

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PERİNATAL SONUÇLARIN DEĞERLENDİRİLMESİNDE
KULLANILAN OPTİMALİTE İNDEKSİ-UNITED STATES
(US)'İN TÜRKÇE'YE UYARLANMASI**

Çiğdem YÜCEL

**Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

ANKARA

2012

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PERİNATAL SONUÇLARIN DEĞERLENDİRİLMESİNDE
KULLANILAN OPTİMALİTE İNDEKSİ-UNITED STATES
(US)'İN TÜRKÇE'YE UYARLANMASI**

Çiğdem YÜCEL

**Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

**TEZ DANIŞMANLARI
Prof. Dr. Lale TAŞKIN
Yrd. Doç. Dr. Lisa KANE LOW**

**ANKARA
2012**

Anabilim Dalı: Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği

Program: Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği

Tez Başlığı: Perinatal Sonuçların Değerlendirilmesinde Kullanılan Optimalite İndeksi-United States (US)'in Türkçe'ye Uyarlanması

Öğrenci Adı-Soyadı: Çiğdem Yücel

Savunma Sınavı Tarihi: 19 Eylül 2012

Bu çalışma jürimiz tarafından doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Doç. Dr. Aygül AKYÜZ

(Gülhane Askeri Tıp Akademisi)

Tez Danışmanı:

Prof. Dr. Lale TAŞKIN

(Hacettepe Üniversitesi)

Üye:

Prof. Dr. Kafiye EROĞLU

(Hacettepe Üniversitesi)

Üye:

Prof. Dr. Füsün TERZİOĞLU

(Hacettepe Üniversitesi)

Üye:

Doç. Dr. A. Sinan TÜRKYILMAZ

(Hacettepe Üniversitesi)

ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. M. Kadri ALTUNDAĞ

Müdür

TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleşmesine katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Prof. Dr. Lale Taşkın ve Yrd. Doç. Dr. Lisa Kane Low, tez danışmanları olarak çalışmanın planlanmasını ve yürütülmesini yönlendirmiş, tüm aşamalarında destek vermiştir.

Sayın Prof. Dr. Füsün Terzioğlu ve Doç. Dr. Sinan Türkyılmaz, tez izleme jüri üyesi olarak araştırmanın yapılandırılmasında ve izlenmesinde değerli bilgi, görüş ve önerileri ile çalışmaya katkıda bulunmuştur.

Sayın Prof. Dr. Selahattin Gelbal, Yrd. Doç. Dr. Ömer Kutlu ve Yrd. Doç. Göksu Gözen Çıtak, Optimalite İndeksi-US'in geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının planlanmasında katkıda bulunmuştur.

Sayın Yrd. Doç. Dr. Gülten Işık Koç, Yrd. Doç. Dr. Sezer Kısa ve İpek Gülsen, Optimalite İndeksi-US'in dil uyarlaması aşamasında katkıda bulunmuştur.

Sayın Prof. Dr. Kafıye Eroğlu, Prof. Dr. Gülşen Vural, Doç. Dr. Yaprak Üstün, Doç. Dr. Nevin Hotun Şahin, Doç. Dr. Gülcihan Akkuzu, Doç. Dr. Zehra Gölbaşı, Yrd. Doç. Dr. Gülten Işık Koç, Yrd. Doç. Dr. Şule Ergöl, Yrd. Doç. Dr. Duygu Vefikuluçay ve Hemşire Gülhan Sokullu, Optimalite İndeksi-US'in kapsam geçerliği aşamasında katkıda bulunmuştur.

Sayın Uzman Hemşire Sibel Peksoy, Optimalite İndeksi-US'in güvenilirlik çalışması aşamasında katkıda bulunmuştur.

Sayın Joanne Motino Bailey, Doç. Dr. Erdem Karabulut ve Arş. Gör. Tuğba Adalı çalışmanın istatistiksel analizlerinde katkıda bulunmuştur.

Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi doğumhane, loğusa ve sezaryen servisinde çalışan doktor, ebe ve hemşireler, çalışmanın gerçekleşmesi için her türlü desteği sağlamışlardır.

Çalışma boyunca tüm aile üyelerim ve arkadaşlarım manevi destekte bulunmuştur.

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Birimi tarafından desteklenmiştir (H.Ü.B.A.B. 012 T08 102 001).

ÖZET

Yücel, Ç. Perinatal Sonuçların Değerlendirilmesinde Kullanılan Optimalite İndeksi-United States (US)'in Türkçe'ye Uyarlanması, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2012. Bu araştırma, perinatal sonuçların değerlendirilmesinde kullanılan Optimalite İndeksi-United States (OI-US)'in Türkçe'ye uyarlanması amacıyla metodolojik çalışma olarak yapılmıştır. OI-US, 56 maddeden oluşan klinimetrik bir indekstir. Perinatal Özgeçmiş İndeksi (PÖİ) ve Optimalite İndeksi (OI) olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. PÖİ, perinatal bakım alan kadınları sınıflandırmada kullanılan 14 maddeden; OI ise, 4 perinatal alan ile ilgili toplam 42 maddeden oluşmaktadır. Araştırma, 1 Şubat 2011-27 Mayıs 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanması amacıyla, "Tanıtıcı Bilgiler Formu" ve "Vaka Rapor Formu" kullanılmıştır. Veriler, yüzde, ortalama, standart sapma, bağımsız gruplarda t testi, Fisher's Exact testi, Ki-kare testi, Kendall uyumu katsayısı ve Kappa istatistiği kullanılarak değerlendirilmiştir. OI-US'in Türkçe'ye uyarlama çalışması kapsamında; indeksin psikolinguistik ve psikometrik özellikleri (geçerlik-güvenirlilik) değerlendirilmiştir. OI-US'in psikolinguistik özelliklerinin değerlendirilmesi aşamasında; indeksin İngilizceden Türkçe'ye ve Türkçe'den İngilizce'ye geri çevirisi yapılarak indeks maddelerinde gerekli düzenlemeler yapılmıştır. İndeksin geçerlik çalışması kapsamında; uzman görüşüne dayalı kapsam geçerliği ve ayırt edici geçerliliği değerlendirilmiştir. Kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi aşamasında, her bir indeks maddesi için yüksek kanıt düzeyine sahip araştırma sonuçları uzman grubuna sunulmuş ve görüşleri alınmıştır. Ülkemizde perinatal sonuçları olumsuz etkilediği belirlenen 5 yeni madde indekse eklenmiştir. Hesaplanan kapsam geçerlik oranı (KGO) sonuçlarına göre; bir madde indeksten çıkarılmıştır. Kapsam geçerlik indeksi (KGI), 0,71 olarak hesaplanmış ve indeksin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Ancak Kendall's W testi sonucu, uyumu katsayısı 0,162 olarak belirlenmiş ve uzmanların değerlendirmeleri arasında çok zayıf bir uyum olduğu saptanmıştır. Ayırt edici geçerliğin değerlendirilmesi amacıyla, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum Ünitesi'ne vajinal doğum yapmak üzere gelen, 150 sağlıklı ve 150 yüksek riskli toplam 300 gebenin OI-US skorları karşılaştırılmıştır. Sağlıklı gebelerin PÖİ skorunun (%88,05), yüksek riskli gebelerin PÖİ skorundan (%85,49) daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,005$). PÖİ skorlarının farklı olmasına rağmen, sağlıklı gebelerin OI skoru %77,65, yüksek riskli gebelerin OI skoru ise %78,60 olarak belirlenmiştir ($p<0,005$). Güvenirliğin değerlendirilmesi aşamasında; iki gözlemci arasındaki uyumun yüzdesi, %96,19 olarak hesaplanmış ve kapa istatistiği değerlerine göre, tüm maddeler için gözlemciler arası uyumun sağlandığı belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, Türkçe'ye uyarlanan OI-US'in, perinatal sonuçların değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır. Araştırmanın sonuçları doğrultusunda, Türkçe'ye uyarlanan OI-US'in ve doğum eylemi süresince kanıta dayalı uygulamaların kullanılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Optimalite, Kanıta dayalı uygulama, Perinatal sonuçlar
Destekleyen Kurum: H.Ü.B.A.B., Lisans Üstü Projesi (012 T08 102 001)

ABSTRACT

Yücel, Ç. Adaptation of the Optimality Index-United States (US) for the evaluation of perinatal outcomes to Turkish, Hacettepe University Institute of Health Science, PhD Thesis in Obstetric-Women's Diseases Nursing, Ankara, 2012. This study is carried out as a methodological research to adapt the Optimality Index-United States (OI-US) for the evaluation of perinatal outcomes to Turkish. The OI-US is a clinimetric index which contains 56 items. It consists of two parts which are Perinatal Background Index (PBI) and Optimality Index (OI). The PBI is a 14 item instrument that is used to categorize maternity care clientele. The OI portion of the instrument contains 42 items in four perinatal domains. This research was conducted between 1st February 2011 and 27th May 2012. Data were collected by using "Demographic Information Questionnaire" and "Case Report Form". Data were analysed with percentage, mean, standart deviation, t test for independent samples, Fisher's Exact test, Pearson chi square test, Kendall coefficient of agreement and Kappa statistic. Psycholinguistic and psychometric (validity-reliability) properties of the OI-US were evaluated within the context of adaptation of OI-US to Turkish. In the part of evaluating psycholinguistic properties of the OI-US, index items were translated to Turkish from English and back translated from Turkish to English and necessary changes were done in the index items. In the context of validity study, content validity based on the opinion of experts and discriminant validity were evaluated. In the part of evaluating content validity, high level study results were provided in support for each item in the index to the experts and taken their opinions. 5 new items which affect negatively perinatal outcomes in our country were added to the index. According to results of content validity ratio (CVR), one item was deleted from the index. Content validity index (CVI) was calculated as 0,71 and it was found that the index is statistically significant. However, as a result of Kendall's W test, rater agreement coefficient was found 0,162 and it was determined that agreement between the raters was weak. For evaluating discriminant validity, 300 pregnant women who were admitted to Etlik Zubeyde Hanim Maternity and Women's Health Teaching and Research Hospital for giving vaginal birth were included into the study. OI-US scores of 150 healthy and 150 high risk pregnant women were compared. It was found that the mean PBI score for healthy pregnant women (88.05%) was higher than those who were high risk pregnant (85,49%) ($p<0.05$). Although the PBI scores were found different, it was determined that the mean OI scores for healthy and high risk pregnant women were 77.65% and 78.60%, respectively ($p<0.05$). In the part of evaluating reliability, percentage of agreement between 2 raters was 96,19%. It was found that interrater agreement is provided for all items in the index according to Kappa statistic results. We conclude that OI-US which adapted to Turkish is valid and reliable for evaluating perinatal outcomes based on our study results. It is suggested to use the OI-US which adapted to Turkish and evidence based care during delivery and birth in accordance with the study results.

Key words: Optimality, Evidence based practice, Perinatal outcomes

Supported by H.Ü.B.A.B, Ph.D. Thesis Grant (012 T08 102 001)

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER	xi
TABLolar	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.1. Araştırmanın Hipotezleri	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Perinatal Alanda Kanıta Dayalı Uygulamaların Kullanımı	5
2.2. Perinatal Bakım Süreci ve Sonuçlarının Değerlendirilmesi	6
2.2.1. Perinatal Bakım Süreci ve Sonuçlarının Değerlendirilmesinde Kullanılan Yaklaşımlar	7
2.2.2. Perinatal Bakım Süreci ve Sonuçlarının Değerlendirilmesinde Optimalite Yaklaşımı	8
2.3. Perinatal Sonuçların Değerlendirilmesinde Optimalite İndeksi-US'in Kullanımı	11
2.3.1. Optimalite İndeksi-US'in Tarihçesi	11
2.3.2. Optimalite İndeksi-US'in Özellikleri	12
2.3.3. Optimalite İndeksi-US'in Ölçüm Özellikleri	14
2.3.4. Klinik Araştırmalarda Optimalite İndeksi-US'in Kullanılabilirliği	15

2.3.5. Optimalite İndeksi-US'in Yararları ve Sınırlılıkları.....	18
2.3.6. Optimalite İndeksi-US'in Perinatal Hemşirelik Alanında Kullanımı.....	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Şekli	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	27
3.4. Veri Toplama Araçları	28
3.4.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu	29
3.4.2. Vaka Rapor Formu	29
3.4.3. Optimalite İndeksi-US (OI-US).....	30
3.5. Araştırmanın Uygulanması.....	33
3.5.1. Optimalite İndeksi-US'in Psikolinguistik Özelliklerinin İncelenmesi.....	33
3.5.2. İndeksin Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi (Geçerlik-Güvenirlilik). 35	
3.6. Ön Uygulanma.....	39
3.7. Verilerin Toplanması.....	40
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	41
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu.....	41
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	42
3.11. Araştırmanın Akış Şeması.....	43
4. BULGULAR	45
4.1. Optimalite İndeksi-US'in Uzman Görüşüne Dayalı Kapsam Geçerliliğine Yönelik Bulgular	45
4.2. Optimalite İndeksi-US'in Ayırt Edici Geçerliliğine Yönelik Bulgular.....	55
4.3. Optimalite İndeksi-US'in Güvenirliğine Yönelik Bulgular	72
5. TARTIŞMA	74
5.1. Optimalite İndeksi-US'in Geçerliliğine Yönelik Bulguların Tartışılması	74

