



Plasenta ve umbilikal kordon hakkında ebelere verilen eğitimin değerlendirilmesi

Öznur Tiryaki¹, Özlem Doğu², Taner Hafizoğlu³

¹Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Eğitim Koordinatörlüğü, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Sakarya

³Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, Sakarya

Özet

Amaç: Bu çalışma gebelere ve yenidoğana bakım veren ebelere, plasenta ve umbilikal kordon hakkında verilen interaktif eğitimin değerlendirilme amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Eğitim faaliyeti öncesinde ebeler interaktif sunum davetini kabul ettiler. Çalışmada katılımcıların tanıtıcı özelliklerini içeren bilgiler araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu ile toplandı. Katılımcıların konu ile ilgili bilgilerinin değerlendirilmesi araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan 24 soruluk soru formu kullanılarak yapıldı. Eğitim öncesi ön test uygulandı. Eğitimden 1 ve 3 ay sonra testin tekrarlanıp tekrarlanmayacağı konusunda katılımcılara bilgi verilmedi. Son test 1 ve 3 ay sonra tekrarlandı. İki grup bağımlı grupların ortalamalarının karşılaştırılmasında veriler parametrik özellikleri sağlamadığından Friedman testi, ikili grup karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Tüm veriler için istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alındı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen ebelerin yaş ortalaması 37.23 ± 6.19 (dağılım: 25–51), %52.9'u lisans mezunu, %88.2'si evli, toplam mesleki deneyim süresi 15.88 ± 6.90 ve aynı birimde ortalama 7.5 (dağılım: 1–26) yıldır görev yaptığı saptandı. Katılımcıların ön test puanı ortalaması 12.88 ± 2.15 , 1 ay sonraki son test puanı ortalaması 21.61 ± 1.75 ve 3 ay sonraki son test puanı ortalaması 23.23 ± 0.85 olarak bulundu.

Sonuç: Plasenta ve umbilikal kordon hakkında verilen interaktif katılımlı eğitim, ebelerin bilgi puanını yükseltmede olumlu yönde katkı sağlamaktadır. Kurumda hizmet içi eğitimlerde düzenli olarak tekrarlanması önerilebilir.

Anahtar sözcükler: Plasenta, umbilikal kordon, ebe, interaktif eğitim.

Abstract: Assessment of the training on placenta and umbilical cord given to midwives

Objective: The aim of this study was to assess the interactive training on placenta and umbilical cord given to midwives who provide care for pregnant women and newborns.

Methods: The midwives accepted the invitation for interactive presentation before the training. The introductory information of participants was collected by a questionnaire form prepared by researchers. Assessment of the knowledge of the participants on placenta and umbilical cord was performed by using a 24-question questionnaire form prepared by the researchers in accordance with the literature. A pre-test was conducted before the training. The participants were not informed whether the test would be repeated at first and third months after the training or not. The test was repeated 1 and 3 months later. Friedman test was used in the comparison of the mean values of more than two dependent groups as the data did not provide parametric characteristics, and Kruskal-Wallis test was used for the comparison of two groups. Statistically significant level was considered $p < 0.05$ for all the data.

Results: The mean age of midwives included in the study was 37.23 ± 6.19 (range: 25 to 51) years, 52.9% of them had bachelor's degree, 88.2% of them were married, their total experience in their profession was 15.88 ± 6.90 years and they were working in the same unit for 7.5 (range: 1 to 26) years. Of the participants, the mean pre-test score was 12.88 ± 2.15 , and mean final test scores 1 month and 3 months later were 21.61 ± 1.75 and 23.23 ± 0.85 , respectively.

Conclusion: Interactive training given on placenta and umbilical cord provides a positive contribution to increase the knowledge score of midwives. It may be suggested to repeat in-service trainings in the organization regularly.

Keywords: Placenta, umbilical cord, midwife, interactive training.

Yazışma adresi: Dr. Öznur Tiryaki, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Eğitim Koordinatörlüğü, Sakarya. e-posta: oznuritiryaki@gmail.com

Geliş tarihi: 08 Haziran 2017; **Kabul tarihi:** 07 Temmuz 2017

Bu yazının atfı künyesi: Tiryaki Ö, Doğu Ö, Hafizoğlu T. Assessment of the training on placenta and umbilical cord given to midwives. Perinatal Journal 2017;25(2):64–70.

