

2018

YÜKSEK LİSANS

EBELİK

Zeynep BALACAN



T.C.

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

EBELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

EBE – 2018 - 0006

ASFİKSİLİ BEBEKLER VE ANNELERİNİN PERİNATAL ÖYKÜLERİ

Yüksek Lisans Tezi

Zeynep BALACAN

DANIŞMAN

Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM

AYDIN-2018

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
EBELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
EBE – 2018 - 0006

**ASFİKSİLİ BEBEKLER VE ANNELERİNİN PERİNATAL
ÖYKÜLERİ**

Yüksek Lisans Tezi
Zeynep BALACAN

DANIŞMAN
Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM

AYDIN-2018

KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Zeynep BALACAN tarafından hazırlanan “Asfiksili Bebekler ve Annelerinin Perinatal Öyküleri” başlıklı tez, aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma

Tarihi:/...../.....

Ünvanı, Adı Soyadı:	Üniversitesi:	İmzası:
Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM	Adnan Menderes Üniversitesi	
Prof. Dr. Ayden ÇOBAN	Adnan Menderes Üniversitesi	
Doç. Dr. Pınar SERÇEKUŞ AK	Pamukkale Üniversitesi	

Bu tez Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün tarih vesayılı oturumunda alınannolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Ahmet CEYLAN
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Adnan Menderes Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam süresince her türlü sabır, yardım ve fedakârlığı sağlayan, bilgi, tecrübe ve güler yüzü ile çalışmama ışık tutan, yardımları ile bana yol gösteren ve katkıda bulunan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM' a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile desteklerini her zaman yanımda hissettiğim tüm bölüm hocalarıma,

Tez savunma komitesinde yer alarak görüş ve önerileri ile bu araştırmaya önemli katkılarda bulunan, tezime yol gösterici olan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM, Prof. Dr. Ayden ÇOBAN'a ve Doç. Dr. Pınar SERÇEKUŞ AK'a,

Araştırmaya katılmayı kabul edip, zaman ayıran tüm annelere,

Yüksek lisans eğitimim boyunca beni destekleyen ve gerekli kolaylığı sağlayan Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım servisindeki ekip arkadaşlarıma ve Aydın Kadın Doğum Hastanesi'inde bulunan Uzm. Dr. Suzan BALKAN'a,

Aydın'daki mesleki hayatım boyunca bilgi, deneyim ve desteğiyle her zaman yanımda olan ablam Funda GÜLER'e,

Tüm hayatım boyunca fedakârlığın en büyüğünü gösteren, bu günlere gelmemde en büyük paya sahip olan, destek, ilgi ve sevgilerini esirgemeyen canlarım annem Gülşah BALACAN ve babam Mehmet BALACAN'a,

Sonsuz teşekkürler...

Çalışma verilerimin bilime katkı sağlamasını ve başka araştırmalara yol gösterici olmasını umut ediyorum.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
TEŞEKKÜR	ii
KISALTMALAR DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ.....	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Soruları	5
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Perinatal Asfiksi	6
2.1.1. Perinatal Asfiksiniñ İnsidansı	6
2.1.2. Perinatal Asfiksiniñ Etyolojisi.....	7
2.1.3. Perinatal Asfiksiniñ Patofizyolojisi.....	7
2.1.4. Perinatal Asfiksiniñ Klinik Bulguları	8
2.1.5 Perinatal Asfikside Tanı	9
2.1.6. Perinatal Asfiksiniñ Tedavisi.....	10
2.1.7. Perinatal Hipoksiniñ Erken Ve Geç Dönem Sonuçları	11
2.2. Doğum Öncesi Bakım, Eğitim ve Perinatal Asfiksi ile İlişkisi	13
2.3. Doğum Eylemi, Fetal Distres ve Asfiksiyle İlişkili.	17
2.4. Yenidoğanın Perinatal Asfiksi Açısından Değerlendirilmesi.....	20
2.5. Asfiksili Bebeklerle İlgili Etik Uygulamalar.....	28
2.6. Perinatal Asfikside Ebenin Rol ve Sorumlulukları.....	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	33
3.1. Araştırmanın Tipi	33
3.2. Araştırmanın Yeri	33
3.3. Araştırmanın Zamanı.....	33
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	34
3.5. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri	34
3.6. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	34
	iii

3.7. Veri Toplama Araçları.....	34
3.7.1. Tanıtıcı Bilgi Formu ve Yapılandırılmış Perinatal Öykü Görüşme Formu (Ek-1)	35
3.8. Ön Uygulama.....	35
3.9. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	35
3.10. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi.....	36
3.11. Araştırmanın Güçlükleri.....	36
3.12. Araştırmada Etik.....	36
4. BULGULAR	37
4.1. Annelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri.....	38
4.2. Annelerin Perinatal Öyküleri.....	44
5. TARTIŞMA.....	52
5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	55
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	56
6.1 Sonuçlar.....	56
6.2. Öneriler.....	57
KAYNAKLAR.....	59
EKLER	65
ÖZGEÇMİŞ.....	92

KISALTMALAR DİZİNİ

KTA	: Kalp Tepe Atımı
ETT	: Endo-Trakeal Tüp
HİE	: Hipoksik İskemik Ensefalopati
CP (SP)	: Serebral Palsi
DÖB	: Doğum Öncesi Bakım
MAS	: Mekonyum Aspirasyon Sendromu
MBAS	: Mekonyum Boyalı Amnion Sıvısı
MOD	: Multi-Organdisfonksiyonu
EEG	: Elektroensefalografi
DİK	: Dissemine Intravasküler Koagülasyon
NMDA	: N-metil-D-aspartat
SSS	: Santral Sinir Sistemi
EMR	: Erken Membran Ruptürü
FKH	: Fetal Kalp Hızının
NST	: Non-Stress Testi
EFM	: Elektronik Fetal Monitorisasyonun
AAP	: Amerikan Pediatri Akademisi
PBV	: Pozitif Basıncılı Ventilasyon

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Araştırmanın Zamanı	33
------------------------------------	----



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Prenatal/intrapartum risk oluşturan maternal durumlar ve yenidoğana etkisi.....	13
Tablo 2. Kadınların sosyo-demografik ve obstetrik verileri	38
Tablo 3. Doğum öncesi izlem ve bakım alma durumu.....	40
Tablo 4. Travay, doğum ve doğum sonrası erken dönemdeki uygulamaları	42
Tablo 5. Hastaneye gelmeden önce ve travay süresinde anne ve bebeğe yapılan uygulamalar ve anormal durumlar	45
Tablo 6. Bebeğe yapılan ilk müdahaleler ve anne tarafından fark edilen anormal durumlar.....	47
Tablo 7. Bebekte gelişen durumla ilgili anne görüşleri.....	49

ÖZET

ASFİKSİLİ BEBEKLER VE ANNELERİNİN PERİNATAL ÖYKÜLERİ

**Balacan Z. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Ebelik Programı
Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2018.**

Bu çalışma perinatal asfiksi nedeniyle tedavi alan bebekler ve annelerinin perinatal öykülerini incelemek ve perinatal asfiksi ile ilgili durumları saptamak amacıyla yapılmıştır.

Araştırma niteliksel tipte Nisan 2017 ve Nisan 2018 tarihleri arasında Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde yatan perinatal asfiksili bebeklerin anneleri ile yapılmıştır. Araştırmaya maksimum çeşitlilik örnekleme örneklem yöntemi ile 6 anne alınmıştır. Verilerin toplanmasında tanıtıcı bilgi formu ve perinatal öykü formu kullanılmıştır. Verilerin analizi içerik analiz yöntemi ile yapılmıştır.

Annelerin öykülerinden hastaneye gelmeden önce gebelik ve bebekle ilgili anormal durum teması altında “pelvis darlığı”, travay süresince anne ve bebekle ilgili fark edilen anormal durumlarda “bebeğe ilişkin ve doğum eylemine ilişkin” alt temalar saptanmıştır. Bebeğe yapılan ilk müdahaleler teması altında “yenidoğan canlandırması, fizik muayene ve bakım”, doğum sonrası erken dönemde bebeğe ilişkin fark edilen anormal durumlar teması altında “yenidoğanda yaşam belirtisi, yenidoğana yapılan girişimler ve doğum ekibi” alt temaları belirlenmiştir. Annelerin perinatal öykülerinden çıkarılan bebekte gelişen durumun nedenine ilişkin annenin görüşleri teması altında “izlem ve bakım yetersizliği, zor doğum eylemi ve bebeğin fizyolojik özelliği alt temaları yer almıştır.

Çalışmada annelerin doğum hikayelerinde perinatal asfiksinin erken saptanmasına ve müdahalesine yönelik doğum distosisi ve fetal asfiksiye ilişkin önemli bilgilerin yer aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Prenatal izlem yapan ve doğuma yardım eden ebe ve diğer sağlık çalışanlarının oluşan problemleri erken tanınması ve müdahalesi ile perinatal asfiksi gelişmesi önlenabilir.

Anahtar Kelimeler: Asfiksi, Doğum, Yenidoğan, Ebelik, Canlandırma

ABSTRACT

EXAMINATION OF THE BIRTH STORY OF ASPHYXIATED NEONATAL

Balacan Z. Adnan Menderes University Health Sciences Midwifery Program, Master's Thesis, Aydın, 2018.

This study was conducted to examine the perinatal histories of infants treated for perinatal asphyxia and their mothers in order to determine their status as regards perinatal asphyxia. The study took place over the period April 2017 - April 2018 with infants suffering from perinatal asphyxia and their mothers at the Aydın Gynecology, Obstetrics and Pediatrics Hospital and the Neonatal Intensive Care Unit of Adnan Menderes University Research and Applications Hospital. The random sampling method was used in the study, into which 6 mothers were recruited. A descriptive questionnaire and a perinatal history form were used in the collection of data. The method of content analysis was used in the data analysis.

An underlying theme of “pelvis contraction” was discovered in the mothers medical history prior to hospital admittance with respect to abnormalities in the pregnancy and the child, sub-themes of “infant-related” and “labor-related” abnormalities were determined with respect to the mother in labor and her child. Other sub-themes were categorized under initial interventions to the child as “reviving the newborn, physical examination and care,” and under abnormalities of the infant detected during the early postnatal period as “signs of life in the neonate, interventions to the newborn and the obstetric team.” Sub-themes determined with regard to mothers’ views about the reasons for the condition developing in the child, as taken from their perinatal histories, were “inadequate monitoring and care, difficult labor and birth, and physiological characteristics of the infant.”

It was concluded in the study that the mothers’ childbirth histories contained information that was significant in terms of the early diagnosis of perinatal asphyxia and the need for intervention, as well as about labor dystocia and fetal asphyxia. Midwives and other healthcare providers involved in prenatal monitoring and delivery can prevent the development of perinatal asphyxia through early diagnosis of issues and interventions.

Keywords: Asphyxia, Birth, Neonatal, Midwifery, Resuscitation

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Gebelik ve doğum yaşam sürecinde normal bir evre olarak kabul edilir. Ancak bu durum gebe kadının sağlık bakım gereksinimi olmadığı anlamına gelmez. Çünkü gebelik, biyolojik olarak normal bir süreç olmasına karşın kadın yaşamında çok sık yaşanan bir durum değildir. Gebenin kendi ve fetüsün sağlığını yükseltmek için bu yeni duruma özel adaptasyonu gerekir (Lowdermilk ve ark, 2010). Yüksek riskli gebelik ise maternal veya fetal sağlığı tehdit eden, morbidite ve mortaliteyi arttıran, fizyolojik, sosyal ve duygusal boyutları da içeren bir durumdur. Yüksek riskli gebeye verilecek ebelik ve hemşirelik bakımı daha çok ebe ve hemşirenin bağımsız ve işbirliği gerektiren rolleri ile ilgilidir. Perinatal dönemde ebe ve hemşirenin bağımsız rolü, ailenin potansiyel risklerle ilgili tepkisini ve endişelerini tanılamak ve baş etmesine yardım etmektir (Taşkın, 2014).

Dünya Sağlık Örgütü (2003) tarafından geliştirilen, anne ve çocuk sağlığında müdahale ve eylemleri yönlendiren ve rehberlik yapan güvenli annelik paketinde doğum öncesi bakım, anne ve yenidoğan ölümlerinin azaltılmasında temel müdahale olarak yer almaktadır. Doğum öncesi bakımın temel amacı, annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmelerini ve sağlıklı bebeklerin doğmasını sağlamaktır (Sönmez, 2007; Kılıç ve ark, 2007; Mete, 2016). Doğum Öncesi Bakım, Sağlık Bakanlığı'nca çıkarılan “Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi” ile hem nicelik ve hem de nitelik olarak standardize edilmiştir. Bu rehberde her gebenin 14 hafta içinde, 18–24, 30–32 ve 36–38 haftalar arasında olmak üzere 4 kez izlenmesi ve her izlemde yapılması gereken muayene, ölçüm, test ve danışmanlık hizmetleri tanımlanmıştır (Çatak ve ark, 2014; Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, 2014). Doğum öncesi bakımda anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla gerekli muayeneleri yapılarak ve önerilerde bulunularak, bir sağlık personeli tarafından izlenmesi gereklidir (Pirinçci ve ark, 2010; Sütlü ve ark, 2012, Çatak ve ark, 2014)

Doğum sonrası tüm yenidoğanların yaklaşık %10'unda solunumun başlatılması için hafif destek, %1'inde ise daha ciddi resüsitasyon gerekir (Çoban ve İnce, 2012). Doğum salonunda doğuma hazırlık aşamasında, prenatal risk faktörlerinin olup olmadığı ile ilgili bilginin doğum öncesi anneden ya da kadın doğum hekiminden öğrenilmesi, doğum

sırasında veya hemen sonrasında bebekte ortaya çıkabilecek ve acil müdahale gerektirecek problemleri belirleme açısından prenatal öykü alımı önemlidir (Oygür ve ark, 2016). Resüsitasyon gerektiren bebeklerin %70'i yüksek riskli doğumlarla doğan bebeklerdir ve bu bebeklerde perinatal asfiksi riskinin arttığı belirtilmektedir (Dağoğlu ve Samancı, 2008). Yüksek riskli doğumlarda başarılı bir sonuca ulaşmak için kadın doğum ve yenidoğan hekimlerinin, ebe ve hemşirelerinin arasındaki ilişki çok önemlidir. Yüksek riskli durumlar ve uygulanacak girişimler mutlaka bilinmelidir (doğum ağırlığı, gestasyon haftası, ilaç dozlarının hesapları ve endotrakeal tüp numaraları, göbek katateri seçimi gibi) (Çoban ve İnce, 2012).

Doğum salonunda yenidoğanın ilk değerlendirmesinde APGAR skorlaması (kalp tepe atımı, solunum çabası, renk, kas tonüsü, uyarıya cevap, renk) kullanılır. APGAR skorlaması doğumdan sonra birinci, beşinci ve onuncu dakikada ve bazen de yirminci dakikada değerlendirilir (Çoban ve İnce, 2012; Görak ve Samancı, 2008). Birinci ve beşinci dakika APGAR skoru 7-10 arasında olan bebekler, ileri takip gerektirmeyen ve anne yanına verilebilecek sağlıklı bebeklerdir (Oygür ve ark, 2016). APGAR skor birinci dakikaya kadar belirlenemediğinden resüsitasyon için primer belirleyici olarak kullanılmamalıdır. Resüsitasyon için birinci dakikaya kadar beklemek asfiktik bebekte kalıcı hasar ihtimalini arttırır. Değerlendirmede 1.dakika apgar skorunu değil, bebeğin solunum aktivitesi, kalp hızı ve rengi resüsitasyon ihtiyacı için önemli kriterlerdir (Görak ve Samancı, 2008). Fizik muayene bulgusu olmaksızın, sadece düşük apgar skorunun asfiksi tanısı için yeterli olmadığı göz önünde bulundurulmalıdır (Oygür ve ark, 2016; Okumuş, 2015). Doğumdan sonra her yenidoğan değerlendirilmelidir. Bu genellikle ebelerin görevidir, fakat yenidoğan ekibi doğumda varsa bu sorumluluk paylaşılmalı ve özellikle yenidoğan ünitesine alınan bebekler ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmelidir (Kesici, 2012). Doğum salonunda ilk muayane, kabaca ve ciddi bir problemin varlığını saptamak amacıyla yapılır. Muayene bebeğin vital bulguları, boy, kilo ve baş çevresi ölçümleri, genel görünümü, ekstremiteler hareketleri, kalp-akciğer oskültasyonu, doğum travması ve kongenital malformasyonların olup olmadığının değerlendirilmesini içerir (Görak, 2008). Solunum çabası yeterli olan bir bebekte ekstremiteler uçları ve tırnak yataklarındaki siyanoz genellikle, periferik ısıtmanın yetersizliği ile ortaya çıkan vazokontrüksiyona bağlıdır. Bu nedenle hemen oksijen desteğine başlanmamalı, oda oksijeninde solumaya devam etmesi beklenmelidir (Oygür ve ark, 2016).

Yenidoğanın doğumdan hemen sonra ağlaması gerekir. Eğer bebeğin hava yolu mukusla tıkalı ise ağlayamaz ve solunum sıkıntısı gözlenir (Çavuşoğlu, 2011). Bebeğin başı doğar doğmaz öncelikle nazal ve orofaringeal sekresyonlar, puar veya aspirasyon katateri ile kısa süreli aspire edilerek kısmen uzaklaştırılmalıdır (İnce ve Çoban, 2011). Kurulama ve hipoterminin önlenmesinde, term doğan bebekler doğum sonrası, başından başlayarak kuru ve ılık çarşaflarla kurulanmalı, ıslanan çarşaflar bebekten uzaklaştırılmalıdır ya da anne gövdesi üzerine yatırılarak cilt temasının sağlanarak, sırtı ılık çarşafla örtülebilir (Dağoğlu ve Samancı, 2008; Kesici, 2012; Oygür ve ark, 2016). Resüsitasyona ihtiyacı varsa sıcak havlularla kurulanıp sarılmalıdır (Kesici, 2012). Doğum odasının ısı $>26^{\circ}\text{C}$ olmalı, radyant ısıtıcı doğumdan 15-20 dakika önce açılıp ısıtılmalıdır (Gürsoy, 2015; Oygür ve ark, 2016). Bebeğin doğumunun sonrasında göbek kordonunun klemplenme zamanının ertelenmesi doğumda neonatal kan hacmini artırır. Göbek kordonunun klemplenmesi için en uygun zamanlama yapılan birçok çalışmaya rağmen belirsizliğini devam ettirmektedir (Gürsoy, 2015; Bradshaw ve ark, 2015). ILCOR-2015 de ise canlandırma gerektirmeyen tüm term ve prematüre bebeklerde umbilikal kordun 30 saniye sonra klemplenebileceğini ifade etmektedir (Perlman ve ark, 2015). Doğum salonunda amaç, uzun dönem sekelleri engellemek için beyin ve diğer organların yeterli perfüzyonunu sağlamaktır. Canlandırma ve stabilizasyonu takiben, sistemik ve serebral fonksiyonların monitörize edilebileceği bir merkezde izlenmeleri sağlanmalı ve sonraki tedaviler hızla planlamalıdır (Oygür ve ark, 2016).

Sağlıklı neslin temeli bireylerin sağlıklı dünyaya gelmesi ve yaşamını sağlıklı sürdürmesi ile oluşur. Bireyin sağlıklı olmasının temel şartı antenatal, natal ve postnatal dönemlerde yenidoğanın zarar görmemesi ve hipoksiye maruz kalmaması ile ilişkilidir. Perinatal asfiksi, fetal veya neonatal dönemde prenatal, natal veya postnatal faktörlerin etkisiyle oluşan ve hipoksi, hiperkapni ve asidozun eşlik ettiği, önemli mortalite ve uzun vadeli morbiditeye yol açan ciddi bir durumdur (Kardeniz Bilgin ve ark, 2011; Gane ve ark. 2013). Perinatal asfiksinin en ağır sonucu ise hipoksik iskemik ensefalopatidir (Tiwari ve ark, 2014; Okumuş, 2015).

Perinatal asfiksi etyolojisinde fetal veya neonatal gaz alışverişini bozan durumlar mevcuttur. Asfiksiye yol açan beş temel mekanizmaya bakıldığında, umbilikal kan dolaşımının kesintiye uğraması (kordon patolojileri), plasentada gaz değişiminin bozulması (ablasyo plasenta, plasenta previa), plasenta maternal yüzünün yetersiz perfüzyonu

(annenin hipotansiyonu veya hipertansiyonu, anormal uterus kasılmaları), annede oksijenizasyonun bozulması (kardiyovasküler, pulmoner hastalıklar, derin anemi), doğumda akciğer ekspansiyonunun olmaması ve fetal dolaşımın devam etmesi (bebekteki ağır kardiyak ve pulmoner hastalıklar) olarak karşımıza çıkmaktadır (Şahaloğlu, 2012).

Sağlık bakımı sistemi içerisinde önemli bir sağlık çalışanı olan ebe, kadın ve yenidoğan sağlığını korumasında, doğum öncesi gebenin izleminde ve bakımında, doğum eyleminde ve sonrasında önemli sorumlulukları mevcuttur. Kadın ve çocuk sağlığı gelecek neslin sağlıklı olabilmesi için ülkemizde ve Dünya’da sağlık bakım kalitesi içerisinde önemli bir yeri bulunmaktadır. Perinatal asfiksi ile sonuçlanmış doğumların önlenmesi için erken tanı, riskli gebelikler belirlenmeli ve sık izlem yapılmalıdır. Perinatal asfiksi, doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde gerçekleşebilmektedir. Doğum eylemi sırasında olabilecek komplikasyonlar göz önüne alındığında neonatal canlandırmayı yapabilecek bir sağlık çalışanının doğum salonunda bulunması gerekmektedir. Perinatal asfiksi risklerini araştırmak için yapılan olgu kontrol çalışmalarının sonuçlarına bakıldığında doğum öncesi bakım, doğum eyleminin yönetimi, doğum sonu yenidoğana müdahale ve riskli gebeliklerin erken tanınmasının önemi vurgulanmaktadır (Nayeri ve ark, 2012; Gane ve ark, 2013; Aslam ve ark, 2014). Bu da doğum öncesi izlem yapan ebelerin riskli gebelikleri tanınması ve doğum salonunda doğum eylemine yardımcı olan ebelerin neonatal canlandırma programında yer alan basamakları uygulayabilmeleri, yeterli donanımına sahip olmaları büyük önem taşımaktadır. Literatürde bu konuya yönelik yapılan kalitatif bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu gerekçelerden dolayı, araştırmada perinatal asfiksi tanısı almış bebeklerin anneleri ile görüşülerek perinatal dönemde bebek ve annelerine ilişkin öykülerin incelenmesi ve perinatal asfiksi ile ilgili durumların açığa çıkarılması hedeflenmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, perinatal asfiksi nedeniyle tedavi alan bebekler ve annelerinin perinatal öykülerini incelemek ve perinatal asfiksi ile ilgili durumlarını saptamaktır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Perinatal asfiksi tanısı alan bebeklerin ve annelerinin asfiksi ile ilgili antenatal öyküleri nasıldır?
2. Perinatal asfiksi tanısı alan bebeklerin ve annelerinin asfiksi ile ilgili intrapartum öylüleri nasıldır?
3. Perinatal asfiksi tanısı alan bebeklerin ve annelerinin asfiksi ile ilgili postnatal öyküleri nasıldır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Perinatal Asfiksi

Anoksi, çeşitli nedenlere bağlı olarak gelişebilen tam oksijen eksikliği olarak tanımlanır (Şahaloğlu, 2012). Hipoksi, arterial oksijen konsantrasyonunun normalin altında olmasıdır. İskemi ise hücreler ve organlara normal fonksiyonlarını sağlayabilecek kan akımının yetersizliğidir. Perinatal asfiksi veya hipoksik iskemik ensefalopati (HİE), hipoksi ve iskeminin bir arada görüldüğü bir süreç olup; anne, fetus ve plasentadan oluşan biyolojik ünitenin fonksiyonlarının veya postpartum pulmoner gaz değişiminin bozukluğuna bağlı olarak fetus veya yeni doğanda hipoksi, hiperkapni (kanda aşırı karbondioksit bulunması) ve metabolik asidoz ortaya çıkar. Kalp debisinin bozulması, beyin ve diğer organlarda hipoksik-iskemik hasara neden olan azalmış doku perfüzyonu ile sonuçlanır (İncecik, 2014; Çoban ve İnce, 2012; Beken, 2013).

