinde de on dakika da iki kez deselerasyon geliştiği saptandı. Bebeklerde **Deselerasyon gelişme durumları** ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (p>0,05, Tablo 4.9).

Resüsitasyon girişimi açısından gruplar karşılaştırıldığında; vaka grubunun %5,2'ine, kontrol grubunun %1,5'ine resüsistasyon girişimi uygulandığı belirlendi. **Resüsitasyon girişimi** ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptandı (p>0,05; Tablo 4.9).

Bebeklerde mekonyum aspirasyonu gelişme durumu incelendiğinde, vaka grubunda %5,2, kontrol grubunda ise %8,5 olduğu görüldü. **Mekonyum aspirasyonu** gelişme durumu ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptandı (p>0,05; Tablo 4.9).

Tablo 4. 10: Gruplara Göre Bebeklerin Gelişen Komplikasyonlar Açısından Karşılaştırılması

Özellikler	Vaka Grubu (n: 115)		Kontrol Grubu (n:130)		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Kaput Suksadeneum						
Var	80	69,6	24	18,5	63,157	0,000**
Yok	35	30,4	106	81,5	(sd: 1)	
Sefal Hematom						
Var	3	2,6	-	-	-	0,102*
Yok	112	97,4	130	100,0		
Yoğun bakıma yatış						
Var	8	7,0	3	2,3	2,087	
Yok	107	93,3	127	97,7	(sd: 1)	0,149**

* Gözlerde 5'ten küçük beklenen değer olduğu için Fisher tam ki-kare testi yapılmıştır.
**Gözlerde 25'ten küçük gözlenen değer olduğu için Yates Düzeltmeli Ki-kare testi yapılmıştır.

Bebekler **Kaput suksadeneum** gelişme sıklığı açısından karşılaştırıldığında, vaka grubunda %69,6, kontrol grubunda %18,5 olduğu belirlendi. Analjezik uygulanan gruptaki bebeklerde kaput suksedenum gelişme sıklığının uygulanmayanlarınkinden çok anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,001$; Tablo 4.10).

Bebeklerin **sefal hematom** gelişme durumları incelendiğinde, vaka grubunda %2,6 olduğu kontrol grubunda ise sefal hematom gelişmediği görüldü. Bu fark istatiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$; Tablo 4.10).

Bebeklerin doğum sonu dönemde **yoğun bakıma yatış** durumları karşılaştırıldığında, vaka grubunda %7,8 kontrol grubunda %2,3 olduğu saptandı. Bu fark istatiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$; Tablo 4.10).

Tablo 4. 11: Gruplara Göre Bebeklerin Arama ve Emme Reflekslerinin Görülme Durumunun Karşılaştırılması

Refleksler/Süre	Vaka Grubu (n: 115)		Kontrol Grubu (n:130)		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Arama Refleksi						
15. dk.						
Var	5	4,3	71	54,6	69,728	0,000*
Yok	110	95,7	59	45,4	(sd: 1)	
30. dk.						
Var	35	30,4	107	82,3	65,273	0,000*
Yok	80	69,6	23	17,7	(sd: 1)	
1. Saat						
Var	45	39,1	16	12,3	22,066	0,000*
Yok	70	60,9	114	87,7	(sd: 1)	
2. Saat						
Var	99	86,1	122	93,8	3,326	0,068*
Yok	16	13,9	8	6,2	(sd: 1)	
24. Saat						
Var	111	96,5	125	96,2	-	1,000**
Yok	4	3,5	5	3,8		
Emme Refleksi						
15. dk.						
Var	16	13,9	98	75,4	90,224	0,000*
Yok	99	86,1	32	24,6	(sd: 1)	
30. dk.						
Var	56	48,7	119	91,5	52,802	0,000*
Yok	59	51,3	11	8,5	(sd: 1)	
1. Saat						
Var	106	92,2	128	98,5	4,255	0,039*
Yok	9	7,8	2	1,5	(sd: 1)	
2. Saat						
Var	114	99,1	128	98,5	-	1,000**
Yok	1	0,9	2	1.5		
24. Saat						
Var	115	100	128	98,5	***	
Yok	-	-	2	1,5		

*Gözlerde 25'ten küçük gözlenen sayı olduğu için Yates Düzeltmeli Ki-kare testi yapılmıştır.
** Gözlerde 5'ten küçük beklenen sayı olduğu için Fisher tam ki-kare testi yapılmıştır.
*** Gözlerde beklenen sayı 1'den küçük olduğu için analiz yapılamadı.

Bebeklerin arama, emme refleksleri doğumdan sonraki 15. dakika, 30. dakika, 1. saat 2. saat ve 24. saat olmak üzere 5 kez değerlendirilmiştir. Bebeklerin **arama refleksinin** varlığı gruplara göre karşılaştırıldığında; 15.dk'da vaka grubunundakilerin %4,3'nde, kontrol grubundakilerin %54,6'sında, 30.dk'da vaka grubunundakilerin %30,4'unda, kontrol grubundakilerin %82,3'ünde,

1. saatte vaka grubunundakilerin % 60,9'unda, kontrol grubundakilerin %87,7'sinde, 2. saatte vaka grubunundakilerin % 86,1'inde, kontrol grubundakilerin % 93,8'inde, 24. saatte vaka grubunundakilerin %100'ünde, kontrol grubundakilerin %98,5'inde arama refleksi olduğu saptandı (Tablo 4.11). **Arama refleksinin** görülme durumu ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında, vaka grubundaki bebeklerde doğumdan sonra 15.dk, 30.dk ve 1.saatte çok anlamlı olarak daha düşük bulunurken (Üç zamana göre de $p<0,001$). 2. saatte ve 24. saatte gruplar arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$; Tablo 4.11).

Bebeklerin **emme refleksinin** varlığı gruplara göre karşılaştırıldığında; 15.dk'da vaka grubunundakilerin %13,9'unda, kontrol grubundakilerin %75,4'ünde, 30.dk'da vaka grubunundakilerin %48,7'sinde, kontrol grubundakilerin %91,5'inde, 1. saatte vaka grubunundakilerin %92,2'sinde, kontrol grubundakilerin %98,5'inde, 2. saatte vaka grubunundakilerin % 99,1'inde, kontrol grubundakilerin %98,5'inde, 24. saatte vaka grubunundakilerin %100'ünde, kontrol grubundakilerin %98,5'inde emme refleksinin olduğu saptandı (Tablo 4.11). **Emme refleksinin** görülme durumu ki-kare analizi ile karşılaştırılmıştır. Vaka grubundaki bebeklerde doğumdan sonra 15.dk ve 30.dk'larda emme refleksi olanların oranının kontrol grubundan çok ileri düzeyde anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ($p<0,001$). Birinci saatte, vaka grubunda emme refleksi olan bebeklerin oranı artmasına karşın, iki grup arasındaki farkın hala anlamlı olduğu ($p<0,05$), ikinci saatte ise emme refleksi yönünden anlamlı farkın ortadan kalktığı ($p>0,05$), grupların benzer olduğu saptandı (Tablo 4.11). Doğumdan sonra 24.satte, vaka grubunda bulunan bebeklerin tümünde, kontrol grubundaki bebeklerin ise %98,5'inde emme refleksinin pozitif olduğu görüldü (Tablo 4.11).

Tablo 4. 12: Gruplara Göre Bebeklerin Yakalama ve Moro Reflekslerinin Görülme Durumunun Karşılaştırılması

Refleksler	Vaka Grubu (n: 115)		Kontrol Grubu (n:130)		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Yakalama Refleksi						
15. dk.						
Var	72	62,6	122	93,8	34,253	0,000*
Yok	43	37,4	8	6,2	(sd: 1)	
30. dk.						
Var	110	95,7	127	97,7	-	0,480**
Yok	5	4.3	3	2,3		
1. Saat						
Var	113	98,3	128	98,5	-	1,000**
Yok	2	1,7	2	1,5		
2. Saat						
Var	114	99,1	128	98,5	-	1,000**
Yok	1	0,9	2	1,5		
24. Saat						
Var	115	100,0	128	98,5	***	
Yok	-	-	2	1,5		
Moro Refleksi						
15. dk.						
Var	97	84,3	121	93,1	3,893	0,048*
Yok	18	15,7	9	6,9	(sd: 1)	
30. dk.						
Var	112	97,4	128	98,5	-	0,668**
Yok	3	2,6	2	1,5		
1. Saat						
Var	114	99,1	128	98,5	-	1,000**
Yok	1	0,9	2	1,5		
2. Saat						
Var	114	99,1	128	98,5	-	1,000**
Yok	1	0,9	2	1,5		
24. Saat						
Var	115	100,0	128	98,5	***	
Yok	-	-	2	1,5		

*Gözlerde 25'ten küçük gözlenen sayı olduğu için Yates Düzeltmeli Ki-kare testi yapılmıştır.
** Gözlerde 5'ten küçük beklenen sayı olduğu için Fisher tam ki-kare testi yapılmıştır.
*** Gözlerde beklenen sayı 1'den küçük olduğu için analiz yapılamadı.

Bebeklerin **yakalama refleksinin** varlığı gruplara göre karşılaştırıldığında, 15.dk'da vaka grubununun %62,6'sinde, kontrol grubunun % 93,8'inde, 30.dk'da vaka grubunun %95,7'sinde, kontrol grubunun %97,7'sinde, 1. saatte vaka grubununun %98,3'ünde, kontrol grubunun %97,7'sinde, 2. saatte vaka grubununun %99,1'inde kontrol grubunun % 98,5'inde, 24. saatte vaka grubunun %100'ünde, kontrol grubunun

%98,5'inde yakalama refleksi olduğu görüldü. **Yakalama refleksinin** görülme durumu ki-kare analizi ile karşılaştırıldı (Tablo 4.12). Doğumdan sonra 15.dk'da vaka grubundaki bebeklerde yakalama refleksi olanların oranı kontrol grubundan çok anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p<0,001$). Grupların doğumdan sonra 30.dk, 1.saat, 2. saat ve 24.saatteki yakalama refleksi oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$; Tablo 4.12).

Bebeklerin **moro refleksinin** varlığı gruplara göre karşılaştırıldığında, 15.dk'da vaka grubunun %84,3'ünde, kontrol grubunun %93,1'inde, 30.dk'da vaka grubunun %97,4'ünde, kontrol grubunun %98,5'inde, 1. saatte vaka grubunun %99,1'inin, kontrol grubunun %8,5'inin, 2. saatte vaka grubunun %99,1'inin, kontrol grubunun %98,5'inin, 24. saatte vaka grubunun %100'ünün, kontrol grubunun %98,5'inin **moro refleksi** olduğu görüldü. Bebeklerde **moro reflekslerinin** görülme durumu ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında, vaka grubunda 15.dk'da moro refleksi var olanların oranı kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p<0,05$). Grupların doğumdan sonra 30.dk, 1.saat, 2. saat ve 24. saatteki moro refleksi varlığı açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü ($p>0,05$; Tablo 4.12).

4.4. Doğum Eyleminin 1. Evresinde Annelerine IM Yolla Analjezik Uygulanma Durumu ile Bebeklerin Emme Becerisine İlişkin Değişkenlerin Karşılaştırılması

Bu bölümde, gruplara göre bebeklerin emmeye ilk başlama zamanları, etkin emme becerisi kazanma zamanları, mama gereksinimi, emmeyi etkileyebilecek bebeğe ve anneye ait sağlık sorunları, emmeye yardımcı teknikler kullanılma durumunun karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 4. 13: Gruplara Göre Bebeklerin İlk Emmeye Başlama Zamanı ve Etkin Emme Zamanının Karşılaştırılması

Özellikler	Vaka Grubu (n: 107) Ort ± SS	Kontrol Grubu (n: 127) Ort ± SS	t*	P
İlk Emme Zamanı (dk)	48,93±36,90	37,56±18,06	2,935	0,002
Etkin Emme Zamanı (dk)	84,02±41,48	55,35±29,59	6,050	0,000

* sd: 232

Bu bölümde bebeklerin emme davranışı iki ana başlık altında incelendi**.** Bebeğin ilk defa memeyi tutması ve emme hareketi yapması **ilk emme** olarak kabul edildi. Bebeklerin "Emme Becerisi Değerlendirme formu''nda yer alan 10 parametreyi sağlaması **"etkin emme"** olarak değerlendirildi.

Annelerine analjezik uygulanan gruptaki bebeklerde ilk emme doğumdan sonra ortalama 48,93±36,90 dk'da gerçekleşirken, analjezik uygulanmayan gruptaki bebeklerde ortalama 37,56±18,06 dakikada gerçekleştiği görüldü. **İlk emmenin** doğuma olan uzaklığı bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, annelerine analjezik uygulanmayan bebeklerinin anlamlı olarak daha kısa sürede ilk emmeyi gerçekleştirdikleri saptandı ($p<0,01$; Tablo 4.13).

Analjezik uygulanan grupta **etkin emme** doğumdan sonra ortalama 84,02±41,48 dakikada gerçekleşirken, analjezik uygulanmayan grupta ortalama 55,35±29,59 dakikada gerçekleştiği görüldü. İki grup arasındaki bu fark bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında annelerine analjezik uygulanan bebeklerde, etkin emmenin istatiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ölçüde daha geç gerçekleştiği görüldü ($p<0,001$; Tablo 4.13).

Tablo 4. 14: Gruplara Göre Bebeklerin İlk 24 Saatteki Etkin Emme Durumlarının Karşılaştırılması

Etkin emme zamanı	Vaka Grubu (n: 115)		Kontrol Grubu (n:130)		χ^2	P
	Sayı	%	Sayı	%		
30 dk.						
Var	6	5,2	36	27,7	20,146	0,000**
Yok	109	94,8	94	72,3	(sd: 1)	
1. Saat						
Var	49	42,6	95	73,1	23,379	0,000
Yok	66	57,4	35	26,9	(sd: 1)	
2. Saat						
Var	97	84,3	124	95,4	7,209	0,007**
Yok	18	15,7	6	4,6	(sd: 1)	
24. Saat						
Var	107	93,0	127	97,7	2,087	0,149**
Yok	8	7,0	3	2,3	(sd: 1)	
İlk Emme denemesinde Etkin Emme						
Var	38	33,0	106	81,5	57,242	0,000**
Yok	77	67,0	24	18,5	(sd: 1)	

* Emme olmayan bebekler analize alınmamıştır
**Gözlerde 25'ten küçük gözlenen sayı olduğu için Yates Düzeltmeli Ki-kare testi yapılmıştır.