Bu yazının çevrimiçi İngilizce sürümü:
www.perinataljournal.com/20170252005
doi:10.2399/prn.17.0252005
Karekod (Quick Response) Code:



Giriş

Plasenta ovulasyondan 13–15 gün sonra oluşmaya başlar. Plasentanın normal implantasyonu gebeliğin başarısı için gereklidir. Sitokinler, steroid hormonlar, immünolojik faktörler, prostaglandinler ve diğer bazı mediatörler başarılı plasentasyon için gereklidir.^[1] Plasenta fetüsün intrauterin gelişiminden sorumlu olan insan vücudundaki en büyük endokrin organdır.^[2] Doğum eyleminin üçüncü evresinde plasentanın doğumu gerçekleşir.^[3]

Tüm plasentalar klinisyen tarafından incelenmelidir. İncelemede membranların maternal yüzünün bütünlüğüne, retroplasental hematoma varlığına, kordonda hematoma ve membranöz damarlarda rüptür olup olmadığına bakılmalıdır. Plasentada 15–40 arasında kotiledon, 200'e kadar da lobül varlığı bildirilmektedir.^[4]

Gebelik süresince fetal gelişim için gerekli olan tüm maddeleri plasentadan fetüse transfer etme, atık maddeleri de yeniden plasentaya iletme görevini yerine getiren umbilikal kord,^[5] iki arter (damar duvarı kalın, iç ağzı dar, birbirine benzeyen iki damar) ve bir ven yapısından (iç ağzı geniş, damar duvarı ince) oluşur. Kıvrılmamış göbekte arterler saat 4 ve 7, ven ise saat 12 hizasında görülür.^[6]

Doğum anında plasentanın gözlem ile genel incelenmesinin yapılması gerekmektedir. Ebe ve hemşirelerin plasenta ve kordonda anormallik gördüğü an durumu hekime bildirmesi önem arz etmektedir. Bu nedenle kanıt temelli uygulamaların benimsenmesi konusunda ebe ve hemşirelerin bilinçlendirilmesi gereklidir.^[3,4] Bu doğrultuda çalışma; doğumhanede ve kadın doğum acilinde çalışan ebelerin plasenta ve göbük kordonu hakkındaki mevcut bilgi durumunu ve konu hakkında verilen eğitimin bilgi durumuna katkısını belirlemek amacıyla planlandı.

Yöntem

Çalışma 31 Eylül – 31 Aralık 2016 tarihleri arasında bir eğitim araştırma hastanesinin doğumhane ve doğum acil kliniklerinde çalışan ebelerin plasenta ve umbilikal kordon hakkında bilgi durumlarını değerlendirilmesi amacıyla tek gruplu ön test, tekrarlı son test tasarımı prospektif ve tanımlayıcı ilişki arayıcı tipte planlandı.

Araştırmada şu sorular yanıtlandı:

- Ebelerin plasenta ve umbilikal kordon hakkında bilgi durumu hangi düzeydedir?
- Ebelere yapılan eğitim sonrası 1. ve 3. ayda bilgi düzeyleri eğitim öncesine göre değişkenlik gösterir mi?

Araştırmanın evreni ve örnekleme

Araştırmanın evrenini Sakarya il merkezinde bulunan bir üniversite eğitim ve araştırma hastanesinin 2 kampüsünde bulunan ebelerin hepsi (n=34), örnekleme ise çalışmaya katılmaya gönüllü ve sözel olarak bilgilendirilmiş 34 ebe (katılım %100) oluşturdu.

Araştırmanın uygulanması

Gerekli kurumsal ve etik kurul izni alındıktan sonra veri toplanmaya başlandı. Araştırmaya dahil edilen ebelere, 10–11–13 kişilik gruplar halinde, 3 oturumda eğitim konusundan habersiz olarak ön test uygulanıp soruların cevaplarını içeren powerpoint sunum yapıldı. Çalışmadan 1 ay sonra ve 3 ay sonra aynı kişilere ulaşılarak ön testte kullanılan sorularla son test tekrar uygulandı. Çalışma gönüllü katılımcıların %100'nün (n=34) katılımı ile gerçekleştirildi. Araştırmacılar tarafından literatüre dayalı 24 sorudan oluşan soru formu ve kişileri tanımlayıcı demografik özellikleri içeren anket formu hazırlandı. Doğru yanıtlara "1", yanlış yanıtlara "0" puan verildi. Sorulara verilen cevaplar doğrultusunda puan ortalamaları elde edildi. Puanın yükselmesi bilgi durumunun arttığını gösterdi ve olumlu bir durum olarak değerlendirildi.

