

# Oksitosin Uygulamalarında Hekim, Ebe ve Hemşirelerin Rolü

Nurdan Demirci, Özlem Gürkan, Hediye Arslan, Zübeyde Ekşi

Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, İstanbul

## Özet

**Amaç:** Doğumhanelerde çalışan hekim, ebe ve hemşirelerin oksitosin uygulamalarını değerlendirmek ve uygulama sırasında karşılaştıkları güçlükleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

**Yöntem:** Hastanelerin doğumhanelerinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 53 ebe ve hemşire ile 25 hekim çalışma kapsamına alınmıştır. Ebe, hemşire ve hekimlere oksitosin kullanımı, kullanım sırasında karşılaştıkları sorunlar ve çözüm önerileri ile ilgili sorular sorulmuş, elde edilen veriler yüzdeler ve kalitatif olarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Oksitosin uygulaması sırasında ebe ve hemşirelerin %84.9'u, hekimlerin %76'sı güçlük yaşamaktadır. Yaşanan güçlükler; hastaların tedaviye uyumsuzluğu, takipteki aksamalar, malzeme eksikliği ve oksitosin protokolünün bulunmamasından kaynaklanmaktadır.

**Sonuç:** Oksitosin uygulaması sırasında karşılaşılan güçlükler, oksitosin protokolü kullanımı ile azaltılabilir niteliktedir.

**Anahtar Sözcükler:** Oksitosin kullanımı, sağlık personelinin rolü

## Role of doctors, midwives and nurses in oxytocin administration

**Objective:** In order to evaluate oxytocin administration and determine the difficulties encountered by doctors, nurses and midwives.

**Methods:** 53 midwives and nurses and 25 doctors who accepted to participate were included in the study. Questions about the difficulties of oxytocin administration and solution suggestions for these difficulties were addressed and acquired data was evaluated quantitatively and qualitatively.

**Findings:** 84.9% of midwives and nurses 76% of doctors have experienced difficulties during oxytocin administration. There are difficulties of oxytocin administration because of uncooperative patients, lack systematic of monitoring, sufficient equipment and an oxytocin protocol.

**Result:** Difficulties encountered during oxytocin administration can be decreased by using oxytocin protocols.

**Keywords:** Oxytocine usage, role of health professional

## Giriş

Sentetik oksitosin, güncel obstetrikte ülkemizde ve dünyada yaygın olarak kullanılan, FDA (Food and Drug Administration) tarafından onaylanmış

bir ilaçtır. Doğumun indüksiyonu, terapötik abortus, doğum sonu kanamanın önlenmesi ve doğumdan sonra süt salgılanmasının sağlanması amacıyla kullanılan oksitosinin kullanım sıklığı, günümüzde giderek artmaktadır.<sup>1-7</sup>

Amerika Birleşik Devletlerinde 1997 yılında 708.151 doğumda (toplam doğumların %18.4'ü) oksitosin kullanıldığı bildirilirken, 2002 yılında bu oran %20 olarak belirtilmiştir.<sup>1,8</sup>

Ülkemizdeki doğum kliniklerinde oksitosin kullanım oranıyla ilgili veriler bulunmamakla birlikte, doğumun indüksiyonu için kullanımının yaygın olduğu bilinmektedir.

Gebeliğin sonlandırılması gereken durumlarda (gebeliğe bağlı hipertansiyon, erken membran rüptürü, koryoamniyonit, anormal gebelik testleri (Anensefali, kromozom anomalileri vb), intrauterin gelişme geriliği, Rh uygunsuzluğu, miad aşımı, anede diyabet, böbrek hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve kalp hastalığının olması), miadında/miad aşımı olan bir gebede doğum ağrılarının başlatılması ya da yetersiz ağruların artırılması için oksitosin kullanımı önerilir.<sup>4,9,11,12,17</sup>

Kullanım öncesi hastanın ve fetüsün özenli değerlendirilmesi, kullanım sırasında anne ve fetüsün dikkatli izlenmesi, ortaya çıkabilecek komplikasyonları önlemek için elzemdir. Oksitosinin özensiz kullanımı anne ve bebeğin zarar görmesine neden olabilir.<sup>2,4,11,12</sup>

Uygulama için gerekli ön koşullar sağlandıktan sonra tedaviye başlama kararı verilmelidir. Son yıllarda oksitosinin başlangıç ve artış dozlarıyla ilgili ACOG (American Collage of Obstetricians and Gynecologists) tarafından kabul görmüş 2 tedavi protokolü vardır. ACOG 1999 Kasım bülteninde düşük ve yüksek doz tedavi protokolünü açıklamıştır (Tablo 1).<sup>8</sup> ACOG oksitosin tedavisinin 1000 cc isotonik sıvı içerisinde 10 ünite oksitosin ilave edilerek hazırlanmasını önermektedir.