Doğum eyleminin 1. evresinde annelerine analjezik uygulanan ve uygulanmayan bebeklerde **"etkin emme"** durumu doğumdan sonraki 30. dk, 1. saat, 2. saat ve 24. saatte olma üzere 4 kez değerlendirildi.

Annelerine analjezik uygulanan ve uygulanmayan bebeklerde zamana göre **etkin emme** durumları incelendiğinde, 30. dakikada vaka grubunda %5,2, kontrol grubunda %27,7, 1. saatte vaka grubunda %42,6, kontrol grubunda %73,1, 2. saatte vaka grubunda %84,3, kontrol grubunda %95,4, 24. saatte vaka grubunda %93,0, kontrol grubunda %97,7 olduğu saptandı (Tablo 4.14). **Bebeklerin "etkin emme"** durumları ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında, analjezik uygulanan grupta 30.dk, 1.saat ve 2. saatte analjezik uygulanmayanlara göre çok anlamlı olarak daha düşük bulunurken (30 dk ve 1. saat için $p<0,001$, 2.saat için $p<0,01$). 24. saatte iki grubun etkin emme durumları arasında fark olmadığı gözlendi ($p>0,05$; Tablo 4.14).

Bebeklerde **ilk emme denemesinde etkin emme** durumu incelendiğinde, vaka grubunda %33,0, kontrol grubunda ise %81,5 olduğu saptandı.

İlk emme denemesinde etkin emme durumu ki-kare analizi ile karşılaştırılmış, annelerine analjezik uygulanan bebeklerde doğduktan sonra ilk emme denemesinde etkin emmeyi gerçekleştirenlerin oranının analjezik uygulanmayan gruptakilerden çok anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü (p<0,001; Tablo 4.14).

Tablo 4. 15: Gruplara Göre Bebeklerin Beslenme Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Vaka Grubu (n: 115)		Kontrol Grubu (n:130)		χ^2	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Emmeye Yardımcı Teknikler Kullanılması						
Var	101	87,8	51	39,2	59,142 (sd: 1)	0,000**
Yok	14	12,2	79	60,8		
İlk 24 Saatte Mama Verilmesi						
Var	12	10,4	6	4,6	2,241 (sd: 1)	0,134**
Yok	103	89,6	124	95,4		

* Emme olmayan bebekler analize alınmamıştır.
**Gözlerde 25'ten küçük gözlenen sayı olduğu için Yates Düzeltmeli Ki-kare testi yapılmıştır.

Doğumda annelerine analjezik uygulanan ve uygulanmayan bebekler **emmeye yardımcı teknikler kullanılması açısından** karşılaştırıldığında, vaka grubunun %87,8, kontrol grubunun %39,2'sine emmeye yardımcı teknikler kullanıldığı görüldü. Emmeye yardımcı teknikler kullanılması açısından gruplar ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında; vaka grubundaki bebeklerde doğumdan sonra emmeye yardımcı teknikler kullanılma oranı kontrol grubuna göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p<0,001, Tablo 4.15).

Kullanılan emmeye yardımcı tekniklerin dağılımı incelendiğinde, vaka grubunun % 87,8'ine (%49,5'ine el ile süt sağma, %7,8'ine biberon yada kaşık ile besleme ve %30,5'ine pompa ile süt sağma), kontrol grubunun % 39,2'una (%26,2'sine süt sağma, %2,3'ine biberon yada kaşık ile besleme, %10,7'sine pompa ile süt sağma) emmeye yardımcı uygulamaların yapıldığı belirlendi.

Doğum eylemi sırasında annesine analjezik uygulanan ve uygulanmayan gruptaki bebeklere **ilk 24 saat içinde mama verilme** durumu karşılaştırıldığında, vaka grubunun %10,4'üne kontrol grubunun %4,6'sına mama verildiği saptandı.

Doğum eylemi sırasında annelerine analjezik uygulanan ve uygulanmayan bebeklerin **ilk 24 saat içinde mama verilme** durumu ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$; Tablo 4.15).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırma verileri 5 grup altında incelenmiştir.

5.1. Doğum eyleminin 1. evresinde IM yolla analjezik uygulanma durumu ile annelerin obstetrik öyküsü ve sosyo demografik özelliklerinin karşılaştırılması,

5.2. Doğum eyleminin 1. evresinde analjezik uygulanma durumu ile annelerin bazı değişkenler açısından karşılaştırılması,

5.3. Doğum eyleminin 1. evresinde annelerine IM yolla analjezik uygulanma durumu ile bebeklerin sağlık durumuna ilişkin değişkenlerin karşılaştırması,

5.4. Doğum eyleminin 1. evresinde annelerine IM yolla analjezik uygulanma durumu ile bebeklerin emme becerisine ilişkin değişkenlerin karşılaştırılması,

5.1. Doğum Eyleminin 1. Evresinde IM Yolla Analjezik Uygulanma Durumu ile Annelerin Obstetrik Öyküsü ve Sosyo Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.1 ve 4.2'te doğum eyleminin 1. evresinde IM yolla analjezik uygulanan ve uygulanmayan annelerin, bebeğin sağlık durumunu ve emme becerisini etkileyebilecek obstetrik öykü ve sosyodemografik özelliklere ilişkin değişkenler açısından karşılaştırılması yer almaktadır. Yapılan istatiksel analizde vaka ve kontrol grubundaki annelerin; yaş, vücut ağırlığı, boy uzunluğu, eğitim düzeyi, sigara kullanımı, gebelik sayısı, gebelik türü, küretaj sayısı, düşük yapma sayısı ve antenatal izlem sayısı açısından aralarında istatiksel bir fark olmadığı görüldü. (Tablo 4.1, 4.2; $p>0,05$).

Tablo 4.5'da bebeklerin vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi gibi sağlık durumunu ve emme becerisini etkileyebilecek değişkenler açısından karşılaştırması yer almaktadır. Yapılan değerlendirmede yukarıdaki değişkenler açısından vaka ve kontrol grubundaki bebeklerin aralarında istatistiksel bir fark olmadığı belirlendi. (Tablo 4.5; $p<0,05$).

Vaka ve kontrol grubundaki bebeklerin, sağlık durumun ve emme becerisini etkileyebilecek anne ve bebeğe ilişkin değişkenler açısından benzer olduğu görüldü.

5.2. Doğum Eyleminin 1. Evresinde Analjezik Uygulanma Durumu ile Annelerin Bazı Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Obstetride intramüsküler yolla opioidlerin kullanımı, daha ekonomik olması, uygulanmasının kolay olması, epidural analjezi istemeyen gebelere alternatif olması nedeniyle tercih edilmektedir. Araştırmanın yapıldığı ünitede analjezi amacıyla kullanılan Pethedine HCL opioid grubu bir analjeziktir ve ünitede %31,1 gibi yüksek bir oranda uygulandığı belirlenmiştir. Pethedine HCL'nin ünitede yüksek oranda kullanılması, yukarıda sözü edilen avantajları nedeniyle tercih edildiğini düşündürdü.

Yapılan bazı araştırmalarda, analjeziklerin anne ve yenidoğan sağlığı üzerine olumsuz etkileri olduğu gösterilmiştir. (Matheson ve ark. 1999; Fairlie ve ark. 1999; Belsey ve ark. 1981; Fieni ve ark .2000). Ancak bazı araştırmalarda da analjeziklerin obstetrik analjezi de güvenli olduğu ve anne bebek sağlığı üzerine herhangi bir olumsuz etkisinin olmadığı belirtilmektedir (Giannina ve ark. 1995; Lieberman ve ark. 1979). Analjezik olarak sistemik opioidlerin, sahip oldukları yan etkilerin yanı sıra optimal analjezi sağlamadaki yeterlilikleri tartışmalıdır (Özkan ve ark. (1999). Camann ve ark (2007) çalışmalarında ebelerin, anestezistler ve obstetrisyenlerin opioidlerin yüksek dozda kullanılmasının olumsuz neonatal sonuçlar doğurabileceğini düşündüklerini göstermektedir.

Analjezik (Pethedine HCL) uygulanan ve uygulanmayan gebelerde doğum eylemi süresince bulantı kusma görülme durumu incelendiğinde, vaka grubunun hem bulantı (%60,9/%22,3) hem de kusma (%47,8/%11,5) görülme sıklığının çok ileri düzeyde anlamlı ölçüde yüksek olduğu belirlendi ($p<0,001$; Tablo 4.3).

Doğum ağrısı için kullanılan IM opioidlerin en çok bilinen maternal yan etkilerinden biri bulantı ve kusmadır. Bu yan etkiler gebelerin yaklaşık %25'inde görülmektedir (Tuckey ve ark. (2007). Khooshideh ve ark. (2009) ile Fieni ve ark. (2000) Tramadol ve Pethedine'nin maternal etkisini karşılaştırdıkları çalışmalarında, en çok görülen gastroentestinal sisteme ilişkin yan etkinin bulantı ve kusma olduğunu, bu yan etkinin analjezik uygulanan grupta daha fazla görüldüğünü bildirmektedir. Thurlow ve ark. (2002) hasta kontrollü Remifentanil ve IM Meperidin (Pethedine HCL) uygulamasının maternal yan etkilerini karşılaştırdıkları çalışmalarında, Meperidine alan grupta daha fazla bulantı ve kusma görüldüğünü belirtmektedirler.

Araştırmada, analjezik uygulanan annelerde **bulantı ve kusmanın** analjezik uygulanmayan gruba göre istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ölçüde yüksek olması, analjeziklerin bulantı kusma gibi gastroentestinal sistem yan etkilerinin fazla olduğunu göstermekte ve araştırmacıların sonuçlarını desteklemektedir.

Doğum komplikasyonu açısından gruplar karşılaştırıldığında, kontrol grubunda herhangi bir komplikasyon görülmezken, vaka grubunun %5,2'sinde uterus **atonisi** geliştiği saptandı. Bu fark istatiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$; Tablo 4.3). Literatürde, doğum eylemine fazla müdahale ve derin anestezi sonucunda, kas liflerinde gevşemeye bağlı uterus atonisi görülebildiği belirtilmektedir (Taşkın 2003). Vaka grubundaki annelerde uterus atonisi görülmesinin, analjeziklerin sedatif etkisi sonucu kas liflerinde meydana getirdiği gevşemeyle ilişkili olabileceği düşünüldü.

Epizyotomi girişimi açısından gruplar karşılaştırıldığında, vaka grubunun %73,0'ünde, kontrol grubunun %59,2'sinde, doğum eylemine yardım amacıyla epizyotomi girişimi uygulandığı saptandı (Tablo 4.3). Analjezik uygulanan grupta epizyotomi girişimi uygulanmayanlara göre istatiksel düzeyde anlamlı ölçüde yüksek bulundu. ($p<0,05$; Tablo 4.3). Bu sonuçların, analjeziklerin sedatif etkileri nedeniyle, doğum eyleminde gebenin kontrolü ve katkısının azalmasına bağlı olarak, doğum eylemine müdahale gereksiniminin artması ile ilişkili olabileceği düşünüldü. Analjezik uygulanan grupta epizyotomi girişiminin yüksek oranda görülmesi, doğum eylemi sırasında ağrıyı azaltmak için uygulanan analjeziklerin, doğum sonu dönemde ağrıyı ve rahatsızlığı arttırıcı bir etken olarak karşımıza çıktığını düşündürdü.

Analjezik uygulamasının doğuma uzaklığı ve servikal dilatasyon gruplara göre karşılaştırıldığında; vaka grubundaki annelere analjezik uygulamasından ortalama 168,35±126,27 dakika sonra (min: 15dk, max: 750dk) doğumun gerçekleştiği, analjezik uygulaması sırasında annelerin servikal dilatasyonun ortalamasının 4,68±1,26 cm (min: 1cm, max: 8cm)olduğu görüldü.

Pethedine HCL maksimum analjezik etkiye IM uygulamadan yaklaşık 40-50 dakika sonra ulaşmakta, 90 saniyede fetal sirkülasyona geçmekte, 2-3 saatten sonra en yüksek kan düzeyine ulaşmaktadır (Comart 2006). Bu çalışmada Pethedine HCL uygulandıktan ortalama 168 dk sonra (yaklaşık 2-3 saat) doğumun gerçekleşmesi, Pethedine HCL'nin bebeklerde en yüksek kan değerine ulaşabildiğini göstermekte ve yenidoğanın yüksek düzeyde etkilenme potansiyelinin olduğunu düşündürmektedir.

Nissen ve ark. (1997) 13 gebe ile yürüttükleri ve Pethedine HCL uygulamasının doğuma uzaklığı ile yenidoğan üzerine etkisi arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında; Pethedine HCL uygulamasının doğuma olan uzaklığını kısa süre (1-5 saat) ve uzun (8-9 saat) süre olmak üzere iki grupta incelemiştir. Pethedine HCL uygulandıktan kısa süre (1-5 saat) sonra doğum yapan gebelerin yenidoğanlarında, ağız, dudak hareketlerinin ve emme becerisinin baskılandığını ve bebeklerin olumsuz etkilendiğini belirtmişlerdir. Çalışmamızda, Pethedine HCL uygulamasının doğuma ortalama uzaklığının yaklaşık 168 dk olması, doğumun Pethedine HCL uygulamasından kısa süre sonra gerçekleştiğini göstermektedir (yaklaşık 2-3 saat). Bu nedenle araştırmanın yapıldığı grupta annelerine analjezik uygulanan bebeklerin analjeziden yüksek düzeyde etkilendiği söylenebilir. Çalışmamızın sonuçları Nissen ve ark. (1997) çalışmalarını desteklemektedir. Analjeziklerin bebek sağlığına olumsuz etkilerinin minimum düzeye indirilmesi için, analjezik uygulanmasının doğuma olan uzaklığının kısa olmamasına özen gösterilmesi önerilebilir.

Annelere, analjezik uygulandığı zamandaki **servikal dilatasyon** incelendiğinde; dilatasyonun (min:1cm, max: 8cm), ortalama 4,68±1,26 cm olduğu saptandı. Khooshideh ve ark. (2009) 80 gebe IM yolla 50 mg Pethedine HCL , 80 gebeye de IM yolla Tramadol uyguladıkları çalışmalarında, Pethedine HCL uygulamasını servikal açıklık 8 cm olmadan önce uygulamışlardır. Pethedine HCL uygulamasını, doğumun kısa sürede (2-3 saatten önce) gerçekleşmeyeceği vajinal açıklıkta uygulamayı tercih ettiklerini, böylece Pethedine HCL' nin yenidoğan üzerine olumsuz etkilerinin en az düzeye indirgemeyi amaçladıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızda analjezik uygulanan annelerde servikal açıklığın ortalama 4,68±1,26 cm olduğu ve doğumun erken dönemde (2-3 saat içinde) gerçekleştiği görülmektedir. Bu nedenle yenidoğanların analjezik uygulamasından etkilenme potansiyelinin yüksek olduğu söylenebilir.