2.1.1. Perinatal Asfiksi İnsidansı

Gelişmiş ülkelerde HİE sıklığı 1-2/1000 term bebek, gelişmekte olan ülkelerde ise 2-13/1000 term bebek civarındadır (Okumuş, 2015; Shah, 2010). Genel olarak 1-2/1000 canlı doğumda HİE geliştiği ve 0.3/1000 canlı doğumda nörolojik sekel görüldüğü bildirilmektedir (Bozkurt, 2016). Gelişmiş ülkelerde HİE gelişenlerde mortalite oranı %15, serebral palsi oranı %10-15, uzun dönemde nörogelişimsel sorunların oranı %40 iken gelişmemiş ülkelerde yıllık 4 milyon neonatal ölümün ¼'ünün perinatal asfiksiye bağlı olduğu bildirilmektedir (Okumuş, 2015).

HİE ülkemizde özellikle de doğu bölgelerinde önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Bu bölgelerde, gebelik takibinin ve perinatal izlem ve bakım merkezlerinin artırılması, bu merkezlere ulaşımındaki sorunların çözülmesi ve transport koşullarının iyileştirilmesi ile HİE belirgin şekilde azaltılabilir (Bozkurt, 2016).

2.1.2. Perinatal Asfiksinin Etiyoloji

Perinatal asfiksinin etiyojijisinde doğuma, anneye, bebeğe ve plasantaya ilişkin durumlar yer almaktadır. Doğumda zorlanma, kordonunun dolanması ve makat doğum gibi durumlara bağlı gelişen perinatal asfiksi, perinatal mortalitenin %20-50'sinden sorumlu tutulmaktadır. Perinatal asfiksinin anneye ait nedenlerini hipertansiyon, eklamsi, kalp hastalığı, ilaç kullanımı, şeker hastalığı ve ileri yaşı oluşturmaktadır. Perinatal asfiksinin fetal ve neonatal nedenleri ise prematüre doğum, dolaşım bozukluğu, anemi, enfeksiyon, pulmoner hipertansiyon, septik şok, çoğul gebelikler, ağır akciğer hastalığı ve doğumsal kalp hastalığıdır. Plasental faktörlerdeyse infarkt, fibroz abruptio plasenta, hidrops, umbilikal kordun hasarı, umbilikal damarlardaki anomaliler olarak sıralanabilir (Bozkurt, 2016; Ovalı ve Gürsoy, 2014).

2.1.3. Perinatal Asfiksinin Patofizyoloji

Perinatal asfiksinin patofizyolojijisinde yer alan primer durum, plasentada yetersiz gaz değişimi veya postnatal olaylar nedeniyle pulmoner düzeyde ventilasyonun bozulmasıdır. Bunun sonucunda oksijen ve karbondioksit değişimi bozulmakta ve arteryel hipoksemi, hiperkarbi ve asidoz gelişmektedir (Akısü ve ark, 2018). Antepartum dönemde gelişen neonatal ensefalopati annedeki tiroid hastalığı neonatal, üçüncü trimesterde uzamış plasental yetersizlik sonucunda gelişebilir. Plasental yetersizlik, serebral kortekste ciddi gliozise ve subkortikal beyaz cevherde miyelinizasyon azalmasına neden olarak neonatal beyin hasarına neden olmaktadır (Çoban ve İnce, 2012). İntrapartum ve erken postpartum döneminde, perinatal asfiksi umbilikal dolaşımın kesilmesi, maternal plasentanın yetersiz perfüzyonu, maternal ve fetal oksijenasyonunun veya perfüzyon bozulması, yenidoğanın akciğer havalanmasının sağlanamaması ve kardiyopulmoner adaptasyonun gerçekleştirilememesine bağlı gelişebilir (Çoban ve İnce, 2012; Ovalı ve Gürsoy, 2014).

Matür fetüs, asfiksiye yanıt olarak kan akımını kalp, beyin ve adrenallere gibi hayati organlara yönlendirerek yeterli oksijen ve besin sağlamaya çalışır. Uzamış asidoz ve hiperkarpi hücrel hasar ve nekroz geliştirerek serebrovasküler otoreğülasyonun bozulmasına neden olmaktadır. Anormal enerji metabolizmasının ve adenosin trifosfat seviyelerinin düşüklüğünün (primer enerji eksikliği) devam etmesi, nöronal bozulmaya ve

hücre ölümüne neden olur (Çoban ve İnce, 2012). Hipoksik-iskemik hasarın neden olduğu ensefalopati ve nöron ölümü iki fazda gerçekleşmektedir. Bunlar (Okumuş, 2015; Beken, 2013);

➤ Primer nöron ölümü ya da primer enerji yetmezliği sonucu gelişen nekrotik hücre ölümü olarak adlandırılan bu faz, hipoksik hasar sırasında veya kısa süre sonrasında ortaya çıkmaktadır.

➤ Sekonder veya gecikmiş nöron ölümü olarak adlandırılan ikinci faz ise hipoksik-iskemik hasardan saatler veya günler sonra (6-72 saat) ortaya çıkar.

2.1.4. Perinatal Asfikside Klinik Bulgular

Term yenidoğanlarda asfiksiyi takiben santral sinir sisteminde ilk olarak görülen bulgular şöyledir, konvülziyonlar, apne, anormal solunum şekli, huzursuzluk, postür ve hareket bozuklukları, anormal okülomatör ve pupiller cevap, yaygın hipotoni ve ön fontonelde bombeliktir. Perinatal asfiksinin en önemli sonucu ensefalopati tablosu olduğundan ilk olarak, nörolojik bulguların değerlendirilmesi önemlidir (Gane ve ark, 2013).

Hipoksik iskemik ensefalopatinin kliniği, asfiktik etkilenmenin süresi ve ciddiyeti ile ilişkilidir. Sarnat'ın, 1976 yılında yaptıkları ve halen kullanılan sınıflamada hayatın ilk 72 saatinde ortaya çıkan çeşitli nörolojik bulgulara göre evreler belirtilmiştir (Çoban ve İnce, 2012; Okumuş, 2015; Sarnat ve Sarnat, 1976).

Hastaların klinik bulguları hipoksik iskemi olayın derecesine ve süresine göre hafiften ağıra değişkenlik gösterir. Bunlar (Beken, 2013; İncecik, 2014; Okumuş, 2015);

✓ Evre I (Hafif HİE): Sıklıkla normal sonuçlanır. Hipotoni artan iritabilite ile birlikte emmemeyi içerir, 3 günden sonra iyileşir. Bu bebekler genellikle hiperallerjiktir, aç görünürler, ancak kötü beslenme ve hafif uyaranlara şiddetli cevap gösterirler.

✓ Evre II (Orta HİE): Serebral palsiyi de içeren motor ve kognitif anormallik riski artmıştır (%20-40).çok belirgin tönüs anormallikleri, belirgin letarji ve genellikle beslenme iteği eksikliğini içermektedir. Nöbetler sıklıkla 12-24 saat sonra gelişir, ancak şiddetli değildir.

✓ Evre III (Ağır HİE): Bu bebekler başlangıçta normal nefes alırlar, ancak hızla komaya girerler ve ventilasyon desteği gerekebilir. Bu anda belirgin hipotoniktir ve genellikle sık, kontrolü zor olan birden fazla nöbete sahiptirler. Ölüm oranı %75, sağ kurtulanların %100'ünde nörolojik sekel görülür.

2.1.5. Perinatal Asfikside Tanı

Perinatal asfiksinin tanısının koyulmasında detaylı anne ve aile öyküsünün alınması, plasentanın incelenmesi ve detaylı bir yenidoğan fizik muayenesi temeldir. Tanı koyulabilmesi için bazı kriterler belirlenmiştir, Bunlar; fetal distres bulguları, doğumda en az 5 dk pozitif basınçlı ventilasyon uygulanmış olması, 5. dk APGAR'ın <5 olması, kord kan gazında $pH < 7.0$ veya $BE < -12$ mmol/L olması, neonatal ensefalopati bulguları, multiorgan yetmezliği ve EEG (elektroensefalografi) bozukluğu olarak sıralanmaktadır (Bozkurt, 2016).

Tanı için klinik bulguların ötesinde Sarnat ve Sarnat evrelemesi ve Thompson skorlamasıda yaygın olarak kullanılan bir sistemidir. Bu sistemlerde puanlama yapılarak bebeğin aldığı puana veya evrelemeye göre yenidoğanın uzun dönem sonuçları ile ilgili klinik öngörü sağlayabilirler. Tanı koyulabilmesi için ek biyomarkerlarla ilgili literatür de çok fazla yayın mevcuttur fakat tanıyı desteklemek için herhangi bir belirteç rutin olarak önerilmemektedir (Thomson; 1997, Çoban ve İnce, 2012; Okumuş 2015; Akısü ve ark, 2018).

2.1.6. Perinatal Asfikside Tedavi

Hipoksik iskemik ensefalopatinin özgün bir tedavisi olmamakla birlikte önemli olan HİE gelişimini önlemek ve HİE açısından riskli yenidoğanları en kısa sürede belirleyip tedaviye başlamaktır. HİE'nin tedavisinde destekleyici ve nöroprotektif tedaviler olarak iki şekilde yapılabilmektedir (Öncel ve ark, 2012; Çoban ve İnce, 2012).

Doğum odasında başlayan respiratuvar destek, kardiyovasküler destek, sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması, nutrisyonel destek ve konvulsiyonların tedavisi destekleyici tedaviler olarak sıralanmaktadır. HİE'ye sıklıkla DİK, kanama, anemi, trombositopenide

eşlik edebilmektedir. Destekleyici tedaviler dışında gelişebilecek komplikasyonlarda göz önünde bulundurularak tedavide bir yol belirlenmelidir (Tekin, 2011; Okumuş, 2015; Çoban ve İnce, 2012). Nöroprotektif tedavilerde ise NMDA reseptör antagonistleri, nitrik oksit antagonistleri, magnezyum sülfat, antioksidanlar (Allopurinol, deferoksamin, indometazin, N-Asetil Sistein) Xenon, apopitozu önleyici tedaviler (Minosiklin, büyüme faktörleri (Eritropoietin) ve hipotermi tedavisi kullanılmaktadır. Asfiktik bebekte etkinliği kanıtlanmış tek nöroprotektif tedavi yöntemi ise hipotermidir (Ovalı ve Gürsoy, 2014; Okumuş, 2015). Yenidoğanlarda hipoksik-iskemik olayları azaltacak obstetrik bakımdaki gelişmelere rağmen, HİE insidansında kaydadeğer bir düşüş izlenmemiştir. Bu yüzden bu konuda yapılan çalışmaların büyük kısmı, ortaya çıkan hipoksik-iskemik olayın neden olacağı hasarları azaltmak üzerine yoğunlaşmıştır (Okumuş, 2015; Çoban ve İnce, 2012). Geçmişte HİE' li yenidoğanlara uygulanan tedavi seçenekleri standart tedavi yöntemleri (örnek; antiepileptik tedaviler, solunum desteği, vs.) ve normoterminin devamı ile sınırlıyken, günümüzde hipotermi tedavisi, HİE'li yenidoğanların tedavisinde etkinliği kanıtlanmış "standart" bir uygulama haline gelerek vakalarda morbidite ve mortaliteyi düşürmek için kullanılan en etkili tedavi şeklidir (Shankaran, 2015; Okumuş, 2015). Teknik donanımı olan merkezlerde önerilen tedavi protokollerine göre uygulanması, donanımın olmadığı merkezlerde ise ilk stabilizasyondan sonra mümkünse tedavinin uygulanabileceği bir merkeze sevk edilmesi mortalite ve morbiditenin düşürülmesi açısından önemlidir (Akısü ve ark, 2018; Okumuş, 2015; Özkan ve Üst, 2016).

Terapötik hipotermi, vücut sıcaklığının belli sınırlarda ve belli bir süre tutularak beyin dokusunu soğutmanın nöroprotektif etkisinden yararlanılarak yapılan tedavidir. Hipotermi uygulaması aktif ve pasif hipotermi olarak iki şekilde uygulanabilmektedir. HİE'li yenidoğanın soğuk jel pedleri, dondurulmuş kalıp ve benzeri aküler gibi yardımcı aletlerin yardımı ile yapılmasına veya radyan ısıtıcı ve açık yatak gibi cihazların kapatılarak uygulanan tedaviye pasif hipotermi denilmektedir. Tedavi amaçlı oluşturulmuş cihaz yardımı ile hipotermi uygulanmasına ise tıp literatüründe terapötik hipotermi veya aktif soğutma olarak bilinmektedir. Bazı kaynaklarda 'cooling' soğutma bazılarında ise 'hypothermia' olarak kullanılmaktadır. Hipotermi cihazında yenidoğanın vücut sıcaklığına göre kendi ısı seviyelerini değiştirerek çalışabiliyorsa buna servo-kontrollü soğutma tedavisi denilmektedir. Vücut sıcaklığındaki her 1°C'lik azalma beyin metabolizmasında %6-10'luk bir düşüşe sebep olmaktadır bu sebeple hipotermi tedavisinin uygulanabilirliği

beyin etkilenmesinin şiddeti ve yenidoğanın genetik özelliklerine göre değişebilir (Azzopardi, 2000; Okumuş, 2015; Bozkurt, 2016; Akısü ve ark, 2018).

2.1.7. Perinatal Hipoksinin Erken ve Geç Dönem Sonuçları

HİE'li bebeklerde gelişen erken ve geç dönem sonuçları ciddi problemler olarak karşımıza çıkmaktadır. Perinatal ve neonatal bakımdaki gelişmeler, yenidoğan ölüm oranlarındaki azalma ve uzun dönemli prognozda ciddi gelişmelere rağmen, HİE, yenidoğanlarda ölüm, erken dönemde akut nörolojik hasar ve uzun dönemdeki ciddi nörogelişimsel hasarların hala önemli bir nedenidir (Okumuş, 2015).

Asfiksini devamı halinde, miyokard perfüzyonun bozulmasıyla kardiyak output düşürerek hipotansiyona sebep olur ve serebral kan akımı ilk olarak ön beyinde, sonrasında beyin sapında azalır. Perinatal hipoksi-iskemi sonucu infantların %82 sinde santral sinir sistemi (SSS) tutulumu olmaktadır ve SSS hariç en az 3 organ sisteminde oluşan işlev bozukluğu multi-organdisfonksiyonu (MOD) olarak tanımlanır. MOD sebebiyle yenidoğan hayatını kaybetmese bile, hayatının devamında ağır nörolojik sekellere yol açmaktadır. Organ tutulumlarının klinik göstergeleri aşağıdaki gibi sıralanabilir (Şahaloğlu, 2012; Okumuş, 2015):

- Pulmoner hipertansiyon, persistan fetal dolaşım,
- Kardiyomiyopati, konjestif kalp yetmezliği, hipotansiyon,
- Nekrozitan enterokolit, karaciğer enzim yükseklikleri, PT ve PTT' de uzama,
- Dissemine intravasküler koagülopati,
- Hipoglisemi, hipokalsemi ve
- Akut tübüler nekroz, oligüri, akut böbrek yetmezliği.

Beyin hasarının tipi bebeğin gestasyon yaşıyla ilgilidir. Miad yenidoğanda, selektif nöronal nekroz, parietookspital bölgede dominant parasagittal serebral hasar, fokal-multifokal infarktlar, status marmaratus olarak görülmektedir (Şahaloğlu, 2012; Okumuş, 2015). Skorlamalara göre beş günden az süren evre 2 HİE ve evre 1 HİE'de nörolojik

gelişim normalken, beş günden fazla devam eden evre 2 ve evre 3 HİE motor-mental gerilik ve konvülsiyonlara sebep olmaktadır. Ciddi nörolojik sekeller akut dönemdeki serebral hasar tipine bağlıdır. Selektif nöronal nekroz ve parasagittal serebral hasar kolların daha zayıf olduğu spastik quadriparezi tipinde serebral palsy, algı bozukluğu ve epilepsiye; status marmoratus kore, atetoz ve distoniye; periventriküler lökomalazi ise spastik diplejik veya daha ağır türlerde körlükle birlikte spastik quadriplejik serebral palsyye sebep olmaktadır (Çoban ve İnce, 2012). Sebebi bilinmeyen çoğu serebral palsy olgusunda öykü geriye dönük tarandığında perinatal hipoksi ile karşılaşmıştır (Kulak ve ark, 2010). Uzun dönemdeki ağır nörolojik bozukluklarla bağlantılı risk faktörleri aşağıda sıralandığı gibidir (Şahaloğlu, 2012):

- Neonatal konvülsiyonlar,
- İnteriktal EEG anomalileri,
- Kraniyal USG’de ağır periventriküler intraparakimal ekodansiteler, kist oluşumu ve
- MR görüntülemelerde bazal ganglion hemorajisi, periventriküler lökomalazi, multistik ensefalomalazi.

Santral sinir sistemi etkilenen bebeklerde, nörogelişimsel bozukluklar, nöromotor gerilik (SP), epilepsi, davranış bozukluğu, konuşma bozukluğu ve güçlüğü, görme ve işitme kaybı, okul başarısızlığı, öğrenme güçlüğü, gelişme geriliği ile ilerleyen dönemlerinde karşılaşmaktadır (Tekin, 2011; Çoban ve İnce, 2012; Okumuş, 2015; İncecik, 2014). HİE tanısıyla tedavi edilmiş, ancak yenidoğan dönemindeki MRI incelemeleri olağan olan ve iki yaşındayken belirgin motor sorunlar yaşamayan çocuklarda okul döneminde öğrenme–yazma becerileriyle ilgili ciddi sorunlar olduğu belirtilmektedir (Eren ve Gökçay, 2017).

Yenidoğan bakımındaki ilerlemeler yeni görüntüleme yöntemleri ile beyin gelişimi esnasındaki zedelenmenin daha iyi anlaşılması sonucunda 2005 yılında ise Uluslararası SP Komitesi tarafından ortak görüş belirlenmiş ve SP “fetal veya infant beyni gelişimi sırasında ortaya çıkan bir bozukluğun yol açtığı, vücudun hareket ve duruşunu (postür) olumsuz etkileyerek aktivitenin sınırlandırılmasına neden olan progresif olmayan motor bozukluk” olarak tanımlanmıştır (Avşar ve ark, 2009; Pekşen Akça, 2015).

Tablo 1. Prenatal/intrapartum risk oluşturan maternal durumlar ve yenidoğana etkisi

Prenatal riskler	Yenidoğana etkisi
Maternal diyabet	Hipoglisemi, hipokalsemi, makrozomi, kardiyompati
Rh uygunsuzluğu	Anemik, hidropik doğum
İntrauterin hareket azlığı	Hipotonik bebek
Preeklampsi-eklampsi	Prematüre doğum, hipoksik doğum
Çoğul gebelikler	Prematüre doğum, İUGG, hipoksik doğum
Postterm doğum	Doğum travması, hipoksik doğum, MAS
Polihidroamnioz	Ösefagus atrezisi
Oligohidroamnioz	Renal anormallikler, akciğer hipoplazisi
Erken membran rüptürü	Erken sepsis
Anne yaşı <19 veya >35 yıl	İUGG, kromozom bozuklukları, hipoksik doğum
Fetal ultrasonografide önemli fetal malformasyonlar veya doğumsal kalp anomalisi varlığı	Hipoksik doğum, apneik, dispneik veya hipotonik bebek, aritmik yenidoğan
Takipsiz gebelik	Her şey olabilir
Fetal bradikardi	Hipoksik doğum
Fetal ultrasonografide mekonyum görülmesi	Hipoksik doğum, MAS
Annede koryoamniyotisi	Prematüre doğum, erken sepsis, fetal inflamatuvar cevap
İntrapartum riskler	Yenidoğana etkisi
Hızlı gerçekleşen doğum	İntrakraniyal kanama
Kordon sarkması, dolanması	Hipoksik doğum
Erken plasental ayrılma	Hipoksik doğum, prematüre doğum
Ani gelişen fetal bradikardi (<60/dk)	Hipoksik doğum
Forseps/vakumlu doğum	Doğum travması, sefal hematoma, kaput suksadanum
Maternal ateş	Fetal taşikardi, doğumda solunum depresyonu
Doğumdan 4 saat önce anneye narkotik analjezik verilmesi	Solunum çabası olmayan ve deprese doğan bebek

2.2. Doğum Öncesi Bakım, Eğitim ve Perinatal Asfiksi ile İlişkisi

Neonatal ölümlere ve ağır nörolojik sekellere sebep olan perinatal hipoksinin etkisinin azaltılabilmesi için yüksek riskli fetüsün önceden belirlenip optimal obstetrik yaklaşımla olay önlenmeye çalışılmalıdır. Perinatal asfiksisinin önlenmesinde doğum öncesi bakımın önemi yapılan çalışmalarda belirtilmektedir. Doğum öncesi bakım (DÖB) tarihsel süreç içerisinde gebenin fizyolojik ve psikolojik olarak doğuma hazırlanması kendisine ve bebeğine fayda sağlamıştır. DÖB ilk kez Boston'da yirminci yüzyılın ilk yarısında Boston Hemşire Birliği'nin gebe kadınların sağlığına katkı sağlamak amacı ile Boston Lying-In

Hastanesi'nde kayıtlı gebelere ev ziyaretleri yapmaya başlamışlar ve büyük başarı elde etmişlerdir. Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası (1961 yılında kabul edilen 224 sayılı yasa) ile DÖB hizmetleri sağlık ocağı ebeleri tarafından tüm topluma ulaştırılması amaçlanmıştır. Bu yasa koruyucu sağlık hizmetleri altında özellikle kadın anne-çocuk sağlığını koruma yönünden çok önemlidir (Sönmez, 2007; Doğan Pekince ve Ertem, 2016)

Gebelik ve doğum bir hastalık olarak adlandırılmaz fakat bu gebe kadının sağlık bakım ihtiyacı olmadığı göstermez. Gebelik, kadınların hayatında çok sık yaşanmasada biyolojik olarak normal bir süreçtir ve gebenin bu yeni duruma adaptasyonu gerekir (Doğan Pekince ve Ertem, 2016). DÖB amacı annenin gebelikte yaşayacağı değişimleri izlemek yaşanabilecek sorunları erkenden fark etmek, anne ve bebeğin sağlığının korunması ve geliştirilmesi sağlayarak maternal, fetal ve neonatal mortalite ve morbiditeyi en aza indirmektir (Mete, 2016; Taşkın, 2014)

Sağlıklı yeni nesiller yetiştirebilmek öncelikli olarak sağlıklı bir gebelik ve doğum süreci ile mümkündür. Doğum öncesi bakım bir sağlık personeli tarafından anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla gerekli muayeneleri yapılarak ve tavsiyelerde bulunarak, izlenmesidir (Pirinçci ve ark, 2010). Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen, anne ve çocuk sağlığında müdahale ve eylemleri yönlendiren ve rehberlik yapan güvenli annelik paketinde; doğum öncesi bakım, anne ve yeni doğan ölümlerinin azaltılmasında temel müdahale olarak yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı Güvenli Annelik Paketi, 2009; Çetinkaya ve Sevil, 2016). “Doğum Öncesi Bakım İzlem Protokolü” (2008/13 sayılı genelgeyle uygulamaya konulan) bilim komisyonu tarafından ulusal ve uluslar arası güncel bilgileri rehberliğinde revize edilmiş ve bu protokole göre her gebenin standartlar halinde en az dört kez doğum öncesi izlemi yapılmalıdır (Kömürcü ve Merih, 2012). Düzenli sağlık kontrollerine gidilmesi, normal gebelik süreci ve oluşabilecek gebelik komplikasyonlarının bilinmesi ve bilginin doğru kaynaktan alınması gibi faktörler de gebelik sürecinin kalitesini etkilemektedir ve son derece önemlidir. DÖB' da izlemin kaliteli olması gebenin düzenli olarak tartılması, kan basıncının takip edilmesi, kan tahlillerinin yapılması anne ve bebekte oluşabilecek sağlık problemlerinin önceden belirlenmesine yardımcı olarak erken önlem alınmasını sağlayacaktır (Pirinçci ve ark, 2010; Doğan Pekince ve Ertem, 2016; Taşkın, 2014). Bu da bize riskli gebeliklerin erken belirlenerek yenidoğan sağlığıyla ilgili faktörleri önceden tanılamamıza yardımcı olacaktır.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2013) verilerine göre ülke genelinde gebelerin antenatal bakım hizmeti almaları önceki yıllara göre artmış ve yaygınlaşmaya devam etmektedir. Doğum öncesi bakımın yeterliliğine yönelik daha çok niceliksel değerlendirmeler yapılmakta niteliksel yönü çoğu zaman göz ardı edilmektedir. Niceliksel değerlendirme için yaygın olarak kullanılan Kessner ve Kotelchuck (1994) tarafından geliştirilen iki ölçüt bulunmaktadır. Bu ölçeklerin ülkemizde kullanılabilirliği mevcut değildir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'nde (2014) doğum öncesi izlem sayısı 14, gebelik haftasında başlayarak toplamda 4 izlemdir. Rehberde bulunan gebeliğin risk değerlendirme formundaki kriterlerden birine bile “evet” cevabı verilir ise, mutlaka kadın doğum uzmanı bulunan bir sağlık kuruluşuna sevk edilerek uzman hekimin değerlendirmesi sonucu önerisi doğrultusunda izlemler, birinci veya ikinci basamakta devam ettirilir. Gebenin izlemi birinci ve ikinci basamağın koordineli çalışması ile sürdürülür ve gerekirse izlem sayısı arttırılabilir.