5.1.1. Optimalite İndeksi-US'in Uzman Görüşüne Dayalı Kapsam Geçerliliğine Yönelik Bulguların Tartışılması	74
5.1.2. Optimalite İndeksi-US'in Ayırt Edici Geçerliliğine Yönelik Bulguların Tartışılması	76
5.2. Optimalite İndeksi-US'in Güvenirliğine Yönelik Bulguların Tartışılması	82
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	87
6.1. SONUÇLAR.....	87
6.1.1. Optimalite İndeksi-US'in Kapsam Geçerliliğine Yönelik Sonuçlar.....	87
6.1.2. Optimalite İndeksi-US'in Ayırt Edici Geçerliliğine Yönelik Sonuçlar	87
6.1.3. Optimalite İndeksi-US'in Güvenirliğine Yönelik Sonuçlar	89
6.2. ÖNERİLER	89
KAYNAKLAR	91
EKLER	
EK 1: Tanıtıcı Bilgiler Formu	
EK 2: Vaka Rapor Formu	
EK 3: Optimalite İndeksi – US Kodlama ve Skorlama Kılavuzu	
EK 4: Optimalite İndeksi – US	
EK 5: Optimalite İndeksi – US Kullanıcı Rehberi	
EK 6: İngilizce-Türkçe Uyumluluk Derecelendirme Formu	
EK 7: Türkçe-İngilizce Uyumluluk Derecelendirme Formu	
EK 8: İndeksin Orjinal Maddeleri İle Türkçe'den İngilizce'ye Geri Çevirisi Yapılmış Olan Maddelerinin Karşılaştırılması ve Maddelere İlişkin Yorumlar	
EK 9: Optimalite İndeksi – US Kaynaklar	
EK 10: Optimalite İndeksi Değerlendirme Yönergesi	
EK 11: Araştırma Amaçlı Çalışma İçin Aydınlatılmış Onam Formu	
EK 12: Optimalite İndeksi-US Skor Hesaplamasında Kullanılan Syntax Kodları	
EK 13: İzin Yazıları	

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BKİ	Beden Kitle İndeksi
CBC	Tam Kan Sayımı
CST	Kontraksiyon Stres Testi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EFM	Elektronik Fetal Monitorizasyon
EZH	Etlik Zübeyde Hanım
IV	İntravenöz
KGİ	Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO	Kapsam Geçerlik Oranları
KGÖ	Kapsam Geçerlik Ölçütü
NST	Nonstres Test
OÇG	Optimalite Çalışma Grubu
OI-US	Optimalite İndeksi-United States
Oİ	Optimalite İndeksi
PÖİ	Perinatal Özgeçmiş İndeksi
PTSD	Posttravmatik Stres Bozukluğu
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
ULAKBİM	Ulusal Akademik Ağ ve Bilgi Merkezi

ŞEKİLLER

	Sayfa
3.11.1. Araştırmanın Akış Şeması	43

TABLOLAR

	Sayfa
4.1.1. Optimalite İndeksi-US Maddelerine İlişkin Kapsam Geçerlik Oranları, Kapsam Geçerlik Ölçütü ve Kapsam Geçerlik İndeksi Sonuçları	45
4.1.2. $\alpha=0,05$ Anlamlılık Düzeyinde Kapsam Geçerlik Oranları İçin Minimum Değerler	48
4.1.3. Optimalite İndeksi-US Maddelerinde Yapılan Düzenlemeler ve Kapsam Geçerlik Oranlarına Göre Çıkarılması Gereken Maddelerin Çıkarılmama Nedenleri	48
4.2.1.1. Sağlıklı ve Yüksek Riskli Gebelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımları	55
4.2.1.2. Sağlıklı ve Yüksek Riskli Multipar Gebelerin Obstetrik Hikâye ile İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımları	57
4.2.1.3. Sağlıklı ve Yüksek Riskli Gebelerin Doğum Öncesi Dönem ile İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı	58
4.2.1.4. Sağlıklı ve Yüksek Riskli Gebelerin Doğumlarına Yönelik Bazı Özelliklerinin Dağılımı	59
4.2.1.5. Sağlıklı ve Yüksek Riskli Gebelerin Yenidoğanlarının Sağlık Durumu ile İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı	63
4.2.2.1. Optimalite İndeksi-US Maddelerine İlişkin Yapılan Kodlamalar	65
4.2.3.1. Optimalite İndeksi-US Skorları Bakımından Sağlıklı ve Yüksek Riskli Gebeler Arasında Farklılık Olup Olmadığının İncelenmesi	71
4.3.1. Gözlemciler Arası Uyumun İncelenmesi (Kappa İstatistiği)	73

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

En iyi/uygun/en üst anlamında kullanılan optimalite kavramı, sağlıkta normallik kavramından farklı olarak riskli ve istenmeyen olaylara değil, olası en iyi sonuçlara odaklanmaktadır (1). Sağlık hizmetlerinde “normallik” kavramı, genellikle olumsuz ya da anormal olayların görülmemesi olarak tanımlanmaktadır. Ancak bu tanım, normaliteyi oluşturan sınırların ne olduğuna göre değişebilmektedir (1,2).

Perinatal bakımda optimalite; gebe kadın, fetüs/yenidoğan ve ailesi için doğum sonu döneme ait optimal sonuçları sağlamaya ve geliştirmeye odaklanmaktadır (3). Optimalite yaklaşımı, sağlıklı olan kadınların büyük bir bölümünün, gebelikte karmaşık teknolojilerin çoğuna ihtiyacı olmadığını ve kadınların bireysel ve rutin obstetrik müdahalelerde bulunmaktan kaçınan bir bakım hizmeti almaları gerektiğini desteklemektedir (4).

Sağlık bakımında optimaliteyi sağlamanın temel yollarından birisi, kanıta dayalı verilerin uygulamaya aktarılmasıdır. Perinatal bakımda optimalitenin sağlanması açısından, perinatoloji alanında hizmet veren sağlık personelinin, klinik, yönetim, eğitim ve araştırma alanlarında kanıta dayalı uygulamaları kullanması önemlidir. Çünkü diğer sağlık alanlarında olduğu gibi, perinatoloji alanında da sürekli olarak yeni kanıtlar ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle, perinatal bakımın optimalitesinin sağlanmasında, bu alanda hizmet veren sağlık personelinin var olan bilgilerini yenilemesi ve güncellemesi gerekmektedir (5). Sağlık personelinin, perinatal bakım uygulamalarının kanıt temelli olup olmadığını bilmesi, rutin bakım anlayışı yerine birey merkezli bakımın geliştirilmesine katkıda bulunacaktır (6). Kanıta dayalı birey merkezli bakım, yüksek derecede güvenli ve etkili uygulamalar sonucunda, anne ve fetüs/yenidoğana sağlanan perinatal bakımın kalitesinin ve sonuçlarının iyileştirilmesi, perinatal bakımda gereksiz teknoloji ve invazif girişimlerin kullanımının azaltılması ve verilen bakımın standardize edilmesi gibi sonuçların elde edilmesi sağlanmaktadır (7).

Ülkemizde özellikle doğum eylemi sırasında, elektronik fetal monitorizasyon (EFM) (8), intravenöz (IV) hidrasyon, vajinal muayene, epidural analjezi, amniyotomi, mesane kateterizasyonu, epizyotomi, doğum indüksiyonu (9) ve sezaryen (10) gibi invazif girişimlerin ve teknolojinin yaygın bir şekilde kullanıldığı

gözlenmektedir. Sağlıklı gebelerde, bu tip girişimlerin etkili bir bilimsel desteğinin olmadan kullanılması, kanıta dayalı bakım felsefesi ile uyuşmamakta ve bakımda optimal sonuçların sağlanması engellenmektedir (11).

Gebelik ve doğum, doğal ve fizyolojik bir süreçtir. Bu nedenle, perinatoloji alanında çalışan hemşireler ve ebeler daha çok sağlıklı bireylere hizmet verirler (12). Hemşireler ve ebeler, risk faktörlerinin taranmasında, koruyucu yaklaşımın sağlanmasında ve problem çıktığında uygun müdahalelerin planlanmasında etkin rol alarak; annenin, fetüsün ve yenidoğanın sağlığını koruyup geliştirebilir, yüksek riskli gebeliklerde annenin ve fetüsün en iyi bakımı almasında kilit rol oynayabilirler (13). Ancak ülkemizde perinatal bakımı ve sonuçlarını optimal hale getirmek için ebe ve hemşirelerin yapması gereken kanıta dayalı uygulamalar ile ilgili belirli bir standart bulunmamaktadır. Ebe ve hemşirelerin bakım ile ilgili uygulamaları doğumdan önce anne ve fetüsün sağlık durumuna, doğumun gerçekleştiği yere, doğumun tipi ve sonucuna ve yenidoğanın sağlık durumuna göre büyük ölçüde değişmektedir. Doğum yapan kadın ve yenidoğan için sağlanan bakımın çeşitliliği, perinatal sonuçlarda farklılıklara neden olabilmektedir (11).

Doğumda uygulanan bakım modelleri, kanıta dayalı kaliteli bakımı destekleyen bilimsel literatürde yer almaktadır. Ancak, bakımın değerlendirilmesi ile ilgili sonuçlar, anne ve bebek morbidite ve mortalitesi ile sınırlı kalmakta; doğum deneyiminin tümünü kapsamamakta ya da hem anne hem de bebeğin optimal iyiliği üzerine odaklanmamaktadır (11). Düşük doğum ağırlığı, apgar skoru, prematürite, kanama veya neonatal nörolojik anormallikler ile ilgili biyomedikal sonuçların değerlendirilmesi konusunda genel olarak bir anlaşma olmasına rağmen, bakım ile ilgili uygulamaların kalitesinin değerlendirilmesi konusunda çok az fikir birliği bulunmaktadır (11,14). Perinatal sonuçların sadece mortalite ve morbidite ölçümleri ile değerlendirilmesi, özellikle düşük riskli kadınlara uygulandığında kullanışlı olmamaktadır (1,2,14).

Ülkemizde, perinatal sonuçların değerlendirilmesinde, anne ve bebek morbidite ve mortalitesi ile ilgili sonuçlar kullanılmaktadır. Bu sonuçlar ile ilgili veri kaynakları çeşitlidir ve farklı yerlerden elde edilmektedir. Ülkemizde anne ve çocuk sağlığı ile ilgili veriler başlıca, Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı (15), Türkiye İstatistik Kurumu (16), Hacettepe

Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından gerçekleştirilen Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) (17) ve Ulusal Anne Ölümleri Çalışması (18)'sonuçlarından elde edilmektedir. Ancak morbidite ve mortalite ile ilgili elde edilen bu sonuçlar; özellikle ebe ve hemşire tarafından hizmet alan, temelde sağlıklı popülasyonlarda sık rastlanmayan olaylardır (1,2,14). Bu durumun, hemşire ve ebelerin sağladığı perinatal bakımın değerlendirilmesinde geçerli olmadığı düşünülmektedir. Aynı zamanda bu değerlendirme, durumun tümünün değerlendirilmesini sağlayacak bütüncül bir yaklaşım yerine kadın ya da yenidoğanın durumu ile ilgili spesifik bir ya da iki yöne hitap etmektedir (14). Bakımın sonuçlarını nadir görülen istenmeyen olayların ortaya çıkışı ya da yokluğu olarak tanımlamak, bu tür nadir olayların oranlarını karşılaştırmak için geniş popülasyonlu, uzun vadeli, kompleks ve pahalı araştırma çalışmalarına ihtiyaç duyulmasına neden olmaktadır (1,2).

Ülkemizde, perinatal sonuçların değerlendirilmesinde kullanılacak uygun ölçüm araçlarının bulunmadığı düşünülmektedir. Perinatal sonuçların sağlıklı değerlendirilmesinde biyomedikal sonuçlar kadar, bilimsel kanıt ile desteklenmiş iyiliğe odaklı uygulamaların da incelenmesi gerekmektedir. Perinatal sonuçları değerlendirmede, Optimalite İndeksi-United States (OI-US) bu boşluğu doldurmaya yardımcı, hassas bir ölçüm aracı olacaktır (11,19).

OI-US, tüm klinik durumu yansıtan, farklı yapıda bilgileri içeren, kanıta dayalı klinimetrik bir indekstir (1,19,20). 1960'lı yıllarda oluşturulan Avrupa'ya özgü bir ölçüm aracından uyarlanmıştır (14). Günümüze kadar, Hollanda (14), Amerika (1,2) ve İngiltere'de (21) geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılarak uygulamaya konulmuştur.

OI-US, biyomedikal sağlık sonuçları ile bilimsel temele dayalı bakımın optimal sonuçlarını birleştirmektedir. OI-US; düşük doğum ağırlığı, prematürite, maternal ve yenidoğan morbidite ve mortalitesi gibi majör medikal problemlere göre perinatal sonuçlardaki küçük farklılıkların ölçümünün yapılmasına daha hassastır. Bu durum indeksi, düşük riskli popülasyonlarda bile sonuçlardaki farkları ayırt etmek için kullanışlı bir ölçüm aracı haline getirmektedir (11).