5.3. Doğum Eyleminin 1. Evresinde Annelerine IM Yolla Analjezik Uygulanma Durumu ile Bebeklerin Sağlık Durumuna İlişkin Değişkenlerin Karşılaştırılması

Annelerine analjezik uygulanan ve uygulanmayan bebekler **Deselerasyon gelişme** durumları açısından karşılaştırıldığında; bebekler **erken deselerasyon** gelişme sıklığı açısından benzer bulunurken, **geç deselerasyon** gelişme sıklığının vaka grubunda istatiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğu görüldü ($p<0,001$; Tablo 4.9).

Erken deselarasyon fizyolojik olup fetüs başı perineye dayandığında ortaya çıkmakta, geç deselerasyon ise, plasental yetmezlik sonucu meydana gelmekte, fetal distress bulgusu olarak değerlendirilmektedir ve patalojiktir (Taşkın 2003; Cunningham ve ark. 2010). Araştırmamızda analjezik uygulanan gruptaki bebeklerde geç deselerasyonun fazla görülmesinin, analjeziklerin fetal distress gelişmesine neden olabileceğini düşündürdü.

Sekhavat ve ark. (2009) bir grup anneye IM yolla Meperidine (Pethedine HCL), diğer gruba plasebo uyguladıkları çalışmalarında, annelerine Meperidine uygulanan bebeklerde, geç deselerasyon görülme sıklığının çok ileri düzeyde yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

James ve ark. (2003), 200 gebeye epidural Bupivakain, 156 gebeye ise IV Meperidine uyguladıkları çalışmalarında, Meperidine alan annelerin bebeklerinin NST trasesinde akselerasyonların azaldığını, variabilite kaybı ve anormal FKA dizini olduğunu belirtmişlerdir.

Solt ve ark. (2002) annelerine IV yolla Meperidine ve Promethazine uygulanan bebeklerin NST trase değerlendirmesini karşılaştırdıkları çalışmalarında, her iki analjezik uygulamasının fetal kalp atımı üzerinde olumsuz etkisi olduğunu saptamışlardır.

Hill ve ark. (2003), 200 Primipar gebeler ile yürüttükleri çalışmalarında, bir grup gebeye Bupivakain ile epidural analjezi uygularken, diğer gruba IM yolla 50 mg Meperidine ve 25 mg Promethazine uygulamışlardır. Meperidine alan gruptaki bebeklerin %41'inde FKA'da deselarasyonlar geliştiğini belirtmişlerdir.

Kariniemi ve ark. (1981) çalışmalarında, annelere IM yolla 50 yada 75 mg Pethedine uyguladıkları çalışmalarında uygulama öncesi ve sonrası fetal kalp atımını değerlendirmiş ve uygulamadan 40 dakika sonra fetal kalp atımında düşüşler ve variabilite kaybı olduğunu belirtmişlerdir.

Buna karşın Giannina ve ark (1995) çalışmalarında gebelere, IV yolla 50 mg Meperidine veya 10 mg Nalbuphine uygulanan iki grupta fetal kalp atımını kıyaslamışlar ve Meperidine alan grupta, Fetal kalp atımında herhangi bir değişiklik olmadığını belirtmişlerdir.

Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar Kariniemi ve ark. (1981), Hill ve ark. (2003), Solt ve ark. (2002), James ve ark. (2003), Sekhavat ve ark. (2009) çalışmalarının sonuçlarını desteklemekte, Giannina ve ark (1995) sonuçları ile farklılık göstermektedir.

Deselerasyon gelişme durumları gruplara göre karşılaştırıldığında; vaka grubunda %36,4'ünde **on dakika da bir kez**, %43,2'sinde **on dakika da iki kez** ve %20,4'sinde **on dakikada üç ve üçten daha fazla**, kontrol grubun %50,0'sinde **on dakika da bir kez** , %50,0'sinde de **on dakika da iki kez** deselerasyon geliştiği saptandı. Bebeklerde **Deselerasyon gelişme** durumları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$, Tablo 4.9). Literatürde deselerasyonların ne kadar sıklıkta geliştiğini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.

Doğum eyleminin 1. evresinde annelerine analjezik uygulanan ve uygulanmayan bebeklerin 1.dk ve 5.dk'daki **Apgar puan** ortalamaları karşılaştırıldığında, analjezik uygulanan bebeklerin 1.dk'daki **Apgar puan** ortalamasının (Vaka: 6,94±1,10, Kontrol: 7,50±0,73) çok ileri düzeyde, 5.dk'daki **Apgar puan** ortalamasının (Vaka: 8,66±0,65, Kontrol: 8,85±0,42) ise ileri düzeyde anlamlı olarak kontrol grubundan daha düşük olduğu saptandı (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,01$; Tablo 4.7).

Sekhavat ve ark. (2009) 75 gebeye IM yolla 50 mg Meperidine (Pethedine HCL), 75 gebeye de IM yolla plasebo olarak izotonik uyguladıkları çalışmalarında, bebeklerin Apgar skorlarınının değerlendirmesini iki grupta karşılaştırmış ve aralarında fark olmadığını belirtmiştir. Araştırmacıların bu çalışmada Apgar değerlendirmesini 10. dakikada yaptıkları görülmektedir. Bu araştırmadan elde edilen sonuçların bizim araştımamızdan elde edilen sonuçlardan farklı olması, bizim çalışmamızda değerlendirmenin 1. ve 5. dk da, Sekhavat ve ark.'ın çalışmasında ise 10. dakikada yapılması ile ilişkili olabilir.

Tsui ve ark. (2004) annelerine IM yolla Pethedine HCL ve plasebo olarak izotonik uyguladıkları çalışmalarında; bebeklerin 1. ve 5. dakika apgar skorlarında herhangi bir farklılık olmadığını belirtmişlerdir.

Tsui ve ark. (2004) analjezik uygulamasını, servikal açıklık 1-2 cm iken uygulamış ve analjezik uygulamasından ortalama 319±210 dakika sonra doğum gerçekleşmiştir. Çalışmamızda ise Pethedine HCL'nin annelere, servikal açıklık ortalama 4,68±1,26 cm iken uygulandığı, analjezik uygulamasından ortalama 168,35±126,27 dakika sonra doğumun gerçekleştiği görülmektedir. Çalışmamızın sonuçlarının Tsui ve ark. (2004) çalışma sonuçlarından farklı olması, çalışmamızda analjezik uygulanmasının doğuma uzaklığının daha az ve servikal dilatasyonun daha fazla olmasıyla ilişkili olabilir. Pethedine HCL grubu ilaçların etki süresi yaklaşık 3-4 saattir ve anneye 50-100 mg Pethedine HCL uygulanmasından sonra, doğumun ilk 1 saat içinde yada 4. saatten sonra gerçekleşmesi durumunda, yan etkiler en az seviyede görülmektedir (Comart 2006). Pethedine HCL, anneye uygulandıktan 2-3 saat sonra fetüste en yüksek kan düzeylerine ulaşmaktadır (Jain ve ark. 2003). Bu nedenle, çalışmamızda vaka grubu bebeklerin analjezik uygulamasından maksimum düzeyde etkilendiği, Tsui ve arkadaşlarının çalışmasındaki bebeklerin ise analjeziklerin çok erken dönemde yapılması ve doğumun geç dönemde gerçekleşmesi (Ort: 4 saatten sonra) nedeniyle daha az etkilendiği, ilacın etki süresinin geçmesi nedeniyle yenidoğanın apgar skorunun etkilenmediği söylenebilir.

Khooshideh ve ark. (2009) yaptıkları çalışmalarında 80 gebeye IM yolla 50 mg Pethedine HCL, 80 gebeye de IM yolla Tramadol uygulamış, her iki grupta Apgar skorunun hem 1. hemde 5. dakikada 7' nin üzerinde bulmuşlar, bebeklerde respiratuar depresyon gelişmediğini belirtmişlerdir. Khooshideh ve ark. (2009) çalışmalarında analjezik uygulamasını servikal açıklığı 5 cm'in altında olan gebelere uygulamış, analjezik uygulanan gebelerin ortalama servikal açıklığını 3,6±0,8 cm bulmuşlardır. Bu durum analjezik uygulandıktan kısa süre sonra doğum gerçekleşmemesine dikkat edildiğini, böylelikle yenidoğanın daha az etkilenmesinin sağlandığını göstermektedir. Çalışmamızda gebelerin %87,9'unda analjezik uygulamasının aktif faz ve geçiş fazında bir başka deyişle servikal dilatasyonun 4-5 cm ve üzerinde olduğu dönemde uygulanmıştır. Servikal açıklık ortalaması ise 4,68±1,26 cm dir.

Bu nedenle vaka grubundaki bebeklerin Khooshideh ve ark. (2009) çalışmasından farklı olarak analjezik uygulamasından daha fazla etkilenmiş olabileceği söylenebilir.

Fairlie ve ark (1999) annelere IM yolla uygulanan Diamorfin ve Pethedine HCL'nin bebeklerin Apgar skoruna etkisini karşılaştırdıkları çalışmalarında, Pethedine HCL uygulanan gruptaki bebeklerin 1.dk Apgar puanlarını anlamlı ölçüde düşük bulurken, 5. dk'daki değerlendirmede aralarında istatiksel bir fark olmadığını belirtmişlerdir. Fairlie ve ark. (1999) çalışmasında Pethedine HCL servikal dilatasyon en az 3 cm olduğunda uygulanmıştır. Pethedine HCL uygulanan bebeklerin % 26'sının 1. dakika Apgar skoru 7'nin altında bulunurken, 5. dakika %4'nün 7'nin altında olduğu belirtilmiştir. Benzer şekilde Lieberman ve ark. (1979) çalışmalarında IM yolla Pethedine HCL alan grubun 1. dk Apgar skorlarının ortalama 7'den daha az, 5. dk Apgar skorunun ise Pethedine HCL alan ve almayan grupta benzer olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda, vaka grubundaki bebeklerin %26'sının, kontrol grubundaki bebeklerin %8,4'nün 1dk. Apgar skorunun 7'nin altında olduğu ve bu farkın istatiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. 5. dk ise iki grup arasındaki farkın ortadan kalktığı görüldü. Araştırmamızda bebeklerin apgar skoru analjezik alan grupta **1. dakikada** 6,94±1,10, **5. dakikada** 8,66±0,65 bulunurken, analjezik almayan gruptaki bebeklerde **1. dakikada** 7,50±0,73, **5. dakikada** 8,85±0,42 olduğu belirlendi. Bu fark 1. dk da çok ileri düzeyde anlamlı iken, 5. dk da ileri düzeyde anlamlı idi (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,01$; Tablo 4.7). Ayrıca 1. dk'da analjezik uygulanan annelerin bebeklerinde apgar skoru 7'nin altında olan bebeklerin fazla olması, 5. dk'da ise bu farkın ortadan kalkması, Fairlie ve ark (1999), Lieberman ve ark. (1979) çalışmasında bulduğu sonuçlara benzer şekilde bebeklerin analjezik uygulamasından ilk dakikalarda daha fazla etkilendiği, sonraki dakikalarda giderek etkilenmenin azaldığını kanısını güçlendirmektedir.

Vaka ve kontrol grubu aspirasyon girişimi açısından incelendiğinde, annelerine analjezik uygulanan bebeklerde aspirasyon uygulanma oranı (%60,0) uygulanmayanlardan (%23,1) anlamlı olarak yüksek bulundu. Analjezik uygulanan gruptaki bebeklerde derin trakeal aspirasyon girişiminin daha yüksek olduğu saptandı ($p<,001$; Tablo 4.9).

Gruplar oksijen inhalasyonu uygulanması açısından incelendiğinde, annelerine analjezik uygulanan bebeklerin O_2 inhalasyonu uygulanma oranı (%35,7) uygulanmayan gruba göre (%13,1) istatiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı bulundu ($p<001$; Tablo 4.9). Annelere analjezik uygulamasının bebek sağlığına etkisi ile ilgili çalışmalar incelendiğinde, O_2 inhalasyonu uygulama gereksinimini değerlendiren herhangi bir çalışmaya rastlanmadı. Ancak yapılan bazı çalışmalarda, doğum eyleminde anneye analjezik uygulanmasının, respiratuar sistem üzerine deprese edici etkisi olduğu ortaya konulmuştur (Fienni ve ak. 2000; Jain ve ark. 2003; Belsey ve ark. 1981). Çalışmamızda da annelerine analjezik uygulanan bebeklerin resüsitasyon uygulanma oranlarının istatiksel olarak anlamlı düzeyde olmasada daha fazla olması ve bu bebeklerin oksijen inhalasyonu ve aspirasyon gereksinimlerinin fazla olması, hafif düzeyde de olsa bu bebeklerin solunumlarının deprese olduğunu ve oksijen inhalasyonu ile toparlandıklarını düşündürdü.

Fienni ve ark. (2000) 20 gebeye IM yolla 75 mg Meperidine (Pethedine HCL) ve 20 gebeyede IM yolla 100 mg Tramadol uyguladıkları ve yenidoğanların solunum depresyonu, umblikal kord kanındaki pH değerinin yanı sıra Apgar skoru ile değerlendirdikleri çalışmalarında, Meperidine uygulanan gruptaki bebeklerde solunum depresyonu geliştiğini belirtmişlerdir.

Jaina ve ark. (2003) annelerine epidural analjezi (n=43), IM yolla Tramadol (n=44), IM yolla Meperidine (n=39) uygulanan 3 grup bebeği karşılaştırdıkları çalışmalarında; Meperidine ve Tramadol alan gruptaki yenidoğanlarda respiratuar depresyon geliştiğini saptamışlar, bu bebeklere antidot olarak naloksan ve serbest oksijen inhalasyonu uygulamışlardır.

Belsey ve ark. (1981), doğum eylemi sırasında Pethedine HCL uygulanan annelerin bebeklerini doğum ve doğumdan sonraki 6 hafta boyunca "Brazelton Yenidoğan Davranış Ölçeği" ile değerlendirdikleri çalışmalarında; kord kanında yüksek düzeyde Pethedine HCL bulunan yenidoğanların respiratuar depresyona yatkın ve hipotonik olduklarını, doğumdan hemen sonra tepkisiz olduklarını saptamışlardır. Ayrıca yenidoğanların dikkatlerinin azalmış, sosyal uyumlarının zayıf ve kendilerini sakinleştirme yetilerinin daha az olduğunu belirtmişlerdir.

