



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YENİDOĞANDA DOĞUM ŞEKLİNİN FİZYOLOJİK
TARTI KAYBINA ETKİSİ**

LEYLA BUKET ÖLÇÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI YENİDOĞAN
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yard. Doç. Dr. Ayşe Karakoç

İSTANBUL-2012



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YENİDOĞANDA DOĞUM ŞEKLİNİN FİZYOLOJİK
TARTI KAYBINA ETKİSİ**

LEYLA BUKET ÖLÇÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI YENİDOĞAN
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yard. Doç. Dr. Ayşe Karakoç

İSTANBUL-2012

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Yenidoğan Hemşireliği
Tez Sahibi : Leyla Buket Ölçü
Tez Başlığı : Yenidoğanda Doğum Şeklinin Fizyolojik Tartı Kaybına Etkisi
Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü
Sınav Tarihi : 07.01.2013

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

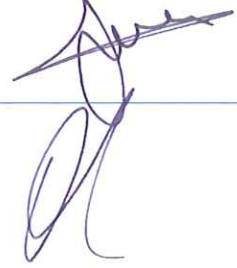
Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Doç. Dr. Ayşe KARAKOÇ

Kurumu

M.Ü. Sağlık Bil. Fak. Ebelik Bölümü

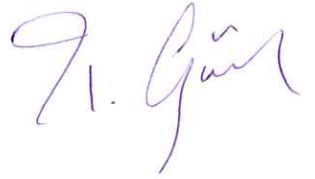
İmza



Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Prof. Dr. Ayşe Ferda OCAKÇI

M.Ü. Sağlık Bilimleri Fak.
Hemşirelik Bölümü



Doç. Dr. Tuğba GÜR SOY

Zeynep Kamil Kadın Doğum ve
Çocuk Hast. Hastanesi

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 10.../01.../2013. tarih ve 20 sayılı kararı ile onaylanmıştır.



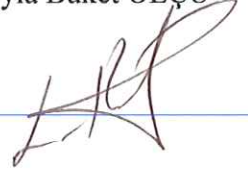
Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

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

02.05.2012

Leyla Buket L



ÖNSÖZ

Araştırmam konusunda desteğini esirgemeyen danışmanım Sayın Ayşe Karakoç'a ve üstümde emeği olan tüm hocalarıma,

Araştırmamın kurumlarında gerçekleştirilmesine izin veren Amerikan Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne, bu çalışma sırasında desteğini esirgemeyen tüm çalışma arkadaşlarıma,

Daima desteklerini gördüğüm yakın arkadaşlarım Fatma Taşkın ve Şahika Mert'e,

Deneyimlerini paylaşan Doç. Dr. Tuğba Gürsoy ve Dr. Petek Kayıran'a,

Son olarak tüm kararlarımda beni destekleyen sevgili aileme teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR.....	VI
TABLolar.....	VII
EKLER.....	VIII
ÖZET.....	1
SUMMARY.....	2
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Doğum Şekilleri.....	7
2.1.1. Vajinal Doğum.....	7
2.1.2. Sezeryan.....	8
2.2. Doğumda Anestezi.....	12
2.2.1. Genel Anestezi.....	12
2.2.2. Rejyonel Anestezi.....	14
2.3. Yenidoğan.....	15
2.4 Laktogenez.....	16
2.5. Yenidoğan Fizyolojik Tartı Kaybı.....	17
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	19
3.1. Araştırmanın Türü.....	19
3.2. Etik İlkeler.....	19
3.3 Araştırmanın Yeri.....	19
3.4. Araştırmanın Evreni.....	20
3.5. Araştırmanın Örneklemi.....	20
3.6. Veri Toplama Araçları.....	21
3.7. Verilerin Toplanması.....	21
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	21
3.9. Sınırlılıklar.....	22

4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMA.....	37
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	40
6.1 Sonuç.....	40
6.2 Öneriler.....	41
KAYNAKLAR.....	43
ÖZGEÇMİŞ.....	47
Ek 1. Kurum İzni	48
Ek 2. Etik Kurul Onayı	49
Ek 3. Veri Toplama Formu	50

KISALTMALAR

BGO: Bebek G6zlem Odası

g: Gram

KSE: Kombine Spinal Epidural

RR: Relatif risk

TNSA: T6rkiye N6fus ve Sağlık Araştırması

WHO: D6nya Sağlık 6rg6t6

YD: Yenidoğan

TABLolar

Tablo 1. Anneyi ve yenidoğanı tanıtıcı özellikler	23
Tablo 2. Doğum şekli ve anestezi çeşidine göre dağılımlar	24
Tablo 3. Yenidoğanların postnatal ilk 3 gündeki tartı ortalaması (n:722)	25
Tablo 4. 3. Günde formula mama verilen yenidoğanlar ve tartı kayıpları (%)	26
Tablo 5. Anne ve yenidoğanların özelliklerine göre yenidoğanların doğum tartısı ortalamalarının karşılaştırılması (n: 722)	27
Tablo 6. Doğum şekli ile postnatal günlerdeki tartı ortalamalarının karşılaştırılması (n: 722)	29
Tablo 7. Doğum şekli ve postnatal günlerde kaybedilen tartı farklarının karşılaştırılması	30
Tablo 8. Cinsiyet ve gebelik haftasına göre tartı kaybı ortalamalarının karşılaştırılması (n: 722)	31
Tablo 9. Doğum şekli ve anestezi çeşidine göre postnatal günlerdeki tartı ortalamalarının karşılaştırılması (n:722)	32
Tablo 10. Doğum sayısına ve doğum mevsimine göre postnatal günlerdeki tartı ortalamalarının karşılaştırılması (n: 722)	33
Tablo 11. Anne yaşı ve postnatal tartı kaybı ortalamalarının karşılaştırılması	34
Tablo 12. Anne yaşı ve doğum şekli arasındaki ilişki	35
Tablo 13. Anne yaşı ve doğum tartısı arasındaki ilişki	35
Tablo 14. Cinsiyet ve doğum tartısı arasındaki ilişki	36

EKLER

Ek 1. Kurum İzni

Ek 2. Etik Kurul Onayı

Ek 3. Veri Toplama Formu

ÖZET

Yenidoğanda Doğum Şeklinin Fizyolojik Tartı Kaybına Etkisi

Amaç: Doğum şeklinin yenidoğan fizyolojik tartı kaybına etkilerinin araştırılması.

Materyal-metod: İstanbul ilinde özel bir hastanede 1 Ocak - 31 Aralık 2010 tarihleri arasında tekil gebelikten olup, miadında, 2300 g ve üzerinde doğan ve anne sütü ile beslenen 722 sağlıklı yenidoğan çalışmaya alındı. Yenidoğanların demografik özellikleri hastanenin dijital arşiv sisteminden geriye dönük olarak kaydedildi ve fizyolojik tartı kaybı ile arasındaki ilişki incelendi.

Bulgular: Tüm bebeklerde ilk 3 gün içinde ortalama tartı kaybı %6.8 idi. Cinsiyetin, gebelik haftasının, doğum sayısının, mevsimsel farklılığın tartı kaybını etkilemediği görüldü. Sezaryen ile doğan bebeklerin vajinal yolla doğan bebeklere göre ilk gün daha fazla tartı kaybettikleri gözlemlendi (-128.29±55.06 vs -86.43±51.77; p=0.000). Otuz beş yaş ve üstü annelerden doğan bebeklerin, 35 yaş altı annelerden doğan bebeklere göre ilk gün daha fazla tartı kaybettikleri saptandı (-125.61±59.8 vs -111.88±55.7; p=0.003). Ancak 35 yaş ve üstü kadınlarda sezaryen oranı da anlamlı olarak daha yüksek bulundu (%77.7 vs %67.8; p=0.009) ve bu annelerden doğan bebeklerde gözlenen artmış tartı kaybı sezaryen ile doğuma bağlandı. Vajinal yolla doğum yapan annelerin anestezi alıp almaması bebeklerin tartı kaybını etkilemezken, sezaryen ile doğan ve annesi genel anestezi alan bebeklerde tartı kaybı annesi kombine spinal epidural anestezi alan bebeklerden daha yüksek saptandı (-246.8 vs -232.97; p=0.029).

Sonuç: Sezaryen ile doğum bebeklerde doğum sonrası tartı kaybını arttıran en önemli faktördür. Genel anestezi uygulama tartı kaybını daha da artırır. Doğum şekli ve uygulanacak anestezi konusunda karar verilirken ve yenidoğan hemşireleri tarafından doğum sonrası bebeklerin tartı izlemi yapılırken bu bulgu da göz önüne alınmalıdır.

Anahtar kelimeler; doğum şekli, fizyolojik tartı kaybı, yenidoğan

SUMMARY

Effect of Delivery Mode on Newborn Physiological Weight Loss

Aim: To determine the effects of mode of delivery on newborn physiological weight loss.

Materials and Methods: 722 term, healthy, single, breast fed neonates who were born in a private hospital in Istanbul in 2010 were included in the study. Demographic characteristics of infants were derived from the hospital's digital archive system retrospectively and their effects on the physiological weight loss were examined.

Results: Mean weight loss in all newborns during the first 3 days was 6.8%. Gender, gestation, number and the season of birth did not affect this weight loss. On the first day the weight loss observed in babies delivered by cesarean section (CS) was higher than the ones delivered vaginally (-128.29 ± 55.06 vs. -86.43 ± 51.77 , $p=0.000$). Babies born to mothers who were 35 or older lost more weight than the babies born to mothers under 35 (-125.61 vs $-111.88 \pm 55.7 \pm 59.8$, $p=0.003$). However, CS ratio was higher among women over 35 years of age (77.7% vs. 67.8%, $p=0.009$) and increased weight loss observed in these infants was thought to be due to this high ratio of CS. While the anesthesia used during vaginal delivery did not influence the weight loss, the weight loss of babies who were delivered by CS with general anesthesia was more than the babies delivered by CS with combined spinal anesthesia (-232.97 vs -246.8 , $p=0.029$).

Conclusion: Delivery by CS is the most important factor affecting the weight loss in neonates. General anesthesia increased this weight loss further. This finding should be taken into consideration while deciding on the mode of delivery, the type of anesthesia used and during the follow up of weight loss by the newborn nurses.

Key words: method of delivery, physiological weight loss, newborn

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Yenidoğanlarda hayatın ilk günlerinde görülen tartı kaybı bilinen bir durumdur (Tayman, Tonbul, Aydemir, Köşüş ve Tatlı 2010). Term yenidoğanların doğum sonrası günde %1-2 ve ilk haftada %5-10 oranında ağırlık kaybının olması fizyolojik tartı kaybı olarak bilinmektedir (Wiklund, Norman, Uvnas-Moberg, Ransjö-Arvidson and Andolf 2009). Yenidoğanların büyük kısmı ilk günlerde doğum ağırlıklarının %4-10'unu kaybederken genellikle 4. günden itibaren tekrar tartı almaya başlarlar (Tayman ve ark 2010).

Doğum sonrası yenidoğanların % 95'inin doğum tartılarının % 12' sine kadar tartı kaybı olur. Yenidoğanın tartı almaya başlaması doğumun 4. günü, doğum tartısına ulaşması ise yaklaşık 12. gündür (Macdonald, Ross, Grant and Young 2003).

Doğum sonrası ilk hafta emzirme periyodlarının oturtulması anne ve bebeği için kritik bir dönemdir (Neville and Morton 2001). Uluslararası Emzirme Danışma Derneği; yenidoğanın doğum tartısının %7'den fazla kaybını, tartı kaybının üçüncü günden sonra da devam etmesini ve doğum tartısına on günden daha uzun sürede ulaşmasını etkisiz emzirme belirtisi olarak kabul etmektedir. Amerikan Pediatri Akademisyenleri de; yenidoğanda, doğum tartısının %7'sinden fazla olan tartı kayıplarının muhtemel emzirme problemlerini gösterdiğini, emzirmeyle ilgili problemlerin aşılmasında yoğun destek verilmesinin önemli olduğunu vurgulamaktadır (Noel-Weiss, Courant and Woodend 2008).

Tartı kaybı ile parite arasındaki ilişkiye bakıldığında ilk günlerde emzirme problemi yaşamalarından dolayı tartı kaybının primiparlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Multipar anneler ise geçmişte yaşadıkları emzirme deneyimi ile bu durumu kısa sürede geliştirebildikleri belirlenmiştir. İlk kez anne olanlar ise bu durumu geliştirmek için yardıma ihtiyaç duymuşlardır (Dewey, Nommsen-Rivers, Heinig and Cohen 2003).

Parite, erken laktasyon başarısını etkiler. Pariteden kaynaklanan değişiklikler sonraki gebeliklerde oksitosin salınımını kolaylaştırır (Bystrova et al 2007). Primiparların emzirme deneyimi eksikliği laktogenezis II evresinin gecikmesini etkiler dolayısıyla yenidoğanın doğum sonrası tartı kaybını da etkiler (Dewey et al 2003). Laktogenezis II'nin geç başlaması; primiparite ve sezaryen doğum gibi risk faktörleriyle ilişkilidir (Chen, Nommsen-Rivers, Dewey, Lonnerdal 1998, Hildebrandt 1999).