Ülkemizde, bilimsel temeli olmayan teknolojik ve invazif girişimlerin yaygın bir şekilde kullanıldığı gözlenmesi, kanıta dayalı uygulamalar ile ilgili belirli bir

standardın bulunmaması ve perinatal sonuçların değerlendirilebilmesinde kullanılacak uygun bir ölçüm aracının bulunmaması nedeni ile OI-US'in, perinatal sonuçların optimalitesinin değerlendirilmesinde uygun bir ölçüm aracı olacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, perinatal sonuçların değerlendirilmesinde kullanılan Optimalite İndeksi-United States (US)'in Türkçe'ye uyarlanmasıdır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Perinatal sonuçları değerlendirmede kullanılan Optimalite İndeksi-United States (US), Türkiye için geçerli ve güvenilirlerdir.

2. GENEL BİLGİLER

Son dönemde, perinatal bakıma yaklaşımın odak noktası değişmiş, bakım sunanların ve hastaların kişisel deneyim ve tercihlerine dayanan hizmet anlayışı yerine kanıt temelli uygulamalara geçiş yapılmıştır. Perinatal bakım hizmeti sunanların sorumluluğu, güvenilir ve etkin kanıtlar ışığında en iyi kararları seçmek haline gelmiştir (22). Benzer şekilde, perinatal araştırmalarda da geleneksel yaklaşımlar, doğum sırasında gerçekleşen olumsuz olayların ölçümüne yoğunlaşmaktan giderek uzaklaşmaktadır. Çünkü bu olumsuz olaylar, maternal ve neonatal mortalite gibi sonuçlar göz önüne alındığında sağlıklı doğumların gerçekleştiği popülasyonlarda daha seyrek ortaya çıkmaktadır (23).

2.1. Perinatal Alanda Kanıta Dayalı Uygulamaların Kullanımı

Normal doğumun parametrelerini tanımlamış olan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), doğal sürece müdahale etmenin geçerli bir sebebi olması gerektiği ilkesini benimsemektedir (24). Buna göre, kadın bedeni fizyolojik olarak, aksi yönde herhangi bir sebep bulunmadığı müddetçe, gebeliğin ve doğumun üstesinden gelme yeteneğine sahiptir (4). Ancak artan doğum indüksiyonu, bölgesel analjezi ve sezaryen doğum oranları itibarıyla, doğum günümüzde oldukça teknik bir olay haline gelmiştir. Artan teknoloji kullanımı, beraberinde getirdiği ekonomik maliyetlere rağmen, perinatal sonuçlarda, özellikle yenidoğan mortalitesi açısından, büyük bir değişiklik yaratmamıştır (25,26).

Bakım uygulamalarını bilimsel kanıtla ilişkilendirme yeni bir kavram değildir. Aslında, 1990'lı yıllardan bu yana, obstetrik ve perinatal sağlık çalışanları için standart haline gelmesi amacıyla, kanıta dayalı bakıma çağrıda bir artış bulunmaktadır (11).

Doğum esnasındaki bakım uygulamalarının bilimsel kanıt ile ilişkilendirmesi isteği, hizmeti alanlar tarafından da dile getirilmektedir. 2002 yılında, Annelik Bakım Derneği (The Maternity Care Association) tarafından gerçekleştirilen “Anneleri Dinleme” (Listening to Mothers) araştırması, yoğun teknoloji kullanımının, Amerika’da doğum yapan çoğu kadın tarafından yaşandığını belirlemiştir. Araştırmaya katılan kadınlar doğum sırasında, EFM (%93), IV hidrasyon (%86), epidural analjezi (%63), amniyotomi (%55), doğumun oksitosin ile indüksiyonu

(%53), mesane kateterizasyonu (%52) ve epizyotomi ya da laserasyonun suture edilmesi (%52) gibi müdahalelere maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir (27). Bu tür müdahaleler, belirli bir endikasyonu olmadan uygulandığında kanıta dayalı bakım ile uyuşmamaktadır. Bu araştırmada rapor edilen oranlar, DSÖ (24) tarafından hedeflenen oranlardan oldukça uzakta yer almaktadır. Bu araştırma, bilimsel veriler tarafından desteklenmeyen birçok uygulamanın, sağlıklı kadınlarda rutin olarak kullanıldığını göstermektedir (11).

Ülkemizde de, bilimsel temeli olmayan teknoloji ve invazif girişimlerin (amniyotomi, mesane kateterizasyonu, epizyotomi, doğum indüksiyonu, sezaryen ile doğum gibi) yaygın bir şekilde kullanıldığı gözlenmektedir. Ancak, bu konuda yapılmış bilimsel araştırma sayısı oldukça azdır. Turan ve diğerlerinin (9) gebelik ve doğum sırasında verilen hizmetleri değerlendirmek amacıyla 3 farklı hastanede (devlet, SSK, özel) yaptıkları araştırmada, epizyotomi, lavman, mesane kateterizasyonu, indüksiyon ve vajinal muayene uygulamalarının, araştırmanın gerçekleştirildiği hastanelerde yüksek oranlarda olduğunu belirlemişlerdir. Güvenç (8), sürekli EFM'nin araştırmanın yapıldığı 3 farklı hastanede (Askeri, devlet, SSK) yaygın olarak kullanıldığını saptamıştır. Şahin ve diğerlerinin (28) 504 kadın üzerinde yaptığı bir başka çalışmada, primipar kadınların %51,6'sına, multipar kadınların ise %48,4'üne epizyotomi uygulandığı belirlenmiştir. Ayrıca kadınların %92,5'ine oksitosin indüksiyonu uygulandığı saptanmıştır. TNSA-2008 verilerine göre, ülkemizde son 5 yılda meydana gelen tüm doğumların %36,7'sinin sezaryen ile yapıldığı belirlenmiştir (10). Bu sonuç, DSÖ'nün maksimum olarak belirlemiş olduğu %15 (29) oranından oldukça yüksektir.

2.2. Perinatal Bakım Süreci ve Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Normal doğum için uygun teknoloji ile ilgili tartışmalar, düşük risk grubundaki kadınlarda perinatal bakım ve sonuçlarının değerlendirilmesinde, karşılaştırma için hangi standartların kullanılması gerektiği ile ilgili soruları gündeme getirmiştir (30). Amerika'da yapılan bazı araştırma sonuçlarının yanı sıra (31-35), ebelik uygulamalarının sağlık bakım sisteminin bütünleyici bir parçası olduğu Avrupa, Avustralya ve Yeni Zelanda'da yapılan sistematik inceleme ve raporlar (36,37), düşük riskli kadınlarda, sonuçlardaki farklılıkların tespit edilebilir olmasının,

bakım sürecinin ana unsuru olduğuna dair inandırıcı kanıtlar sunmaktadır. Sonuçlar üzerindeki etkileri nedeni ile bakım süreci ile ilgili yapılan seçimlerin, klinik uygulama değerlendirmelerinde yer alması gerekmektedir (2).

Doğumda uygulanan bakım modelleri, kanıta dayalı kaliteli bakımı destekleyen bilimsel literatürde yer almaktadır. Ancak, perinatal bakımın değerlendirilmesi ile ilgili sonuçlar, anne ve bebek morbidite ve mortalitesi ile sınırlı kalmakta; doğum deneyiminin tümünü kapsamamakta ya da hem anne hem de bebeğin optimal iyiliği üzerine odaklanmamaktadır. Optimal iyiliği sağlayan bakım uygulamalarını ölçme yeteneği, uygun ölçüm araçlarının eksikliği nedeni ile güçleşmektedir (11).

2.2.1. Perinatal Bakım Süreci ve Sonuçlarının Değerlendirilmesinde Kullanılan Yaklaşımlar

Perinatal risk ve sonuçların değerlendirilmesinde kullanılan klasik yaklaşım, geleneksel olarak fetal, neonatal veya maternal mortalite ve morbidite ile ilgili sonuçlara odaklanmaktadır (örn; preterm doğum, düşük doğum ağırlığı, kanama veya neonatal nörolojik anormallikler gibi). Ancak, bu olumsuz sonuçlar, doğum yapan kadınların çoğunda ve özellikle hemşire, ebe ve diğer meslek gruplarının hizmet verdiği sağlıklı popülasyonda nadir görülen olaylardır. Bununla birlikte, bu olayların nadir görülmesi durumu, perinatal anne bakımının değerlendirilmesini güçleştirmektedir (38). Örneğin, maternal mortalitenin hesaplanmasında, payda olarak 100.000 kullanılmaktadır (4). Bakımın sonuçları, nadir görülen olayların varlığı ya da yokluğu ile tanımlandığında, nadir görülen bu olayların oranlarının karşılaştırılabilmesi amacıyla, yapılan çalışmaların yeterli istatistikî güce sahibi olması için, geniş örneklem sayısına, uzun süren, kompleks ve yüksek maliyetli araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır (4,38).

Bir diğer değerlendirme yaklaşımı da, kompozit risk skoru kullanımıdır. Kompozit risk skoru, nadir görülen olumsuz olayların sıklığını özetlemek ve olumsuz sonuçları öngörmek amacıyla kullanılmaktadır. Bu nedenle, kompozit risk skorunun kullanımı da, yukarıda bahsedilen benzer kaygılara yol açmaktadır (39).

Her ne kadar olumsuz sonuçların takip edilmesi önemli olsa da, klinisyen ve klinik hizmetlerden yararlanan birey, çoğunlukla en iyi sonuçların elde edilmesinin

kolaylaştırılmasıyla ve bu sonuçları gerçekleştirmek için en etkili yolların (veya süreçlerin) bulunmasıyla ilgilenmektedir. Nüfusun çoğunluğu için neyin en iyi olduğunun anlaşılmasında, gebelik süresince yapılan ölçümlere ve verilen bakım hizmetlerinin sonuçlarına ihtiyaç bulunmaktadır (1).

Uluslar arası düzeyde, perinatal bakımı değerlendirmede kullanılan çok sayıda ölçüm aracı geliştirilmiştir (30,34,40-43). Ancak bu ölçüm araçları, daha çok doğum sürecine odaklanmakta ve bu nedenle perinatal bakım uygulamalarının tümünü değerlendirme yetenekleri sınırlı olmaktadır (2). Ülkemizde de, perinatal sürecin tamamını değerlendirmede kullanılabilecek bir ölçüm aracı bulunmamaktadır.

2.2.2. Perinatal Bakım Süreci ve Sonuçlarının Değerlendirilmesinde Optimalite Yaklaşımı

En iyi/uygun/en üst anlamında kullanılan optimalite kavramı, normallik kavramından farklı olarak riskli ve istenmeyen olaylara değil, olası en iyi sonuçlara odaklanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde “normallik” kavramı, genellikle olumsuz ya da anormal olayların görülmemesi olarak tanımlanmaktadır. Ancak bu tanım, normalite oluşturan sınırların ne olduğuna göre değişebilmektedir. Örneğin, amniyotik sıvıda mekonyum görülmesi, genellikle doğum sonu dönemde olumsuz olayların görülme riskinde artış olduğunu gösterebilmektedir (1). Fetüs matür hale geldikçe amniyotik sıvıda mekonyum sık olarak görülebilmekte ancak bu durum tek başına fetal sıkıntının bir göstergesi olmayabilmektedir. Aynı zamanda, makat gelişme eylem esnasında fetüs karnına olan bası nedeniyle mekonyum geçişi görülebilmekte ve bu durum eylemin erken döneminde olmamak kaydıyla fetal sıkıntının bir bulgusu olarak görülmemektedir (29). Perinatal alanda çalışan sağlık personeli ve araştırmacılar, amniyotik sıvıda kalın mekonyum görülmesinin olumsuz bir işaret olduğu konusunda hemfikirdirler (1). Amniyotik sıvıda kalın mekonyum bulgusu fetal sıkıntıyı gösterebilmekte ve eğer bu durum doğum eyleminin erken fazında meydana geldiyse veya doğum eyleminin uzun süreceği öngörülüyorsa sezaryen ile doğum göz önünde bulundurulabilmektedir (29). Ancak bu durumun, olumsuz bir olay mı yoksa normallik sınırı içerisinde bir bulgu olup olmadığı tartışılabilir (1).

Optimalite kavramı, normallik kavramından daha dar bir kavramdır. Aynı zamanda, optimum ya da olası en iyi durumun tanımlanmasının, normal tanımlamaktan daha kolay olduğu temeline dayanmaktadır. Optimalite, istedik ya da optimal durum açısından kriterleri tanımlamaktadır. Böylece, normal olan durumları normal olmayan durumlardan ayırt etmede, olası sonuçlar için sürecin hangi noktasında karar vermek gerektiği ile ilgili problemleri de önlemektedir (14).

Perinatal sağlıkta optimalite kavramı, kadının toplumsal, tıbbi ve obstetrik geçmişinin dinamik bağlamına yapılan, minimum sayıda müdahale ile mümkün olan en iyi sonucu gerçekleştirmeyi hedefleyen bakım hizmetini tanımlamak için kullanılmaktadır. Bakım hizmetine optimalite odaklı bir yaklaşım, herhangi bir durumda neyin yanlış gidebileceğinden ziyade pozitif olanın ne olduğunu ele almaktadır. Bu yönüyle, bakım süreçlerini incelemek için oldukça uygun bir yaklaşımdır (4).

Obstetrik bakım hizmeti veren çoğu sağlık personeli, doğal sürece ve kadının anatomisine minimum müdahaleyi destekleyen felsefeyi desteklemektedir (2). Gebelik ve doğum, genellikle teknolojik veya obstetrik müdahale gerektirmeyen normal fizyolojik olaylardır. Optimalite kavramı da, bu felsefeye dayanmaktadır (4). Perinatal optimalite kavramı, optimal fizyoloji ve sağlığın desteklenmesi ve olumlu sonuçların alınması için gereksiz müdahalelerin mümkün olduğunca minimize edilmesi gerektiği varsayımına dayanmaktadır (22).