Veri toplama araçları

Veriler, demografik özellikleri içeren "Bilgi Formu" ve "Plasenta ve Umbilikal Kordon Bilgi Soruları Formu" ile yüz yüze görüşme tekniği uygulanarak toplandı (Ek).

Bilgi Formu; araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda geliştirilmiş olup, hemşirelerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu ve çalışma yılını belirlemeye yönelik bilgileri içermektedir.

Plasenta ve Umbilikal Kordon Bilgi Soruları Formu; plasenta anomalileri, doğumda plasenta çıkarma manevraları, umbilikal kordonun yapısı ve anomalileri, miad ve prematüre bebeklerde göbük kordonuna yaklaşım gibi konulara yönelik soruları içermektedir.

Verilerin analizi

Verilerin analizi SPSS 20.0 istatistik programı (SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) kullanıldı. Sayısal verilerde ortalama ve standart sapma ($ort \pm SS$), en düşük ve en yüksek değerler ifade edilirken, kategorik verilerde sayı ve yüzdelere bakıldı. Verilerin normal dağılımlarına Kolmogorov-Smirnov testi ile bakılmış olup, normal dağılım göstermediği görüldü. İki denli çok bağımlı grupların ortalama

malarının karşılaştırılmasında veriler parametrik özellikleri sağlamadığından Friedman testi, ikili grup karşılaştırmasında Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Tüm veriler için istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alındı.

Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırma örneklemini sadece Sakarya il merkezinde bulunan 2 hastane çalışanı ebeler oluşturdu. Bu nedenle araştırma sonuçlarının genellenemeyeceğini düşünüyoruz.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen hemşirelerin yaş ortalaması 37.23 ± 6.19 (dağılım: 25–51), %52.9 u lisans mezunu, %88.2'si evli, toplam mesleki deneyim süresi 15.88 ± 6.90 ve aynı birimde ortalama 7.5 (dağılım: 1–26) yıldır görev yaptığı görüldü (Tablo 1).

Ebelerin plasenta hakkındaki bilgilerini ölçmeye yönelik sorulardan plasentanın doğumu dördüncü evrede gerçekleşir sorusunu %70.6, plasentanın serviks ağzını kapatmasına ablasyo plasenta denir sorusunu %26.5, villuslar miyometriuma girmişse plasenta inkreata olarak tanımlanır sorusunu %73.5, rest plasenta uterin kontraksiyonlarını artırarak uterus involüsyonunu hızlandırır sorusunu %52.9 oranında yanlış bildikleri saptandı.

Umbilikal kordonun bir maternal bir de fetal yüzünün bulunduğu bilgisini %74.9, iki arter bir ven olduğu bilgisini %55.9, bir arter bir ven bulunmasının problem olmadığı yorumunu %38.2, mekonyumun göbek kordonunu boyamasının fetal distres göstergesi olduğu bilgisini %35.3, yenidoğan kan değişiminin göbekten yapıldığını %20.6, omfaloselin tanımını %52.9, gastroşizis tanımını %55.9 oranında yanlış yanıtladıkları belirlendi.

Göbek pelvis seviyesinde klemplenmeli bilgisini %35.3, göbek klempleme süresinin yaklaşık 30–60 saniye olması gerektiğini %35.3, problemsiz miad bebek doğumunda göbek kordonu bebeğe doğru sıvazlanmalı kuralını %14.7, prematüre bebek doğumunda ise göbek kordonu bebeğe doğru sıvazlanmalı kuralını %64.7, göbeğin doğumdan sonra düşme süresinin ortalama 7–10 gün olduğunu %91.2, miad ve prematüre bebeklerin göbek düşme süresi arasında fark olduğunu %35.3, kordon sarkmasında steril yaklaşımın gerekli olduğunu %35.3 oranında doğru yanıtladıkları görüldü.

Tablo 1. Katılımcıların demografik özellikleri.