Oksitosinin hiperstimülasyon (fetal kalp hızında bozulma olsun ya da olmasın), ablasyo plasenta,

uterus kan akımında bozulma, hızlı doğum eylemi, uterus rüptürü, hiponatremi ve postpartum kanama gibi annenin sağlığını tehdit eden, fetal hipoksi, hiperbilirubinemi, hızlı doğum eylemi sonucu fetal travma ve fetal ölüm gibi fetüsün sağlığını etkileyen yan etkileri vardır. Ayrıca oksitosin vücutta zayıf bir antidiüretik hormon etkisi yaparak sıvı intoksikasyonunun gelişmesine neden olabilir. Sıvı intoksikasyonunun belirtileri laterji, baş ağrısı ve görme bulanıklığıdır. Ciddi sıvı intoksikasyonu; konvülsiyonlar, koma ve serebral ödeme bağlı ölümlere yol açabilir.<sup>1,3-5,7,8,10,13,16</sup>

Sıvı intoksikasyonunu önlemek amacıyla ACOG tarafından oksitosinin izotonik solüsyon içinde verilmesi gerektiği vurgulanmıştır.<sup>1</sup>

Oksitosin uygulamaları sırasında hem fetüs hem de anne sağlığını etkileyebilecek komplikasyonların önlenmesi için hekim, ebe ve hemşirelerin dikkatli davranmaları gerekir.

Ebe ve hemşireler oksitosin uygulaması sırasında IV (Intra Venöz) solüsyonun hazırlanması, uygulama sırasında ve öncesinde hastanın kontrendikasyonlar yönünden değerlendirilmesi, uterusun ve fetüsün tedaviye cevabının değerlendirilmesi sorumluluğuna sahiptir.<sup>11-15</sup>

Çalışmamızın amacı; İstanbul ilinde bulunan ve doğum sayıları fazla olan devlet ve SSK hastanelerinde çalışan hekim, ebe ve hemşirelerin oksitosin uygulamalarındaki rollerini saptamak ve karşılaştıkları güçlükleri tanımlamaktır.

## Yöntem

Araştırma kapsamına; İstanbul ilinde hizmet veren, aylık doğum sayısı 100 ve üzerinde olan basit rastlantısal yöntemle seçilmiş, Sağlık Bakanlığı'na

**Tablo 1.** Oksitosin ile doğumun indüksiyonu: Düşük doz ve yüksek doz tedavi protokolü (oksitosin uygulama şekli) (ACOG tarafından önerilmiştir).

Tedavi	Başlangıç dozu mÜ/dk	Kabul gören artış miktarı (mÜ/dk)	Doz artış aralıkları (dk)
Düşük doz	0.5-1	1	30-40
	1-2	2	15
Yüksek doz	~6	~6	15
	6	6*, 3,1	20-40

\*: Bu miktar hiperstimülasyon varlığında 3 mü/dk'ya azaltılır ve hiperstimülasyon tekrarlarsa 1 mü/dk azaltılır.

bağlı 7 araştırma ve uygulama hastanesi alınmıştır. Araştırma 1-15 Ocak 2004 tarihleri arasında hastanelerin doğumhanelerinde tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, hastanelerin doğum ünitelerinde çalışan tüm ebe, hemşire ve hekimler oluşturmuştur. Hastanelerin doğumhane ünitelerinde vardiya ya da rotasyonla değişmekle birlikte toplam 95 ebe ve hemşire, 55 hekim (araştırma sürecinde doğumhane rotasyonunda olan) hizmet vermektedir. Araştırmaya katılmayı kabul eden 53 ebe-hemşire ile 25 hekim araştırmanın örneklem grubuna alınmıştır.

Veriler araştırmacı tarafından ebe, hemşire ve hekimler için farklı hazırlanmış soru formları kullanılarak elde edilmiştir.

Ebe ve hemşireler için hazırlanan soru formunda; oksitosin tedavisini uygulamadan önce neler yaptıkları, tedavi uygulaması sırasındaki rolleri, tedavinin etkileri, oksitosin uygulaması sırasında yaşanan sorunlar ve sorunlara yönelik çözüm önerilerini içeren sorular yer almıştır.

Hekimler için hazırlanan soru formunda ise oksitosin tedavisine başlama kriterleri, oksitosin uygulamalarıyla ilgili yaşadıkları sorunlar ve çözüm önerileri, oksitosin uygulamaları sırasında ebe ve hemşirelerden beklentilerini içeren sorular bulunmaktadır.

Ebe, hemşire ve hekimler için hazırlanmış soru formları araştırmacılar tarafından bireylerle karşılıklı görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuştur.

Elde edilen veriler yüzdeler ve kalitatif olarak değerlendirilmiştir.

## Bulgular

Araştırma kapsamına aldığımız hastanelerde farklı oksitosin uygulamaları olduğu ve hiç birinde yazılı ve kurum tarafından kabul görmüş oksitosin tedavi protokolü bulunmadığı belirlendi.

Araştırma kapsamına alınan 25 hekimden %20'si uzman, %80'i asistan doktordu. Hekimlerin doğumhaneindeki çalışma sürelerini incelediğimizde; ortalama  $31.9 \pm 37.1$  aydı.

Araştırma kapsamındaki 53 ebe ve hemşirenin %11.3'ü hemşire, %8.1'i ebe ve %7.5'i sorumlu ebe idi.