Belfrage ve ark. (1981) doğumdan önce farklı zamanlarda IM yolla uygulanan 100 mg Pethedine HCL ile neonatal depresyon arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında; Doğumdan 2-3 saat önce Pethedine HCL uygulanan gruptaki bebeklerde neonatal depresyon bulgularını maximum düzeyde olduğunu belirtmişlerdir ve neonatal depresyonun kord kanında, metabolize edilmemiş Pethedine HCL seviyesinden kaynaklandığını savunmuşlardır.

Maduska ve ark. (1978) çalışmalarında, IM yolla 40-80 mg Meperidine ile 1-2 mg Butorphanol uygulanmasını yenidoğana etkileri açısından karşılaştırmışlar ve Meperidin alan gruptaki bebeklerde neonatal depresyon geliştiği ve naloxone ile müdahale edildiğini belirtilmişlerdir.

Çalışmadan elde edilen bulgular, Fienni ve ak. (2000), Jaina ve ark. (2003), Belsey ve ark. (1981), Maduska ve ark. (1978), Belfrage ve ark. (1981) çalışmalarıyla benzerlik göstermekte ve doğumun 1. evresinde annelere IM yolla uygulanan Pethedine HCL'nin bebeğin solunumunu olumsuz etkilediği ve neonatal depresyona eğilimi arttırdığına ilişkin bulguları desteklemektedir

Bebekler **resüsitasyon girişimi** açısından karşılaştırıldığında; vaka grubunun %5,2'ine, kontrol grubunun %1,5'ine, resüsistasyon girişimi uygulandığı belirlendi. Annelerine analjezik uygulanan gruptaki bebeklerde resüsitasyon girişimi oranı analjezik uygulanmayan gruptan fazla olsa da bu farkın istatiksel düzeyde anlamlı olmadığı görüldü (Tablo 4.9). Analjezik uygulamasının resüstasyon girişimi ile ilişkisini inceleyen çalışmaya rastlanmadı.

Gruplarda **mekonyum aspirasyon** gelişme durumu incelendiğinde, vaka grubundaki bebeklerin %5,2'sinde, kontrol grubundaki bebeklerin ise %8,5'sinde mekonyum aspirasyonu geliştiği görüldü. Analjezik uygulanan grupta mekonyum aspirasyonun daha fazla görüldüğü fakat gruplar arasında istatiksel fark olmadığı saptandı ($p>0,05$; Tablo 4.9). Mekonyum aspirasyonunu açısından analjezik uygulamasını karşılaştıran çalışmaya rastlanmadı.

Bebeklerin **doğum sonu yoğun bakıma yatış** oranları karşılaştırıldığında, vaka grubunda %7,8, kontrol grubunda ise %2,3 olduğu saptandı. Bu fark istatiksel olarak anlamlı değildi($P>0,05$; Tablo 4.10).

Analjezik uygulanan ve uygulanmayan gruplardaki bebeklerin hayati bulguları değerlendirildiğinde; **solunum** sayılarının analjezik uygulanan grupta doğumdan hemen sonra ve 24. saatte analjezik uygulanmayanlarınkinden anlamlı olarak daha düşük olduğu ($p<0,05$; Tablo 4.6) 30.dakikada ve 1.saatte ise arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) saptandı.

Grupların kendi içinde, doğum sonrası ilk 24 saatte yapılan dört ölçümden elde edilen **solunum** değerlerinin zamana göre değişimi incelendiğinde; analjezik uygulanan gruptaki bebeklerin doğumdan hemen sonra, 30. Dakikada solunum sayıları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) ve solunum sayılarının giderek arttığı, yalnız 1.saat ve 24.saatte solunum sayıları arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$), analjezik uygulanmayan gruptaki bebeklerin ise zamana göre tüm ölçümleri arasında anlamlı fark olduğu ve solunum sayılarının giderek arttığı ($p<0,05$; Tablo 4.6) saptandı. Bu sonuçlar analjezik uygulaması nedeniyle bebeklerin solunumlarının geç stabilize olduğunu düşündürdü.

Yapılan değerlendirmede analjezik uygulanan gruptaki bebeklerin 1.saatte ve 24. saatteki, **nabız** sayılarının uygulanmayanlarınkinden anlamlı olarak daha düşük olduğu($p<0,01$) doğumdan hemen sonraki ve 30.dk'daki ölçümler arasında ise fark olmadığı görüldü ($p>0,05$; Tablo 4.6)

Grupların kendi içinde, doğum sonrası ilk 24 saatte yapılan dört ölçümden elde edilen **nabız** değerlerinin zamana göre değişimi incelendiğinde; analjezik uygulanan gruptaki bebeklerin doğumdan hemen sonraki nabız sayısı ortalamalarının hem 30.dk, hem 1.saat, hem de 24.saatteki nabız ortalamalarından anlamlı olarak daha düşük olduğu ($p<0,01$), zamana göre diğer ikili ölçümler arasında ise anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) saptandı. Analjezik uygulanmayan gruptaki bebeklerin nabız sayılarının doğumdan hemen sonra, 30.dk ve 1.saatte giderek yükseldiği ve ölçümler arasında çok anlamlı düzeyde fark olduğu ($p<0,01$), doğumdan sonra 1.saat ile 24 saatteki nabız ortalamalarının benzer olup arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$; Tablo 4.6) belirlendi.

Yapılan değerlendirmede vaka ve kontrol grubunda; bebeklerin doğumdan hemen sonraki, ilk 30. dakikada ve doğumdan sonra ilk 1. saat **vücut ısılarının** ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) belirlendi.

Doğumdan sonraki 24. saatte ise analjezik uygulanan gruptaki bebeklerin vücut ısılarının uygulanmayanlarınkinden anlamlı olarak daha düşük olduğu ($p<0,05$; Tablo 4.6) saptandı.

Grupların kendi içinde, doğum sonrası ilk 24 saatte yapılan dört ölçümden elde edilen **vücut ısılarının** değerlerinin zamana göre değişimi incelendiğinde; annelerine analjezik uygulanan gruptaki bebeklerin zamana göre vücut ısıları arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$; Tablo 4.6). Analjezik uygulanmayan gruptaki bebeklerin ise doğum sonrası ilk 24 saatte yapılan dört ölçümden elde edilen vücut ısısı ortalamaları arasında istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), analjezik uygulanmayan grupta; doğumdan hemen sonra ve 30.dk'da vücut ısısı ortalamalarının 24.saattekinden anlamlı olarak daha düşük olduğu ($p<0,05$), zamana göre diğer ölçümler arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$; Tablo 4.6) saptandı.

Arvidson ve ark. (2001) çalışmalarında, bizim sonuçlarımızdan farklı olarak annelerine analjezik uygulanan bebeklerin vücut ısılarını analjezik uygulanmayanlardan daha yüksek bulmuşlardır. Arvidson ve ark. (2001) çalışmalarında bebeğin vücut ısısını skapulalar arasına yapıştırılan özel bir sensör ile 15 dk. aralıklarla doğumdan 2 saat süre ile izlemişlerdir. Çalışmamızda, Arvidson ve ark. (2001)'dan farklı olarak bebeklerin vücut ısısı civalı cam termometre ile aksiller olarak ölçülmüştür. Çalışma sonuçlarının farklılığının ölçüm yönteminden kaynaklanabileceği düşünüldü.

Bebeklerin **kaput suksadeneum** gelişme sıklığı karşılaştırıldığında, analjezik uygulanan gruptaki bebeklerde kaput suksedenum gelişme sıklığının yüksek olduğu saptandı($p<0,001$; Tablo 4.10). Bebeklerde, kaput suksadeneum sıklıkla, uzun doğum eyleminde sürekli basınca maruz kalmaya bağlı olarak gelişebilmektedir (Taşkın 2003). Analjezik uygulanan gruptaki bebeklerde kaput suksadeneumun fazla görülmesi, analjeziklerin sedatif etkileri nedeniyle gebelerin doğuma olan katkılarının azalması ve doğum eyleminin uzaması sonucu bebeklerin uzun süreli basınca maruz kalmaları ile ilişkili olabileceği düşünüldü.

Doğumda annelerine analjezik uygulanan ve uygulanmayan bebeklerde **emme refleksinin** görülme durumu karşılaştırıldığında, doğumda annelerine analjezik uygulanan bebeklerde doğumdan sonra 15.dk ve 30.dk'lardaki emme refleksi olanların oranının analjezik uygulanmayanlardan çok ileri düzeyde anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ($p<0,001$; Tablo 4.11).

Birinci saatte, analjezik uygulanan grupta bebeklerde de emme refleksi olan bebeklerin oranı artmasına karşın, iki grup arasındaki farkın hala anlamlı olduğu ($p<0,05$), ikinci saatte ve doğumdan sonraki 24.saatte ise emme refleksi yönünden gruplar arasındaki anlamlı farkın ortadan kalktığı görüldü ($p>0,05$; Tablo 4.11).

Yapılan bazı çalışmalarda intrapartum periyotta doğum ağrısını azaltmak için gebelere intramüsküler ve intravenöz yolla analjezik uygulanmasının neonatal aktiviteyi azalttığı, emme refleksinin baskılandığı, bebeklerin düşük nöro-davranışsal skorlarının olmasına neden olduğu ve efektif beslenmeyi geciktirdiği saptanmıştır (Tuckey ve ark. 2007; Hodgkinson ve ark. 1979).

Doğumda annelerine analjezik uygulanan ve uygulanmayan bebekler **arama refleksinin** varlığı açısından karşılaştırıldığında; annelerine analjezik uygulanan gruptaki bebeklerde doğumdan sonra 15.dk, 30.dk ve 1.saatte arama refleksi olanların oranı analjezik uygulanmayan gruptakilerden çok anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p<0,001$). 2. Saatte ve 24. saatte ise gruplar arasında arama refleksinin varlığı açısından fark olmadığı görüldü ($p>0,05$; Tablo 4.11).

Çalışmadan elde edilen sonuçlar; annelerine analjezik uygulanan bebeklerde arama refleksinin doğumdan sonraki ilk dakikalarda daha fazla olmak üzere 1. saatte kadar olumsuz etkilendiğini göstermekte, bu durumun bebeklerin emme becerisini olumsuz etkileyebileceğini düşündürmektedir. Tuckey ve ark. (2007) IM yolla uygulanan sistemik analjeziklerin, yenidoğan üzerine etkilerini araştıran çalışmaları inceledikleri metaanaliz çalışmasında, annelerine analjezik uygulanan bebeklerin emme ve arama reflekslerinin baskılandığını belirtmişlerdir. Nissen ve ark. (1995) annelerine doğum eylemi sırasında, IM yolla Pethedine HCL uygulanan ve uygulanmayan bebeklerde, doğumdan 2 saat sonra emme becerisini değerlendirdikleri çalışmalarında; analjezik uygulanan annelerin bebeklerinde, arama ve emme reflekslerinin baskılandığı belirtmişlerdir.

Bu sonuçlar araştırmamızdan elde edilen sonuçlarla benzerlik göstermekte ve anneye IM yolla uygulanan analjeziklerin emme ve arama refleksini olumsuz etkilediğini götermektedir.

Çalışmamızda doğumdan sonra 15.dk'da analjezik uygulanan gruptaki bebeklerde **moro refleksinin** görülme durumu, analjezik uygulanmayan gruptakilerden anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p<0,05$).

Grupların doğumdan sonraki 30.dk, 1.saat, 2. saat ve 24.saatteki moro refleksi değerlendirmeleri arasında anlamlı fark olmadığı görüldü ($p>0,05$; Tablo 4.12).

Hodgkinson ve ark. (1979) doğum eylemi sırasında IM yolla Meperidine uygulanan, hem IM yolla Meperidine hem IV yolla naloksan uygulanan iki grubu kontrol grubu ile karşılaştırdıkları çalışmalarında yenidoğanları erken neonatal nöro-davranışsal skala ile değerlendirmiş, annlerine IM Meperidine uygulanan yenidoğanların moro refleksinin 24. saatte geliştiğini saptamışlardır.

Çalışmamızdan elde edilen veriler, annelerine analjezik uygulanan bebeklerin moro refleksinin ilk dakikalarda olumsuz etkilendiğini ancak sonraki dakikalarda bebeğin genel durumunun iyiye gittiğini ve gruplar arasındaki farkın ortadan kalktığını göstermekte ve Hodgkinson ve ark. (1979) sonuçlarını desteklemektedir.

Doğumdan sonra 15.dk'da analjezi uygulanan gruptaki bebeklerde **yakalama refleksi** olanların oranı analjezi uygulanmayan gruptakilerden çok anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p<0,001$). Doğumdan sonra 30.dk, 1.saat, 2. saat ve 24.saatteki yakalama refleksi oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$; Tablo 4.12).

Bu sonuçlar, analjezik uygulanan annelerin bebeklerinin, doğumdan sonra erken dönemde reflekslerinin olumsuz etkilendiğini, bebeklerin daha sonraki dakikalarda toparlandığını, en uzun süreli etkilenmeninin emme ve arama refleksinde olduğunu göstermektedir. Analjezik uygulanan annelerin bebeklerinin emme ve arama reflekslerinin özellikle ilk yarım saatte etkilenmesinin, bebeğin emme için en uygun olduğu aktif fazda emmenin gerçekleşmemesi nedeniyle bu bebeklerin daha sonraki dönemde emme de güçlük yaşama potansiyelinin yüksek olduğu düşünüldü.

5.4. Doğum Eyleminin 1. Evresinde Annelerine IM Yolla Analjezik Uygulanma Durumu ile Bebeklerin Emme Becerisine İlişkin Değişkenlerin Karşılaştırılması

Günümüzde sağlık profesyonelleri, doğum ağrısı için analjezik uygulanmasının güvenilirliğini tartışmalı bir konu olarak görmektedir. Emzirme danışmanları doğum ağrısı süresince analjezi uygulamanın emzirme üzerine olumsuz etki yaratabileceğini ifade etmektedirler (Riordan ve ark. 2000).

Çalışmamızda, annelerine IM yolla analjezik uygulanan bebeklerde, doğumdan sonra ilk emmeye geçiş sürelerisinin analjezik uygulanmayan gruptakilere göre daha geç olduğu, Analjezik uygulanmayan gruptaki bebeklerin daha kısa sürede ilk emmeyi gerçekleştirdikleri belirlendi ($p<0,01$; Tablo 4.13).