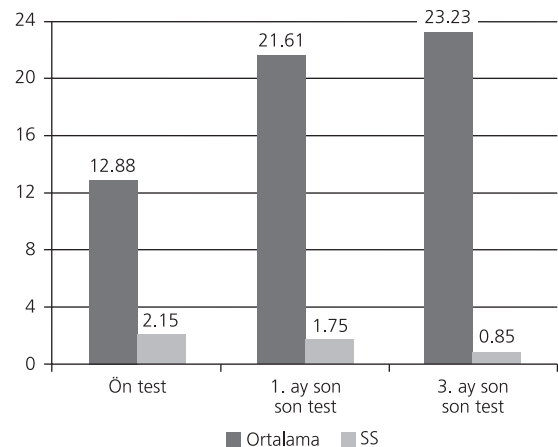
		n=34	%
Yaş		\bar{x} : 37.23 ± 6.1	
Medeni durum	Bekar	4	11.8
	Evli	30	88.2
Eğitim düzeyi	Lise/Önlisans	11	32.4
	Lisans	18	52.9
	Yüksek Lisans	5	14.7
Meslekteki çalışma süresi		\bar{x} : 15.88	

dü. Pregestasyonel diyabetli gebelerde *small for gestational age*'li (SGA) bebek olabileceğini ebelerin %44.1'inin, gestasyonel diyabetli gebelerde *large for gestational age*'li (LGA) bebek olabileceği ebelerin %91.2'sinin doğru yanıtladığı saptandı.

Katılımcıların ön test, 1. ayın ve 3. ayın sonunda yapılan son test bilgi puanlarında anlamlı artış olduğu belirlendi (Şekil 1).

Tablo 2'de verilen ebelerin 3 farklı zamanda ölçülen bilgi durumları arasında fark olup olmadığı Friedman testi ile değerlendirildi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görüldü ($\chi^2=65.786$, $p=0.000$).

Hangi gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görmek için Bonferroni düzeltilmiş Wilcoxon testi kullanıldı. Çalışmada 3 karşılaştırma olduğu için ikili karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi %95 güven ile $0.05/3=0.017$ değeri temel alındı.



Şekil 1. Üç farklı zamanda bilgi durumu puan ortalaması.

Tablo 2. Ebelerin 3 farklı zamanda bilgi durumunun karşılaştırılması (Friedman testi)

	n	Ort±SS	p; χ^2
Eğitim öncesi bilgi durumu		12.88±2.15	
Eğitimden 1 ay sonra bilgi durumu	34	21.61±1.75	<0.001; 65.786
Eğitimden 3 ay sonra bilgi durumu		23.23±0.85	

Tablo 3'e göre; katılımcıların eğitim öncesi puan ortalaması (12.88±2.15), eğitimden 1 ay sonraki puan ortalamasına göre (21.61±1.75) düşük bulunmuş olup; öncesi ve sonrası bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p<0.001). Çalışmaya dahil edilen bireylerin eğitim öncesi puan ortalaması (12.88±2.15), eğitimden 3 ay sonraki puan ortalamasına göre (23.23±0.85) düşük bulunmuş olup, öncesi ve sonrası bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p<0.001). Benzer şekilde eğitimden 1 ay sonraki puan ortalaması (21.61±1.75), eğitimden 3 ay sonraki puan ortalamasına göre (23.23±0.85) düşük bulunmuş olup; öncesi ve sonrası bilgi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p<0.001).

Tablo 4'te farklılıkların hangi yönde olduğunun belirlenmesi için çeyrekler arası genişlik verileri sunulmuş olup, buna göre bilgi puanı değeri ölçümler ilerledikçe arttığı görülmektedir.

Tartışma

Plasentanın yapı ve fonksiyonu gebelik sırasında ane, fetüs ve yenidoğanın sonraki hayatında önemlidir.^[7] Doğum sırasında bebeğin doğumu ile umbilikal kordun klemplenmesine kadar geçen sürede kanın plasentadan bebeğe transferi 'plasental transfüzyon' olarak tanımlanmaktadır. Prematüre anemisini önleme amacıyla tanımlanmış iki tür plasental transfüzyon yöntemi vardır. Bu yöntemler kordon klemplenmesinin geciktirilmesi (KKG) ve umbilikal kordon sağımıdır (UKS). Doğum sonrası KKG ile transfüzyon hacimleri çok farklılık göstermesine ve birçok çalışmada anlamlı yüksek hemoglobin değerleri elde edilememesine karşın prematüre bebeklerde plasental transfüzyon için KKG yönteminin uygulanması önerilmektedir. KKG yönteminin 24–32 hafta arası prematüre bebeklerde anlamlı bir hemoglobin veya hematokrit farkı oluşturmasa da, uygulanabilir olduğu, erken dönemde kan basıncında

Tablo 3. Ebelerin 3 farklı zamanda bilgi durumunun karşılaştırılması (Bonferroni düzeltilmiş Wilcoxon testi).