Ebe ve hemşirelerin %64.2'si ön lisans, %26.4'ü sağlık meslek lisesi ve %9.4'ü lisans mezunuydu ve çalışma süreleri ortalama  $6.6 \pm 6.6$  yıldır.

Hekimlerin tamamı, oksitosin tedavisine fetüsün durumu iyi ve bishop skoru uygunsuz doğumdaki ağrıları etkili kılmak ve doğum eyleminin zorunlu olarak başlatılması gereken durumlarda (İntrauterin gelişme geriliği, İntrauterin fetal ölüm, Erken membran rüptürü, Oligohidroamnios vb.) başladıklarını belirtti (Tablo 2).

Oksitosinin yan etkilerinin neler olduğunu sordüğümüzda ebe ve hemşirelerin %94.3'ü fetal kalp hızında bozulma, %73.6'sı uterus hiperstimülasyonu, %47.2'si bulantı kusma, %39.6'sı fetal- maternal taşikardi ve %1.9'u idrar miktarında azalma yanıtını vermiştir (Tablo 3).

Ebe ve hemşirelerin %16.1'inin ise aslında oksitosinden kaynaklanmayan yan etkileri oksitosinin yan etkileri olarak değerlendirdikleri saptanmıştır.

Ebe ve hemşirelerin oksitosin uygulaması öncesi girişimlerinin dağılımı incelendiğinde %86.8 gibi

**Tablo 2.** Hekimlerin oksitosin tedavisine başlama kriterlerinin dağılımı.

Oksitosin tedavisine başlama kriterleri	n*	%
• Fetüsün durumu iyi ve bishop skoru 5 ve üzerinde ise doğumdaki yetersiz ağrıları etkili kılmak	25	100
• Doğum eyleminin zorunlu olarak başlatılması gereken durumlar	25	100
• Normal seyreden doğum eylemini zaman kazanmak için hızlandırmak	4	16
• Atoni kanamaları	4	16

\*: Birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır.

**Tablo 3.** Ebe ve hemşirelerin oksitosinin yan etkileri hakkındaki görüşlerinin dağılımı.

Oksitosinin yan etkileri	n*	%
• Fetal kalp hızında bozulma	50	94.3
• Uterusun hiperstimülasyonu	39	73.6
• Bulantı kusma	25	47.2
• Taşikardi (fetal / maternal)	21	39.6
• Başağrısı	4	7.5
• Kardiyak ritim bozukluğu	4	7.5
• Solunum bozulması	2	3.8
• İdrar miktarında azalma	1	1.9
• Konfüzyon	1	1.9
• Oksitosinin yan etkisi olmayan durumlar	8	16.1

\*: Birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır.

yüksek bir oranda hastaya açıklama yapıldığı, %71.7 oranında hayati bulguların alındığı, %77.4 oranında NST uygulaması yapıldığı (süre belirtilmeden), %67.9 oranında ÇKS (çocuk kalp sesi) takibi yapıldığı belirlenirken %26.4 gibi düşük bir oranda Leopold manevraları uygulandığı saptanmıştır (Tablo 4).

**Tablo 4.** Ebe ve hemşirelerin oksitosin uygulaması öncesi görüşlerinin dağılımı.

Uygulamalar	n (53)	%
<b>Hastaya bilgi verme</b>		
• Veriliyor	46	86.8
• Verilmiyor	7	13.2
<b>Hayati belirtiler</b>		
• Alınıyor	38	71.7
• Alınmıyor	15	28.3
<b>NST (Non Stress Test)</b>		
• Yapılıyor	41	77.4
• Yapılmıyor	12	22.6
<b>ÇKS değerlendirmesi</b>		
• Yapılıyor	36	67.9
• Yapılmıyor	17	32.1
<b>Vajinal muayene</b>		
• Yapılıyor	31	58.5
• Yapılmıyor	22	41.5
<b>Anamnez alınması</b>		
• Yapılıyor	25	47.2
• Yapılmıyor	28	52.8
<b>Leopold muayenesi</b>		
• Yapılıyor	14	26.4
• Yapılmıyor	39	73.6