Doğumda anneye uygulanan anestezi tekniklerle karşı karşıya kalan yenidoğanın nörolojik davranışları etkilenir. Nörolojik davranış durumundaki azalma, yenidoğanın doğum sonrası 10 güne kadar uzanan zayıf emmesiyle ilişkilendirilir. Zayıf emme sürecinde anne ve yenidoğanın etkileşimini de azaltır. Bu nedenle yenidoğanları emzirme için daha sık uyandırma ve anne memesinde daha çok uyarı vermek gerekir (Abouleish, Van Der Donck, Meeuwis and Taylor 1978). Doğumda anestezi medikasyonla karşı karşıya kalan yenidoğanlarda laktasyon II evresinin gecikmesi ve suboptimal emzirme davranışı gibi problemler de sıklıkla rapor edilmiştir (Chapman and Pe'rez –Escamilla 1999, Ransjo-Arvidson et al 2001).

Doğum öncesi, anneyi ve yenidoğanı etkileyen maternal hipotansiyon sık görülen bir problemdir ve sezaryen doğumlarda hipotansiyon genelde spinal anesteziye (%83) bağlıdır. Spinal anesteziye bağlı hipotansiyonun önlenmesi için anneye intravenöz sıvı yüklenmesi yapılır ve bazen operasyon sırasında 2 litreye kadar kristalloid sıvı yüklemesi gerekebilmektedir (Rout and Rocke 1994, Riley, Cohen, Rubenstein and Flanagan 1995). Epidural anestezi sırasında hipotansiyonu önlemek amacıyla sıvı yüklemesi yapılması, plasental yolla fetusa sıvı geçişi ve fetal ekstraselüler sıvı volümünde artışa neden olmaktadır. Bu bilgiler ışığında epidural anestezi uygulanan anne bebeklerinde anneden fetusa geçen bu ekstra sıvının doğum sonrası erken dönemde kaybının, hayatın ilk günlerinde klinik olarak abartılı bir tartı kaybı görülebilmektedir (Tayman ve ark 2010).

Yenidoğanın erken mekonyum kaybı, ilk günlerdeki sıvı alımının az olması ve fazla sıvıyı atması fizyolojik tartı kaybı olarak düşünülür (Martens and Romphf 2007).

Yenidoğanın maksimum tartı kaybı zamanı ve derecesinin;

- Doğum tartısı – tartısı fazla olan yenidoğanların daha çok tartı kaybettiği
- Beslenme şekli - sadece emzirilen yenidoğanların ilk günlerde tartı kaybının daha çok olduğu
- Doğum şekli- sezaryenle doğan yenidoğanların 4-5. günlerinde tartı kaybının maksimum olduğu
- Epidural kullanımı - emzirmeyi ertelediği ve yenidoğanın emmesini etkilemesi

gibi birçok faktörle ilişkili olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda doğumda kullanılan intravenöz tedavi de büyük tartı kayıplarıyla ilişkilendirilmiştir (Okumuş ve ark 2009).

Şu ana kadar doğum sonrası fizyolojik tartı kaybı üzerinde; etnik farklılığın, gestasyonel yaşın, paritenin, doğum şeklinin, doğum ağırlığının, apgar skorunun, beslenme miktarının, beslenme tipinin (formula mama veya anne sütü), gebelik yaşına göre düşük doğum ağırlığının, plazma leptin ve atrial natriüretik peptid düzeylerinin etkili olduğu gösterilmiştir (Okumuş ve ark 2009).

Yapılan çalışmalar erken dönem yenidoğan tartı kaybının birçok nedenden etkilendiğini kanıtlamaktadır. Doğum sonrası ilk günlerdeki tartı kaybı aşamalarının ve bunu etkileyen faktörlerin tanımlanması, yenidoğanın bakımından sorumlu hemşirelerin yenidoğanın günlük tartılarını doğru verilerle değerlendirmesinde önemli bir yer tutar. Bu bilgiler ışığında yenidoğan hemşirelerinin etkin emzirme danışmanlığı vermeleri yenidoğanların tartı kaybından dolayı anne sütüne ek formula mama verilmesini ve hospitalizasyonunu önlemede yararlı olabilir.

Bu Bilgiler Işığında Araştırmanın Hipotezleri:

H1 . Sezaryen ile doğan bebeklerde fizyolojik tartı kaybı vajinal doğanlardan daha fazladır.

H2. Daha önce emzirme deneyimi olan anne bebekleri daha az tartı kaybeder.

Araştırmanın Amacı ; sağlıklı yenidoğanların fizyolojik tartı kayıplarının doğum şekillerinden etkilenme durumunu belirlemek.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Şekilleri

2.1.1. Vajinal doğum

Yaşama şansı kazanmış fetusun doğum kanalından geçerek dış dünyaya çıkmasıdır. Doğum insanlığın var olduğu günden beri süregelen fizyolojik, doğal bir olaydır. Ortalama 280 gün, 40 hafta olarak kabul edilen gebelik süresini tamamladıktan sonraki doğumlara “miadında doğum” denilmektedir. Miadına erişmiş bebeğin tartısı 2500-4000 g arasındadır (Coşkun ve Karanisoğlu 1996). Normal doğumda, bebek doğduktan en geç otuz dakika sonra plasenta ve zarları da kendiliğinden rahimden dışarı atılır ve yaklaşık 300 ml kadar kan kaybı olur. Sağlıklı bir doğum eylemi güç olmayan fizyolojik bir olaydır. En önemli avantajı normal ve fizyolojik olmasıdır. Doğum sonrası anne birkaç saat içinde normal aktivitesine dönebilmekte çok kısa sürede bebeğini emzirmeye başlayabilmektedir. Normal doğumu takiben gebelik öncesi yaşantısına hemen dönebilmekte ve hastanede kalış süresi kısa olmaktadır. Bebek açısından ise avantajı doğum esnasında sıkışıp büzüşen bebeğin akciğerlerinin soluk alıp vermeye daha hazırlıklı olmasıdır. Ayrıca anne ve bebek arasında duygusal temas daha kısa sürede ve güçlü başlamaktadır (Vural 2000).

Normal doğum eyleminin özellikleri şunlardır (Vural 2000):

- Doğumun term olması,
- Kendiliğinden başlaması,
- Tek ve canlı fetüsün varlığı ile sonlanması,
- Verteks pozisyonunda olması ve baş pelvis uyumsuzluğu olmadan gerçekleşmesi
- Sağlıklı bir fetus ve annenin varlığı ile gerçekleşmesi beklenir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yayınladığı kanıta dayalı 6 uygulamanın doğumu yöneten sağlık profesyonelleri için kılavuz olması ile; sağlıklı anne ve bebek için

mümkün olan en az girişim ile güvenli bir şekilde doğum eyleminin gerçekleşebileceğini ifade etmiştir. İfade edilen bu öneriler (Sayiner ve Özerdoğan 2009):

1. Doğum kendi başlamalıdır.
2. Doğum boyunca hareket özgürlüğü olmalıdır.
3. Doğum boyunca gebeye duygusal ve fiziksel destek verilmelidir.
4. Gereksiz her türlü müdahaleden kaçınılmalıdır.
5. Doğumda sırtüstü yerine diğer pozisyonlar desteklenmelidir.
6. Doğum sonrası anne ve bebek bir arada kalmalıdır.

2.1.2. Sezaryen

Sezaryen operasyonu; yaşayan bir fetusun, bir abdominal kesi ve bir uterus kesisinden doğurtulmasıdır. Sezaryen Latince kesmek anlamına gelen “caedere” fiilinden türetilmiş olup, ilk kez M.Ö 700 yıllarında Romalılar devrinde, ölen anneden bebeği çıkarmak amacı ile uygulanmıştır. Yaşayan hastaya ise ilk kez 1610 yılında uygulanmıştır (Purtuloğlu 2006).

Dünyada en sık uygulanan obstetrik operasyon, sezaryen ile doğumdur. Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) 1965 ile 1988 yılları arasında sezaryen oranı %4.5’den, %25’lere kadar yükselmiş ancak daha sonra sezaryen sonrası normal doğumun artması ile 1989 ile 1996 yılları arasında bu oran önemli ölçülerde azalmıştır. Ancak daha sonra 2002 yılına kadar tekrar sezaryen oranı artmış ve bu yılda kaydedilmiş en yüksek orana gelmiştir (Yalınkaya, Güzel, Kangal, Uysal ve Erdem 2009). Türkiye’de 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına (TNSA) göre %21.2 olan sezaryen oranının, son doğum sayılarına bakıldığında yer yer % 40’lara ulaştığı görülmektedir. Bu oran Dünya Sağlık Örgütü tarafından konulan hedefin (%5-15) üzerindedir.

Bu doğum oranını yükselten nedenler arasında paritede azalma, daha yaşlı kadınların çocuk sahibi olmaları, elektronik fetal monitörizasyonun yaygın kullanılması, eski sezaryenlerin artmış olması gibi bir çok sebep sayılabilir. Günümüzde kullanılan

anestezi teknikleri, medikal, cerrahi ve postoperatif bakımdaki gelişmeler sezaryanlara bağlı mortalite ve morbiditeleri azaltmış olmakla birlikte; enfeksiyon, kanama, transfüzyon ihtiyacı, tromboembolik olaylar, hastanede uzun süre kalma, iyileşmenin daha geç olması, daha çok ağrı çekilmesi gibi riskler halen devam etmektedir (Yılmaz, İsaoglu ve Kadanalı 2009).

Sezaryen Endikasyonları

Sezaryen operasyonları genel olarak yorumlanmaya açıktır. Ancak vajinal yolla doğumun mümkün olmadığı ya da doğumun gecikmesi, anne adayını ve bebek için tehlikeli olduğu durumlarda muhakkak sezaryene başvurulması gerekir. Vajinal yoldan doğumun olmasını engelleyen sebepler doğum yoluyla, doğacak olan grupla (fetus ve ekleri) ya da uterusun fetusu yeterince itmemesi (kontraksiyon zayıflığı) ile kısmen açıklanabilir. Bunların dışında annenin ya da bebeğin doğumun fiziksel ya da psikik travmasından korunması gereken durumlar önemli bir endikasyon grubu teşkil etmektedir (Ceylantekin 2006).

Endikasyonlar sınıflandırıldığında;

- A-) Anneye ait endikasyonlar
- B-) Fetuse ait endikasyonlar
- C-) Fetus eklerine ait endikasyonlar
- D-) Mediko sosyal endikasyonlar

A-) Anneye ait endikasyonlar

- 1- Geçirilmiş sezaryen:** Klasik vertikal insizyon yapılan 1916'larda ortaya atılan "Bir kez sezaryen, her zaman sezaryen" kavramı, Kerr transvers insizyonunun kullanılmaya başlanması ile ve yapılan çalışmalarda uygun vakaların güvenli bir şekilde vajinal doğum yaptırılabilmesinin gösterilmesiyle geçerliliğini yitirmiş gözükmektedir.

- 2- **Sefalopelvik uyumsuzluk (CPD):** Pelvis yapısı bebeğin doğumu için çok küçük veya anormaldir ya da bebek çok iridir. Doğumdan önce tesbit edilebilir ancak bebeğin iri olduğu durumlarda eylemin başlaması ve membran rüptüründen sonra 2. fazda 3 saatlik etkin kasılmalara rağmen ilerleme olmamasının görülmesi gerekir. Pelvis girişinde, midpelviste ve çıkışta uyumsuzluklar olabilir.
- 3- **Dinamik distosi:** Serviksin 1 cm/saatlik hızla açılmaması disfonksiyonel eylemi hatırlatmalıdır. Genellikle oksitosin infüzyonu ile açılma sağlanır. Ancak buna rağmen 2-3 saat boyunca hiç ilerleme olmazsa hastanın durumu tekrar gözden geçirilmelidir.
- 4- **Yumuşak doğum yolu ile ilgili sebepler:** Bölgede önceden geçirilmiş operasyonlar, enflamatuvar veya neoplazik hastalıklar, enfeksiyonlar, konizasyon, koterizasyon ya da kollumun rijid olması gibi sebepler vajinal doğumu imkansız kılabilir.
- 5- **Annenin sistemik hastalıkları**

B-) Fetuse ait endikasyonlar

- 1- **Prezantasyon, situs, habitus anormallikleri**
- 2- **Fetal Distres:** 1970'lerde elektronik fetal kalp hızı monitorlerinin gelişmesine bağlı olarak fetal oksijenizasyon ve asid-baz durumu ile fetal kalp hızı paterni arasındaki ilişkiler gündeme geldi. Uteroplasental yetmezliğe bağlı nörolojik sekelleri önlemek amacıyla elektronik monitorizasyon yapılmasının aralıklı yapılan kalp hızı oskültasyonuna bir üstünlüğü olmadığını saptanmasına rağmen fetal distres endikasyonu ile sıklıkla sezaryen yapılmaktadır. Ancak sürekli anormal kalp hızı paterni olanlarda yapılmalıdır.
- 3- **Miad Aşımı:** 42 hafta aşılmasına rağmen eylem başlamamışsa surmaturasyondan bahsedilir. Postmatürite sendromu gelişip gelişmediği önemlidir (Bektaş 2008).
- 4- **Bebekte bazı anomaliler:** Bebeğe yaşamla bağdaşan fakat doğum kanalından geçisi engelleyecek omfalosel, hidrosefali gibi fiziksel kusurlarda sezaryen tercih

edilir. Doğan bebeğe ilgili uzman doktor tarafından kısa zamanda müdahale yapılır (Güner 2007).