Doğum öncesi bakım ile riskli gebeliklerin tanınması ebe ve hemşire görevidir. Gebelerin %20-30'u, yenidoğanların %10-20 si riskli durumlarla karşı karşıya kalmaktadır ve bu riskli durumlar anne ve bebeğin sağlığını ve hayatını tehdit etmeden kontrol altına alınmalıdır (Çoban, 2016; Kömürcü ve Doğan Merih, 2012). Riskli gebeliklere sebep olan faktörlerin anne üzerine etkileri ve fetüse olan etkileri fetal sağlığı tehdit etmekte ve perinatal asfiksi ile sonuçlanabilmektedir.

Gebelikte risk faktörleri aşağıdaki şekilde gruplandırılabilir (Taşkın, 2014);

- Düşük sosyo-ekonomik düzeyde olma,
- Anne yaşı,
- Doğum sayısı,
- Doğum sıklığı,
- Beslenme yetersizliği,
- Alkol ve tütün kullanımı,
- Kronik sistemik hastalığı olma,

- Önceki gebeliklerde veya şimdiki gebeliğinde komplikasyon öyküsü verme (pre-eklempi, prematürite, intrauterin ölüm, zor doğum eylemi, kanama, EMR (erken membrane rüptürü), polihidroamnios gibi,

- Gebeliğin ilk 3 ayında viral enfeksiyon ve

- İstenmeyen gebelikler

Yüksek riskli gebeye verilecek sağlık bakımı daha çok hemşirenin bağımsız ve işbirliği gerektiren rolleri ile ilgilidir. Perinatal dönemde ebeveyn ve hemşirenin bağımsız rolü, ailenin potansiyel risklerle ilgili tepkisini ve endişelerini tanılamak ve tedavi etmektir (Kömürcü ve Doğan Merih, 2012). Riskli gebelikler; Uteroservikal anomaliler, akut plasental ablasyon, ciddi oligohidroamnios, preeklampsi, diabetes mellitus, intrauterin enfeksiyonlar en önemli nedenler sıklık %10-20 olarak bildirilmiştir (Kavuncuoğlu ve ark, 2010).

Riskli gebeliğin izleminde gebelik, doğum eylemi ve lohusalık esnasındaki komplikasyonlar, gelişmekte olan ülkelerde üreme yaşındaki kadınlar arasında önde gelen ölüm ve sakatlık nedenidir (Sağlık Bakanlığı Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi, 2014). Dünyada her yıl 210 milyon kadın gebe kalmakta bunların 6 milyonu perinatal ölüm, 600 bin anne ölümü olmakta, 8 milyon kadında da gebelik nedeniyle hayati komplikasyonlar meydana gelmekte ve çok daha fazla kadında ise gebelik nedeniyle kronik hastalık ve sakatlık meydana gelmektedir (Çetinkaya Ve Sevil, 2016).

Bakanlığımızca yürütülen “Riskli Gebeliklerin Önlenmesi Programı” kapsamında Ülke genelinde anne ölümlerine sebep olan yüksek riskli durumların yönetilmesinde kaliteli, standart, güvenli, nitelikli hizmet sunulması ve uygulanmasıyla Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi hazırlanmıştır. Rehber; Gebelikte Venöz Tromboembolizm Yönetimi Rehberi, Gebelik ve Kardiyovasküler Hastalıklar Yönetim Rehberi, Epileptik Gebe Yönetim Rehberi, Diyabetik Gebe Yönetim Rehberi, Astımlı Gebe Yönetim Rehberinden oluşmaktadır (Sağlık Bakanlığı Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi, 2014).

2.3. Doğum Eylemi ve Fetal Distresin Asfiksiyle İlişkili Durumları

Doğum eylemi, son menstural periyoddan 40 hafta sonra, gebelik ürünü olan fetüs ve eklerinin uterusun dış ortamına atıldığı bir süreçtir. Normal bir doğum eylemi, uterusun daha fazla büyümediği ve fetüsün dış ortamda yaşayabilecek olgunluğa eriştiği bir zamanda gerçekleşir. Doğum kanalı, doğum objesi, doğum eyleminin gerçekleşmesini sağlayan güçler ve annenin psikososyal durumu doğum eyleminde rol alan önemli etkenlerdir (Taşkın, 2014; Özçerezci Güner ve Kavlak, 2016). Bu etkenlerden herhangi birinin veya birkaçının işlevlerinde bir anormallik yada yetersizlik varsa, eylem normalden sapar.

Annenin doğuma fiziksel ve ruhsal olarak hazırlanması eylemin en önemli aşamalarından biridir ve bu süreç tamamen hemşire ve ebebağimsız fonksiyonlarını içermektedir (Taşkın, 2014). Prenatal risk faktörlerinin olup olmadığı ile ilgili bilginin doğum öncesi anneden ya da kadın doğum hekiminden öğrenilmesi, doğum eyleminde veya hemen sonrasında yenidoğanda ortaya çıkabilecek ve acil müdahale gerektirecek sorunları belirleme açısından prenatal öykü önemlidir. Prenatal öyküde risk faktörü bulunmasada doğumda veya hemen sonrasında bebeğe acil müdahale gerektirecek problemler ortaya çıkabilir. Bu sebeple doğum ekibinde yenidoğan canlandırmasının başlangıç basamaklarını uygulayabilecek bir sağlık çalışanının olması gereklidir (Oygür ve Önal, 2016; Ekti Genç, 2018; Kirimi, 2012).

Postpartum hemoraji ve sepsis maternal ölümlerin en sık nedeni olmasına rağmen, %70 oranında katkıda bulunan faktör zor doğum eylemidir (distosi) (Demirgöz Bal, 2017). Doğum eyleminin normalden saptığı durumlar distosi olarak tanımlanmaktadır. Distosiler tüm gebeliklerin yaklaşık olarak %8 inde ortaya çıkmakta ve bu distosilerin %31 inde sezeryana başvurulduğu belirtilmektedir. Distosi 4 faktöre göre sınıflandırılmıştır (Taşkın, 2014; Berkiten Ergin, 2016);

-Uterus kontraksiyonlarına ait distosi; Normal bir kontraksiyon sırasında uterusu giden kan akımı düşer fakat istirahat periyodunda, düşen kan akımı normale dönerek fetusta hipoksi gelişmesi engeller. Hipertonik kontraksiyonda istirahat periyodu kısa olduğu için, fetal kan akımının normale dönemez ve bu durum hipoksiye sebep olarak fetal distres gelişir. Hipertonik kontraksiyonlarda anne ve fetus devamlı olarak izlenmelidir. Fetal kalp atımlarının aralıksız değerlendirilmesi, olası komplikasyonların erken teşhisini sağlar. Uterus kontraksiyonlarının sıklığı, süresi, yoğunluğu, hemşire ya da ebe tarafından

izlenir. Doğum eyleminin üç saatten kısa sürede gerçekleşmesi, hızlı eylem olarak tanımlanır. Sık ve yoğun kontraksiyonlar nedeni ile fetusta hipoksi gelişebilir. Eğer anne dokularında rezistans var ise kuvvetli kontraksiyonlar ile fetal başta travma olabilir (Çayan, 2014).

-Doğum objesine ait distosi; fetusun pozisyonu, prezente olan fetüs kısmının anne pelvisi ile olan ilişkisini gösterir. Normal pozisyon, fetüs başı, çene göğse değecek kadar tamamen fleksiyondadır ve fetüs başının tanılanmış noktası olan oksiput, anne pelvisinin sağ yada sol ön kadranıdadır. Pozisyon bozukluğu, sefalo pelvik uyumsuzluk olduğunda yada pevis girimindeki bir anomali sonucu gelişir. En çok görülen pozisyon bozukluğu ‘oksiput posterior’ ve ‘oksiput transfer’ pozisyonlardır. Bu iki pozisyonlarda eylemin uzun sürmesine ve zor olmasına bağlı fetüste asfiksi gelişebilir (Güngör ve Oskay, 2015).

-Doğum kanalı-kemik pelvise ait distosi, iri fetüs yada fetal makrosomi doğum sürecinde travmalarla ilgili infant mortalite oranının %13 olduğu tahmin edilmektedir. Serebral ödem, nörolojik hasar, hipoksi ve asfiksi, zor ve uzun doğum eylemine bağlı olarak fetusun karşılaşacağı risklerdir. Pelvik distosi ile ilgili olarak fetal baş incinmelere maruz kalabilir. Fetus başının doğum kanalından geçmek için aşırı baskı altında kalmasına bağlı şekil bozukluğu, kafatası kırıkları, kanama ve nörolojik problemler ve umbilikal kord prolapsusuna bağlı asfiksi ortaya çıkabilir (Berkiten Ergin, 2016).

-Annenin psikoloji ile ilgili distosi; psikoloji eylemi etkileyen güçlü bir faktördür. Normal koşullarda bile intrapartum periyod, stresin yükseldiği bir dönemdir. Yüksek riskli intrapartum periyoda olan anne, gelişimsel ve durumsal krizler yaşayabilir. Yüksek riskli bir eylemde bir çok faktör annenin psikolojisini etkiler. Annenin problemi nasıl algıladığı, baş etme mekanizmaları, kullandığı destek sistemleri, korkusu, anksiyetesi, benlik algısı ve doğuma hazır oluşu bu faktörlerden birkaçıdır (Taşkın, 2014).

Fetal distres, oksijen yetersizliğine bağlı fetüste asidoz tablosunun gelişmesine, solunum durması (asfiksi) tablosu gösteren fetüsün yaşamının tehlikede olduğunu yansıtan durumdur. Fetal kalp hızında yavaşlama, düzensizlik, fetüsün aşırı hareketliliği ve amniyotik sıvıda mekonyum görülmesi en önemli belirtisidir (Taşkın 2014). Normalde fetüs intrauterin hayatta gelişmesini oksidatif olaylar ile gerçekleştirir. Oksijen yetersizliği geliştiğinde, fetal metabolizmada anaerobik glikozis gelişir ve bu sonucunda laktik asit açığa çıkarak fetusta metabolik asidoz görülür. Oksijen yetersizliği kompanse etmek için

fetüsün kalp ritmi ve hızında değişiklikler ortaya çıkar. Bu nedenle fetusun intrauterin sağlığının değerlendirilmesindeki en önemli yöntem fetal kalp hızının (FKH) izlenmesidir. Fetüste hipoksi gelişmesine neden olan en önemli faktörlerden biri eylemin zor ve uzun geçmesidir. Böyle bir eylemde fetusun sürekli izlenmesi ve değerlendirilmesi normal bir eylemden daha çok önem taşır (Taşkın 2014; Arslan, 2012; Artunç Ülkümen ve ark, 2014).

Non-stress testi (NST), elektronik fetal monitör ile fetüsün kalp atımı ve hareketleri izlenerek aralarındaki ilişki ile fetal durumun değerlendirilmesidir. NST, fetal sağlığın değerlendirilmesinde en çok kullanılan testlerdendir. Sağlıklı bir fetüs gebelik süresince hareketlidir ve her fetal hareket ile kalp atımında hızlanma olur. Bu durum intrauterin hipoksi ile etkilenmemiş, santral ve otonomik sinir sisteminin bütünlüğüne işaret eder. NST özellikle gebeliğin son aylarında bebeğin sağlığını gösterdiği gibi doğum sırasındaki monitorizasyonda son derece önemlidir. Özellikle gebenin fetal hareketlerde azalma olduğunu belirttiği durumlarda, kasılmaların varlığından şüphelenildiği anlarda kullanıldığında oldukça değerli bilgiler sağlar. Bu şekilde bebeğin içerde sıkıntıda olup olmadığı indirekt olarak anlaşılabilir (Özbaşaran, 2016; Alp Dal ve Ertem, 2016; Yazıcı, 2016). Fetal kalp hızının değerlendirilmesinde fetal taşikardi, fetal bradikardi ve geç deselerasyonlar bebeğin hipokside olabileceğini işaret eder ve dikkatle değerlendirilmelidir (Dereli Yılmaz, 2017).

Elektronik Fetal Monitörizasyonun (EFM) pozitif ve negatif yönleri değerlendirildiğinde EFM nin hipoksik bir fetüsü tanımlayabilir ve erken müdahale ile doğuma katkı sağlar. EFM' nin yenidoğan nöbetlerinde azalma ile ilişkisi vardır, ancak SP, infant ölümleri ve yenidoğanın diğer iyilik göstergelerinde standartlarını azaltmamaktadır (Aktaş, 2018).

Anneye fetal hareketleri 18. gebelik haftası civarında hissedebileceği ve bu hareketlerin günden güne kuvvetleneceği ile ilgili bilgi verilir. Fetüsün hareketlerindeki azalma ve durma fetal sağlık açısından önemlidir ve değerlendirilmesi gereklidir. Normal hareket sayısı her fetüste değişmekle birlikte sağlıklı bir fetüs 3 saat içinde en az 10 kez hareket eder. 28. Gebelik haftasında olan bir anneye her gün aynı saatte bebeğin hareketlerini 10'a kadar sayması söylenir. Bu yöntem 10'a kadar sayma yöntemi olarak adlandırılır ve bize fetüsün sağlığıyla ilgili olumlu bilgi verir (Taşkın, 2014; Özbaşaran, 2016). Sağlıklı bir gebelikte fetüsün 1 saat içinde anne tarafından hissedilen ve hissedilemeyen hareket sayısı 20-50 civarındadır. Bu hareketlerdeki azalma fetal sağlığın

tehlikede olduğunun ilk işareti olabilir ancak bebeğin uykuda olabileceğide unutulmamalı ve gebeye bu bilgi vurgulanmalıdır (Kömürcü ve Doğan Merih, 2012). Anneye, 3 saat içinde 10 hareketten daha az hareket ortaya çıkıyorsa ya da fetüsün hareketlerinde yavaşlama oluyorsa doktoru ile iletişime geçmesi açıklanır. Fetüsün ani ve şiddetli hareketlerini takiben hareketlerin alınmaması, akut fetal distress için karakteristik bir belirtidir (Taşkın, 2014; Alp Dal ve Ertem, 2016; Özbaşaran, 2016). Fetal hareketlerde azalma şikayetiyle hastane veya sağlık kurumuna gelen annelerde fetal büyüme geriliği riski, ölü doğum, erken doğum gibi olumsuz gebelik sonuçlarıyla birlikte acil sezeryan riskinde de artmış risk belirtilmiştir (Aktulay ve ark, 2015). Bu nedenle uygulanması ekstra iş yükü olmaması ve basit bir değerlendirme olması açısından fetal hareketlerin değerlendirilmesi perinatal asfiksi için kurtarıcı bir değerlendirmedir.

2.4. Yenidoğanın Asfiksi Açısından Değerlendirilmesi

Bebeğin doğum itibarıyla ilk 28 gününü kapsayan sürece yenidoğan dönemi denir. Bu dönemde yenidoğan uterusun sakin ve güvenli ortamından çıkarak ekstrauterin hayata uyum sağlamaya çalışır (Öcalan ve Ünsal Atan, 2016; Dağoğlu ve ark, 2008). Ebenin bu fizyolojik süreçte yenidoğanı tıbbi bilgisiyle değerlendirirken anne bebek ilişkisinde sağlamalıdır. Yenidoğan hayatının ilk birkaç saati, solunum ve dolaşım fonksiyonlarını stabilize etmek için çabalar. Ebeler bu uyum sürecinde yenidoğanın fizyolojik uyumu ve hareketlerindeki anormal durumları tanımlayabilir (Özkan ve Üst, 2016; Dağoğlu ve ark, 2008; Sarıcan, 2018). Fetüsün gestasyon yaşı ve plasental desteğin kalitesine bağlı olarak geçiş dönemi problemsiz atlatılır ve yenidoğanın bu dönemdeki uyumuna ve ortaya çıkan sorunlarına göre postnatal bakım düzeyi belirlenir (Dağoğlu ve ark, 2008). Yenidoğanların %85-90'ı uyum sürecini olağan geçirirken, yaklaşık %10'u bu döneme uyum sağlayamayarak acil müdahaleye ihtiyacı olmaktadır (Öcalan ve Ünsal Atan, 2016).

Doğum salonunda ilk değerlendirmede term, tonüsü iyi ve solunum çabası yeterli olan bebekler sağlıklı doğmuş kabul edilir. Virginia Apgar, doğumdan hemen sonra bebeğin durumunu saptamak için şimdi kendi adıyla anılan bir skorum sistemi geliştirmiştir. Virginia Apgar asfiksiyi tanımlamak için bu skorumayı geliştirmemesine rağmen, günümüzde asfiksi tanınması için yaygın olarak kullanılmakta ve bazı merkezlerde yanlış olarak tek başına düşük apgar skoru temel alınarak asfiksi tanımlaması

yapılmaktadır. Birinci ve 5. Dakika APGAR skoru (kalp tepe atımı, solunum çabası, renk, kas tonüsü, uyarıya cevap, renk) 7-10 arasında olan bebekler, ileri takip gerektirmeyen ve anne yanına verilebilecek sağlıklı bebeklerdir (Özkan ve Üst, 2016; Oygür ve Önal, 2016). Ancak apgar skoru, maternal sedasyon veya anesteziye, bebekte mevcut kongenital malformasyonlara ve gestasyon yaşının küçük olmasına bağlı olarak yanlışlıkla düşük algılanabileceği için, destekleyen öykü ya da fizik muayene bulgusu olmaksızın, sadece düşük apgar skorunun asfiksi tanısı için yeterli olmadığı göz önüne alınmalıdır (Oygür ve Önal, 2016). Yenidoğanın resüsitasyona ihtiyacı olup olmadığını belirlemek için apgar skorlamasından yararlanılabilir fakat ciddi asfiksi varsa, resüsitasyon için 1. dk beklemek kalıcı hasar ihtimalini arttırır. Bu nedenle değerlendirmede, bebeğin solunum aktivitesi, kalp hızı rengi resüsitasyon ihtiyacı için en önemli kriterler olup apgar skoru resüsitasyonun etkinliğini değerlendirmede 5. dk skoru 7 den az ise 20 dk kadar yada arka arkaya 8 yada daha fazla yüksek skor elde edilinceye kadar her 5 dk bir apgar skoru değerlendirilerek yararlanılabilir (Öcalan ve Ünsal Atan, 2016). Eğer yenidoğanın durumuyla ilgili bir şüphe söz konusuysa doğum hipoksisinin derecesini/süresini daha net belirlemek için kord kanı alınmalıdır (Sarican, 2018; Özkan ve Üst, 2016).

Apgar skoru 0 olan birçok bebek doğumda başarılı biçimde canlandırılabilir ve sonrasında da hiç nörolojik hasar izlenmeyebilir. Perinatal hipoksiye karşı uyum mekanizmaları tüketildiğinde fetus, devam eden hipoksiye karşı şiddetli fakat tahmin edilebilen yanıtları göstermeye başlar. Bu yanıtların başlıcaları solunum ve dolaşım sistemini ilgilendirir ve akut intrauterin asfiksiden hemen sonra doğan bebeklerde izlenir (Narlı ve Tepe, 2014). Bununla birlikte doğum eyleminin erken döneminde problem olması veya doğumun gecikmesi, doğmamış bir fetüste bu patolojik değişikliklerin yerleşiyor olmasına yol açacaktır. Çok ağır vakalarda bu durum ölü doğuma yol açacaktır, fakat yenidoğanların çoğu uygun ve etkili canlandırma ile normal fizyolojik hale döndürülebilir. Hem klinik açıdan uygun tedaviyi planlamak hemde tıbbı-yasal açıdan neden sonuç ilişkisini ortaya çıkarmak açısından perinatal asfiksiyi doğru tanımlamak hayati öneme sahiptir. Asfiktik bebekler deprese ve zayıf cevaplı olarak doğarlar fakat bu her deprese doğan bebekte bir asfiktik durum olacağı anlamına gelmez. Doğumda depresyona neden olan başka bir çok sebep bulunur (Oygür ve Önal, 2016).

Doğum salonunda ilk muayane fiziksel ölçümlerin yapılmasıyla kabaca ve ciddi bir problemin varlığını saptamak amacıyla yapılır. İlk basamak uygulamalarını takiben

yenidoğanın vital bulguları, boy kilo ve baş çevresi ölçümleri, genel görünümü, ekstremiteler hareketleri, kalp-akciğer oskültasyonu, doğum travması ve kongenital malformasyonların varlığı değerlendiril. Solunum çabası yeterli bir bebekte ekstremiteler uçları ve tırnak yataklarındaki siyanoz genellikle, periferik ısıtmanın yetersizliği ile ortaya çıkan vazokontrüksiyona bağlıdır. Bu nedenle hemen oksijen desteğine başlanmalı, oda oksijeninde solumaya devam etmesi beklenmelidir (Oygür ve Önal, 2016; Öcalan Ve Ünsal Atan, 2016). Nörolojik değerlendirmede bilinç durumu, duyuşal ve nöromotor fonksiyonlar, refleksler ve fontanelerin durumu değerlendirilir. Yakalama, arama, emme, yutma, tonik boyun, babinski, moro, adım atma ve glabella gibi yenidoğan reflekslerinin gelişimi değerlendirilir. Duyguşal fonksiyonlarda koku alma, görme, dokunma, işitme ve sese yanıt ve tat duyusu değerlendirilir (Öcalan ve Atsan, 2016; Dağoğlu ve ark, 2008; Sultanoğlu ve Bal, 2015).

Yüksek riskli yenidoğanın değerlendirilmesi, mevcut problemlerin tanımlanması amacıyla büyük bir dikkatle yapılmalıdır. Bu muayane öncelikle kardiyopulmoner ve nörolojik fonksiyonların değerlendirilmesiyle başlamalı. Bunlar sırasıyla apgar skorun ölçülmesi, gözlenen anomalilerin belirlenmesi ve neonatal distresin açığa çıkarılmasıdır. Yüksek riskli yenidoğanın değerlendirilmesinde yüksek, orta ve hafif olarak 3 katagori mevcuttur. HİE evre 3 yüksek riskli, HİE evre 2 orta risk ve HİE evre 1 hafif risk grubunda yer almaktadır (Üstünsöz, 2016).

Tüm doğumların %10'unda bebeğe, doğum salonunda değişik düzeylerde canlandırma basamakları, %1'inde ise ileri canlandırma uygulamak gerekir. Etkili bir canlandırma birinci koşul hazırlıklı olmaktır (Özkan ve Üst, 2016; Narlı ve Tepe, 2014). Canlandırma gereksiniminin tahmin edilebilmesi için, yüksek riskli doğumların önceden bilinmesi önemlidir. Bu risk faktörleri dikkata alındığında, canlandırma gereksinimi olacak yenidoğanların büyük çoğunluğu önceden tahmin edilebilir. Riskli doğumlarda, doğum şekli, zamanlaması ve yeri dikkatle kararlaştırılmalıdır (Oygür ve Önal, 2016).

Sağlıklı Yenidoğanda Doğum Salonu Uygulamalarında, başa pozisyon verme ve aspirasyonda, solunum yolunun açık tutulmasında en uygun pozisyon, başın hafif ekstansiyonda olmasıdır. Bebek sırtüstü veya bir yanına, baş hafif ekstansiyonda, "koklama" pozisyonunda yatırılmalıdır. Hava girişini engelleyeceğinden, boyun hiperekstansiyon veya fleksiyon pozisyonu almamalıdır. Doğru pozisyonu korumak için omuzların altına katlanmış bir battaniye veya havlu konabilir. Solunum çabası güçlü, kas

tonusu iyi ve kalp tepe atımı 100/dk' nın üzerinde olan bebekler aktif-canlı olarak tanımlanmakta ve bu bebeklerde sadece ağız içi ve burnun steril bir bezle silinmesi yeterli kabul edilmektedir. Aspirasyon her bebeğe rutin olarak uygulanmamalıdır. Ağız ve burun aspirasyonu sadece, solunum güçlüğü yaratacağı düşünülen, bol sekresyonlu bebeklere yapılmalıdır. Aspirasyon puar ya da aspiratör kullanılmalıdır. Aspirasyon, bebek solunumunu başlatan bir uyarıdır. Önce buruna uygulanırsa, bebek solumaya başlayarak ağızındakileri aspire edebileceği için önce ağız sonra burun deliklerinin aspire edilmesi önerilmektedir. Aspirasyon yapılırken çok derine inilmemelidir. Doğum sonrasında ilk dakikalarda arka farinksin uyarımı vagal yanıt oluşturarak, ağır bradikardi ve apneye yol açabilir (Oygür ve Önal, 2016; Ekti Genç; 2018).