**Tablo 5.** Ebe ve hemşirelerin oksitosin uygulaması sırasında yaptıkları takipler ve takip sıklıklarının dağılımı.

Uygulamalar	n (53)	%
<b>Fetal monitörizasyon ile takip</b>		
• Düzenli yapılıyor (sürekli)	20	37.7
• Düzensiz yapılıyor	14	26.4
• Yanıtsız	15	28.3
• Bakılmıyor	4	7.5
<b>ÇKS takibi</b>		
• Düzenli (her 15 dakikada bir)	25	47.2
• Düzensiz	17	32.1
• Yanıtsız	11	20.8
<b>Vajinal muayene</b>		
• Düzenli (saatte bir kez)	23	43.3
• Düzensiz	14	26.4
• Yanıtsız	13	24.5
• Bakılmıyor	3	5.7
<b>Kontraksiyon takibi</b>		
• Düzenli (15 dakikada bir)	13	24.5
• Düzensiz	19	35.8
• Yanıtsız	17	32.1
• Bakılmıyor	4	7.5
<b>Amniotik sıvı miktarı-rengi ve yoğunluğu</b>		
• Düzenli (saatte bir)	18	34
• Düzensiz	12	22.6
• Yanıtsız	17	32.1
• Bakılmıyor	7	11.3
<b>Hastanın kan basıncı</b>		
• Düzenli (1/2 saatte bir)	29	54.7
• Düzensiz	17	32.1
• Yanıtsız	7	13.2
<b>Hastanın nabızı</b>		
• Düzenli (1/2 saatte bir)	17	32.1
• Düzensiz	25	47.2
• Bakılmıyor	11	20.8
<b>Hastanın solunumu</b>		
• Düzenli (1/2 saatte bir)	12	22.6
• Düzensiz	13	24.5
• Bakılmıyor	28	60.4
<b>Hastanın aldığı çıkardığı</b>		
• Düzenli (saatte bir)	1	1.9
• Düzensiz	12	22.6
• Preeklempsili hastalarda düzenli	8	15.1
• Yanıtsız	23	43.4
• Bakılmıyor	9	17
<b>İnfüzyon dozunun kontrolü</b>		
• Düzenli (1/2 saatte bir)	21	39.6
• Düzensiz	32	60.4
<b>Sette tıkanıklık olup olmadığı</b>		
• Düzenli (1/2 saatte bir)	18	34
• Düzensiz	35	77.1

\*: Takip sıklıkları için referans aldığımız kaynaklar (1,4,5,9,12,14,15,16,17).

Tablo 5'de ebe ve hemşirelerin oksitosin uygulaması sırasında yaptıkları takipler ve sıklıkları incelendiğinde; hastanın kan basıncının %54.7 ora-

nda düzenli takip edildiği, %43.3 oranında düzenli vajinal muayene yapıldığı, %47.2 oranında düzenli ÇKS takibi yapıldığı (latent fazda saat başı,

aktif fazda 15-30 dakikada bir kez) ve %34 oranında amniyotik sıvının rengi ve yoğunluğunun düzenli değerlendirildiği belirlenmiştir.

Aynı zamanda, oksitosin tedavisi sırasında hastanın nabzının %47.2, solunumunun %24.5, aldığı çıkardığı izleniminin %22.6, infüzyon dozu kontrolünün %60.4, sette tıkanıklık olup olmadığını kontrol etme %66.1 oranında düzensiz takip edildiği belirlenmiştir.

Oksitosin uygulamasıyla ilgili ebe, hemşire ve hekimlerin yaşadıkları güçlükleri incelediğimizde (Tablo 6); ebe ve hemşirelerin %56.6, hekimlerin %48 oranında hastaların tedaviye uyumsuzluğu (hastanın parenteral uygulanan oksitosini ağrısı fazla olduğu gerekçesiyle çıkarmaya çalışması, ilaç uygulaması çabuk bitsin diye akışı hızlandırması, hastanın uygulamayı ret etmesi vb.) nedeni ile güçlük yaşadıkları, ebe ve hemşire sayısının yetersizliğine bağlı takiplerin aksaması nedeniyle güçlük yaşama oranının ise ebe ve hemşirelerde %39.6, hekimlerde %28 olduğu belirlenmiştir.

Fetal monitör sayısının yetersizliği nedeni ile güçlük yaşamanın hekimlerde %56 gibi yüksek, ebe ve hemşirelerde bu oranın %18.9 gibi düşük bir oranda olduğu belirlendi.

Oksitosin tedavi protokolünün olmaması nedeniyle ebe ve hemşireler %11.3, hekimler ise %12 gibi düşük oranlarda güçlük yaşamaktadırlar.

Oksitosin uygulaması ile ilgili yaşanan güçlükleri ortadan kaldırmak amacıyla ebe, hemşire ve hekimlerin önerilerini incelediğimizde; 28 ebe-hemşirenin ve 2 hekimin herhangi bir önerisi olmadığı saptanmıştır. Öneride bulunan ebe ve hemşireler ile hekimlerin önerileri incelendiğinde; ebe

ve hemşirelerin %52'si, hekimlerin %56.5'i malzeme sayısının artırılması (monitör, doziflow, pump vb.) ve oksitosin tedavi protokolünün hazırlanması ile (ebe ve hemşireler %8 ve hekimler %8.6) güçlüklerin giderilebileceğini belirtmişlerdir (Tablo 7 ve 8).

Ebe ve hemşirelerin %52'si ağrı odasındaki gebelerin hekimler tarafından daha düzenli takip edilmeleri ile sorunların azalabileceğini düşünürken, hekimlerinde %95.6'sı ağrı odasındaki gebelerin, ebe ve hemşireler tarafından daha düzenli takip edilmesi ve %17.3'ü ise doğumhanede etkin çalışacak ebe ve hemşirelerin sayısının artırılması ile güçlüklerin ortadan kalkacağı görüşünü ileri sürmüştür.

Ebe ve hemşirelerin oksitosin uygulamaları ile ilgili hekimlerden beklentilerin neler olduğunu incelediğimizde; %45.4'ü hekimlerin hasta seçiminde dikkat ederek aceleci davranmamalarını, %27.2'si oksitosin tedavi protokolünün hazırlanması ve tedavi protokolü kullanılarak doz ayarlamalarının yapılmasını, %18'i ise hekimlerin istem yazmalarını belirtmiştir. 53 hemşireden 24'ünün ise herhangi bir beklentilerinin olmadığı saptanmıştır (Tablo 9).