Analjezik uygulanmayan grupta ilk **"etkin emme"** doğum sonrası 55,35±29,59 dakika gerçekleşirken, analjezik uygulanan grupta 84,02±41,48 dakikada gerçekleştiği görüldü. Analjezik uygulanan bebeklerde "etkin emme" becerisinin daha geç kazanıldığı saptandı ($p<0,001$; Tablo 4.13).

Nissen ve ark. (1995) annelerine doğum eylemi sırasında, IM yolla Pethedine HCL uygulanan ve uygulanmayan bebeklerde, doğumdan 2 saat sonra emme becerisini değerlendirdikleri çalışmalarında; etkin emmenin analjezik uygulanmayan gruba göre daha geç sürede gerçekleştiğini belirtmişlerdir.

Crowell ve ark. (1994) doğum eylemi sırasında annelerine analjezik (Butorphanol ve Nalbuphine) uygulanan (n=26) bebekler ile annelerine analjezik uygulanmayan (n=22) bebekleri karşılaştırdıkları ve etkin emmeyi IBFAT skala ile değerlendirdikleri çalışmalarında, analjezik uygulanmayan annelerin bebekleri, doğumdan önce analjezik uygulanan annelerin bebeklerinden daha kısa sürede etkili emmeye başladıklarını saptamışlardır.

Riordan ve ark. (2000) hiçbir analjezik uygulanmayan, sadece epidural yolla analjezi uygulanan (Fentanil, Bupivakain), sadece intravenöz yolla analjezi uygulanan (Meperidine, Nalbufine, Butorfanol) ve hem epidural hemde IV yolla analjezi uygulanan (Fentanil, Bupivakain, Meperidine, Nalbufine) 4 grup annenin bebeklerinin etkin emme becerisini IBFAT skalası ile değerlendirdikleri çalışmalarında, hiçbir analjezik uygulanmayan gruptaki bebeklerin diğer gruplara göre emme skorlarının daha yüksek olduğunu (11,1±0,9), diğer üç grubun ise benzer emme skoruna sahip olduğunu görmüşlerdir (IV grup: 8,5±3,2, epidural grup: 8,5±3,4, hem IV hem epidural grup: 6,4±3,0).

Doğumda annelerine analjezik uygulanan ve uygulanmayan bebeklerde zamana göre **"etkin emme"** becerisi doğumdan sonra 30.dk, 1.saat ve 2. saatte 24. saatte olmak üzere 4 kez değerlendirildi.

Yapılan değerlendirmede 30.dk, 1.saat ve 2. saatte analjezik uygulanan gruptaki bebeklerde "**etkin emme**" oranı analjezik uygulanmayan gruptakilerden çok anlamlı olarak daha düşük bulundu (30dk ve 1. saat için p<,001, 2.saat için p<0,01); Tablo 4.14). Doğumdan 24 saat sonra yapılan değerlendirmede ise annelerine analjezik uygulanan ve uygulanmayan grupta bulunan bebeklerin "**etkin emme**" davranışı açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü (p>0,05; Tablo 4.14).

Doğumdan sonraki ilk 30 dakikalık dönem bebeğin emme becerisi açısından çok önemlidir. Aktif faz olarak tanımlanan bu dönemde bebek aktif, uyanık ve emmeye isteklidir. Bu dönemdeki etkin emmenin, sonraki dönemde bebeklerin annelerini emme durumu ile yakından ilişkili olduğu bilinmektedir (Çavuşoğlu 2004). Analjezik alan grupta aktif dönemdeki etkin emme oranlarının düşük olması, bu bebeklerin, ilerleyen zamanlarda anne sütü alma durumu ve anne–bebek etkileşimi açısından olumsuz etkilenebileceğini düşündürdü.

Erken evrede emzirmenin laktasyon, uterus involüsyonu, anne-bebek etkileşimi ve bebeğin gelişimi üzerinde olumlu etkileri olduğu bilinmektedir (Öztürk ve ark. 2001). Ayrıca erken dönemde beslenmenin başlatılması büyümeyi hızlandırmakta, parenteral beslenme ve hastanede kalış süresini kısaltmakta ve hastanede kalmaya bağlı olası risklerin gelişimini önlemektedir (Tengir ve ark. 2007).

Doğumda annelerine analjezik uygulanan ve uygulanmayan bebeklerde **"ilk emme denemesinde etkin emme"** durumu incelendiğinde, annelerine analjezik uygulanan gruptaki bebeklerin sadece %33,0'ünün ilk emme denemesinde etkin emdiği görülürken analjezik uygulanmayan grupta büyük çoğunluğunun (%81,5) ilk emme denemesinde etkin emdikleri görüldü. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulundu (p<0,001; Tablo 4.14).

Bebeklerin doğumdan sonraki 24. saatteki etkin emme durumları karşılaştırıldığında, analjezik alan ve almayan gruptaki bebeklerin emme becerisi arasında fark olmadığı görülmektedir (p>0,05, Tablo 4.14). Ancak yukarıda belirtildiği gibi bu bebeklere emmeye geçebilmeleri için daha fazla destek gereksinimi olduğu görülmektedir. 24. saatte bebeklerin etkin emme durumlarının benzer olmasının, ebelerin bu bebeklere emmeye yardımcı teknikler kullanarak daha fazla destek olması nedeniyle, iki grubun etkin emme becerileri arasındaki farkın ortadan kalktığını düşündürdü (p>0,05; Tablo 4.14).

Annelerine analjezik uygulanan bebeklerin etkin emmelerini sağlayabilmek için daha fazla yardım gereksinimi olmasının, ebelerin iş yükünü arttırabileceği ve buna bağlı olarak bakım kalitesinin olumsuz etkilenebileceği sonucuna varıldı.

Arvidson ve ark. (2001) pudendal blok ile Mepivakain ve IM yolla Meperidine (Pethedine HCL) yada Bupivakain alan gebelerin yenidoğanlarını, analjezik almayan gebelerin yenidoğanları ile karşılaştırdıkları çalışmalarında; analjeziklerin yenidoğanın emme becerisini somut emme göstergeleri ile değerlendirmiş, annelerine analjezik uygulanmayan bebeklerin %70'inin ilk 1 saat içinde etkin emdiğini, IM yolla Meperidine yada Bupivakain uygulanan bebeklerin ise %50'sinin etkin emdiğini görmüşlerdir. Analjezik uygulanan gruptaki bebeklerin emme becerilerinin zayıf olduğunu ve etkin emmebilmeleri için daha fazla yardıma gereksinim duyduklarını belirtmişlerdir.

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar, annelere doğum eylemi sırasında uygulanan analjeziklerin, bebeklerin ilk emmeye başlamasında gecikmeye neden olmasının yanı sıra, etkin emmeye başlama zamanında gecikme ve ilk emme denemesinde etkin emmenin gerçekleşmesinde azalmaya neden olduğunu göstermektedir.

Doğumda annelerine analjezik uygulanan ve uygulanmayan bebekler **emmeye yardımcı teknikler kullanılması açısından** karşılaştırıldığında, vaka grubunda süt sağma, biberon ve kaşıkla besleme gibi yardımcı tekniklerin kullanılması gereksinimin daha fazla olduğu görüldü (Vaka grubu: %87,8, kontrol grubu: %39.2) ($p<0,001$; Tablo 4.15). Çalışmamızda olduğu gibi Arvidson ve ark. (2001) ve Nissen ve ark. (1995) Yaptıkları çalışmalarda, annelerine analjezik uygulanan bebeklerin daha geç emmeye başladıklarını ve bu bebeklerin etkin emebilmesi için sağlık çalışanlarının daha fazla yardımına gereksinim duyduklarını bulmuşlardır.

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar da, annelerine doğum eylemi sırasında analjezik uygulanan bebeklerin etkin emme becerisinin gelişmesi için daha fazla desteğe ihtiyaç duyduklarını göstermekte ve Nissen ve ark. (1995) ve Arvidson ve ark. (2001) çalışma sonuçlarını desteklemektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırma sonuçları 5 başlık altında incelendi;

6.1.1. Doğum eyleminin 1. evresinde IM yolla analjezik uygulanma durumu ile annelerin obstetrik öyküsü ve sosyo demografik özelliklerinin karşılaştırılması,

6.1.2. Doğum eyleminin 1. evresinde analjezik uygulanma durumu ile annelerin bazı değişkenler açısından karşılaştırılması,

6.1.3. Doğum eyleminin 1. evresinde annelerine IM yolla analjezik uygulanma durumu ile bebeklerin sağlık durumuna ilişkin değişkenlerin karşılaştırılması,

6.1.4. Doğum eyleminin 1. evresinde annelerine IM yolla analjezik uygulanma durumu ile bebeklerin emme becerisine ilişkin değişkenlerin karşılaştırılması,

6.1.1. Doğum Eyleminin 1. Evresinde IM Yolla Analjezik Uygulanma Durumu ile Annelerin Obstetrik Öyküsü ve Sosyo Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

- Vaka ve kontrol grubu annelerin, bebeklerin sağlık durumu ve emme becerisini etkileyebilecek, yaş, vücut ağırlığı ve boy uzunlukları, eğitim durumları, sigara kullanımı, gebelik türü, gebelik sayısı, küretaj sayısı, düşük sayısı, antenatal izlem sıklığına ilişkin değişkenler açısından benzerdi ($p>0,05$; Tablo 4.1; 4.2).

6.1.2. Doğum Eyleminin 1. Evresinde Analjezik Uygulanma Durumu ile Annelerin Bazı Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

- Analjezik uygulanan annelerde **bulantı kusma** görülme sıklığı analjezik uygulanmayan annelere göre çok ileri düzeyde anlamlı ölçüde yüksek bulundu ($p<0,001$; Tablo 4.3).
- Analjezik uygulanan annelerde **uterus atonisi** gelişme sıklığı istatiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulundu ($p<0,05$; Tablo 4.3).
- Analjezik uygulanan annelerde **epizyotomi girişimi** uygulanma sıklığı istatiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0,05$; Tablo 4.3).

6.1.3. Doğum Eyleminin 1. Evresinde Annelerine IM Yolla Analjezik Uygulanma Durumu ile Bebeklerin Sağlık Durumuna İlişkin Değişkenlerin Karşılaştırılması

- Annelerine analjezik uygulanan ve uygulanmayan bebeklerin baş çevresi, vücut ağırlığı, boy uzunluğu açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü.
- Annelerine analjezik uygulanan bebeklerin, doğumdan sonraki 30. dakikada ve 24. saatte, **solunum sayılarının** anlamlı olarak daha düşük olduğu($p<0,05$; Tablo 4.6), doğumdan hemen sonraki ve doğumdan sonra 1. saatteki solunum sayıları ortalamaları arasında ise anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$).
- Annelerine analjezik uygulanan bebeklerin, doğumdan sonra 1.saatte ve 24. saatte, **nabız sayılarının** uygulanmayanlarınkinden anlamlı olarak daha düşük olduğu, doğumdan hemen sonraki ve doğumdan sonra 30.dk'daki nabız sayılarının ortalamaları arasında ise anlamlı fark olmadığı görüldü.
- Annelerine analjezik uygulanan bebeklerin, doğumdan sonraki 24. saatte **vücut ısılarının** uygulanmayanlarınkinden anlamlı olarak daha düşük olduğu ($p<0,05$; Tablo 4.6), doğumdan hemen sonraki, 30.dk'daki ve doğumdan sonra 1. saatte ise vücut ısılarının ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$) saptandı.
- Annelerine analjezik uygulanan bebeklerin, hem 1.dk'daki hem de 5.dk'daki **Apgar** puan ortalamaları uygulanmayan gruptakilerden istatiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı (sırasıyla $p<0,001$; $p<0,01$; Tablo 4.7).
- Annelerine analjezik uygulanan bebeklerin 1.dk'daki **Apgar** puan ortalamalarının 7'nin altında olanların oranının, uygulanmayanlarınkiden çok ileri düzeyde anlamlı olarak daha fazla olduğu saptandı ($p<0,001$, Tablo 4.8).
- Annelerine analjezik uygulanan bebeklerin 5.dk'daki **Apgar** puanı 7'nin altında olanların oranı ile uygulanmayanların oranı arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$; Tablo 4.8).
- Annelerine analjezik uygulanan bebeklerde, **derin trakeal aspirasyon** girişimi uygulamasının, analjezik uygulanmayan gruptaki bebeklerde ise **ağız-burun aspirasyonu** girişimi anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$; Tablo 4.9).

- Annelerine analjezik uygulanan ve uygulanmayan bebeklerin, **resüsitasyon girişimi** açısından aralarında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$; Tablo 4.9).
- Annelerine analjezik uygulanan bebeklerin, **oksijen inhalasyonu** uygulanma sıklığı, uygulanmayan gruptakilerden anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$; Tablo 4.9).
- Annelerine analjezik uygulanan bebeklerde **geç deselerasyon** gelişme sıklığı uygulanmayan bebeklerden anlamlı olarak daha yüksek bulundu.
- Annelerine analjezik uygulanan ve uygulanmayan bebeklerin, doğum sonu dönemde **yoğun bakıma yatış** oranları arasında istatiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$; Tablo 4.10).
- Annelerine analjezik uygulanan bebeklerde, **kaput suksedenum** gelişme sıklığının uygulanmayanlardan çok anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p<0,001$; Tablo 4.10).
- Annelerine analjezik uygulanan bebeklerde, 15.dk, 30.dk ve 1.saatte **arama refleksi** olanların oranının analjezik uygulanmayan gruptakilerden çok anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı (Üç zamana göre de $p<0,001$). Doğumdan sonra 24. saatte ise gruplar arasında arama refleksinin varlığı açısından fark olmadığı görüldü ($p>0,05$; Tablo 4.11).
- Annelerine analjezik uygulanan bebeklerde **emme refleksi** olanların oranının, 15.dk ve 30.dk'larda analjezik uygulanmayan gruptakilerden çok ileri düzeyde anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı ($p<0,001$; Tablo 4.11). Doğumdan sonraki 1. saatte, annelerine analjezik uygulanan bebeklerde emme refleksi olan bebeklerin oranı artmasına karşın, analjezik uygulanmayan bebeklere göre hala istatiksel düzeyde anlamlı ölçüde düşük olduğu, 2. saatte ise emme refleksi yönünden anlamlı farkın ortadan kalktığı saptandı.
- Annelerine analjezik uygulanan bebeklerde, doğumdan sonra 15.dk'da **yakalama refleksi** olanların oranı analjezi uygulanmayan gruptakilerden çok anlamlı olarak daha düşük bulundu. Grupların doğumdan sonra 30.dk, 1.saat, 2. saat ve 24.saatteki yakalama refleksi oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (Tablo 4.12).