Fetüste, intrauterin mekonyum çıkışının olması ile kolon içeriğinin amnion sıvısına geçmesi mekonyum boyalı amnion sıvısı olarak tanımlanır (Oygür ve Önal, 2016). Mekonyum aspirasyonu ise tipik olarak fetal hipoksik iskemik stresin intestinal peristaltizme yol açarak, amniyotik sıvının mekonyum ile kontaminasyonu ve fetüsün gasping yapması sonucu akciğerin derin dokularına kadar gitmesiyle ortaya çıkar (Uslu ve ark, 2015; Hakyemez Toptan ve ark, 2016). Tüm doğumların yaklaşık olarak %8-15'nin amniyotik sıvısı mekonyumludur ve bu bebeklerden %5-10'unda mekonyum aspirasyon sendromu (MAS) gelişir (Hakyemez Toptan ve ark, 2016). Prematüre doğumda mekonyum boyalı amnion sıvısı (MBAS) şiddetli fetal asfiksiyi gösterirken, term ve özellikle postmatür bebeklerde MBAS her zaman fetal distresin sonucu gelişmeyebilir. (Oygür ve Önal, 2016). Sadece MBAS varlığı fetal hipoksi sebebi olmaya bilir ancak mekonyum aspirasyon sendromunda aktif resüsitasyon gerektiren şiddetli doğum asfiksisine sebep olur (Kırımı, 2014; Oygür ve Önal, 2016). Uterus içinde hipoksiye tepki olarak postmatür bebeklerde korda basının artması, amniyon sıvının azalması ve plasental yetersizliklere bağlı olarak mekonyum aspirasyonu gelişebilir (Altun Yılmaz, 2016) Mekonyum aspirasyon sendromunda altta yatan patofizyoloji fetal hipoksi ve mekonyumun akciğere olan etkileri olarak incelenmektedir (Yapıcıoğlu Yıldızdaş ve ark, 2017). Mekonyum aspirasyon sendromlu hasta yaşamının ilk 6 saati içerisinde asfiksi bulguları gösteriyorsa hipoksik iskemik ensefalopatinin Sarnat-Sarnat evrelemesine göre evresi yapıldıktan sonra hipotermi tedavi endikasyonu açısından değerlendirilmelidir (Hakyemez Toptan ve ark, 2016).

Mevcut kanıtların ışığında artık, bebeğin başı doğduktan hemen sonra omuzlar doğmadan önce intrapartum orofaringeal ve nasofaringeal aspirasyon, mekonyum aspirasyon sendromunu önlemediği gibi apne, vagal uyarı ile bradikardi, canlandırmada gecikme, damak ve farinkste yaralanmalara neden olabileceğinden, artık uygulanmamaktadır (Kirimi, 2014; Oygür ve Önal, 2016). Ilkor'un (2015) önerilerine göre, mekonyumla boyalı amniyotik sıvı ile doğan bebekte, deprese bile olsa, trekeal aspirasyon yapılmamalı, ilk basamak uygulamaların tamamlanmasından sonra bebeğin solunum çabası yeterli değilse ya da kalp tepe atımı (KTA) <100/dk ise hemen pozitif basınçlı ventilsayona geçilmelidir. Yeni önerilere göre, MBAS ile doğan bebeklerde trakeal aspirasyon için tek koşul bebeğin solunum yolunda "obstrüksiyon yapacak partikül" bulunmasıdır. Bu koşulda mekonyumu temizlemek için, laringoskop yerleştirilmeli ve önce 12/14 Fr aspirasyon katateri ile ağız ve hipofarinks temizlenerek, glottis görülmelidir (Narlı ve Tepe, 2014; Oygür ve Önal, 2016; Kirimi, 2014). Trakea içinde endo-trakeal tüp (ETT) yerleştirilmeli ve ETT, mekonyum ara parçası ile doğrudan aspiratöre bağlanarak aspirasyon sondası gibi kullanılmalıdır. ETT içinden aspirasyon sondası geçirerek yapılan tüp içi aspirasyonla mekonyum parçaları aspire edilemez. Endotrakeal aspirasyon 5 saniyeden daha uzun sürmemelidir. Entübasyon başarılmazsa veya uzarsa, bebek bradikardik ise pozitif basınçlı ventilasyon (PBV) başlatılması gerekir. Endotrakeal tüp içinden aspirasyon sondası geçirerek yapılan tüp içi aspirasyonla mekonyum parçaları aspire edilemez (Oygür ve Önal, 2016; Ekti Genç, 2018)

Yenidoğanın canlandırması asfiksi açısından ve yenidoğanın yaşamı yönünden büyük önem taşımaktadır. Canlandırma ve yaşanılabilirlik sınırından bahsederken Türk Neonatoloji Derneğinin 2016 yılında güncel yayınlanan doğum salonu uygulamaları rehberi kullanılmıştır. Rehberdeki doğum salonu uygulamaları başlıklar halinde aşağıda belirtilmiştir. Bunlar (Oygür ve Önal, 2016);

“Canlandırmada İlk Basamaklar; Bebek term mi? Tonusü iyi mi? Ve solunum çabası var mı? Sorularından birine olumsuz cevap alınan yenidoğanlar, canlandırma girişiminin gerebileceği bebeklerdir. Bu bebeklerin apgar skorları düşüktür. Ancak, Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) fetüs-yenidoğan komitesi APGAR skorunun, sadece bebeğin doğumdan hemen sonraki durumu hakkında fikir veren bir değerlendirme olduğunu, tek başına asfiksi tanısı için kullanılmaması gerektiğini, ayrıca gestasyon yaşı küçüldükçe Apgar skorunda daha düşük değerler elde edebileceğini vurgulamaktadır”

“Taktıl Uyarı; Başlangıç basamaklarında yapılan kurulama, aspirasyon aynı zamanda solunum için birer uyarandır ve çoğu bebekte, bu basamaklar solunumu başlatmaya yeterlidir. Eğer bebeğin solunum çabası hala yeterli değilse, solunumu uyarmak için kısa bir süre ek taktıl uyaran verilebilir. Taktıl uyaran için güvenli ve uygun yöntemler; ayak tabanına şaplak ya da fiske vurulması ve sırtının, gövdesinin ya da ekstremitelerinin sıvazlanmasıdır. Eğer bebek birincil apnede ise, hemen her uyaran solunumu başlatır. İkincil apnede ise, hiçbir uyaran işe yaramaz. Bu nedenle ayak tabanına bir iki tane şaplak veya fiske ya da sırtın bir iki kez sıvazlanması yeterlidir. Uyarıya rağmen yenidoğan apnede kalırsa, PBV’a hızla başlanmalıdır. Aşırı sert uyaranlar işe yaramaz ve ciddi yaralanmalara yol açabilir. Bebek asla sarsılmamalıdır.”

“Başlangıç Basamaklarından Sonra Bebeğin Değerlendirilmesi; Daha ileri canlandırma girişimlerine gerek olup olmadığını anlamak için bebek değerlendirilmelidir. Kullanılacak olan hayati göstergeler solunum ve kalp atım hızıdır. Yeterli solunum çabası diyebilmek için bebeğin iyi bir göğüs hareketi olmalı, taktıl uyararı izleyen birkaç saniye içinde solunumunun hız ve derinliği artmalıdır. İç çekme tarzındaki solunum etkisizdir ve apne gibi değerlendirilmelidir. İlk basamak uygulamalardan sonraki değerlendirmede, solunumu olmayan (ya da yetersiz olan) veya KTA<100/dk olan bir bebeğe hemen pulse oksimetre bağlanmalı ve PBV başlanmalıdır. Bu bebeklere serbest akım oksijen vermek veya takdil uyararı sürdürmek işe yaramaz ve uygun tedavinin başlanmasını geciktirir.”

“Oksijen İhtiyacının Belirlenmesi Ve Oksijen Kullanımı; Olağan geçiş sürecinde bebeklerin O₂ satürasyonun, intrauterin değerlerden (%50-60) normal değerlere (90-95) çıkması 10 dakikaya uzayabilir. Bu nedenle doğumda solunum çabası yeterli, aktif, ancak siyanozu olan term bebeklere doğumu takiben hemen oksijen uygulamaya başlanmalı, normal geçiş sürecini tamamlayacak zaman tanınmalıdır. Solunum çabası olmayan ya da yetersiz olan term bebeklerde ise, nabız oksimetresi bağlayarak PBV uygulanmasına önce oda havası ile başlamak uygundur. Gebelik yaşı<35 hafta olan prematüre bebeklerde ise, %21-30 kontrasyonda O₂ ile başlanır. Nabız oksimetresi; PBV gerektiğinde, yeterli solunumu ve KTA>100/dk olup santral siyanozu hala devam eden bebeklerde, O₂ verilmesi durumunda kullanılmalıdır. Oksimetre probu sağ bileğe/avuç içine ve cihaza bağlanmadan önce bebeğe bağlanmalıdır. Serbest oksijen uygulanması, bebekte solunum çabası var ancak zorlanıyorsa, inleme/interkostal çekilmeleri varsa, inatçı santral siyanozu//oksimetre ile doğrulanan hipoksisi varsa faydalı olabilir. Oksijen uygulamasına,

hava-O₂ karıştırıcısı kullanarak düşük konsantrasyonlarda başlanmalı, nabız oksimetresinin gösterdiği değerlere ve bebeğin durumuna göre gerekiyorsa arttırılmalıdır. Arttırma yapılırken hedef SPO₂ değerleri göz önüne alınmalıdır. Spontan solunumu olan bir bebeğe, O₂ maskesi, anestezi balonu ve maske, t parça canlandırıcı ve bebeğin ağzı ve burnuna yakın tutulan oksijen hortumu yöntemlerinden biriyle serbest akış O₂ verilebilir. Serbest akış O₂, kendi şişen balona bağlı maske ile verilemez. Tüm yöntemlerde maske yüze yakın olmalıdır. Ancak maske yüze bastırılacak olursa, artan basınç zararlı olabilir. Oksijen verilirken arttırma yapılırken hedef SPO₂ değerleri göz önüne alınmalıdır.”

“Pozitif Basıncılı Ventilasyonla Solunum Desteği; Bebeğe PBV uygulanması gereken durumlar; apne/iç çekme tarzında solunum, solunum olsa bile KTA<100/dk olması, %100 serbest akış O₂ verilmesine karşın inatçı santral siyanoz ve düşük SPO₂ olmasıdır. PBV, kendi şişen balon, anestezi balonu veya T parça canlandırıcıdan herhangi biri ile yapılmalıdır. İlk basamak uygulamalardan PBV’ un sonuna kadar geçen süre (ikinci değerlendirmenin sonuna kadar) 60 saniyeyi aşmamalıdır. Canlandırma gerektiren bebeklerde ilk basamak uygulamalar daha kısa tutulmalıdır. Bebeğin yüzüne uygun boyutta maske kullanılmalı ve maske yüze tam olarak temas ettirilmelidir. Ventilasyon sırasında iki yanlı solunum sesleri duyulmuyor ve göğüs hareketi de görünmüyorsa, maskenin yeniden yerleştirilmesi, başa yeniden pozisyon verilmesi, ağız ve burnun etkili aspirasyonu, ağız açılarak ventilasyon, basıncın arttırılması, alternatif havayolları düzeltici girişim olarak uygulanmalıdır. Başarılı ventilasyonun en iyi göstergesi artan kalp atımıdır. Aynı zamanda her iki yanlı solunum sesleri alınır, göğüs hareketleri gözlenir. PBV un etkili olduğunun ve sonlandırılabilceğinin göstergeleri; KTA >100 olması, SPO₂ nin yükselmesi, spontan solunumun başlamasıdır.”

“Kalp Masajı Uygulaması; Etkin PBV uygulamasına karşın KTA<60/dk ise PBV a göğüs kompresyonun eklenmesi gerekir. Göğüs kompresyonu, kalbi sternum ile omurga arasında sıkıştırır, toraks içi basıncı arttırır, kanın yaşamsal organlara ulaşmasını sağlar. Kalp masajı uygulaması sırasında %100 oksijen verilmelidir. Kompresyonu başparmak veya iki parmak teknikleri ile uygulanabilir. Kompresyon alanı için parmaklar, meme başlarını hizasından geçen çizginin hemen altında ya da sternumun 1/3 alt kısmında olacak biçimde sternum üzerine yerleştirilir. Uygulama sırasında ventilasyon hızı 30/dk, kompresyon hızı 90/dk olmalıdır. Böylece dakikada 120 işlem yapılmış olur. Üç kompresyon ve bir ventilasyondan oluşan bir döngü 2 saniye sürer.”

“Göğüs kompresyonu uygulanırken; ventilasyon sırasında göğüs hareketlerinin yeterli olması, kompresyon derinliğinin göğüs ön arka çapının 1/3 ü olması, kompresyonun bırak döneminde göğsün tümüyle genişlemesine olanak sağlanması, başparmak ve ya parmakların göğüs duvarından hiç ayrılmaması, bası bölümünün bırakma bölümünden daha kısa olması, kompresyon ve ventilasyonun eş güdümlü olması sağlanmalıdır. Kompresyon ve ventilasyon 60 sn uygulandıktan sonra kalp atımı değerlendirilir. KTA>60/dk ise kompresyon durdurulur ancak, KTA> 100/dk oluncaya kadar PBV’a, her 30 saniyede bir KTA kontrol edilmek üzere devam edilir. KTA<100/dk ise göğüs kompresyonuna son verilir, bebeğin solunumu kontrol edilir. Yeterli ve aktif spontan solunumu varsa PBV da sonlandırılır. KTA<60/dk ise bebek, daha önce yapılmamışsa, entübe edilir. Entübasyon, ventilasyon için daha güvenli bir yol sağlamış olur. Bu sırada adrenalinde verilebilir.”

“Entübasyon; Balon maske ventilasyonunun yetersiz kalması, ventiilasyon gereksiniminin uzaması, solunum yollarında obstrüksiyon yapan mekonyum partiküllerinin aspirasyonu, ileri derece prematürite, surfaktan verilme gereksinimi ve diyafragma hernisi gibi özel durumlarda, göğüs kompresyonu ve ventilasyonu arasındaki eşgüdümü kolaylaştırmak, ventilasyonun verimliliğini arttırmak amacıyla entübasyon yapılır. Uygun boy laringoskop bıçak numarası; term yenidoğan için 1, prematüreler için 0, ileri derece prematüreler için 00 numaraları kullanılmalıdır. Entübasyon işlemi 30 sn de tamamlanmalıdır. Doğum ağırlığı ve gebelik yaşları için uygun ETT boyutları kullanılmalıdır. Endotrakeal entübasyon deneyimi olan bir sağlık çalışanı her riskli doğumda hazır bulunmalıdır. Eğer KTA, 60 saniye süreyle etkin ventilasyon ve göğüs kompresyonuna rağmen 60/dk altında kalıyorsa ilk yapılması gereken ventilasyon ve kompresyonun etkinliğini arttırmak için ilaç eklenmektedir. Adrenalin kalbi uyarır ve kan basıncını artırır. Tercihen, UVC yolu ile verilmelidir. 60 saniye süreyle eşgüdümlü göğüs basısı ve ventilasyona karşın KTA 60/dk altında kalırsa kullanılır.

Mevcut kılavuzlarda şimdilik aktif girişimlere 10 dk hiçbir yanıt vermeyen ve 10. dakika Apgar 0 olan bebeklerde canlandırmanın sonlandırılabilceği belirtilmektedir. Aktif canlandırma girişimlerini takip eden 10 dakikadan sonra başarılı nörolojik sonuç elde etme ihtimalinin oldukça düşük olduğu bazı kanaklarda belirtilmekte olduğu gibi son yıllarda, uygulamaya daha uzun süre devam edilen bebeklerde, sağkalım hatta bazılarında sekelsiz sağkalımlar olabildiği ve canlandırmaya 20 dk devam edilmesinin daha uygun

olduğunu bildiren yayınlar da mevcuttur. Bu nedenle 10. dakikada canlandırmanın sonlandırılması çok kesin bir süre olarak düşünülmemeli, sonlandırma zamanına bebeğin durumuna göre karar verilmeli, özellikle terapötik hipotermi uygulama şansı olan term veya geç prematüre bebeklerde canlandırmaya 10. dakikadan daha uzun bir süre devam edilebileceği göz önüne alınmalıdır (Oygür ve Önal, 2016; Ekti Genç, 2018; Kirimi, 2014).

Canlandırma sonrası asfiktik bebeğin bakımında yoğun izlem gerektirmektedir. Gelişen metabolik asidoz düzeltilmeli, solunum desteği sağlanmalı, myokardiyal iskemi, kardiyak elektrokardiyografi değişiklikleri kaydedilmeli, inotrop destek sağlanmalı, damariçi koagülasyon veya diğer koagülopatiler gelişebilir. TDP, K vitamini ve uygunsu trombositler düzeltilmeli, nekrotizan enterokolit gelişebilir, enteral beslenmeyi geciktir ve mutlaka anne sütü sağlanmalı. Asfiktik bebeklerin %20'sinde belirgin renal hasar gelişir ve akut tübüler nekroza ikincil olarak vakaların hemen hepsinde oligüri, proteinüri, hematüri ve yüksek serum kreatinin seviyeleri izlenir, dikkatli sıvı tedavisi verilmelidir. Akut intrapartum asfiktik olayı izleyen dönemde koma varlığı, anormal refleksler ve ilk 6-12 saat içerisinde başlayan konvülziyonların varlığının saptanması önemlidir. İzleyen dönemde ise canlandırmadan hemen sonra pasif soğutma başlanmalıdır. Bu radyant ısıtıcının kapatılması ve bebeğin oda havasında bırakılması ile sağlanabilir. Yaşamın ilk günlerindeki nörogörüntüleme ve EEG, çok kıymetli prognostik bilgiler sağlar. Yaşamın 6. saatinde serebral fonksiyon monitörde bir izoelektrik hat veya ağır anormal EEG, beraberinde tekrarlayan düz çizgiler veya basıklaşma ve 24. Saatte dopplerde anormal serebral arter bulguları çok kötü prognoz işaret ederler ve bu durum da aileye bebekte geri dönüşümsüz beyin hasarı olduğu açıklanabilir (Kirimi, 2014).

2.5. Asfiksili Bebeklerle İlgili Etik Uygulamalar

Etik, insan davranışlarını, değerleri ve insan ilişkilerine ilişkin bilgiyi ortaya koyarak belirli etik sorunlara cevap vermeyi, kişilere eyleme ilişkin bilme olanaklarını göstermeye yönelik bir bilim dalıdır (Çetinkaya ve Sevil, 2016) Felsefenin bir branşı olarak etik ise çözümlenebilen etik çıkmazlarla ilgili ilkeleri kurar ve değerlendirir. Özellikle yenidoğan bebekler hakkında dört ana etik muhakeme prensibi şöyledir, yarar sağlama, zarar vermeme, özerklik ve eşitlik veya adalet ilkeleri olacak şekilde değerlendirme yapılması gerekmektedir (Incecik, 2014; Soğukpınar ve Baykal Akmeşe, 2016)

Ebelikte etik, hastalar, ebeler ve meslek için faydalıdır. Ebe ve hemşirenin etik karar vermeye katılımındaki sorumlulukları için temel kavramlar bakım, koordinasyon ve hasta savunuculuğudur. Bunlar hasta ile ebe ve hemşire arasındaki eşsiz ilişkiye temellendirmiştir (Gilbert ve Harmon, 2011). Ebelerin toplum ve aile içine kadın ve yenidoğanın sağlığını ve iyiliğini yükseltme konusundaki ebelerlik mesleğinin misyonu korumada üç temel etik ödevi yerine getirmeleri gerekmektedir. İlki bakım sağlayacağı kadına ve ailesine, ikincisi tüm kadın ve ailelerinin iyiliğine olacak “toplum yararı” için daha büyük bir kitleye ve üçüncü olarakta mesleğin bütünlüğünden ve dolayısıyla ebelerlik görevini yerine getirmesinden emin olmak için ebelerlik mesleğine yöneltilmiştir (Ersoy ve ark, 2015). Mevcut tıbbi etikten başka klinik etikler, ebe ve hemşirenin bağımsız ve ortak uygulama alanı içinde karşılaştığı etik problemleri içine alır. Ebelerlik ve hemşirelik toplum tarafından kabul edilmiştir ve toplumun önemli bir parçası olarak topluma karşı sorumlulukları bulunmaktadır (Gilbert ve Harmon, 2011). Neonatal etik ikilemlerin çoğu doğumda canlandırmanın yapılmadığı durumlar, major konjenital malformasyonlar, yaşam desteklerini sonlandırma ve yenidoğan yoğun bakımını seçici sonlandırmada yaşanır. Doğum asfiksisi ağır HİE bulguları ile beraber ebeveynler bilgilendirilmiş olup, sekeller ve elde edilebilir opsiyonlar da dahil olmak üzere klinik durumdan tam olarak haberdar olmalıdırlar. Doğum öncesi teşhis edilmezse, yaşam destek tedbirleri gerekli tüm bilgiler alınırken başlatılmalı ve bebek tamamen incelenmelidir (İncecik, 2014)

Yenidoğan için özerklik ilkesinin etik sorunlara yol açmaması gerekmektedir. Bu nedenle yenidoğan adına verilecek tüm kararların, ilgili uzmanlar tarafından, kanıta dayalı bilgiler doğrultusunda farklı bakış açıları ortaya konarak tartışıldıktan sonra ve ailenin değerleri göz önünde bulundurularak alınması gerekir. Tedavi sürecinde olumlu sonuç alınamayacağı düşünüldüğü bazı durumlarda tedavi sürecini uzatmak, bilerek zarar vermeme ilkesini ihlal etme anlamına gelir. Sağlık profesyonelleri, özellikle ileri derecede prematürite olan durumu kritik ve prognozu kötü olan yenidoğanlar için ileri teknolojinin sağladığı yarar ve zararlarını sorgulamaları gerekir (Soğukpınar ve Baykal Akmese, 2016).

Yenidoğan canlandırılmasında Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği’nin belirlediği etik ilkeler aşağıda maddeler halinde sunulmuştur. Bunlar (TJOD, 2008);

➤ “Birleşmiş milletler çocuk hakları anlaşmasına göre; doğumdan itibaren bütün çocuklar yaşama hakkına sahiptir ve ebeveynlerinin veya yasal vasilerinin ırk, cinsiyet, renk, dil, din politik veya diğer düşünce, ulusal, etnik veya sosyal kaynaklı, zenginlik,

maluliyet, doğum veya diğer durumlara bakılmaksızın korunmaktadır. Uluslar arası kabul edilen insan hakları belgeleri, herkesin ulaşılabilir en yüksek standartta fiziksel ve mental sağlık hakkından yararlanma hakkını içerir.”

➤ “Cinsiyet, renk, maluliyet veya etnik yapı sebepleriyle yenidoğanın aleyhinde uygunsuz ayırım olayları hala rapor edildiğinden, her çocuğun sağlığının insan haklarına saygı bağlamında düşünülmesi esas olmalı ve bu gerçekleştirilmelidir.”

➤ “Çeşitli olaylarda hem yenidoğanın yaşama şansı hem de kalıcı sakatlık riski ile ilgili belirsizlikler mevcuttur. Ayrıca yerel faktörlere bağlı olarak sonuçların geniş değişkenlik göstermesi de bu belirsizliklere eklenmektedir.”

➤ “Yenidoğanlar için, olanakları ve kaynakları fakir veya zengin bölgeler ile bu bölgelerdeki hastaneler arasında bakımın elverişliliği açısından büyük farklılıklar vardır.”

➤ “Antenatal bakımın uygunluk ve kalitesi, çocuğun doğumundaki durumu ve uzun dönem sonuçlar üzerinde önemli etkiye sahiptir. Doğumdan önce ve sonra uygun yönetim planları bu sonuçları iyileştirebilir. Obstetrisyen, pediatrist ve diğer profesyonel sağlık çalışanları arasındaki fikir ayrılığı ve çatışmalar ebeveynlerde sıkıntı ve şaşkınlığa neden olabilir ve etkin bakımı tehlikeye düşürebilir.”