Hekimler %39'u ebe ve hemşirelerden, oksitosin damla hızını ve hastaları düzenli takip etmelerini isterken, yalnızca %9'u ebe ve hemşirelerin oksitosin tedavisi hakkında yeterli bilgiye sahip olmalarını beklemektedir (Tablo 10).

## Tartışma

Oksitosin kullanımı sırasında hekim, ebe ve hemşireler; öncelikle hastayı değerlendirmeli, teda-

**Tablo 6.** Oksitosin uygulamasıyla ebe, hemşire ve hekimlerin yaşadıkları güçlüklerin dağılımı.

Sorunlar	Ebe-Hemşireler		Hekimler	
	n* (53)	%	n* (25)	%
• Hastaların tedaviye uyumsuzluğu	30	56.6	12	48
• Ebe-hemşire sayısının yetersizliği nedeniyle takipte aksamalar	21	39.6	7	28
• Fetal monitör azlığı	10	18.9	14	56
• Ebe-hemşire ile hekimler arasındaki iletişim bozukluğu	11	20.8	5	20
• Oksitosin tedavi protokolünün olmaması	6	11.3	3	12
• Sorun yaşamıyoruz	8	15.1	6	24

\*: Birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır.

**Tablo 7.** Oksitosin uygulamasında yaşanan güçlüklerle ilgili ebe ve hemşirelerin önerileri.

Öneriler	n* (25)	%
• Malzeme sayısının artırılması (monitör, doziflow, pumb v.b )	13	52
• Hastaların daha düzenli takip edilmeleri	13	52
• Hekimlerin tedavide dikkatli olmaları	8	32
• Protokol geliştirilmesi	2	8

\*: Birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır. Yalnızca önerisi olanlar (n=25) değerlendirilmiştir.

**Tablo 8.** Oksitosin uygulamasında yaşanan güçlüklerle ilgili hekimlerin önerileri.

Öneriler	n* (23)	%
• Oksitosin damla hızının dikkatli takibi	9	39
• Oksitosin tedavisi uygulanan hastayı düzenli takip etmeleri	9	39
• Damar yolunun açık olup olmadığının dikkatli takip edilmesi	5	21.7
• Fetal monitörizasyonu sağlama ve NST yorumlayabilme	4	17.3
• Oksitosin uygulaması sırasında gelişebilecek komplikasyonları takip etmeleri ve hekime haber vermeleri	4	17.3
• Ebe ve hemşirelerin oksitosin tedavisi hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları	2	9

\*: Birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır. Yalnızca önerisi olanlar (n=23) değerlendirilmiştir.

**Tablo 9.** Ebe ve hemşirelerin hekimlerden beklentileri.

Beklentiler	n* (22)	%
• Hekimler hasta seçiminde dikkatli davranmalı, acele etmemeli	10	45.4
• Oksitosin tedavi protokolünün oluşturulması ve tedavi protokolü kullanılarak doz ayarlamalarının yapılması	6	27.2
• Order yazmaları	4	18
• Hekimler oksitosin uygulama saatini mümkün olduğunca geç saatlere bırakmamalı	3	13.6

\*: Birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır. Yalnızca önerisi olanlar (n=22) değerlendirilmiştir.

vinin etki ve yan etkileri hakkında hastayı bilgilendirmelidirler.<sup>7</sup>

Uygulama öncesi, serviksin bishop skorlaması ile değerlendirilerek, elde edilen değer en az 4 olması, fetal akciğer matürasyonunun sağlanmış olması, gebelik haftasının uygunluğu, annenin durumunun stabil olması, fetüsün boyutlarının ve yerleşiminin uygun olması gereklidir.<sup>2,4</sup> Bishop skoru-

**Tablo 10.** Hekimlerin ebe-hemşirelerden beklentileri

Beklentiler	n* (22)	%
• Hekimler hasta seçiminde dikkatli davranmalı, acele etmemeli	10	45.4
• Oksitosin tedavi protokolünün oluşturulması ve tedavi protokolü kullanılarak doz ayarlamalarının yapılması	6	27.2
• Order yazmaları	4	18
• Hekimler oksitosin uygulama saatini mümkün olduğunca geç saatlere bırakmamalı	3	13.6

\*: Birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır. Yalnızca önerisi olanlar (n=22) değerlendirilmiştir.

nun 4'den az olduğu durumlarda başarısız indüksiyon olasılığı daha fazladır.<sup>4,7</sup>

Bazen, anne yaşamını tehdit eden durumlarda da fetal maturiteye bakılmaksızın oksitosin tedavisine başlanabilir.<sup>2,7</sup>

Araştırmamızda, hekimlerin oksitosin tedavisine başlama kriterlerini incelediğimizde; tüm hekimlerin literatürle uyumlu olarak, doğum eyleminin zorunlu olarak başlatılması gereken durumlarda ve bishop skoru 5 ve üzerinde ise doğumdaki yeterli ağırları etkili kılmak amacıyla oksitosin kullandıkları belirlenmiştir.<sup>7</sup>

Ancak çalışmamızda elde ettiğimiz ve literatürle uyumlu olmayan bir diğer kullanım normal seyreden doğum eylemini hızlandırarak zaman kazanmak amacıyla oksitosin kullanımınıdır. Hekimlerin %16'sı oksitosini normal seyreden doğum eylemini hızlandırmak amacıyla kullanmaktadırlar. Bu kullanımın doğumhanelerdeki hasta sayısının fazla olması ve hasta yığılmasının önlenmesi amacıyla yapıldığı düşünülebilir ancak arzu edilen bir durum değildir.

