

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
EBE-2021-0012

EBELERİNAMNİYOTOMİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞ VE
UYGULAMALARI

Pirozhan EKİN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM

AYDIN-2021

TEŞEKKÜR

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı'ndaki yüksek lisans eğitimimde bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım ve beni yetiştiren tez danışmanım Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile desteklerini her zaman yanımda hissettiğim ve bilim ışığı ile yolumu aydınlatan tüm Ebelik Anabilim Dalı hocalarıma,

Tez savunma komitesinde yer alarak görüş ve önerileri ile bu araştırmaya önemli katkılarda bulunan, tezime yol gösterici olan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM, Dr. Öğr. Üyesi Hale UYAR HAZAR ve Doç. Dr. Ummahan YÜCEL'e,

Araştırmaya katılmayı kabul edip, zaman ayıran, doğum Salonu'nda görev yapan çok değerli ebe meslektaşlarıma,

Bana her konuda destek olan, tez yazım sürecinde yanımda olan kardeşim Gülistan EKİN'e canım annem Nuran EKİN ve babam Hikmeddin EKİN'e, kardeşlerime ve dostlarıma teşekkür eder saygılarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
TEŞEKKÜR	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
Amniyotominin Tanımı ve Kullanımı	4
Amniyotik Membranların Fizyolojisi.....	5
Amniyotomi Uygulamasının Tarihçesi	5
Amniyotomi Uygulama Sırasında Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar	7
Amniyotomi Uygulama İşlemi	7
Amniyotomi Uygulayan Ebeğin Dikkat Etmesi Gereken Durumlar.....	10
Bishop Skoru	11
Amniotominin Doğum Süresine Etkisi ve Bu Konu İle İlgili Yapılan Çalışmalar	12
Amniyotomi uygulamasının kontrendikasyonları	16
Amniyotomi Riskleri	17
Fetal Riskler.....	17
Maternal Riskler	18
Ekonomik Riskler	19
Amniyotomi Uygulanan Gebelerde Umbilikal Kord Prolapsusu.....	19
Amniyotomi Uygulaması ile ilgili Kanıta Dayalı Yaklaşım	20

Ebelerin Amniyotomi Uygulaması ile ilgili Rol ve Sorumlulukları.....	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
Gereç.....	24
Araştırmanın Örneklemi	24
Çalışma grubu.....	24
Araştırmanın Yeri	25
Araştırmanın Zamanı.....	25
Veri Toplama Aracı	26
Ebelere Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu	26
Yarı Yapılandırılmış Görüş Belirleme Formu.....	26
Araştırmanın Güçlükleri	27
Yöntem	28
Araştırmanın Deseni	28
Araştırmaya Dâhil Etme Kriterleri	29
3.2. 3. Araştırmaya Dâhil Etmeme Kriterleri	29
Ön Uygulama.....	29
Verilerin Toplanması.....	29
Araştırma Etiği	30
Veri Analizi	30
İçerik Analizi	30
Nitel Araştırmanın Raporlaştırılması.....	32
Araştırmada Geçerlilik ve Güvenirlik	34
Araştırmada Geçerlilik	34
Araştırmada Güvenirlik	34
4. BULGULAR	36
Ebelerin Amniyotomi İle İlgili Görüşleri	36
Ebelerin Amniyotomi Uygulamaları	37

5. TARTIşMA.....	44
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	47
Sonuçlar.....	47
Öneriler.....	48
KAYNAKÇA	49
EKLER	56
BİLİMSEL ETİK BEYANI	68
ÖZGEÇMİş.....	69



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Kadın ve Doğum Jinekologlar Koleji)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization/WHO)
FKA	: Fetal Kalp Atımı
ICM	: International Confederation of Midwives (Uluslararası Ebeler Konfederasyonu)
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
NST	: Non-Stress Testi
NICE	: Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmellik Merkezi (National Institute Of Health And Clinical Excellence)

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Amniyotomi için kullanılan iki çeşit mabzaa (Zahrawi'nin cerrahi kitabından alınmıştır)	6
Şekil 2. Doğumda kullanılan cerrahi aletler (Zahrawi'nin cerrahi kitabından alınmıştır)	6
Şekil 3. Doğumda kullanılan farklı forsepsler (Zahrawi'nin cerrahi kitabından alınmıştır)	7
Şekil 4. Amniyotomi uygulama (https://images.app.goo.gl/akzcgj6y8yhs341w9)	10
Şekil 5. Amniyotomi uygulama (temel ebelik uygulamaları rehberler ve değerlendirmeler 2018)	19
Şekil 6. Geç deselerasyon (https://images.app.goo.gl/dwv82nhfqbyfsfptk8)	19
Şekil 7. Nitel verilerin çözümlenmesi ve raporlaşma süreci	33

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Bishop skörlama indeksi.....	12
Tablo 2. Burnet skörlama indeksi	12
Tablo 3. Ebelerin tanıtıcı özellikleri	25
Tablo 4. Araştırma zamanına ilişkin veriler.....	26
Tablo 5. Görüşmelere ilişkin veriler	27
Tablo 6. Nitel veri kodlama örneği	32
Tablo 7. Ebelerin amniyotomi ile ilgili görüşleri.....	36
Tablo 8. Ebelerin amniyotomi uygulama nedenleri.....	38
Tablo 9. Ebelerin amniyotomi ile ilgili dikkat ettiği durumlar	39
Tablo 10. Ebelerin amniyotomi sonrasında dikkat ettiği durumlar.....	41
Tablo 11. Ebelerin amniyotomi uygulaması ile ilgili onam alma ve yasal süreç ile karşılaşma durumu	42
Tablo 12. Ebelerin amniyotomi uygulaması ile ilgili güncel bilgileri kullanma durumu.....	43

ÖZET

EBELERİN AMNİYOTOMİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞ VE UYGULAMALARI

Ekin P. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2021.

Amaç: Bu araştırmanın amacı ebelerin, amniyotomi ile ilgili görüş ve uygulamalarını incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, nitel araştırma desenlerinden fenomenoloji desende, Aralık 2020 ve Haziran 2021 tarihleri arasında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı bir Şehir Hastanesi'nde doğum kliniğinde yapılmıştır. Çalışmaya amaçlı örnekleme yöntemi ile belirlenen 11 ebe dâhil edilmiştir. Veriler, tanıtıcı bilgi ve yarı yapılandırılmış görüşme formları ile yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılarak elde edilmiştir. Veriler, içerik analizi yöntemi kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan ebelerin, amniyotomi ile ilgili görüş ve uygulamaları altı tema ve 19 alt tema altında toplanmıştır. Bu temaların “amniyotomi ile ilgili görüşler”, “amniyotomi uygulama nedenleri”, “amniyotomi uygularken dikkat edilen durumlar”, “amniyotomi sonrasında dikkat edilen durumlar” “amniyotomi uygulaması ile ilgili onam ve yasal süreç” ve “amniyotomi ile ilgili güncel bilgileri kullanma durumu” olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Bu araştırmanın sonucunda, ebelerin bir kısmının amniyotominin, doğumu kısalttığı ve anne, bebek sağlığı için faydalı olduğunu için uygulanması gerektiğini düşünmektedir. Diğer grup ebeler ise, amniyotominin doğumun doğal sürecini bozduğu için uygulanmaması görüşündedirler. Ebelerin amniyotomiyi, literatürde yer alan bilgilerine göre, uygun şekilde uyguladıkları ve gebeye uygulamadan önce bilgi vererek sözel onam aldıkları, amniyotomi ile ilgili yasal süreç yaşamadıkları, sonuçlarına varılmıştır. Ebeler, intrapartum dönemde müdahaleden kaçınarak, müdahalesiz doğum yönetimine katkıda bulunabilirler.

Anahtar kelimeler: Amniyotomi, birinci evre, ebelik, doğum eylemi

ABSTRACT

Ekin P. Aydın Adnan Menderes University Institute of Health Sciences Midwifery Department Master Thesis, Aydın, 2021.

OPINIONS AND PRACTICES OF MIDWIVES ABOUT AMNIOTOMY

Objective: The aim of the research was to examine the opinions and practices of midwives about amniotomy.

Material and Metod: There research was conducted using the phenomenology pattern, aqualitative research design, between December 2020 and June 2021 at the maternity clinic of a City Hospital which is affiliated to the Istanbul Provincial Health Directorate. 11 midwives determined through the purposive sampling method were included in the study. Using semi-structured interview technique, the data for the research were collected with an introductory information formand semi-structured interview form. The data were analysedusing content analysis method.

Results: The opinions and practices of the midwives who participated in the research about amniotomy were gathered under six themes and 19 sub-themes. Themes were "opinions about amniotomy", "reasons for performing amniotomy", "conditions to be considered while performing amniotomy", "conditions to be considered after amniotomy", "consent and legal process related to amniotomy application" and "use of current information about amniotomy".

Conclusion: As a result of this research, some of the midwives think that amniotomy should be applied because it shortens the birth and is beneficial for mother and baby health. The other group of midwives are of the opinion that amniotomy should not be applied because it disrupts the natural process of birth. It was concluded that the midwives performed the amniotomy appropriately according to the information in the literature, and gave verbal consent to the pregnant woman before the application, and that they did not go through a legal process regarding the amniotomy. Midwives may contribute to non-invasive birth management by avoiding intervention during the intrapartum period.

Key Words: Amniotomy, First stage, Labor, Midwifery

1. GİRİŞ

Amniyotomi, doğum eylemini hızlandırmak amacı ile amniohook (amniyotik kanca) adı verilen, ucu kanca şeklinde uzun plastik bir aletle, servikalosdan girilerek amniotik membranın suni olarak açılmasıdır (Bricker ve Lucas, 2000). Amniyotomi, ülkemizde içinde yer aldığı gelişmekte olan birçok ülkede, hem doğum eylemini başlatmak hem de hızlandırmak amacı ile yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir (Cooley ve diğerleri, 2010; Karakoç ve diğerleri, 2020; Mozurkewich ve diğerleri, 2011). Dünya Sağlık Örgütü, 2018 yılında yayınladığı pozitif doğum deneyimi rehberinde amniyotominin, tek başına doğumu hızlandırmak amacıyla kullanılmasını önermemektedir (WHO, 2018). Ülkemizde T.C. Sağlık Bakanlığı, anne dostu hastane kriterleri kapsamında amniyotomi uygulamasını, doğum süresini kısaltmadığı ve rutin olarak uygulamasının bilimsel olarak kanıtlanmadığı için önermemektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018).

Yapılan çalışmalarda amniyotominin, doğum eyleminin süresini kısaltmak amacıyla tek başına kullanılabileceği gibi, oksitosin ile birlikte de kullanılabileceği bildirilmektedir (Cooley ve diğerleri, 2010; Mozurkewich ve diğerleri, 2011). WHO (2018), ve Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmellik Merkezi (NICE, 2008), amniyotominin, tek başına ya da oksitosin ve vaginal prostoglandin E2 kullanmak için, spesifik klinik nedenler olmadıkça ve özellikle uterin hiperstimülasyon riski var ise, doğumun indüksiyonunda birincil bir yöntem olarak kullanılmaması gerektiğini bildirmektedirler.

Amniyotomi uygulama gerekçeleri, uygulama sırasında dikkat edilmesi gereken durumlar ve uygulanmaması gereken durumların bilinmesi gerekmektedir. Serviksin durumu veya uygunluğu, amniyotomi için önemlidir. Amniyotominin yapılabilmesi için, serviksin değerlendirilmesi ve servikal olgunlaşma olmadan yapılmaması gerekir. Bishop tarafından 1964 yılında doğum indüksiyonu ve amniyotomi başarısını önceden tahmin etmede kullanılan kantitatif bir yöntem tanımlanmıştır. Bishop skoru olarak bilinen bu yöntem dilatasyon, efasman (silinme), seviye, kıvam ve serviksin pozisyonunu değerlendirir. Amniotominin, etkili olabilmesi için serviksde dilatasyonun 4 cm ve silinmenin% 80 serviksin yumuşak ve orta hatta (midpozisyon) ve fetaloksiputun 0 seviyesinde olması gerektiği kabul bildirilmektedir (WHO, 2018). Diğer yandan amniyotominin, kordon prolapsusu riski, erken doğum eylemi, bilinen HIV taşıyıcılığı, polihidroamnios ya da malprezantasyon, plesanta previa ve vasa previa durumlarında uygulanmaması gerekmektedir (Fraser ve diğerleri, 2009).

Amniyotomi yapılma kararı verildiğinde, gebeye uygulama ile ilgili gerekli ve yeterli bilginin verilmesi gerekmektedir. Gebelerden mümkünse yazılı onam alınmalıdır (Öztürk ve diğerleri, 2018). Amniyotomi uygulaması sırasında, yapılması gereken bir dizi işlem bulunmaktadır. Önce gebe monitörize edilmeli, uygulama öncesi ve sonrası fetal kalp atımları değerlendirilmeli ve kaydı yapılmalıdır. İşlem için gerekli malzemeler (steril eldiven, steril amnioper, underped, katajel) hazırlanmalı ve uygulama steril koşullarda yapılmalıdır (Öztürk ve diğerleri, 2018).

Amniyotomi ile ilgili yapılan araştırmalarda, daha çok amniyotominin doğum süresine, anne-bebek sağlığına ve doğum indüksiyonu ile birlikte uygulandığında doğuma etkisi incelenmiştir. Amniyotominin, doğum süresine etkisini inceleyen araştırmalardan bazılarında doğum süresine etkisinin olmadığı (Fraser ve diğerleri, 2009; Karakoç ve diğerleri, 2020), bazı çalışmalarda ise doğum eyleminin süresini kısalttığı sonuçları bildirilmiştir (Zandvakılı ve diğerleri, 2018). Retrospektif analiz yöntemiyle, yapılan bir vaka-kontrol araştırmasında amniyotominin, eylem süresi ve maternal-fetal sonuçları üzerine etkisi incelenmiştir. Bu araştırma için bir özel hastanenin üç aylık doğum sayısı alınmış toplamda 277 doğumda, 76 gebe amniyotomi uygulanan vaka grubu ile 76 gebe spontan takip edilen kontrol grubuna ayrılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda amniyotomin, doğum süresine anlamlı bir etkisinin ve yenidoğan sağlığı üzerinde olumsuz bir etkisinin olmadığı sonuçlarına varılmıştır. Ancak bu çalışmada, indüksiyon kullanımının annenin ve yenidoğanın hastanede kalış süresini ve laserasyon gelişimini artırdığı rapor edilmiştir (Karakoç ve diğerleri, 2020).

Cochrane Collaboration'ın 2013 yılında yayınladığı, 5583 kadın ve 15 çalışmanın dahil edildiği, parite ayrımı yapılmayan bir meta-analizde, amniyotomi uygulanan ve uygulanmayan gruplarda doğum süreleri incelenmiştir. Bu çalışmada, doğum eyleminin birinci devresi 1127 kadının verilerine dayalı olarak değerlendirilmiş ve amniyotomi grubunda 20.43 dakikalık kısalmanın olduğu, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği bildirilmiştir (Symth ve diğerleri, 2013). Amniyotominin, yenidoğan ve anne sağlığı üzerinde etkisini inceleyen diğer araştırmalarında da, en önemli risklerin kordon proloksusu, fetal kalp atım hızında yavaşlama ve intrauterin enfeksiyon olduğu bildirilmiştir (Brichker ve Lucas, 2000; Smyth ve diğerleri, 2013). Ayrıca amniotomi işlemi sırasında damarlarda oluşan travmaya bağlı olarak kanama da gelişebileceği bildirilmektedir (Smyth ve diğerleri, 2013).

Literatür incelendiğinde amniyotominin, rutin uygulanmamasına ilişkin güçlü kanıtlar bulunmasına rağmen, ülkemizde yaygın olarak kullanılmaktadır (Karaçam ve diğerleri, 2017;

Karakoç ve diğerkleri, 2020). Mevcut kanıtların aksine ÷lkemizde yaygın biçimde kullanılması, bu konudaki uygulamalarımızı ortaya çıkarabilecek daha fazla bilimsel bilgiye gereksinim olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, bu çalışmanın yapılmasına karar verilmiş ve ebelerin amniyotomi ile ilgili görüş ve uygulamalarının belirlenmesi hedeflenmiştir. Elde edilen bilgilerin, ebelerin amniyotomi uygulaması konusundaki klinik çalışmalarının geliştirilmesine ve ilgili literatüre katkı sağlaması beklenmektedir.

Amaç: Bu çalışma ebelerin, amniyotomi ile ilgili görüş ve uygulamalarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma sorusu:

- Ebelerin amniyotomi ile ilgili görüşleri nelerdir?
- Ebelerin amniyotomi uygulamaları nasıldır?

2. GENEL BİLGİLER

Amniyotominin Tanımı ve Kullanımı

Amniyotomi, doğum eylemini hızlandırmak amacı ile amniyotik membranların suni olarak açılması işlemidir (Taşkın, 2020). Amniyotominin etki mekanizmasının uygulama sonrasında prostoglandinlerin serbest kaldığı ve oksitosin seviyesinin arttığı düşünülmektedir (Karakoç ve diğerleri, 2020). Ayrıca amniyotominin bir diğer etki mekanizması ise uygulandıktan sonra, amniyotik mayinin boşalması ile fetal başın pelvis boyunca ilerlemesi ve servikal kanala daha etkili basınç oluşturması sonucunda kontraksiyonların artması esasına da dayanmaktadır (Taşkın, 2020). Travay ilerleme sürecinin yavaş olduğu düşünülen doğumlarda, amniyotomi uygulaması sonrası kontraksiyonların artacağı düşünüldüğünden aktif fazda doğumun, güçlendirilmesi ve uyarılması ile sürecin ilerlemesine destek olduğu kabul edilmektedir (Hanson, 2018). Amniyotomi, kontraksiyonları artırdığı ve doğum süresini kısalttığı düşünüldüğü için, indüksiyon yöntemi olarak kullanılmıştır (Cooley ve diğerleri, 2010; Rhoades ve Cahill, 2017). Amniyotominin, kontraksiyonları artırma ve doğum süresini kısaltmada yalnız kullanılabileceği gibi, oksitosin ile amniyotomi uygulamasının birlikte daha etkili olabileceği de savunulmaktadır (Bala ve diğerleri, 2018). Ancak amniyotominin tek başına indüksiyon yöntemi olarak kullanılmasına yönelik yeterli kanıt bulunmamaktadır (Bricher ve Lucas, 2000; Karakoç ve diğerleri, 2020).