	Ort±SS	p*; Z
Eğitim öncesi bilgi durumu	12.88±2.15	<0.001; -5.098
Eğitimden 1 ay sonra bilgi durumu	21.61±1.75	
Eğitim öncesi bilgi durumu	12.88±2.15	<0.001; -5.102
Eğitimden 3 ay sonra bilgi durumu	23.23±0.85	
Eğitimden 1 ay sonra bilgi durumu	21.61±1.75	<0.001; -4.779
Eğitimden 3 ay sonra bilgi durumu	23.23±0.85	

düzelme sağladığı ve ileri dönemde intraventriküler kanama ve geç başlangıçlı sepsisten koruyucu olduğu gösterilmiştir.^[8]

Amerikan Pediatri Akademisi (APA), doğumda KKG uygulamasını önermekte olup^[9] her doğumda KKG uygulanmaması gerektiğini de bildirilmiştir. Yenidoğanın klinik durumu uygun değilse, acil resüsitasyon ihtiyacı varsa KKG yerine UKS önerilmektedir.^[10] Son yıllarda göbek bağlanmasının 2–3 dakikaya göre 30–45 saniye geciktirilmesinin benzer, daha iyi sonuçlar verebildiği yapılan çalışmalarla bildirilmiştir. Hemen resüsitasyon gerektiren durumlarda kordonun bebeğe doğru sağımı test edilmiş ve etkili bulunmuştur.^[11] Oliveira ve ark. 2500 g'dan küçük, 37 hafta altında doğan (n=555) prematürelere ile yaptıkları çalışmalarında 60. saniyede göbek klemplemesinin anemi riskini azalttığını vurgulamışlardır.^[12]

Tek arterin olması Potter sendromu gibi bazı anomalilere eşlik edebilir.^[13] Göbek kordonundaki ven ve arter sayısının doğumu yöneten ebe tarafından bilinmesi, bir arteri olan yenidoğanın erken tanınması gerekli tetkikler için pediatriste yönlendirmesi bebek açısından oldukça önemlidir.

Gebelik öncesindeki dönemde diyabet tanısı alanlar pregestasyonel, ilk kez gebelikte ortaya çıkan diyabet de gestasyonel diabetes mellitus olarak tanımlanır. Pregestasyonel diyabette prematüre ve SGA bebek doğum riski vardır. Gestasyonel diyabette ise LGA bebek için

Tablo 4. Ebelerin 3 farklı zamanda bilgi durumunun çeyrekler arası genişliği.

Ölçümler	Medyan	Çeyrekler arası genişlik
Öntest	13.000	3.25
1. ay test tekrar	22.000	2.25
3. ay test tekrar	23.000	1

kat daha fazladır.^[14-16] Ebelerin pregestasyonel ve gestasyonel diyabetli gebelik esnasında doğacak bebeğin özelliklerini bilmeleri riskli yenidoğanı tanımları açısından önemlidir.

Üçüncü evrenin aktif yönetiminin bir parçası olarak plasentanın doğmasına yardımcı olmak için iki basit girişim (manevra) uygulanmaktadır.^[17,18] Bu girişimler fundal basınç (Crede) ya da kontrollü olarak kordonun çekilmesidir (Brandt-Andrews). Crede manevrası, bir elin uterusun fundusuna yerleştirilmesini ve plasantanın ayrılmasına ve doğmasına yardımcı olmak için fundusun başparmak ve diğer parmaklar ile sıkıştırılmasını içermektedir. Brandt-Andrews manevrası, bir el alt abdomene yerleştirilerek umbilikal kordonun yukarıya doğru karşıt basınç sürdürülerek çekilmesini ya da kordon bir el ile hafif traksiyona alınırken diğer el ile simfizis pubis üzerinden uterusun yukarı doğru sıvazlanmasıdır.^[19] Manevralar ile tanımlarını eşleştirmede ebeler zorlanmış olup iki manevrayı doğru tanımlayanlar %41.2 oranında bulunmuştur.

Ablasyo plasenta, plasenta previa, plasenta yapışıklığı gibi anomalilerde gebelik süreç yönetimi antenatal bakım ile yönetilebilir.^[20,21] Gastroşizis ve omfalosel en sık (3/10.000) görülen fetal karın duvarı defektlerindedir. Gastroşizisde göbek bağının sağında nadiren de solunda olabilen açıklıktan bağırsaklar, bazen de karın içi diğer organlar dışarıya çıkabilir. Omfaloselde ise göbek kordonu içinde dışarıya doğru oluşan bir fitiklaşmış kesesi mevcuttur.^[22] Katımcıların yaklaşık yarısı bu anomalileri doğru tanımlayamamışlardır. Doğumda aktif rol oynayan ebelerin bu anomalileri bilmesi ve uygun yaklaşımda bulunabilmesi gerekir.