Oksitosin hem bebek, hem de anne açısından bir takım yan etkilere sahiptir.<sup>7</sup> Ebe ve hemşireler oksitosinin yan etkilerini bilmeleri, yan etkilerin erken dönemde fark edilebilmesi açısından son derece önemlidir.<sup>9</sup> Anne ve fetüsü yakından izleyen ve ortaya çıkan değişiklikleri ilk fark edecek kişi ebe ve hemşireler olduğu unutulmamalıdır.

Çalışmamızda ebe ve hemşirelerin büyük çoğunluğunun, fetal kalp hızında bozulma ve uterus hiperstimülasyonu gibi oksitosinin sık görülen yan etkilerini bildikleri, ancak oksitosinin az gözlenen sıvı intoksikasyonu yan etkisinden (idrar miktarın-

da azalma, baş ağrısı ve kalp ritminde bozulma vb.) fazla haberdar olmadıkları belirlenmiştir. Ebe ve hemşirelerin oksitosinin yan etkileri hakkında sahip oldukları bilgilerin, önceki deneyimlerinden kaynaklandığı düşünülebilir.<sup>12</sup>

Oksitosin uygulaması öncesinde ebe ve hemşireler, hasta ve ailesinin tedaviye uyum sağlamasını sağlamak amacıyla, hasta ve ailesine oksitosin uygulamasının amacı, nedeni, tedavi sırasında ortaya çıkabilecek problemler ve hastanın tedavi sırasında nelere dikkat etmesi gerektiğiyle ilgili açıklama yapmalıdır.<sup>11,12</sup> Çalışmamızda ebe ve hemşirelerin büyük çoğunluğu hastaya bilgi verdiğini belirtilmiş ancak bilgilerin neleri kapsadığı açıklanmamıştır.

Ebe ve hemşirelerce annenin ve bebeğin değerlendirilmesi, mevcut sorunları öğrenmek ve riskli durumları ortaya çıkarmak için önemlidir. Anamnezi alınan gebenin vajinal ve abdominal değerlendirilmesi yapılmalıdır. Fetüsün pozisyonu ve prezentasyonu abdominal olarak uygulanan Leopold manevraları ile değerlendirilmelidir. Gebenin hayatı belirtileri kaydedilmeli ve fetüsün kalp hızı dinlenmelidir. Eğer oksitosin başlanması için kontrendike bir durum varsa hekime haber verilmelidir.<sup>4,11,12</sup>

Goetzl ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, önceden uterus rüptürü yaşayan hastaların, daha fazla uterus hiperstimülasyonu yaşadıkları belirlenmiştir. Bu nedenle uterus rüptürü hikayesi olan hastaya oksitosin ya hiç uygulanmaz ya da özenli bir takip ile uygulanır.<sup>13</sup>

Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak, ebe ve hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun tedavi öncesi hastanın hayati belirtilerini aldığı, fetal monitör ile bebeğin durumunu değerlendirdiği belirlenmiştir.<sup>4,7,11,12,17</sup> Ancak ebe ve hemşirelerin tedavi öncesi vajinal muayene, anamnez alma ve Leopold manevralarını uygulayarak bebeğin situsunu ve habitusunu değerlendirme oranları düşüktür. Bu oranların azlığının, ebe ve hemşirelere sorumluluk verilmemesi ve her şeyin hekimlerin sorumluluğunda olmasından kaynaklandığını söyleyebiliriz.

Düzenli oksitosin uygulanması sırasında elektronik fetal monitör ile fetal kalp hızı ve kontraksiyonlar sürekli izlenmeli, fetal kalp hızında normalden sapma olduğu durumlarda infüzyon acilen kapatılmalıdır.<sup>4,7,11,12,17</sup>

Araştırmamızda; fetal monitör ile izleme oranı, fetal monitör azlığına bağlı olarak düşük bulunmuş ve ebe-hemşire ve hekimler de fetal monitör azlığını sorun olarak belirtmişlerdir.