Optimalite yaklaşımı, perinatal bakım hizmetlerini, perinatal sağlık alanında geçerli olan risk felsefesinin ötesine taşımaktadır. Belirli bir durumda neyin optimal olduğu konusundaki kararlar, belirsizliğin ve riskin değerlendirilmesi ile şekillenecektir. Kennedy (4)'nin belirttiğine göre, Murphy-Lawless, modern gebelik uygulamalarının, belirsizliğin azaltılmasını amaçladığını fakat bunun gerçekleştirilmesinin imkânsız olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca bu uygulamaların, olumsuz durumlarda kontrolün modern tıba devredilmesi ile kadınların ölüm riskinin azalacağını varsayan anlayışa da dayandığını belirtmiştir. “Perinatal sağlıkta optimalite” tanımının yeniden yapılabilmesi için bu yaklaşımların değiştirilmesinin, gelecekte temel bir gereksinim olacağını ifade etmiştir.

Bu tarz bir duruş, ölüm riskini azaltmayı, sağlığı optimize etmekten daha değerli bulan bir felsefi yaklaşımı yansıtmaktadır. Riske ilişkin yaptığı kavramsal bir

analizde Shattell (44), riskin iki boyutunun olduğunu ortaya koymuştur: kayıp ya da zarar görme ihtimali/potansiyeli ve bu potansiyele ilişkin bilişsel farkındalık ve karar verme süreci. Günümüz perinatal sağlık alanındaki ciddi gerilimlerin temelinde, zarar görme ihtimaline ve bu ihtimale verilecek uygun tepkilere ilişkin yapılan farklı değerlendirmeler yatmaktadır. Bu açıdan optimal perinatal bakım hizmeti, çoğunlukla kadınlar, klinisyenler, yöneticiler, politikacılar ve sigortacılar gibi farklı risk yönelimleri olan çeşitli gruplar tarafından farklı şekillerde tanımlanmaktadır (4).

Optimalitenin en tartışmalı yönü, gebelik ve doğum sırasında kadınların tercihlerinin oynadığı rolleridir. Kadın için iyi olan bir durum, her zaman bebek için iyi olmayabilir ya da bu durumun tersi de geçerli olabilmektedir. Ayrıca anneye göre iyi olan bir durum, klinisyen tarafından iyi olarak algılanmayabilmektedir. Kadınlar, giderek artan bir oranda, doğum sürecini bütünüyle acısız yaşamak istemektedir. Ancak bu durumun anne ve bebek için optimal olup olmadığı değerlendirilmelidir (4). Kadınlarda epidural anestezi uygulandığı durumlarda ortaya çıkabilen yüksek ateş ve süt salınımının yetersizliği ile ilgili endişeler artmaktadır (45,46). Ayrıca isteğe bağlı sezaryen ile doğum, düşük rölatif riske sahip olmasına rağmen, hala morbidite ve mortalite riski olan majör bir abdominal operasyon olma özelliğini korumaktadır. Bakım hizmetleri için kararların verilmesinde ve bunların kadının ihtiyaçlarına göre bireyselleştirilmesinde, kadının psikolojik ve ruhsal sağlığı da dikkate alınmalıdır (4).

Optimal sonuçlar elde etmek için, bakım hizmetinin bireyselleştirilmesi ve kaynak kullanımı, başka önemli araştırma alanlarını ortaya koymaktadır. Kennedy'nin belirttiğine göre (4), Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Hemşirelik Araştırma Enstitüsü (The United States National Institute of Nursing Research), 2005 yılında yayınladığı bir raporda, ileri teknolojilerin insan ihtiyaçlarını karşılamak üzere kontrol edilmesinin, hemşirelik araştırmalarında önde gelen bir konu olduğunu bildirmiştir. Ancak, bu hedef kadar önemli olan bir diğer nokta, bu teknolojinin nasıl kontrol altına alınacağı, yani teknolojinin ona en çok ihtiyaç duyan kişiler için uygun bir biçimde ve bilimsel kanıtlara dayanarak kullanılmasıdır (4).

Teknoloji içermeyen bakım süreçlerini destekleyen kanıtların da (doğum süresince sürekli destek, ambulasyon, hidroterapi ve masaj) detaylı bir şekilde incelenmesi gerekmektedir. Aslında, kadınlar doğumu kendi başlarına yaptıklarında,

ne zaman yardım istemeleri gerektiğini bilmektedirler. Ancak, bu ifade, doğum hizmetinin terk edilmesini önermek değil, bakım hizmetini her bir kadının kişisel ihtiyacını ve gücünü karşılayacak şekilde bireyselleştirmenin, en optimal yaklaşım olduğunu ortaya koymak anlamına gelmektedir (4).

Optimalite yaklaşımı, temelde sağlıklı olan kadınların büyük bir bölümünün, gebelik döneminde karmaşık teknolojilerin çoğuna ihtiyacı olmadığını ve kadınların bireysel ve rutin olarak teknolojik ve obstetrik müdahalelerde bulunmaktan kaçınan bir bakım hizmeti almaları gerektiğini desteklemektedir. Böylece, kadınlar, daha optimal bir hizmet almış olacaktır (4).

Kanıt temelli bakım hizmetinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi, hem bakım sürecinin hem de alınan sonuçların ölçümüne odaklanmayı gerektirmektedir. Çünkü bu kombinasyon, maternal bakımın dinamik doğasını ve obstetrik müdahaleler, güvenilir literatürde tanımlandığı şekliyle “en iyi uygulamalar” ve sağlıklı perinatal sonuçlar arasındaki kesişimleri yansıtmaktadır. Perinatal bakım süreci ve sonuçlarının ölçülmesinde kullanılan bu tarz ölçeklerden birisi de, Optimalite İndeksi-US'dir (OI-US) (22).

OI-US, anne ve çocuk için mümkün olan en iyi biyofiziksel koşulları ifade eden perinatal optimalite kavramına dayanmaktadır (4). Her ne kadar birçok perinatal sonuç, yaygın, kabul edilebilir veya “normal” olarak değerlendirilse de, optimal, ideal olan şeklinde tanımlanmaktadır. Maternal bakım hizmeti sağlayanların temel rolü, kadınlara ve bebeklere yönelik sundukları hizmetlerde, gebeliğe ve doğum sürecine ilişkin fizyolojik süreçlerin desteklenmesine odaklanmak olmalıdır (22).

2.3. Perinatal Sonuçların Değerlendirilmesinde Optimalite İndeksi-US'in Kullanımı

2.3.1. Optimalite İndeksi-US'in Tarihçesi

Prechtl, nörolojik morbiditeyi, doğum öncesi ve perinatal komplikasyonlarla ilişkilendirmeye çalıştığına, komplikasyonların yetersiz bir biçimde tanımlandığını ve normal ile anormal arasındaki ayrımın sıklıkla net olmadığını gözlemlemiştir. Bu nedenle, normallik gibi tarif edilmesi zor bir kavrama yoğunlaşmak yerine, çalışmasının odağını en iyi durumu (veya optimal olanı) belirleme yönünde değiştirmiştir. Prechtl, tarafından ilk kez tanımlanan “optimalite ilkesi”, 1960'lı

yıllarda, “hayata mükemmel başlangıç” yapmış bebekleri tanımlamak üzere kullanılmıştır (47). Bu ilke, annelerin sağlık durumlarının mükemmel olması ve gebelik ve doğum süresince herhangi bir problem görülmemesi temeline dayanmaktaydı. Bu beklenti ışığında, gebelik ya da doğum sırasında uygulanan herhangi bir müdahalenin, fizyolojik bir problemi işaret ettiği ve optimal kriterinin sağlanmamasına neden olduğu varsayılmaktaydı (2).

Wieggers ve diğerleri (14), ebeler tarafından kullanılan bakım süreçlerini inceledikleri bir çalışmada, Prechtl’in ilk çalışmasını, perinatal problemler açısından düşük risk taşıyan kadınları kapsayacak şekilde genişletmişlerdir. Bu çalışmada, doğumda optimaliteyi “sosyal, tıbbi veya obstetrik sorunları olmayan sağlıklı bir kadının, herhangi bir müdahale ya da komplikasyon olmaksızın sağlıklı bir çocuğu uygun zamanda dünyaya getirmesi” olarak tanımlamışlardır. Araştırmacılar, obstetrik müdahaleler ile pozitif sağlık göstergeleri arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere bir ölçüm aracı geliştirmişlerdir.

Wieggers’in geliştirdiği bu ölçüm aracı, daha sonra Murphy ve Fullerton (1) tarafından, obstetrik müdahalenin optimal olmadığı prensibi korunarak, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde uygulanmak üzere yeniden uyarlanmıştır. Uyarlanmış olan bu ölçüm aracı, doğum sürecinde kanıt temelli bakımın en iyi uygulama olduğu ve optimal bakımı temsil ettiği prensibini içermekteydi.

OI-US, ilk kez 2001 yılında yayımlanmıştır. Bir grup araştırmacı ve klinisyenden oluşan Optimalite Çalışma Grubu (OÇG), OI-US’in 2008 yılında genel kullanıma açılmasına değin, bu süreçte literatürde yer alan araştırmaları değerlendirerek, bu ölçme aracını değiştirmeyi sürdürmüşlerdir (22).

2.3.2. Optimalite İndeksi-US’in Özellikleri

İndeks’in orijinal versiyonunda toplam 56 madde bulunmaktadır. İndeks içerisinde, Perinatal Özgeçmiş İndeksi (PÖİ) ve Optimalite İndeksi (OI) olarak iki bölüm yer almaktadır. PÖİ, daha önceden mevcut olan perinatal riskleri belirlemek üzere yaygın birtakım kriterleri kullanarak gebelik bakımı alan kadınları sınıflandırmada kullanılan 14 maddelik bir ölçüm aracıdır. Burada, çeşitli obstetrik risk faktörleri değerlendirilmekte ve bu risk faktörlerinin varlık veya yokluk durumuna göre kodlama yapılmaktadır (ikili puanlama) (11,22).

İndeksin Oİ kısmı, dört perinatal alan ile ilgili toplam 42 maddeden oluşmaktadır: doğum öncesi (şimdiki gebelik ile ilgili tanı ve tedaviye yönelik göstergeler); doğum (doğum eylemi süresince); yenidoğan (bebeğin hayattaki ilk 24-48 saat içerisindeki ya da sağlık personelinin bakımından/sağlık kurumundan taburcu edilmeden önceki durumu); ve doğum sonrası (annenin sağlık personelinin bakımından ya da sağlık kurumundan taburcu edilmeden önceki durumu). Optimalite kriterleri, güncel obstetrik literatürden, özellikle de gebelik ve doğumda bakımın etkinliğini değerlendiren araştırmalardan elde edilmiştir. OÇG üyeleri, PÖİ ve Oİ’de yer alan her bir maddeye ilişkin yaptıkları literatür taramalarıyla, bu ölçüm aracının kanıt temelini sürekli güncellemektedirler (11,22).

Bu indeks, var olan en güncel kanıta dayalı olarak her bir Oİ maddesi için optimal bir sonuç belirlemektedir. En iyi ya da optimal sonuç, skora için başlangıç noktası olarak kabul edilmektedir. PÖİ ve Oİ birbirlerinden ayrı puanlanmakta ve “PÖİ skoru” ve “Oİ skoru” olarak ayrı bir şekilde bildirilmektedirler. Sağlanmayan her bir optimal kriter için, olası toplam skordan bir puan çıkarılmaktadır. Komplikasyonların yokluğunda, fizyolojik doğum sürecinin ideal (optimal) olduğu temeline dayanarak; en son hesaplanan “Oİ skoru”, yapılan herhangi bir obstetrik müdahaleden kaynaklanan tüm puan düşmelerini yansıtmaktadır. Bu indeksin skora sistemi, müdahalenin gerekli ya da zorunlu olup olmadığını dikkate almamaktadır. Kavramsal olarak, herhangi bir müdahale, optimal olmayan olarak göz önünde bulundurulmaktadır. Çünkü müdahaleler yalnızca fizyolojik koşulların normal veya düşük risk durumundan anormal veya yüksek risk durumuna geçmesi durumunda gereklilik arz etmektedir (22).

Klinisyenler ve araştırmacılar için böyle bir aracın değeri, sağlıklı kadın grubuna verilen bakım süreci ve sonuçlarında ortaya çıkan farklılıklara dikkat çekme özelliğine sahip olmasıdır. OI-US’de yüksek skorlar ilaç kullanımı, cerrahi müdahale veya enstrümantal doğum gibi potansiyel olarak zarar verici girişimlerden kaçınmayı ve bunun yanında da doğum eylemi sırasında ambulasyon, beslenme ve emzirme gibi desteklenen müdahalelerin kullanımını vurgulamaktadır. Optimalite ölçme aracı, uygulama ya da doğum yapılan yeri karşılaştırma amacı ile kullanıldığında, bu indekste elde edilen skorların gösterdiği farklılıklar, istenmeyen sonuçlarla bağlantılı bakım sürecindeki alanları işaret edebilmektedir (2).