Ülkemizde içinde bulunduğu gelişmekte olan birçok ülkede, doğum sırasında amniyotominin tek başına ya da indüksiyon ile birlikte en yaygın kullanılan yöntem olduğu rapor edilmektedir (Karakoç ve diğerleri, 2020; Mozurkewich ve diğerleri, 2011). Amniyotomin Türkiye’de uygulanma oranları ile ilgili bazı çalışmalardan elde edilen bilgilere göre Karaçam ve diğerleri (2012), yaptığı çalışmada amniyotomi uygulama oranını %78.3 olduğu saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada, amniyotominin kanıta dayalı olarak önerilmeyen uygulamaların arasında yer almasına rağmen, Türkiye’de uygulanma oranının %60 olduğu tespit edilmiştir (Karacam ve diğerleri, 2017). Pınar ve Karacam (2018), yaptığı başka bir çalışmada, amniyotomi uygulama oranının, %60 olduğu rapor edilmiştir. Dünyada amniyotomi uygulama oranlarına ilişkin yapılan çalışmalarda ise Batterbe ve diğerleri (2016), yaptığı çalışmada, amniyotomi uygulanma oranının %73,7 olduğunu saptanmıştır. Varvoutis ve diğerleri (2020), yaptığı çalışmada erken amniyotomi uygulama oranının %63.2 geç

amniyotomi uygulama oranının %89.3 olduğu rapor edilmiştir. Rhoades ve Cahill (2017), yaptıkları bir çalışmada doğum bilminde amniyotomi yaygın olarak uygulandığını ifade etmişlerdir.

Amniyotik Membranların Fizyolojisi

Amniyotomik membran, uterus içinde çift katlı bir zardan oluşur. Ve içindeki amnion sıvısı ile birlikte fetüsü korur, gelişimini kolaylaştırır (Deniz, 2007; Koyuncu ve diğerleri, 2016). Amnion kesesi, amnion olarak bilinen bir iç katman ve korion olarak bilinen dış katmandan oluşur. Amnion ve korion hücreleri anatomik olarak farklı kökenlidirler. Korion hücreleri, blastosistler oluştuktan hemen sonra, amnion ise yedi ve sekizinci günlerde embriyonun şekillenmiş dorsal yüzünde ortaya çıkarlar. Amniyotik boşluk, gebeliğin erken döneminde oluşmaya başlar, fetüsün üriner sisteminin gelişmesi ile mayi miktarı artar. Amnion kesesinin içindeki amnion sıvısı, berrak hafif sarı renkli ve alkali yapıdadır. Amnion sıvısının içinde albimün, sodyum, dökülmüş deri hücreleri ve fetal idrar bulunmaktadır. Amnion sıvısının miktarı, 16. gebelik haftasında 200 ml ve 24. gebelik haftasında 1000 ml. dir ve gebeliğin sonlarına doğru 500 ml'e kadar azalır (Koyuncu ve diğerleri, 2016). Bu çift katmanlı zar, gebelik boyunca erken membran rüptürü gibi bir durum gelişmediği sürece bozulmadan durur. Amnion zarı doğumdan önce veya doğum eyleminde spontan olarak açılabilir ya da amniotomi uygulanarak amnion sıvının boşalması sağlanır (Deniz, 2007; Koyuncu ve diğerleri, 2016).

Amniyotomi Uygulamasının Tarihçesi

Amniyotominin, ilk olarak 1733-1815 yıllarında Thomas Denman tarafından Birleşik Krallıktaki Middlesex hastanesinde uygulandığı bilinmektedir. Denman, doğum yönetimi sürecinde amniyotomi uygulanmasının, doğumu başlatmak ve hızlandırmak için gerekli olduğunu söylemiştir (Mozurkewich ve diğerleri 2011). Kreis'in 1928'de amniyotominin uzamış doğum eylemini önlediğini öne sürmesinden sonra amniyotomi, doğum bilminde en çok uygulanan işlem haline gelmiştir (Fraser ve diğerleri, 2009; Karakoç ve diğerleri, 2020).

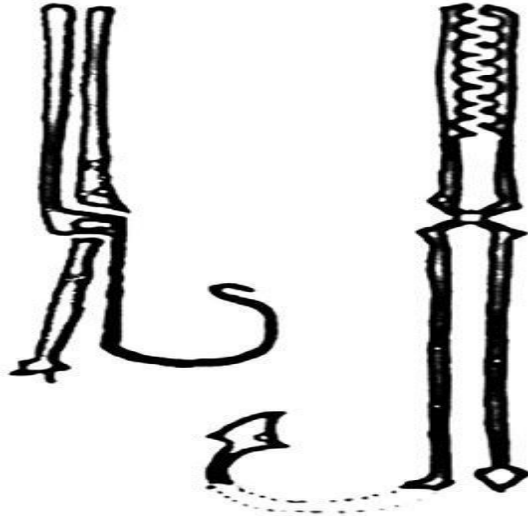
Vazani ve diğerleri (2021), ortaçağ İran'da amniyotominin erken tanımı adlı çalışmasında, temel Farsça tıp kitaplarını, pubmed, google scholar veri tabanlarını kullanarak

araştırma yapmıştır. Bu araştırmada, amniyotominin ilk olarak tanımının M.S. (980-1037) yıllarında, ortaçağ İran tıbbının en parlak döneminin yaşandığı altın çağ olarak adlandırılan dönemde, önemli ve başarılı doktor olan Avicenna tarafından yapıldığı ortaya çıkarılmıştır. Bu çalışmada, Avicenna'nın amniyotomiye başarılı biçimde uygulayan bir hekim olduğu ve doğumun hızlandırılması ve kontraksiyonların artırılması için rutin olarak yapılması gerektiğini savunduğu bildirilmektedir. Ancak yine bu çalışmada, fetal başın pelvise yerleşmesinden emin olunması gerektiği ve iğne ucu ya da mabzaa adı verilen cerrahi aletle (şekil 1) kontrollü açılması gerektiği ifade edilmiştir (Vazani ve diğerleri, 2021).

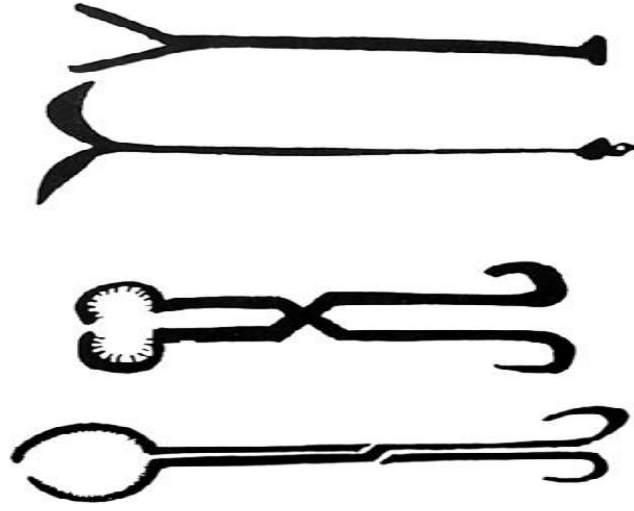


Şekil 1. Amniyotomi için kullanılan iki çeşit mabzaa (Zahrawi'nin cerrahi kitabından alınmıştır).

Vazani ve diğerleri (2021), bu eserlerinde Abu –al Qasim al –Zahmawi M.S. (936-1013) bu dönemin önemli hekimlerinden biri olduğunu ve El Tasvir adlı kitabında cerrahi aletleri tanıttığını (şekil 2), (şekil 3) ve amniyotomi uygulamasının doğum süresini kısalttığından dolayı yapılmasını önerdiğini rapor etmişlerdir.



Şekil 2. Doğumda kullanılan cerrahi aletler (Zahrawi'nin cerrahi kitabından alınmıştır).



Şekil 3. Doğumda kullanılan farklı forsepsler (Zahrawi'nin cerrahi kitabından alınmıştır).

Amniyotomi Uygulama Sırasında Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar

Amniyotomi Uygulama İşlemi

Amniyotomi, amniyotik membranları sıyırmak amaçlı, özel olarak yapılan, ucu kancalı amniyoper ile kolaylıkla uygulanan bir işlemdir (Şekil 4, Şekil 5). Ebe, amniyotomi uygulamadan önce vajinal muayene yaparak servikal açıklık, efasman ve fetal başın seviyesini değerlendirmelidir. Muayene bulguları uygunsa, amniyotomi uygulamalıdır (Hanson, 2018). Öztürk ve diğerleri (2018), tarafından hazırlanan Temel Ebelik Uygulamaları Rehberler ve Değerlendirmeler Kitabında, amniyotomiye ilişkin uygulama hazırlığı ve uygulanması şöyle açıklanmıştır.

1. Elleri yıkama,
2. Malzemeleri hazırlama,
3. Kullanılacak araç ve gereçler
 - ✓ Eldiven,
 - ✓ Elektronik fetal monitör,
 - ✓ Steril amnioper,
 - ✓ Under ped,
 - ✓ Katajel,
4. Gebeye ile tanışma,
5. Gebenin kimliğini doğrulama,

6. Gebeye yapılacak işlem hakkında yeterli ve gerekli bilgi sunma;

- ✓ Amniyotomi uygulamasının neden gerekli olduğu ve niçin uygulandığını,
- ✓ Amniyotominin uygulama zamanını, nerede ve nasıl uygulanacağı,
- ✓ Gebenin amniyotomi istememesi durumunda alternatif seçenekler sunma,
- ✓ Belirli koşullarda uygulanan amniyotominin faydaları, riskleri ve endikasyonlarını tartışma,

7. Yapılacak işlem için gebeden izin alma;

- Gebeye yapılacak işlemle ilgili soru sormaya ve seçenekler hakkında düşünmeye teşvik edilmeli,
- Gebenin verdiği her karar desteklenmeli,
- Gebeden uygulama için alınan onamın tartışılması ve kayıtlarda onama yer verilmeli,

8. Ellerin yıkama,

9. Gebenin mahremiyeti koruyarak uygun pozisyon verme,

10. İşlem sırasında gebeye iletişimi sürdürme,

11. Gebenin uygulamaya katılımını sağlama,

12. Gebeyi abdominal palpasyonun doğruluğunu sağlamak için mesanesini boşaltması için gebeye cesaretlendirme

13. Gebeye abdominal palpasyon uygulayarak aşağıdaki durumları saptama fetüsün;

- ✓ Duruş,
- ✓ Prezantasyon,
- ✓ Pozisyon,
- ✓ Angajman derecesi,

14. Amniyotomi uygulamadan önce doppler veya fetoskop ile fetal kalp atışlarını izleme, fetal kalp atımını, tarih ve saati belirterek kaydetme yüksek riskli gebeler için sürekli EFM uygulanarak fetal sağlık durumu hakkında belge oluşturma

15. Gebeye yarı yatar pozisyon vererek dizlerini yana doğru açma

16. Bir eldiven kullanarak mevcut pedi çıkarma ve atma

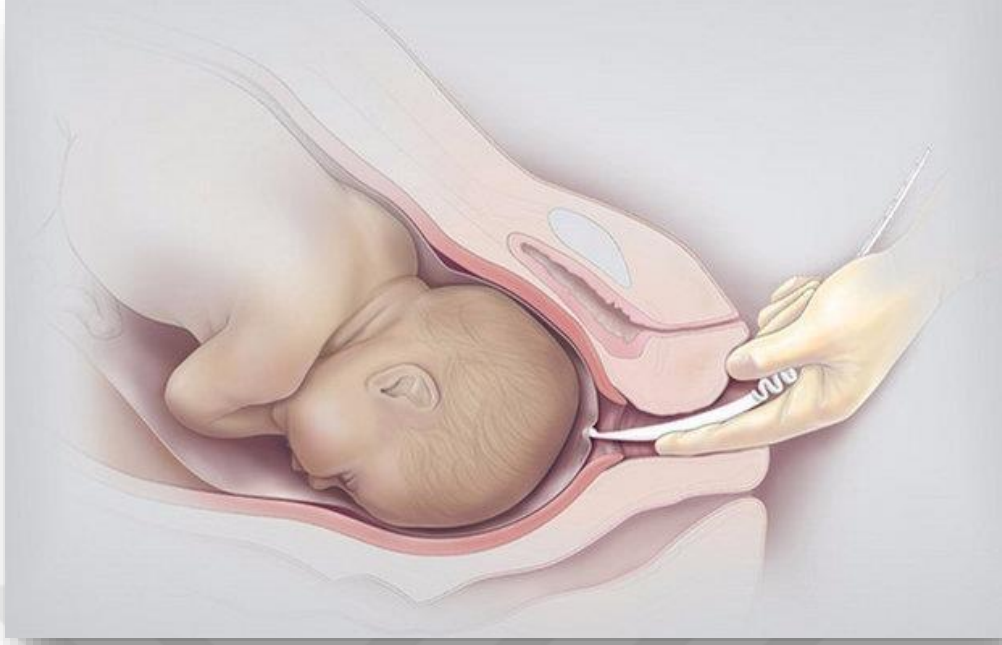


17. Gebenin perinesinin altına under pedi yerleştirme
18. Steril eldiven giyme
19. İlk iki parmağa katajel uygulayarak muayene yapma,

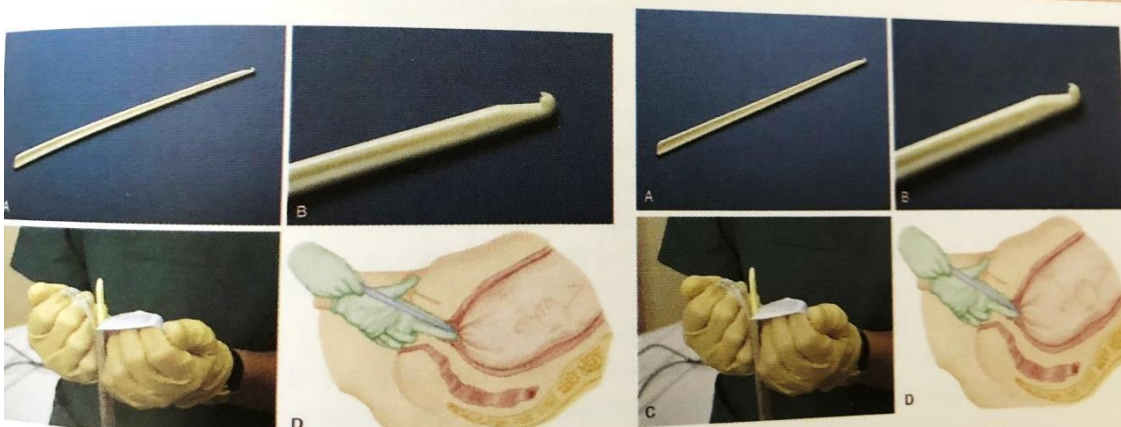
- ✓ Dış genital sistemi,
- ✓ Serviksin;
- Pozisyonu,
- Efesmanderecesi,
- Dilatasyonu,
- ✓ Zarın varlığını değerlendirme.

Bulgular normal ise vajinal muayene el kullanılarak vajinal duvar ile vajinal muayene yapılan el arasında amnioperi aşağıya bakacak şekilde dikkatlice kaydırma,

20. Kancayı zarlara karşı yerleştirerek amnioperi takma,
21. Amnioperi yavaşca bükerek zarları yırtmak,
22. Amniyotik sıvı dışarı sızarken amnioperi serviksten hafifçe tutarak çekme,
23. Serviks, fetüsün inişi pozisyon ve kordonu yeniden değerlendirme,
24. Verteks servikse yerleşene kadar parmakları çekmeme,
25. Fetal kalp atımlarını yeniden değerlendirerek kaydetme,
26. Hijyen, konfor ve enfeksiyona karşı önlem almak için gebeye yardımcı olmak,
27. Gebenin amniotik mayi rengi, miktarı, amniyotomi için endikasyonu ve işlem bulgularını kaydetme,
28. Gebenin sorularını cevaplama,
29. İşlemden sonra ellerini yıkama,
30. İşlem sonuçlarını mutlaka kaydetme.



Şekil 4. Amniyotomiuygulama (<https://images.app.goo.gl/AKzCGJ6y8YhS341w9>).



Şekil 5. Amniyotomiuygulama (Temel Ebelik Uygulamaları rehberler ve Değerlendirme 2018).

Amniyotomi Uygulayan Ebinin Dikkat Etmesi Gereken Durumlar

Ebelerin amniyotomi uygulama işlemine geçmeden önce, gebenin ve fetüsün genel durumunu değerlendirmeli, uygulamadan sonra gelişebilecek bazı durumları dikkat etmelidir. Bunlar (Karakoç ve diğerleri, 2020);

- Annenin genel durumu ve yaşam bulguları,
- Kanama kontrolü,
- Herhangi bir enfeksiyon belirtisinin olup olmadığı,
- Kord prolapsusu belirtileri,
- Fetal kalp atım izlemleri ve
- Amniyotik mayinin rengidir.

Bishop Skoru

Serviksin durumu veya uygunluğu, doğum eylemi indüksiyonu ve amniyotomi için önemlidir. Amniyotominin yapılabilmesi için, serviksin değerlendirilmesi ve servikal olgunlaşma olmadan yapılmaması gerekir. Doğum indüksiyonu ve amniyotomi başarısını önceden tahmin etmede kullanılan kantitatif bir metot olan Bishop skoru, Bishop tarafında 1964'de tanımlanmıştır. Bishop skorunda, servikal dilatasyon ve efasman, fetal baş seviyesi, serviks kıvamı ve serviksin pozisyonu değerlendirilir (Tablo 1). Burnett ise 1966 yılında, Bishop skora sistemindeki puanlamayı iki puana indirgeyerek revize etmek istemiştir (Tablo 2). Çoğu klinisyenler amniotominin başarılı olabilmesi için servikal dilatasyonun 4 cm, efasmanın% 80, serviksin yumuşak ve midpozisyonda ve fetaloksiputun 0 seviyesinde olması gerektiğini kabul etmektedirler (Gültekin ve diğerleri, 2016). Burnett skor değerlendirmesinin dokuz ya da üzerinde olduğunda tüm gebelerin doğurduğunu ve ortalama doğum sürelerinin iki saat olduğunu belirtilmiştir (Kandemir, 2005; Gültekin ve diğerleri, 2016).

Tablo 1. Bishop Skorlama İndeksi.

Skor	0	1	2
Serviks dilatasyonu (cm)	0	1–2	3–4
Servikal uzunluk (cm)	>3	1–3	<1
Serviks pozisyonu	Posterior	Orta	Anterior
Serviks yoğunluğu	Katı	Yumuşak	Yumuşak ve esnek
Fetal baş yerleşimi	-3	-2	-1 ila >0

Tablo 2. Burnett Skorlama İndeksi.

Skor	0	1	2
Servikal açılma	<1,5	1,5-3,0	>3
Servikal silinme	Silinmemiş	Orta	Silinmiş
Fetal başın düzeyi	-2	-1	0
Serviks kıvam	Sert	Orta	Yumuşak
Serviks pozisyonu	Arkada	Ortada	Önde

Amniotominin Doğum Süresine Etkisine Bu Konu ile İlgili Yapılan Çalışmalar

Literatürde, amniotomini ile ilgili yapılan bazı çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalardan birinde, O'Driscoll ve diğerleri (1984), amniyotomiyi doğum eyleminin aktif döneminde, eylemin kontrollü ve hızlı olmasını sağlamak için hem indüksiyon yöntemi olarak, hem de eyleme yardım amacı ile kullanıldığını bildirmişlerdir. Ancak, amniyotominin doğum süresini hızlandırarak kısalttığı ile ilgili literatür çelişkilidir. Amniyotominin doğum eyleminin ilk evresini kısalttığına ve sezaryen oranlarını düşürdüğüne dair yayınlar mevcut olduğu gibi, hiçbir fark olmadığını rapor eden yayınlarda mevcuttur ve bu sonuçlar ikilem oluşturmaktadır (Baylas ve Yapar, 2017; Erenel ve Çiçek, 2018).