Ebe ve hemşireler fetal monitör azlığından kaynaklanan bu durumda, el doppleri ya da fetoskop ile ÇKS'yi sık sık izleyerek ve travayın aşamasına göre 10 dk'lık kontraksiyon takibi yaparak ortaya çıkabilecek komplikasyonları önceden fark etme yoluna gidebilirler. Ancak çalışmamızda ÇKS takiplerinin literatürde belirtildiği düzeyde (latent fazda saat başı, aktif fazda 15-30 dakikada bir kez) ve düzenli olarak yapıldığı söylenemez.<sup>4,11,12,16</sup>

Ebe ve hemşireler, oksitosinin yan etkisi olarak en fazla, fetal kalp hızında bozulma ve hiperstimülasyonu tanımlamalarına rağmen, düzenli takip oranlarının az olması düşündürücüdür. Düzenli ÇKS ve kontraksiyon takip oranlarının azlığı, bazı kliniklerde bu sorumluluğun hekimlere verilmesi ya da ebe ve hemşire sayısının yetersizliği ile ilişkili olabilir.

Oksitosin uygulaması sırasında meydana gelebilecek sıvı intoksikasyonu, uterus rüptürü ve ablasyo plasenta gibi problemlerin en erken habercisi, kadının hayati bulgularında ve ÇKS'de bozulma ve idrar çıkışında azalmadır. Bu nedenle hemşirelerin düzenli aralıklarla bu takipleri yapmaları gerekir. Bunun yanında sıvı intoksikasyonunun erken belirtilerinden biri de kalp ritminde bozulmadır ve hastanın nabzının düzenli takip edilmesi gerekir.<sup>4,9,11,12,14,15</sup>

Çalışmamızda ebe ve hemşirelerin yarısından fazlası, düzenli kan basıncı takibi yaptıklarını belirtmelerine rağmen, nabız takibini büyük oranda düzensiz yaptıkları, bunun yanında ebe ve hemşirelerin yarısının hastanın solunum takibini hiç yapmadıkları anlaşılmıştır. Oysa ki kan basıncı, nabız ve solunum takibi düzenli yapılmalıdır.

Aldığı çıkardığı takibinin ise normal gebelerde hemen hemen hiç düzenli takip edilmediği belirlenmiştir. Bu durum araştırmamızda da belirlenen, ebe ve hemşirelerin sıvı intoksikasyonunu, oksitosin kullanımına bağlı ortaya çıkabilen bir yan etki olarak bilmemelerinden ve idrar miktarını değerlendirmek için tuvalette kullanımı kolay ölçekli kapların olmamasından kaynaklanabilir.

Amniyotik sıvının miktarı, rengi ve yoğunluğu izlenerek kayıt edilmelidir.<sup>4,9,11,12,16</sup>

Oksitosin doğası gereği insan vücudunda ritmik şekilde salgılır.<sup>6</sup> IV uygulanan oksitosin dozunun, doğru miktarda gidip gitmediğini anlamak için sette herhangi bir tıkanıklık/fazla akış olup olmadığı düzenli izlenmelidir. Fazla miktarlarda giden oksitosin uterin hiperstimülasyona yol açarak, uterus rüptürüne neden olurken, oksitosin dozunun az miktarlarda gitmesi tedavinin beklenen etkisinin oluşmasını engeller.<sup>9,11,12,16</sup>

Çalışmamızda ebe ve hemşirelerin damla sayısını ve sette tıkanıklık olup olmadığını düzensiz kontrol ettikleri saptanmıştır. Diğer takiplerde olduğu gibi bu takipte de aksaklıklar, hemşirelerin sayıca yetersizliğinden kaynaklanabilir.

Oksitosin tedavisi alan hastalar sürekli elektronik fetal monitör ile izlenmeli, oksitosin dozunun doğru miktarda gönderilebilmesi için infüzyon pompaları kullanılmalıdır.<sup>4,6,9,12,17</sup> Çalışmamızda hekimlerin, oksitosin kullanımı sırasında büyük bir oranda fetal monitör azlığına bağlı problem yaşamaları belirtmeleri bu gerçekleyle daha kolay açıklanabilir. Çalışmamızda hekim, ebe ve hemşireler yaşanan bu güçlüğün malzeme sayısının artırılması ile düzeltilebileceği görüşüne sahiptir.

Oksitosin kullanımı sırasında hekimler en fazla fetal monitör azlığı nedeniyle problem yaşarlarken, ebe ve hemşireler hastaların tedaviye uyumsuzluğu (hasta ve yakınlarının infüzyonu hızlı gitsin ve bir an önce bitsin diye hızlandırmaları, hastanın ağrısı nedeniyle infüzyonu kapatması) nedeniyle güçlük yaşamaktadırlar. Çalışmamızda, ebe ve hemşirelerin büyük bir çoğunlukla, tedavi öncesi hastayı bilgilendirdiklerini belirtmelerine rağmen, hastaların tedaviye uyumsuz olmaları verilen eğitimin yetersiz olduğunu ortaya koymaktadır.

Oksitosin kullanımı sırasında yaşanan güçlükleri azaltmaya yönelik hekimlerin, ebe ve hemşirelerin hastaları daha düzenli takip etmeleri gerektiği yönünde istekleri varken, benzer şekilde ebe ve hemşireler de hekimlerin hastaları düzenli takip etmelerini istemektedirler. Bu durum, hekim, ebe-hemşireler arasında, takip sırasındaki sorumluluk paylaşımı ile ilgili bir karmaşa olduğu şeklinde açıklanabilir. Eğer doğumhanelerde, hem hekimlerin hem de ebe ve hemşirelerin oksitosin uy-

gulaması sırasındaki sorumluluklarının neler olduğunu açıkça belirten protokoller bulunsaydı, bu karmaşa daha az yaşanabilirdi. Ancak çalışmamızda az sayıda hekim, ebe ve hemşire oksitosin tedavi protokolünün olması ile sorunlarının azalabileceği görüşündedir.