Yenidoğanın ilk dışkıyı mekonyum olarak adlandırılır ve doğumdan sonraki 24-48 saat içinde dışkılama beklenir.^[23] Plasental yetmezlik, preeklampsi, oligohidramniyos, annenin uyuşturucu kullanması gibi durumlarda intrauterin mekonyum çıkışı olabilir.^[24] Mekonyumla boyalı amniyotik sıvı normal gebeliklerin %5-24'ünde (ortalama %13) görülür (pretermde %5.1, termde %16.5, posttermde %27.1) ve olası bir fetal distress göstergesidir.^[25] Choi ve ark. yaptıkları çalışmada mekonyum boyalı doğan bebek oranını %10.6 (71/671) olarak bulmuşlardır.^[26] Mekonyum aspirasyonuna bağlı hava yollarında mekanik tıkanıklık, sürfaktanın inaktivasyonu ve pulmoner hipertansiyona bağlı solunum sıkıntısı sendromu oluşmaktadır.^[27] Bu bebeklerin 1/3'ünün entübasyon ihtiyacı olmaktadır.^[28] Doğumda anahtar rolü olan ebeler yenidoğan canlandırması, doğum salonunda bebeğin ilk

bakımı konusunda yeterli bilgiye sahip olmalı, süreci etkin ve hızlı başlatabilmelidir.

Sonuç

Çalışma ebelerin plasenta ve umbilikal kordon ile ilgili bilgilerinde yeterli olmadığı, bu nedenle gebelere ve yenidoğana bakım veren ebelerimizin bilgi olarak güçlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Mezuniyetten sonra da hizmet içi ve iş başı eğitimlerle mesleki bilgilerinin desteklenmeleri mümkündür. Alınan geri bildirimler sonucunda ebeler verilen eğitim ile rutin yaptıkları uygulamaları daha bilinçli yaptıklarını, var olan bilgilerinin güncellediklerini ifade edilmişlerdir. Bu tür eğitimlerin mesleki eksiklerin giderilmesi amacıyla kullanılabileceği sonucuna varılmıştır.

Çıkar Çakışması: Çıkar çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. Kahyaoğlu S, Çelen Ş, Kahyaoğlu İ, Mollamahmutoğlu L, Danışman N. Plasenta yapışma anomalileri: klinik yaklaşım ve yönetim. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2013;35:618-28.
2. Ardıç C, Arısoy R, Dönmez EE, Arıkan SA, Erdoğan E, Semih T. Placental and newborn birth weight in term pregnancy. Perinatal Journal 2013;23:144-50.
3. Güngör İ, Rathfisch GY, Güngör, İ. Normal doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evresinde kanıta dayalı uygulamalar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2009;11:56-65.
4. Demirhan B. Plasentanın klinik ve histopatolojik incelenme yöntemleri ve önemi. Perinatoloji Dergisi 1993;1:246-55.
5. Soğukpınar N, Saydam BK, Oktay Ak, Yücel Ü. Yenidoğanların göbek düşme süresi ve etkileyen etmenler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;16:1-7.
6. Bülbül A, Okan F. Yenidoğanda sık kullanılan invazif girişimler. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2008;42:1-9.
7. Erbil N, Toprak N, Açıkgöz Ö, Gelen S, Arık N. The relationship between maternal, placental and newborn parameters. Middle Black Sea Journal of Health Science 2015;1:11-8.
8. Alan S, Arsan S. Prematüre anemisi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2014;57:214-24.
9. Jaiswal P, Upadhyay A, Gothwal S, Chaudhary H, Tandon A. Comparison of umbilical cord milking and delayed cord clamping on cerebral blood flow in term neonates. Indian J Pediatr 2015;82:890-5.
10. Jaiswal P, Upadhyay A, Gothwal S, Sing D, Dubey K, Garg A, et al. Comparison of two types of intervention to enhance placental redistribution in term infants: randomized control trial. Eur J Pediatr 2015;174:1159-67.
11. Tarcan A. Prematüre anemisi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2010;53:298-304.