Garite ve diğerlerinin (1993), yaptığı randomize kontrollü bir çalışmada, elektif amniyotominin fetal kalp atımı üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bu çalışmada, 235 kadına servikal açıklık 5.5 cm iken amniyotomi uygulanmış, 224 gebeye servikal açıklık 8 cm olana kadar amniyotomi uygulanmamıştır. Bu iki gruba ilişkin sonuçlar karşılaştırıldığında, elektif amniyotominin, aktif fazı kısalttığı ve oksitosine gereksinimi azalttığı bilgilerine ulaşıldığı rapor edilmiştir. Yine Barrett ve diğerlerinin (1992), randomize kontrollü yaptığı bir çalışmada, amniyotominin doğum süresi üzerinde etkisi incelenmiştir. Araştırmaya alınan, 362 gebeden 183 gebeye amniyotomi uygulanmış ve 179 gebe de spontan takip edilmiştir. Bu araştırmanın sonucunda iki grubun doğum süresi arasında fark olmadığı bildirilmiştir.

Cochrane’da yayınlanan, 14 randomize kontrollü çalışmanın dâhil edildiği bir sistematik derlemede toplam 8033 kadın ile ilgili sonuçlar sunulmuştur. Bu çalışmada erken amniyotomi ve erken oksitosin tedavisi ile geç birinci safha spontan doğumun rutin bakımı karşılaştırmıştır. Bu derlemede, erken amniyotomi ve indüksiyon uygulamasının doğumun ilerlemesi ve gecikmesini önlemede etkili olup olmadığı değerlendirilmiştir. Bu derlemenin sonucunda, erken amniyotomi uygulaması ve oksitosin tedavisinin, sezaryen oranını düşürdüğü, doğum süresini de kısmi olarak kısalttığı sonucuna varılmıştır (Wei ve diğerleri, 2013).

Cochrane’da yayınlanan, dokuz randomize kontrollü kohort çalışmanın dâhil edildiği diğer bir sistematik derlemede, toplam 4000 den fazla tekil gebenin sonuçları sunulmuştur. Bu çalışmada erken amniyotomi yapılan, geç amniyotomi yapılan ve spontan takip edilen gruplar karşılaştırılmıştır. Erken amniyotomi yapılan grubun doğum süresinin kısaldığı (<60 dakika) ve doğumda oksitosin kullanımının azaldığı tespit edilmiş, sezaryen oranlarında ve fetal distres oranlarında %26 artış izlenmiştir. Ayrıca erken amniyotomi ile yenidoğan sağlığı arasında herhangi birilişki bulunmamıştır (Fraser ve diğerleri, 2000).

Ülkemizde Zekai Tahir Burak kadın sağlığı eğitim ve araştırma hastanesi, Ağustos 2016 ve Kasım 2016 döneminde, amniyotominin eylem süresi, sezaryen oranları, maternal ve fetal sonuçlar üzerine etkisi incelemek amacıyla, prospektif randomize kontrollü bir çalışma yapılmıştır. Çalışmaya katılan tüm gebelere, iki saat ara ile vajinal muayenesi yapılmış, amniyotomi grubunda olan gebelere en az 4 cm iken amniyotomi yapılmış, tüm gebelerin 6 cm’e kadar olan süre 6 cm’den doğuma kadar geçen süre kaydedilmiştir. Travay süresince sezaryen olan gebelerin sezaryen endikasyonları kaydedilmiş, iki grupta da doğumun ilk 1 ve 5 dakikasında bebeklerin apgar skoru kaydedilmiştir. Sonuç olarak bu çalışmada amniyotominin, doğum eylemi süresini etkilemediği, sezaryen oranlarında artış ve annelerin hastanede yatış süresini uzattığı sonucuna varılarak, amniyotominin, rutin olarak yapılmaması önerisinde bulunulmuştur (Baylas ve Yapar, 2017).

Bir başka randomize kontrollü çalışmada, Bishop skoru altı ve daha fazla olan 150 gebe ile yapılmış ve oksitosin başlatılan gebelerde, erken ve geç amniyotominin sonuçları karşılaştırılmıştır. Bu gebelerin Bishop skoru altı puan olduktan sonra, çalışmaya alınan gebelerin yarısına oksitosin ile birlikte erken amniyotomi uygulanmış, diğer gruba 4-6 saat sonra geç amniyotomi uygulanmıştır. Bu çalışmanın sonucunda erken amniyotomi grubunun, doğum süresinin daha kısa, sezaryen oranının ise yüksek olduğu sonuçlarına ulaşıldığı bildirilmiştir (Bala ve diğerleri, 2018).

Battarbe ve diğerlerinin (2020), yaptığı retrospektif bir kohart çalışmasında, erken yapılan amniyotominin (servikal açıklık<4 cm) maternal, neonatal ve indüksiyon süresine olan etkisi incelenmiştir. Çalışmaya alınan, 37. gebelik haftasından büyük 228438 gebenin doğum yaptığı 19 Amerikan hastanesinin verileri incelenmiş ve kendiliğinden müdahale yapılmadan suları gelen gebeler çalışma dışına bırakılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda, ciddi maternal endikasyonların erken amniyotomi ile ilişkili olduğu ve özellikle sezaryen oranlarının maternal özelliklere göre artış gösterdiği sonucuna varılmıştır. Obez olan ve erken amniyotomi yapılan gebelerde sezaryen oranlarının daha yüksek olduğu rapor edilmiştir. Yine bu çalışmada erken amniyotominin neonatal morbidite ile ilişkili olmadığı ve özellikle obez olmayan gebelerde doğum süresini kısalttığı ve ilerlemeyen doğumlarda yararlı olabileceği rapor edilmiştir.

Levy ve diğerlerinin (2002), yaptığı prospektif randomize kontrollü bir çalışmada ise foley katater ile servikal olgunlaşma sağlandıktan sonra, erken ve geç amniyotomi uygulamasını karşılaştırmıştır. Bu çalışmada foley katater ile servikal olgunlaşma sağlandıktan sonra, birinci grupta erken amniyotomi ve ikinci grupta oksitosin ile kontraksiyonlar artırılarak geç amniyotomi yapılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda, grupların doğum süresi bakımından benzer olduğu, ancak erken amniyotomi grubunda sezaryen oranında önemli bir artışın olduğu rapor edilmiştir.

Ghafarzadeh ve diğerlerinin (2015), yaptığı randomize kontrollü bir çalışmada, nullipar gebelerde erken amniyotominin, distosi ve sezaryen doğumları üzerinde etkisi incelenmiştir. Bu çalışmaya 300 nullipar gebe alınmış, 150 gebeye erken amniyotomi grubu, diğer 150 gebe spontan takip edilen grup olarak belirlenmiştir. Grupların seçimi rastgele yapılmıştır. Erken amniyotomi seçilen grupta servikal dilatasyon 4 cm'den önce amniyotomi yapılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda erken amniyotomi uygulamasının, distosi riski ve sezaryen doğum ile arasında düşük bir ilişki bulunmuş, erken amniyotominin doğumda distosiyi önlediği ve sezaryen doğum oranlarını azalttığı rapor edilmiştir.

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2018 yılında yapılan prospektif randomize kontrollü bir çalışmada, dinoprostion ile olgunlaşan serviksten sonra erken amniyotominin, 24 saat içinde doğum süresi ve sayısı üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bu çalışma için 37 haftadan büyük, 200 gebe seçilmiş, bir gruba erken amniyotomi diğer gruba ise membranların spontan açılması beklenmiştir. Gruplar rastgele seçilmiş olup, erken amniyotomi grubuna servikal dilatasyon 3cm olunca amniyotomi yapılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda erken amniyotominin, doğum süresini kısalttığı ve

sezaryen oranlarında artış olmadığı için etkili ve güvenli bir yol olduğu belirtilmiştir (Bostancı ve diğerleri, 2018).

Alfireviç ve diğerleri (2016), yaptığı sistematik bir derlemede, 611 çalışmanın sonuçları incelenmiştir. Bu çalışmada, erken amniyotomi ve oksitosin kullanımının doğum süresi üzerinde etkisini ortaya çıkarmak amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda, erken amniyotomi ve oksitosin kullanımının doğum süresini kısalttığı ve güvenli bir yöntem olduğu rapor edilmiştir.

Jhothi ve Shakunthala'nın 2019 yılında amniyotomi ve oksitosin infüzyonunun doğum süresine etkisini karşılaştırmak için randomize olmayan karşılaştırılmalı bir çalışma yapılmıştır. Bu çalışma da ilk gebeliği olan 200 gebe alınmış. Araştırmaya alınan 100 gebe çalışma grubu, diğer 100 gebe de kontrol grubu olarak belirlenmiştir. Çalışma grubunda olan gebelere, servikal dilatasyon 3-4 cm olduktan sonra, amniyotomi uygulaması ile birlikte oksitosin infüzyonu başlatılmış ve saat başı dozu artırılmıştır. Kontrol grubuna ise sadece amniyotomi yapılmış. Çalışmanın sonucunda, oksitosin ve amniyotomi yapılan çalışma grubunun doğum süresi, kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak kısaldığı, fetal ve maternal sağlık bakımında gruplar arasında bir fark olmadığı sonucuna varılmıştır. Amniyotomi ve oksitosin kombinasyonunu herhangi bir yan etkisi olmadığı rapor edilmiştir (Jhothi ve Shakunthala, 2019).

De Vivo ve diğerleri (2020), dört randomize kontrollü çalışmanın dâhil edildiği sistematik derleme ve metaanaliz çalışmasında, toplam 1273 gebenin doğum sonuçları sunulmuştur. Bu çalışmada, servikal olgunlaşmadan sonra yapılan, erken ve geç amniyotomi ile spontan açılan membranların, sezaryen oranlarına ve doğum süresine etkisini incelemiştir. Foley katater ya da prostoglandinlerle servikal olgunlaşma sağlandıktan sonra, bir gruba erken amniyotomi, diğer gruba geç amniyotomi ve bir gruba da herhangi bir müdahale edilmemiştir. Sonuç olarak bu çalışmada erken amniyotomi uygulanan grup ile diğer gruplar arasında sezaryen oranları bakımından fark olmadığı, doğum süresinin ise erken amniyotomi grubunda daha kısa olduğu belirtilmiştir.

Benzer bir diğer araştırmada, tekil gebeliği olan 546 kadına foley katater ile servikal olgunlaşma sağlandıktan sonra, bir saat içerisinde erken amniyotomi yapılmış ve kontrol grubunun sonuçları ile karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak foley katater ile servikal olgunlaşma sağlanan kadınlarda, erken amniyotominin doğum süresini kısalttığı sonucuna varılmıştır (Battarbee ve diğerleri, 2016)

Doğum eyleminde indüksiyonu uygulanan kadınlarda, erken amniyotominin rolünü incelemek için yapılan bir sistematik derleme ve meta-analizde, yedi randomize kontrollü çalışmada yer alan 1775 gebenin doğum sonuçları sunulmuştur. Çalışmada incelenen 884 nullipar gebeye erken amniyotomi ve 891 gebeye de geç amniyotomi yapılmıştır. Bu çalışmada indüklenmiş ve erken amniyotomi yapılan grubun, doğum süresinin geç amniyotomi grubuna göre daha kısa olduğu, sezaryen doğum ve enfeksiyon gelişimi bakımından herhangi bir fark olmadığı rapor edilmiştir (Kim ve diğerleri, 2019).

Battarbee ve diğerleri (2020), yaptığı retrospektif bir kohort çalışmasında 2014 ve 2017 yılları arasında indüksiyon uygulanan 2081 gebenin doğum sonuçları incelenmiştir. Bu çalışmada, doğum indüksiyonu uygulanan doğumlarda gecikmiş amniyotominin olumsuz doğum sonuçları ile ilişkili olup olmadığını değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan 1125 gebeye doğum indüksiyonundan sekiz saat sonra gecikmiş amniyotomi uygulandığı bildirilmiştir. Bu çalışmada doğum indüksiyonu uygulanan doğumlarda gecikmiş amniyotominin sezaryen oranını artırdığı ve bu nedenle gecikmiş amniyotomiden kaçınılması gerektiği önerinde bulunulmuştur.

Pasko ve diğerleri (2020), yaptığı bir retrospektif kohort çalışmada indüksiyon uygulanan obez gebelerde erken amniyotominin doğum sonuçları değerlendirilmiştir. Bu çalışmanın sonucunda erken amniyotomi uygulanan obez gebelerde sezaryen oranlarının yüksek olduğu, ancak neonatal ve maternal morbitide sonuçların benzer olduğu sonucuna varılmıştır.

Zandvakılı ve diğerleri (2019), yaptığı randomize kontrollü bir çalışmada da erken amniyotominin doğum süresi üzerine etkisi incelenmiştir. Bu çalışmaya alınan 153 gebenin 78'ne erken amniyotomi ve geri kalanlara geç amniyotomi yapılmış. Bu çalışmanın sonucunda, erken amniyotomi grubunda önemli herhangi bir maternal ve neonatal komplikasyonlar olmadığı ve doğum süresinin kısaldığı rapor edilmiştir.

Ruamsap ve panichkul (2017), 120 gebe ile yaptığı bir diğer randomize kontrollü çalışmada, erken ve geç amniyotominin doğumun süresine, sezaryen sıklığına, doğum sırasında oral analjezik kullanım oranına etkisi karşılaştırılmıştır. Çalışmada gebelerin yarısına erken amniyotomi ve diğer gruba geç amniyotomi uygulanmıştır. Bu çalışmanın sonucunda iki grup arasında doğum süresi bakımından fark olmadığı, erken amniyotomi uygulanan grupta, istatistiksel olarak sezaryen oranı ve analjezik kullanım oranının %43.3 olduğu sonucuna varılmıştır.

Amniyotomi Uygulamasının Kontrendikasyonları

Amniyotominin bazı durumlarda uygulamaması gerekmektedir. Bunlar; vasa previa, plasenta previa, polihidroamnios, erken doğum eylemi, HIV taşıyıcılığı, kord yerleşme şüphesi, malprezantasyon bozukluğu, fetal başın mobil ya da yüksekte olma durumu (kord prolapsusu olma ihtimali yüksek olduğundan yapılmamalıdır), doğumun aktif fazda olmaması ve gebenin müdahaleyi reddetmesidir (Öztürk ve diğerleri, 2018).

Amniyotomi Riskleri

Amniyotomi rutin olarak uygulaması, anne ve bebek için bazı sorunlara neden olabilmektedir. Bu risklermaternal, fetal olarak sınıflandırılmaktadır. Bunlar;

Fetal Riskler

Amniyotomi ile ilgili gelişebilen bazı durumlar yenidoğan sağlığını olumsuz etkileyebilir. Amniyotomi, rutin olarak uygulandığında kord prolapsusu, fetal kalp atım hızında yavaşlama ve intraüterin enfeksiyon gibi yenidoğan sağlığını olumsuz etkileyebilecek bazı durumlar ile karşılaşılabilir (Gezginç ve diğerleri, 2012). Amniyotominin esas dezavantajları eylemin başlamasına kadar geçecek sürenin bilinmemesi ve amniyotomi yapıldıktan sonra doğum süresinin uzamasıdır. Membranların açılması, vajinadan uterus boşluğuna kadar artan enfeksiyona neden olduğundan, intra-amniyotik enfeksiyonların gelişmesine neden olabildiği rapor edilmiştir (Gezginç ve diğerleri, 2012). Amniyotomi yapıldıktan sonra, doğum süresinin uzaması, amniyotik içi enfeksiyonlar veya koryoamniyonit gibi durumlar önemli maternal ve fetal morbiditeye yol açabilir (Ray ve Ray, 2014). Amniyotomi doğum süresini kısaltmak amacıyla yapıldığı ve bazen de indüksiyon yerine ya da birlikte kullanıldığı için enfeksiyonla bir bağlantısı olmayabilir. Ancak amniyotomin yenidoğan sağlığı üzerinde etkisini inceleyen bazı çalışmalarda ise doğum süresini kısaltmak amacıyla uygulanan amniyotominin, bebek sağlığı açısından risklerinin olduğunu ortaya koymuştur. Bu risklerin en önemlisinin kord prolapsusu olduğu rapor edilmiştir (Hofmery, 2005; Majeedn ve Tariq, 2013). Ayrıca umbilikal kord basısına bağlı

ciddi değişken deselerasyonlar görüldüğü tespit edilmiştir (Hanson, 2018). Bu deselerasyonlar geç deselerasyon (Şekil 6) veya erken deselerasyonlar (Şekil 7) olabilir.

Amniyotomin fetal risklerini şöyle sıralamaktadır (Symth ve diğerleri, 2013);

- Bebeğin yenidoğan ünitesine yatışına neden olabilir,
- Suboptimal veya anormal fetal kalp izlenimi bulguları oluşturabilir,
- Mekonyum aspirasyon sendromudur.