➤ “Ebeveynlerin ve diğer aile fertlerinin yararı yeni doğanıyla ayrılmaz bir şekilde örtüştüğünden ebeveynler çocuğun hem tanısı hem prognozu ile ilgili bilgilendirilme hakkına sahiptir ve karar verme işleminde yer almalıdırlar.”

➤ “Aşırı preterm infantların doğum öncesi büyük merkezlere transfer edilmesinin sağ kalımı artırdığını bu konudaki tüm çalışmalar yıllardır değişmeden göstermektedir. Aşırı preterm yenidoğanların sağ kalım ve sonuçları kritik olarak gestasyonel yaş ve doğum kilosuna bağlıdır. Hayatta kalan aşırı preterm infantlarında, uzun dönem takibi ile nörolojik, kavrama ve davranışsal sorunlarda önemli insidans artışı gösterilmiştir. Buna rağmen yayınlanmış çalışmalarda, adolesan ve yetişkin yaşayanların çoğu kendi yaşam kalitelerini olumlu olarak değerlendirmektedirler.”

➤ “Bunun ötesinde obstetrik ve neonatal bakım hızla yayılmakta ve gelişmeye devam etmektedir. Dolayısıyla bugünkü uzun dönem sonuçlarının, güncelliğini kaybeden standart bakımın ölçümleri ve değerlendirmeleri olduğunu bilmemiz gerekir.”

➤ “İnfanın ölümü ve hemen takip eden zamanda duyarlı ve empatik desteğin sağlanması ile ebeveynler ve ailenin psikolojik iyiliği üzerinde uzun dönemde pozitif sonuçların elde edildiğine dair kanıtlar vardır.”

2.6. Perinatal Asfikside Ebenin Rol ve Sorumlulukları

Perinatal asfiksi gelişmesinin önlenmesi, erken tanınması ve gerekli müdahalenin yapılmasında ebelerin önemli bir rolü vardır. Ebenin perinatal asfiksi ile ilgili rol ve sorumlulukları şöyle sıralanabilir (ICM, 2013),

- Doğum ve doğum öncesi kadınların yüksek bakım düzeylerine geçişini gerektiren fetal risk faktörlerini bilmeli,
- Doğum ve doğum sırasında pelvis boyunca fetal geçiş (iniş) süreci; çeşitli fetal sunumlarda ve pozisyonlarda emeğin mekanizmaları yönetebilmeli,
- Doğumda komplikasyonların belirtileri ve semptomları (örn. kanama, doğum eylemi, malprestasyon, eklampsi, maternal sıkıntı, fetal distres, enfeksiyon, prolapsed kord) tanımlamalı ve durumu yönetebilmeli,
- Doğum ve doğumun psikolojik ve kültürel yönlerini göz önünde bulundurmalı,
- Fetal kalp hızını dinlemeli; fetal aktivite için palpate uterusu ve bulguları yorumlamalı,
- Fetal kalp atım hızı ve aktivite paterni de dahil olmak üzere gebelikte fetal iyi oluşun nasıl belirlendiği bilmeli,
- Fetal kafatasının anatomisi, kritik çaplar ve önemli noktaları saptamalı,
- Operatif doğum, vakum ekstraksiyonu, forseps veya symphysiotomy kullanımı için ihtiyaç göstergeleri tanımlamalı,
- Partograf kullanımını bilmeli,
- Doğumda fetal ve maternal refahı değerlendiren önlemler almalı,

- Sağlıklı yenidoğanın özelliklerini bilmeli,
- Yenidoğanın ekstrauterin yaşama uyumunu gözlemeli,
- Yenidoğanın ani ve sonrasında gelişen durumlarını değerlendirebilmeli,
- Yenidoğanlarda ve bebeklerde sağlığın geliştirilmesi ve hastalığın önlenmesini sağlamalı,
- Yenidoğanda gelişen komplikasyonlar için sevk veya transfer işaretleri, semptomları ve endikasyonları bilmeli ve
- Perinatal hipoksinin, risk faktörlerinin varlığında uygun girişimlerde bulunmalı, nörolojik incelemeleri tekrarlamalı, konvülziyon takibi yapmalı ve aileye eğitim ve destek sağlamalıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı fenomenoloji deseni ile niteliksel olarak yapılmıştır (Erdoğan ve ark, 2014). Nitel araştırma insanların yaşadıkları dünyayı ve buradaki tecrübelerini nasıl uyguladıkları ve nasıl yorumladıklarını analiz etmek üzere geliştirilen araştırma yaklaşımlarını adlandırmak üzere kullanılan genel bir tanımdır. Nitel araştırma gözlem, görüşme ve döküman analizi gibi nitel veri toplama yöntemlerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül biçimde ortaya konmasına yönelik nitel bir sürecin izlendiği araştırmadır (Güler ve ark, 2013). Tanımlayıcı fenomenoloji deseni ile bireylerin yaşam deneyimlerinin tarif edilmesi ve tanımlanmasına odaklanılır (Erdoğan, 2014; Güler ve ark, 2013).

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma Aydın ilinde bulunan Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Yenidoğan Yoğun Bakım servislerinde perinatal asfiksi tanısı almış bebeklerin anneleri ile yapılmıştır. Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi'nde yenidoğan yoğun bakımda 23 hemşire çalışmakta ve 24 küvöz 4 açık yatak ve 1 izole küvöz bulunmaktadır. Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama Ve Araştırma Hastanesi'nde yenidoğan yoğun bakım ise toplam 33 yatak kapasiteli ve 30 hemşire çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırma verileri Nisan 2017 ve Nisan 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmanın planlanmasından, tez raporunun hazırlanmasına ve sunumuna kadar olan araştırma süreci Şekil 1'de görülmektedir.

Şekil 1. Araştırmanın Zamanı

İşlemler	Tarih
Araştırma konusunun seçimi	05.05.2016-18.05.2016
Tez önerisinin hazırlanması	15.06.2016-28.06.2016
Anket formunun oluşturulması	06.12.2016-20.12.2016
Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığından ön onayın alınması	08.03.2017
Aydın Kamu Hastaneler Birliği'nden resmi izin alınması	28.04.2017
Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama Ve Araştırma Hastanesi'nden resmi iznin alınması	25.09.2017
Anket formunun ön uygulamasının yapılması	01.10.2017-15.02.2018
Araştırma verilerinin toplanması	01.04.2017-30.04.2018
Verilerin analizi, araştırma raporunun hazırlanması	01.05.2018-15.06.2018
Adnan Menderes Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığından araştırma son onayının alınması	27.06.2018

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ve Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakımına kabul edilen perinatal asfiksili bebeklerin anneleri ile yapılmıştır. Araştırmanın örneklemine, maksimum çeşitlilik örnekleme yöntemi ile verilerin doygunluk noktasına ulaşana kadar bireylerin alınmasına devam edilmiştir. Verilerin toplanması aşamasında toplam 10 tane perinatal asfiksili bebeğin annesine ulaşılmış ancak 2 annenin türkçe konuşamaması ve 2 annenin de anketi red etmesi nedeniyle 6 anne çalışmaya dahil edilmiştir(Güler ve ark, 2013; Erdoğan, 2014).

3.5. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- ≥ 18 yaş,
- Türkçe konuşabilen ve anlayabilen ve
- Fiziksel, ruhsal ve zihinsel sağlık problemi öyküsü olmayan
- Perinatal asfiksi tanısı konmuş bebeği olan anneler dahil edilmiştir.

3.6. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Fiziksel, ruhsal ve zihinsel sağlık problemi öyküsü olan annelerin araştırma kapsamı dışında bırakılması planlanmış, ancak araştırma süresince böyle bir durum ile karşılaşılmamıştır.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri tanıtıcı bilgi formu (Ek-1) ve yapılandırılmış perinatal öykü görüşme formu (Ek-2) ile toplanmıştır.

3.7.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1) ve Yapılandırılmış Perinatal Öykü Görüşme Formu (EK-2)

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu formlar, ailelerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim düzeyi, mesleği, medeni durumu, sağlık güvencesi, eş eğitim durumu, eş mesleği, alışkanlıkları), obstetrik özellikleri (gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, küretaj sayısı, kendiliğinden düşük sayısı, ölü doğum sayısı) 14 ve perinatal öyküyü sorgulayan yapılandırılmış görüşme formu 23 sorudan oluşmaktadır. Araştırmacı tarafından geliştirilen soru formunun kapsam geçerliliği ve anlaşılabilirliğini sağlamak için kadın doğum hemşireliği alanında doktora eğitimini tamamlamış 5 öğretim üyesinden uzman görüşü alınmış ve yeniden düzenleme yapılarak son şekli verilmiştir.

3.8. Ön Uygulama

Soru formunun anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini belirlemek için yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan 2 anne ile ön uygulama yapılmıştır. Bu uygulama sonunda anket formunda değişiklik yapılmamıştır ve ön uygulama kapsamına alınan anneler araştırma örneklemine dâhil edilmiştir.

3.9. Araştırma Verilerinin Toplanması

Örnekleme alınan anneler ile Adnan Menderes Üniversite Hastanesi ve Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde görüşülmüştür. Anneler ile görüşme için hasta odaları veya boş uygun bir oda kullanılmıştır. Bu araştırmanın verileri araştırmacı tarafından yenidoğan yoğun bakımda bebeklerinin yatış dönemi veya taburculuk dönemi sonrasında yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak yüz-yüze görüşme ile elde edilmiştir. Çalışma hakkında bilgilendirme yapılmış ve çalışmaya katılıp katılamayacakları sorulmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden annelere çalışma hakkında ayrıntılı bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır. Bu görüşmeler sırasında kadının mahremiyetine özen gösterilmiştir. Görüşmeler hasta odasında, annelerin uygun olduğu zamanda ve yalnız kalmaları sağlanarak yapılmış ve ses kayıt cihazı ile kayıt edilmiştir. Görüşmeler yaklaşık 10-20 dk sürede tamamlanmıştır.

Araştırma verileri, niteliksel araştırma deneyimi olan ikinci araştırmacının süpervizörlüğünde, ebelikte yüksek lisans eğitiminin tez aşaması döneminde araştırmacı tarafından toplanmıştır. Bu araştırmacı tezsiz yüksek lisans eğitiminde dönem projesini nitel bir araştırma ile yapmış ve yüksek lisans derslerini başarı ile tamamlamıştır.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin analizi içerik nitel analizi yöntemleri ile değerlendirilmiştir. Annelerin perinatal öyküleri görüşlerinin dökümleri sorulara göre hazırlanmıştır. Önce görüşme sorularına verilen yanıtlar kelime kelime Microsoft Word belgesine yazılmıştır. Annelerin sorulara verdiği yanıtlar tek tek okunarak başlangıç kodları oluşturulmuştur, alt temalar ve temalara ayrıştırılmıştır. Ortak yönleri olan başlangıç kodları alt tema ve temalar biçiminde bir üst temada birleştirilmiştir. Elde edilen tema çeşitliliği ve yoğunluğu yorumlanarak örneklerle birlikte raporlanmıştır (Erdoğan, 2014).

3.11. Araştırmanın Güçlükleri

Araştırmanın veri toplama sürecinde anneler ile görüşülürken hastane içerisinde sessiz bir ortam elde edilemediği için annelerin dikkat dağınıklığı yaşamasına neden olmuştur. Annelerin seslerinin kayıt cihazına alınmasından dolayı verilerin toplanması sırasında isteksiz davranışları ile karşılaşmıştır. Perinatal asfiksi tanısı konulan bebeklerin az rastlanan bir vaka olması nedeniyle çalışmaya dahil edilen annelerin sayısı sınırlı kalmıştır.

3.12. Araştırmada Etik

Araştırmanın yapılabilmesi için Aydın ilinde bulunan Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı, ve Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nden resmi izin alınmıştır (Ek 5-6). Ayrıca araştırma protokolü ile ilgili Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Danışma Komisyonundan etik kurul oluru alınmıştır (Ek 4). Araştırmaya dâhil edilecek annelere araştırma hakkında yazılı (Ek 3) ve sözlü olarak bilgi verilerek ve yazılı onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Annelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri



Tablo 2. Kadınların Sosyo-demografik ve obstetrik verileri

Anne no	Anne 1	Anne 2	Anne 3	Anne 4	Anne 5	Anne 6
Anne yaşı	27	33	27	22	32	22
Eğitim durumu	yüksekokul	ilkokul	yüksekokul	Ortaokul	Ortaokul	Ortaokul
Çalışma durumu	hayır	hayır	hayır	Hayır	Hayır	Hayır
Sosyal güvence	evet	evet	evet	Evet	Evet	Evet
Algılanan gelir düzeyi	orta	orta	orta	Orta	Orta	Orta
Aile tipi	çekirdek	çekirdek	çekirdek	Çekirdek	Çekirdek	Geniş
Gebelik sayısı	1	3	1	2	2	1
Bebeğin doğum haftası	38+1	41	37+5	39	40+2	40+2
Doğum şekli	sezeryan	vaginal	vaginal	Vaginal	Vaginal	Vaginal
Bebeğin kilosu (gr)	3420 gr	4310 gr	3070 gr	2840 gr	3500 gr	3100 gr
Planlı gebelik	evet	hayır	evet	Evet	Evet	evet
İstenilen gebelik	evet	evet	evet	Evet	Evet	evet
Tedavi gebeliği	hayır	hayır	hayır	Hayır	Hayır	hayır

Annelerin sosyo-demografik özelliklerinin verilerinde 6 annenin 2'sinin 30 yaş üzeri, 2 tanesinin yüksekokul, 3 tanesinin ortaokul ve 1 tanesinin ilkokul mezunu, bir tanesinin geniş ailede yaşandığı saptanmıştır. Obstetrik verilerinde ise 3 tanesinin ilk gebeliğinin olduğu, 3 tanesinin 40 hafta ve üzerinde doğum yaptığı, 1 tanesinin sezeryan doğum yaptığı, bir bebeğin 4000 gr üzerinde doğduğu ve 5 tanesinin gebeliğinin planlı olduğu saptanmıştır (Tablo 2).



Tablo 3. Doğum öncesi izlem ve bakım alma durumu

Anne no	A1	A2	A3	A4	A5	A6
Gebe eğitim sınıflarına katılma	√	–	–	–	–	–
Doğum öncesi bakım alma	√	√	√	√	√	√
Doğum öncesi bakımını aldığı sağlık çalışanı	Ebe ve doktor	Ebe ve doktor	Ebe ve doktor	Ebe ve doktor	Ebe ve doktor	Ebe ve doktor
Gebelikteki hastalık durumu	–	Soğuk algınlığı	Uçuk	–	–	–
Gebelikteki hastaneye yatma	–	–	–	–	–	–
Gebelikte riskli bir durumla karşılaşma	–	–	–	–	–	–

Gebelikte izlem ve bakım alma durumlarında 6 gebeden 1 tanesinin doğum öncesi eğitim sınıflarından yararlandığı, gebelik süresince bir tanesinin uçuk ve bir tanesinin de soğuk algınlığı geçirdiği, hiçbirinin hastaneye yatmadığı ve gebelikte riskli bir durumla karşılaşmadığı ve hepsinin doğum öncesinde ebe ve doktor tarafından izlendiği saptanmıştır (Tablo 3).



Tablo 4. Travay, doğum ve doğum sonrası erken dönemdeki uygulamaları

Anne no	A1	A2	A3	A4	A5	A6
Ağrılarının başlamasından sonra hastaneye başvurma süresi	3 gün	2-3 saat	Ağrı yok	Ağrı yok	12 saat	2 saat
Amniyotomi uygulanması	–	√	√	–	–	√
Doğum eyleminde yardım eden kişiler	ebe ve doktor	ebe ve doktor	ebe ve doktor	ebe	ebe ve doktor	ebe ve doktor
Doğum eylemine yardım eden kişi sayısı	7-8	4	5	2	4	5
Doğumun 1. Ve 2. Evresinde FKA izlemi	√	√	√	1. devrede evet 2. devrede hayır	√	√
İndüksiyon uygulama	C/S	√	√	–	–	–
Epizyotomi	C/S	√	√	-	-	√
Doğumun 2. devresinin uzunluğu	17 dk	Hemen	2 saat	10-20 dk	1 saat	15-20 dk
Fundal basınç	√	√	√	√	√	√
Doğum sonrası anne ve bebeğin aynı odada olması	√	√	√	–	√	√
Bebeğin ağlama sesini duyma	√			–	√	–
Erken anne-bebek teması	√	–	-	–	–	–

Travay, doğum ve doğum sonrası erken dönemde, 6 anneden 1'inin ağrıları başladıktan 3 gün sonra hastaneye başvurduğu, 2'sinin hiç ağrısının olmadığı, 1'sinin 2. devrede fetal kalp atımına bakılmadığı belirlenmiştir. Annelerin 5'sinin vaginal doğum yaptığı, 3'üne amniyotomi, 2'sine indüksiyon ve 3'üne epizyotomi uygulandığı saptanmıştır. Annelerin doğum salonuna alındıktan sonra 1 tanesinin doğum masasında 1 saat ve 1 tanesinin de 2 saat geçirdiği, 2'sinin bebeğinin ağlama sesini duyduğu ve 1'inin erken anne-bebek temasının sağlandığı, 1'inin doğumunun ebe, diğerlerinin ebe ve doktor tarafından gerçekleştirildiği bulunmuştur (Tablo 4).



4.2. Annelerin Perinatal Öyküleri

Annelerin perinatal dönemlerinde fark ettiklerindeki anormal durumları “hastaneye gelmeden gebelik ve bebekle ilgili anormal durumlar, travayda anne ve bebek ile ilgili anormal durumlar, bebeğe yapılan ilk müdahaleler, doğum sonu erken dönemde bebeğe ilişkin fark edilen anormal durumlar ve bebekte gelişen durumun nedenine ilişkin annenin görüşleri” olmak üzere beş tema altında toplanmıştır. Annelerin öyküleri ve çıkarılan başlangıç kodları Ek 6 ‘de verilmiştir.



Tablo 5. Hastaneye gelmeden önce ve travay süresinde anne ve bebeğe yapılan uygulamalar ve anormal durumlar

		Başlangıç kodlar
Hastaneye gelmeden önce gebelik ve bebekle ilgili fark edilen anormal durumlar	Pelvis darlığı	Sancı var (n=1) Ebenin fizik muayenesi sonucu çatının dar olduğu bildirilmiş (n=1)
Travay süresince anne ve bebekle ilgili fark edilen anormal durumlar	Bebeğe ilişkin	Anormal durum farketmedim (n=2) Bebek hareketlerinde artış (n=2) Bebeğin sıkıntıda olduğunu hissetme (n=1) Sürekli EFM izlemi (n=1) Amniyotomi uygulanması sonrası bebeğin büzüşmesi hissi (n=1)
	Doğum eylemine ilişkin	Amniyotomi uygulanması (n=1) Aşırı ağrı hissi (n=1) Sürekli kontraksiyon (n=1) 2. evrenin uzaması (n=1) Masada uzun süre kalma (n=1) Epidural anestezi uygulaması (n=1)

Annelerin öykülerinden hastaneye gelmeden gebelik ve bebekle ilgili anormal durum teması altında “*pelvis darlığı*”, travayda anne ve bebek ile ilgili anormal durumlarda “*bebeğe ilişkin ve doğum eylemine ilişkin*” alt temalar saptanmıştır (Tablo 5). Annelerin hastaneye gelmeden ve travay sırasında kendileri ve bebekle ilgili fark ettikleri anormal durum ile ilgili bazı ifadeleri şöyledir;

“Ya çatalımın dar olduğunu söylemişlerdi hani benim kendi hissettiğim hani normal doğum olmadı ama normal doğum diye ısrar etti bebeğim belki o esnada zorlanmıştır hani çıkarken belki sezeryan olsaydı böyle bişey hiç yaşanmazdı çünkü bebeğimde kontrole götürdüm her testide yaptırdı hiç bi sorun çıkmadı hepsi normaldi kalp ritimleri hiçbi zaman bi aksaklık göstermedi yani hiç hamileliğimde hiçbirşey yaşamadım çok rahat bi hamilelik geçirdim bilmiyorum sadece o bi günde çok kötü bi gündü yani o bigünde her şeyi yaşadım kendimde çocuğumda”(A6)

“Çok hareketliydi çok hareketliydi hareketleri çok aşırıydı o dikkatimi çekti doğum sırasında öbür gebeliklerimde öyle bişey yoktu hareketsizdi bu çok hareketliydi”(A2)

“Bebğimle ilgili çok hissettim çünkü sancı vuruyordu bebeğin hazneye indiğini söylüyolardı ama açılma olmuyodu 3cm di birden 9 cm açılmam oldu(birden mi olduğu sorgulandı yeniden) hıhı 3 cm den birden 9 cm açılmam oldu ama baya geçtikten sonra oldu 9 cm açılmam sonra ebe muayene etti dedi bebeğin saçı elime geliyor ondan sonra 3 saat sonra beni doğuma aldılar ondan sonra zaten 9 cm açılmam oldu beni almadılar doğuma evet baya bekledim sancı odasında.ya bilmiyorum çok kötüydü.bebliğime bişey olucak diye korku vardı çünkü bilmiyorum içimde bişey var hani bana anlattıkları gibi diyolardı şey büyük hani büyük tuvaletini abdestin geliyomuş gibi olucak aynı o şekilde oluyodu canımdan can gidiyor sancım hiç durmuyodu ama doğuma almıyolardı”(A6)

Tablo 6. Bebeğe yapılan ilk müdahaleler ve anne tarafından fark edilen anormal durumlar

Temalar	Alt temalar	Başlangıç Kodlar
Bebeğe yapılan ilk müdahaleler	Yenidoğanın canlandırması	İlk ağlama yok (n=2) Göğüs masajı (n=1) Aspirasyon sondası kullanımı (n=2) Bişeyler yapıldı (n=1) Ambu kullanımı (n=2) Hareket etmiyor (n=1) Sağlık çalışanları bişeyler yaptı (n=3)
	Fizik muayene ve bakım	Bebeğin boy, kilo, baş çevresi ölçümü hakkında konuşma (n=1) Göbek kordonuna müdahale (n=1)
Doğum sonrası erken dönemde bebeğe ilişkin fark edilen anormal durumlar	Yenidoğanda yaşam belirtisine ilişkin	Bebeğe müdahale/göğüs masajı (n=1) Bebek ağlamaması (n=3) Ağlama sesi var (n=2) Yorgun yenidoğan (n=1) Cansız gibi olduğunu görme (n=1)
	Yenidoğana yapılan girişimler	Bebeğin sert uyarılması (sallanması) (n=1) Bebeğin küvöze alınması (n=2) Mekonyumlu olması (n=2) Çok beyaz cilt rengi (n=1) Cilt mor (n=1)
	Doğum ekibine ilişkin	Ortamda panik var (n=1) Personel arasında fısıldaşma (n=1)

Tablo 6' de annelerin öykülerinden çıkarılan bebeğe yapılan ilk müdahaleler ile ilgili verilerin görülmektedir. Bebeğe yapılan ilk müdahaleler teması altında “*yenidoğan canlandırması, fizik muayene ve bakım*”, doğum sonu erken dönem de bebeğe ilişkin fark edilen anormal durumlar teması altında “*yenidoğanda yaşam belirtisi, yenidoğana yapılan girişimler ve doğum ekibi*” alt temaları saptanmıştır. Annelerin temalar ile ilgili bazı ifadeleri şunlardır;

“Sezdim. Sezdim anormal birşey olduğunu sezdim çünkü ağlama sesi duymamıştım bide beni masadada o kadar süre bekletince bana müdahale edilmiyor herkes kendi arasında fısıldaşıyor bi panik var onuda görüyorum yani anormal birşey olduğunu fark ettim.”(A3)

“Ağlamadı ya sordumda bilmiyorum kaybettiğimi falan düşündüm o esnada bide biraz mor doğdu yani morumsuydu vücudu. Sadece neden ağlamıyor diye sordum doktorda dediki hani şey dedi çok yorulmuş dedi içinde o yüzden böyle dedi bana sadece.”(A6)

“Hissettim. Ağlamadığı için hissettim. bilmiyorum o an her şey aklıma geldi yani acaba hayattamı değimli sessiz boğazına borular falan soktular afedersiniz pis su yutmuş pisliğini yutmuş üzerinde pislik var her şey aklıma geldi. Acaba birşey olurmu kurtulurmu onlar müdahale ederken ben öyle onları seyrettim kalakaldım birşey yapadım.neler gördüğü sorgulandı: Kafasını salladıklarını gördüm ellerinde cansız gibi olduğunu gördüm rengi çok beyazdı” (A2)