2.3.3. Optimalite İndeksi-US'in Ölçüm Özellikleri

Bu aracın ölçüm özellikleri, çeşitli araştırmalarla incelenerek ortaya konulmuştur. OI-US, her bir maddenin optimal veya optimal olmayan şeklinde ayrı ayrı değerlendirildiği klinimetrik bir araçtır. Klinimetrik yaklaşım, sağlık hizmetlerinde (örneğin; Apgar skoru ya da Glasgow Koma Ölçeği) yaygın bir biçimde kullanılmaktadır (22). Klinimetrik ölçüm araçları, spesifik klinik parametreleri ölçmeleri, içerik odaklı ve ayırık olmaları itibarıyla, teori temelli olan ve hasta memnuniyeti veya toplumsal destek gibi kavramların çok sayıda farklı yönünü ölçmek üzere kullanılan psikometrik ölçüm araçlarından farklıdırlar. Buna rağmen; klinimetrik araçlar da, geçerlik ve güvenilirlik gibi birtakım temel psikometrik özellikler göstermektedirler (19,20).

Bir ölçüm aracının güvenilirliği, o aracın ölçmesi beklenen özelliği ölçüp ölçmediğiyle ilgilidir. OI-US'in kapsam geçerliliği, bu ölçme aracındaki her bir maddenin, maternal bakımla ilişkili ve perinatal optimalite değerlendirmesi açısından anlamlı olduğunu onaylayan bir uzmanlar kurulu değerlendirmesi yoluyla, Murphy ve Fullerton (1) tarafından ortaya konulmuştur. Daha önceden bu ölçüm aracının evde doğum uygulamalarına ilişkin kayıtlara uygulanması ile kanıtlanmış olmasına rağmen, bu indeksin medikal kayıtlar aracılığıyla kullanımını daha elverişli hale getirmek üzere, maddeler klinisyenler tarafından sınırlandırılmıştır (1,34). Yordama geçerliliği (ölçüm aracının, olacağı öngörülen durumları yakalama yeteneği) iki ayrı çalışmada gösterilmiştir (48,49). Low ve diğerleri (20), bu ölçüm aracının, farklı risk durumları olan ve dolayısıyla doğum sürecinin yönetiminde farklı yaklaşımlar uygulanan iki kadın grubunu birbirinden ayırt edebildiğini göstererek ayırt edici geçerliliği değerlendirmiştir.

İndeksin, güvenilirliğini değerlendiren Seng ve diğerleri (19), hem elektronik hem de yazılı klinik kayıtların kullanıldığı durumlarda, "Kodlama ve Skorelama Rehberi"ni kullanmanın, veri soyutlama hatalarını azalttığını belirlemişlerdir. Yapılan bu çalışmada, gözlemciler arası güvenilirliğin (ortalama %92.7 uyum) yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir.

2.3.4. Klinik Araştırmalarda Optimalite İndeksi-US'in Kullanılabilirliği

OI-US, perinatal bakım hizmeti sunanları ve bu hizmetin yararlanıcılarını kapsayan çeşitli araştırmalarda kullanılmıştır. Bu çalışmalarda, önceden var olan farklı risk faktörleri ve sağlık durumuna sahip popülasyonlar karşılaştırılmıştır (22).

Cragin ve Kennedy (2), doktor ve ebe-hemşirelerden oluşan iki grubun hizmet verdiği kadınların OI-US skorlarını incelemek üzere, 375 gebeden oluşan bir örneklem üzerinde prospektif tanımlayıcı kohort çalışması yapmışlardır. Çalışmanın öncesinde, kadınlarda var olan obstetrik riskleri belirlemek üzere, indeksin Pİ bölümünü kullanmışlardır. Araştırmanın sonucunda, iki grup arasında risk durumu açısından görülen benzerliklere rağmen, ebe-hemşire grubundan bakım hizmeti alanların (%79 [$SD=0.10$]) doktorlardan bakım hizmeti alan kadınlara göre (%70 [$SD=0.12$], $t= -7.62$, $p<.001$) daha yüksek optimalite puanları aldığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar, doktorlar tarafından sunulan hizmetle karşılaştırıldığında ebe-hemşireler tarafından sunulan bakım hizmetinin, kanıt temeliyle daha uyumlu olduğunu ve benzer veya daha iyi perinatal sonuçları daha az obstetrik müdahale kullanarak elde ettiklerini göstermektedir.

Low ve Miller (11) tarafından retrospektif olarak yapılan bir çalışmada, obstetrik müdahalelerin uygulanma durumuna göre belirlenmiş iki gruba ait OI-US puanlarındaki farklılık değerlendirilmiştir. Araştırmanın sonucunda, EFM ve epidural analjezinin uygulandığı ve uygulanmadığı gruplarda, OI-US skorları arasındaki farkın %10'dan fazla olduğu belirlenmiştir. Her iki örnekten de, müdahale edilmeyen gruplarda daha yüksek optimalite puanları olduğu saptanmıştır. Ancak, tek bir Oİ maddesi sebebiyle puan düşülmesi (rneğin epidural analjezi ya da elektronik fetal monitorizasyon uygulaması), total OI-US puanında %10 gibi bir düşüşe sebep olmamaktadır. Çünkü bu uygulamaların her biri, potansiyel olarak diğer başka obstetrik uygulamaların kullanımına yol açmaktadır. Diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak, bir müdahalenin bir dizi diğer müdahaleye bu şekilde bağlanması, kimi zaman *zincir etkisi* olarak anılmaktadır. Bu sebeple, genellikle optimal olmayan fizyolojik süreçler barındıran bakım hizmeti almış kadınların skorlarındaki önemli düşüşe, bu müdahalelerin sonucunda gerçekleşen diğer müdahaleler kombinasyonu etkili olmaktadır (22).

Shaw-Battista (50) tarafından retrospektif olarak yapılan bir diğer çalışmada, doğum yapan kadınların OI-US puanları karşılaştırılmıştır ($N=13.394$). Çalışmaya katılan kadınlar 3 gruba ayrılmıştır: a) doğum eylemi süresince ılık suya girme yöntemini izleyen b) doğum sürecini ve doğumu su içinde geçiren c) doğum süresince hidroterapi kullanmayan. Araştırmanın sonucuna göre, hidroterapi kullanmayan kadınların skorlarının (%82.8; %99 CI=%82.5-%83.2) doğum sürecini su içinde geçiren (%83.3;99% CI=%82.2-%84.4) ya da bütünüyle suyun içindeyken doğum yapan kadınlardan (%89.1;%99 CI=%88.0-%90.2) anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ebe-hemşirelerin gözetiminde doğum sürecine başlayan ve doğum esnasında klinik olarak hidroterapi kullanabilecek durumda olan bir alt örneklem üzerinde ayrıca vaka kontrollü çok değişkenli analizler yapılmıştır ($n=2.777$). Bu analizden elde edilen bulgular, büyük örneklem grubunda gözlenen optimalite farklılıklarının nedenlerini ortaya koymuştur. Doğum sürecini ve doğumu su içinde geçiren kadınlardaki bu farklılığın, doğum boyunca hidroterapi kullanmayan kadınlara göre, ağrı kesici yöntemlerin ve augmentasyonun (doğumun hızlandırılması) daha az kullanılması ve şiddetli perine laserasyonlarının daha az olmasından kaynaklandığını belirlemişlerdir. Bu bulgular, indeksin sağlıklı popülasyonda, bakım süreçleri ve alınan sonuçlar arasındaki farklılıkları tespit etme yeteneğine sahip olduğunu göstermektedir.

Seng ve diğerlerinin (49) yaptığı prospektif pilot çalışmada, posttravmatik stres bozukluğu (PTSD) yaşayan ve yaşamayan kadınlar arasında gözlenen farklılıklar değerlendirilmiştir. Bu çalışmanın sonucunda, OI-US skorlarının da gösterdiği üzere, daha az PTSD semptomu olan ya da hiçbir semptomu olmayan kadınlara göre, daha fazla PTSD semptomu olan kadınlarda, perinatal sonuçların daha olumsuz olduğu belirlenmiştir ($n=22$; $r=-.725$; $p<.001$).

Bu indeks, araştırmaya katılan gebe popülasyonunun sağlıklı olup olmadığını değerlendirmek amacıyla da kullanılmıştır. Lamp ve Macke (51) yaptıkları prospektif bir çalışmada, doğum eylemi sırasında annelerin sıvı alım düzeyleri ile yeni doğanlarda ilk 48 saatte gerçekleşen kilo kayıpları arasındaki ilişkiyi değerlendirmişlerdir. Bu çalışmada yazarlar, OI-US maddelerini, sağlıklı bir gebelik dönemi geçiren, düşük miktarda obstetrik müdahaleye maruz kalan ya da hiçbir müdahaleye maruz kalmayan bir popülasyon seçme yöntemi olarak kullanmışlardır.

Yazarlar, popülasyonun OI-US puanlarını açıklamamıştır. Bu puanları, kişilerin araştırmalarına katılıp katılmayacaklarını belirlemek amacıyla kullanmışlardır.

Maher ve diğerleri (52), çoğunlukla İspanyol göçmen işçi nüfusunun yaşadığı kırsal bölgede yaptıkları pilot çalışmada, katılımcıların perinatal risk faktörlerini değerlendirmek amacıyla OI-US'i kullanmışlardır. Araştırmacılar, İspanyol ($n=122$) ve İspanyol olmayan ($n=147$) nulipar kadınlarda, PÖİ puanları açısından anlamlı farklılıklar bulunduğunu fakat Oİ puanlarının benzer olduğunu belirlemişlerdir. Sonuçlar, diğer İspanyol gruplarda görülen “epidemiyolojik paradoks” durumunu göstermektedir. Epidemiyolojik açıdan daha yüksek risk taşımalarına rağmen, yeni göç etmiş İspanyol kadınlar, düşük risk grubundaki İspanyol olmayan kadınlarla benzer ya da onlardan daha iyi sonuçlara sahip olmaktadır.

Sheridan ve Sandall (53), OI-US'de bulunan her bir maddenin, İngiltere'deki maternal bakım sistemi bağlamında uygulanabilirliğini değerlendirmişlerdir. Kanıt temelli uygulamaların, bakımın verildiği yere göre değişiklik göstermemesi gerekse de, sağlık sistemi ya da toplum standartlarındaki farklılıklar nedeniyle, bazı OI-US maddelerinin farklı biçimlerde tanımlanması gerekebilmektedir. Ayrıca, obstetrik risk durumunun, bölgeler veya ülkeler arasında farklılık göstermesi ve mevcut haliyle PÖİ'nin, ABD'deki gebe popülasyonuna odaklanarak hazırlanmış olması nedeniyle, indeks doğru bir ölçüm gerçekleştiremeyebilir. Sheridan ve Sandall, İngiltere'ye özgü kanıtları değerlendirerek ve indeks içeriğinin bir uzmanlar kurulu tarafından gözden geçirilmesini sağlayarak, ülkelere özgü toplumsal risk faktörlerini tanımlayan bir takım maddeler belirlemiş ve önemli yeni klinik göstergeler saptamışlardır. Sosyal yoksunluk, ruh sağlığı koşulları, aile içi şiddet ve kadının ingilizce konuşabilme durumu gibi kadınların sağlık sistemini kullanabilme durumunu etkileyen konularda, ölçümün gerekli olduğunu ifade etmişlerdir.

OI-US'in gerek araştırma gerek uygulama alanlarındaki farklı uygulamaları, bu aracın bir ölçüm aracı olarak hem nitelikli maternal bakım süreçlerini hem de optimal perinatal sonuçlarını ölçme konusundaki kullanımı göstermektedir. OI-US'in on yılı aşkın bir süredir kullanılıyor olmasına rağmen, bu aracı geliştirenlerin değerlendirmesi gereken çeşitli sorunlar da belirlenmiştir (22).

2.3.5. Optimalite İndeksi-US'in Yararları ve Sınırlıkları

Bu indekse yönelik önceki değerlendirme ve araştırma deneyimleri, bu ölçüm aracının bazı yarar ve sınırlılıklarını ortaya koymaktadır. Bunlardan birisi, optimalite kavramının kendisiyle ilgilidir. Bu ölçüm aracı, gebelik ve doğum ile ilgili optimal deneyimlerin, obstetrik müdahale kullanımını gerektirmediği varsayımına dayanmaktadır (2). Ancak, kadınların gebelik esnasında problemler yaşayacağı çeşitli durumlar bulunmaktadır ve bu durumlarda zamanında müdahale etmek tıbbi açıdan gerekli ve uygundur. Oysaki optimalite kavramı, müdahaleye başvurma, optimaliteden taviz vermek anlamına geldiğini ve optimal dışı bir fizyolojik durumu gösterdiğini varsaymaktadır. Müdahalenin tıbben gerekli olduğu durumlarda da, aynı durum geçerlidir. Bu varsayım, olumlu olarak görülen hayat kurtarıcı çeşitli uygulamalar (örneğin, sezaryen doğum) için de geçerlidir. Bu durum, eleştirilenlerden önemli miktarda yorum almış ve gerek kadınların gerek klinisyenlerin optimal olmayan olaylar meydana geldiğinde, kendilerini “başarısız” gibi hissetmelerine neden olabileceği ileri sürülmüştür. Ancak, bu indeksten alınan sonuç, bakım sürecinin gidişatına yönelik herhangi bir değer yargısı ifade etmemektedir. Düşük OI skorları, dinamik klinik durumlara mevcut en iyi uygulamalarla karşılık verilse ve bu durum sonucunda gerek anne gerek bebek açısından mükemmel bir biçimde sonuçlansa bile, kişinin sağlıklı bir durumdan riskin artmış olduğu bir başka duruma geçtiğini göstermektedir (22).