12. Oliveira Fde C, Assis KF, Martins MC, Prado MR, Ribeiro AQ, Sant'Ana LF, et al. Timing of clamping and factors associated with iron stores in full-term newborns. [Article in Portuguese] Rev Saude Publica 2014;48:1-8.
13. İlhan Ö, Özer EA, Alkan S, Akbayı S, Kanar B, Memur Ş, et al. Farklı anomalilerin eşlik ettiği Potter sendromlu bir yenidoğan olgusu. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi 2015;2:47-9.
14. Taşpınar B. Pregestasyonel ve gestasyonel diabetes mellitusda takip-tedavi protokollerimiz ve maternal-perinatal sonuçları. T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi, 2006.
15. Kc K, Shaky S, Zhang H. Gestational diabetes mellitus and macrosomia: a literature review. Ann Nutr Metab 2015;66 Suppl 2:14-20.
16. Alfadhli EM. Gestational diabetes mellitus. Saudi Med J 2015;36:399-406.
17. Rathfisch G. Doğumda rutin uygulamalar ve etkileri. I. Uluslararası ve II. Ulusal Ebelik Kongresi, 13-16 Ekim 2011, Safranbolu, Turkey.
18. Güngör İ, Rathfisch G. Normal doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evresinde kanıta dayalı uygulamalar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2009;2:56-65.
19. Erkıran AA. Spontan vajinal doğum ve sezaryen ile doğum yapan hastaların doğum öncesi ve doğum sonrası hematolojik değerlerinin kan kaybı açısından değerlendirilmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, 2009.
20. Dilek UK. Postpartum kanama: etyoloji ve risk faktörleri. Perinatoloji Dergisi 2011;19(Suppl 1):55-7.
21. Wills V, Abraham J, Rajeev A. Abruptio placenta: an analysis of risk factors and perinatal outcome. Academic Medical Journal of India 2015;3:18-24.
22. Prefumo F, Izzi C. Fetal abdominal wall defects. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2014;28:391-402.
23. Nasrin B, Mahmood S, Munmun SA, Haque MS, Nahar KN. Perinatal outcome associated with meconium stained amniotic fluid in pregnancy. Journal of Paediatric Surgeons of Bangladesh 2013;4:44-9.
24. Soni A, Vaishnav GD, Gohil J. Meconium stained amniotic fluid, its significance and obstetric outcome. Medicine Science 2015;4:1861-8.
25. Uslu S, Dursun M, Bülbül A. Mekonyum aspirasyon sendromu. Şişli Etfal Tıp Bülteni 2015;2:85-95.
26. Choi W, Jeong H, Choi SJ, Oh SY, Kim JS, Roh CR, et al. Risk factors differentiating mild/moderate from severe meconium aspiration syndrome in meconium-stained neonates. Obstet Gynecol Sci 2015;58:24-31.
27. Toptan HH, Karadağ N, Karatekin G. Mekonyum aspirasyon sendromu ve yaklaşımındaki yenilikler. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2016;47:3.
28. Karabayır N, Demirel A, Bayramoğlu E. Blood lactate level and meconium aspiration syndrome. Arch Gynecol Obstet 2015;291:849-53.

Ek. Soru formu ve bilgi formu

Soru Formu	
<i>Sayın katılımcı aşağıdaki sorular doğum odalarındaki uygulamalarımıza ışık tutacak ve uygulamalardaki teorik eksikliklerimizi görmemize yardımcı olacaktır. Sorulara bireysel cevap vererek elde edilen sonucun güvenilirliği ve geçerliliğine katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederiz.</i>	
1. Göbek kordonu term bebeklerde ortalama kaç günde kuruyup düşer işaretleyiniz.	A) 1-2 gün B) 2-3 günde C) 7-10 günde D) 10-15 günde
2. Term ve preterm bebeklerin göbek kordonunun düşme süresi arasında farklılık yoktur.	A) Doğru B) Yanlış
3. Göbek kordonunda 2 arter 1 ven bulunur.	A) Doğru B) Yanlış
4. Umbilikal kordon bir maternal bir de fetal yüzü vardır.	A) Doğru B) Yanlış
5. 1 arter 1 ven olarak doğan bebeklerde genelde bir sorun yaşanmaz; önemli olan iki farklı (arter ve ven) yapıdan en az birer tane olmasıdır.	A) Doğru B) Yanlış
6. Göbek klempleme süresi term bebekte ortalama ne kadardır?	A) 10-15 sn B) 15-30 sn C) 30-60 sn D) 90-120 sn
7. Göbek klemplenirken preterm bebeklerde kordon kanı bebeğe doğru sağılmalıdır.	A) Doğru B) Yanlış
8. Göbek klemplenirken term bebeklerde kordon kanı bebeğe doğru sağılmalıdır.	A) Doğru B) Yanlış