Tablo 7. Bebekte gelişen durumla ilgili anne görüşleri

Tema	Alt Temalar	Başlangıç Kodları
Bebekte gelişen durumun nedenine ilişkin annenin görüşleri	İzlem ve bakım yetersizliği	Yetersiz izlem (n=1) Geç müdahale (n=1) Yanlış ve geç müdahale (n=1) Müdahalede gecikme (n=1) Gerekli müdahalenin yapılmaması (n=1) Yeterli bakım alamama (n=1) Gözlem hatası (n=1) İhmalkarlık ve gevşeklik (n=1)
	Zor doğum eylemi	Normal doğuma için bekletilme ve zorlanma (n=1) Zor doğum eylemi (n=4) Psikolojik olarak kötü hissetme (n=1) Uygun müdahale koşullarının bulunmaması (n=1) Tekrarlayan zor doğum eylemi (n=1) İknamama (n=1) Kemik pelviste darlık (n=1)
	Bebeğin fizyolojik özelliği	Uyum süreci olarak düşünülüyor (n=1)

Annelerin perinatal öykülerinden çıkarılan bebekte gelişen durumun nedenine ilişkin annenin görüşleri teması altında “*izlem ve bakım yetersizliği, zor doğum eylemi ve bebeğin fizyolojik özelliği*” alt temalarının yer aldığı saptanmıştır. Bu temalar ve verilerin başlangıç kodları Tablo 7’ de yer almaktadır. Annelerin bu temalara ilişkin bazı ifadeleri aşağıda verilmiştir. Bunlar;

“*Neyle ilişkili olmuş olabilir bende bilmiyorum artık kafam çok karıştı amaaa bilmiyorum yani gecici bişey olduğunu düşünüyorum yani daha çok beklide yani şöyle ona inanmak istiyorum uyum süreci sıkıntısı yaşıyor diye düşünüyorum ben.*” (A1)

“*Bana göre ilk gittiğim zamandan doğuma kadar ilgilenilmedi çocuk zorda kaldığı için bu duruma geldi bana göre. Doktor hiçbirşeyle ilgilenmedi suni sancı falan verilmedi sabaha kadar sabahın dokuzuna kadar öyle çektim ben kuru kuru suyum hiçbirşekilde patlatılmadı. Kendiliğinden olması beklenildi ben sezeryan talebindede bulundum bana 2 normal doğum yapmışsın bunu yapabilirsin dediler.sezeryan istedim ben istekte bulundum ama yapmadı.ben zor olduğunu biliyodum artık yapamıycamı gücüm yetmiyceni biliyodum istedim ben istemediler.*”(A2)

“*Orda yoğun bakıma almadılar benim yanıma odaya verdiler odanın içinde bir küvöz vardı küvöz çok derme çatma bir küvözdü ama yani kapakları bile kırıkta kafasına bir tas kapattılar adını unuttum hood kapattılar fakat biz sonradan fark ettik ki merkezi sistemden oksijen kapalıymış o hoodada ayrıca boğuldu çınaralp.*”(A3)

“*Ya çatalımın dar olduğunu söylemişlerdi hani benim kendi hissettiğim hani normal doğum olmadı ama normal doğum diye ısrar etti bebeğim belki o esnada zorlanmıştır hani çıkarken belki sezeryan olsaydı böyle bişey hiç yaşanmazdı çünkü bebeğimde kontrole götürdüm her testide yaptırdı hiç bi sorun çıkmadı hepsi normaldi kalp ritimleri hiçbir zaman bi aksaklık göstermedi yani hiç hamileliğimde hiçbirşey yaşamadım çok rahat bi hamilelik geçirdim bilmiyorum sadece o bi günde çok kötü bi gündü yani o bigünde her şeyi yaşadım kendimde çocuğumda*”(A6)

Çalışmaya katılan annelerin biri bebeğinde gelişen sorunun nedeni olarak postmatüriteyi göstermiştir. Ancak bu annenin öyküsünde gebeliğinin 41 haftalık olduğu görülmüştür.

5. TARTIŞMA

Asfiksili bebeği olan annelerin perinatal öykülerinin incelenmesi amacı ile niteliksel olarak yapılan bu çalışmada 6 anne ile görüşülmüştür. Araştırmada annelerin perinatal öykülerinden elde edilen veriler “*hastaneye gelmeden gebelik ve bebekle ilgili anormal durumlar, travayda anne ve bebek ile ilgili anormal durumlar, bebeğe yapılan ilk müdahaleler, doğum sonu erken dönemde bebeğe ilişkin fark edilen anormal durumlar ve bebekte gelişen durumun nedenine ilişkin annenin görüşleri*” olmak üzere beş tema altında toplanmıştır. Elde edilen sonuçlar bebeklerde asfiksi gelişmesi ve yapılan müdahalelere ilişkin kapsamlı bilgi ortaya koyması bakımından önemlidir.

Bu çalışmada bir annenin öyküsünde ebenin fizik muayenesi sonucunda, hastaneye gelmeden önce “*pelvis darlığı*”nın tespit edilmiştir. Bu annenin doğumunun vajinal yol ile gerçekleştirmesi için zorlandığı ve doğumunu zor doğum eylemi olarak ifade edilmiştir. Bu sonuç dahilinde literatürde bulunan çalışmalara bakıldığında Katar ve arkadaşlarının (2007) HİE’li bebeklerle ilgili yaptıkları araştırma sonucunda bebeklerin %31.25’inde zor doğum, mekonyumlu doğum, müdahaleli doğumun asfiksiye neden olduğu bildirmişlerdir. Benzer şekilde Yörük ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada uzamış gebeliklerde sık karşılaşılan komplikasyonların doğum eyleminin uzaması, sefalopelvik uygunsuzluk ve nörolojik sekellerle daha sık izlendiği saptanmıştır. Pelvik distosi ile ilgili fetüs başının doğum kanalında aşırı baskı altında kalarak kırık, kanama, nörolojik problemlere bağlı asfiksi gelişebileceği de bilinmektedir (Taşkın, 2014). Çalışmamızda da annelerin ifadeleri ve neonatal sonuçlara bakıldığında pelvik distosiye bağlı fetal asfiksi gelişebileceği ortaya çıkmaktadır.

Çalışmada, bazı annelerin travayda anne ve bebek ile ilgili anormal durumlarda “*bebeğe ilişkin*” alt temasında, “*bebek hareketlerinde artış ve bebeğin sıkıntıda olduğunu*” hissettiklerini ifade ettikleri bulunmuştur. Literatürlerde de fetüsün ani ve şiddetli hareketlerini takiben hareketlerin alınmaması, akut fetal distress için karakteristik bir belirtisi olduğu bilgisi yer almaktadır (Alp Dal ve Ertem, 2016; Özbaşaran, 2016). Literatürlerde aşırı fetal hareketin fetal asfiksiyle ilgili olduğuna dair bir çalışma ile karşılaşılmamıştır. Ancak Aktulay ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada fetal hareketlerde azalma şikayetiyle hastane veya sağlık kurumuna gelen annelerde fetal büyüme geriliği riski, ölü doğum, erken doğum gibi olumsuz gebelik sonuçlarıyla birlikte

acil sezeryan riskinde de artış olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda anneler fetal hareketlerde artış olduğunu ifade edip, sonrasında bir hareketsizlik ifadesinde bulunmamışlardır. Bu nedenle aşırı fetal hareketin perinatal asfiksiyle ilişkili olup olmadığının belirlenmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Araştırmada annelerin “*doğum eylemine ilişkin*” alt teması altında yer alan “amniyotomi uygulanması, aşırı ağrı hissi, sürekli kontraksiyon, 2. evrenin uzaması ve uzun süre doğum masasında kalma ve epidural anestezi uygulaması” bilgilerine yer verdikleri saptanmıştır. Baylas Şahin ve Yapar Eyi’nin (2016) yaptıkları araştırmada amniyotomi uygulanan ve uygulanmayan gruplar arasında bebeğin doğum ağırlığı Apgar skoru, kordon kan gazı pH değeri ve yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamışlardır. Yıldızhan ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada doğumda epidural anestezi uygulanmasında anestezi utero plasental kan akımını etkileyerek asfiktik değişiklikler yoluyla neonatal depresyona neden olabileceğini ortaya koymuşlardır. Ancak literatürlerdeki bazı bilgilerde doğum ilerliyor ve herhangi fetal/maternal risk düşülmüyor ise ikinci evrede zaman kısıtlamalarına mesafeli yaklaşılmasını, evre süresi ile bebeğin sorunlu doğmasıyla arasında bir ilişki olmadığını ileri sürmektedirler (Walsh, 2000). Bir başka çalışmada ise epidural anestezi yapılan gebelerde ıkmının geciktirilmesi doğum ve komplikasyonlarından kaçınılmasını sağlayabilir (Simpson ve James, 2005). Çalışmamızda ise bir anneye epidural anestezi uygulandığı ve bu annenin doğumun ikinci evresinde uzama saptanması ve bebeğinin hareketsiz olması, Baylas Şahin ve Yapar Eyi ile Yıldızhan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaları destekler niteliktedir. Yinede bu konunun perinatal asfiksiyle ilişkili olduğunu kesin olarak ifade edebilmek için daha fazla çalışma yapılmasına gereksinim olduğu söylenebilir.

Annelerin öykülerinde belirttiği ifadelerinde bebeğe ilişkin fark edilen “*yenidoğan canlandırması*” alt temasında yer alan “ilk ağlamanın duyulmaması, göğüs masajı, aspirasyon sondası kullanımı, ambu kullanımı, bebeğin hareketsiz olması ve sağlık çalışanlarının bişeyler yapmış olduğu” bilgilerine yer verildiği ve annelerin doğum sonu erken dönemde bebeğe ilişkin fark edilen anormal durum teması altında “*yenidoğanda yaşam belirtisi*” alt temasında annelerin ifadelerinde yer alan “bebeğe müdahale/göğüs masajı, bebek ağlamaması, yorgun yenidoğan, cansız gibi olduğunu görme” bilgilerine, “*yenidoğana yapılan girişimler*” alt temasında “bebeğin sert uyarılması (sallanması), bebeğin küvöze alınması, mekonyumlu olması, çok beyaz cilt rengi, mor cilt” bilgilerine ulaşılmıştır. Annelerin “*doğum ekibi*” alt teması altında yer alan “ortamda panik ve

personel arasında fısıldaşma” ifadeleri belirtilmiştir. Bu alt temaların oluşturduğu bilgiler bizi yenidoğana doğum odasında yapılan ilk müdahalelerle ilgili verilere götürmektedir. Bu veriler ışığında literatürlere bakıldığında fetal hipoksi asfiktik bebekte mekonyum çıkışına neden olduğu bilinmektedir. Bu nedenle mekonyum varlığı, hipoksinin önemli göstergelerinden biri olarak kabul edilirken, özellikle koyu mekonyumlu deprese term bebeklerde HİE gelişme riskinin arttığı bilinmektedir (Özdemir ve ark, 2011). Can ve arkadaşlarının (2011) HİE olgular ile yaptığı çalışmada izlenen yenidoğanların %21’i mekonyum ile boyalı olduğunu bildirmeleri bu bilgileri destekler niteliktedir. Yenidoğana müdahale eden ekip ile ilgili çalışmadan elde ettiğimiz bilgiler ışığında yapılan araştırmalar incelendiğinde Duran ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada NRP eğitimi almış personelin bulunduğu doğumlardaki bebeklerin daha yüksek Apgar skorunun olduğu ve NRP eğitimi öncesi doğan bebeklerde daha fazla sayıda HİE’li bebek olduğunu bildirdikleri ifade edilmektedir. Karadeniz Bilgin ve arkadaşları (2011) çalışmalarındaki düşük bulunan HİE oranını, Türkiye’de özellikle perinatal asfiksiyi azaltmak amacı ile 2000’li yıllardan sonra yaygın olarak verilen Neonatal Resüsitasyon Programı’nın başarısına bağlanmışlardır. Araştırmada “fizik muayene ve bakım” alt temasında bebeğin fiziki ölçümlerine ait baş ve boyun ölçülmesi ve umbilikal kordun kesilmesi bilgilerine yer verilmiştir. Asfiksi ile bu bilgiler arasında bir ilişki bulunmamakla birlikte sağlık ekibinin fizik muayene bulgularını değerlendirebilmesi ve ilk müdahaleyi yapma konusunda deneyimli olmasının büyük önem taşıdığı çalışmalarda bildirilmiştir. Doğum ekibi içerisinde canlandırmayı yapma yeteneğine sahip olan kişi tarafından anormal durumlar erken saptanıp doğru müdahale ile yenidoğanda gelişebilecek asfiktik durumlar önlenmelidir.

Araştırmanın analizinde annelerin perinatal öykülerinden çıkarılan bebekte gelişen durumun nedenine ilişkin teması altında “yetersiz izlem, geç müdahale, yanlış ve geç müdahale, müdahalede gecikme, gerekli müdahalenin yapılmaması, yeterli bakım alamama, gözlem hatası, ihmalkarlık ve gevşeklik, normal doğuma için bekletilme ve zorlanma, zor doğum eylemi, psikolojik olarak kötü hissetme, uygun müdahale koşullarının bulunmaması, tekrarlayan zor doğum eylemi, ıkınamama, kemik pelviste darlık” bilgilerine ulaşılmıştır. Bu bilgiler dahilinde doğum eylemini destekleyen ekibinin deneyim ve becerisi, anneye verilen destek, uygun olmayan koşullarda yenidoğanın izlenmesi öne çıkmaktadır. Perinatal asfiksisinin önlenmesinde öncelikle koruyucu önlemlerin alınması gerektiği bir çok araştırma sonucunda ortaya koyulmuştur (Katar ve

ark, 2007; Karadeniz Bilgin ve ark, 2011). Bizim çalışmamızda da koruyucu önlemlerin alınması gerektiği elde edilen bilgiler sonucunda ortaya koyulmaktadır.

5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Bunlar;

- Araştırmaya katılan kadınlar gelişigüzel örnekleme yöntemi ile belirlendiğinden, araştırmanın sonuçları sadece örnekleme alınan bireyleri temsil etmektedir.
- Araştırma verilerinin toplanmasında kullanılan anket formu yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandığından verilerin güvenilirliği kadınların verdiği bilgilerin doğruluğu ile sınırlı kalmıştır.
- Araştırmanın iki hastanede yapılması ve vakalar ile sık karşılaşılması örneklem sayısında sınırlılık oluşturmuştur.
- Araştırmada verilerin doğum sonrası 2-3 gün veya daha uzun süre sonra toplanması ve doğum sonrası bebeğe odaklanması, doğum eylemi ile ilgili bazı ayrıntıların hatırlanmamasına neden olmuş olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Perinatal asfiksi tanısı alan bebeklerin ve annelerin perinatal öykülerini incelemek amacıyla niteliksel olarak yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlar şunlardır:

- Annelerin 2'sinin 30 yaş üzeri, 2 tanesinin yüksekokul, 3 tanesinin ortaokul ve 1 tanesinin ilkokul mezunu, bir tanesinin geniş ailede yaşadığı,
- Annelerin 5'inin planlı gebeliğe sahip olduğu, 3'ünün ilk gebeliğinin olduğu ve 3'ünün 40 hafta ve üzerinde doğum yaptığı, 1 tanesinin sezeryan ile doğum yaptığı, bir bebeğin 4000 gr üzerinde doğduğu,
- Annelerin sadece 1 tanesinin doğum öncesi eğitim sınıflarından yararlandığı, 1'inin gebelik süresince uçuk ve 1'inin de soğuk algınlığı geçirdiği, hiçbirinin hastaneye yatmadığı ve gebelikte riskli bir durumla karşılaşmadığı, tamamının doğum öncesinde ebe ve doktor tarafından izlendiği,
- Altı anneden 1'inin ağrıları başladıktan 3 gün sonra hastaneye başvurduğu, 2'sinin hiç ağrısının olmadığı, 1'inin 2. devrede fetal kalp atımına bakılmadığı
- Annelerin 5'sinin vaginal doğum yaptığı, 3'üne amniyotomi, 2'sine indüksiyon ve 3'üne epizyotomi uygulandığı
- Annelerin doğum salonuna alındıktan sonra 1 tanesinin doğum masasında 1 saat ve 1 tanesinin de 2 saat geçirdiği, 2'sinin bebeğinin ağlama sesini duyduğu ve 1'inin erken anne-bebek temasının sağlandığı, 1'inin doğumunun ebe, diğerlerinin ise ebe ve doktor tarafından gerçekleştirildiği,
- Annelerin hastaneye gelmeden önceki öykülerinden gebelik ve bebekle ilgili anormal durum teması altında “*pelvis darlığı*”, travayda anne ve bebek ile ilgili anormal durumlarda “*bebeğe ilişkin ve doğum eylemine ilişkin*” alt temalarının çıkarıldığı,
- Bebeğe yapılan ilk müdahaleler teması altında “*yenidoğan canlandırması, fizik muayene ve bakım*”, doğum sonu erken dönem de bebeğe ilişkin fark edilen anormal durumlar teması altında “*yenidoğanda yaşam belirtisi, yenidoğana yapılan girişimler ve doğum ekibi*” alt temalarının yer aldığı,
- Annelerin perinatal öykülerinden ise bebekte gelişen durumun nedenine ilişkin annenin görüşleri teması altında “*izlem ve bakım yetersizliği, zor doğum eylemi ve bebeğin fizyolojik özelliği*” alt temalarının çıkarıldığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara dayalı olarak;

✓ Ebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde annelerin bildirdiği ya da gözlemledikleri tüm olağan dışı durumları ciddiye alarak kapsamlı bir şekilde değerlendirmeleri, bu durumlara kuşku ile yaklaşmaları, yapılabilecek ya da alınabilecek önlemleri gözden geçirmeleri ve yapmaları,

✓ Örgün ve yaygın eğitim birimlerinde görevli ebelerin ve diğer çalışanların bu çalışma sonuçlarını dikkate alacak biçimde eğitim programlarını yenilemeleri ve bu konudaki farkındalıklarının artırılması,

✓ Sağlık yönetici ve politika geliştiricilerin perinatal asfiksisinin önlenmesi, erken tespiti, bakım ve tedavisi ile ilgili kurumsal uygulamalarını kanıta dayalı uygulamaları da dahil ederek geliştirmeleri ve bu konuda bilimsel bilgi gelişimini destekleyecek düzenlemeler yapmaları ve

✓ Perinatal asfiksiye ilişkin daha kapsamlı verileri ortaya koyabilecek gözlemsel, riskli gebelerin ve yenidoğanların sağlık durumunu geliştirebilecek yöntemlerin test edildiği deneysel ve perinatal asfiksili bebeğe sahip olan annelerin deneyimlerini ortaya koyabilecek daha kapsamlı kalitatif araştırmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Aktaş S. Doğumda fetal kalp hızının izlenmesi. In: Öztürk Can H, Yücel Ü, Hadımlı A (eds), Ebelerin travay ve doğum el kitabı, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2018, s 52-63.

Akısü M, Huseyinov A, Yalaz M, Cetin H, Kultursay N. Selective head cooling with hypothermia suppresses the generation of platelet-activating factor in cerebrospinal fluid of newborn infants with perinatal asphyxia. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids*, 2003, 69(1), 45-50.

Akısü M, Kumral A, Canpolat EF. Neonatal ensefalopati tanı ve tedavi rehberi 2018. Türk Neonatoloji Derneği. 2. Baskı, 2018, 5-14.

Aktulay A, Üstün YE, Hançerlioğulları N, Moraloğlu Ö, Demir B, Yörük Ö. Fetal hareketlerde azalma ön tanısıyla doğum ünitesine yatırılan gebelerin değerlendirilmesi. *Bozok Tıp Dergisi*, 2015, 5(1), 37-40.

Alp Dal N, Ertem G. Fetal sağlığın değerlendirilmesi ve tarama testleri, In: Sevil Ü, Ertem G (eds), Perinatoloji ve Bakım. Ankara Nobel Kitap Evleri, İzmir, 2016, s 373-408.

Altun Yılmaz E. Yüksek riskli yenidoğan, In: Ekti Genç R, Özkan H (eds), Ebeler İçin Yenidoğan Sağlığı ve Hastalıkları. Anadolu Nobel Tıp Kitapevleri, Elazığ, 2016, s 182-202.

Arslan V. Doğum öncesi dönem, In: Tankuter K (ed), Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, 1. Baskı, Koç Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2012, s 131-166.

Artunç Ülkümen B, Pala G, Koyuncu FM. Doğumda fetal iyilik halinin izlenmesi, In: Demir CS, Küçükgez Güleç Ü (eds), Eylem ve Doğum. Akademisyen Kitapevi, 6. Baskı, Ankara, 2014, s 143-172.

Aslam HM, Saleem S, Afzal R, Iqbal U, Saleem SM, Shaikh MWA, Shahid N. Risk factors of birth asphyxia. *Italian Journal of Pediatrics* 2014,1-9.

Avşar AF, Keskin HL, Üstüner I. Serebral palsinin oluşumunda obstetrik faktörlerin etkisi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obsteteri*, 2009, 19(5), 278-292.

Azzopardi D, Robertson NJ, Cowan FM, Rutherford MA, Rampling M, Edwards AD. Pilot study of treatment with whole body hypothermia for neonatal encephalopathy. *Pediatrics* 2000,106,684-94.

Baylas Şahin A, Yapar Eyi E.G. Amniyotominin eylem süresi, sezaryen oranları, maternal ve fetal sonuçlar üzerine etkisi. *Perinatoloji Dergisi*, 2017, 25(1), 19–25.

Bradshaw LE, Pushpa-Rajah A, Dorling J , Mitchell EJ, Duley L. Cord pilot trial: update to randomised trial protocol. *Bradshaw et al. Trials*, 2015, 16, 407.

Beken S. Hipoksik iskemik ensefalopati, In: Okumuş N, Zenciroğlu A (eds), Bir Bakışta Neonatoloji. Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara, 2013, s 42-64.

Berkiten Ergin A. Riskli doğumlar, In: Şirin A, Kavlak O (eds), Kadın Sağlığı. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2016, s 433-459.

Bozkurt G. Yenidoğanda nörolojik sistem hastalıkları. In: Ekti Genç R, Özkan H (eds), Ebeler İçin Yenidoğan Sağlığı ve Hastalıkları. Anadolu Nobel Tıp Kitapevleri, Elazığ, 2016, s 245-266.

Can E, Bülbül A, Nuhoglu A. Hipoksik İskemik Ensefalopati Tanılı Term Yenidoğanlarda Laboratuvar Testlerinin Mortalite İle İlişkisinin Değerlendirilmesi. *Balkan Medical Journal*, 2011, 28, 256-260.

Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı Güvenli Annelik. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara, 2009. ISBN 975-590-136-1.

Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. 10. baskı. Ankara. System offset basımevi, 2011, 57-116.

Çayan F. Distosi, In: Demir CS, Küçükgoz Güleç Ü (eds), Eylem ve Doğum. Akademisyen Kitapevi, 6. Baskı, Ankara, 2014, s 193-210.

Çetinkaya E, Sevil Ü. Perinatolojiye giriş, In: Sevil Ü, Ertem G (eds), Perinatoloji ve Bakım. Ankara Nobel Kitap Evleri, İzmir, 2016. s 1-52.

Çoban A, İnce Z. Hastalıklar. In: Çoban A, İnce Z. (Eds). Gomella L,T. Neonatoloji. 6. baskı. İstanbul, Ege Basım, 2012, s 624-644.

Çoban A, İnce Z. Temel Yönetim. In: Çoban A, İnce Z. (Eds). Gomella LT. Neonatoloji. 6. Baskı. İstanbul: Ege Basım, 2012. s 1-192.

Dağoğlu T. Yenidoğanın gelişimi ve çevresel faktörler. İn: Dağoğlu T, Görak G. (Eds). Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2008, s 759-768.

Dağoğlu T, Samancı N. Yenidoğanın Resüsitasyonu. İn: Dağoğlu T, Görak G. (Eds). Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2008. s 153-166.

Dereli Yılmaz S. Doğumun birinci evresi, İn: Demirgöz Bal M, Dereli Yılmaz S(eds), Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum, Akademisyen Kitapevi, Ankara, 2017, s 43-68.

Doğan Pekince G, Ertem G. Doğum öncesi bakım, İn: Sevil Ü, Ertem G (eds), Perinatoloji ve Bakım. Ankara Nobel Kitap Evleri, İzmir, 2016, s 127-168.

Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın Ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı..2.Baskı. Ankara, 2014, 924.