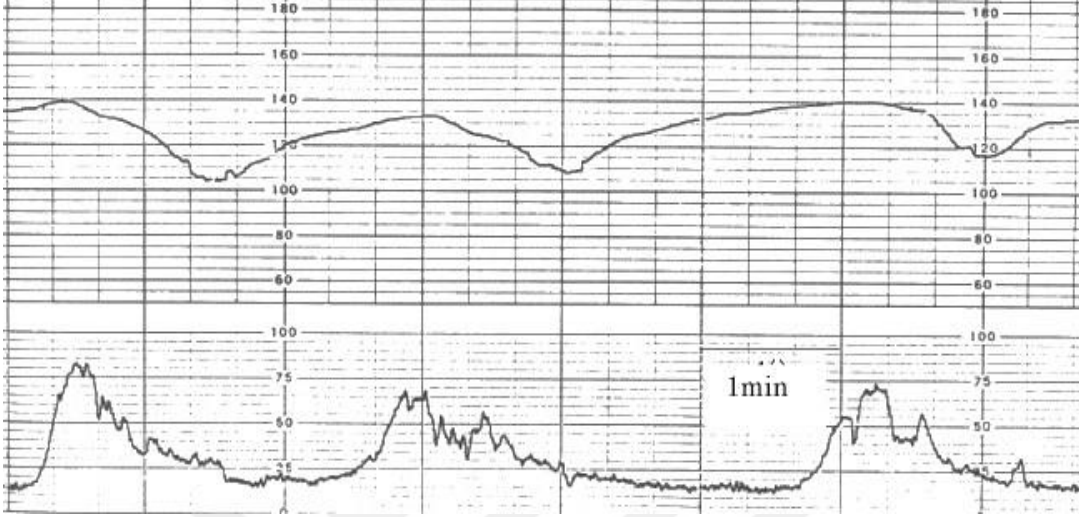
Maternal Riskler

Spontan doğumu kısaltmak için uygulanan amniyotomide maternal etkiler şöyle sıralanabilir (Symth ve diğerleri, 2013);

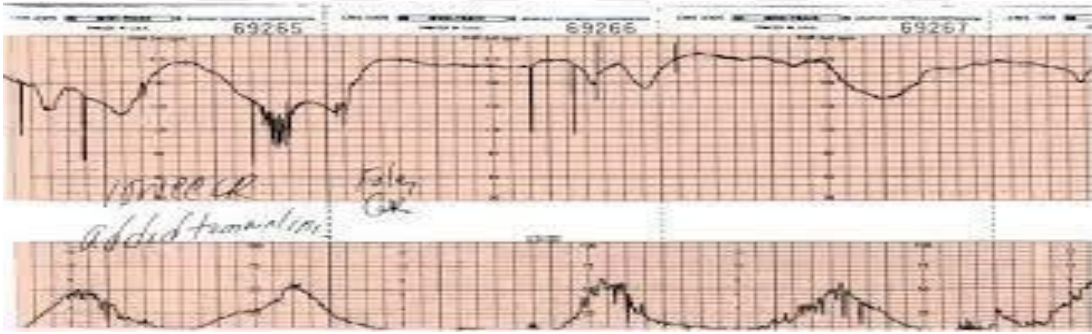
- Doğumda ağrı kesici kullanımını artırabilir,
- Doğumun pasif süresini uzatabilir,
- Doğumun aktif dönemini uzatabilir,
- Doğumun ilerlemesini genel olarak durdurabilir. Yani servikal dilatasyonu durdurabilir, uterus kasılmalarını azaltabilir,
- Oksitosin kullanım dozunu artırılmasına neden olabilir,
- Doğumda vakum gibi diğer enstüromanların kullanım ihtiyacını artırabilir,
- Fetal distres gelişebilir ve acil sezaryen oranları artabilir,
- Doğum ilerlemediği veya uzadığı için sezaryen endikasyonuna oluşabilir,
- Doğumdan önce kanamaya neden olabilir,
- Doğumdan sonra kanamaya neden olabilir,
- Gebenin doğumda hem fiziksel hem de psikolojik olarak kendisini kötü hissetmesine neden olabilir,
- Amniyotomi uygulama sonucunda kord prolapsusu ya da enfeksiyon gelişebilir,
- Perinatal travmaya neden olabilir,
- Ciddi maternal morbiliteye neden olabilir,
- Uterin hipersitimülasyona neden olabilir,
- Doğum sonu deprasyona neden olabilir ve
- Post travmatik stres bozukluğuna neden olabilir.

Ekonomik Riskler

Yapılan bazı çalışmalarda amniotominin hastanede kalış süresinin uzattığı rapor edilmiştir (Ray ve Ray, 2014; Symth ve diğerleri, 2013).



Şekil 5. Geç deselerasyon (<https://images.app.goo.gl/dwv82nHfqBySfPtk8>).



Şekil 6. Erken Deselerasyon (<https://images.app.goo.gl/viGQLcCyTfKn2QcD9>).

Amniyotomi Uygulanan Gebelerde Umbilikal Kord Prolapsusu

Kord prolapsusu, umbilikal kordun fetüs ve doğum kanalı arasında sıkışması sonucunda meydana gelmektedir. Membranların yapay rüptürü gerekli olduğunda, kordon güvenliği nedeniyle fetal baş yerleşene kadar ve serviks aktif doğum sürecine uygun hale gelene kadar beklenmelidir (Hanson, 2018). Fetal baş seviyesi yukarıda iken, membran rüptürü olduğu zaman, fetal başın yerleşmemesi nedeniyle umbilikal kord prolapsusu riski artar. Koşullar uygun olsa bile, amniotominin umbilikal kord prolapsusu riski bulunmaktadır. Canlı

doğumların %0.11-0.18'i kord prolapsusu komplikasyonu ile karşı karşıya kalır. Kord prolapsusunun tetikleyen birçok risk faktörü bulunmaktadır. Bunlar; malprezantasyon, çoğul gebelikler, multigravidalar, polihidroamnios, iatojenik faktörler, özellikle de obstetrik müdahaleler, amniotomi ve indüksiyon uygulamalarıdır (Kawakatia ve diğerleri, 2018).

Kord prolapsusunun amniotomi ile ilişkisini gösteren bazı çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalardan birinde 52.204 gebenin doğum kayıt sonucu incelenmiş ve 113 (%0.2) gebede kord prolapsusu olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada amniyotominin, servikal dilatasyonun 6 cm den küçük, baş seviyesinin -3 olduğu zaman yapıldığında kord prolapsusu meydana geldiği sonucuna varılmıştır (Kawakatia ve diğerleri, 2018). Amniyotomi uygulamasının, kord prolapsusu ile ilişkisini inceleyen ve Türkiye’de 2002-2006 yıllarında yapılan iki kontrol çalışmasında, her 300 doğumun %0,3 yanibir tane kord prolapsusuna rastlanmıştır. Bu çalışmanın sonucunda amniyotominin, bilinen risklerine rağmen rutin olarak uygulandığı, amniyotominin cochrane araştırmaları sonucunda tıbbi bir desteğin olmadığı ve bu yüzden rutin amniyotomiden kaçınılması gerektiği sonucuna varılmıştır (Cohain, 2013).

Dilbaz ve diğerleri (2006), yaptığı retrospektif randomize kontrollü bir çalışmada, rastgele seçilen 800 doğumun 80’inde gelişen umbilikal kord prolapsusunun nedenleri incelenmiştir. Bu çalışmada kord prolapsusu endikasyonları prematüre, polihidroamnios, prezentasyon bozukluğu (transfer geliş), makat doğumlar, multiparite, yüksek Bishop skoru ve kendiliğinden açılan membranlar olarak tespit edilmiştir.

Amniyotomi Uygulaması ile ilgili Kanıta Dayalı Yaklaşım

Amniyotomi uygulaması, doğumun birinci evresinin aktif fazında, en sık uygulanan uygulamalar arasında yer almaktadır (Karakoç ve diğerleri, 2020). Amniyotomi, kanıta dayalı uygulamalarda öneri düzeyinde D grubunda yer almakta olup, rutin uygulanması standart doğum yönetiminde önerilmemektedir (Başgöl ve Beji, 2015). Amniyotominin rutin uygulaması ile ilgili bilimsel görüş ve öneriler şunlardır;

- ✓ NICE’in 2014 yılında yayınladığı rehberde, rutin amniyotomi uygulaması önerilmemekle birlikte, gerekli olduğu durumlarda yapılmasını gerektiği belirtmektedir. Nullipar gebelerde, doğumun ikinci evresinin aktif fazını bir saat geçmiş bebeğin rotasyonu ve inişi sağlanmamış ise vajinal muayene yapılarak ve membranların durumu değerlendirilerek amniyotomi yapılabilir. Multipar

gebelerde ise yine doğumun ikinci evresinin aktif fazını yarım saat geçtikten sonra, rotasyon ve bebeğin inişi gerçekleşmiyorsa, amniyotomi uygulayarak rotasyon sağlanabileceği belirtilmektedir (NICE, 2014).

- ✓ WHO'nün 2018 yılında yayınladığı pozitif doğum deneyimi rehberinde amniyotominin, tek başına doğumu hızlandırmak amacıyla kullanılmasının yetersiz olduğu ve uygulamaması gerektiği bildirilmektedir (WHO, 2018)
- ✓ Sağlık bakanlığının anne dostu hastane değerlendirmeci rehberinde amniyotomiye, doğum süresini kısaltmadığı ve rutin olarak uygulamasının bilimsel olarak kanıtlanmadığı için önermemektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018)
- ✓ ACOG, 2019 yılında yayınladığı rehberinde rutin amniyotomi uygulamasını, anne ve bebeğin sağlığında bir sıkıntı yoksa rutin olarak yapılmasını önermemektedir (ACOG, 2019).

Ebelerin Amniyotomi Uygulaması ile ilgili Rol ve Sorumlulukları

Dünyada ve ülkemizde amniyotomiye en çok uygulayan sağlık çalışanı ebelerdir. Bununla birlikte ebelerin amniyotomi uygulaması ile ilgili rol ve sorumlulukları çok önemlidir. Ebeler, bu uygulamayı hekim istemi ya da doğumun seyrine göre kendi kararıyla yapmaktadırlar. Ebelerin amniyotomi uygulamasında gebelerin korku ve anksiyetelerini azaltmalı ve olumlu düşüncelerini sağlamalıdır. Ayrıca ebeler, kapsamlı intrapartum destekleyici bakım ile amniyotomi uygulanma gereksinimini azaltabilirler (Hanson, 2018; Lieberman ve Donoghue, 2002).

Ebelerin amniyotomi uygulaması ile ilgili rol ve sorumlulukları şöyle sıralanabilir (Hanson, 2018; Karacam ve Akyüz, 2011; Lieberman ve Donoghue, 2002;)

- ✓ Ebeler, doğal doğum sürecine destekleyen felsefeleri nedeniyle tüm rutin müdahalelerden sakınmalıdırlar.
- ✓ Ebeler, amniyotomi uygulanan gebelere sürekli destekleyici bakım vermelidirler. Bu bakımlar; yapılacak girişimle ilgili detaylı bilgi verme, işlem öncesi, sırası ve sonrasında bilgilendirmeyi sağlama ve sürdürme, bilgilendirilmiş olur alma, güven oluşturma, gebenin kendisini ifade etmesi için cesaretlendirme, gebeye ağrı ve korku yaşadığında

yanında olacağını söyleme ve güven oluşturma, uygulama sırasında ıkınması veya gevşemesi gerekirse bu durumda nasıl yapacağına dair yardımcı olmalıdır.

- ✓ Amniyotomi uygulaması gerekli olduğunda, ebeler kord prolapsusunu önlemek amacıyla fetal baş pelvise yerleşene kadar ve serviks aktif doğum sürecine hazır olana kadar beklemedirler.
- ✓ Ebelerin amniyotomi uygulandıktan sonra kord prolapsusu, enfeksiyon ve fetal distress gibi komplikasyonların gelişebileceğinin farkında olmalı ve gebeyi yakın izleme almalıdır.
- ✓ Fetal deselaryasyon durumlarda, ebelerkadını rahatlatmalı, sol tarafa yatmasını sağlanmalı, gerekirse oksijen tedavisi uygulamalı ve hidrasyon takılmalıdır. Tüm bunlar yapıldığı haldefetal kalp atımında düzelme olmuyor ise hekime haber vermelidir.
- ✓ Amniyotomi sonrasında güçlü kontraksiyonlar gelişebileceğinden ebelerin, kadına bu kontraksiyonlar ile baş etmesini sağlamak için emosyonel destek sağlamalıdır.

ICM'e göre ebelerin amniyotomi uygulayabilmesi için sahip olması gereken temel beceriler (International Confederation of Midwives, 2018);

Ebeler, klinik kararları ve uygulamalarından sorumludur. Amniyotomi, ebelerin yaptığı klinik uygulamalar içerisinde yer almaktadır. Uluslararası Ebeler konfederasyonu'na göre ebelerin amniyotomi uygulaması ile ilgili mevcut bilgileri bilmesi ve sürekli olarak bilgilerini güncellemesi gerekmektedir. Ebeler, doğum eylemindeki gebelere nazik, yargılayıcı olmayan ve kültürel acıdan uygun davranmalıdır. Ebeler, amniyotomi uygulaması esnasında steril koşulları dikkate almalı ve enfeksiyonları önleyecek standartlara uygun çalışmalıdır. Amniyotomi uygulamadan önce gebenin yaşamsal bulguları ve vajinal muayene sonuçları değerlendirilmelidir. Amniyotomi, uygun teknikle yapılmalı, işlem sonucu kayıt edilmeli ve partograf ile doğumun ilerlemesi takip edilmelidir. Ebeler, amiyotomi uygulama esnasında ve sonrasında gelişebilecek acil durumlarda da hayat kurtaran müdahalelerde bulunabilmelidir (International Confederation of Midwives, 2018).

Ebelikte Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (2016) kapsamında amniyotomi uygulaması ile ilgili alan bilgileri;

Ebelikte Ulusal Çekirdek Eğitim Programı'nda ebeler eğitim program yeterlikleri 11 temel alanda incelenmiştir. Bu temel yeterlilik programında, ebelerin amniyotomi uygulamalarıyla ilgili herhangi bir bilgi yer almamaktadır. Ancak ebelerin doğum izlenimi, doğum sonu izlemi ve yenidoğan sağlığı ile ilgili sahip olması gereken bilgi ve becerilere yer verilmiştir. Bunlar;

Yeterlik 4: Ebeler travay ve doğumda gebelerin kültürene duyarlı olmalı, kaliteli hizmet sunmalı, hijyenik koşullarda güvenli ortam sağlamalı. Ebeler kendi sorumluluğunda doğum yaptırır, acil ve risk durumlarda gerekli yaklaşımda bulunur.

Yeterlik 5: Ebeler, postpartum bakımı kapsamlı ve kaliteli sunar. Postpartum döneme adaptasyonu sağlamak için, kadın ve ailesinin kültürel farklılıklarına duyarlı yaklaşım içindedir.

Yeterlik 6: Ebeler, doğum sonrası sağlıklı bebekler için nitelikli, yenidoğan bakımı verebilecek gerekli bilgi ve beceriye sahiptir.

Amniotomi uygulaması konusunda ebelerin dâhil olduğu bazı çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmaların birinde, ülkemizde sağlık çalışanlarının amniotomi ile ilgili görüş ve uygulamalarına ilişkin yapılan bir çalışmada, doğum kliniklerinde çalışan ebe, hemşire ve hekimlerin anne dostu doğum uygulamaları kapsamında amniyotominin uygulamasını desteklemedikleri bildirilmiştir (Karacam ve Olgaç, 2017). Kadın doğum kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin doğal doğum ve doğumda uygulanan müdahalelere yönelik bilgi ve görüşlerinin incelendiği bir diğer araştırmada da amniyotomi uygulayan sağlık çalışanlarının amniyotominin doğal giden süreci dolayı uygulanmaması gerektiğini düşündükleri belirtilmiştir (Güleç ve diğerleri, 2018). İsviçre'deki ebelerin amniyotomi ile ilgili deneyim ve görüşlerinin incelendiği nitel bir çalışmada, ebelerin amniyotomiye doğum sürecine göre, anne ve bebeğin güvenliğini sağlayarak uyguladıkları, amniyotomi uygulama deneyimlediklerini hem riskli hem de güvenli, hem karmaşık hem de basit olarak tanımladıkları rapor edilmiştir (Ingvarsson ve diğerleri, 2020).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Gereç

Araştırmanın Örneklemi

Araştırma, 15 Kasım 2020 ve 15 Haziran 2021 tarihleri arasında İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı bir Şehir Hastanesi'nin doğum salonunda çalışan ebeler ile yapılmıştır. Bu araştırma nitel araştırma desenlerinden, fenomenolojik yöntemle yapılmıştır. Araştırmanın örneklemine, amaçlı örnekleme yöntemi ile 11 ebe alınmıştır. Literatürde, niteliksel araştırmaların örneklem hacminin, araştırma sorularına verilen yanıtların doyum noktasına ulaşmasına (tekrarlaması) göre belirlenebileceği (Aksayan ve Emiroğlu 2002) ve genellikle çalışma grubunda 5–25 kişinin yeterli olduğu (Güler ve diğerleri. 2013) bildirilmektedir. Bu çalışmada verilerde maksimum çeşitlilik sağlamak için ebelerin eğitim düzeyi ve doğum salonunda çalışma süresi özellikleri dikkate alınmıştır.

Çalışma grubu

Çalışma grubu, amaçlı örneklem yöntemi ile İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı bir Şehir Hastanesinin doğum kliniğinde çalışan 11 ebe ile oluşturulmuştur. Fenomonolojik araştırmalarda kimin araştırılacağı belirlenmesi önemlidir. Çünkü fenomenolojide başlangıç noktası kişisel deneyimler olduğundan bu deneyimleri, tecrübeleri yaşamış veya yaşamakta olan kişiler örnekleme oluşturmaktadır (Baltacı, 2019). Bu yüzden çalışmaya alınan ebelerin amniyotomi deneyiminin olması ve doğumhanede kliniğinde çalışması grubun belirlenmesinde etkili olmuştur.

Tablo 3. Ebelerin tanıtıcı özellikleri (n=11).

Özellikler	
Yaş	27, 27, 29, 30, 33, 33, 35, 40, 41, 43, 46
Eğitim durumu	
Ön lisans	1
Lisans	10
Medeni durum	
Evli	9
Bekâr	2
Çalışma süresi (yıl)	3, 4, 5, 7, 10, 10, 11, 12, 12, 14, 25, 30
Bu kurumda çalışma süresi (yıl)	2, 2, 2, 2, 3.5, 3, 3, 7, 6, 5, 21,
Doğumhanede çalışma süresi (yıl)	2, 2, 2.5, 5, 6, 7, 8, 8, 9, 25, 25,
Çalışma şekli	
Kadrolu	9
Sözleşmeli	2

Doğum salonunda görev yapan ebelerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, 27-46 yaş aralığında oldukları, 10'nun lisans ve birinin de ön lisans eğitim düzeyinde olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan dokuz ebenin evli, iki ebenin bekâr, dokuz ebenin kadrolu, iki ebenin sözleşmeli olduğu, çalışma yıllarının 3-25 yıl aralığında değiştiği, 2-21 yıldır doğumhanede çalıştıkları, şu andaki kurumlarında çalışma sürelerinin 2-25 yıl aralığında olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Araştırmanın Yeri

Araştırma İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı bir Şehir Hastanesi'nin doğum Ünitesi'nde yürütülmüştür.

Araştırmanın Zamanı

Araştırma 15 Ekim 2020 ve Haziran 2021 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın zamanı ile ilgili ayrıntılı bilgiler Tablo 4'de verilmiştir.

Tablo 4. Araştırma zamanı ile ilgili bilgiler.

Araştırma konusunun seçimi	Mayıs 2019
Tez önerisinin hazırlanması	Haziran- Eylül 2019
AydınAdnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul ön onayının alınması	Eylül 2019
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınması	Ekim 2020- 15 Kasım 2021
Soru formunun ön uygulaması	Kasım 2020
Araştırma verilerinin toplanması	Aralık 2020 - Aralık 2021
Araştırma verilerinin analizi ve değerlendirilmesi	Ocak 2021 - Nisan 2021
Araştırma sonuç raporlarının hazırlanması	Haziran 2021
AydınAdnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik kurul son onayının alınması	Haziran 2021

Veri Toplama Aracı

Araştırma veri toplama aracı iki bölümden oluşmaktadır. Veriler, Ebelere Yönelik Tanıtıcı Bilgi ve Yarı Yapılandırılmış Görüş Belirleme Formu (EK 1) ile toplanmıştır.