Göz önünde bulundurulması gereken diğer bir önemli nokta; OI-US'in, belirli bir bölgeye, kuruma, uygulama grubuna veya meslek grubuna ait toplam sonucu tanımlamak amacıyla geliştirilmiş genel bir ölçüm aracı olduğudur. Sonuçlar genelleştirilmeden önce, puanlamalar zorunlu olarak bireysel katılımcılarla yapılmaktadır. Ancak bireysel skorlar yoruma müsait değildir. Çünkü bu indeks, bir kadının doğum sürecindeki deneyimlerini tanımlamak ya da tek başına bir kadının aldığı bakımı optimal ya da optimal değil olarak değerlendirmek amacıyla geliştirilmemiştir. Aynı zamanda bu ölçüm aracı, perinatal bakım veya sonuçları, vaka bazında birbirleriyle karşılaştırmak üzere de kullanılmamalıdır. Bunun yerine, bireysel skorlar bir araya getirilerek, bütün bir örnekleme ya da alt gruba ait bakım koşullarını ve sonuçları yansıtması sağlanmalıdır. Burada anlaşılması gereken nokta,

bakım süreçleri ve uygulamalar arasındaki farklar söz konusu olduğunda, önemli olan durumun puanların birlikte oluşturdukları genel tablo olduğudur (22).

OI-US ile ilgili diğer önemli nokta, bu ölçüm aracının perinatal sağlık hizmetlerinin bütününe yansıtma yönelik olduğudur. İndeksin ayrı alanlara dair (doğum öncesi, doğum, doğum sonu ve yenidoğan gibi) çeşitli maddelerden oluşmasına rağmen, bu alanlar arasında yapılacak bir karşılaştırma (PÖİ'den başka) uygun değildir. Bu alanların birer alt ölçekmiş gibi kullanılması, bu ölçüm aracının klinimetrik doğasına aykırıdır. Eğer karşılaştırma yapmak üzere birtakım gruplar tanımlandıysa ya da PÖİ puanlarına göre düşük ve yüksek risk taşıyan kadın grupları belirlendiyse, Oİ puanları, bu gruplar temelinde ifade edilmelidir (22).

Bazı araştırmacılar, OI-US'in karşılaştırma (benchmarking) amacıyla kullanılabileceğini düşünmektedir. Karşılaştırma, çeşitli uygulamaların, ürünlerin veya politikaların “en iyi uygulamayı” ifade eden standart bir ölçüyle karşılaştırılması süreci olarak tanımlanabileceği gibi istenen sonuçların elde edilmesini sağlamak için hangi metotların kullanılacağını belirlemeyi sağlayan bir karşılaştırma süreci de olabilmektedir. OI-US'in, müdahalenin hangi durumlarda uygun ya da gerekçelendirilebilir olduğu konusunda herhangi bir tespitte bulunamadığı göz önünde bulundurulursa, bu ölçüm aracının bir karşılaştırma aracı olarak kullanılması uygunsuz olmaktadır. Örneğin, eğer bir kadın doğum servisine membranları açılmış ve mekonyumlu amniyon sıvısıyla gelirse, fetal monitorizasyon fetüsün sağlık durumunu değerlendirmek için uygun bir yöntem olacaktır. Eğer fetal kalp atımları şüpheli ise, IV sıvı uygulaması düşünülebilir ve fetüsün kafa derisine takılacak elektrotlarla sürekli olarak izlenmesi zorunlu görülebilir. Bu durumda, her ne kadar bakım, değişen risk faktörleri sebebiyle uygun görülse de, bu kişinin alacağı OI-US puanı düşük olacaktır. Bu sebeple bu indeks, belli bir uygulamanın ya da koşulun bir diğerine göre daha optimal sonuçlar ortaya koyduğunu göstermek için kullanılmamaktadır. Çünkü risk faktörlerinin ortaya çıktığı ve klinik koşulların değiştiği durumlarda yapılan müdahalelerin uygunluğu konusunda doğru bir değerlendirme sunmamaktadır. Bu indeks, bir kalite değerlendirme aracı değil, bir araştırma aracıdır. Bu yüzden en uygunu, bu ölçüm aracının karşılaştırma gruplarının belirlenip sınıflandırıldığı ve karşılaştırmanın gerekirse gruplar arasındaki risk

durumu farkları göz önünde bulundurularak düzeltildiği çalışmalarda kullanılmasıdır (22).

OI-US, verilerin retrospektif olarak gözden geçirilmesini sağlayacak bir ölçüm aracı olarak tasarlanmıştır. Bu durum, indeksin içerdiği değişkenleri, medikal arşivlerde kayıt altına alınan rutin değişkenlerle sınırlandırmaktadır. Bu yüzden, standart medikal kayıtlarda göz ardı edilen ya da tutarlı bir şekilde kaydedilmeyen bazı değişkenler (örneğin, doğum esnasında annenin pozisyonu ya da doğumun hemen sonrasında ten temasının gerçekleşip gerçekleşmediği) sıklıkla eksik kalmaktadır. Kullanıcı Rehberi, bu ölçüm aracının bu sınırına ve diğer sınırlarına değinmektedir. Ayrıca Kullanıcı Rehberi, analizlere dahil edilmesi önem taşıyan belirli maddeleri ana hatlarıyla sunmaktadır (22).

OI-US, bir risk değerlendirme aracı değildir. İndekste yer alan birçok madde, standart risk değerlendirme araçlarında yer alan risk faktörleri ve olumsuz olaylarla ilişkili olsa da, bu indeks riskleri değerlendirmemektedir. OI olarak değerlendirilen skorlar, kadının risk durumunu değerlendirmemekte veya olumsuz olayları önceden öngörmemektedir. Daha çok, normal gebelik süreci ve sonuçlarını ölçmektedir (2).

OI-US, bireylerin bakım sürecinden ve sonuçlarından ne derecede memnun olduğunu ölçmemektedir. Bir kadının doğum deneyimini çok az müdahaleyle ya da müdahale olmaksızın tamamlaması ve sağlıklı bir bebek dünyaya getirmesi mümkündür. Bu durumda, OI-US puanının, yüksek optimalite düzeyinde olması beklenmektedir. Fakat kadının ağrılarını kontrol etmek için, bölgesel anestezi uygulanmasını talep etmesi ya da sezaryen doğum tercih etmesi ya da bebeğini anne sütü yerine mama ile beslemesi de mümkündür. Bu üç örneğin her biri, mevcut en yeni araştırmalar temelinde optimal dışı bir süreç yada sonuç olarak kaydedilecektir. Doğum yapan kadın, aldığı bakımdan ve maruz kaldığı davranışlardan memnun olabilir ya da kendi istek ve arzularının dikkate alınmaması ve bunlara saygı duyulmaması nedeniyle bakımdan memnun olmayabilir. OI-US, doğum yapan kadının bireysel olarak doğuma ilişkin yaşadığı fiziksel veya duygusal deneyimi ya da kendi beklenti ve arzularının karşılanması temelinde “optimali” ölçmemektedir. Bazı eleştirmenler, kadınların “kendi yaşam koşulları dahilinde anlamlı bir doğumu” neyin sağlayacağı konusunda farklı görüşlere sahip olmaları nedeniyle, kadının doğum deneyimine ilişkin görüşlerinin dikkate alınmamasının optimal olmadığını

ifade etmişlerdir. Her ne kadar “optimal” doğum, bir çok insan için farklı birçok şey ifade etse de, OI-US bu tarz farklılıkları ölçmek üzere tasarlanmamıştır. Bu ölçüm aracı, kanıta dayalı standartla karşılaştırarak genel sonucu değerlendirmek üzere tasarlanmış bir perinatal araştırma aracıdır (22). Diğer araştırmacılar, doğum yapan kadının aldığı bakım hizmetinden memnuniyetini değerlendirmek ve hasta odaklı araştırmalar yapmak amacıyla, OI-US ile beraber kullanılabilen çeşitli ölçüm araçları ve yaklaşımlar geliştirmişlerdir (54-57).

OI-US, hemşire klinisyenler tarafından perinatal bakım sürecini yansıtan bir kaynak olarak da kullanılabilir. İndekste verilen maddeler, obstetrik bakım ile ilgili en iyi kanıtları yansıtacak şekilde seçilmiştir (2).

2.3.6. Optimalite İndeksi-US’in Perinatal Hemşirelik Alanında Kullanımı

Perinatoloji hemşiresi, üreme ve çocuk doğurma yılları boyunca kadın, eşi ve ailesinin sağlık gereksinimlerini karşılamak, ailenin sağlığını korumak ve yükseltmek amacı ile bakım verir. Perinatoloji hemşireleri aynı zamanda, gebelik ve doğum sürecindeki ailelerin bakımında gebeliğe hazırlıktan başlayıp, taburculuğun planlanmasından, aile ve bebeğin evde ilk ziyaretine kadar sorumludur. Bu tanıma göre perinatoloji hemşiresinin görevi, üreme çağı boyunca kadın ve ailesinin izlemi ile başlayıp, gebeliğe karar veren kadın ve ailesini gebeliğe hazırlama, perinatal dönemde izleme ve doğum sonu ev ziyaretine kadar süren geniş bir yelpazede ele alınmıştır (13).

Perinatal hemşirelerin bakım uygulamaları ile ilgili farklılıklar bulunmasına rağmen, uygulamaların odağının anne ve yenidoğanın fiziksel sağlığı üzerine olduğu ile ilgili görüş birliği bulunmaktadır. Ancak, doğum sürecini optimize etmek için yapılması gerekenler konusunda daha az uyum bulunmaktadır. Klinikte çalışan hemşirelerin bakım ile ilgili uygulamaları, doğumdan önce fetüs ve annenin sağlık durumuna, doğumun gerçekleştiği yere, doğumun tipi ve sonucuna ve yenidoğanın sağlık durumuna göre büyük ölçüde değişebilmektedir. Doğum yapan kadın ve yenidoğan için sağlanan bakımın çeşitliliği, perinatal sonuçlarda farklılıklara neden olabilmektedir (11). Ülkemizde perinatal sonuçları optimal hale getirmek için hemşirelerin yapması gereken kanıta dayalı uygulamalar ile ilgili belirli bir standartın

olmaması nedeni ile OI-US kullanımının perinatal hemşireler tarafından kullanılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

OI-US ölçüm aracının perinatal hemşireler tarafından kullanılmasının getireceği yararlar aşağıda yer almaktadır (11):

- Bu ölçüm aracı, klinik uygulamalara rehberlik etmede kanıtların kullanımını arttırmak amacıyla, profesyonel hemşirelik örgütlerinin hedefleri ile uyumlu olarak kanıta dayalı uygulamalara dayanmaktadır.
- Perinatoloji alanında optimal sonuçlara katkıda bulunan bakım uygulamalarının çoğu hemşirelik alanı içerisindedir ve perinatal bakımın yönetiminde kullanılabilir. Bu nedenle, OI-US perinatal bakım sonuçları ile ilgili diğer ölçek ya da indekslerde genel olarak bulunmayan optimal uygulamaların çoğunu yansıtmaktadır.
- Bu indeksin kullanımı, doğum yapmış kadın ve yenidoğanın sağlık sonuçlarını olumlu şekilde etkileyen perinatal hemşirelik bakımının katkısını göstermesi bakımından önemlidir.
- Perinatoloji alanında çalışan hemşireler, bu indeks yardımı ile perinatal dönem ile ilişkili optimal sonuçların anlık değerlendirmesini yaparak, uygulamada yapılan değişikliklerin sonuçları geliştirip geliştirmediğini ya da kanıta dayalı perinatal bakım uygulamaları ile uyuşmayan sonuçları belirleyebilirler.
- Uygulamada yapılan herhangi bir değişiklik sonrasında değişiklik öncesi ve sonrası OI skorları karşılaştırılarak, yeni uygulama ile eski uygulama arasındaki sonuçlar optimallik açısından karşılaştırılabilir.
- Bakım uygulamaları ile sonuçları arasındaki ilişki değerlendirilebilir. Örneğin, kanıta dayalı uygulama olan anne ve bebeğin arasında ten teması uygulamasının başlatılmasının, emzirme oranının arttırıp arttırmadığı ya da yenidoğan yoğun bakımda takip edilen hipoglisemi gelişen yenidoğan sayısında azalma olup olmadığı açıklanabilir.
- OI-US, hemşireliğe özgü uygulamaları belirlemek için kullanılabilir. Bu da sadece medikal obstetrik sonuçlardan ziyade bütüncül bakımın değerlendirilmesine olanak sağlar. Örneğin; anne ve bebeğin ten temasının sağlanması veya spontan ıkmmanın kullanımının desteklenmesi, hemşirelik

uygulamaları içerisindedir. Bu nedenle, OI-US biyomedikal uygulamalar kadar zamanla hemşirelik uygulamalarının sonuçlarını da değerlendirebilmektedir.