- Annelerine analjezik uygulanan bebeklerde doğumdan sonra 15.dk'da **moro refleksi** pozitif olanların oranı uygulanmayanlardan anlamlı olarak daha düşük bulundu. Doğumdan sonra 30.dk, 1.saat, 2. saat ve 24.saatteki moro refleksi varlığı açısından gruplar arasında fark bulunmadı (Tablo 4.12).

6.1.4. Doğum Eyleminin 1. Evresinde Annelerine IM Yolla Analjezik Uygulanma Durumu ile Bebeklerin Emme Becerisine İlişkin Değişkenlerin Karşılaştırılması

- Annelerine analjezik uygulanan bebeklerde **ilk emmenin** doğumdan sonra ortalama 48,93±36,90 dk' olduğu, analjezik uygulanmayan grupta ise ortalama 37,56±18,06 dakikada olduğu belirlendi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Annelerine analjezik uygulanmayan bebeklerin anlamlı olarak daha kısa sürede ilk emmeyi gerçekleştirdikleri saptandı ($p<0,01$; Tablo 4.13).

- Annelerine analjezik uygulanan bebeklerde **ilk etkin emme** doğumdan sonra ortalama 84,02±41,48 dk'da gerçekleşirken, uygulanmayan grupta ortalama 55,35±29,59 dk'da gerçekleştiği görüldü. İki grup arasındaki bu farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu saptandı ($p<0,001$; Tablo 4.13).

- Bebeklerin zamana göre **etkin emme** durumları karşılaştırıldığında; annelerine analjezik uygulanan bebeklerin doğumdan sonra 30.dk, 1.saat ve 2. saatte etkin emme oranı analjezik uygulanmayan gruptakilerden çok anlamlı olarak daha düşük bulundu (30dk ve 1. saat için $p<0,001$, 2.saat için $p<0,01$). Doğumdan 24 saat sonra ise etkin emme becerisi açısından iki grup arasında fark olmadığı görüldü ($p>0,05$; Tablo 4.14).

- Doğum eyleminin 1. evresinde annelerine analjezik uygulanan bebeklerde doğumdan sonra **emmeye yardımcı teknikler kullanılma** oranı, analjezik uygulanmayan gruptan çok ileri düzeyde anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$; Tablo 4.15).

6.2. Öneriler

- Gebelerde doğum eylemi sırasında oluşan ağrıyı azaltmada analjezik uygulanmasından kaçınılması mümkün olduğunca non-farmakolojik ağrıyı azaltma yöntemlerinin kullanması,
- Ebelerin doğum eylemi sırasındaki ağrı yönetimi konusunda yeterli bilgiye sahip olması için gerekli hizmet içi eğitim progamlarının düzenlenmesi,
- Gebelerin analjeziklerin anne ve bebek sağlığına ilişkin olası olumsuz etkileri konusunda bilgilendirilmesi ve gebelere seçme şansı tanınması,
- Analjeziklerin bebek sağlığına olumsuz etkilerinin minimum düzeye indirilmesi için, analjezik uygulanmasının doğuma olan uzaklığına özen gösterilmesi,
- Ebelerin, annelerine analjezik uygulanan bebeklerde, etkin emmenin sağlanması için daha fazla desteğe ihtiyaç duyduklarını unutmamaları,
- Annelerine analjezik uygulanan bebeklere daha fazla emzirme desteği gereksinimi olmasının bakımın maliyetini nasıl etkilediğinin araştırılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Akyüz, A., Kaya, T., Şenel, N.(2007). Annenin Emzirme Davranışının ve Emzirmeyi Etkileyen Durumların Belirlenmesi. *Kor. Hek.*, **6**(5): 331-335.

2. Apgar, VA. (1975). Propasal for a New Method of Evaluation of the Newborn İnfant. *Survey of Anesthesiology*. **19**(4): 401.

3. Arnaout, L., Ghiglione, S., Figueiredo, S., Mignon, A. (2008). Effects of Maternal Analgesia and Anesthesia on the Fetus and the Newborn. *Gynecol Obstet Biol Reprod*, **37**(1):46-55. Erişim 11.10.2010, http://www.ncbi.nlm.nih.gov.

4. Arslan, H., Karahan, N., Çam, Çetin. (2008). Ebeliğin Doğası ve Doğum Şekli Üzerine Etkisi. Maltepe Üni. *Hemşirelik bilim ve Sanatı Dergisi*, **2**, 54-60.

5. Arslantaş, R. (2008). Epidural Levobupivakainin Doğum Analjezisinde Kullanımı. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul.

6. Arvidson, A.B., Matthiesen, A.S., Lilja, G., Nissen, E., Widström, A.M., Moberg, K.U. (2001). Maternal Analgesia During Labor Disturbs Newborn Behavior: Effects on Breastfeeding, Temperature, and Crying. *Birth*, **28**(1):5-12.

7. Baumgarder, D.J., Muehl, P., Fischer, M., Pribbenow, B. (2003). Effect of Labor Epidural Anesthesia on Breast-feeding of Healthy Full-term Newborns Delivered Vaginally. *The Journal of the American Board of Family Practice*, **16**, **7**-13.

8. Bayram O.G. (2009). Evde Doğumlarda Ebelik Bakımı, Ebenin Rol ve Sorumlulukları. *Maltepe Üni. Hemş. Bilim ve Sanat Dergisi*. **2**(2): 104-111.

9. Belfrage, P., Boreus, L.O., Hartvig, P., Irestedt, L., Raabe, N.(1981). Neonatal Depression After Obstetrical Analgesia With Pethedine , the Role of the İnjection- delivery time interval and of the plasma concentrations of pethidine and norpethidine. *Acta Obstet Gynecol Scand*., **81**(1):43-9. Erişim 10. 08.2010, http://www.ncbi.nlm.nih.gov.

10. Belsey, E.M., Rosenblatt, D.B., Lieberman, B.A., Redshaw, M., Caldwell, J. (1981). The Influence of Maternal Analgesia on Neonatal Behavior : I. Pethedine. *Br J Obstet Gynaecol*, **88**(4):398-406.

11. Blair, J.M., Dobson, G.T., Hill, D.A., McCracken, G.R., Fee, J.P. (2005). Patient Controlled Analgesia for Labour: A Comparison of Remifentanil with Pethedine. *Anaesthesia*, **60**, 22-27. Erişim 05.06.2010, http://www.ncbi.nlm.nih.gov.

12. Bredow, V. (1992). Use of Tramadol Versus Pethedine Versus Denaverine Suppositories in Labor a Contribution to Noninvasive Therapy of Labor Pain. *Zentralbl Gynakol*, **11**, 551-4. Erişim 14.02.2010, http://www.ncbi.nlm.nih.gov.

13. Brice, J.E., Moreland, T.A., Walker, C.H. (1979). Effects of Pethidine and Its Antagonists on the Newborn. *Arch Dis Child*, **54**(5): 356–361. Erişim 02.08.2010, http://www.ncbi.nlm.nih.gov.

14. Camann, W. (2007). Labor Analgesia and Breastfeeding: Avoid Parenteral Narcotics and Provide Lactation Support. *Int J Obstet Anesth*, **16**,199-201.

15. Çavuşoğlu, H. (2004). *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*. (7.Baskı). Ankara: Sistem Ofset Basımevi.

16. Chang, Z.M., Maureen, I.H. (2005). Epidural Analgesia During Labor and Delivery: Effects on the Initiation and Continuation of Effective Breastfeeding. *Journal of Human Breastfeeding*, **21**,1-3.

17. Comart, N. (2006). Elektronik Fetal Kalp Hızı Monitörizasyonu: Normal monitör, Fetal stres, Fetal distres İle İlişkili Erken Neonatal Sonuçlar. Uzmanlık Tezi. İstanbul.

18. Cooke, R.J. ve Embleton, N.D. (2000). *Arch Dis Child Fetal Neonatal: Feeding Issues in Preterm Infants*, **83**, 215–218.

19. Crowell, M.K., Hill, P.D., Humenick, S.S. (1994). Relationship Between Obstetric Analgesia and time of Effective Breast Feding. *The Journal of Midwifery & Women's Health*, **39**(3):150-156.

20. Cunningham, F.G. (Ed.)., Leveno, K.J.(Ed.)., Bloom, S.L.(Ed.)., Hauth, J.C.(Ed.)., Rouse, D.J.(Ed.) ve Spong, C.Y.(Ed.). (2010). *Williams Obstetrics*. (23rd.). New York: McGraw-Hill Companies.

21. Dağoğlu, T. ve Görak, G. (2008). *Temel Neonatoloji ve Hemşirelik Temel İlkeleri*. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri.

22. Dağoğlu, T. (Ed.). ve Ovalı, F. (Ed.). (2007). Neonatoloji. (2. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

23. Davis, L.G., Riedmann, G.L., Sapiro, M., Minogue, J.P., Kazer, R.R.(1994). Cesarean section rates in low-risk private patients managed by certified nurse-midwives and obstetricians. *J Nurse Midwifery*. **39**, 91-98.

24. Demir, C., Balcıoğlu, O., Atay, Y., Evrüke, C., Kadayıfçı, O. (1998). Doğum Anestezi ve Analjezisi. *SDÜ Tıp Fakültesi Der.*, **5**, 69-77.

25. Dinç A.D. (1995). Normal Doğum Yapan Kadınlarda Laktasyonun Baaşlaması ve Devam Ettirilmesinde Etkili Olan Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

26. Dubowitz, V. (1975). Influence of Medication in Labour. *Br. J. Anaesth*, **47** (9): 1005-1010.

27. Dural, E.Ö. (1995). *Farmakoloji.* (2. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.

28. Duran, S. (2008). Ebe ve Hemşirelerin Anne Sütü ve Emzirme Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının, Danışmanlık Verdikleri Annelerin Bebeklerini Anne Sütü ile Besleme Davranışlarına Etkisi. Uzmanlık Tezi. Edirne.

29. Eberle, R.L. ve Norris, M.C. (1996). Labour analgesia: A risk-benefit analysis. *Drug Saf*., **14**(4):239-51.

30. Edirne, S. (1999). Doğum Ağrısının Nörofizyolojisi. *İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi Yayınları,* 80-85.

31. Ekizler, H. (1996). *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*. İstanbul: Birlik Ofset.

32. Ekizler, H. (1998). Ağrının Obstetrik ve Jinekolojik Açıdan Değerlendirilmesi. *Hemşirelik Bülteni,* **3**, 1.

33. Electronic Fetal Heart Rate Monitöring: Research Guidelines for İnterpretation. National Institute of Child Health and Human Development Research Planning Workshop. (1997). *Am J Obstet Gynecol*, **177**,1385-1390.

34. Elbourne, D., Wiseman, R.A. (2007). Types of İntra-Muscular Opioids for Maternal Pain Relief in Labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews, **18**:(3). Erişim 13.10.2010, http://www.ncbi.nlm.nih.gov.

35. Ertem, G. ve Sevil, Ü.(2005). Doğum Ağrısı ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Atatürk Üni. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* **8**(2):117-123.

36. Fairlie, F.M., Marshall, L., Walker, J.J., Elbourne, D. (1999). Intramuscular Opioids for Maternal Pain Relief in Labour: a Randomised Controlled Trial Comparing Pethedine with Diamorphine. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **106**,1181-1187.

37. Fienni, S., Angeri, F., Kaihura, C.T., Ricci, L., Bedocchi, L., Galanti, B., Rossi, T., Benassi, G. (2000). Evaluation of the Peripartum Effects of 2 Analgesics: Meperidine and Tramadol, Used in Labor?. *Acta Biomed Ateneo Parmense*, 71(1):397-400. Erişim 25.02.2010, http://www.ncbi.nlm.nih.gov.

38. Fraser, D.M. ve Cooper, M.A. (2009). *Myles Textbook For Midwives* (15th). London, UK: Churchill Livingstone Elsevier.

39. Genç, H. (2001). Emzirilen ve Biberonla Beslenen Aynı Premature Yenidoğanların Oksijen Satürasyonları ve Kalp Atım Hızlarının Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

40. Gang, Y.ve Malik, M.(2003). Heart Rate Variability Analysis in General Medicine. *Indian Pacing Electrophysiol*, 3(1):34. Erişim 11.01.2010, http://www.ncbi.nlm.nih.gov.

41. Giannina, G., Guzman, E.R., Lai, Y.L., Lake, M.F. (1995). Comparison of the Effects of Meperidine and Nalbuphine on Intrapartum Fetal Heart Rate Tracings. *Obstetricians and Gynecologists*, **86**(3):1-3.

42. Gögüş, Y. (2002). Obstetrik Analjezi: IV Çukurova Anestezi Günleri. Erişim 12.05.2010, http://lokman.cu.edu.tr.

43. Hill, J.B., Alexander, J.M., Sharma, S.K., Mclntire, D.D., Leveno, K.J. (2003). A Comparison of the Effects of Epidural and Meperidine Analgesia During Labor on Fetal Heart Rate. *Obstetrics and Gynecology*, **102**,333-337.

44. Hodgkinson, R., Bhatt, M., Grewal, G., Marx, G.F. (1979). Neonatal Neurobehavior in the first 48 Hours of Life: Effect of the Administration of Meperidine With and Without Naloxone in the Mother. *Arch Dis Child* , **54**(5):356-61. Erişim 15.02.2010, http://www.ncbi.nlm.nih.gov.

45. İnce, N., Gökçay, G., Tümerdem, Y. (2002). Scoring the Breastfeeding Technique of Mothers in Maternity Hospitals in İstanbul. *Med Bull*, **35**,19-24.

46. Jaina, S., Aryab, V.K., Gopalana, S., Jaina, V. (2003). Analgesic Efficacy of Intramuscular Opioids Versus Epidural Analgesia in Labor. *Int J Gynaecol Obstet*, **83**,19-27.

47. Janssen, P.A., Ryan, E.M., Etches, D.J., Klein, M.C., Reime, B. (2007). Outcomes of Planned Hospital Birth Attended by Midwives Compared with Physicians in British Columbia. *Birth*, **34**,140-147.

48. Kariniemi, V. ve Ammala, P. (1981). Effects of Intramuscular Pethedine on Fetal HeartRate Variability During Labour. *Br J Obstet Gynaecol*, **88**, 718-20.

49. Kennell, J., Klaus, M., McGrath, S., Robertson, S., Hinkley C. (1991). Continuous Emotional Support During Labor in a US Hospital: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, **265**, 2197.

50. Khooshideh, M., Shahriari, A. (2009). A Comparison of Tramadol and Pethedine Analgesia on the Duration of Labour: A Randomised Clinical Trial. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology, **49**, 59-63. Erişim 10.06.2010, http://www.ncbi.nlm.nih.gov.