Ebelere Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu formlarda çalışmamıza katılan ebelerin ebelerin, sosyo-demografik bilgilerini (yaş, eğitim düzeyi, medeni durumu, iş deneyimi) sorgulayan yedi soru sorulmuştur. Bu soru formu ebelerle yüz yüze görüşme yapılarak sorulmuş her ebenin tanıtıcı formu, kodlanarak (E1, E2, E3...) kayıt altına alınmıştır.

Yarı Yapılandırılmış Görüş Belirleme Formu

Ebelerin amniyotomi ile ilgili görüş ve uygulamalarını belirlemek için, araştırmacılar tarafından ilgili alan literatürü taranarak 12 açık uçlu sorudan oluşan yarı yapılandırılmış görüşme formu hazırlanmıştır (Ek - 1). Yarı yapılandırılmış görüşme formu hazırlanmasında soruların kolaylıkla anlaşılması, çok boyutlu olmaması ve katılımcıyı yönlendirici olmaması gibi ilkelere dikkat edilmiştir (Erdoğan ve diğerleri, 2014; Yıldırım ve Şimşek, 2016). Hazırlanan görüşme formunun amaca ne ölçüde hizmet ettiği, anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini kontrol etmek amacıyla altı öğretim üyesinin görüşlerine sunulmuştur. Öğretim üyelerinin önerileri doğrultusunda görüşme formu yeniden düzenlenmiştir.

Tablo 5. Görüşmelere ilişkin veriler.

Ebe No	Görüşme Tarihi/ Saati	Görüşme Yeri	Ses Kayıt Süresi
E 1	25.12.2020 20:00	Şehir Hastanesi doğum salonu ebe odası	18 dakika
E 2	26.12.2020 11:00	Şehir Hastanesi doğum salonu ebe odası	12 dakika
E 3	26.12.2020 12:00	Şehir Hastanesi doğum salonu ebe odası	11 dakika
E 4	27.12.2020 10:55	Şehir Hastanesi doğum salonu sorumlu ebe odası	11 dakika
E 5	27.12.2020 18:00	Şehir Hastanesi kadın doğum acil ebe odası	18 dakika
E 6	31.12.2020 10:45	Şehir Hastanesi doğum salonu sorumlu ebe odası	13 dakika
E 7	31.12.2020 11:45	Şehir Hastanesi doğum salonu sorumlu ebe odası	8 dakika
E 8	01.01.2021 12:30	Şehir Hastanesi doğum salonu sorumlu ebe odası	12 dakika
E 9	06.01.2021 16:02	Şehir Hastanesi doğum salonu sorumlu ebe odası	17 dakika
E 10	09.01.2021 14:07	Şehir Hastanesi kadın doğum acil ebe odası	8 dakika
E 11	12.01.2021 14:00	Şehir Hastanesi doğum salonu sorumlu ebe odası	12 dakika

Araştırma verileri, nitelar araştırma konusunda deneyimli tez danışmanın süpervizörlüğünde, ebelerde yüksek lisans programı ders aşamasını başarı ile tamamlamış ve nitel araştırma konusunda bir eğitim programına katılmış araştırmacı tarafından toplanmıştır. Bu araştırmacının doğum uygulamaları konusundaki klinik deneyimli olması, eğitim özellikleri ve katılımcılar ile aynı ortamda çalışıyor olması, görüşme yapmasını kolaylaştırmıştır. Görüşme sırasında ebelerin mahremiyetleri dikkate alınmış, görüşmeler hastane içerisinde uygun ve boş olan bir odada, ebelerin uygun gördüğü zamanda yapılmıştır. Görüşmeler 8-18 dakika sürmüştür (Tablo 5).

Araştırmanın Güçlükleri

Covid-19 pandemi sürecinden dolayı kurum izni alınmasında sıkıntı ve gecikme yaşanmıştır.

Yöntem

Araştırmanın Deseni

Bu araştırma doğum salonunda çalışan ebelerin, amniyotomi uygulamaları ile ilgili görüş ve uygulamalarını ortaya koymak amacıyla, nitel araştırma desenlerinden fenomenolojik yöntemle yapılmıştır. Nitel araştırma, ilk olarak 20. Yüzyılın başlarında psikoloji, sosyoloji ve antropoloji alanlarında kullanılmaya başlanmıştır (Baltacı 2019). Nitel araştırma, insanın potansiyelini ortaya çıkarmayı amaçlar. Bu yöntem ile olay ve olgularda nicel verilerle çözümlenemeyen nedenlerin derinlemesine inerek, gözlem, görüşme, doküman ve söylev analizi gibi tekniklerle açığa çıkarmaya çalışılır (Bütün ve Demir, 2016).

Nitel araştırma, olay ve olguları yorumlarken, insanların onlara atfettiği anlamlarada odaklanır. Bu olay ve olgular arasında nedensellik olmayabilir. Nitel çalışmaların sonuçları topluma genellenemez (Baltacı, 2019). Niteliksel araştırmalar çoğunlukla sosyal bilimlerin çalışmalarında kullanılmış, ancak hastalıkların çok fazla değişken tarafından etkilenerek yaygınlaşması, bireylerin sağlığının genetik yatkınlıklarla birlikte gelişim ve çevre gibi faktörlerin de etkilediğinin izlenmesi ile birlikte, sağlık bilimlerinde de önem kazanmaya başlamıştır. Son yıllarda, özellikle riskli sağlık davranışları nedenlerinin araştırılması, bireylerin sağlık hizmetlerinden taleplerinin belirlenmesi, yaşam kalitesinin değerlendirilmesi gibi konularda niteliksel araştırmalar niceliksel araştırmalar ile birlikte ve bütüncü olarak kullanılmaktadır (Erdoğan ve diğerleri, 2014).

Nitel araştırma desenleri araştırmaya esnek bir yaklaşım sağlar ve belirli bir odak çerçevesinde araştırmanın çeşitli aşamalarının birbiriyle tutarlı olmasına katkıda bulunur. Nitel araştırma desenlerinden biri olan fenomenolojik yaklaşımın odağında, bireysel deneyimler vardır. Bu yaklaşım insanların bu deneyimi nasıl anlamlandırdığını, hem bireysel olarak hem de paylaşılan anlam olarak deneyimi bilince nasıl dönüştürdüklerinin üzerinde durur. İnsanların bazı fenomenleri anlamak için nasıl tecrübe ettiklerinin metodolojik, özenli ve derinlemesine resmedilmesi ve betimlenmesi gerekebilir (Patton, 2014). Fenomolojik araştırmanın odağında bireylerin deneyimlerine nasıl anlam kattıkları vardır. Bu araştırmalarla zengin niteliksel veriler toplanır (Baş ve Akturan, 2013) .

Araştırmaya Dâhil Etme Kriterleri

Çalışmanın dahil etme kriterini doğum eyleminde daha önce en az iki yıl aktif olarak görev yapma ve doğum salonunda çalışma oluşturmuştur.

3.2. 3. Araştırmaya Dâhil Etmeme Kriterleri

Çalışmanın çıkarılma kriteri çalışmaya katılmayı kabul etmeme idi. Ancak çalışmaya davet edilen tüm ebeler katılmayı kabul etmiştir.

3.2.4. Ön Uygulama

Araştırma kurum izni alınmasından sonra, bu formların anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini geliştirmek ve görüşmelerin standardizasyonunu sağlamak için, ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama daha önce doğum salonunda çalışmış olan ve şu anda başka klinikte çalışan, üç ebe ile yapılmıştır. Ön uygulamanın sonucunda, görüşme formunda bazı düzenlemeler yapılmış ve son hali hazırlanmıştır. Ön uygulamada elde edilen veriler analize alınmamıştır.

3.2. 5. Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin elde edilmesi için, öncelikle Ebelere Yönelik Tanıtıcı Bilgi Formu yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Ardından derinlemesine görüşme yöntemi ile ebelerin amniotomi uygulamasına ilişkin görüşleri sorgulanmış ve bildirilen ifadeler ilgili forma bire bir kayıt edilmiştir. Ayrıca yapılan görüşmeler araştırmacının cep telefonunu aracılığı ile ses kayıt yapılarak görüşmeler kayıt altına alınmıştır. Görüşme tamamlandıktan sonra her bir soruya ilişkin alınan notlar ebelere okunarak ya da ses kaydını dinlemek isteyenlere dinleterek, ilave edilmesi ya da çıkarılması gereken bölümler olup olmadığı sorulmuş ve istenen tamamlamanın yapılması sağlanmıştır.

3.2. 6. Araştırma Etiği

Araştırmanın yapılabilmesi için “Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Giriřimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik kurul izni alınmıştır (Protokol numarası: 2019/055). Araştırma verisinin toplanması için, İstanbul İl Sağlık Müdürlüęünden kurum izni alınmıştır (Protokol numarası No: 2020/47). Araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden ebelere araştırma hakkında bilgi verilerek sözlü onamları alınmıştır.

Veri Analizi

Elde edilen verilerin analizinde, tümevarım yaklaşım ile içerik analizi yöntemi kullanılmıştır.

İçerik Analizi

İçerik analizi tümevarımcı bir analiz türü olması sebebi ile araştırılan olgu veya olayın kökenlerine odaklanır. Kodlama yoluyla verilerin altında yatan kavramlar ve bu kavramlar arasındaki ilişkiler ortaya çıkarılır. Nitel araştırmada araştırmacı topladığı tanımlayıcı ve ayrıntılı verilerden yola çıkarak probleme ilişkin temaları keşfetme, elde ettiği verileri anlamlı ve sistematik yapılara dönüştürme, yani bu verilerden hareketle bir kuram oluşturma veya bir kuramı doğrulama çabası içindedir. İncelenen olay veya olguya esas oluşturabilecek bir kuramın olmaması durumunda tümevarımcı analiz, yani kodlamaya dayalı içerik analizi gereklidir (Baltacı, 2019; şimşek ve Yıldırım, 2016).

İçerik analizinde görüşme, gözlem veya dokümanlar yoluyla elde edilen veriler, dört aşamada analiz edilir: verilerin kodlanması, kod, kategori ve temaların bulunması, kod, kategori ve temaların düzenlenmesi ile bulguların tanımlanması ve yorumlanması yapılır (Baltacı, 2019; şimşek ve Yıldırım, 2016).

Verilerin Kodlanması: Verilerin kodlanması aşamasında araştırmacı, topladığı verileri inceler ve veri setini anlamlı bölümlere ayırmaya, her bölümün hangi kavramı karşıladığını keşfetmeye çalışır. Kendi içinde anlamlı yapılar oluşturan her bir bölüme araştırmacı tarafından isim verilir. Bölümler çoğu durumda bir kelime, cümle veya söz öbeği olabilir. Veri kodlama sürecinde sıklıkla araştırmacının veri setini birkaç kez okuması gerekebilir. Detaylı okumalarla katılımcıların tekrarladığı sözcük veya söz öbeklerindeki anlama ulaşmak

kolaylaşır. Kodlama süreci oldukça dinamik bir şekilde işlemekte ve araştırmacı tekrar tekrar veri setine dönerek kodlama işlemini yürütmektedir. Tekrarlı kodlamalar, veri setinin derinliği ve kapsamının büyüklüğüne göre değişiklik arz etse de kategoriler ve temalar oluştuktan sonra bile yeni kodlara rastlama olasılığı olduğundan, çoğu durumda araştırmacının tüm veri analizi süresince kodlama yaptığı görülür (Morse, 2016; Silverman, 2016).

Kategori ve Temaların Belirlenmesi: Nitel veri analizinin ilk aşamasında keşfedilen kodlardan hareketle veri setini daha genel düzeyde açıklayabilen ve kodları belirli kategoriler altında toplayabilen temaların belirlenmesi gereklidir. Bu kapsamda tematik kodlama denilen daha soyut bir kodlama söz konusudur ve öncelikle ilk aşamada keşfedilen kodlar bir araya getirilir ve aralarındaki ortak özellikler belirlenmeye çalışılır (Baltacı, 2019).

Verilerin Kodlara, Kategorilere ve Temalara Göre Düzenlenmesi: Ayrıntılı kodlama ve tematik kodlama neticesinde, araştırmacı topladığı verileri anlamlı bir şekilde düzenleyebileceği sistematik bir yapı oluşturur. Daha sonra araştırmacı, bu yapıyı temel alarak topladığı verileri yeniden düzenleme yoluna gider. Verilerin yeniden düzenlenmesi, bazı durumlarda ayrıntılı kodlama ile tematik kodlamanın sağlamanın yapılmasını da gerektirebilir.(Baltacı, 2019; Şimşek ve Yıldırım, 2016).

Veri düzenleme aşamasında araştırmacı öncü bulgulara erişir ve söz konusu bulgulara göre verileri yeniden tanımlamak ve yorumlamak mümkün olabilir. Verilerin okuyucunun anlayabileceği bir dille tanımlanması, açıklanması ve sunulması önemlidir. Genellikle araştırmaların bulgular bölümünde yer alan bilgilere odaklanılan bu aşamada araştırmacı, kendi görüş ve yorumlarına yer vermez ve toplanan bilgileri işlenmiş bir biçimde okuyucuya sunar (Baltacı, 2019; Şimşek ve Yıldırım, 2016).

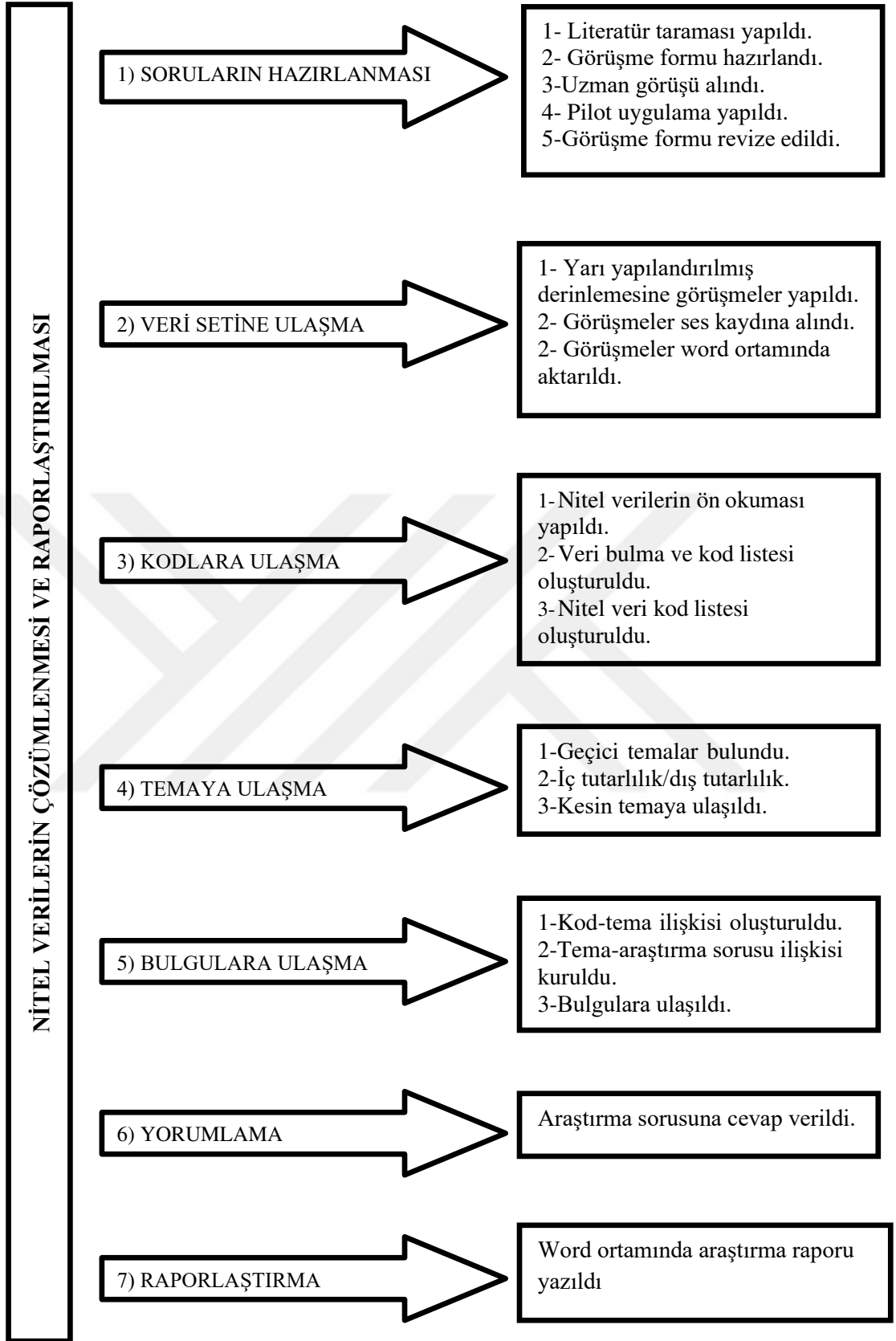
Çalışmamızda veri kodlanmasında herhangi bir program kullanılmamış ve yazarlar tarafından elde yapılmıştır. Önce ebelerin deneyim ve görüşleri görüşme sorularına verdikleri yanıtlar kelime kelime Microsoft Word belgesine yazılmış ve 1,5 satır aralığında, Times New Roman, 12 punto büyüklüğünde, sayfa kenar boşluğu 2,5 cm olan 44 sayfa ham veri dökümü hazırlanmıştır. Araştırmada, ebeler için E1, E2, E3... gibi kodlar kullanılmıştır. Hazırlanan word dokümanları araştırmacı tarafından bağımsız olarak tek tek okunmuş ve başlangıç kodları oluşturulmuştur. Oluşturulan başlangıç kodları temalar ve alt temalar altında toplanmıştır. Bu analiz ve kodlama süreci ile kodların uygunluğu, danışman öğretim üyesi tarafından kontrol edilerek "Uzman incelemesi" yapılmıştır.

Nitel Çalışmanın Raporlaştırılması

Elde edilen bulguların yorumlanma ve raporlaştırılmasında, araştırma sorularına cevap aranmış; veriler arasında bağlantı, neden ve sonuç ilişkisinin varlığı irdelenmiş, görüşler arasında göndermeler yapılarak, bulgular ile ilgili kestirimlerde bulunarak, alıntılara yer verilmiştir. Doğrudan alıntılar yapılarak yorumlar yapılmıştır. Temalarda var olan düşüncüyü ifade eden kelimeler aranmaya çalışılmıştır. Deneyimlerde aktarılan ifadeler irdelenerek kodlar aranmıştır. Bulgular, benzer araştırma sonuçları ile desteklenmiştir. Çalışmada alıntıların yer verirken; temayı açıklayabilecek nitelikte olması, kodlar ile uyumlu olması, diğer görüşmeciler tarafından tekrarlanabilir olması ya da farklı ifadelerde olsa diğer görüşmeciler tarafından açıklanıyor olması özellikleri dikkate alınmıştır.