5- Rh uygunsuzluğu: Ağır formlarında hidrops gelişebilir.

C-) Fetus eklerine ait endikasyonlar

Plasenta Previa: Plasenta previa fetusun yaşam sınırını aşmasından (gelişmiş lkelerde 20. hafta, gelişmekte olan lkelerde 24.–28. hafta) sonra, plasentanın uterus alt segmentine kısmen veya tam olarak yerleşmesi olarak tanımlanır. Plasenta previa tanısında doğum sezaryen ile olmalıdır. İdeal olan acil durum oluşmadan önce doğumun planlanmasıdır.

Plasentanın erken ayrılması: Latince abruptio placentae olarak adlandırılan bu durumda plasenta parçalar halinde yırtılır ve çoğu vakada acil bir tablo olarak ortaya çıkar. Fetus yaşam sınırını aştıktan sonra normal yerleşimli bir plasentanın zamansız olarak ayrılmasından kaynaklanan kanamayla tanınır. Ayrılmadaki başlangıç olay desidua basalisteki kanamadır (Mehasseb, Konje, Baloğlu and Çetinkaya 2006).

D-) Mediko sosyal endikasyonlar

Annenin isteğine bağlı olarak ya da kıymetli bebek olması dolayısı ile sezaryen yapılabilir (Bektaş 2008).

Sezaryen doğum annenin ve bebeğin hayatını kurtaran değerli bir obstetrik girişim olmakla birlikte, diğer majör cerrahi girişimler gibi anesteziye ve cerrahi işleme bağlı birçok riski, doğum sonu dönemde bazı fiziksel ve psikososyal sorunları ve komplikasyonları beraberinde getirmektedir. Normal doğumlarla karşılaştırıldığında sezaryen doğuma bağlı maternal morbidite ve mortalite oranlarının 4-7 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda kanama, enfeksiyon, komşu organ yaralanmaları, tromboembolik durumlar ve anesteziye bağlı komplikasyonlar en sık belirtilen sorunlardır. Kanada'da son 15 yılı içeren, sezaryenlerin analizine göre normal doğumla

sezaryen karşılaştırıldığında normal doğum için erken postpartum kanama Relatif Riski (RR) 0.61, maternal mortalite RR' i ise 0.71 dir. Yani sezaryenlerde mortalite ve kanama riski belirgin şekilde yüksektir. Bu komplikasyonların dışında doğum sonu dönemde annenin iyileşmesinde ve tüm rol ve fonksiyonlarını yerine getirebilmesinde gecikme, daha uzun süre hastanede kalma zorunluluğu ve artan tıbbi bakım maliyeti sezaryen doğumun belirtilen diğer dezavantajlı yönlerindedir. Bu dezavantajlı durumlara ilişkin kadınlara ve ailelerine yeterli bilgilendirme yapılmalıdır (Şahin 2009).

2.2. Doğumda Anestezi

Doğum ağrısı bilinen en şiddetli ağrılardan biridir. İnsanoğlu doğumun ağrısız gerçekleşmesi için pek çok yöntem denemiştir. Fakat tüm gebeleri memnun edebilecek ortak bir yöntem tanımlanamamıştır (Yıldızhan, Yıldızhan B ve Turan 2008). Günümüzde sezaryen uygulanacak olgulara anestezi yaklaşım olarak hem genel hem de lokal anestezi (spinal, epidural ve kombine spinal-epidural) teknikleri uygulanmaktadır (Purtuloğlu ve ark 2008). Her ikisinin birbirine göre avantaj ve dezavantajları bulunmakla birlikte günümüzde rejyonel anestezi yöntemlerini daha fazla tercih etme yönünde eğilim vardır (Olguner 2007).

2.2.1. Genel anestezi

Sezaryen ameliyatlarında anestezi beklenen anne için güvenli ve konforlu olması, bebeğin vital fonksiyonlarının deprese olmaması ve uygun cerrahi koşulların sağlanmasıdır. Sezaryanda;

- Vakanın aciliyeti,
- Hastada var olan sağlık sorunları,
- Hastanın tercihi,
- Anestezistin deneyimi

gibi faktörler uygulanacak anestezi tekniğini belirlemektedir (Purtuloğlu ve ark 2008).

Obstetrik cerrahide genel anestezi uygulaması 1847 yılında Dr. James Yong Simpson tarafından doğumda eter kullanılmasıyla başlamıştır. Obstetride sezaryen başta olmak üzere; forseps uygulaması, epizyotomi, internal versiyon, plasentanın çıkarılması, makat gelişi, uterus inversiyonunun düzeltilmesi gibi nedenlerle anestezi gerekebilir. Anestezist, anne için en emniyetli ve rahat, yenidoğan için en az depresan olduğuna inandığı ve cerrahi için optimal çalışma koşullarını sağlayan bir yöntem seçmek zorundadır (Korkmaz 2004).

Günümüzde sezaryen uygulanacak olgulara anestezik yaklaşım olarak hem genel, hem de rejyonel anestezi (spinal, epidural ve kombine spinal-epidural) teknikleri uygulanmaktadır. Normal bir cerrahi girişimde sadece bir kişinin güvenliği ve optimal koşullar sağlanmaya çalışılırken, sezaryende annenin ve annede oluşan her türlü değişikliklerden etkilenen fetusun da güvenliği sağlanmak zorundadır. Sezaryen olgularında kullanılan her iki anestezi tekniğinin kendine ait avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır (Purtuloğlu ve ark 2008).

Sezaryanda genel anestezinin avantajları hızlı indüksiyon, daha az hipotansiyon ve daha az kardiyovasküler depresyon, daha iyi hava yolu ve solunum kontrolüdür. Sezaryen operasyonlarında genel anestezinin riskleri ise, gastrik içeriğin pulmoner aspirasyonu ve entübasyon güçlüğüdür (Korkmaz 2004). Güç entübasyon anesteziye bağlı maternal mortalitenin en önde gelen sebebidir. Obstetrik cerrahi uygulanan hastalarda genel anestezi esnasında diğer cerrahi hastalara göre daha yüksek oranda entübasyon güçlüğü görülür. Gebelerde, entübasyon güçlüğü göz önüne alınarak, operasyona alınacak hastalarda preoperatif dönemde zor entübasyona yönelik vizit yapılmalı ve daha önceden var olan operasyon ve anestezi anamnezi mutlaka alınmalıdır. Çünkü maternal mortalitenin önde gelen nedenlerinden biri başarısız entübasyondur. Preoperatif vizit esnasında zor entübasyon bekleniyorsa rejyonel teknikler, uyanık entübasyon veya fiberoptik laringoskopi koşulları hazırlanmalıdır (Purtuloğlu 2006).

2.2.2. Rejyonel anestezi

Rejyonel ya da diğer bir deyişle bölgesel anesteziyi, bilinç kaybına yol açmadan vücudun belli bölgelerindeki sinir iletisinin ve ağrı duyusunun ortadan kaldırılması olarak tanımlayabiliriz. Son yıllarda daha sıklıkla tercih edilen rejyonel anestezinin hastanın bilincinin açık olması, aspirasyon riski taşımaması ve yenidoğanda solunum depresyonu yapmaması gibi avantajları bulunmaktadır (Korkmaz 2004). Bununla birlikte sezaryende uygulanan spinal anestezi ve sempatik blokaja bağlı olarak oluşan hipotansiyonun, uteroplasental kan akımını olumsuz yönde etkilediği ve fetal iyilik halini tehlikeye atabileceği düşünölmektedir (Purtuloğlu 2006).

2.2.2.1. Epidural anestezi

Doğum için farklı bölgesel anestezi yöntemleri bulunmaktadır. Anne ve fetus için en az santral sinir sistemi depresyonuna neden olan, rahat ve kolay uygulanabilen spinal, epidural, kombine epidural ve spinal anestezi gibi yöntemlerdir. Bu yöntemler içinde de ağrı kontrolü amacıyla en çok kullanılan, güvenilir olan ve gelişmiş ölkelerde hastanelerde kadınların % 50'sinden fazlasının doğum için tercih ettikleri anestezi sekli epidural anestezidir.

Epidural anestezi, duyu kaybını meydana getirebilmek için minimal motor blok ile yapılan bir çeşit bölgesel anestezi şeklidir. Gerekli olan narkotik ilaçların bir kateter yardımıyla anestezi uzmanı tarafından aseptik koşullar altında epidural aralığa verilmesi şeklinde de tanımlanabilir. Doğum ve doğum eylemi sırasında oluşan ağrının etkili bir şekilde giderilmesi için yaygın olarak kullanılan, güvenli ve bilinç kaybına neden olmayan bir yöntemdir. Mazel epidural anesteziyi doğum sırasında itmeyi ve bebeği hissetmeyi zorlaştıran bir teknik olarak tanımlamıştır. Epidural anestezide başlıca sensorial ve semptomimetik lifler bloke olurken, motor fonksiyonlar zarar görmez (Demirok 2006).

2.2.2.2. Spinal anestezi

Spinal anestezi uygulanan olgularda karşımıza çıkan en büyük problem hipotansiyondur. Spinal anestezi sonrası maternal hipotansiyonu önlemede etkin yöntemlerden bir tanesi preoperatif sıvı resüsitasyonudur (Purtuloğlu ve ark 2008).

2.2.2.3. Kombine spinal – epidural anestezi

Kombine spinal - epidural blok spinal ve epidural blokun birlikte uygulanma tekniğidir. Özellikle yandaş hastalıkları olan hastalarda her iki blokun tek başına uygulanmasına göre önemli avantajlar sağlar. Epidural iğnenin uygun şekilde yerleştirilmesinden sonra, içinden, daha küçük olan spinal iğne ilerletilir ve subaraknoid alana lokal anestetik enjekte edilir. Daha sonra ilerletilen ve epidural mesafeye bırakılan kateter, anestezi için ek doz ve etki uzaması sağlar, ayrıca postoperatif analjezi için kullanılabilir. Tek başına epidural blok uygulamasında yüksek dozdaki lokal anestetik önemli oranda hipotansiyona neden olabilir. Analjezi düzeyinin ayarlanması zordur. Bu teknikte yerleştirilen epidural kateter ile postoperatif ağrı tedavisinde hasta kontrollü analjezi veya kontinü ya da intermitant uygulamalar mümkün olur. Kombine spinal - epidural blok uygulaması ile her iki tekniğin dezavantajlarından korunurken avantajlarından yararlanılır (Korkmaz 2004).

2.3. Yenidoğan

Neonat: Yenidoğan bebek.

Neonatal: Doğumdan sonraki ilk dört haftaya ait olan yenidoğan bebekle ilgili (Örs 2008).

Neonatoloji: Bebeğin sağlıklı olarak doğmasının sağlanabilmesi ve sağlıklı doğan bebeğin de fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığı bakımından en üst düzeye çıkması ve sağlıklı bir erişkin olup sağlıklı bir toplumun temellerini atabilmek için çalışan bir bilim

dalıdır. Kısaca, yenidoğan bebeğin sağlık ve hastalık durumunun tanı ve tedavisi ile ilgilenen bilim dalıdır (Yurdakök ve Erdem 2004).

Canlı doğum: Dünya Sağlık Örgütünün tanımına göre gebelik süresi ne olursa olsun gebelik mahsülünün anneden tam olarak ayrılması ve sonrasında göbek kordonu kesilsin ya da kesilmesin, plasenta ayrılınsın ya da ayrılmasın soluma, göbek kordonunda nabız ve istemli kasların kesin hareketi gibi yaşam belirtisi göstermesi canlı doğumdur.

Zamanında doğum (matür doğum): Son adet tarihinin ilk gününden itibaren doğuma kadar olan gebelik süresinin 259-293 günler arasında (ortalama 280 gün) bulunmasına zamanında doğum veya son adet tarihinin ilk gününü takiben 38. gebelik haftasının ilk günü ile 42. gebelik haftasının son günleri arasında doğan bir bebeğe zamanında doğan bebek (matür bebek veya term bebek) adı verilir.