51. Kocaman, G. (1994). *Ağrı Hemşirelik Yaklaşımları*. İzmir: Saray Tıp Kitapevleri.

52. Korkmaz, H.F. (2004). Elektif Sezaryanlarda Genel Anestezi veya Kombine Spinal Epidural Anestezinin Anne ve Yenidoğan Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması. Uzmalık Tezi. İstanbul.

53. Kömürcü, N. ve Ergin, A.B. (2008). *Doğum Ağrısı ve Yönetimi*. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık.

54. Küçükgüçlü, S. (2000). Doğumda Ağrı Kontrolü. Obstetrik Analjezi ve Anestezi Güncel Yaklaşımlar, Sempozyum Kitabı. Denizli.

55. Lambrau, N.C. (Ed.), Morse, A.B.(Ed.), Wallach, E.E(Ed.). (1999). *John Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı*. Anakara: Atlas Yayınevi.

56. Lawrence, R. (1982). Practices and Attitudes Toward Breastfeeding Among Medical Professionals. *Pediatrics,* **70**, 5-9.

57. Lewinski, C. (1992). Nurses' Knowledge of Breastfeeding in Clinical Setting. *J Hum Lac*., **8**, 8-13.

58. Lieberman, B.A., Rosenblatt, D.B., Belsey, E., Packer, M., Redshaw, M., Mills, M., Caldwell, J., Notarianni, L., Smith, R.L., Williams, M., Beard, R.W. (1979). The Effects of Maternally Administered Pethedine or Epidural Bupivacaine on the Fetüs and Newborn. *BJOG*, **86**, 598-606.

59. Ling, F.W. ve Duff, P. (Ed.). (2006). *Obstetrik Jinekoloji Pratiği İçin İlkeler*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

60. Macario, A. ve Scibetta, C. (2000). Analgesia for Labour Pain. *Anesthesiology*, **92**, 841-85.

61. Maduska, A.L. ve Hajghassemali, M. (1978). A Double Blind Comparison of Butorphanol and Meperidine in Labour: Maternal Pain Relief and Effect on the Newborn. *Canad. Anaesth. Soc*., **25**(5): 398-404. Erişim 04.05.2010, http://www.ncbi.nlm.nih.gov.

62. Matheson, I.ve Nylander, G. (1999). Should Pethidine Still be Administered to Women in Labor?. *Tidsskr Nor Laegeforen,* **20**(8):1194. Erişim 11.10.2010, http://www.ncbi.nlm.nih.gov.

63. Neyzi, O. ve Ertuğrul, T.K. (1989). *Pediatri*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.

64. Nissen, E., Lilja, G., Matthiesen, A.S., Arvidson, A.B., Moberg, K. (1995). Effects of Maternal Pethedine on İnfants Developing Breastfeeding Behavior. *Acta Paediatrica*, **84**, 140-145.

65. Nissen, E., Widström, A.M., Lilja, G., Matthiesen, A.S., Moberg, K.U., Jacobsson, G., Boréus, L.O. (1997). Effects of routinely given pethidine during labour on infants' developing breastfeeding behaviour. Effects of dose-delivery time interval and various concentrations of pethidine/norpethidine in cord plasma. *Acta Paediatrica*, **86**(2):201-8.

66. Okumuş, H., Mete, S. (2001). Doğum Öncesi Eğitim ve Doğuma Hazırlık Sınıflarının Etkisinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Proje Çalışması.

67. Orshan, S.A. (2007). *Maternity, Newborn and Women's health nursing: Comprehensive Care Across the Lifespan*. New Jersey: Lippincott Williams and Wilkins.

68. Özkan, T., Ergun, B., Akhan, S.E., Döver, Ş., Büyükören, A. (1999). Epidural Analjezinin Doğum Eylemi Üzerine Etkileri ve Epidural Analjezi İçin Kullanılan iki Farklı Kombinasyonun Karşılaştırılması. Türkiye Klinikleri, **9**(2).

69. Öztürk, H. ve Demir, Ü. (2001). Erken Devrede Emzirmenin Anne ve Bebek Sağlığı Açısından Yararları. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **4**, 57-62.

70. Pernoll, G. (1994). *Çağdaş Obstetrik, Jinekolojik Teşhis ve Tedavi*. Ankara Sistem: Yayıncılık.

71. Pethedine. Erişim 02.05.2010, http://en.wikipedia.org/wiki/Pethidine.

72. Reynolds, F., Sharma, S.K., Seed, P.T. (2002). Analgesia in Labour and Fetal Acid-Base Balance: a Meta Analysis Comparing Epidural with Systemic Opioid Analgesia. *BJOG*, **109**,1344-1353.

73. Riordan, J.M., Gross A., Angeron, J., Krumwiede, B., Melin, J. (2000). The Effect of Labor Pain Relief Medication on Neonatal Suckling and Breastfeeding Duration. *Journal of Human Breastfeeding*, **16**(1):7-12.

74. Riordan, J.M. ve Koehn, M. (1997). Reliability and Validity Testing of Three Breastfeeding Assessment Tools. *JOGNN*, **26**,181-187.

75. Sayıner, D. ve Arslan, H. (1997). Nonreaktif Sonuçlanan Nonstress Testinden Sonra Uygulanan Hemşirelik Girişimlerinin Karşılaştırılması. *Perinatoloji Dergisi*, **5**, 3.

76. Sekhavat, L.ve Behdad, S. (2009). The Effects of Meperidine Analgesia during Labor on Fetal Heart Rate. *International journal of Biomedical science*, **5**(1):59-62.

77. Solt, I., Ganadry, S., Weiner, Z. (2002). The Effect of Meperidine and Promethazine on Fetal Heart Rate Indices During the Active Phase of Labor. *Department of Obstetrics and Gynecology*, **4**,178-180.

78. Stein,C. (Ed.). (1999). *Opioids İn Pain Control: Basic and Clinical Aspects*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

79. Şahin N.H., Bıldırcın M., Gökyıldız Ş. (2004). Gebelik, Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Cochrane'de Yer Alan Araştırma Örnekleri ve Perinatoloji Hemşireleri İçin Kanıta Dayalı Araştırma Konuları. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, **7**, 42-49.

80. Taha, R. (2009). A Case Study on Using the Via Christi Breastfeeding Assessment Tool in a Clinical Setting. *Honors Scholar Theses*, **74**, 1-26.

81. TARD. (2002). Doğum Analjezisi. *Temel Anestezi Reanimasyon Eğitim Kursu Yayınları*, **2**, 45-52.

82. Taşçı, E. ve Sevil, Ü. (2007). Doğum Ağrısına Yönelik Olan Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar. *Genel Tıp Derg*. **17**, 181-186.

83. Taşkın, L. (2003). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. (6.Baskı). Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.

84. Tengir, T. ve Çetinkaya, S. (2008). Yenidoğan Beslenmesinde Kullanılan Yöntemler ve Hemşirelik Bakımı. *Fırat Saglık Hizmetleri Dergisi*, **3**(9):120-142.

85. Temiz, T.K. Opioid Analjezikler. Erişim 20.06.2010, http://cumhuriyet.dundar.dr.tr/Donem3/KomiteVISinirSistPsikKasIskeletSistemleri/Farmakoloji/TijenKayaTemiz/OPIOIDANALJEZIKLER3.doc.

86. Tekin, B., Şener, T., Dikdere, İ., Tanrıverdi, B., Hassa, H., Özalp, S., Şahin, F. (1994). Bupivakain İle Epidural Analjezinin Anne, Fetüs ve Doğum Eylemi Üzerine Etkisi. Türkiye Klinikleri. **4**,1-4.

87. Thurlow, J.A., Laxton, C.H., Dick, A., Waterhouse, P., Sherman, L., Goodman, N.W. (2002). Remifantanil by Patient- Controlled Analgesia Compared with Intramuscular Meperidine for Pain Relief in Labour. *British Journal of Anaesthesia,* **88**, 374-8.

88. TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) Ana Rapor 2008. Erişim 02.05. 2010, http://www.hips.hacettepe.edu.tr.

89. Tsui, M.H.Y., Warwick, D., Kee, N., Floria, F., Lau, T.K. (2004). A Double Blinded Randomised Placebo-Controlled Study of Intramuscular Pethedine for Pain Relief in the First Stage of Labour. *BJOG*, **111**, 648-655.

90. Tuckey, JP,; Prout, RE,; Wee, MYK. (2008). Prescribing intramuscular opioids for labour analgesia in consultant-led maternity units: a survey of UK practice. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, **17**(1):3-8.

91. Uğur F. (2010). Doğum Analjezisi: 2010 Erciyes Üni. Ders Notları.

92. UNICEF. Dünya Emzirme Haftası (2008). UNICEF'e Göre Annalerin Çocuklarını Emzirmede Desteklenmesi Çocukların Yaşama Şanslarını Artıracak. Erişim 02.01.2010, http://www.unicef.org.

93. UNICEF.(2010). Anne Sütü ile İlgili Temel Gerçekler. Erişim 15.02.2011. http://www.unicef.org.

94. Üstüner, F. ve Bodur, S. (2009). Bebeklerde Aylık İzlem ve Hemşire Tarafından Annenin Pekiştirici Emzirme Eğitimi ile İlk Altı Ay Yalnızca Anne Sütü Verme Arasındaki İlişki. *Genel Tıp Dergisi*, **19**(1): 25-32.

95. Yenal, K. ve Okumuş, H. (2003). Latch Emzirme Tanılama Aracının Güvenirliğini İnceleyen Bir Çalışma. *HEMAR-G*, **1**,38-44.

96. Yıldırım, G. ve Güngör, İ. (2009). Doğum Eyleminin Birinci Evresinin Yönetiminde Kanıta Dayalı Uygulamalar. *HEMAR-G*, **3**, 53-64.

97. Yıldırım, G. ve Şahin, N.H. (2003). Doğum Ağrısının Kontrolünde Hemşirelik Yaklaşımı. *Cumhuriyet Üni. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* **7**,1-3.

98. Varol, D. (2004). Doğum Sonrası 6 Ay Boyunca Sürdürülen Emzirme Eğitiminin Tek Başına Anne Sütüyle Beslenme Süresine ve Büyümeye Etkisi. Doktora Tezi. İstanbul.

99. Walker, M. (1997). Do Labor Medications Affect Breastfeeding?. *Journal of Human Breastfeeding*, **13**:131-137.

100. Watts, R.W. (2004). Does Pethedine Still Have a Place in the Management of Labour Pain?. *Australian Presciber, 27,* 34-5.

101. Weissman, A., Torkhov, O., Weissman, A.I., Drugan, A. (2009). The Effects of Meperidine and Epidural Analgesia in Labor on Maternal Heart Rate Variability: *International Journal of Obstetric Anesthesia*, **18**, 118-124.

102. WHO/ UN. (2003). Dünya Sağlık Örgütü'nün BM Milenyum Deklarasyonun Kalkınma Hedeflerini Başarması İçin Katkısı 56. Dünya Asamblesi, Geçici Gündem Maddesi 14.3. Erişim 05.01.2010, http://www.un.org.

FORMLAR

EK-1 SAĞLIK BAKANLIĞI ZEYNEP KAMİL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ETİK KURUL ONAY RAPORU

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ZEYNEP KAMİL KADIN ve ÇOCUK HASTALIKLARI
EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ

K - Q TSE-ISO-EN 9000

YEREL ETİK KURULU ARAŞTIRMA BAŞVURU ONAYI FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	22/12/2009/ 19016
	PROTOKOL ADI	Doğum Eyleminin 1.Evresinde annelerine, intramüsküler yolla analjezik uygulanan bebeklerin ilk 24 saatteki sağlık durumları ve emme becerilerinin değerlendirilmesi
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Yasemin AYDİN
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Zeynep Kamil Hastanesi Kadın ve Çocuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	BAŞVURULAN ETİK KURUL	Zeynep Kamil Hastanesi Kadın ve Çocuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 8 no' lu Etik Kurulu
	DESTEKLEYİCİ FİRMA	Yok
	FAZI	Yok
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	☒ Tek Merkez ☐ Çok Merkez ☐ Ulusal ☐ Uluslar arası

	Belge Adı	Tarihi	Değişiklik No.su	Dili
DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			☐ Türkçe ☐ İngilizce
	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ			☐ Türkçe ☐ İngilizce
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ			☐ Türkçe ☐ İngilizce
	OLGU RAPOR FORMU			☐ Türkçe ☐ İngilizce

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 3 14** **Tarih:22/12/2009**
	Hastaneniz Hemşiresi Yasemin AYDİN' ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen tek merkezli araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KLAVUZU
ÜYELER	

Ünvanı / Adı / Soyadı Ek Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Doç.Dr.Aktuğ ERTEKİN	Kadın Hast.ve Doğ.Klk.Şefi	ZKH	K	☐E ☒H	☒E ☐H	
Doç.Dr.Aysu SAY	Çocuk Sağ.Ve Hast.Kl.Şefi	ZKH		☐E ☒H	☒E ☐H	
Uzm.Dr.Suna CESUR	Patoloji Uzmanı	ZKH	K	☐E ☒H	☒E ☐H	
Başeczacı Semra KARAKUZU	Kadın Hast.ve Doğ.Uzm.	ZKH	K	☐E ☒H	☒E ☐H	
Uzm.Dr.Ayşen ÖZKORAL	Biyokimya Uzmanı	ZKH	K	☐E ☒H	☒E ☐H	
Yrd.Doç.Dr.Fulya İLÇİN GÖNENÇ	Hukuk Uzmanı	Marmara Üniversitesi	K	☐E ☒H	☒E ☐H	
Dr.Ayten ARIKAN	Deontoloji Uzmanı	Emekli	K	☐E ☒H	☒E ☐H	
Yrd.Doç.Dr.Hülya CABADAK	Biyofizik Uzmanı	Marmara Üniversitesi	K	☐E ☒H	☒E ☐H	
Prof.Dr.Filiz ONAT	Farmakolog	Marmasra Üniversitesi	K	☐E ☒H	☒E ☐H	
Uzm.Dr.Şule DOKUR	Halk Sağlığı Uzmanı	İl Sağlık Müdürlüğü	K	☐E ☒H	☒E ☐H	
Rahime IŞINAY	Emekli	Emekli	K	☐E ☐H	☒E ☐H	

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

EK-2 İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI ETİK KURUL ONAY FORMU