Tablo 6. Nitel Veri Kodlama Örneği

Yazılı Döküman	Kodlama
Hangi nedenlerle amniyotomi uyguladığınızı açıklayınız, lütfen.	
<i>Bu hastanede zaten amniyotomi ya da doğumu biz takip etmiyoruz. Ebeler takip etmiyor. Ya da amniyotomiyi biz yapmıyoruz. Doktorlar tarafından yapılıyor önceki deneyimlerimi anlatacağım <u>NST de CKS düşeceği zaman mayinin amniyon sıvısını saptamak amacıyla yaptığım işlem vardı. Onun dışında 7- 8 cm gebenin efesmanına göre doğuma yardımcı olması amacıyla, yaptığım dönemler oldu. Zaten mayi rengi eğer işte CKS'de düşmeler varsa mayi rengi berraksa, o zaman fetel distress düşündüğümüz oldu, doktorla ortak karar alarak eğer mekonyumlu bir mayi varsa mekonyum kaynaklı olduğu tabi yine fetal distress düşündürüyor ama bu işleme amniyon sıvısının mekonyumlu olduğu düşmelerin olduğunu bize düşündürdü. CKS düşme</u> sebebini saptamak için yaptım</i>	CKS düştüğünde (fetal distress)
Bu konuyla ilgili ilave etmek istediğiniz bir görüşünüz var mı?	Mekonyumlu olduğunda
<i>Onun dışında <u>doğumu hızlandırmak amacıyla yaptığımız oldu. Ama daha çok kendi rutinini bekliyorduk yani kendi açılırsa</u></i>	Doğumu hızlandırmak
	Mayinin rengini saptamak
	Aktif fazda



Şekil 7. Nitel Verilerin Çözümlemesi ve Raporlaştırılma Süreci.

Araştırmada Geçerlilik ve Güvenirlik

Araştırmada Geçerlilik

Geçerlik araştırma sonuçlarının doğruluğunu veya problemi çözme becerisini konu edinir. Nitel araştırmada geçerlik, araştırmacının konu edindiği problemi olabildiğince tarafsız bir şekilde çözüme kavuşturma derecesidir. Bu durumda elde edilen verilerin gerçekte var olan durumu yansıtmaya derecesi önemlidir. Nitel araştırmalarda geçerlik, iç ve dış geçerlik olarak iki şekilde incelenir (Baltacı, 2019).

İç geçerlik: Araştırma sonuçlarına ulaşırken izlenen sürecin, çalışılan gerçekliği ortaya çıkarmadaki yeterliliğidir. “Araştırmacı olarak gözlediğimizi sandığımız olaylar ya da anladığımızı düşündüğümüz olgulara ilişkin yorumlarımız gerçek durumu tüm ayrıntıları ile yansıtıyor mu? Araştırma bulguları kendi içinde tutarlı ve anlamlı mı? Bulguları teyit etmede kullanılan, belirli ilkeler, kurallar veya stratejiler var mı? Açık olmayan veya ilişkileri belirlenememiş olgular ya da olaylar var mı? Bulgular araştırmaya katılan bireyler tarafından gerçekçi bulunmuş mu ve teyit edilmiş mi?” gibi sorular iç geçerliği artırmaya yöneliktir (Morse, 2016; Silverman, 2016). Araştırmamızda iç geçerliği (inandırıcılık), yapılan görüşme sürelerinin uzun tutulması, uzman incelemesi ve katılımcı teyidi ile sağlanmaya çalışılmıştır.

Dış geçerlilik: Elde edilen sonuçların benzer gruplara ya da ortamlara aktarılabilirlik veya transfer edilebilirlik derecesi dış geçerlik kavramıyla ifade edilmektedir. Dış geçerlik araştırma sonuçlarının evrensel niteliğe erişmesi veya genellenebilirliği olarak da adlandırılabilir (Baltacı, 2019). Çalışmamızda nitel veri toplama sürecinin dış geçerliğini (aktarılabilirlik) araştırma sürecinin ve yapılan işlemlerin ayrıntılı bir şekilde betimlenmesi ile sağlanmaya çalışılmıştır.

Araştırmada Güvenirlik

Araştırma sonuçlarının tekrar edilebilirliği, güvenirlilik kavramıyla ilişkilidir. Yani “çalışma ikinci kez yürütülmüş olsa yine aynı sonuçlara ulaşılabilir mi?” sorusu araştırmalarda sıklıkla rastlanılan güvenirlilik sorununa işaret eder. İnsan tutum ve davranışlarının dinamik ve değişken doğası gereği çoğu araştırma tekrarlanamaz. Ancak farklı ölçme durumları ile inandırıcılığı arttırabilir. İnandırıcılığın ön koşullarından olan güvenirlilik, araştırmalarda mutlaka sağlanması gereken bir koşuldur. Güvenirliği düşük olan bir

araştırmanın bilimsel değeri olmadığı gibi, güvenilirliğin yüksek olması da yapılan araştırmanın amaca uygunluğunun (geçerliğinin) garantisi olamamaktadır (Baltacı 2019). Güvenirlik, dış güvenirlik ve iç güvenirlik olarak iki unsura sahiptir.

İç güvenirlik: İç güvenirliğin sağlanması için, elde edilen verilerin öncelikle betimsel bir sistematiğe direkt olarak araştırma raporunda sunulması gereklidir. Aynı araştırmaya birden fazla araştırmacının dâhil edilmesi, araştırmanın bakış açısını ve eleştirel yorum yetisini güçlendireceğinden iç güvenirliği artırır. Toplanan verilerin analizinde başka araştırmacı ve uzmanlardan analiz desteği alma veya farklı kodlayıcılar ile puanlama tutarlığı artırılmalıdır, araştırmanın verileri toplanmadan önce oluşturulmuş ve ayrıntılı olarak tanımlanmış bir kavramsal çerçeveye bağlı olarak yapılan veri analizi de iç güvenirliğe katkı sağlayacaktır (Baltacı, 2019; Baxter ve Jack, 2008). Araştırmanın iç güvenirliği sağlamak amacıyla, beş ebeden elde edilen nitel veriler ile bu araştırmanın danışman öğretimüyesi tarafından başlangıç kodlarını belirlemedeki uyumu incelenmiş ve bu uyumun % 91 olduğu belirlenmiştir. Güvenirlik hesaplamasında uyuşum oranın %80 olması yeterli kabul edilmektedir (Bütün ve Demir, 2016).

Dış güvenirlik: Araştırmanın benzer ortamlarda yinelendiğinde benzer sonuçlara ulaşılması olarak adlandırılabilir. Dış güvenirliğin sağlanması için araştırmanın şeffaf bir şekilde rapor edilmesi, katılımcıların ve diğer veri kaynaklarının açık bir şekilde belirtilmiş olması gereklidir (Connelly, 2016). Araştırmanın dış güvenirliği (teyit edilebilirlik) uzman danışman tarafından gerçekleştirilen teyit incelemesi ile sağlanmıştır. Ayrıca dış güvenirliğin artırılması amacıyla başka araştırmalarda karşılaştırmalar yapılabilmesi veya diğer araştırmacıların talep etmesi durumunda araştırmanın ham verileri saklanmıştır. Bu araştırmada güvenirliği geliştirmek için, verilerin elde edilmesi ve araştırma raporunun hazırlanması sırasında uluslararası bir kontrol listesinden yararlanılmıştır (COREQ: Consolidated criteria for reporting qualitative studies) (Tong ve diğerleri, 2007).

4. BULGULAR

Bu bölümde ebelerin amniyotomi ile ilgili görüş ve uygulamalarının ne olduğunu tespit etmek için yapılan nitel çalışmanın bulguları sunulmuştur. Ebelerin araştırmanın sorularına verdiği yanıtlara göre, ebelerin amniyotomi ile ilgili görüşlerine ait bulgular ve ebelerin amniyotomi uygulamalarına yönelik bulgular olmak üzere iki başlık altında sunulmuştur.

Ebelerin Amniyotomi İle İlgili Görüşleri

Bu başlıkta ebelerin amniyotomi ile ilgili görüşlerinin nasıl olduğu ile ilgili bulguların sonuçları sunulmuştur.

Tablo 7. Ebelerin amniyotomi ilgili görüşlerine ilişkin bulgular (n=11).

Tema	Alt Temalar	Kodlar	n
Amniyotomi ile ilgili görüşler	Amniyotomi uygulanmalı	Anne için faydalı (n=5)	19
		Bebek için faydalı (n=7)	
		Doğum hızlanıyor (n=7)	
	Amniyotomi uygulanmamalı	Anne strese girer (n=5)	16
		Doğum hızlanmıyor (n=4)	
		Doğal süreç bozuluyor (n=2)	
		FKA düşer (n=5)	

Araştırmada, ebelerin amniyotomi uygulama nedenleri, amniyotominin doğum seyrine etkisi, amniyotominin anne sağlığına etkileri ve amniyotominin bebek sağlığına etkileri sorularına verdikleri yanıtlarda, “*amniyotomi ile ilgili görüşleri*” teması altında birleştirilmiştir. Bu temaya ait “*amniyotomi uygulanmalı, amniyotomi uygulanmamalı*” alt temaları tespit edilmiştir (Tablo 7). Ebelerin amniyotomi ile ilgili görüşler temasına ait bazı ifadeleri şunlardır.

“Amniyotominin doğumu hızlandırdığını kesinlikle düşünüyorum. 6 cm üstü hastalarda zaten artık aktif doğuma girmiş oluyor 4cm de aktif eylemde zaten ama hasta 6cm de ve baş artık mobil olmuyor, bazı istisnalar oluyor tabi aktif sancılarla beraber amniyotomi uygularsak doğum eylemi hızlanıyor bebeğin başının basısı ile rahim ağzının daha hızlı açıldığı düşünüyorum”(E3, Yaş 27, Lisans).

“Şimdi genel kapsam da baktığımızda amniyotomi, doğumu hızlandırmak, uterus kontraksiyonlarını artırmak ve membranı değerlendirmek adına acısından kullanılıyor. Hani ben bu konu da ne düşünüyorum. Baştan belirteyim ben doğal doğumcuyum. Bunların hepsini bildiğiniz gibi bir müdahale, normal seyreden doğumu müdahale işlemleri yani buna epizyoda bir müdahaledir, lavman da bir müdahaledir” (E9, Yaş 46, Lisans.)

“Doğru zamanda açıldığı zaman kesinlikle doğumu hızlandırdığını düşünüyorum. Doğru zaman hastanın açıklığı iyi, baş basıyor baş mobilse zaten açmıyorum, bebeğin kalp atımları düşükse zaten ya da taşikardikse o zamanda zaten uyguluyoruz. Bir bakıyoruz mekonyumlumu eğer mekonyumlu ise ona göre açıyoruz. Yaptırdığım doğumlarda bu doğru zaman dediğim kriterlerde uyguladığım da ve buscopan ile desteklediğim doğumların süresi daha kısa oldu.” (E4, Yaş, 35, Lisans)

“Amniyotomi uyguladığım bebeklerin sağlık durumu, bence zaten fetal kalp atımları düştüğü için amniyotomi yapıyoruz. Mekonyumlu olabiliyor bebek, amniyotomi tesbit ettiğimiz için bebek için iyi olduğunu düşünüyor”(E7, Yaş, 30, Önlisans).

“Ben açıkçası amniyotominin 8 yıllık doğumhane sürecim de, amniyotominin doğumu hızlandırdığını düşünüyorum. Benim uyguladığım doğumlar genellikle hızlanıyordu, müdahale olarak doğru bir zamanda karar verildiğinde yani bebek başı seviyesi ile koordineli bir şekilde yapıldığın da gerçekten doğum eylemini hızlandırdığını ve doğum eyleminin daha hızlı gerçekleştiğini görüyorum. Özellikle efesman üzerinde çok etkisi olduğunu düşünüyorum” (E6 Yaş, 33, Lisans).

“Yani genel olarak hızlandığını düşünüyorum. Ama bazen işte erken açıldığı zaman ya da baş bebek doğru pozisyon almadığı zaman bebeğin çakıldığı durumlarda, atıyorum ilerlemediği durumlarla karşılaştım. Ama genel olarak doğumu hızlandırdığını düşünüyorum. Benim uyguladığım doğumlarda da genel olarak doğumlar hızlandı”(E11, Yaş, 42, Lisans).

Ebelerin Amniyotomi Uygulamaları

Bu başlıkta ebelerin amniyotomi uygulamadan önce, uygularken, uygulama sonrasında nelere dikkat ettikleri, amniyotomi uyguladıklarında doğumun seyrinde, annede bebekte gelişen durumların neler olduğu, ebelerin amniyotomi ile ilgili yasal süreç yaşayıp yaşamadıkları ve amniyotomi uygulaması için güncel bilgi durumu belirlemek amacıyla yapılmıştır. Ebelerin amniyotomi uygulamalarına ait 5 tema ve 15 alt tema altında toplanmıştır. Bu temalar;

1. Amniyotomi uygulama nedenleri,
2. Amniyotomi uygulaması ile ilgili dikkat edilen durumlar,
3. Amniyotomi sonrasında dikkat edilen durumlar,
4. Amniyotomi uygulaması ile ilgili onam ve yasal süreç ve
5. Amniyotomi ile ilgili güncel bilgileri kullanmadır.

Tablo 8. Ebelerin amniyotomi uygulama nedenlerine ilişkin bulguların dağılımı (n=11).

Tema	Alt Temalar	Kodlar	n
Amniotomi uygulama nedenleri	Fetal distress	Mekomyum tespiti (n=3)	11
		fetal sıkıntıda (n=8)	
	Doğumun hızlandırılması	Kontraksiyonu artırmak (n=1)	16
		İndiksiyonu desteklemek (n=1)	
		Erken amniyotomi uygulaması (n=1)	
		İş yükünü azaltmak (n=1)	
		Aktif fazda olduğunda (n=3)	
		Doğumu hızlandırmak (n=9),	
	Doğumun başlatılması	Miad aşımı (n=1),	1

Araştırmada ebelerin amniyotomi uygulama nedenlerine yönelik verdikleri yanıtlar “amniyotomi uygulama nedenleri” teması altında birleştirilmiştir. Amniyotomi uygulama nedenleri temasında “fetal distress, doğumun hızlandırılması, doğumun başlatılması”dan oluşan üç alt tema yer almıştır (Tablo 8). Ebelerin amniyotomi uygulama nedenlerine yönelik bazı ifadeleri şunlardır;

“Hangi nedenlerle eeee NST de FKA düşme eylemini geçirmişse, anne miad aşımı ise açarım. Annenin de açıklığı silinmesi uygunsa 5-6 cm üstündeyse silinmesi yüzde ellilerde ise başı oturmuş ise yani muayenesi uygunsa doğumu hızlandırmak ve indüksiyona destek olması açısından yaparım” (E2, yaş 27, Lisans).

“NST de CKS düşeceği zaman mayinin amniyon sıvısını saptamak amacıyla yaptığım işlem vardı. Onun dışında 7- 8 cm gebenin efesmanına göre doğuma yardımcı olması amacıyla, yaptığım dönemler oldu. Zaten mayi rengi eğer işte CKS’de düşmeler varsa mayi rengi berraksa, o zaman fetal distress düşündüğümüz oldu, doktorla ortak karar alarak eğer mekonyumlu bir mayi varsa mekonyum kaynaklı olduğu tabi yine fetal distressi düşündürüyor ama bu işleme amniyon sıvısının mekonyumlu olduğu düşmelerin olduğunu bize düşündürdü. CKS düşme sebebini saptamak için yaptım” (E1, yaş 40, Lisans).

“Neden uyguluyordum, doğum sürecini yönetmek amaçlı uyguluyorduk, neden olarakta, özellikle bebek başı otursun da doğum kanalındaki ilerlemesini hızlandırmak için kardinal hareketlerini bir anda aslında müdahalede olsa, ama doğum eylemi süresini

hızlandırdığı ve özellikle efasına da büyük etkisi olduğunu düşünüyorum. Ben amniyotominin. Amniyotomi yapıldıktan sonra bebek başı oturunca özellikle efasman daha hızlı ilerliyor ve doğum süreci daha çabuk oluyor”(E6, Yaş,33 Lisans).

“Doğumu hızlandırmak için kullanıyorum. Yani kullanıyorum kendim. Yani genel olarak doğumu hızlandırmak başın servikse yerleşmesini sağlamak. Uyguladığım doğumlar da etkisini görüyordum. Yani multiparlarda daha çok etkisini hissediyordum. Ama ikisinde de doğumu hızlandırdığını düşünüyorum. Zamanında yapıldığı zamanı”(E11, Yaş, 42, Lisans).

Tablo 9. Ebelerin amniyotomi uygulaması ile ilgili dikkat ettiği durumların dağılımı (n=11).

Tema	Alt Temalar	Başlangıç Kodlar	n
Amniyotomi uygularken dikkat edilen durumlar	Uygulama esnasına	Sancılı iken açmaya (n=1)	11
		Poşh gergin iken açmaya (n=1)	
		Mesenenin boş olmasına(n=2)	
		Gebenin klinik bulgularına(n=2)	
		Kontrollü açmaya (n=4)	
		Muayene bulgularına (n=5),	
		Malzemelerin tam olması(n=5)	
		Sterilite(n=6)	
	Anne sağlığına	Embolisi(n=1)	15
		Sancılarda azalma (n=1)	
		Sancılarda artma(n=2)	
		Kord prolopsusu(n=2)	
		Kanama(n=3)	
		Anksiye (n=4)	
		Enfeksiyon(n=9)	
	Bebek sağlığına	FKA da düşme(n=3)	10
		Mekonyum(n=4),	
		Kord prolopsusu (n=4),	
		Yenidoğan enfeksiyonu(n=4)	
		Kötü bir durumla karşılaşmadım (n=4)	
	Destekleyici bakım	Gebenin mahremiyetine (n=1)	12
		Gebe ile uyum halinde olmaya (n=2)	
		Psikolojik destek(n=2)	
		Anneye bilgi vermeye(n=7)	

Araştırmaya katılan ebelerin, amniyotomi uygulama ile ilgili dikkat ettiği durumlara yönelik verilen yanıtlarından“*amniyotomi uygularken dikkat edilen durumlar*” teması oluşturulmuştur. Çalışmada amniyotomi uygularken dikkat edilen durumlar temasına ait “*uygulama esnasına, anne sağlığına, bebek sağlığına ve destekleyici bakım*” alt temaları

tespit edilmiştir (Tablo 9). Ebelerin amniyotomi uygulaması ile ilgili dikkat ettiği durumlara yönelik bazı ifadeleri şunlardır;

“Amniyotomi uygularken, anne ile hareket etmek çok önemli bence bu durumda. Anneyi yönlendirirken, şu an bebeğinizin suyunu açtığımdan ve ona halk dilinde anlatarak ve onunda işleme katılmasını sağlayarak, çünkü o ıkınması gereken esnada ıkınmazsa amniyotomi yetersiz kalıyor nasıl yeteri kadar amniyon sıvıyı boşaltamıyorsun, bebeğin başını istediğin şekilde oturtamıyorsun ve dolayısıyla amniyotomi anne katılımı olmadan yetersiz oluyor. Onun katılımı ve onun yardımı ile yaptığımız da çok daha güzel sonuçlar elde ediyorsunuz. Ortamın hazırlığı da önemli, malzemelerinin olması ve mutlaka mesanenin boş olması gerekir bu işlemden önce. Hastanın da kendini rahat güvende hissedeceği mahremiyeti olması gerekiyor tabii ki doğum esnasında her işlem de olduğu gibi. Ve vajinal muayenesinin en az 4 cm yani aktif travaya girince yapıyorum” (E6, Yaş 33, Lisans).