Postmatür doğum: Son adet tarihinin ilk gününden itibaren doğuma kadar olan gebelik süresinin 294 gün ve üzerinde bulunmasına postmatür doğum veya son adet tarihinin ilk gününden 42. haftanın tamamlanmasından sonra doğan bir bebeğe postmatür bebek (zamanından sonra doğan bebek veya postterm bebek) adı verilir (Küçüködük 1994).

2.4 . Laktogenez

Süt oluşumu 2 evrede değerlendirilir. Gebeliğin ikinci 3 ayından doğuma kadar olan sürede östrojen, progesteron, plasental prolaktin ve büyüme faktörlerinin etkisiyle meme bezlerinin büyüme ve gelişmesi sonucunda kolostrum sentezinin de başladığı dönem evre I laktogenezdir. Doğumdan sonra plasentanın ayrılmasıyla östrojen ve progesteron düzeyinin düşmesiyle prolaktin düzeyi artışı süt yapımını başlatır. Bu dönem evre II laktogenezdir (Gür 2007).

Doğum sonrası ilk bir-iki gün üretilen süt miktarı azdır ancak; laktogenezis II döneminde doğum sonrası 2-3. gün süt miktarı dramatik olarak artar (Neville and Morton 2001). Emzirme ile prolaktin ve oksitosin salgısı artar. İlk günden itibaren aktif emzirme sütün devamlılığı açısından önemlidir.

2.5. Yenidoğan Fizyolojik Tartı Kaybı

Yenidoğan döneminde sıvı ve elektrolit dengesinin düzenlenmesi diğer yaş gruplarından farklılık gösterir. Total vücut su dağılımı matürasyonla beraber değişir. Plazma eritrosit hacmi ve interstisiyel sıvıların toplamından oluşan ekstrasellüler sıvı ile intrasellüler sıvı total vücut suyunu oluşturur. Hormonal uyarılar, böbrek fonksiyonları, enteral alınan sıvı ve solütler, ekstrasellüler sıvıyı düzenler. Ekstrasellüler sıvı, ani değişikliklerin olduğu tampon sistemi şeklinde görev yaparak, ekstrasellüler sıvıdaki hızlı değişimleri engeller. İntrasellüler sıvı hacmi asıl olarak ozmotik basınç farkına bağlı olarak suyun pasif hareketlerinden etkilenir.

Fetüs ve yenidoğanlarda total su hacminin vücut ağırlığına oranı ve dağılımı matürasyon süresince değişir. Fetal hayatın erken dönemlerinde vücut ağırlığının çok büyük oranını su oluşturur. Gebeliğin üçüncü ayında total vücut ağırlığının %94'ü su iken, bu oran giderek azalır ve term bir bebekte %78'e kadar geriler. Total vücut suyunun dağılımı da matürasyonla beraber değişiklik gösterir. Ekstrasellüler sıvı hacmi 24. gebelik haftasında %59 iken, termde %44'e, intrasellüler sıvı hacmi ise %27'den %34'e değişir. Bu oranlardaki gelişmeler, fetus büyüdükçe total vücut suyuna göre relatif olarak artan vücut solütlerine (protein, yağ, mineral) bağlıdır.

Sağlıklı yenidoğanlarda doğum sonrası 2. haftaya kadar total vücut suyunda azalma ve dağılımında değişiklikler olur. Bu değişikliklerin nedeni;

1. Prostaglandin, vazopressin, atriyal natriüretik faktör gibi vazoaktif ajanların sentez ve metabolizmasındaki değişiklikler ve plasental vasküler yatağın kaybı sonucunda sistemik dolaşımın hemodinamiğindeki dramatik değişiklikler, artan renal kan akımı,
2. Pulmoner dolaşımın başlaması, duktus arteriyozusun kapanması,
3. Cildin hava ile temas etmesi,
4. Beslenmenin başlanması olarak sayılabilir.

Doğumdan sonra asıl olarak renal fonksiyonların gelişmesine sekonder ekstrasellüler sıvı kontraksiyonuna bağlı olarak total vücut suyu azalmaya devam eder. Doğum sonrası ilk haftada hem ekstrasellüler sıvı kontraksiyonu, hem de doku katabolizması %10-15'e kadar olan fizyolojik tartı kayıplarından sorumludur.

Doğum sonrası ağırlık kaybı günlük vücut ağırlığının %2-3'ü kadardır. Miadında bebeklerde ilk beş günde genellikle %5 civarında bir kayıp olurken preterm bebeklerde maksimum %10-15'e ulaşır. Ancak bu tartı kayıplarından hangisinin daha fazla rolü olduğu tartışmalıdır. Ekstrasellüler sıvı volümü intrasellüler sıvı volümüne göre daha değişkendir ve maternal sıvı tedavisi, doğum şekli, intrauterin büyüme geriliği gibi faktörlerden etkilenir.

Erken doğum sonrası dönemde öncelikle interstisyel sıvıdan kayıp olur. Ekstrasellüler sıvının kaybının başlangıcı ise kardiyopulmoner adaptasyon ile ilişkilidir. Sağlıklı bebeklerde ekstrasellüler sıvının kaybı hızlı bir şekilde olur. Pulmoner vasküler rezistansda düşme ile birlikte atrial gerginlikteki artmadan dolayı atrial natriüretik peptid (ANP) sekresyonu artar. Natriüresis ile birlikte ekstrasellüler sıvının izotonik kaybı sonucunda su ve sodyum atılımı birlikte olur. Doğum esnasında plasental transfüzyon ve akciğer sıvısının reabsorbsiyonu ile intravasküler kompartman akut olarak genişler ve pulmoner vasküler dirençte düşme ile birlikte diurezis/natriurezis gecikir.

İnsensibl sıvı kaybı solunum yolu, dışkı ve deri vasıtasıyla olur. Dışkı ile sıvı kaybı azdır ve çoğunlukla doğumdan sonraki günlerde 5 ml/kg/gün kadardır. İlk günlerde solunum yolu ile kayıplar fazla olur ve yüksek solunum sayısı ve nemlendirilmemiş oksijen kullanımı ile insensible kayıplar artar (Dağoğlu ve Samancı 2007, Satar ve Özlü 2007).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Türü

Yenidoğanda doğum şeklinin fizyolojik tartı kaybına etkisini belirlemek amacıyla yapılmış retrospektif tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2 Etik İlkeler

Araştırmanın gerçekleştirildiği hastanenin yönetiminden gerekli izin (Ek:1) ve Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı alınmıştır (Ek:2). Çalışma klinik girişim içermediği için onam formu ve bilgilendirme formu kullanılmamıştır.

3.3 Araştırmanın Yeri

Araştırma, Özel Amerikan Hastanesi Sağlıklı Bebek Gözlem Oda'sında gerçekleştirilmiştir. Bebek gözlem odası'nda (BGO) sağlıklı yenidoğanların muayenesi ve bakımı yapılır, günlük tartıları takip edilir. Yakın takip gerektiren (solunum desteğine ihtiyacı olan ya da herhangi bir komplikasyon gelişen) bebekler yenidoğan yoğun bakım ünitesi'ne transfer edilir.

Hastane yönetmeliğine göre her hastaya bir protokol numarası tanımlanır. Hastanede bebeklerin anne yanında takip edilmesi teşvik edilir. Uzun yatışa neden olan tıbbi bir endikasyon olmadığı sürece vajinal doğum yapan anneler doğum sonrası 2. ya da 3. gün, sezaryanla doğum yapan anneler ise 3. ya da 4. gün taburcu olur.

BGO'nda hemşirelik bakımını yönlendiren protokol ve standartlar vardır. Hemşireler; yenidoğanların genel hijyeninden, tartı takibini yapmaktan, annelere emzirme danışmanlığı ve eğitim vermekten sorumludur.

Tüm yenidoğanların günlük tartıları bebek gözlem odasında, hassasiyeti 5 gram olan dijital tartı ile her gece beslenme öncesi saat 01:00 ve 05:00 arasında hemşireler tarafından günlük ölçülür. Dijital tartı biomedikal tarafından düzenli olarak kontrol edilir.

3.4 Araştırmanın Evreni

Çalışmaya 1 Ocak – 31 Aralık 2010 tarihleri arasında tekil gebelik olup 2300 g üzerinde ve miadında doğan, anne sütü ile beslenen tüm sağlıklı yenidoğanlar ve anneleri alındı.

Antenatal dönemde yenidoğanın tartısını etkileyebilecek tıbbi sorunu olan anne ve bebekleri, doğum sonrası takip sürecinde tıbbi sorun tespit edilen ve hızlı tartı kaybı dışında formula takviyesi alan yenidoğan ve anneleri çalışmaya alınmadı.

3.5 Araştırmanın Örneklemi

Çalışmanın yapıldığı özel hastanede BGO'nda 1 Ocak - 31 Aralık 2010 tarihleri arasında 1284 doğum oldu. Bu doğumların 338'i vajinal doğum, 946'sı sezaryen idi. Vajinal doğumlarda erken taburculuk nedeniyle 41 bebek değerlendirmeye alınamadığı için çalışmadan çıkarıldı. Çalışmaya alınma kriterlerine göre sonuç olarak 210 vajinal doğan, 512 sezaryen ile doğan toplam 722 yenidoğana ait dosya incelendi.

Çalışmada yenidoğanın cinsiyeti, doğum haftası, doğum şekli, doğum mevsimi, doğumda anneye uygulanan anestezi çeşidi, annenin yaşı ve annenin doğum sayısı ile yenidoğanın fizyolojik tartı kaybı arasındaki ilişki değerlendirildi.

Veriler doğum haftasına göre değerlendirilirken içinde buldukları haftadan 1-4 gün alan bebekler bulunduğu haftaya, 5-6 gün alanlar bir sonraki haftaya dahil edildi.

Anne yaşına göre veriler değerlendirilirken anneler 35 yaş altı ve üzeri olarak iki gruba ayrıldı.

3.6 Veri Toplama Araçları

Araştırmada, veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından geliştirilmiş anne ve bebeği tanıtıcı özellikler formu kullanılmıştır (Ek:3).

3.7 Verilerin Toplanması

1. Bebek Gözlem Odası Protokol Defterinden 1 Ocak – 31 Aralık 2010 tarihleri arasında doğan bebeklerin protokol numaraları alındı.
2. Protokol Defterinden alınan yenidoğan protokol numaraları ile Paper Work dijital arşivinden (hasta dosyalarının yüksek hızlı tarayıcılar aracılığı ile taranarak doktor, hemşire, sekreter ve diğer çalışanların yetkileri doğrultusunda taranan belgelere ulaşılmasının sağlandığı bir döküman yönetim sistemi) hasta dosyalarına ulaşıldı. Hasta dosyalarında; hemşirelik notlarının kayıt edildiği formlar, doktor istem ve konsültasyon formları incelendi.
3. Formlardan; yenidoğanın doğum tarihi, doğum haftası, doğum şekli, doğumda kullanılan anestezi çeşidi, yenidoğanın apgar skorları, cinsiyeti, doğum tartısı, 2. ve 3. gün tartıları, anne yaşı, doğum sayısı ve anne sütüne ilave olarak formula mama ile beslenme bilgilerine ulaşıldı ve bu bilgiler araştırmacı tarafından geliştirilen anne ve bebeği tanıtıcı özellikler formuna kaydedildi.

3.8 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarıldı ve gerekli analizler yapıldı. Değerlendirmede Fisher Kesin Testi, Bağımsız Gruplarda t Testi Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U Testi, Bonferroni Düzeltmeli Wilcoxon İleri Analizi, Tekrarlı Ölçümlerde Tek Yönlü Varyans Analizi, Yates Düzeltmeli Ki-Kare Analizi, Kruskal Wallis Analizi, Bonferroni İleri Analizi ve Friedman Analizi yapıldı.

3.9 Sınırlılıklar

1. Araştırmanın retrospektif yapılmasından dolayı çevresel etmenlerin yenidoğanın tartı kaybını etkileme durumu, annenin doğum sonrası intravenöz ve oral sıvı alımları, sütün gelme durumu, yenidoğanın mekonyum ve idrar çıkış miktarı gibi yenidoğanın tartı kaybını etkileyebilecek durumların göz önünde bulundurulamaması,
2. Yenidoğanların doğum sonrası farklı günlerde taburcu olmaları nedeniyle taburculuk tartılarının karşılaştırılamaması,
3. Tartı ölçümünün aynı kişi tarafından yapılamaması araştırmanın sınırlılığdır.