- OI-US ölçüm aracı için gerekli olan bilgilerin çoğu, genel hemşirelik uygulamaları içerisinde bulunmaktadır. Fakat, OI-US, spesifik değişiklikler yapıldıktan sonra, sonuçların karşılaştırılmasında kullanılabilen düzenleyici bir çerçeve sağlamaktadır.
- Herhangi bir veri toplama aracında olduğu gibi tıbbi kayıtlarda hemşirelik bakım uygulamalarının görünür olması, bu uygulamalara değer ve önem yüklemektedir. Bir sonuç olarak bakımın belgelenmesi rutin hale geldiği zaman, bakımın belgelenen boyutu belgelenmeyen diğer boyutlara göre daha fazla dikkat ve önem kazanacaktır. Bu nedenle; OI-US'in kullanımı, perinatoloji alanında sağlık çıktılarının iyileştirilmesinde kanıta dayalı perinatal uygulamaları yaygınlaştıracaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, perinatal sonuçların değerlendirilmesinde kullanılan Optimalite İndeksi-United States (US)'in Türkçe'ye uyarlanması amacıyla metodolojik çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma, Ankara ili Belediye sınırları içerisinde yer alan Sağlık Bakanlığı'na bağlı Etlik Zübeyde Hanım (EZH) Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğumhane Ünitesi, Loğusa ve Sezaryen servislerinde yapılmıştır. Bu kliniklerde, perinatal bakım ve sonuçlarını değerlendirmede kullanılan özel bir form bulunmamaktadır. Aynı zamanda, perinatal bakım ve sonuçlarını optimal hale getirmek için ebe ve hemşirelerin yapması gereken uygulamalarla ilgili belirli bir standart mevcut değildir.

Doğumhane Ünitesi: EZH Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğumhane Ünitesi, 10 travay odası, 4 doğum kabini, 1 muayene odası ve 1 ultrason odası bulunan bir ünitedir. 4 travay odası, preterm eylemde olan kadınlar için kullanılmaktadır ve toplam 8 yataklıdır. Diğer 6 travay odasında ise, toplam 18 yatak bulunmaktadır. Çalışma ekibi 1 klinik şefi, 3 uzman doktor, 11 asistan doktor, 36 ebe, 4 tıbbi sekreter, 6 personel ve 8 temizlik personelinden oluşmaktadır. Pediatri doktoru, doğumhane ünitesinde sürekli bulunmamakta, gerekli olduğu durumlarda yenidoğan yoğun bakım ünitesinden çağrılmaktadır.

Doğumhane ünitesinde çalışan ebeler, hafta içi 8-16 ve 16-08 saatleri arasında olmak üzere toplam 2 shift, hafta sonu ise 24 saat çalışmaktadırlar. Doğumhane ünitesi sorumlusu, sorumlu yardımcısı ve 6 ebe, 8-16 saatleri arasında sabit olarak çalışmakta iken, 28 ebe gece ve hafta sonları da çalışmaktadır. Gece ve hafta sonu çalışan gruplarda, her grubun içinde önceden belirlenmiş olan kıdemli, idari sorunları çözmektedir. Her grupta sayıları değişmekle birlikte, 3-4 ebe travay odasında, 3-4 ebe ise doğum kabininde çalışmaktadır

Gebe polikliniği ya da acil poliklinikten doğumhane ünitesine yatışı yapılan gebeler, doğumhane ünitesinin girişinde sekreterler tarafından karşılanmakta,

gömlek, bone ve galoş giydirildikten sonra, doğumhane ünitesi girişinde yer alan hasta kabul ünitesine alınmaktadır. Burada, doktor ve ebe tarafından karşılanan kadının hikayesi alındıktan sonra, ebe tarafından vital bulguları alınmakta, damar yolu açılmakta, idrar ve kan tetkikleri için örnek alınmakta ve doktor tarafından muayeneleri yapıldıktan sonra travay odasına gönderilmektedir. Travay odasında bulunan doktorlar, gebeyi karşıladıktan sonra kadını yatağa alarak nonstres (NST) cihazına bağlamakta ve ilaç istemini yazmaktadır. Travayda çalışan ebeler, gebeye ilaç uygulamalarının yapılması ve doğumu yaklaşan gebelerin doğum odasına ya da sezaryen olacak gebelerin hazırlıklarının tamamlanıp ameliyathaneye nakledilmesi görevlerinden sorumludurlar. Komplike doğumlar gerekli görüldüğünde, travay ünitesine yatırılmakta ve postpartum takipleri de travay ebelerince yapılmaktadır. Doğum kabininde çalışan ebeler; doğum kabinini hazırlamakta, doğum sırasında gebeye destek olmakta, yenidoğanın ilk bakımını yapmakta ve doğumdan sonra istenilen ilaçları uygulamaktadır. Aynı zamanda, sezaryen doğumlara katılarak, yenidoğanın ilk bakımını yapmaktadırlar. Anne, doğumdan sonra, doğum masasından tekerlekli sandalyeye alınarak, 15-20 dakika boyunca gözlem altında tutulmaktadır. Doğumdan sonra annelerin vital bulguları alınıp, bebeklerini emzirmeleri sağlanmakta ve emzirme ve aile planlaması konularında kısaca bilgi verilmektedir. Annenin kanaması değerlendirildikten sonra, servise çıkması uygun ise, bir personel eşliğinde anne doğum servisine çıkarılmaktadır.

Loğusa Servisi: Loğusa servisi, 55 yatak kapasitesi olan bir servistir. 5, 8 ve 12 kişilik olmak üzere toplam 11 oda bulunmaktadır. Bunun yanı sıra, 2 kişilik 2 özel oda ve tek kişilik 1 özel odaları bulunmaktadır. Bu odalarda, doğum yapmış annelerin yanı sıra enfeksiyon ya da onkoloji servislerinden gelen hastalar da kalabilmektedir. Servis içerisinde, süt sağma odası bulunmaktadır. Ancak, bu oda hem sezaryen hem de loğusa servisinin kullanımına açıktır. Çalışma ekibi, 1 uzman doktor, 1 bebek doktoru, 1 asistan doktor, 11 ebe/hemşire, 2 tıbbi sekreter ve 5 personelden oluşmaktadır.

Serviste çalışan ebe/hemşireler, hafta içi 8-16 ve 16-08 saatleri arasında olmak üzere toplam 2 şift, hafta sonu ise 24 saat çalışmaktadırlar. 8-16 şiftinde, 4-5 ebe/hemşire çalışmakta iken; gece ve hafta sonu 2 ebe/hemşire çalışmaktadır. 8-16

şiftinde; 1 ebe/hemşire, servise kabul edilecek annelerden, 1 ebe/hemşire taburcu olacak annelerden, 1 ebe/hemşire serviste kalan annelerden sorumludur. 1 ebe/hemşire ise bebek hemşiresi olarak çalışmaktadır.

Günlük ortalama, 30-35 doğum yapmış annenin kabul edildiği loğusa servisinde, anneler ortalama 24 saat boyunca; kanama, vital bulgu ve tam kan sayımı (CBC) takibi açısından izlenmektedir. Annelere taburcu olmadan önce; emzirme, aile planlaması, anne ve bebek bakımı ile ilgili konularda eğitim verilmekte ve servis sorumlu hemşiresi tarafından hazırlanmış yazılı materyaller annelere dağıtılmaktadır. Bebekler taburcu olmadan önce, Hepatit B aşısı yapılmakta, topuk kanları alınmakta ve işitme testleri yapılmaktadır. Rh uyumsuzluğu durumunda, taburcu olmadan önce anneye Rhogam yapılmaktadır. Anne Hepatit B taşıyıcısı ise, bebeğe hem aşı hem immunglobulin uygulanmaktadır.

Sezaryen Servisi: Sezaryen servisi, toplam 70 yatak kapasitesi olan bir servistir. Servis içerisinde, sezaryen ameliyatı sonrası, annelerin bebekleri ile birlikte ilk 8-12 saat boyunca takip edildikleri 19 yatak kapasitesi olan bir gözlem odası bulunmaktadır. Çalışma ekibi, 1 uzman doktor, 1 bebek doktoru, 1 asistan doktor, 21 ebe/hemşire, 2 tıbbi sekreter ve 6 personelden oluşmaktadır.

Serviste çalışan ebe/hemşireler, hafta içi 8-16 ve 16-08 saatleri arasında olmak üzere toplam 2 shift, hafta sonu ise 24 saat çalışmaktadırlar. Serviste, 2 ebe/hemşire, hasta paylaşımı yaparak çalışmaktadır. Ayrıca 1 bebek hemşiresi bulunmaktadır. Gözlem odasında ise 1 ya da 2 ebe/hemşire çalışmaktadır.

Sezaryen ameliyatı sonrası, gözlem odasına kabul edilen anneler, 8-12 saat boyunca kanama, vital bulgu, insizyon yeri ve CBC takibi açısından izlenmektedir. Gerekli olduğu durumlarda, anne monitorize edilmektedir. Magnezyum sülfat tedavisi alan annelerin, gözlem odasında yatış süreleri daha uzun olabilmektedir. 8-12 saat sonunda herhangi bir komplikasyon gelişmez ise, anneler mobilize edildikten sonra gözlem odasından servise nakledilmektedir. Anneler, serviste sezaryen ameliyatı sonrası 48 saatlerini dolduruncaya kadar takip edilmektedir. Annelere serviste kaldıkları sürece; el hijyeni, ağrı ile baş etme, emzirme, aile planlaması, anne ve bebek bakımı ile ilgili konularda eğitim verilmekte ve servis sorumlu hemşiresi tarafından hazırlanmış yazılı materyaller annelere dağıtılmaktadır. Bebekler taburcu

olmadan önce, Hepatit B aşısı yapılmakta, topuk kanları alınmakta ve işitme testleri yapılmaktadır. Rh uyumsuzluğu durumunda, taburcu olmadan önce anneye Rhogam yapılmaktadır. Anne Hepatit B taşıyıcısı ise, bebeğe hem aşı hem immunglobulin uygulanmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, EZH Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne 11 Nisan-13 Mayıs tarihleri arasında vajinal doğum yapmak için başvuran 1288 kadın oluşturmuştur.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

1. Ayırt Edici Geçerlik: Ayırt edici geçerlik için örneklem sayısının belirlenmesinde, ölçme aracında bulunan madde sayısının 5 katı olması gerekliliğinden yola çıkılarak (58), toplam 300 kadının örneklem kapsamına alınması düşünülmüştür. İndeksin ayırt edici geçerliğinin değerlendirilmesi amacıyla, OI-US skorlarının farklı olduğu düşünülen iki grup üzerinde uygulama yapılması planlanmıştır. Bu nedenle, sağlıklı ve yüksek riskli gebelerin OI-US skorları karşılaştırılmıştır. Araştırmanın örneklemi, 11 Nisan-13 Mayıs 2012 tarihleri arasında vajinal doğum yapmak üzere, EZH Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum Ünitesi'ne arka arkaya gelen ve örneklem seçim kriterlerine uyan 300 kadın oluşturmuştur.

Örneklem Seçim Kriterleri

- a. Sezaryenle doğum yapması planlanmayan,
- b. İntrauterin fetal ölüm tanısı almayan,
- c. Türkçe konuşabilen ve anlayabilen,
- d. Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar örneklem kapsamına alınmıştır.

Örneklem kapsamına alınan kadınlar, aşağıda yer alan kriterlere göre 150 sağlıklı ve 150 yüksek riskli gebe olacak şekilde 2 gruba ayrılmıştır.

Sağlıklı gebe gruplandırma kriterleri;

- a. Miadında ağırlı gebelik tanısı alan,
- b. 18-35 yaş grubunda olan,
- c. Bilinen kronik hastalığı olmayan (hipertansiyon, diyabet, kronik böbrek hastalığı, kardiyovasküler hastalık gibi)

Yüksek riskli gebe gruplandırma kriterleri;

- a. 18 yaş altında ya da 35 yaş üstünde olan,
- b. Bilinen kronik bir hastalığı olan (hipertansiyon, diyabet, kronik böbrek hastalığı, kardiyovasküler hastalık gibi)
- c. Yüksek riskli gebelik tanısı alan (Oligodidroamniyoz, polihidroamniyoz, erken membran rüptürü, preterm prematür membran rüptürü, gün aşımı, preterm eylem, gestasyonel diabetes mellitus, gebelik+hipertansiyon, preeklampsi, fetal taşikardi/taşikardik NST, nonreaktif NST, bebek hareketlerinde azalma, intrauterin gelişme geriliği gibi)

2. Gözlemciler Arası Güvenirlik: Gözlemciler arası güvenirlık değerlendirmesi, 21-27 Mayıs 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. EZH Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Loğusa ve Sezaryen servislerinde doğum sonu dönemde takip edilen 16 vajinal doğum ve 15 sezaryen ile doğum yapmış toplam 31 kadın tesadüfi olarak seçilmiş ve örneklem seçim kriterleri kapsamında değerlendirildikten sonra çalışmaya dâhil edilmiştir.

Örneklem Secim Kriterleri

- a. İntrauterin fetal ölüm tanısı almayan,
- b. Türkçe konuşabilen ve anlayabilen,
- c. Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar örneklem kapsamına alınmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, “Tanıtıcı Bilgiler Formu” ve “Vaka Rapor Formu” kullanılmıştır. OI-US İndeksi’nin kendisi veri toplamak amacıyla kullanılmamaktadır. Bu nedenle, bu indeksi kullanmak isteyen araştırmacılar,

araştırmalarının amaçları doğrultusunda bir veri toplama formu oluşturup, verileri kodlayabilirler. Aynı zamanda, bu araştırmada kullanılmak üzere araştırmacı tarafından düzenlenen veri toplama araçlarını da kullanabilirler.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgiler Formu: Bu form, araştırmacı tarafından, Vaka Rapor Formu'nda yer alan maddeler göz önünde bulundurularak hazırlanmıştır. Tanıtıcı Bilgiler Formu, kadınların sosyo-demografik özellikleri ile doğum öncesi, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin bilgileri ve gebelik öyküsü ile ilgili özellikleri sorgulayan 23 sorudan oluşmaktadır. Bu formda yer alan bazı sorular, Vaka Rapor Formu'nda yer alan maddelere ilişkin detaylı bilgi almak amacıyla sorulmuştur (örn; gebelik sırasında kullanılan reçeteli ya da reçetesiz ilaçların isimleri, doğum eylemi sırasında ve sonrasında kullanılan ilaç isimleri gibi). Aşağıda, Tanıtıcı Bilgiler Formu'nda yer alan sorular yer almaktadır.