KLİNİK ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

ETİK KURULUN ADI	İstanbul 1 No'lu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
AÇIK ADRES	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, 34303 Kocamustafapaşa Fatih İstanbul
TELEFON	+90 (212) 414 32 52; 414 30 00/22300
FAKS	+90 (212) 632 00 40
E-POSTA	ctfetik@istanbul.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Doğum Eyleminin 1. Evresinde annelerine, İntramüsküler Yolla Analjezik Uygulanan Bebeklerin İlk 24 Saatteki Sağlık Durumları ve Emme Becerilerinin Değerlendirilmesi**			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU				
	EUDRACT NUMARASI				
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	**Yüksek lisans Öğrencisi. Yasemin Aydın**			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	**Ebelik**			
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI	**Yrd. Doç. Dr. Sevil İnal**			
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI	**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları hemşireliği**			
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	**Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi**			
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ	**Arakiyeci Hacı Mehmet Mahallesi. Op.Dr.Burhanettin Üstünel Caddesi No:10 ÜSKÜDAR 34668 İSTANBUL**			
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	İstanbul 1 No'lu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu			
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ				
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ ☐	AKADEMİK AMAÇLI ☒		
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		BE/BY	☐		
		DİĞER	☐	Diğer ise belirtiniz:	
		İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMA	☒	Belirtiniz:Kesitsel, Analitik tipte bir gözlemsel araştırma	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

	Belge Adı		Açıklama
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	yoktur
	SİGORTA	☐	yoktur
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	☐	yoktur
	İLAN	☐	yoktur
	YILLIK BİLDİRİM	☐	yoktur
	SONUÇ RAPORU	☐	yoktur
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	yoktur
	DİĞER	☐	yoktur

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: C-011**	**Tarih: 24.11.2009**
	Yüksek Lisans Öğr.Yasemin Aydın'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve Kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından Sağlık Bakanlığı'na arzına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik , İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, ve Etik Kurul SOP
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof. Dr. Öner Süzer	

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof. Dr. Öner SÜZER (Başkan)	Farmakoloji	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E☐ H☐	E☐ H☐	
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR (Başkan Yardımcısı)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E☐ H☐	E☐ H☐	
Yrd. Doç. Dr. İlkay ALP (Genel Sekreter)	Eczacı	İ.Ü. Eczacılık Fakültesi	K	E☐ H☐	E☐ H☐	
Prof. Dr. Hüseyin ÖZ (Üye)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E☐ H☐	E☐ H☐	
Prof. Dr. Zerrin YİĞİT (Üye)	Kardiyoloji	İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü	K	E☐ H☐	E☐ H☐	
Doç. Dr. Mehmet Rıza ALTIPARMAK (Üye)	İç Hastalıkları	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E☐ H☐	E☐ H☐	
Doç. Dr. Akif TURNA (Üye)	Göğüs Cerrahisi	Yedikule Göğüs Hst. ve Göğüs Cerrahisi EAH	E	E☐ H☐	E☐ H☒	
Doç. Dr. Soykan ARIKAN (Üye)	Genel Cerrahi	İstanbul EAH	E	E☐ H☐	E☐ H☐	
Uzm. Dr. Ayşem KAYA (Üye)	Biyokimya	İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü	K	E☐ H☐	E☐ H☐	
Doç. Dr. Fatma Arın NAMAL (Üye)	Deontoloji	İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi	K	E☐ H☐	E☐ H☒	
Prof. Dr. Ertan YURDAKOŞ (Üye)	Fizyoloji	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E☐ H☐	E☐ H☐	
Doç. Dr. Gülsüm Nurhan İNCE (Üye)	Halk Sağlığı	İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi	K	E☐ H☐	E☐ H☐	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin ÖZCAN (Üye)	Hukukçu	İ.Ü. Hukuk Fakültesi	E	E☐ H☐	E☐ H☒	
Öğretmen Zümrüt GAMLI (Üye)	Fransızca Öğretmeni	Emekli	K	E☐ H☐	E☐ H☐	

* :Araştırma ile İlişki ** :Toplantıda Bulunma

EK-3 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu araştırmayı, İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulunda ebelikte yüksek lisans yapmakta olan Yasemin Aydın, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma hastanesinde Doğumhane ve lohusa servislerinde , gerektiğinde doktor kararı ile doğumdan önce ağrı kesici uygulanan ve uygulanmayan annelerin bebeklerinin ilk 24 saatteki sağlık durumları ve emme becerilerini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Araştırma Mart -Haziran 2010 tarihleri arasında gerçekleştirilecektir. Bu çalışmada sizden, çalışmaya dahil edilmek istenen annelerin tanıtıcı özelliklerini belirlemek amacıyla 25sorudan oluşan ‘ Tanıtıcı Bilgi Formu ’ ile bilgi alınacaktır. Araştırmaya dahil edilen anne ve bebekleri, bebeklerin sağlık durumlarını ve emme becerilerini değerlendirmek amacı ile ‘ Anne Takip Formu’, ‘Bebek Takip Formu ’ve ‘Emme Becerisi Değerlendirme Formu ’aracı ile değerlendirilecektir. Bu bir gözlem araştırması olduğu için size herhangi bir tetkik ve tedavi uygulanmayacaktır. Dolayısıyla araştırmanın uygulanması sırasında herhangi bir rahatsızlık ve yan etki söz konusu değildir. ‘Bebek Takip Formu ’ve ‘Emme Becerisi Değerlendirme Formu ’aracılığıyla bebekler doğumdan sonraki ilk 24 saat süresince sağlık durumları ve emme becerileri açısından değerlendirilecektir.‘Anne Takip Formu’ ise, bebeklerin izlemi tamamlandıktan sonra anne dosya kayıtlarından elde edilen çeşitli verilerin (doğum zamanı, analjezik uygulanma zamanı, annenin sağlık durumu vb.) kaydedilmesi için kullanılacaktır.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Kararınızdan önce sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Araştırma sonuçlarının eğitimsel ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgileriniz özenle korunacaktır. Çalışmada isminiz saklı tutulacaktır. Etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde size ait tıbbi bilgilere ulaşabilir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirsiniz. Ancak araştırmayı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğinizi önceden belirtiniz. Ayrıca araştırmacı tarafından sebep gösterilmeden araştırma dışı bırakılabilirsiniz.

TARİH:

KATILIMCI
Adı, Soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:

GÖRÜŞME TANIĞI
Adı, Soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:

ARAŞTIRMACININ ADI, SOYADI VE İMZASI
Yüksek Lisans Öğr. Yasemin AYDIN

PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ
Yard. Doç. Dr. Sevil İnal

EK-4 TANITICI BİLGİ FORMU

TANITICI BİLGİ FORMU

1. Vaka no:
2. Yatış Tarihi ve Saati:
3. Protokol:
4. Yaş:
5. Eğitimi:
6. Mesleği:
7. Annenin Kilosu:
8. Annenin Boyu:
9. Bebeğin Gestasyon haftası: SAT'a göre: USG'e göre:
10. Akraba evliliği : Tetanoz aşısı :
11. Kronik Hastalıklar : DM □ HT □ KBY □ KALP YETMEZLİĞİ □ DİĞER□
12. Ailesel Hastalık:
13. Gravida:
14. Para:
15. Yaşayan:
16. Küretaj (D&C):
17. Abortus:
18. Antenatal izlem sıklığı:
19. Gebelik süresince alınan kilo:
20. Bu gebelikte komplikasyon öyküsü: Pre-eklemsi □ Eklemsi □ Rh Uygunsuzluğu:□ Diğer □

21. Daha önceki gebeliklerinde komplikasyon öyküsü:
22. Alışkanlıklar: □Sigara □Alkol (Sıklığı ve miktarı):

23. Sürekli kullanılan ilaçlar:
24. Annede normal doğuma engel herhangi bir sağlık sorunu var mı? □ Evet □ Hayır
Evet ise açıklayınız:
25. Annenin iletişim bilgileri:
Telefon: Ev : GSM:
Adres:

EK-5 ANNE TAKİP FORMU

ANNE TAKİP FORMU

1.Vital Bulgular:
TA: Nb: A:
2.Gebe çalışmaya kabul edildiğinde:
Dilatasyon:
Effasman:
3. Membran rüptürü varlığı: □Evet □Hayır
Evet ise rüptür zamanı:
Amnion sıvısı özelliği:
Renk: Mekonyum varlığı:
4. NST:
□ Reaktif: □ Nonreaktif:
5. Analjezi uygulama işlemi:
6. Uygulana analjezik madde:
7. Uygulama süresi:
8. Uygulama yolu:
9. Uygulanan doz miktarı:
10. Başka ilaç uygulaması:

11.

SAATLER			
Dilatasyon			
Effesman			

12. Doğumun 1. evresinde müdahale:
□ Amniyotomi: Renk(Amnion sıvısı özelliği): Mekonyum varlığı:
□ İndüksiyon:

13. Doğumun 2. evresine müdahale:
□ Epizyotomi:
□ Vakum Ekstrasyon :
□ Forseps ile Müdahale:
□ Sezaryen
14. Doğumun;
1. Evresinin süresi:
2. Evresinin süresi:

15. Klinik şikayetler: □Bulantı: □Kusma:

16. Gelişen doğum komplikasyonu:
17. Doğumun gerçekleştiği saat:

EK-6 BEBEK TAKİP FORMU

BEBEK TAKİP FORMU

Doğum Tarihi ve Saati:

1. Tartı: Boy:

2. Baş Çevresi: Göğüs Çevresi: Bebeğin geliş şekli:

3.

	Doğumdan hemen sonra	30.dk	1.st	24.st
Solunum Sayısı				
Kalp atımı				
Vücut ısısı				

4. Apgar skoru 1dk. 5. dk .

5. Resüsitasyon yapılma durumu □ Evet □ Hayır

6. □ Entübasyon: □ Pozitif Basınçlı Ventilasyon □ İlaç

7. □ Aspirasyon: □ Derin trakeal aspirasyon
□ Ağız burun aspirasyonu

8. □ Oksijen: □ Serbest akış oksijen
□ Hood ile oksijen

9. Satürasyon takibi □ Evet □ Hayır

15 dk: 30 dk : 1 sa: 2 sa:

10. Plasenta/Kordon Anomalileri: □ Var: □ Yok:

11. Prenatal dönemde Disstres varlığı: : □ Var: □ Yok:

Disstres var ise, □ Sıklığı: □ Süresi: □ Zamanı:

12. □ Mekonyum aspirasyonu □ Mekonyum ile boyalı suların gelmesi

13. Dispne varlığı □ Evet □ Hayır

14. Dispne varsa eşlik eden klinik bulgular:

□ İnterkostal çekilme

□ Burun kanadı solunum

□ Siyanoz

□ Apne □Zamanı □Sıklığı

15. Spontan solunuma başlama zamanı:

16. Bebeğin sağlık durumunu etkileyebilecek bebeğe ilişkin herhangi bir özellik var mı ?

□ Çoğul gebelik □ Diyabetik anne bebeği □ SGA

□ Post- term □ Pre- term

17. Refleksler:

Refleksler	15.dk	30.dk	1.st	2.st	24.st
Emme					
Arama					
Yakalama					
Moro					

18 . □ Kaput suksedonum □Sefal hematom □ Siyanoz

19. Kordon dolanması □ Var □ Yok

EK-7 EMME BECERİSİ DEĞERLENDİRME FORMU

EMME BECERİSİ DEĞERLENDİRME FORMU

1. Bebeğin Emme Davranışı

BULGULAR	15. dk	30. dk	1. st	2. st	24. st
Acıkınca memeye uzanıyor, memeyi arıyor					
Memede sakin ve uyanık					
Yerleştirilince Memede duruyor					
Ağız geniş ve açık					
Alt dudak dışa dönük					
Dil memenin etrafında kıvrılmış					
Yanaklar yuvarlak					
Ağzın üzerinde daha fazla areola					
Yavaş, derin emme					
Yutkunma duyulabiliyor veya görülebiliyor					

2. İlk Emmeye başlama zamanı:
3. Bebekte başarılı emmenin gerçekleşme zaman :
4. Bebeğin emebilmesi için yardım gerekti mi: □ Evet □Hayır
5. Evet ise yardımın niteliği :
□El ile süt sağma
□ Pompa ile süt sağma
□ Kaşık ile besleme
□ Kapla besleme
□ Diğer
6. İlk emzirme denemesinde bebeğin durumu
□ Aktif ve uyanık etkili emiyor
□ Uykulu ve emmede isteksiz
□ Diğer
7. İlk 24 saat içinde mama verildi mi: □ Evet □ Hayır
8. Mama verildiyse, ilk verilme zamanı:.....Miktarı:.....
9. İlk 24 saat içinde mama verildiyse nedeni
□ Bebeğin memeyi almaması □ Kan şekerinin düşmesi □ Bebeğin sağlık sorunları □ Diğer
10. Bebeğin emmesini etkileyebilecek sağlık sorunu var mı:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Yasemin	**Soyadı**	Aydın
Doğ. Yeri	Zonguldak	**Doğ. Tar.**	04.09.1986
Uyruğu	T.C.	**TC Kimlik No**	15479887694
e-mail	ysmn_aydn_@hotmail.com	**Tel**	0 543 2870029

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mezuniyet Yılı**
Doktora		
Yüksek Lisans	İstanbul Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü	
Lisans	On Dokuz Mayıs Ü. Sağlık Yüksek Okulu	2008
Lise	Zonguldak Fener Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi	2004

İş Deneyimi

Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
Ebe	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	2009-.....
Ebe	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi	2009-2011

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama**	**Konuşma**	**Yazma**	**KPDS/ÜDS Puanı**
İngilizce	İyi	Orta	Orta	57,50

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	76.50	79.35	81.21

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma Becerisi**
MS Office Programları	İyi Derecede
SPSS	İyi Derecede

Yayınları / Sertifikaları

* Çetin, A., Aydın, Y., Koç, E. (2007). Samsun Doğum ve Çocuk Bakımevine Başvuruda Bulunanların Ebelik Mesleğine Bakışı. I. Ulusal Ebelik Sempozyumu (Poster ve Bildiri).

* Aydın, Y., İnal, S. (27-30 Nisan 2010). Yenidoğanların, Doğum Sonu Anne Yanına Verilme Zamanı ve Emme Becerisini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. 32. Pediatri Günleri ve 11. Pediatri Hemşireliği Günleri (Sözlü Bildiri).

* Neonatal Resüsitasyon Uygulama Sertfikası (2009).

* Fetal Elektronik Monitörizasyon Sertfikası (2009). II. Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Sempozyomu. İstanbul.

* Anne Sütü ile Beslenme ve Danışmanlık Eğitim Kursu, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi (2009).

* MS Office Programları sertifikası (2008).