4. BULGULAR

Araştırmada elde edilen bulgular iki bölümde incelenmiştir. Bunlar;

Bölüm 1: Anneyi ve yenidoğanı tanıttıcı özellikler (Tablo 1-4)

Bölüm 2: Karşılaştırma bulguları (Tablo 5-14)

BÖLÜM 1: Anneyi ve Yenidoğanı Tanıtıcı Özellikler

Tablo 1. Anneyi ve yenidoğanı tanıttıcı özellikler

Özellikler	n: 722	%
Anne Yaş Grupları		
20-34 Yaş (35 Yaş altı)	549	76.0
35-58 Yaş (35 Yaş ve ↑)	173	24.0
Doğum Sayısı		
1	451	62.5
2	247	34.2
3	23	3.2
4	1	.1
Cinsiyet		
Erkek	346	47.9
Kız	376	52.1
Gebelik Haftası		
38 Hafta	225	31.2
39 Hafta	279	38.6
40 Hafta	164	22.7
41 Hafta	47	6.5
42 Hafta	7	1.0
Doğum Mevsimi		
İlkbahar (Mart-Nisan-Mayıs)	225	31.2
Yaz (Haziran-Temmuz-Ağustos)	175	24.2
Sonbahar (Eylül-Ekim-Kasım)	165	22.9
Kış (Aralık-Ocak-Şubat)	157	21.7
Mama Verilme		
Evet	20	2.8
Hayır	702	97.2

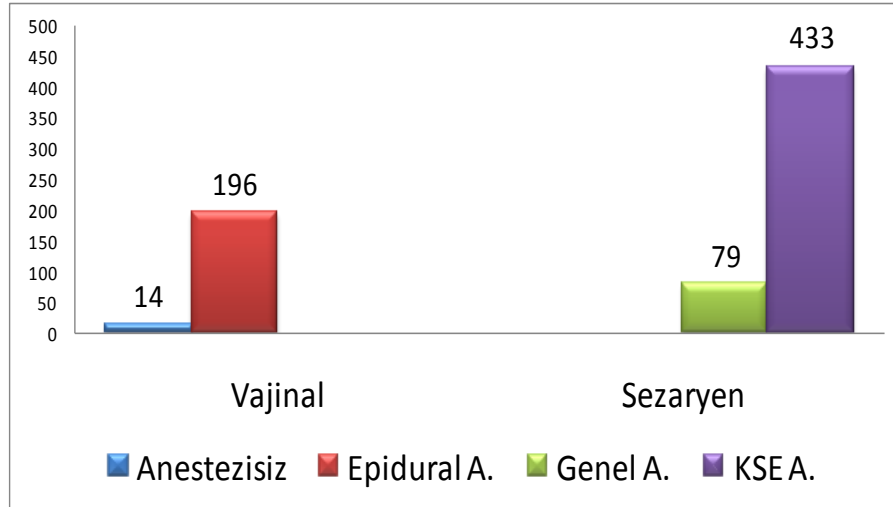
Çalışmada 20-34 yaş arasında 549 (%76), 35 yaş ve üzeri olan 173 (%24) anne vardı. Annelerin doğum sayılarına bakıldığında; ilk kez doğum yapan 451 (62.5), iki ve üzeri doğum yapan (en fazla 4 kez) 271 (%37.5) anne vardı.

Bebeklerin 346'sı (%47.9) erkek, 376'sı (%52.1) kızdı. 38. haftada doğan 225 (%31.2), 39. haftada doğan 279 (%38.6), 40. haftada doğan 164 (%22.7), 41. haftada doğan 47 (%6.5), 42. haftada doğan 7 (%1) bebek vardı.

İlkbaharda 225 (%31.2), yazın 175 (%24.2), sonbaharda 165 (%22.9), kışın 157 (%21.7) yenidoğan doğmuştu.

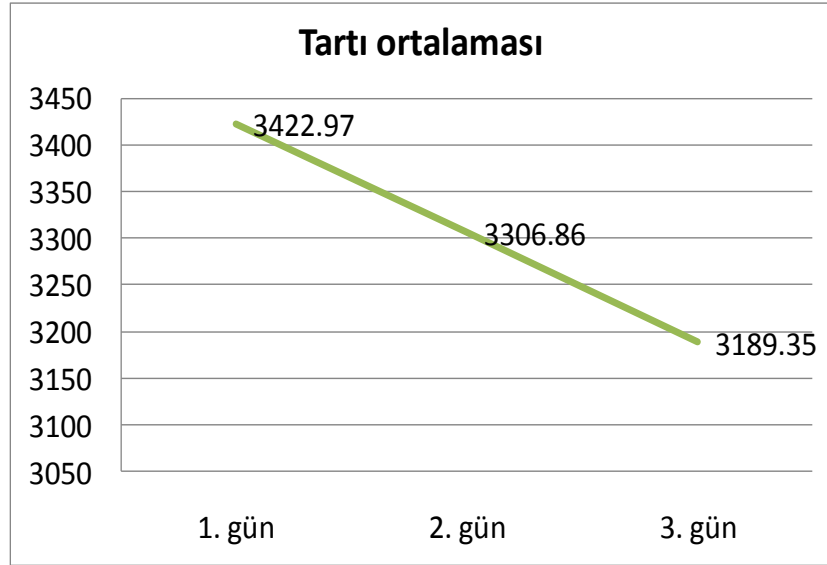
20 (%2.8) bebeğe fazla tartı kaybı nedeniyle anne sütü yanında mama takviyesi yapılmıştı.

Tablo 2. Doğum şekli ve anestezi çeşidine göre dağılımlar



Vajinal doğum yapan 210 (%29.1), sezaryen doğum yapan 512 (%70.9) anne vardı. Vajinal doğum yapan annelerden 14'ü (%6.7) anestezisiz, 196'sı (%93.3) epidural anestezi ile doğum yapmıştı. Sezaryen ile doğum yapan 512 annenin 79'u (%15.4) genel anestezi, 433'ü (84.6) KSE anestezi ile doğum yapmıştı.

Tablo 3. Yenidoğanların postnatal ilk 3 gündeki tartı ortalaması (n: 722)



Bebeklerin doğum tartıları 2390 ile 4610 gram arasında, ortalama 3422.97 ± 379.93 g idi. Ortalama ağırlıklar 2. gün 3306.86 ± 371.8 g, 3. gün 3189.35 ± 356.64 g idi. İlk 3 günde anlamlı tartı kaybı görüldü (%6.8).

Tablo 4. 3. Günde formula mama verilen yenidoğanlar ve tartı kayıpları (%) (n:20)

Doğum Tartısı (gr) (1.Gün Tartı)	2.Gün Tartı (g)	3.Gün Tartı (g)	1-3 Gün Arası Tartı Farkı (g)	1-3 Gün Arası Tartı Farkı (%)
2890	2745	2600	290	%10
3400	3170	3070	330	%9.7
3500	3330	3170	330	%9.4
3180	3010	2880	300	%9.4
3480	3300	3150	330	%9.4
3620	3420	3290	330	%9.1
3340	3205	3035	305	%9.1
4050	3870	3695	355	%8.7
3270	3110	3000	270	%8.2
3630	3440	3330	300	%8.2
3480	3355	3200	280	%8
3030	2910	2790	240	%7.9
4610	4470	4250	360	%7.8
3010	2860	2775	235	%7.8
3000	2875	2765	235	%7.8
3950	3800	3650	300	%7.5
3780	3680	3500	280	%7.4
3700	3570	3450	250	%6.7
3680	3560	3450	230	%6.2
3320	3190	3150	170	%5.1

Mama verilen 20 yenidoğanın 17'sinin %7-10, 3'ünün %5-6 oranında tartı kaybettiği görüldü. Bu bebeklerin 18'i (%90) sezaryen ile doğan bebeklerdi. Vaka sayısındaki azlık nedeniyle doğum şekli ve mama takviyesi yapılan bebekler arasındaki ilişki değerlendirilemedi.

Bebeklerin 5. dakika apgar skorları değerlendirildiğinde 715 bebeğin (%99) 10, 3'ünün (%0,4) 9, 3'ünün (%0,4) 8 ve 1'inin (%0,1) 7 idi. Bebeklerin %1'inin 5. dakika apgar skorunun 10'dan düşük olması nedeniyle apgar skorlarının tartı kaybına etkisi istatistiki olarak incelenemedi.

BÖLÜM 2. Karşılaştırma Bulguları

Tablo 5. Anne ve yenidoğanların özelliklerine göre yenidoğanların doğum tartısı ortalamalarının karşılaştırılması (n: 722)

Özellikler	Sayı	Doğum Tartısı (g)	test	p
Anne Yaş Grupları				
20-34 Yaş (35 Yaş altı)	549	3399.20 ± 371.22	t: 3.012	.003
35-58 Yaş (35 Yaş ve ↑)	173	3498.41 ± 398.11	(sd: 720)	
Doğum Sayısı				
1 Kez	451	3435.76 ± 392.64	KW: 1.685 (sd: 2)	.431
2 Kez	247	3401.44 ± 355.27		
3 Kez	23	3402.61 ± 396.01		
4 Kez	1	3440.00 ± 379.93		
Doğum Sayısı				
1 Kez	451	3435.76 ± 392.64	t: 1.168	.243
2-4 Kez	271	3401.68 ± 357.46	(sd: 720)	
Cinsiyet				
Erkek	346	3493.18 ± 378.65	t: 4.837	.000
Kız	376	3358.36 ± 369.98	(sd: 720)	
Gebelik Haftası				
38 Hafta ^a	225	3324.29 ± 379.00	KW: 37.301 (sd: 4)	.000 Fark: e<d<c<a<b
39 Hafta ^b	279	3423.75 ± 374.25		
40 Hafta ^c	164	3507.96 ± 371.38		
41 Hafta ^d	47	3557.45 ± 345.33		
42 Hafta ^e	7	3670.00 ± 238.05		
Doğum Şekli				
Vajinal Doğum	210	3408.52 ± 381.07	t: .654	.513
Sezaryen Doğum	512	3428.90 ± 379.67	(sd: 720)	

Annelerin yaş gruplarına göre yenidoğanların doğum tartısı ortalaması arasındaki fark bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırılarak değerlendirildiğinde, 35 yaş altında olan annelerin bebeklerinin doğum tartısının 35 yaş ve üzerinde olanlarınkinden anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı (p<.01, Tablo 5).

Doğum sayısına göre yenidoğanların doğum tartısı ortalaması arasındaki fark Kruskal Wallia analizi (3 gruplu analiz için Kruskal Wallis analizi, 2 gruplu analiz için

bağımsız gruplarda t testi) ile karşılaştırıldığında, gruplar arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>.05$, Tablo 5).

Cinsiyete göre doğum tartısı ortalaması arasındaki fark bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, erkeklerin doğum tartısının kızlardan anlamlı olarak daha fazla olduğu saptandı ($p<.001$, Tablo 5).

Doğum şekline göre yenidoğanların doğum tartısı ortalaması arasındaki fark bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, vajinal ve sezaryen doğum ile doğurtulan yenidoğanların doğum tartısı arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>.05$, Tablo5).

Yenidoğanların gebelik haftasına göre doğum tartısı ortalaması arasındaki fark Kruskal Wallia analizi ile karşılaştırıldığında, gruplar arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<.001$, Tablo 5). Gebelik haftası ve doğum tartısı arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı (pearson, $r=0.21$, $p= .000$). Gebelik haftası arttıkça doğum tartısının da arttığı gözlemlendi.

Tablo 6. Doğum şekli ile postnatal günlerdeki tartı ortalamalarının karşılaştırılması (n: 722)

Özellikler	1.gün (Doğum Tartısı ^a) $\bar{X} \pm SS$	2. gün Tartısı ^b $\bar{X} \pm SS$	3.gün Tartısı ^c $\bar{X} \pm SS$	1-3.gün Arası Tartı Farkı \bar{X}	1-3. gün Arası Tartı Farkı %	F	p	Anlamlı Fark
Tüm Grup	3422.97±379.93	3306.86±371.80	3189.35±356.64	-233.62	%6.8	4874.551	.000	a > b > c
Doğum Şekli								
Vajinal Doğum (n: 210)	3408.52±381.07	3322.10±376.19	3201.85±362.46	-206.67	%6	979.031	.000	a > b > c
Sezaryen (n: 512)	3428.90±379.67	3300.61±370.18	3184.22±354.46	-244.67	%7	4424.042	.000	a > b > c
				t: 7.341 p:.000				

Yenidoğanlar doğum şekline göre 2 gruba ayrıldıktan sonra, doğum tartısı ile doğum sonrası ikinci ve üçüncü gün tartıları arasındaki fark tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldı. Farkın hangi günler arasında olduğunu belirlemek için yapılan Bonferroni ileri analizinde; her iki grupta yenidoğanların ikinci gündeki tartılarının doğum tartısına göre, üçüncü gündeki tartılarının da hem ikinci gündeki tartısına hem de doğum tartısına göre ileri düzeyde anlamlı olacak şekilde daha düşük olduğu (p= .000) belirlendi.

Vajinal doğum grubundaki yenidoğanlarda doğum sonrası üçüncü günde doğum tartısına göre ağırlık kaybı 206.67 g (%6), sezaryen grubunda 244.67 g idi (%7). Sezaryen ile doğan bebeklerin tartı kaybı vajinal yolla doğanlarla karşılaştırıldığında anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p= .000, Tablo 6).