9. Aşağıdaki ifadelerden hangisi klempleme yapılmadan önce yapılması gereken bir durumdur?
A) Bebek anne pelvis seviyesinin altında tutularak bebekteki anemi önlenir.
B) Bebek anne pelvis seviyesinden yukarı tutularak annedeki anemi önlenir.
C) Bebek ile pelvis aynı seviyede tutulmalıdır.
D) Göbekteki kalp atımı durduktan sonra klempleme yapılmalıdır.
10. Göbek kordonunun mekonyumla boyalı olması fetal distres göstergesidir.
A) Doğru B) Yanlış
11. Plasentanın doğumu doğumun 4. evresinde gerçekleşir.
A) Doğru B) Yanlış
12. Ablasyo plasenta plasentanın serviks ağzını kapatmasıdır.
A) Doğru B) Yanlış
13. Villuslar miyometriuma girmişse plasenta inkreata olarak adlandırılır.
A) Doğru B) Yanlış
14. Hangisi karın duvarında, umbilikal kordonun fetüse giriş yerinde (fetüsün göbeğinde) oluşan genişlemeye bağlı olarak karın içi organların fıtıklaşmasıdır?
A) Omfalosel B) Gastroşizis C) Yaşlanmış plasenta D) Kısa plasenta
15. Hangisi bebeğin kordonunun hemen yan tarafındaki bir açıklıktan bağırsakların karın dışına çıkmasıdır.
A) Omfalosel B) Gastroşizis C) Yaşlanmış plasenta D) Plasenta akreta
16. Omfaloselli bebek kromozom anomalisi açısından değerlendirilmelidir.
A) Doğru B) Yanlış
17. Yenidoğanın kan değişimi transfüzyonu göbek kordonundan yapılır.
A) Doğru B) Yanlış
18. Kordon sarkmasındaki yanlış yaklaşımı işaretleyiniz.
A) Kordon pulsasyonunu kontrol et
B) Gebe eylemin safhasını belirle
C) Gebe eylemin ilk safhasında non-steril eldiven giyerek el vajinaya yerleştirilmeli ve kordon üzerindeki basıncı azaltmak için gelen kısım yukarı doğru itilip pelvisten uzaklaştırılmalıdır.
D) Gebe doğum eyleminin ikinci safhasında ise; doğum epizyotomi ve mümkün ise vakum ekstraksiyon veya forseps ile çabuklaştırılmalıdır.
19. Kordon sarkmasında kordon pulsasyon vermiyorsa fetüs ölüdür; gebe için en güvenli yol section ile doğum gerçekleştirilmesidir.
A) Doğru B) Yanlış
20. Plasentanın ayrılmasını ve doğmasını kolaylaştırmak için karındaki el uterin inversiyonu önlemek için uterin fundusta tutulurken, diğer el umbilikal kordu aşağı doğru çeker. Aşağıdakilerden hangisi bu manevranın tanımıdır?
A) Brandt-Andrews manevrası B) Crede manevrası
21. Plasentanın ayrılmasını ve doğmasını kolaylaştırmak için abdomendeki elle yukarı doğru traksiyon uygulanarak uterus korunur ve desteklenirken, alttaki elle kordon fiske edilir. Aşağıdakilerden hangisi bu manevranın tanımıdır?
A) Brandt-Andrews manevrası B) Crede manevrası
22. Rest plasenta uterin kontraksiyonları artırarak uterin involüsyonunu hızlandırır.
A) Doğru B) Yanlış
23. Gestasyonel diyabete bağlı doğan bebekler genelde makrozomik ve göbek kordonları kalındır.
A) Doğru B) Yanlış
24. Pregestasyonel diyabete bağlı doğan bebekler genelde SGA (*small gestasyonel age*) ve göbek kordonu incedir.
A) Doğru B) Yanlış

Bilgi Formu

1. Yaşınız: _____
2. Eğitim durumunuz: Lise /Önlisans Üniversite Lisansüstü
3. Unvanınız: Hemşire Ebe
4. Mesleğinizde kaçınıcı yılınız: _____
5. Şu an çalıştığınız kliniği belirtiniz: _____
6. Kaç yıldır bu klinikte çalışıyorsunuz? _____
7. Medeni durumunuz: Bekar Evli