DSÖ: WHO, UNICEF. Antenatal Care in Developing Countries: Promises, Achievements and Missed Opportunities. An Analyzes of Trend, Levels and Differentials, 1990-2001, Geneva, 2003.

Duran R, Aladağ N, Vatansever U, Süt N, Acunaş B. The impact of Neonatal Resuscitation Program courses on mortality and morbidity of newborn infants with perinatal asphyxia. *Brain Development-Journal*, 2008, 30(1), 43-6.

Edwards AD. Pilot study of treatment with whole body hypothermia for neonatal encephalopathy. *Pediatrics*, 2000, 106, 684-694.

Erdoğan S. Nitel araştırmalar, İn: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N(eds), Hemşirelikte araştırma. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2014, s 133-164.

Eren T, Gökçay G. Özel gereksinimi olan çocukların izlenmesi, İn: Gökçay G, Beyazova U (eds), İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2017, s 55-108.

Ekti Genç R. Yenidoğan ve anne resüsitasyonu, İn: Öztürk Can H, Yücel Ü, Hadımlı A(eds), Ebelerin Travay ve Doğum El Kitabı, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2018, s 292-305.

Gane B, Vishnu Bhat B, Rao R, Nandakumar S, Adhisivam B, Joy R, Prasad P, Shruti S. Antenatal and intrapartum risk factors for perinatal asphyxia: a case control study. *Curr Pediatr Research*, 2013, 17 (2), 119-122.

Gilbert ES, Harmon JS. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı, 3.baskı, İn: Taşkın L (Eds), Palme Yayıncılık, Ankara, 2011, 186-197.

Görak G. Yenidoğanın Değerlendirilmesi. İn: Dağoğlu T, Görak G. (Eds). Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. 2. Baskı. İstanbul. Nobel Tıp Kitapevleri, 2008. p.127-152.

Güler A, Halıcıoğlu MB, Taşkıgın S. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Seçkin Yayınları, Ankara, 2013,63-289.

Güngör I, Oskay U. Riskli doğum eylemi, İn: Kızılkaya Beji N(ed), Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Nobel Tıp Kitapevi, .İstanbul, 2015, s 500-534.

Güner Ö, Kavlak O. Doğum, İn: Sevil Ü, Ertem G (eds), Perinatoloji ve Bakım. Ankara Nobel Kitap Evleri, İzmir, 2016. s 299-372.

Gürsoy T. Doğum odası uygulamalarının yenidoğana etkisi, TJOD, 2015, Erişim: http://www.tjodistanbul.com/index.php?option=com_k2&view=item&id=432:dogum-odasi-uygulamalarinin-yenidogana-etkileri&Itemid=830 Erişim tarihi: 25.07.2016

Hagmann CF, Brotschi B, Bernet V, Latal B, Berger TM, Robertson Nicola J. Hypothermia For Perinatal Asphyxial Encephalopathy. *Swiss Medical Weekly.* 2011, 141.

Hakyemez Toptan H, Karadağ N, Karatekin G, Mekonyum Aspirasyon Sendromu Ve Yaklaşımındaki Yenilikler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 2016, 47(4), 132-138.

International Confederation Of Midwives, Essential competencies for basic midwifery practice, 2010, Revised 2013

İncecik F. Nörolojik bozukluklar, İn: Satar M. Temel Neonatal Tıp. 5. Baskı. Akademisyen Tıp Kitap Evi, Ankara, 2014, s 287-310.

Karadeniz Bilgin L, Aladağ N, Aygün C, Altay D. Hipoksik İskemik Ensefalopati: 63 Term Yenidoğanın Değerlendirilmesi. Cilt 5 Sayı 2 2011, 89-94

Kavuncuoğlu S, Öztürk E, Aldemir EY, Ceylan Y, Özbek S. Riskli gebelik nedeni ile izlenen annelerden doğan preterm bebeklerin erken dönem morbidite ve mortalite sonuçları. *JOPP Dergisi*, 2010, 2(1), 27-30.

Katar S, Devecioğlu C, Ayrancı Sucaklı İ, Taşkesen M. Hipoksik İskemik Ensefalopatili 80 Term Yenidoğan Hastanın Değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi*, 2007, 34(1), 38-41.

Kesici S. Postnatal Çevreye Normal Uyum. İn: Yurdakök M. (Eds). Meeks M, Hallsworth M, Yeo H. Yenidoğan Hemşireliği. 2. Baskı. Rota Tıp Kitapevi, 2012, s 39-50.

Kılıç S, Uçar M, Temir P, Erten Ü, Şahin E, Karaca B, Yüksel S, Özkır F. Hamile kadınlarda doğum öncesi bakım alma sıklığı ve bunu etkileyen faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007, 6 (2), 91-97.

Kirimi E. Doğumda canlandırma, In: Satar M (eds) Temel Neonatoloji Tıp, 2012, 33-46.

Kotelhuck M. An Evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a Proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index. *Amerikan Journal of Public Health* 1994, 84(9), 1414-1420.

Kömürcü N, Doğan Merih Y. Gebelik dönemi sorunları ve hemşirelik bakımı, In: Tankuter K (eds), Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, 1. Baskı, Koç Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2012, s 169-193.

Kulak W, Okurowska- Zawada B, Sienkiewicz D, Paszko-Patej G, Krajewska-Kulak E. Risk factors for cerebral palsy in term birth infants. *Advances in Medical Sciences*, 2010, 55(2), 216-221.

Mete S. Doğum öncesi bakım, In: Şirin A, Kavlak O (eds), Kadın Sağlığı. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2016, s 304-312.

Narlı N, Tepe S. Yenidoğan, In: Demir CS, Küçükgez Güleç Ü (eds), Eylem ve Doğum. Akademisyen Kitapevi, 6. Baskı, Ankara, 2014, s 724-744.

Okumuş N. Hipotermi Tedavisinde Güncel Yaklaşım. 23. Ulusal Neonatoloji Kongresi Konuşma Özetleri ve Bildiri Kitabı, s 29-39, 19-22 Nisan 2015, Adana.

Ovalı F, Gürsoy T. Perinatal asfiksi, Neonatoloji Cep Kitabı, 2.baskı, Akademi yayın evi, 2014, 378-386.

Oygür N, Önal E, Zenciroğlu A. Doğum salonu yönetimi rehberi 2016. Türk Neonatoloji Derneği, 2016, 5-39.

Öcalan D, Ünsal Atan Ş. Yenidoğan bakımı ve fiziksel değerlendirilmesi, In: Sevil Ü, Ertem G (eds), Perinatoloji ve Bakım. Ankara Nobel Kitap Evleri, İzmir, 2016. s 497-526.

Öncel MY, Akar M, Erdeve Ö, Dilmen U. Perinatal asfikside hipotermi tedavisi ve pasif soğutma uygulamaları. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2012, 55, 96-99.

Özdemir R, Akçayı A, Alyamaç Dizdarı E, Oğuz ŞS, Yurttutani S, Yapar EG, Dilmen U. Mekonyum aspirasyon sendromu sıklığı ve prognostik faktörler: tek merkez deneyimi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2011, 54, 211-215.

Özbaşaran F. Fetal sağlık, In: Şirin A, Kavlak O (eds), Kadın Sağlığı, Nobel Kitapevi, İstanbul, s 370-410.

Özkan H, Üst ZD. Yenidoğanın doğum odasında değerlendirilmesi. In: Ekti Genç R, Özkan H (eds), Ebeler İçin Yenidoğan Sağlığı ve Hastalıkları. Anadolu Nobel Tıp Kitapevleri, Elazığ, 2016, s 105-120.

Pekşen Akça R. Bebeklik ve ilk çocukluk dönemi atipik gelişim gösteren çocukların gelişimsel özellikleri, In: Yıldız Bıçakçı M (eds), Bebeklik ve İlk Çocukluk Döneminde (0-36 Ay) Duyuların Gelişimi ve Desteklenmesi. Eğiten Kitap Yayıncılık, Ankara, 2015, s 91-137.

Perlman JM, Wyllie J, Kattwinkel J, Wyckoff MH, Aziz K, Guinsburg R, Kim H; Liley HG, Mildenhall L, Simon WM, Szyld E. 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*, 2015, 132(1), 204–241.

Pirinççi E, Polat A, Kumru S, Köroğlu A. Bir üniversite hastanesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumu ve etkileyen faktörler. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2010, 11(2), 1-7.

Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın Ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. 2. Baskı. Ankara, 2014, 924. **Sarnat HB,**

Sarnat MS. Neonatal encephalopathy following fetal distress. A clinical and electroencephalographic study. *Arch Neurol*, 1976, 33(10), 696-705.

Sarıcan ES. Doğumda yenidoğan bebeğin muayenesi. In: Öztürk Can H, Yücel Ü, Hadımlı A(eds), Ebelerin Travay ve Doğum El Kitabı, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2018, s 86-101.

Shah PS. Hypothermia: a systemic review and meta-analysis of clinical trials. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 2010, 15, 238-246.

Shankaran S. Therapeutic hypothermia for neonatal encephalopathy. *Curr Opin Pediatr*, 2015, 27(2), 152-157.

Simpson KR, James DC. Effect of immediate vs delayed pushing during second stage on fetal well-being: a randomised controlled trial. *Nursing Research*, 2005, 54, 149-157.

Soğukpınar N, Baykal Akmeşe Z. Fetüs ve yenidoğan etiği, In: Ekti Genç R, Özkan H (eds), Ebeler İçin Yenidoğan Sağlığı ve Hastalıkları. Anadolu Nobel Tıp Kitapevleri, Elazığ, 2016, s 516-524.

Sönmez Y. Doğum öncesi bakım hizmetleri. *STED Dergisi*, 2007, 16(1), 9-12.

Sultanoğlu SÇ, Bal A. Duyuların gelişimi, In: Yıldız Bıçakçı M (eds), Bebeklik ve İlk Çocukluk Döneminde (0-36 Ay) Duyuların Gelişimi ve Desteklenmesi. Eğiten Kitap Yayıncılık, Ankara, 2015, s 205-226.

Sütlü S, Çatak B, Kılınç AS, Taşdemir B, Dinç M, Ayaş H, Yıldırım A. Doğum öncesi bakımın neresindeyiz? Toplum tabanlı bir araştırma. *STED Dergisi*, 2012, 21(5), 264-270.

Şahaloğlu Ö. Hipoksik iskemik ensefalopatili yenidoğanlarda nörolojik disfonksiyonun göstergesi olarak serum tau ve s100b protein düzeyleri. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne 2012, 3-23.

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2003. Erişim Adresi: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/turkce/bolum10.pdf> Erişim Tarihi: 23.04.2016

Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Özyurt Matbaacılık, Ankara, 2014. 227-303.

Tekin N. Perinatal asfiksini önlenmesi ve yönetimi. *Perinatoloji Dergisi*, 2011, 19, 36-39.

Thompson CM, Puterman AS, Linley LL, Hann FM, van der Elst CW, Molteno CD, Malan AF. The value of a scoring system for hypoxic ischaemic encephalopathy in predicting neurodevelopmental outcome. *Acta Paediatr*, 1997, 86, 757-61.

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2013. Erişim Adresi: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/data/turkce/bolum10.pdf> Erişim Tarihi: 23.04.2016

Twari B, Tripathi VN, Kumar S. Perinatal asphyxia-clinical profile in MRA medical college ambedkar nagar utar pradesh. *JEMDS*, 2014, 52(3), 94-99.

Uslu S, Dursun M, Bülbül A. Mekonyum aspirasyon sendromu. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi. *Tıp Bülteni*, 2015, 49(2), 85-95.

Üstünsöz A. Yenidoğan, In: Şirin A, Kavlak O (eds), Kadın Sağlığı, Nobel Kitapevi, 2016, İstanbul, s 520-540.

Yapıcıoğlu Yıldızdaş H. Akçalı M, Özlü F. Mekonyum Aspirasyon Sendromu. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2017, 26(2), 223-231.

Yazıcı H. Doğumun değerlendirme süreci, In: Mete S(ed), Doğum Süreci El Kitabı, 3. Baskı, İstanbul Tıp Kitapevi, İstanbul, 2016, s 51-100

Yıldızhan R, Yıldızhan B, Bozkurt Turan Y. Doğumda Epidural Analjezi. *Van Tıp Dergisi*, 2008, 15 (4), 116-119.

Yörük Ö, Öksüzoğlu A, Engin-Üstün Y, Aktulay A, Yapar Eyi E.G. Mollamahmutoğlu L. Uzamış gebeliklerde perinatal ve obstetrik sonuçlar term gebeliklerden farklı mı? . *The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology*, 2012, 9(35), 1446- 1450.

<http://www.ilcor.org/home/> Ulaşım Tarihi: 09.05.2018

Walsh D. Evidence-based care. Part:6 limits on pushing and time in the second stage. *British Journal Of Midwifery*, 2000, 8(10), 604-608.

EKLER

Ek 1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Soru Formu

Perinatal asfiksi nedeniyle tedavi alan bebekler ve annelerinin perinatal öykülerini incelemesi ve perinatal asfiksi ile ilgili durumların saptanması amacı ile bir araştırma yapmaktayız. Araştırmamıza perinatal asfiksi tanılı bebeklerin annelerini almaktayız. Sizi de, bebeğiniz perinatal asfiksi tanısı ile yenidoğan yoğun bakımımızda tedavi gördüğü için, araştırmamıza katılmaya davet ediyoruz. Size gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde yaşadıklarınız ile ilgili bazı sorular yönelteceğim. Görüşme sırasında sorulan durumların sizde olup olmaması araştırmaya katılmanıza engel değildir. Bu araştırma için, bu soruları yanıtlamanız yeterlidir ve önemlidir. Görüşme yaklaşık 30-45 dakika sürecektir. Araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Elde ettiğimiz bilgiler kimlik belirtilmeden bilimsel yayınlarda kullanılacaktır.

Katkılarınızdan dolayı teşekkür eder, size ve bebeğinize sağlıklı bir yaşam dileriz.

Araştırma ile ilgili açıklamaları okudum. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ediyorum. Tarih:/...../.....

Araştırmacı İmzası

Gönüllü imzası

Tanık İmzası

Görüşme No:

Ebeveynleri tanıtıcı sorular:

1. Doğum tarihiniz nedir?/...../.....ya da kaç yaşındasınız?.....

2. Eğitim durumunuz nedir? () Okur-yazar değil () Okur-yazar değil

() İlkokul, () Ortaokul, () Lise, () Yüksekokul, ()

Lisansüstü

3. Her hangi bir gelir getiren işte çalışıyor musunuz? () Evet () Hayır

4. Herhangi bir sosyal güvenceniz var mı? () Evet () Hayır

5. Gelir düzeyinizi gideriniz ile karşılaştırdığınızda nasıl değerlendiriyorsunuz?

() Düşük () Orta () Yüksek

6. Evinizde birlikte yaşadığınız eşiniz, çocuklarınız ve sizden başka bireyler var mı?

() Evet () Hayır Cevabınız evet ise; Kimler?.....

7. Evlilik Durumunuz:

() Evli, resmi nikahı var () Ayrı yaşıyor ya da boşanmış

() Evli, imam nikahı var () Eşi vefat etmiş () Çok eşli

8. Obstetrik Öykünüz: Gebelik sayısı..... Kendiliğinden düşük sayısı.....

Canlı doğum sayısı..... Kürtaj sayısı.....

Yaşayan çocuk sayısı.....

9. Bebeğiniz kaçncı gebelik haftasında doğdu?.....

10. Bebeğinizin doğum şekli ne idi?

() Normal/vaginal doğum () Sezaryen () Müdahaleli

11. Bebeğiniz kaç haftalık doğdu? Bebeğinizin doğum kilosu kaçtı?
.....

12. Bu gebeliğinizi planlamış mıydınız? () Evet () Hayır

13. Bu gebeliğinizi istiyor musunuz? () Evet () Hayır

14. Tedavi ile mi gebe kaldınız? () Evet () Hayır

Ek 2. Yapılandırılmış Perinatal Öykü Görüşme Formu

1. Doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlandınız mı?
() Evet () Hayır Cevabınız evet ise; Gebeliğinizin kaçınıcı ayında başladınız?
Takiplere her çağırıldığınızda gittiniz mi?
2. Doğum öncesi doktorunuz ile olan takip ve kontrollerinize ne kadar sıklıkla ve kaç defa gittiniz?
3. Doğum öncesi takibiniz kim tarafından yapıldı?
() Ebe () Doktor () Ebe ve doktor () Hiçbiri
4. Gebelik sırasında herhangi bir hastalık geçirdiniz mi?
() Evet () Hayır Cevabınız evet ise kaçınıcı gebelik ayınızda?
Cevabınız evet ise hastalığınız ne idi? Açıklayınız.....
5. Gebelik sırasında hastaneye yatırıldınız mı?
() Evet () Hayır Cevabınız evet ise kaçınıcı gebelik ayınızda yattınız.....
Ne kadar süre kaldınız?
Ne için yatıldınız?.....
Hangi tedavileri aldınız?
6. Gebelik sırasında herhangi bir riskli durumla karşı karşıya geldiniz mi?
() Evet () Hayır Cevabınız evet ise ne olduğunu açıklar mısınız? Lütfen.
.....
7. Ağrılarınız başladıktan ne kadar süre sonra hastaneye başvurdunuz?
8. Doğum öncesi suyunuz ne zaman geldi?
9. Doğum eyleminizde size kim yardımcı oldu?
() Ebe () Doktor () Ebe ve doktor () Hiçbiri

10. Doğum eylemi sırasında size yardımcı olan kaç kişi vardı?

11. Doğum eylemi öncesinde ve sırasında bebeğin kalp atımları izlendi mi?

() Evet () Hayır

12. Doğum eyleminde suni sancı takıldı mı?

() Evet () Hayır

13. Normal vaginal yolla doğum yaptıysanız epizyotomi açıldı mı?

() Evet () Hayır

14. Doğum salonu veya ameliyathaneye alındıktan ne kadar süre sonra doğumunuz gerçekleşti?

15. Doğum eyleminde bebeğin çıkımı sırasında karnınıza bastırıldı mı?

16. Bebeğiniz doğduktan sonra aynı odada içerisinde miydiniz?

() Evet () Hayır

17. Bebeğiniz doğduktan sonra ağlama sesini duydunuz mu?

() Evet () Hayır

18. Bebeğinize doğum sonrası bir müdahale yapıldı mı?

() Evet () Hayır Cevabınız evet ise açıkla mısınız? Lütfen.

19. Bebeğiniz doğar doğmaz kucağınıza verildi mi?

() Evet () Hayır

20. Doğum için hastaneye gelmeden önce gebeliğiniz ve bebeğiniz ile ilgili herhangi bir anormal durum hissettiniz mi?

() Evet () Hayır Cevabınız evet ise açıkla mısınız? Lütfen.

21. Doğum sırasında sancılı döneminizde kendinizde ve bebeğiniz ile ilgili herhangi bir anormal durum hissettiniz mi?

() Evet () Hayır Cevabınız evet ise açıkla mısınız? Lütfen.

22. Doğumunuz sonrasında erken dönemde kendinizde ve bebeğiniz ile ilgili herhangi bir anormal durum hissettiniz mi?

() Evet () Hayır Cevabınız evet ise açıkla mısınız? Lütfen.

23. Sizce bebeğinizin bu durumu ne ile ilişkili olmuş olabilir?

Ek 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 3)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Araştırmanın amacı, perinatal asfiksi nedeniyle tedavi alan bebekler ve annelerinin perinatal öykülerini incelemek ve perinatal asfiksi ile ilgili olup olmadığının araştırılmasıdır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan perinatal asfiksi tanısı almış bebeğinizin olması, herhangi bir ruhsal sağlık probleminizin bulunmaması ve Türkçe konuşabiliyor ve anlayabiliyor olmanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırma ile ilgili size ayrıntılı bilgi verildikten sonra, görüşme formunda yer alan sorular ile yüz yüze görüşme yapılacak ve **verdiğiniz cevaplar görüşme formuna yazılarak ve ses kayıt cihazı ile kayıt edilecektir.**

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak sizin sorumluluğunuz, araştırma ile ilgili size sorulan bütün soruları cevaplamaktır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir. Ancak tedavi ve bakım sürecinizde herhangi bir değişiklik olmayacaktır.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı, verilerin doygunluk noktasına ulaşma durumuna göre belirlenecektir.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırma için öngörülen süre 1 yıldır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız yaklaşık 20-30 dakikadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu çalışmanın sonucunda perinatal asfiksi gelişimi ile ilgili olan durumların saptanarak, ebelerin sundukları hizmetin planlanması ve sunum kalitesini geliştirmesine katkı sağlanması, size ve sizin gibi perinatal asfiksili bebeği olan annelere daha iyi danışmanlık ve bakım hizmeti sunulması beklenmektedir

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Çalışma ile ilgili herhangi bir risk bulunmamaktadır. Araştırma sırasında size görüşme formunda yer alan sosyo-demografik özellikleriniz (yaş, eğitim düzeyi, mesleği, medeni durumu, sağlık güvencesi, eş eğitim durumu, eş mesleği, alışkanlıkları), obstetrik özellikleriniz (gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, küretaj sayısı, kendiliğinden düşük sayısı, ölü doğum sayısı) ve perinatal öykünüz ile ilgili sorular sorulacaktır.

KAN ÖRNEKLERİNİN SAKLANMASI

Bu araştırma sırasında sizden kan örneği alınmayacaktır.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCA LI OLDUĞU BİLİ NEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besin bulunmamaktadır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Görüşme sorularının yarısından daha azı doldurulduğunda, çalışmadan çıkarılabilirsiniz.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Bu çalışmada herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar **Zeynep Balacan ve Zekiye Karaçam** tarafından karşılanacaktır. Uygulama sırasında gelişebilecek herhangi bir hasara karşı (ölüm/sakatlanma dâhil) güvence altına alınmaktasınız, oluşabilecek hasar size tarafımızdan yapılan sigorta ile tazmin edilecektir (Sağlık Bakanlığı'ndan izin alınması gerekli olmayan araştırmalar için zorunlu değildir).

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05435719881 no.lu telefonda **Ebe Zeynep Balacan** ve 05322004655 no.lu telefonda **Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM**'a başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen herhangi bir kurum bulunmamaktadır.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

Ek 4. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı Ön Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 21/03/2017-E.17729



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 92340882-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Prof.Dr. Zekiye KARAÇAM
Bölüm Başkanı

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik
Araştırmalar Etik Kurulu'nun 08.03.2017 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili
alınan 2 nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

e-imzalıdır
Prof.Dr. Zekiye KARAÇAM
Kurul Başkanı

KARAR 2
Protokol No : 2017/001
Sorumlu Yürütücü : Prof.Dr. Zekiye KARAÇAM
ADÜ Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim
Üyesi Prof.Dr. Zekiye KARAÇAM'ın "Asfiksili bebekler ve annelerinin perinatal
öyküleri" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili
yerine konulan belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate
alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen
merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliği ile
karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen
çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş
Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadı yazması
ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat
edilmelidir.) ve ORF (Olgu Raporu Formu/Anket9)]lerin gönderilmesi gereğinin
hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir
kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir

Ek 5. Aydın Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İzin Belgesi



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



Şube : 25305691- 605.01
Konu : Zeynep BALACAN'ın
Araştırma İzni.

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: 21/04/2017 tarihli dilekçe.

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Zeynep BALACAN, (Danışman Hocası Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM ile birlikte) "Asfiksi Bebekler ve Annelerinin Perinatal Öyküleri" isimli çalışmasını Mayıs 2017-Mayıs 2018 tarihleri arasında ekte yer alan formun yüz yüze görüşme yöntemi ile Birliğimize bağlı Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde gerçekleştirmek için gerekli izin verilmesi konusunda Genel Sekreterliğimiz Eğitim, Ar-Ge Birimine talepte bulunmuştur. Genel Sekreterliğimiz Bilimsel Araştırma İzinleri Etik kurul üyelerince yapılması planlanan çalışma dokümanları incelenmiştir.

Adı geçenin söz konusu tarihlerde çalışma yapması, çalışmayı yaparken kimlik taşıması, hasta mahremiyetine dikkat etmesi, hizmeti aksamasına mahal vermemesi, çalışma sonuçlarını Genel Sekreterliğimizce paylaşması kaydıyla uygun görülmüştür.

Bilgileriniz ile gereğini arz ve rica ederim.