Tablo 7. Doğum şekli ve postnatal günlerde kaybedilen tartı farklarının karşılaştırılması

Gruplar	n	1.gün (Doğum tartısı) ile 2.gün arasındaki tartı farkı $\bar{X} \pm SS$	2.gün ile 3.gün arasındaki tartı farkı $\bar{X} \pm SS$	1.gün ile 3.gün arasındaki tartı farkı $\bar{X} \pm SS$
Tüm grup	722	-116.12 ± 57.34	-117.51 ± 45.33	-233.62 ± 65.45
Doğum Şekli				
Vajinal Doğum	210	-86.43 ± 51.77	-120.24 ± 56.54	-206.67 ± 67.58
Sezaryen	512	-128.29 ± 55.06	-116.38 ± 39.84	-244.67 ± 61.28
		t: 9.438 p: .000	t: 1.039 p: .299	t: 7.341 p: .000

Farkın en fazla hangi günler arasında olduğunu belirlemek için yapılan analizde vajinal doğum grubundaki bebeklerde doğum sonrası ikinci günde doğum tartısına göre ağırlık kaybı 86.43 ± 51.77 g, sezeryan grubunda 128.29 ± 55.06 g idi ($p=0.000$). Sezaryen grubunda 1. ve 2. gün arasındaki tartı kaybı anlamlı olarak daha fazla bulundu.

Vajinal doğum grubundaki yenidoğanlarda doğum sonrası ikinci gün ile üçüncü gün arasındaki tartı kaybı 120.24 ± 56.54 g, sezaryen grubunda 116.38 ± 39.84 g idi. Doğum sonrası ikinci ve üçüncü gün arasında gelişen ortalama tartı kayıpları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > .05$, Tablo 7).

Tablo 8. Cinsiyet ve gebelik haftasına göre tartı kaybı ortalamalarının karşılaştırılması (n: 722)

Özellikler	1.gün (Doğum Tartısı) ^{a)} $\bar{X} \pm SS$	2. Gün Tartısı ^b $\bar{X} \pm SS$	3.Gün Tartısı ^c $\bar{X} \pm SS$	1-3.Gün Arası Tartı Farkı $\bar{X} \pm SS$	F	Anlamlı Fark
Cinsiyet						
Erkek (n: 346)	3493.18±378.65	3373.57±371.86	3255.12±356.26	-238.058	2945.095	a>b>c
Kız (n: 376)	3358.36±369.98	3245.47±361.50	3128.83±346.59	-229.537	2122.324	a>b>c
				t: 1.750 p: .081		
Gebelik Haftası						
38 Hafta (n: 225)	3324.29±379.00	3203.36±361.44	3093.83±349.43	-230.462	1785.025	a>b>c
39 Hafta (n: 279)	3419.95±370.07	3296.02±360.57	3177.40±347.25	-242.545	1641.469	a>b>c
40 Hafta (n: 164)	3514.42±376.92	3413.23±372.86	3289.33±354.26	-225.091	1275.234	a>b>c
41 Hafta (n: 47)a	3557.45±345.33	3454.68±343.93	3330.96±327.96	-226.489	395.332	a>b>c
						a,b>c
42 Hafta (n: 7)a	3670.00±238.05	3580.71±227.40	3442.86±225.42	-227.143	Friedman: 13.556	(Bon.Düzeltilmeli Wilcoxon: a-b: .028 a-c: .018 b-c: .018)
				KW: 7.703 p: .105		

Cinsiyete göre;

Erkek bebeklerde doğum sonrası üçüncü günde doğum tartısına göre ağırlık kaybı 238.06 g, kızlarda 229.54 g idi. Kız ve erkek bebeklerde üçüncü günde doğum tartısına göre görülen toplam tartı kaybı ortalaması arasında anlamlı fark saptanmadı (p>.05, Tablo 8).

Gebelik haftasına göre;

Gebelik haftasına göre doğum tartısı ile doğum sonrası ikinci ve üçüncü günlerdeki tartı ortalamaları arasındaki fark, 38-41 haftalık olan gruplarda her bir haftaya göre ayrı olarak tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi ile, 42 haftalık olanlarda Friedman analizi ile karşılaştırılarak değerlendirildi.

Gebelik haftasına göre bebeklerde doğum sonrası üçüncü günde doğum tartısına göre olan ağırlık kaybı 38 haftalık olanlarda 230.46 g, 39 haftalık olanlarda 242.55 g, 40 haftalık olanlarda 225.09 g, 41 haftalık olanlarda 226.49 g, 42 haftalık olanlarda 227.14 g olarak bulundu. Gebelik haftasına göre bebeklerin doğum sonrası üçüncü günde

görülen toplam tartı kaybı ortalaması arasında fark Kruskall Wallis analizi ile değerlendirildi ve farkların anlamlı olmadığı belirlendi ($p>.05$).

Tablo 9. Doğum şekli ve anestezi çeşidine göre postnatal günlerdeki tartı ortalamalarının karşılaştırılması (n:722)

Özellikler	1.gün (Doğum Tartısı ^a) $\bar{X} \pm SS$	2. Gün Tartısı ^b $\bar{X} \pm SS$	3.Gün Tartısı ^c $\bar{X} \pm SS$	1-3.Gün Arası Tartı Farkı $\bar{X} \pm SS$	F	Anlamlı Fark
Vajinal Doğumda Anestezi Türü (n: 210)						
Anestezisiz (n: 14)	3333.93±321.79	3233.93±327.80	3089.29±386.47	-244.643	42.945	a>b>c (b-c: .013, diğerleri: .000)
Epidural (n: 196)	3413.85±385.11	3328.39±379.36	3209.89±360.39	-203.959 U: 1190.500 p: .408	1352.824	a>b>c
Sezaryen Doğumda Anestezi Türü (n: 512)						
Genel (n: 79)	3340.25±406.19	3227.47±396.74	3107.28±383.84	-246.808	3539.937	a>b>c
KSE (n: 433)	3445.07±372.86	3313.95±364.02	3198.26±347.47	-232.975 t: 2.213 p: .029	1031.653	a>b>c

KSE: Kombine Spinal Epidural Anestezi

Vajinal doğumda anestezi türüne göre;

Vajinal doğum yapanlarda anestezi uygulanmayan grupta doğum sonrası üçüncü günde doğum tartısına göre ağırlık kaybı 244.64 g, Epidural anestezi uygulanan grupta 203.96 g olarak bulundu. Her iki grubun üçüncü günde tartı kayıpları arasındaki fark Mann Whitney U testi ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>.05$, Tablo 9).

Sezaryen doğumda anestezi türüne göre;

Genel anestezi uygulanan grupta doğum sonrası üçüncü günde doğum tartısına göre ağırlık kaybı 246.81 g, KSE anestezi uygulanan grupta 232.98 g. Her iki grubun üçüncü günde tartı kayıpları arasındaki fark bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<.05$, Tablo 9) (ya da t: 2.213

p:029 Tablo 9). Annesi genel anestezi alan yenidoğanlarda tartı kaybı annesi KSE anestezi alan yenidoğanlara göre anlamlı olarak daha fazlaydı.

Tablo 10. Doğum sayısına ve doğum mevsimine göre postnatal günlerdeki tartı ortalamalarının karşılaştırılması (n: 722)

Özellikler	1.gün (Doğum Tartısı ^a) $\bar{X} \pm SS$	2. Gün Tartısı ^b $\bar{X} \pm SS$	3.Gün Tartısı ^c $\bar{X} \pm SS$	1-3.Gün Arası Tartı Farkı $\bar{X} \pm SS$	F	Anlamlı Fark
Doğum Sayısı						
1 (n: 451)	3435.76±392.64	3324.72±384.38	3203.79±367.79	-231.976	3594.386	a>b>c
2-4 Kez (n: 271)	3401.68±357.46	3277.12±348.53	3165.32±336.58	-236.358	1537.633	a>b>c
				t: .871 p: .384		
Mevsim						
İlkbahar (Mart-Nisan-Mayıs) (n:225)	3394.02±371.06	3277.33±365.55	3160.19±346.23	-233.836	1458.674	a>b>c
Yaz (Haziran-Temmuz-Ağustos) (n: 175)	3415.34±372.62	3298.34±361.75	3178.97±349.78	-236.371	894.708	a>b>c
Sonbahar (Eylül-Ekim-Kasım) (n: 165)	3448.00±380.80	3337.33±373.66	3218.30±359.70	-229.697	1413.881	a>b>c
Kış (Aralık-Ocak-Şubat) (n: 157)	3446.66±399.52	3326.62±389.33	3212.29±374.84	-234.369	1448.544	a>b>c
				F: .308 p: .820		

Doğum sayısına göre;

Bebekler annelerinin doğum sayısına göre gruplandırıldığında doğum tartısı ile doğum sonrası ikinci ve üçüncü günlerdeki tartı ortalamaları arasındaki fark tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldı.

İlk kez anne olan ve daha önce doğum yapan annelerin bebekleri iki ayrı grup olarak karşılaştırıldığında, birinci gruptaki bebeklerin doğum sonrası üçüncü günde doğum tartısına göre ağırlık kaybı 231.98 g, ikinci gruptaki bebeklerin ağırlık kaybı 236.36 g idi. İki gruptaki bebeklerin doğum sonrası üçüncü günde görülen toplam tartı kaybı ortalaması arasında fark bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında, anlamlı fark olmadığı saptandı (p>.05, Tablo 10).

Mevsimlere göre;

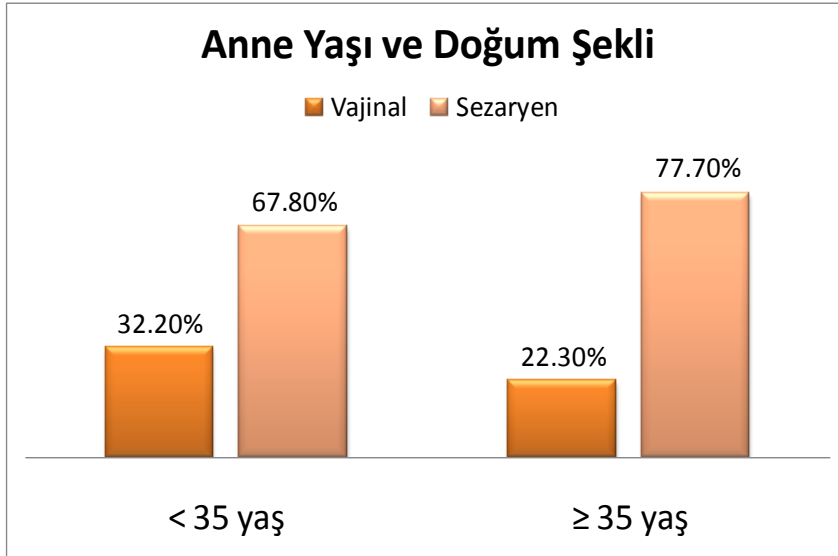
Bebekler doğumun gerçekleştiği mevsimlere göre gruplandırıldığında doğum tartısı ile doğum sonrası ikinci ve üçüncü günlerdeki tartı ortalamaları arasındaki fark tekrarlı ölçümlerde tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırılarak değerlendirildi. Mevsimlere göre bebeklerde doğum sonrası üçüncü günde doğum tartısına göre olan tartı kaybı ortalaması ilkbaharda doğanlarda 233.84 g, yazın doğanlarda 236.37 g, sonbaharda doğanlarda 229.70 g, kışın doğanlarda 234.37 g olarak bulundu. Mevsimlere göre bebeklerin doğum sonrası üçüncü günde görülen toplam tartı kaybı ortalaması arasındaki fark bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi ile karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>.05$).

Tablo 11. Anne yaşı ve postnatal tartı kaybı ortalamalarının karşılaştırılması

Anne yaşı	Doğum tartısı (1.gün) (g)	2. gün tartı (g)	3. gün tartı (g)	1-2 gün tartı farkı (g)	2-3 gün tartı farkı (g)	1-3 gün tartı farkı (g)	1-3 gün tartı farkı (%)
<35	3399.20 ± 371.22	3283.46±362.31	3167.14±349.8	-111.88±55.7	-116.32±47.2	-228.20±65.72	6.71±1.81
≥35	3498.41 ± 398.11	3353.73±387.62	3233.68±367	-125.61±59.8	-120.05±41.22	-245.66±63.45	7.05±1.6
P	.003	.018	.02	.003	>.05	.001	.015

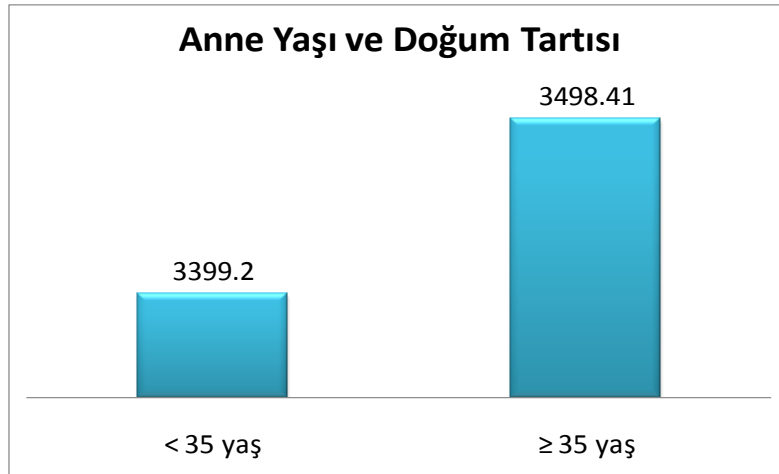
Otuz beş yaş ve üzeri anne bebeklerinde 35 yaş altı anne bebeklerine göre doğum sonrası 2. ve 3. gün tartı kaybının daha fazla olduğu saptandı ($p<.05$, Tablo 11). Otuz beş yaş ve üzeri anne bebeklerinin doğum sonrası 3. günde toplam tartı kaybı yüzde oranları da 35 yaş altı anne bebeklerine göre anlamlı yüksek bulundu ($p: 015$, Tablo 11).