“Yani şimdi amniyotomi uygularken, şimdi bunu bir tıbbi açıdan değerlendirmek lazım, biraz öncede söylediğim gibi gebe yönünden psikolojik yönünden değerlendirmek lazım, bir önceki sorudaydı sanırım, bunun psikolojik açıdan tanılayıp, gebenin ihtiyacı olan bakımı ya da desteği verdikten sonra tıbbi uygulamaya geçmek lazım. Yani şimdi bir kere erken dönemde, doğumun erken döneminde yani latent fazda eğer öyle bir uygulama yaparsanız, sezaryene gitme olasılığı çok yüksek olur. Doğumun genellikle amniyotomi yapmayı düşünüyorsanız, ikinci evresinde ya da artık geçiş evresinde yapmanız lazım. Bunun için şartların olgunlaşmış olması lazım, dilatasyon, efasman, başın angajesi yani siz kalkıp ta yüksekte duran bir başı açarsanız, açmaya çalışırsanız biliyorsunuz ki amniyotominin en büyük riski nedir? Kord prolapsusudur. Pat diye kord da gelebilir. Yani bu kısmi değerlendirmeleri iyi yapmanız gerekiyor. Latent dönemde açtınız neden sezaryane gidiyor, tabi yapılan araştırmalarda amniyotominin erken dönemlerde yapılması eğer doğum yavaş ilerliyor işte biz bunu açalım, poşunu açalım, herhan gibi tıbbi gereklilik yok NST güzel gidiyor son derece ritmik, herhangi bir desalerasyonum yok hiç bir şeyim yok, hani hızlansın çabuk bu işi sonlandıralım, kontraksiyonlar güçlensin diye düşünürsek, olmaz. Yavaş giden bir doğuma hiç bir şey etki etmez. Bu sefer bebek açısından da riskler başlar. Anne açısından da başlar” (E9, Yaş 46, Lisans).

“Amniyotominin bebek sağlığı üzerinde şöyle etkisi olabilir. Benim yaptırdığımdoğumlarda bebek mekonyumlu ise özellikle koyu mekonyumlu ise o amniyon sıvısı boşalınca bebek rahatlıyordu genellikle. Çünkü azda olsa mekonyumlu olması bebeği sıkıntıya sokar bebeğin mekonyumlu sıvıyı yutmasına sebep verir. O yüzden amniyotomi yapmak bazen bebeğin sağlığı açısından iyi geliyor bence” (E8, yaş 41, Lisans).

“Sterillige önem veriyorum. Anneye amniyotomi yapacağımı şu şekilde açıklıyorum doğumun yaklaştı suyunu açmam gerekiyor doğumun bir an önce hızlansın diye. Bebeğin FKA sına dikkat ediyorum. NST de reaktif mi ona dikkat ederim ona göre açarım. Muane bulgularımı tekrarda kontrol ederim. Ben uygularken sancı sırasında yani poşh gerginken açmaya dikkat ediyrum. Eee servikal osun altından iki parmağımın arasına amniyoperle işlemi gerçekleştiriyorum ve elimi hemen çekmiyorum. Eeee çünkü kordon sarkması olabiliyor. Bana hiç denk gelmedi ama arkadaşlarımda tanık oldum. Eeee suyunun iyice boşalması özellikle polihidro amniyossa suyunun iyice boşalmasına özen gösteriyorum. Sonrasında bebeğin kalp atımını tekrardan takip ediyorum. Eee suyu boşaldıktan sonrada normal doğum eylemine devam ediyorum yani takibe devam ediyorum” (E3 Yaş 27, Lisans).

Tablo 10. Ebelerin amniyotomi sonrasında dikkat ettiği durumlara ilişkin bulguların dağılımı (n=11).

Tema	Alt Temalar	Başlangıç Kodlar	n
Amniyotomi sonrasında dikkat edilen durumlar	Gebede oluşan değişiklikler	Muayene değişikliği (n=1)	27
		FKA da düşme (n=1)	
		Vasa previan (n=1)	
		Dekolman (n=2)	
		Annenin genel durumuna (n=3)	
		Kanama (n=4)	
		Enfeksiyon(n=5)	
		Kord prolapsusu(n=5)	
		Muayene tekrar (n=5)	
	Fetal kalp atımları	Bebeğin FKA takibine (n=10)	10

Ebelerin amniyotomi sonrasında dikkat ettiği durumlara yönelik sorulan sorulara verdikleri yanıtlar “*amniyotomi sonrasında dikkat edilen durumlar*” teması altında birleştirilmiştir. Amniyotomi sonrasında dikkat edilen durumlara ait “*gebede oluşan değişiklikler*” ve “*fetal kalp atımları*” olmak üzere iki alt tema belirlenmiştir (Tablo 10). Ebelerin amniyotomi sonrasında dikkat ettiği durumlara yönelik bazı ifadeleri şunlardır;

“Amniyotomi sonrasında bebeğin kalp atışı iyi mi onun dışında herhangi bir kordon sarkması var mı bunlara dikkat ediyorum. Poşh açıldıktan sonra bunun dışında herhangi bir sıkıntı yoksa tabi devam ediyorum işlemime, doğum yakınsa doğumu yaptırıyorum. Onun dışında yani bebeğin kalp atımlarını takip ediyorum annede herhangi bir şey oldu mu annede kanama artımı doğum hızlanıyor mu, bir kanama oluşumu kordon sarkma olabilir mi bunları takip ediyorum tabi ki bunların kesinlikle takip edilmesi gerektiğini düşünüyorum” (E4, yaş 27, Lisans).

“Amniyotomi sonrası fetal kalp atımları iyi mi, anne de extra anormal bir durum var mı, kanaması var mı kord sarkması gibi bulgular var mı bunları kontrol ediyorum. Eeee Sonrasın da ateş takibi yapıyorum. Gebeyi tekrar muayene ediyorum. Açıklık durumunu yani tekrar gözden geçiriyorum” (E7, yaş 30, Önlisans).

Tablo 11. Ebelerin amniyotomi uygulaması ile ilgili onam ve yasal süreç ile karşılaşma durumu (n=11).

Tema	Alt Temalar	Kodlar	n
Amniyotomi uygulaması ile ilgili onam ve yasal süreç	Olumsuz deneyim yok	Yasal bir süreç yaşamadım (n=1)	11
	Bilgilendirilmiş onam alma	Yazılı onam alıyorum (n=1)	20
		Sorumluluk paylaşımı (n=2)	
		Yazılı onam alınmalı (n=2)	
		Sözel onam alıyorum (n=3)	
		Doğum onamında tüm riskler alınıyor (n=3), Gebeyi bilgilendiriyorum(n=9)	
	Almama	Yazılı onam almıyorum (n=9)	9

Ebelerin amniyotomi uygulaması ile ilgili onam alma ve yasal süreç ile karşılaşma durumlarına yönelik yaptığı açıklamalar“*amniyotomi uygulaması ile ilgili onam ve yasal süreç*” temasında birleştirilmiştir. Amniyotomi uygulaması ile ilgili onam ve yasal süreç teması “*olumsuz deneyim yok, bilgilendirilmiş onam alma, almama*” olmak üzere üç alt temadan oluşmuştur (Tablo 11). Bu temaya yönelik ebelerin bazı açıklamaları;

“Herhangibir yasal süreç yaşamadım. Ben sözel olarak hastaya anlatıyorum. Amniyotomiye neden yapacağımızı, bunun ona neden faydalı olacağını anlatıyorum. Doğumun doğal sürecinde izlenmesi gerektiğine inandığım için, gerek duymadıkça yapmıyorum o yüzden yasal bir süreçle karşılaşmadım. Zaten normal doğum onamı alırken tüm riskler içinde yazdığı için yasal bir sıkıntı olabileceğini düşünmüyorum ancak amniyotomi için ayrıntılı bir yazılı onam olması bizi olası yasal süreçlerde koruyacağına inanıyorum”(E5 yaş33, lisans).

“Tabii ki. Hiçbir şekilde sadece bu amniyotomi ile ilgili değil herherhangi bir uygulama yapmadan önce rıza almak zorundasınız. Çünkü biz insanların bedenlerine kendilerinin rızası olmadan isteği dışında dokunamayız. Bu sizin içinde geçerli benim içinde geçerli. Eğer istemiyorsa da muhtemelen kliniklerde de vardır bizde de vardır. Tedavi red imzalatırız. Tabi ki yazılı onam oluyor bilgilendirmeyi yapıyoruz. Bu işlem yapılacak böyle olacak. Ama bazı durumlarda dediğim gibi, şimdi eğer bebekle ilgili sıkıntı varsa bu rıza konusu biraz daha yoruma açık. Tıbbi gereklilik bebekte riskli bir durum tamam siz izin vermiyorsanız, bizde bakmıyoruz bebeğiniz ölsün böyle bir şey yok. Mümkün değil”(E10 yaş 43, lisans).

“Hayır. Yani gebeye bilgi veririm. Şimdi suyunu acaşam doğumu hızlandırmak için diye hastaya haber verilir ama onam almadım. Yazılı bir onam alınmaz...”(E11, yaş 27, lisans).

“Tabii ki. Hiçbir şekilde sadece bu amniyotomi ile ilgili değil her herhangi bir uygulama yapmadan önce rıza almak zorundasınız. Çünkü biz insanların bedenlerine

kendilerinin rızası olmadan isteği dışında dokunamayız. Bu sizin içinde geçerli benim içinde geçerli. Eğer istemiyorsa da muhtemelen kliniklerde de vardır bizde de vardır. Tedavi red imzalatırız. Tabi ki yazılı onam oluyor bilgilendirmeyi yapıyoruz. Bu işlem yapılacak böyle olacak. Ama bazı durumlarda dediğim gibi, şimdi eğer bebekle ilgili sıkıntı varsa bu rıza konusu biraz daha yoruma açık. Tıbbi gereklilik bebekte riskli bir durum tamam siz izin vermiyorsunuz, bizde bakmıyoruz bebeğiniz ölsün böyle bir şey yok. Mümkün değil”(E9 Yaş 46, Lisans).

Tablo 12. Ebelerin amniyotomi uygulaması ile ilgili güncel bilgileri kullanma durumuna ilişkin bulgular (n=11).

Tema	Alt Temalar	Kodlar	n
Amniyotomi ile ilgili güncel bilgilerikullanma	Kullanma	Makale takip ediyorum (n=1)	7
		DSÖ verilerini takip ediyorum (n=1)	
		Kongreleri takip ediyorum (n=1)	
		Akademik makaleler (n=1)	
		Kurum içi eğitimlerle takip ediyorum(n=3)	
	Kullanmama	Sahadaki deneyimlerimi kullanıyorum (n=1)	4
		Standart bilgileri kullanıyorum(n=3)	

Ebelerin amniyotomi uygulaması ile ilgili güncel bilgileri kullanımına ilişkin verdikleri yanıtlar“amniyotomi ile ilgili güncel bilgileri kullanma” teması altında birleştirilmiştir. Bu tema altında “kullanma (n=7)” ve“kullanmama (n=4)” alt temalarının yer aldığı tespit edilmiştir (Tablo 12). Bazı ebelerin amniyotomi ile ilgili güncel bilgileri kullanma durumuna yönelik ifadeleri şöyledir;

“Açıkçası pek takip etmiyorum. Bazen körelleşiyoruz ya da nasıl diyeyim el pratiğimize çok çok güveniyoruz ve takip etmeyi bırakıyoruz ben kendi acımdan en azından böyle diyebilirim. Ama hastanenin vermiş olduğu hizmet içi eğitimler oluyor ondan faydalaniyorum tabi ki. Yani yüksek lisan ya da başka eğitimler alsaydık daha iyi olurdu ancak sahadaki tecrübelerden faydalaniyorum genellikle” (E8, yaş 41, lisans).

“Yani çok güncel bilgi bilmiyorum açıkçası standart öğrendiğimiz ve daha çok yaşadığın olaylara karşın verdiğim tepki ile yapıyorum. Hani çok güncel bilgi bilmiyorum”(E10, yaş 43, lisans).

“Açıkçası son zamanlar güncel bilgileri takip etmiyorum. Ama bir iki yıl önce makaleleri takip ediyordum. Kurum içinde verilen eğitimlerimiz var. Ancak kendi çabalarım ile güncel bilgileri şu an takip etmiyorum. Güncel bilgileri takip ettiğim zaman da müdahalesiz doğumu tabi ki savunuluyordu. Ancak ben gerektiği zaman da amniyotomi yapılması gerektiğini düşünüyorum”(E6, yaş,33, lisans).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada ebelerin, amniyotomi ile ilgili görüşlerini ve uygulamalarını ortaya koymak amacıyla 11 ebe ile görüşme yapılmıştır. Bu görüşmelerin sonucunda elde edilen bilgiler ebelerin amniyotomi uygulaması konusundaki mevcut durumlarını açığa çıkarması bakımından önemlidir.

Çalışmada ebelerin amniyotomi ile ilgili görüşlerinin, “*amniyotomi uygulanmalı*”, “*amniyotomi uygulanmamalı*” iki farklı görüşte oldukları tespit edilmiştir. Ingvarsson ve diğerleri, 2020 yılında İsveç’deki ebelerin amniyotomi ile ilgili deneyim ve görüşlerinin incelendiği bir nitel çalışmada, ebelerin amniyotomi ile ilgili olarak, anne ve bebeğin sağlığında bir sıkıntı olmadığı sürece doğumu hızlandırmak için uygulanabileceğini görüşünde oldukları sonucuna varılmıştır. Aynı zamanda ebelerin amniyotomiyi hem basit hem karmaşık, hem güvenli, hem de riskli olarak deneyimledikleri belirtilmiştir. Bizim çalışmamıza katılan ebelerin, amniyotomi ile ilgili olarak farklı görüşte olduğu sonucuna varılmıştır. Önemli bir kısım ebenin amniyotominin doğumu hızlandırdığı, anne ve bebek sağlığı bakımından risklerinin olmadığı ve bu yüzden rutin olarak uygun muayene koşullarında uygulanması gerektiği görüşünde oldukları tespit edilmiştir. Diğer grup ebelerinde, amniyotomiyi hem doğum sürecine, hem anne, hem de bebek sağlığı açısından riskli olduğunu düşündükleri ve zorunlu olmadıkça uygulanmaması görüşünde oldukları sonucuna varılmıştır.

Bu çalışmada, ebelerin amniyotomi uygulama nedenlerinin ‘*fetal distress, doğumun hızlandırılması ve doğumun başlatılması*’ olduğu saptanmıştır. Cooley ve diğerleri (2010), çalışmalarında amniyotomi uygulama nedenlerini, doğumun başlatmak ve doğumun hızlandırmak amaçlı yapıldığı ve gelişmekte olan ülkelerde daha yaygın olduğu rapor etmişlerdir. Karakoç ve diğerleri (2020), ise ülkemizde amniyotomi uygulamasının en yaygın nedeninin aktif fazdaki doğumu hızlandırmak olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca bazı literatürde yer alan bazı çalışmalarda da amniyotominin doğum eyleminin süresini kısaltmada etkili olduğu rapor edilmiştir (Alfireviç ve diğerleri, 2016). Bu sonuçlara göre, ebelerin görüşlerinin literatürde yer alan bilgiler ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Çalışmada ebelerin, amniyotomi uygulama ile ilgili dikkat ettiği durumların “*uygulama esnasına, anne sağlığına, bebek sağlığına ve destekleyici bakım*” olduğu tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada da benzer olarak, amniyotomi uygulamadan önce, vajinal muayene yapılması, açıklık, efasman ve fetal başın seviyesinin değerlendirmesi ve muayene bulguları

uygunsa, amniyotominin uygulanması gerektiğini bildirilmiştir (Karakoç ve diğerleri, 2020). Yine bu çalışmada da ebelerin amniyotomi uygulamadan önce benzer şekilde muayene bulgularına bakarak amniyotomi yaptıkları, amniyotomi uygulamadan önce gebeyi amniyotomi ile ilgili bilgilendirdikleri ve rahatlattıkları sonucuna varılmıştır. Öztürk ve arkadaşları da ebelerin, gebeye amniyotomi uygulaması ile ilgili gebeye bilgi vererek, gebeyi rahatlatmalı, annenin genel durumunu izlemeli, uygulamadan önce fetal kalp atımlarını takip etmeli, anneden yazılı ve sözlü onam alınması gerektiğini belirtmişlerdir (Öztürk ve diğerleri, 2018). Bu sonuçlar ebelerin uygulamalarının literatür bilgilerine göre yaptıklarını göstermesi bakımından değerlidir

Araştırmada ebelerin amniyotomi uyguladıktan sonra “*gebede oluşan değişiklikler ve fetal kalp atımlarını*” izledikleri tespit edilmiştir. Karakoç ve diğerlerinin (2020), yaptığı çalışmada da ebelerin amniyotomi sonrası gebenin genel durumu, yaşam bulguları, kanama ve enfeksiyon belirtileri, kord prolapsusu, fetal kalp atımı ve amniyotik mayinin rengini izlemeleri gerektiği belirtilmiştir. Bu sonuçlar ebelerin amniyotomi sonrası gerekli izlemleri yaptıklarını göstermesi bakımından önemlidir.

Araştırmada ebelerin amniyotomi uygulaması ile ilgili onam ve yasal süreç ile ilgili, “*olumsuz deneyim yok, bilgilendirilmiş onam alma ve almama*” uygulamalarının olduğu tespit edilmiştir. Yine bu çalışmaya katılan tüm ebeler amniyotomi uygulaması ile ilgili yasal süreç yaşamadıklarını, yasal süreçle karşılaşma durumunda da tek sorumluluğun kendilerinde olmadığını, tüm ekibin sorumlu olduğunu (hekim, ebe) ifade etmişlerdir. İsviçre’deki ebelerin amniyotomi ile ilgili deneyim ve görüşlerini ortaya koymak için 2020 yılında yapılan nitel bir çalışmada, ebelerin amniyotomi uygulaması ile ilgili oluşabilecek olumsuz tüm durumların yasal süreçleri ile ilgili sorumlulukları üstlendiklerini ifade etmişlerdir (Ingvarsson ve diğerleri, 2020). Karacam ve diğerleri (2018), ebelerin amniyotomi uygulamadan önce yazılı onam almaları gerektiği ve gebeyi uygulama ile ilgili detaylı bilgi vermesi gerektiğini belirtmişlerdir. Çalışmamıza katılan ebeler de amniyotomi uygulaması ile ilgili ayrı bir yazılı onam olması gerektiği görüşündedirler.