Hekimlerin çoğunluğu, ebe ve hemşirelerden hastaları ve oksitosin damla hızını düzenli takip etmelerini beklemektedirler. Araştırmamızda belirlediğimiz gibi ebe ve hemşirelerin oksitosin infüzyon hızını ve hastaları düzensiz takip etmeleri nedeniyle yaşanan sorunlar hekimlerin böyle bir beklentisini dile getirmesine neden olmuş olabilir.

Ebe ve hemşireler ise; hekimlerden özellikle hasta seçiminde dikkatli davranmalarını ve travay sırasında aceleci davranmamalarını beklediklerini açıklamışlardır.

Sonuç olarak çalışmamızda oksitosin kullanımı ile ilgili bir takım sorunların yaşandığı, bu sorunların oksitosin tedavi ve takip protokolünün hazırlanması, malzeme temini ve hasta eğitimi ile önlenabilir nitelikte olduğu saptanmıştır. Oksitosin tedavi ve takip protokolü, ilacın nasıl ve hangi dozda kullanılacağı, kaç damla ile uygulamaya başlamak gerektiği, ilaç uygulaması sırasında hemşire/ebelere yapması gereken takipler ve takiplerin sıklığı, ilaç uygulaması sırasında karşılaşılabilecek acil durumlar ve acil durumlarda hekim, ebe/hemşirelerin rollerinin neler olduğunu açıkça belirten nitelikte olmalıdır. Tedavi ve takip protokolünün oluşturulmasında ve uygulanmasında hekim, ebe ve hemşirelerin işbirliği yapması herkesin uygulamadaki rollerinin belirlenmesi gerekir. Kurumlar, doğumhanelerdeki malzeme eksikliğinin hayati sonuçlar ortaya çıkarabileceği gerçeğini unutmamalı ve eksik malzemenin temini yoluna gitmelidir. Ayrıca hastanelerdeki sağlık personeline, hasta eğitim yöntemleri hakkında düzenli aralıklarla bilgi verilmelidir.<sup>5</sup>

#### Kaynaklar

1. Ruchala PL, Metheny N, Essenpreis H, Borcharding K. Current practice in oxytocin dilution and fluid administration for induction of labor. *JOGMN* 2002; 31: 545-50.
2. Shyken JM, Petrie RH. The use of oxytocin. *Clinics in Perinatology* 1995; 22(4): 907-31.
3. Kayaalp O. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 3. Cilt. Ankara, Feryal Matbaacılık, 1990.



4. Nichols F, Zwelling E. Maternal-Newborn Nursing Theory And Practice. Philadelphia, Saunders Company, 1997.
5. Martin LL, Reeder SJ. Essentials Of Maternity Nursing: Family-Centered Care. Philadelphia, Lippincott Company, 1991.
6. Willcourt RJ, Pager D, Wendel J, Hale RW. Induction of labor with pulsatile oxytocin by a computer-controlled pump. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170(2): 603-8.
7. Royal Collage of Obstetriars and Gynaecologist. Induction of labor. GUIDELINE. RCOG Press. London. (Guideline No: 9), 2001 Jun., 78 pages.
8. Stubbs TM. Oxytocin for labor induction. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2000; 43(3): 489-94.
9. May KA, Mahlmeister L R. Comprehensive Maternity Nursing. Philadelphia, Lippincott Company, 1990.
10. Gagnon AJ, Waghorn K. One-to-one nurse labor support of nulliparous women stimulated with oxytocin. *JOGNN* 1999; 28(4): 371-6.
11. Mccarthy MC, Mullee M. Oxytocin induction augmentation of labor. In: Gulanick M, Gradishar D, Puzas M K (Ed). *Obstetric And Gynecologic Nursing*. Albany, Delmar Publishers; 1994.
12. Simpson KR. Creehan PA. Perinatal Nursing. Philadelphia, Lippincott Company, 1994.
13. Goetzl L, Shipp TD, Cohen A, Zelop CM, Repke JT, Lieberman E. Oxytocin dose and the risk of uterine rupture in trial of labor after ceserean. *Obstet Gynecol* 2001; 97(3): 381-4.
14. Clark AL, Affonso D. Childbearing: a Nursing Perspective Edition 2. Philadelphia, F.F. Davis Company, 1996.
15. Ladewing PW, London ML, Olds SB. Essentials of Maternal Newborn Nursing. California, A division of the benjamin / cummings publishing company, 1990.
16. Brodsky PL, Pelzar EM. Rationale for the revision of oxytocin administration protocols. *JOGNN* 1991; 20(6): 440-4.
17. Royal Collage of Obstetriars and Gynaecologist. The use of electronic fetal monitoring. GUIDELINE. RCOG Press. London. (Guideline No:8), 2001 May, 136 pages.