Tablo 12. Anne yaşı ve doğum şekli arasındaki ilişki



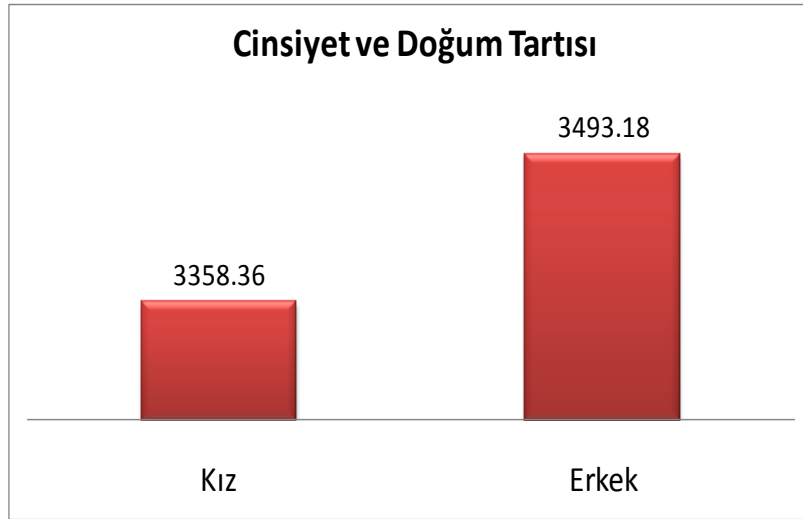
Anne yaşı ve doğum şekli arasındaki ilişkiye bakıldığında otuz beş yaş ve üzeri olan annelerin sezaryen oranının 35 yaş altı olan annelerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p < .05$, Tablo 12).

Tablo 13. Anne yaşı ve doğum tartısı arasındaki ilişki



Anne yaşı ve ortalama doğum tartısı arasındaki ilişkiye bakıldığında doğum tartısının otuz beş yaş ve üzeri olan anne bebeklerinin otuz beş yaş altı anne bebeklerine göre daha fazla olduğu saptandı ($p < .01$, Tablo 13).

Tablo 14. Cinsiyet ve doğum tartısı arasındaki ilişki



Yenidoğanların cinsiyet ve ortalama doğum tartısı arasındaki ilişkide ise erkek bebeklerin doğum tartısının kız bebeklerin doğum tartısına göre anlamlı olarak daha fazla olduğu saptandı ($p < .001$, Tablo 14).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, doğum sonrası ilk üç günde yenidoğan bebeklerin günlük tartı izlemleri yapıldı. Literatürde yenidoğan bir bebeğin bu dönemde ortalama % 5.7- % 6.6 tartı kaybı olduğu bildirilmişti (Macdonald el al 2003). Bu veri çalışmamızda elde ettiğimiz % 6.8 tartı kaybı sonucu ile uyumluydu.

Emzirme Tıp Akademisyenleri doğum tartısının %8-10'unu kaybeden sağlıklı bebeklerde anne sütüne ilave formula verilmesini önermektedir (<http://bfmed.org>, Erişim tarihi: 18 Haziran 2012). Çalışmamızda formula verilen 20 bebekten 17'sinde bu öneriye uyulurken sadece üç bebekte endikasyon dışı formula verildiği tespit edildi. Formula verilen bebeklerin %90'ı sezaryen ile doğan bebeklerdi. Ancak vaka sayısındaki azlık nedeniyle doğum şekli ve mama verilen bebekler arasındaki ilişki değerlendirilemedi.

Dewey ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada doğum sonrası tartı kaybı ile parite arasındaki ilişki incelendiğinde ilk günlerinde emzirme problemi yaşamalarından dolayı tartı kaybının primiparlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır ve bu durumun nedeni emzirme deneyimi eksikliği olarak belirtilmiştir. Çalışmamızda Dewey ve arkadaşlarının çalışmasından farklı olarak parite ile doğum sonrası tartı kaybı arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Bu bulgu ikinci hipotezimiz olan "Daha önce emzirme deneyimi olan anne bebekleri daha az tartı kaybeder" hipotezini desteklememektedir. Çalışmamızı yaptığımız hastanede, anne ve baba adaylarının doğum öncesi eğitim almalarının, ailelerin sosyokültürel düzeylerinin yüksek olmasının ve doğum sonrası emzirme danışmanlığı hizmetinin bireyselleşmiş bakım ile etkin verilmesinin bu sonucu doğurduğu düşünüldü.

Literatürde bazı çalışmalarda yenidoğan tartı kaybı ile doğum şekli arasında ilişki olmadığı saptanırken (Tayman ve ark 2010, Uras, Karadağ, Doğan, Tonbul ve Tatlı 2007), Okumuş ve ark (2009) doğum sonrası tartı kaybının doğum şekli ve anneye uygulanan anestezi çeşidine göre farklılık gösterdiğini bildirmiştir. Çalışmamızda, sezaryen ile doğan bebeklerde vajinal yolla doğan bebeklere göre ilk gün daha fazla tartı kaybı saptanırken, ikinci gün ile üçüncü gün arasındaki tartı kaybının doğum şeklinden

etkilenmediği görüldü. Toplam tartı kaybı ise, birinci hipotezimizle uyumlu olarak sezaryen grubunda anlamlı olarak daha fazla bulundu. Toplam tartı kaybına en çok doğum sonrası ilk gündeki tartı kaybı neden oldu. İlk günde görülen fazla tartı kaybı; sezaryene bağlı laktogenezis II'nin geç başlamasına, sezaryen sırasında uygulanan medikasyondan etkilenen yenidoğanın yetersiz emmesine ve annelerin ilk günde operasyon ağrılarına bağlı etkisiz emzirme davranışına bağlandı.

Bu çalışmada vajinal yolla doğum yapan annelerin anestezi alıp almamasının bebeklerin tartı kaybını etkilemediği, sezaryen ile doğan bebeklerde ise genel anestezi kullanımının kombine spinal epidural anesteziye göre daha fazla tartı kaybına yol açtığı görüldü. Bu sonuç Okumuş ve ark.nın (2009) sezaryen ile doğan bebekleri incelediği çalışmada epidural anestezi ile doğan bebeklerde genel anestezi kullanılan bebeklere göre daha fazla saptanan tartı kaybıyla çelişmektedir. Ancak Okumuş ve ark.nın (2009) çalışmasında epidural anestezi uygulanan anne adaylarına 2 litre sıvı yüklemesi uygulanmıştır. Bu durumda epidural anestezi alan annelerden doğan bebeklerde gözlenen artmış tartı kaybı, bu sıvı yüklemesi sonucu bebeğin vücudunda tutulabilecek fazla sıvının atılmasına bağlı olabilir.

Otuz beş yaş ve üstü anne bebeklerinin 35 yaş altı anne bebeklerine göre daha fazla tartı kaybettikleri saptandı. Aynı zamanda 35 yaş ve üzeri annelerde sezaryen oranı da yüksekti. Bu durumda 35 yaş üstü anne bebeklerinde görülen fazla tartı kaybının bu yaş grubunda saptanan artmış sezaryen oranına bağlı olduğu düşünüldü.

Dewey ve ark. (2003) yenidoğanlarda etkisiz emzirme ve %10'dan fazla tartı kaybı risk faktörlerini inceledikleri araştırmalarında doğum sonrası erken dönem tartı kaybı ile cinsiyet ve gebelik haftası arasında anlamlı ilişki saptamamıştır. Bu çalışmada da Dewey ve ark.nın (2003) çalışmasıyla benzer şekilde cinsiyet ve doğum haftasının yenidoğan fizyolojik tartı kaybına etkisi saptanmadı.

Çalışmamızda erkek bebeklerin kız bebeklerden daha tartılı doğduğu saptandı. Türk çocukları için cinsiyete özel referans değerlerine ulaşamamakla birlikte İngiliz

çocuklarında yapılan bir çalışmada bizim çalışmamızla uyumlu olarak erkek bebeklerin kız bebeklerden daha tartılı doğduğu gösterilmiştir (Rennie 2005).

Türk çocukları için intrauterin büyüme eğrisine bakıldığında gebelik haftası arttıkça doğum tartısının da arttığı görülmektedir (Ovalı 2007). Bu sonuç bulgularımızla da desteklenmiştir. Çalışmamızda gebelik haftası arttıkça doğum tartısının da arttığı görüldü.

Sonuç olarak çalışmamızda sezaryen ile doğumun bebeklerde doğum sonrası tartı kaybını arttıran en önemli faktör olduğu ve genel anestezi uygulamasının tartı kaybını daha da arttırdığı görüldü. Bu nedenle doğum şekli ve uygulanacak anestezi konusunda karar verilirken bu bulgu da dikkate alınmalıdır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1 Sonuç

1. Tüm yenidoğanlarda ilk 3 günde anlamlı tartı kaybı (%6.8) gözlemlendi.
2. Cinsiyetin, gebelik haftasının, doğum sayısının, mevsimsel farklılığın doğum sonrası ilk 3 günde yenidoğanlarda izlenen tartı kaybını etkilemediği görüldü.
3. Sezaryen ile doğan bebeklerin vajinal yolla doğan bebeklere göre ilk gün daha fazla tartı kaybettikleri gözlemlendi (-128.29±55.06 vs -86.43±51.77; p=0.000).
4. Üçüncü günde sezaryen grubundaki yenidoğanların toplam tartı kaybı vajinal doğum grubuna göre anlamlı olarak ileri düzeyde daha yüksek bulundu (p<.001).
5. Vajinal yolla doğum yapan annelerin anestezi alıp almaması bebeklerin tartı kaybını etkilemezken, sezaryen ile doğan ve annesi genel anestezi alan bebeklerde tartı kaybı, annesi kombine spinal epidural anestezi alan bebeklerle kıyaslandığında daha yüksek saptandı (-246.8 vs -232.97; p=0.029).
6. 35 yaş ve üstü annelerden doğan bebeklerin de ilk gün 35 yaş altı annelerden doğan bebeklere göre daha fazla tartı kaybettikleri saptandı (-125.61±59.8 vs -111.88±55.7; p=0.003).
7. 35 yaş ve üstü kadınlarda sezaryen oranı da anlamlı olarak daha yüksek saptandı (%77.7 vs %67.8; p=0.009) ve bu annelerden doğan bebeklerde gözlenen artmış tartı kaybı sezaryen ile doğuma bağlandı.
8. Doğum tartısı ortalaması ve anne yaşı arasındaki ilişkiye bakıldığında, 35 yaş altında olan annelerin bebeklerinin doğum tartısı 35 yaş ve üzerinde olan annelerin bebeklerinin doğum tartısından anlamlı olarak daha düşük olduğu saptandı (p<.01).
9. Doğum tartısı ortalaması ve cinsiyet arasındaki ilişkiye bakıldığında, erkek bebeklerin doğum tartısının kız bebeklerden ileri düzeyde anlamlı olarak daha fazla olduğu saptandı (p<.001).

6.2 Öneriler

Fizyolojik olarak fetüs annenin temel yapısına bağımlıdır. Doğumu izleyen periyotlarda yenidoğan bağımsız kendi sistemiyle yaşamını devam ettirir. Sağlıklı yenidoğanların annelerinin doğum esnasında aldıkları sıvıların artmış olması, yenidoğanın fizyolojik tartı kaybı ile birlikte ekstra diürez yaşıyor olabilirler. Tartı ölçüm zamanları arasında tutarsızlıklar olması yenidoğanın ciddi tartı kaybının belirlenmesinde tutarsızlıklara neden olabilir. Ciddi tartı kaybı yenidoğanın total tartısının % 10' nu olarak tanımlanırken herhangi bir 24 saatte % 5' ini kaybetmesi olarak da tanımlanabilir. Bütün tanımlamalarda 24 saatlik tartı takibinden bahsedilirken hastane yönetmeliği kapsamında günlük tartı takibi bu dilimlerde yapılmayabilir. Ağırlık ölçümünün doğruluğu; aynı araştırmacı tarafından, aynı tartıda, her sabah, ilk beslenmeden önce yapılırsa gerçekleşir (Savenije and Brand 2006).