Uz. Dr. Selma ÖZCAN
Genel Sekreter

DAĞITIM:

- Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yöneticiliğine,
- Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Yöneticiliği (Yenidoğan Servisi)

Görsel Elektronik İmza Ağı ile Ayır

Yüksel ÖZTÜRK
Elektronik İmza

Bilgi için: Sumeyra ÇELEBİ

Aydın Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Tel: 0256 214 33 62 Fax: 0256 214 56 60

e-posta: sumeyra.celebi@saglik.gov.tr Telefon No: (0256) 214 3362/4010

Evracları elektronik imzalı suretinde <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 799f8b05-9b7d-450c-af07-79d599d20f00 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 6. Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama Ve Araştırma Hastanesi Tez İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 04/10/2017-E.54913



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 63364346-804.01
Konu : Tez Çalışması

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
(Ebelik Anabilim Dalı Başkanlığı)

İlgi : 25/09/2017 tarihli ve 52256 sayılı yazınız.

İlgi yazınız üzerine Hastanemiz Kadın Doğum ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı ile gerekli yazışma yapılmış olup Yüksek Lisans Öğrencisi Zeynep BALACAN'ın "Asfiksili Bebekler ve Annelerinin Perinatal Öyküleri" isimli tez çalışmasını ilgili bölümde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Yrd.Doç.Dr. Vahit YILDIZ
Başhekim V.

Ek:1 sayfa

Evrakın Doğrulamak İçin: <https://ebys.adu.edu.tr/enVision/Dogrula/6P3C3TN>

Adnan Menderes Üniversitesi Merkez Kampüsü Aytepe Mevkii Pk:09010 Efeler/Aydın
Telefon No: 0256 444 12 56 Faks No: 0256 214 40 86
E-Posta: rektorchuk@adu.edu.tr İnternet Adresi: <http://hastane.adu.edu.tr/>

Bilgi İçin: Ümmühan ERBAŞ
Unvan: Personel

Ek 7. Annelerin Perinatal Öyküleri ve Başlangıç Kodları

ÖYKÜLER	BAŞLANGIÇ KODLARI
18. Bebeğinize doğum sonrası bir müdahale yapıldı mı? () Evet () Hayır Cevabınız evet ise açıklayınız? Lütfen.	
1A. Yapıldı. Yani benim hatırladığım aslında videosu da var izletebilirim ama, benim hatırladığım kadarıyla yani ağlayarak doğdu sonrasında eee direk çocuk doktoru aldı yani gördüğüm kadarıyla eee bi boru gibi şeyler vardı onları burnuna falan soktular sonra işte bi göğüs masajı yapıldı göğüs masajı dediklerini duydum bunları hatırlıyorum yani. Bebeğe 3 kişi falan müdahale ettiler. Müdahale süresi sorgulandı: 10 dk sürdümü acaba bilmiyorum. 10 dakikada sürmemiş olabilir yani her şey çok kısa sürede oldu.	İlk ağlama1A Göğüs masajı1A Aspirasyon1A
2A. Bebek doğar doğmaz zaten alıp yan masaya koydular doktorlar toplandı başına müdahale ettiler şeyler yaptılar ben doğum doktoruna sordum şey mi var bi rahatsızlıkmı var dedim yok şey dedi normal. Bebeği şey yapcaz her şey yolunda dedi bana bilgi vermedi.	Müdahale(2A)
3A. Yapıldı ambüle ettiler. Valla önümde etten duvar ördüler başka neler yaptılar bilmiyorum. Rengi nasıldı o sırada yaşıyomuydu yaşamıyoda mı hayata döndürdüler hiç birini göremedim zaten büyük ambuda getirmişler ben bi ara bi gider gibi oldum bilincim kayboldu eee hani o sırada ne uyguladılar bilmiyorum vakum bile kullanıp kullanmadıkları konusunda hala net bi bilgi yok. Çünkü herkes bebeği gördüğü zaman kesinlikle	Müdehale(3A) ambu kullanımı(3A)

vakum kullanılmış diyo hala. 4A. Yan tarafa aldılar görmedim ben yan tarafa aldılar bu çocuk ağlamıyor etmiyor hareket etmiyo gidin birini çağırıp gelin dediler bi makine gibi bişey getirdiler ondan sonra biri geldi çakır gözlü bi kadın o iyiydi bak korkucak bişey yok bi kaç gün çocuğunu alıkoycas hareket etmedi ağlamadı dedi onun için kontrol amaçlı götürüyo çocuk 2-3 gün biz bakcaz dedi bu kadar o iyiydi. 5A. Evet. Görmedimde sadece şey soruyolar hani oraya bayan soruyor kilosu kaç boyu ondan sonra boyu kafa onları sordular o bilgileri duydum sadece görmedim ne yapıldığını. 6A. Evet hemen şey verdiler dolgun bişeyle hava verdiler ağzına sonra uzun tüpler falan taktılar. Gördüm evet önce şey yaptılar ağlamadı bebek sonra yatırdılar başka bi doktor geldi yanına 2-3 tane falan geldi bayan doktordu şey yaptılar konuştular işte önce o şeyden falan verdiler (ambuyu eliyle tarif ediyor) hıh ondan verdiler işte olmadı böyle uzun çubuklarla şey yaptılar burnuna nefesine falan ağzına bişey koydular ondan sonra göbek bağını şey yaptılar hemen oradan küveze yerleştirdiler.	Ağlamıyor(4A) Hareket etmiyor(4A) Müdahale(4A) Sağlık çalışanları bişeyler yaptı(4A) Küvöze alınma(4A) Bebeğin fizik ölçümleriyle ilgili ortamdaki konuşmalar(5A) Müdahale (6A) Ambu uygulaması (6A) Aspirasyon (6A) Bebeğin küvöze alınması (6A)
19. Bebeğiniz doğar doğmaz kucağınıza verildi mi? () Evet () Hayır	
1A. Normal sardılar önce benle temasa geçirdiler sonra göturdüler.evet ben gördüm okşadım sonra göturdüler. Gayet normal gözüküyodu her şey hatta ben sordum bişi varmı dedim bişi olsaydı biz sana göstermezdik dediler. 2A. Hayır	

3A. Hayır 4A. Hayır 5A. Hayır 6A. Hayır	
20. Doğum için hastaneye gelmeden önce gebeliğiniz ve bebeğiniz ile ilgili herhangi bir anormal durum hissettiniz mi? () Evet () Hayır Cevabınız evet ise açıkla mısınız? Lütfen.	
1A. Hayır 2A. Hissetmedim 3A. Olmadı. Zaten bi gece öncesine kadar kıpır kıpırdı gayet her şey normaldi yani bütün işimi gücümde görebiliyodum bi sıkıntım yoktu. Hastaneyede güle oynaya gittik zaten çok normal şekildeydim sıkıntılı gitmedim 4A. Hayır 5A. Hayır 6A. Hayır ben hiç hissetmedim anormal bi durum sadece bi kere misafirlikteyken nazillide biraz şey oldum rahatsız gibi belime sancı vuruyodu hani ordakiler dedi herkesin sancısı aynı olmaz belki bele vurmuştur doğum sancısıdır falan günüm yaklaşmıştı ya nazilliye gittim ebe muayene etti alttan muayene bana dediki normal doğum yapamazsın çatalların çok dar dedi sezeryan uzman bi doktora gözükd dediler bende kendi doktoruma geldim söyledim aynı şeyi anlattım bunu oda dedi biz elimizden geldiğince normal doğum şey yapıcaz zaten o yüzden zorlandım	Sancı var (6A) Ebenin fizik muayensi sonucu çatının dar olduğu bildirilmiş (6A)
21. Doğum sırasında sancılı döneminizde kendinizde ve bebeğiniz ile ilgili herhangi bir anormal durum hissettiniz mi? () Evet () Hayır Cevabınız evet ise açıkla mısınız? Lütfen.	

1A. Hayır yani sancılarımda öyle çok abartılı sancılar değildi.böyle adet sancısı gibi küçük küçük sancılardı yani eğitimde aldığımız için onların normal olduğunu söylemişlerdi ben çok şey bakmadım olaya yani. Hareketleri sorgulandı: Normaldi her şey normaldi. Bi gece önceside gayet hareketliydi sabah giderken doğuma öyleydi. 2A. Çok hareketliydi çok hareketliydi hareketleri çok aşırıydı o dikkatimi çekti doğum sırasında öbür gebeliklerimde öyle bişey yoktu hareketsizdi bu çok hareketliydi. 3A. Poş patlatıldıktan sonra eee şey sanki içerde sıkıntıya girdiğini hissettim büzüşmeye başladı sanki yani hani nasıl diyim böyle farklı bi histi yani o yani böyle kıvrılıyor gibi içerde sıkıntı yaşadığı belliydi.hani ben onu sancılara bağladım kendi çektiğim sıkıntıya bağladım ama sanırım oda içerde sıkıntıya girmiş. Kendisiyle ilgili hisleri sorgulandı tekrar: tabi çok zaten çok çok çok ağrım vardı inanılmaz bi ağrı çekiyodum eee bi taraftan bebeği düşünüyorsunuz tabii ki ne durumda diye ama nst ye bağlıyolar sıkıntı yok bebekle ilgili diyolar güvenmek zorundasın o esnada sana söylenenlere o şekilde. 4A. Ben galiba dedim çocuk rahime düştü çünkü pat dedi bişey ben dedim rahime düştü ondan çağırdım ben herhalde doğum başlıyor diye (bebeğin hareketleri sorgulandı) o iyiydi hareket ediyordu gene kardeşim vardı yanımda abla dedi	Fetal hareketlilik(4A)
--	------------------------

çocuk doğum sırasında hareket etmez dedi çocuk doğum kanalına girdiği için hareket etmez dedi ama ben hissediyodum yine hani aşalarda rahim bölgesinde hareket ettiğini bişey olduğunu hissediyodum fazla hareketli olup olmadığı sorgulandı)normaldi aşırı hızlı değildi.	
5A. Hayır 6A. Bebeğimle ilgili çok hissettim çünkü sancı vuruyordu bebeğin hazneye indiğini söylüyolardı ama açılma olmuyodu 3cm di birden 9 cm açılmam oldu (birden mi olduğu sorgulandı yeniden) hıhı 3 cm den birden 9 cm açılmam oldu ama baya geçtikten sonra oldu 9 cm açılmam sonra ebe muayene etti dedi bebeğin saçı elime geliyor ondan sonra 3 saat sonra beni doğuma aldılar ondan sonra zaten 9 cm açılmam oldu beni almadılar doğuma evet baya bekledim sancı odasında.ya bilmiyorum çok kötüydü. Bebeğime bişey olucak diye korku vardı çünkü bilmiyorum içimde bişey var hani bana anlattıkları gibi diyolardı şey büyük hani büyük tuvaletini abdestin geliyomuş gibi olucak aynı o şekilde oluyodu canımdan can gidiyor sancım hiç durmuyodu ama doğuma almıyolardı	Sürekli kontraksiyon (6A) 2. evrenin uzaması (6A)
22. Doğumunuz sonrasında erken dönemde kendinizde ve bebeğiniz ile ilgili herhangi bir anormal durum hissettiniz mi? () Evet () Hayır Cevabınız evet ise açıkla mısınız? Lütfen.	
1A. Evet sordum noluyo dedim yani o göğüs masajını duyunca noluyo dedim bişey yok dediler anlık müdahale ettik hiçbişeyi yok dediler yani sordum tedirgin oldum merak ettim.	Bebeğe müdahale (1A)

2A. Hissettim. Ağlamadığı için hissettim. bilmiyorum o an her şey aklıma geldi yani acaba hayattamı değerli sessiz boğazına borular falan soktular afedersiniz pis su yutmuş pisliği yutmuş üzerinde pislik var her şey aklıma geldi.acaba bişey olurmu kurtulurmu onlar müdahale ederken ben öyle onları seyrettim kalakaldım bişey yapadım.neler gördüğü sorgulandı:kafasını salladıklarını gördüm ellerinde cansız gibi olduğunu gördüm rengi çok beyazdı	Bebek ağlamaması (2A) Mekonyumlu olması (2A) Cansız gibi olduğunu görme (2A) Çok beyaz cilt rengi (2A) Bebeğin sert uyarılması (sallanması) (2A)
3A. Sezdim.sezdim anormal bişey olduğunu sezdim çünkü ağlama sesi duymamıştım bide beni masadada o kadar süre bekletince bana müdahale edilmiyor herkes kendi arasında fısıldaşıyor bi panik var onuda görüyorum yani anormal bişey olduğunu fark ettim. Bilinci sorgulandı: o esnada bilincim yerindeydi. Uyuması için bir ilaç uygulanıp uygulanmadığı sorgulandı: Yapmadılar yapmadılar sadece sırtımdaki katedralinden doğum sırasında işte o sancıları çekerken çok sıkıntılıyken bi doz daha 11 şey gönderdiler. Epidural anestezi de bu arada çok erken yapıldı bana takıldı. 4 cm kadardı açıklığım.takıldıktan beş buçuk saat sonra doğum yapmış olunca.	Ağlama sesi yok (3A) Masada uzun süre kalma (3A) Personel arasında fısıldaşma (3A) Ortamda panik var (3A) Epidural anestezi uygulaması (3A)
4A. Allahım kimseye göstermesin götürüp gittiler işte bi daha ses soluk yok biri geldi çok iyi dedi bişeyi yok dedi ama birkaç gün alıkoycaz senin doğumun çok zor olmuş dedi onun için solunum rahatsızlığı çekmiş dedi birkaç gün alıkoycaz dedi ki yok ta sabaha karşı 3'te gördüm.	Bebeğin küvöze götürülmesi(4A)

öyleydi sadece işte o kısımda kustuğu dönemde ııı yani kimseyide suçlamak (kusmasının ne zaman olduğu soruldu) yani ben kustuğunuda görmedim çocuk doktorumuz öyle diyo diye bu bebek anne karnında çok azla su yutmuş boşalttım ama hepsini bosaltamadım kustu bi kısmını ciğerine kaçırdı dediği bu yani ben o kısmını görmedim tabikide şimdi kimsenin günahınıda almak istemiyorum kimseyide suçlamak istemiyorum. Doğdu dediği an sesini duydum zaten.	
2A. Bilmiyorum ki bana bilgi vermediler o zaman sonradan burada duydum buradaki hocalardan ne olduğunu öğrendik. Bana göre ilk gittiğim zamandan doğuma kadar ilgilenilmedi çocuk zorda kaldığı için bu duruma geldi bana göre. Doktor hiçbirşeyle ilgilenmedi suni sancı falan verilmedi sabaha kadar sabahın dokuzuna kadar öyle çektim ben kuru kuru suyum hiç bişekilde patlatılmadı. Kendiliğinden olması beklenildi ben sezeryan talebindede bulundum bana 2 normal doğum yapmışsın bunu yapabilirsin dediler. Sezeryan istedim ben istekte bulundum ama yapmadı. Ben zor olduğunu biliyodum artık yapamıycamı gücüm yetmiyceni biliyodum istedim ben istemediler. Gece NST'ye bağlı kalıp kalmadığı sorgulandı: Bağlandım sadece NST bağlandı damaryolu açıldı. Onun dışında herhangi bir yardımcı bişey verilmedi. Doktor vardı ama ben doktor görmedim hiçbirşekilde yanıma gelmedi müdahale etmedi muayene etmedi durumu nedir diye şey yapmadı sanırsam hep ebelerden bilgi aldı hiçbir şekilde	Zor doğum eylemi (2A) Yetersiz izlem (2A) Geç müdahale (2A)

yanımda görmedim ta ki sabah nöbet değişimi olunca nöbeti devralan doktor geldi muayene etti suyum açtı serum bağladı zaten bi saat sonra doğum gerçekleşti.	
3A. Tamamen doktor hatası ve sonrasındaki yanlış karar yanlış müdahalelerden kaynaklandığını düşünüyorum çünkü anne karnında hiçbir sıkıntımız yoktu. Ben tek doktorada gitmedim birçok doktor değiştirmek zorunda kaldık devlet hastanesiylede bağlantılı devam ettim hani sürekli işte biri görmese biri görürdü mutlaka görürdü ama hiçbir sıkıntı yoktu karnımdayken ee sonrasında hadi doğum süreci sıkıntılıydı doktor bunu önceden kestiremedi kadın doğumcuyu bi kenarıya koyuyorum sezaryana çevirebilirdi o ayrı ama sonrasındaki çocuk doktorunun müdahale kısmında çok ciddi ihmalkarlıklar ve gevşeklikler olduğunu düşünüyorum. Zaten şuan davalık durumdayız ee tamamen ihmalin sonucunda zaten Çınaralp buraya çok geç geldi üniversiteye soğutma tedavisi uygulanamadı ve şuan hala sıkıntılar yaşıyoruz yani bir bebeğin sağlıklı bir bebeğin hayatına mal olabilecek ciddi bir ihmal söz konusu tamamen doktor hatası sonucu. Bebeğin orda doğum sonrası yoğun bakıma alınıp alınmadığı sorgulandı: Orda yoğun bakıma almadılar benim yanıma odaya verdiler odanın içinde bir küvöz vardı küvöz çok derme çatma bir küvözdü ama yani kapakları bile kırıkta kafasına bir tas kapattılar adını unuttum hood kapattılar fakat biz sonradan fark ettik ki merkezi sistemden oksijen kapalıymış o hoodada ayrıca boğuldu	Yanlış ve geç müdahale (3A) İhmalkarlık ve gevşeklik (3A) Gözlem hatası (3A) Uygun müdahale koşullarının bulunmaması 3A Müdahalede gecikme 3A

Çınaralp. Doğum odasında bebeğini kucağına verilip verilmediği sorgulandı: Aldım. Verdiler. Emme refleksi var diyerekten o dudaklarındaki hareket aslında o sırada nöbet geçiriyomuş ee mememe verdiler emzirmeye çalıştılar ki zaten Çınaralp alamadı yani çok kasılmış durumdaydı doğum salonunda masadan indirip yaptılar. Hiç ağlamadı. İkimiz beraber odaya alındık onu küvöze aldılar ara ara yanıma verip gene demelerde bulundular emmedi şırıngayla beslediler denemeye çalıştılar sonra zaten sabaha karşı dörtte morararak 11 şey alındı bizim yanıımızdan yoğun bakıma çıkarıldı sonrada sevk etti kadın doğuma önce kadın doğuma sonra buraya (üniversite hastanesini kastediyor). Süreç böyleydi işte keşke böyle hatalar yapılmasa bebekler bu duruma gelmese ama maalesef işte bu şartlarda yaşıyoruz. 4A. Bende bilmiyom valla benim birinci çocuk dedim ya hindi hep deyip duruyosun diyeceksin benim birinci çocukta zor oldu ama ikinci çocuk daha kolay oluyoru ben diyorum keşke gelmeseydim bu hastaneye ben livada yaptım hidi ebem var hemşire o çok iyi Allah razı olsun sen livada doğum yapsaydın yine buraya gelecektin diyo çünkü orda yoğun bakım ünitesi falan yok diyo burası çok gelişip duru diyo ama gündüz 12 de girdim ben birinci çocukta hem ilk çocuğum olduğu halde gece 12 de çıktım hiç bişey yaşamadım 4 kişi bastırdı bu kadar canım yanmadı 18 tane dikişim var dediler dışardakini	Zor doğum eylemi (4A) Tekrarlayan zor doğum eylemi (4A) Gerekli müdahalenin yapılmaması (4A) Psikolojik olarak kötü hissetme (4A)
---	---

söylemediler bu kadar şey çekmedim mesela Yasemin Hanım var ben hala dua ediyorum. Yasemin yarar diye belki biliyorsunuzdur belki bilmiyorsunuzdur ama bunu da diyomki ölünceye kadar ilencem zaten moral yönünden bitidi beni hani ben doğurmucan sen doğurcan ne demek herkes geliyor buraya herkes doğum yapıyor ben dedim ki bastımayla oluyor ben sana bastır demedim ama benim çocuklar bastırmayla oluyor neden bilmiyom çıkmıyor rahimim mi dar ne sorun var söylemiyor oda. (ebeye olan siteminden dolayı onunla ilgili olduğunumu düşündüğü sorgulandı) valla ben onu düşünüyom ben hiç memnun kalmadım hiç memnun kalmadım.işte bi o ebeye bağılıyom ben eşime bile laf ettim dedim keşke buraya gelmeseydik dedim ben olacak olduktan sonra yine olurdu dedi mesela bugün yine konuştum doktorada söylicem buradan gittikten sonra beyin doktoruna götürüp gidemmi bi sorun bi risk varmı diye ebe diyoki götürmene gerek yok bişey yok diyo bilmiyom işte.	Yeterli bakım alamama (4A)
5A. İşte Günüm geçti ben ona bağılıyorum herhalde doğumum tamam zor oldu sancım çok oldu ıkınamadım bile yani çok hani belime vurdu ıkınamadım yani kolay olduda bilmiyorum ben günüm geçti diye ona bağılıyorum.	Zor doğum eylemi (5A) İknamama (5A) Postmatürite (5A)
6A. Ya çatalımın dar olduğunu söylemişlerdi hani benim kendi hissettiğim hani normal doğum olmadı ama normal doğum diye ısrar etti bebeğim belki o esnada zorlanmıştı hani çıkarken belki sezeryan olsaydı böyle bişey hiç yaşanmazdı çünkü bebeğimde kontrole götürdüm her testide	Kemik pelviste darlık (6A) Zor doğum eylemi (6A) Normal doğuma için bekletilme ve zorlanma (6A)

yaptırdı hiç bi sorun çıkmadı hepsi normaldi kalp ritimleri hiçbi zaman bi aksaklık göstermedi yani hiç hamileliğimde hiçbirşey yaşamadım çok rahat bi hamilelik geçirdim bilmiyorum sadece o bi günde çok kötü bi gündü yani o bigünde her şeyi yaşadım kendimde çocuğumda	
--	--



**Ek 8. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı
Son Onayı**



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI GİRİŞİMSSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 92340882-050.04.04
Konu : Kararlar hk.

Sayın Prof.Dr. Zekiye KARAÇAM

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27.06.2018 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 7 nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

Doç.Dr. Ayten TAŞPINAR
Etik Kurul Başkanı

KARAR 7:

Protokol No : 2017/01

Sorumlu Yürütücü : Prof.Dr. Zekiye KARAÇAM

Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na 08.03.2017 tarihinde şartlı (kurum izni) onay verilen; Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Prof.Dr. Zekiye KARAÇAM'ın "**Asfiksili Bebekler ve Annelerinin Perinatal Öyküleri**" konulu araştırmasının sonuç raporu hakkındaki 26.06.2018 tarihli dilekçesi görüşüldü.

Dilekçesinde çalışmanın tamamlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüştür.

Kurum izin belgesinin alınıp, dosyaya konulduğu görülmüştür.

Sonuçta çalışmanın etik kurallar içinde yürütüldüğü ve tamamlandığı, istenen belgelerin tam olduğu anlaşıldı.

Çalışmanın **Etik Kurul Uygunluk Onayı** almasına oy birliği ile karar verilmiştir.

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı : BALACAN, Zeynep
Uyruk : T.C.
Doğum yeri ve tarihi : Soma, 06.01.1987
Telefon : 05435719881
E-mail : balacan_429hotmail.com
Yabancı Dil : İngilizce

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet tarihi
Y. Lisans	Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2016
Lisans	Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Bilimleri Fakültesi	2009

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
2009/2011	Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Ebe (Kadın doğum hastalıkları ve çocuk servisi)
2011/2015	Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama Ve Araştırma Hastanesi	Ebe (yenidoğan yoğun bakım ünitesi)

AKADEMİK YAYINLAR

1. PROJELER

2. BİLDİRİLER

Ulusal Kongrelerde Yapılan Bildiriler

Hipotermi uygulanan hipoksik iskemik ensefalopatili bebeklerin hemşirelik bakımı, Poster Bildiri, 5. Ulusal 2. Uluslararası Akdeniz Pediatri Hemşireliği Kongresi, 15-18 Kasım 2015, Ankara.

Perinatal Asfiksi Tanısı İle Terapötik Hipotermi Uygulanan Yenidoğanların Erken Dönem Sonuçları Ve Nörogörüntülemeleri: Tek Merkez Deneyimi, Poster Bildiri, Ulusal Neonatoloji Kongresi (UNEKO-24), 17-20 Nisan 2016, Antalya.

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Bebeklerde Terapotik Hipotermi Uygulaması Sirasında Gelişen Sorunlar Ve Hemşirelik Bakımı, Bir Retrospektif Çalışma. Sözel Bildiri, 1.Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, 29 Haziran- 1Temmuz 2017. Aydın.

Terapotik Hipotermi Uygulanan Hipoksik İskemik Ensefalopatili Yenidoğanların Hemşirelik Bakımı, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017; 6(3): 225-234. Derleme.