Bu araştırmada, bazı ebelerin amniyotomi uygulaması ile ilgili güncel bilgileri kullandıkları ve bazılarının kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Güncel bilgileri takip eden ebeler makale, DSÖ verilerini, kongreler ve kurum içi eğitimler yoluyla amniyotomi konusundaki gelişmeleri takip ettiklerini söylemişlerdir. Amniyotomi ile ilgili güncel bilgileri takip etmeyen ebeler mevcut bilgi ve deneyimleri ile uygulamaları sürdürdüklerini ifade

etmişlerdir. Literatürde ebelerin amniyotomi ile ilgili güncel bilgi kullanım durumunailişkinbilimsel bir çalışma bulunamamıştır. Bu konuda çalışma yapılmasına gereksinim bulunmaktadır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar

Ebelerin amniyotomi ile ilgili görüş ve uygulamalarını incelemek amacıyla, nitel yöntem desenlerinden fenomenolojik olarak yapılan bu araştırma sonuçları aşağıda verilmiştir;

Ebelerin amniyotomi uygulaması ile ilgili görüşlerine yönelik sonuçlar

- Ebelerin çoğunluğu amniyotomi uygulamasının, doğumu hızlandırdığı doğum sürecini kısalttığı için anne ve bebeğin yararına olduğunu ve bu yüzden uygun servikal muayene koşullarına göre rutin olarak yapılması gerektiği,
- Ebelerin bir kısmı da amniyotomi uygulamasının doğum süresine etkisi olmadığını, risklerinin yüksek olduğunu ve bunun da anne ve bebeğin sağlığını olumsuz etkileyeceğini, doğumun doğal bir süreç olduğunu ve amniyotominin bu doğal sürece bir müdahale olduğu için rutin olarak yapılmamasını,
- Ebelerin amniyotomi uygulaması ile ilgili yazılı bir onam olması gerektiği görüşünde oldukları sonuçlarına ulaşmışlardır.

Ebelerin amniyotomi uygulamalarına yönelik sonuçlar

- Ebelerin amniyotomi uygulamadan önce, gebeleri bilgilendirdikleri ve mahremiyetini koruyarak ve gebeyi rahatlattıktan sonra uygulama yaptıkları,
- Ebelerin amniyotomi uygulamadan önce, malzemelerin tam olmasına dikkat ettikleri ve sterilite koşullarına uyarak yaptıkları,
- Ebelerin amniyotomi uygulama kararı almadan önce, servikal muayene ile Bishop skor değerlendirmesini yaptıktan sonra uyguladıkları,
- Ebelerin amniyotomi uygularken, uygulama ile ilgili gebeye kısa bilgi verdikleri ve sözel onam aldıkları,
- Amniyotomi uygularken, gelişebilecek riskleri önlemek amacı ile amniyotomi, kontrollü uyguladıkları ve uygulamadan sonra, annenin genel durumu ile bebeğin FKA'sını takip ettiklerini,
- Amniyotomi uygulamasından sonrasında gelişebilecek risklerden en fazla kord prolapsusu ile karşılaştıkları,
- Ebelerin bazıları amniyotomi ile ilgili güncel bilgileri takip ederken, bazılarının ise

etmedikleri, bilgi edinemlerin bilgi kaynağı olarak kurum içi eğitimler, makalalar ve kongrelerden yararlandıkları ve

- Amniyotomi uygulaması ile ilgili yasal süreç yaşamadıkları sonuçlarına varılmıştır.

Öneriler

Ebelerin amniyotomi uygulaması ile ilgili görüş ve uygulamalarının incelendiği bu çalışmada;

- Kliniklerde çalışan ebelerin, amniyotomi uygulamasını anne ve bebekle ilgili bir sıkıntı olmadıkça rutin olarak uygulamaması ve doğumu doğal süreçte takip edilmesi,
- Ebelerin, sahadaki deneyimlerinin yanında, amniyotomi ile ilgili güncel bilgileri takip edebilmeleri,
- Sağlık yönetici ve politika geliştiricilerin, kurum içi eğitimlerinde, amniyotomi uygulaması ile ilgili güncel bilgilere daha fazla yer vermeleri ve eğitim içeriğinin son güncel bilgilere göre hazırlanmasını sağlamaları,
- Sağlık yöneticilerinin amniyotomi uygulaması ile ilgili özel yazılı bir onam protokolu hazırlamaları ve uygulanmasını sağlamaları ve desteklemeleri,
- Örgün ve yaygın eğitim birimlerinde görev yapan ebelerin hizmet içi eğitim programlarında amniyotomi uygulaması ile ilgili eğitimlerin hazırlanması ve alanda çalışan ebelere bu eğitimleri sunarak, amniyotomi uygulaması ile ilgili farkındalığı artırmaları ve
- Ebelerin amniyotomi uygulama nedenlerini, uygulamalarını, görüşleri ve deneyimlerini içeren daha kapsamlı ulusal verileri açığa çıkarabilecek niceliksel ve niteliksel çalışmalar yapılması önerilebilir.

KAYNAKÇA

- Aksayan S., Emiroğlu N. (2002). Araştırmanın Tasarımı. IN: Hemşirelikte Araştırma: İlke Süreç ve Yöntemleri (Editör: Erefe İ.) İstanbul, pp. 65–124.
- Alfirevic, Z., Keeney, E., Dowswell, T., Welton, N. J., Medley, N., Dias, S., Caldwell, D. M. (2016). Which method is best for the induction of labour? A systematic review, network meta-analysis and cost-effectiveness analysis. *Health technology assessment*, 20(65), 1-583
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Approaches to limit intervention during labor and birth. ACOG Committee Opinion No. 766. *Obstet Gynecol*, 133(2), e164-e173.
- Barrett, J. F., Savage, J., Phillips, K., Lilford, R. J. (1992). Randomized trial of amniotomy in labour versus the intention to leave membranes intact until the second stage. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 99(1), 5-9.
- Baltacı, A. (2019). Nitel araştırma süreci: Nitel bir araştırma nasıl yapılır?. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 368-388.
- Bala, A., Bagga, R., Kalra, J., Dutta, S. (2018). Early versus delayed amniotomy during labor induction with oxytocin in women with Bishop's score of ≥ 6 : a randomized trial. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 31(22), 2994-3001.
- Başgöl, Ş ve Beji, N. K. (2015). Doğum eyleminin birinci evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 32-39.
- Baş T, Akturan U. (2013). Nitel Araştırma Yöntemleri, 2. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2013, 21-22.
- Battarbee, A. N., Glover, A. V., Stamilio, D. M. (2020). Association between early amniotomy in labour induction and severe maternal and neonatal morbidity. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 60(1), 108-114.
- Battarbee, A. N., Palatnik, A., Peress, D. A., Grobman, W. A. (2016). Association of early amniotomy after Foley balloon catheter ripening and duration of nulliparous labor induction. *Obstetrics & Gynecology*, 128(3), 592-597.

- Baylas, A., Yapar, E.(2017). Amniyotominin eylem süresi, sezaryen oranları, maternal ve fetal sonuçlar üzerine etkisi. *Perinatoloji Dergisi*, 25(1), 19-25.
- Baxter, P., Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers. *The qualitative report*, 13(4), 544-559.
- Bricker, L., Luckas, M. (2000). Amniotomy alone for induction of labour.Cochrane Database Systematic Review (4)27.08.2019, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002862>
- Bütün, M; Demir, SB,(2016).Nitel Araştırma Yöntemleri, *Siyasal Kitabevi*, Ankara, 2016, 343.
- Bostancı, E., Eser, A., Yayla Abide, C., Kılıccı, C., Kucukbas, M. (2018). Early amniotomy after dinoprostone insert used for the induction of labor: a randomized clinical trial. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 31(3), 352-356.
- Cooley, SM., Geary, MP., O'Connell, MP., McQuillan, K., McParland, P., Keane, D. (2010). How effective is amniotomy as a means of induction of labour?.*Irish Journal of Medical Science*, 179(3), 381–383.
- Cohain, J. S. 2013 Amniotomy and Cord Prolapseby Judy Slome Cohain. *Amniotomy and Cord Prolapse–by Judy Slome Cohain*, [www. Midwiferytoday. com/articles/amniotomy. asp](http://www.Midwiferytoday.com/articles/amniotomy.asp).
- Connelly, L. M. (2016). Trustworthiness in qualitative research. *Medsurg Nursing*, 25(6), 435-437
- De Vivo, V., Carbone, L., Saccone, G., Magoga, G., De Vivo, G., Locci, M., Berghella, V. (2020). Early amniotomy after cervical ripening for induction of labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American journal of obstetrics and gynecology*, 222(4), 320-329.
- Deniz, A. (2007).Comparison of PAMG-1 versus IGFBP-1 and Nitrazine in Diagnosis of Rupture of Membranes. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 17(1), 262-265.
- Dilbaz, B., Ozturkoglu, E., Dilbaz, S., Ozturk, N., Sivaslioglu, A. A., Haberal, A. (2006). Risk factors and perinatal outcomes associated with umbilical cord prolapse. *Archives of gynecology and obstetrics*, 274(2), 104-107.

- Erenel, A. Ş., Çiçek, S. (2018). Doğum Eylemine Yapılan Müdahalelerin Anne ve Çocuk Sağlığına etkileri. *SDU Journal of Health Science Institute/SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(2).
- Erdoğan S., Nahcivan N., Esin MN.(2014). Hemşirelikte Araştırma Süreç, uygulama ve etik. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 403.
- Fraser,WD., Turcot, L., Krauss, L., Brisson, G. (2009). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Chochrane Database SysRev*,15(2).28.08.2019 <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000015>
- Fraser, W. D., Turcot, L., Krauss, I., Brisson-Carrol, G., Smyth, R. (2000). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000;(2):CD000015. doi: 10.1002/14651858.CD000015.
- Garite, TJ., Porto, M., Carlson. NJ.,Rumncy, PJ., Reimbold, PA. (1993).Theinfl u of electivearnniotomy on fetalheart rate pattem sand the course of labor in termparientsa. Randomize study *A M J.Obste T Gynecol.* 168(6), 1827-31
- Gezginç, K.,Selimoğlu R., Yazıcı F, (2012). Current Management Of Premature Rupture Of Membranes. *Selcuk Medical Journal*, 29(1), 42-48.
- Güler A, Halıcıoğlu MB, Taşğın S. (2013). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Anmat Matbaacılık San. Ltd. Şti. Ankara, p.85-97.
- Güleç Şatır, D., Atan, Ş. Ü., Taner, A., Gün, S. (2018).Kadın doğum kliniklerinde çalışan hemşire ve ebelerin doğal doğum ve doğumda uygulanan müdahalelere ilişkin bilgi ve görüşlerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma*, 15(4), 222-227.
- Ghafarzadeh, M., Moeininasab, S., Namdari, M. (2015). Effect of early amniotomy on dystocia risk and cesarean delivery in nulliparous women: a randomized clinical trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 292(2), 321-325.
- Gültekin, İ. B., Al, R. A., Gültekin, S., Dölen, İ. (2016). Sublingual ve Vajinal Misoprostol İle Doğum İndüksiyonu Sonrasında Başarılı Vajinal Doğumu Öngörmede Sonografik Servikal Uzunluk ve Bishop Skorunun Karşılaştırılması. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 13(3), 107-111.
- Glesne C. (2014).Nitel Araştırmaya Giriş. İn: Ersoy, A ve Yalçınoglu (Eds), P. Anı Yayıncılık, Ankara, 65-66.

- Jyothi, K., Shakunthala, S. (2019). Compare the effect of amniotomy and oxytocin infusion in duration of labour *Contracept Obstet Gynecol.* 2019 Aug;8(8):3123-3128
- Howarth, G., Botha, DJ. (2001). Amniotomy plus intravenous oxytocin for induction of labour. *Cochrane Database SystRev*, (3) 30.08.2019
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003250>
- Hofmeyr, G. J. (2005). Evidence-based intrapartum care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 19(1), 103-115. 08.01.2021
- International Confederation of Midwives (2018). Essential Competencies for Basic Midwifery Practice Care During Labour And Birth. 16-18 <https://www.internationalmidwives.org/>
- Ingvarsson, S., Schildmeijer, K., Oscarsson, M. (2020). Swedish midwives' experiences and views of amniotomy: An interview study. *Midwifery*, 91, 102840.
- Karaçam, Z., Kurnaz, D., Güneş, G. (2017). Evaluating the content and quality of intrapartum care in vaginal births: An example of a state hospital *Türk J Obstet Gynecol*, 14(2), 10-7
- Karaçam, Z., Ekmen, H., Çalışır, H. (2012). The Use of Perineal Massage in the Second Stage of Labor and Follow-Up of Postpartum Perineal Outcomes, *Health Care for Women International*, 33:8, 697-718.
- Karaçam, Z., Akyüz, E. (2011). Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe/hemşirenin rolü. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(1), 45-53
- Karaçam, Z., Olgaç, Z. (2017). Doğum ve Kadın Hastalıkları Alanında Çalışan Hemşire, Ebe ve Hekimlerin Anne-Dostu Doğum Uygulamalarına İlişkin Görüşleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(3), 153-165
- Karademir, Ö. (2005). Bishop Skorunun Başarılı Doğum İndüksiyonunun Ön görülmesindeki Değeri.
- Karakoç, H., Eriç, J., Kul, A. (2020). Amniyotominin eylem süresi ve maternal-fetal sonuçlar üzerine etkisi: Retrospektif analiz. *Acta Medica Nicomedia*, 3(1), 10-14.
- Kawakita, T., Huang, C. C., Landy, H. J. (2018). Risk factors for umbilical cord prolapse at the time of artificial rupture of membranes. *AJP reports*, 8(2), e89.
- Koyuncu, K., Özgür, K., Söylemez, F. (2016). Amnion Sıvısı Dinamikleri. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 13(2), 75-77.

- Kim, S. W., Nasioudis, D., Levine, L. D. (2019). Role of early amniotomy with induced labor: a systematic review of literature and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 1(4), 100052.
- Levy, R., Ferber, A., Ben-Arie, A., Paz, B., Hazan, Y., Blickstein, I., Hagay, Z. J. (2002). A randomised comparison of early versus late amniotomy following cervical ripening with a Foley catheter. *BJOG: an international journal of obstetrics & gynaecology*, 109(2), 168-172.
- Lieberman, E., O'Donoghue, C. (2002). Unintended effects of epidural analgesia during labor. A systematic review. *A M J. Obstet Gynecol* 186, S.31-S68.
- L, Hanson. (2018). Doğum sürecini desteklemede kullanılan düşük teknoloji klinik müdahaleler: Membranların yapay rüptürü. (Ed.), İ.G, Gözde, *doğum süreci el kitabı hemşire, ebe ve hekimler için distosiyi önleme ve tedavide erken müdahaleler*. (3.bs, ss 246). İstanbul: İstanbul Tıp kitabevi yayıncılık.
- Majeed, N., Tariq, S. (2013). Comparison of artificial rupture of membranes with intact membrane in labouring multigravidae. *Journal of Rawalpindi Medical College*, 17(2), 234-237.
- Mozurkewich, EL., Chilimigras, JL., Berman, DR., Perni, UC., Romero, VC., King, VJ. (2011). Methods of induction of labour. A systematic review *BMC Pregnancy Childbirth*, 11(84), 2-19.
- Morse, J. M. (2016). *Mixed method design: Principles and procedures*. New York: Routledge.
- NICE guideline. Induction of labour. (2014). National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. National Institute for Health and Clinical Excellence 2008. www.nice.org.uk/nicemedia/live/41255.pdf.
- O'Driscoll, K., Foley, M., MacDonald, D. (1984). Active management of labor as an alternative to cesarean section for dystocia. *Obstetrics and gynecology*, 63(4), 485-490.
- Pasko, D. N., Miller, K. M., Jauk, V. C., Subramaniam, A. (2020). Pregnancy outcomes after early amniotomy among class III obese gravidas undergoing induction of labor. *American journal of perinatology*, 36(05), 449-454.
- Patton QM. (2014). Nitel Araştırma ve Değerlendirme Yöntemleri, İn: Bütün, M. Demir, BS. (Eds) 1.baskı, Pegem Akademi, Ankara, 2014, 107.

- Pinar, S., Karaçam, Z. (2018). Applying fundal pressure in the second stage of labour and its impact on mother and infant health. *Health care for women international*, 39(1), 110-125.
- Rathfisch, G. Y., Güngör, İ. (2009). Doğum eyleminin birinci evresinin yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 11(3), 53-64.
- Ray, A., Ray, S. (2014). Antibiotics prior to amniotomy for reducing infectious morbidity in mother and infant. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10).
- Ruamsap, K., Panichkul, P. (2017). The Effect of Early Versus Late Amniotomy on The Course of Labor. *J Med Assoc Thai*, 100(2), 125-32.
- Rhoades, J. S., Cahill, A. G. (2017). Defining and managing Normal and abnormal first stage of labor. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 44(4), 535-545.
- Smyth, R. M., Markham, C., Dowswell, T. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
- Taşkın, L. (2020). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği: Amniyotomi*. (16.baskı ss,378) Ankara: Akademisyen kitap evi
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı (2018). Anne dostu hastane değerlendirmeci rehberi ISBN :978-605-68705-2-1 Sağlık Bakanlığı Yayın No :1100
- Tong, A., Sainsbury, P., Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care*, 19(6), 349-357.
- Öztürk, G. Çakaloğlu, K. D., Canbay, Çoban, A., Karaçam, Z., Taşpınar, A. (2018). Doğum eyleminde temel ebelik uygulamaları. Z. Karaçam (Ed.), *Temel Ebelik Uygulamaları Rehberler ve Değerlendirmeler* (1. bs, Ss. 266-69). Ankara: Nobel Tıp Yayıncılık.
- Varvoutis, M. S., Sayres, L. C., Dotters-Katz, S. K. (2020). Is Early Amniotomy Associated with Higher Likelihood of Vaginal Birth after Cesarean?. *AJP reports*, 10(1), e37.
- Vazani, Y., Feyzabadi, Z., Ghorbani, F., Daneshfard, B. (2021). Early description of amniotomy in medieval Persia. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 47(3), 1064-1067.
- Yıldırım A, Şimşek H. (2016). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri, 9. Baskı, *Seçkin Yayıncılık*, Ankara, 53- 272.

- Wei, S., Wo, B. L., Qi, H. P., Xu, H., Luo, Z. C., Roy, C., & Fraser, W. D. (2013). Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9). published: 07 August 2013
- WEB 1. Mezuniyet Öncesi Ebelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (EUÇEP) 2016. <http://www.yok.gov.tr/documents/10279/30571835/ebelik.pdf>. (18.03.2021)
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. ISBN 978-92-4-155021