Araştırmada; yenidoğanların tartı saat aralıkları belirli olmakla birlikte verilerde yenidoğan doğum saatine yer verilmemiş 24 saatlik dilimler dikkate alınmamıştır. Gelecek araştırmalarda 24 saatlik dilimler ve tartının belirli bir saatte yapılmasına dikkat edilebilir.

Araştırma doğum şeklinin yenidoğanın fizyolojik tartı kaybıyla ilişkisini belirlemek için yapılmış retrospektif, az çalışmalardan biridir. Araştırma sonucunda sezaryen doğumda genel anestezi altında doğurtulan yenidoğan grubunun diğer gruplara göre daha fazla tartı kaybı olduğuna dikkat çekilmiştir. İleriki çalışmalarda net sonuçlar için sadece sezaryen doğum üzerinde genel ve reyonel anestezinin yenidoğan tartı kaybına ilişkisi sebepleriyle incelenebilir.

Yenidoğanın doğum sonrası ilk günlerdeki tartı kaybı aşamaları ve bunu etkileyen faktörlerin tanımlanması yenidoğan bakımında gerekli bir bilgidir. Yenidoğanın beslenmesinden, tartı takibinden ve bakımından sorumlu yenidoğan hemşirelerine de bu faktörleri göz önünde bulundurarak etkin emzirme danışmanlığı vermeleri, emzirme döneminde anneyi desteklemeleri önerilir.

Yapılan alışmalar erken dönem yenidoğan tartı kaybının birçok nedenden etkilendiğini kanıtlamaktadır. Bu çalışmada da doğum sonrası tartı kaybının doğum Şekillerinden ve uygulanan anestezi türünden etkilendiği kanıtlanmıştır. Bu nedenle doğum Şekli ve uygulanacak anestezi konusunda karar verilirken bu bulgunun da göz önüne alınması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Abouleish E, Van Der Donck A, Meeuwis H, Taylor F. (1978). Effect of anaesthesia for delivery on the weight of infants during the first 5 days of life. *British Journal of Anaesthesia*, 50(6):569-574.
2. Bektaş E. (2008). Hastanemiz Gebe Polikliniğine Başvuran Gebelerde Normal Doğum ve Sezaryen Tercihi ve Nedenleri ile İlgili Anket Çalışması. T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. E Büyükbayrak).
3. Bystrova K, Widström AM, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Welles-Nyström B, Vorontsov I, Uvnäs-Moberg K. (2007). Early lactation performance in primiparous and multiparous women in relation to different maternity home practices. A randomised trial in St. Petersburg. *International Breastfeeding Journal*, 2(9):1-14.
4. Ceylantekin Y. (2006). Sezaryenle ve Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi ve Sonrası Tecrübe ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, (Danışman: Doç. Dr. M Yılmaz).
5. Chapman DJ, Pe´rez-Escamilla R. (1999). Identification of risk factors for delayed onset of lactation. *J Am Diet Assoc*, 99(4):450-454.
6. Chen DC, Nommsen-Rivers L, Dewey KG, Lonnerdal B. (1998). Stress during labor and delivery and early lactation performance. *Am J Clin Nutr*, 68(2):335-344.
7. Coşkun A, Karanisoğlu H. (1996). Normal Doğum Eylemi ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: *Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği*. Ed: Seçim H, 1. baskı, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, s.269.
8. Dağoğlu T, Samancı N. (2007). Sıvı ve Elektrolit Dengesi. İçinde: *Neonatoloji*. Eds: Dağoğlu T, Ovalı F, 2. baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s.181-192.
9. Demirok H. (2006). Epidural Anestezisinin Normal Doğum Üzerine Etkileri. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Antalya, (Danışman: Yrd. Doç Dr. K Kukul).
10. Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. (2003). Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics*, 112(3):607-619.

11. Güner T. (2007). Vajinal Yol ve Sezaryenla Doğum Yapan Adölesan Annelerin Postpartum Dönemde Kendilerinin ve Bebeklerinin Bakımında Yaşadıkları Sorunların Karşılaştırılması. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, (Danışman: Prof. Dr. A Çetin).
12. Gür E. (2007). Anne sütü ile beslenme. *Türk Ped Arş*, 42:11-15.
13. Hildebrandt H. (1999). Maternal perception of lactogenesis time: A clinical report. *Journal of Human Lactation*, 15(4):317-323.
14. Korkmaz HF. (2004). Elektif Sezeryanlarda Genel Anestezi veya Kombine Spinal Epidural Anestezinin Anne ve Yenidoğan Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. A Hancı).
15. Küçüköyük Ş. (1994). Yenidoğan ve Hastalıkları. Feryal Matbaası, Ankara, s.1-5.
16. Macdonald PD, Ross SR, Grant L, Young D. (2003). Neonatal weight loss in breast and formula fed infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 88(6):472-476.
17. Martens PJ, Romphf L. (2007). Factors associated with newborn in-hospital weight loss: Comparisons by feeding method, demographics and birthing procedures. *Journal of Human Lactation*, 23(3):233-241.
18. Mehaseb MK, Konje JC, Baloğlu A, Çetinkaya B. (2006). Placental Abnormalities. In: *Postpartum Hemorrhage*. Eds: B-Lynch C, Keith LG, Lalonde AB, Karoshi M, 1st ed, Sapiens Publishing, İngiltere, p: 76-89.
19. Neville MC, Morton J. (2001). Physiology and endocrine changes underlying human lactogenesis II. *Journal of Nutrition*, 131(11):3005-3008.
20. Noel-Weiss J, Courant G, Woodend AK. (2008). Physiological weight loss in the breastfed neonate: A systematic review. *Open Med*, 2(3):11-22.
21. Okumuş N, Önal E, Türkyılmaz C, Demirci S, Koç E, Atalay Y, Ergenekon E, Günaydın B. (2009). Doğum şekli ve anneye uygulanan anestezi tipinin doğum sonrası erken dönemde yenidoğanlarda görülen tartı kaybına etkileri. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 3(1):31-40.
22. Olguner Ş. (2007). Epidural Morfin Uygulamasını Takiben Epidural Hasta Kontrollü Bupivakain, Levobupivakain ve Ropivakainin Etkileri. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, (Danışman: Doç. Dr. H Ünlügenç).

23. Ovalı F. (2007). Büyüme ve Gelişme. İçinde: *Neonatoloji*. Eds: Dağoğlu T, Ovalı F, 2. baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s:1019.
24. Örs R. (2008). Sözlük Dergisi Yenidoğan Terimleri Sözlüğü. Ed: Yakıncı C, Logos Tıp Yayınları, İstanbul, s:19.
25. Purtuloğlu T. (2006). Elektif Sezeryan Uygulanan Olgularda Genel ve Rejyonel Anestezinin Yenidoğan Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması. T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Servis Şefliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
26. Purtuloğlu T, Özkan S, Teksöz E, Dere K, Şen H, Yen T, Dağı G. (2008). Elektif sezaryen uygulanan olgularda genel ve spinal anestezinin maternal ve fetal etkilerinin karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50(2):91-97.
27. Ransjö-Arvidson AB, Matthiesen AS, Lilja G, Nissen E, Widstrom AM, Uvnas-Moberg K. (2001). Maternal analgesia during labor disturbs newborn behavior: Effects on breastfeeding, temperature, and crying. *Birth*, 28(1):5-12.
28. Rennie JM. (Ed), (2005). Robertson's Textbook of Neonatology. 4th ed, Elsevier, England, p:1295.
29. Riley ET, Cohen SE, Rubenstein AJ, Flanagan B. (1995). Prevention of hypotension after spinal anesthesia for cesarian section: Six percent hetastarch versus lactated ringers solution. *Anesth Analg*, 81:838-842.
30. Rout CC, Rocke DA. (1994). Prevention of hypotension following spinal anesthesia for cesarian section. *Int Anesthesiol Clin*, 32:117-135.
31. Satar M, Özlü F. (2007). Erken dehidratasyon ve elektrolit denge bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci*, 3(33):23-27.
32. Savenije OEM, Brand PLP. (2006). Accuracy and precision of test weighing to assess milk intake in newborn infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 91:330-332.
33. Sayiner FD, Özerdoğan N. (2009). Doğal doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3):143-148.
34. Şahin NH. (2009). Seksio – Sezaryen yaygınlığı ve sonuçları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3):93-98.
35. SPSS Inc. (2011). SPSS for Windows. Version 19.00, Chicago.
36. Tayman C, Tonbul A, Aydemir S, Köşüş A, Tatlı M. (2010). Anne sütüne bağlı hipernatremik dehidratasyonun klinik bulguları ve tedavi önerileri. *Dicle Tıp Dergisi*, 37(3):254-262.

37. Uras N, Karadağ A, Doğan G, Tonbul A, Tatlı M. (2007). Moderate hypernatremic dehydration in newborn infants: Retrospective evaluation of 64 cases. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 20(6):449-452.
38. Vural G. (2000). Doğum Eylemi. İçinde: *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ed: Taşkın L, IV. baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, s:203.
39. Wiklund I, Norman M, Uvnas-Moberg K, Ransjö-Arvidson AB, Andolf E. (2009). Epidural analgesia: Breast-feeding success and related factors. *Midwifery*, 25:31-38.
40. Yalınkaya A, Güzel Aİ, Kangal K, Uysal E, Erdem S. (2009). Spinal ve genel anestezi uygulanan sezaryen doğumlarında kan değerlerinin karşılaştırılması. *Perinatoloji Dergisi*, 17(2):70-73.
41. Yıldızhan R, Yıldızhan B, Turan YB. (2008). Doğumda epidural analjezi. *Van Tıp Dergisi*, 15(4):116-119.
42. Yılmaz M, İsaoglu Ü, Kadanalı S. (2009). Kliniğimizde 2002-2007 yılları arasında sezaryen olan hastaların incelenmesi. *Marmara Medical Journal*, 22(2):104-110.
43. Yurdakök M, Erdem G. (2004). Yenidoğan Ölümleri. Alp Ofset Yayıncılık, Ankara, s.5.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Leyla Buket	Soyadı	Ölçü
Doğum Yeri	Kdz. Ereğli	Doğum Tarihi	01.05.1983
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	67375208042
E-mail	buketolcu@hotmail.com	Tel	0535 476 67 11

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2013
Lisans	Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu	2006

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Servis Sorumlu Hemşiresi	Amerikan Hastanesi	2012-halen
Ekip Lideri Hemşire	Amerikan Hastanesi	2010 - 2012
Hemşire	Amerikan Hastanesi	2006 - 2010

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	İyi	İyi

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Office Programları	Çok iyi

EK 1

30.03.2011

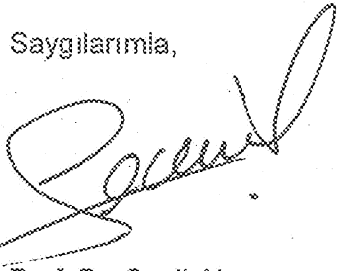
Sayı : B.30.2.MAR.042.72.00/489

Konu : Tez Çalışması

T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne ,

Enstitünüz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı Yüksek Lisans öğrencisi Leyla Buket Ölçü'nün "Yenidoğanda Doğum Şeklinin Fizyolojik Tartı Kaybına Etkisi" konulu tez çalışmasını hastanemizin Yenidoğan Servisinde yapabilmesi konusundaki izin isteğiniz uygun görülmüştür.

Saygılarımla,


Prof. Dr. Seçil Aksayan
Hemşirelik Hizmetleri Müdürü

MAR 2011
Tarih : 05. Nisan 2011
Sayı : 569

EK 2



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

PROJENİN ADI: Yeni Doğum Şeklinin Fizyolojik Tartı Kaybına Etkisi
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Yrd. Doç. Dr. Ayşe KARAKOÇ
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR: Leyla Buket ÖLÇÜ
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 18.06.2012 – 4

Sayın Yrd. Doç. Dr. Ayşe KARAKOÇ

91 protokol nolu “Yeni Doğum Şeklinin Fizyolojik Tartı Kaybına Etkisi” isimli projeniz Enstitümüzün Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Komisyon Başkanı

Doç. Dr. Serap ŞİRVANCI
Komisyon Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Serap AKYÜZ

Doç. Dr. Levant KABASAKAL

Prof. Dr. Aysel PEHLIVAN

Doç. Dr. Nefise BAHÇECİK

Doç. Dr. Oğuzhan DEYNELİ

Doç. Dr. Asifa CİNGİ

Doç. Dr. Emir AY

Yrd. Doç. Dr. Murat ÇEKİN

Yrd. Doç. Dr. Zübeyir SARI

Öğr. Gör. Dr. Tolga GÜVEN