- a. Kadınların sosyo-demografik özellikleri (1-12. sorular)
- b. Doğum öncesi döneme ilişkin bilgiler (13-16. sorular)
- c. Doğum eylemine ilişkin bilgiler (17-20. sorular)
- d. Doğum sonu döneme ilişkin bilgiler (21. ve 22. sorular)
- e. Gebelik öyküsü ile ilgili bilgileri (23. soru) içermektedir (Bkz. Ek 1).

3.4.2. Vaka Rapor Formu: OI-US maddelerinin kodlanması ve skorlanmasında kullanılan bu form, 60 maddeden oluşmaktadır. Vaka Rapor Formu'nun orijinal versiyonuna, Amerikan Hemşire-Ebeler Koleji (American College of Nurse-Midwives)'nin web sitesinden (59) ulaşılmış ve İngilizceden Türkçe'ye çevirisi araştırmacı tarafından yapılmıştır. Uzman görüşüne dayalı kapsam geçerliliğinin tamamlanmasından sonra maddelerde yapılan düzenlemeler ile birlikte son halini alan OI-US temel alınarak, Vaka Rapor Formu'na son şekli verilmiştir. Bu form, Perinatal Özgeçmiş İndeksi (PÖİ) ve Optimalite İndeksi (OI) olarak iki bölüme ayrılmaktadır. PÖİ bölümünde, kadınların sosyo-demografik özellikleri ile tıbbi ve obstetrik öyküsü ile ilgili 18 madde yer almaktadır. OI bölümünde ise, doğum öncesi dönem, doğum, yenidoğan ve doğum sonu dönem özellikleri ile ilgili 42 madde bulunmaktadır (Bkz. Ek 2).

PÖİ için kodlanacak olan maddeler, kadınların primipar ya da multipar olmasına göre değişmektedir. Primipar olan kadınlar için ilk 11 madde kodlanırken, multipar kadınlar için obstetrik öyküyü de içermesi nedeni ile PÖİ’de yer alan 18 maddenin tümü kodlanmaktadır. Aynı şekilde, Oİ için kodlanacak olan maddeler de, kadınların doğum şekline göre değişmektedir (Planlı sezaryen, doğum eyleminin 1. evresinde sezaryen, doğum eyleminin 2. evresinde sezaryen ve vajinal doğum). Bunun nedeni, sezaryen ile yapılan doğumlarda, mantıksal olarak vajinal doğumda görülen bazı durumların ortaya çıkmamasıdır (Örn; epizyotomi uygulaması). Doğum öncesi ve doğum sonu dönemde yer alan maddelerin tümü, kadınların paritesi ya da doğum şekline bakılmaksızın bütün kadınlar için kodlanmaktadır. Vaka Rapor Formu’nda kodlanmaması gereken maddelerin yanında yer alan boş kutucuklar, uyarı olması açısından gri renkle boyanmıştır.

Vaka Rapor Formu’nda yer alan maddelerin, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) programına kodlanmasında aşağıda yer alan kodlar kullanılmıştır. Bu kodlara ilişkin açıklamalar, Vaka Rapor Formu’nda da yer almaktadır.

0 = “Hayır” (Optimal değil)

1 = “Evet” (Optimal)

7 = “Geçerli Değil” (Gri renkli kutucuklar)

8 = “Genel eksik veri” (kayıtlarda hiçbir zaman bulunmayacak ve toplanmayacak olan veri)

9 = “Eksik veri” (Olması gerektiği halde kayıtlarda bulunmayan veri)

Tüm verilerin Vaka Rapor Formuna kaydedilmesinden sonra, PÖİ ve Oİ skorları hesaplanarak yüzde şeklinde ifade edilmektedir. Skorların hesaplanması ile ilgili bilgi, Kodlama ve Skorlama Kılavuzu’nda yer almaktadır (Bkz Ek 3).

3.4.3. Optimalite İndeksi-US (OI-US): OI-US, bir bütün olarak perinatal bakım süreçlerini ve sonuçlarını optimal veya mümkün olan en iyi standartlara dayalı olarak ölçmek üzere geliştirilmiş bir araştırma aracıdır. Bu indeks; obstetrik herhangi bir müdahalenin, optimal fizyolojik doğumdan sapma anlamına geldiği temeline dayanmaktadır (22).

İndeks'in orijinal versiyonunda toplam 56 madde bulunmaktadır. İndeks içerisinde, Perinatal Özgeçmiş İndeksi (PÖİ) ve Optimalite İndeksi (OI) olarak iki bölüm yer almaktadır. PÖİ, daha önceden mevcut olan perinatal riskleri belirlemek üzere yaygın birtakım kriterleri kullanarak gebelik bakımı alan kadınları sınıflandırmada kullanılan 14 maddelik bir ölçüm aracıdır (11,22). Burada, çeşitli obstetrik risk faktörleri değerlendirilmekte ve bu risk faktörlerinin varlık veya yokluk durumuna göre kodlama yapılmaktadır (ikili puanlama). PÖİ bölümü; araştırmacılara, gruplar arasında yapılan karşılaştırmaların uygun olup olmadığını belirleme ve sonuçları risk durumuna göre değerlendirme fırsatı vermektedir. PÖİ skorunun kullanılması; gerçek risk durumunun, doğru ve standart bir biçimde sınıflandırılmasına olanak vermektedir (22).

İndeksin Oİ kısmı, dört perinatal alan ile ilgili toplam 42 maddeden oluşmaktadır: doğum öncesi (şimdiki gebelik ile ilgili tanı ve tedaviye yönelik göstergeler); doğum (doğum eylemi süresince); yenidoğan (bebeğin hayattaki ilk 24-48 saat içerisindeki ya da sağlık personelinin bakımından/sağlık kurumundan taburcu edilmeden önceki durumu); ve doğum sonrası (annenin sağlık personelinin bakımından ya da sağlık kurumundan taburcu edilmeden önceki durumu). Optimalite kriterleri, güncel obstetrik literatürden, özellikle de gebelik ve doğumda bakımın etkinliğini değerlendiren araştırmalardan elde edilmiştir (11).

Kodlama: İndeks içerisinde yer alan her bir madde, optimal ya da optimal olmayan olarak kodlanmaktadır. Optimal maddeler "1", optimal olmayan maddeler ise "0" olarak kodlanmaktadır. İndeksin skorumda sisteminde, eksik veriye neden olabilecek 3 durumun kodlaması aşağıda yer almaktadır (11);

- a. Veri mantıksal olarak ortaya çıkmamış olabilir (örn; doğumun birinci evresinde sezaryen ameliyatı gerçekleştiriyse epizyotomi veya laserasyon mantıksal olarak görülmeyecektir). Bu durumda, indeks maddesi "7" olarak kodlanmaktadır.
- b. Veriler veri tabanında mevcut değil ya da toplanmamıştır (örn; ten tene temasın yapıp yapılmadığı). Bu durumda, indeks maddesi "8" olarak kodlanmaktadır.

- c. Veriler özel durumla ilgili olarak eksik olabilir. Bu durum, verinin kaydedilmesi gerektiğini ancak çizelge ya da formda verinin bulunmadığını ve eksik olan verinin tamamlanamayacağını ifade etmektedir (örn; 5. dakika apgar skoru). Bu durumda, indeks maddesi “9” olarak kodlanmaktadır.

OI-US’e ait Kodlama ve Skorlama Kılavuzu’nda (Bkz. Ek 3), her bir maddeye ilişkin belirlenen optimal sonuçlar ve kodlamaya ilişkin detaylı bilgiler yer almaktadır.

Skorlama: Bu indeks, var olan en güncel kanıta dayalı olarak her bir OI-US maddesi için optimal bir sonuç belirlemektedir. En iyi ya da optimal sonuç, skorlama için başlangıç noktası olarak kabul edilmektedir. PÖİ ve Öİ birbirlerinden ayrı puanlanmaktadır. “PÖİ skoru” ve “Öİ skoru” olarak da ayrı şekilde ifade edilmektedir. Karşılanmayan her bir optimal kriter için, olası toplam skordan bir puan düşülmektedir. Komplikasyonların yokluğunda, fizyolojik doğum sürecinin ideal (optimal) olduğu temeline dayanarak; en son hesaplanan Öİ skoru, yapılan herhangi bir obstetrik müdahaleden kaynaklanan tüm puan düşmelerini yansıtmaktadır. Bu indeksin skorlama sistemi, müdahalenin gerekli ya da zorunlu olup olmadığını dikkate almamaktadır. Kavramsal olarak, herhangi bir müdahale, optimal olmayan olarak göz önünde bulundurulmaktadır. Çünkü müdahaleler yalnızca fizyolojik koşulların normal veya düşük risk durumundan anormal veya yüksek risk durumuna geçmesi durumunda gereklilik arz etmektedir (22).

İndeksin skorlamasında, optimal yani “1” olarak kodlanan maddelerin toplam sayısı “**pay**”; “7” ve “8” olarak kodlanan madde sayısının toplam madde sayısından (N=56) çıkarılmasından sonra geriye kalan madde sayısı (değerlendirilen madde sayısı) ise “**payda**” olarak değerlendirilmekte ve sonuç yüzde olarak ifade edilmektedir. Böylece, skorlama sisteminde eksik verilerin yol açacağı problemler ortadan kalkmaktadır (11). Aşağıda, PÖİ ve Öİ hesaplanmasında kullanılan eşitlik yer almaktadır.

$$\text{PÖİ ve Öİ skorları (\%)} = \frac{\text{1 olarak kodlanan madde sayısı (Pay)}}{\text{Değerlendirilen madde sayısı (Payda)}}$$

Ayrıca, OI-US kullanıcılarına yönelik olarak hazırlanmış olan Kullanıcı Rehberi'nde, indeksle ilgili detaylı bilgiler yer almaktadır (Bkz Ek 5).

3.5. Araştırmanın Uygulanması

OI-US'in Türkçe'ye uyarlama çalışması, 1 Şubat 2011-27 Mayıs 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. OI-US'in Türkçe'ye uyarlama çalışmasının yapılacağı OÇG'ye bildirilmiştir. İndeks'in tam metni ile kullanıcı rehberi ve kodlama rehberi, OÇG üyesi ve ortak tez danışmanı Dr. Lisa Kane Low'dan temin edilmiştir. Ayrıca, indeks ve indeks ile ilgili tüm dokümanların İngilizce orjinal versiyonlarına Amerikan Hemşire-Ebeler Koleji (American College of Nurse-Midwives)'nin web sitesinden (59) ulaşılabilmektedir. OI-US'in Türkçe'ye uyarlama çalışması kapsamında; indeksin psikolinguistik ve psikometrik özellikleri (geçerlik-güvenirlilik) değerlendirilmiştir.

3.5.1. Optimalite İndeksi-US'in Psikolinguistik Özelliklerinin İncelenmesi

Bir ölçeğin başka bir dile (dillere) çevrilmesi, o ölçeğin yapısını değiştirmektedir. Bu kaçınılmaz değişim, kavramlaştırma ve anlatım farklılıklarından ileri gelmektedir. Farkların en aza indirilebilmesi için, ölçek maddelerinin titizlikle incelenmesi, çevrilen dilde anlamlı olması için gereken dönüştürmelerin yapılması ve çevrilen dili kullanan bireylerin normlarına göre standardize edilmesi, uyarlama işleminin temelini oluşturmaktadır (60).

OI-US'in psikolinguistik özelliklerinin incelenmesi aşaması, 1 Şubat - 1 Ağustos 2011 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. OI-US'in Türkçe'ye çevirisi, "geri çeviri" yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. İndeks öncelikle, hem Türkçe hem de İngilizce dilini bilen iki dil bilimci ve konunun uzmanı bir kişi tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. İndeksin İngilizce orjinal maddelerinin sol tarafa, Türkçe çevirilerinin sağ tarafa yazıldığı İngilizce - Türkçe Uyumluluk Derecelendirme Formu oluşturulmuştur. Bu form yardımı ile 3 ayrı uzmandan elde edilen çeviriler yan yana getirilerek (Bkz. Ek 6), araştırmacı ve tez danışmanı tarafından değerlendirilmiş ve indeksin her bir orjinal maddesini anlam ve içerik yönünden en iyi biçimde karşılayan tercüme belirlenmiştir. Son halini alan indeksin

Türkçe versiyonu; indeksin orijinalini görmeyen, hem Türkçe hem de İngilizce dilini bilen iki farklı dil bilimci ve konunun uzmanı farklı bir kişi tarafından Türkçe'den İngilizce'ye geri çevirisi yapılmıştır. İndeksin Türkçe maddelerinin sol tarafa, İngilizce çevirilerinin sağ tarafa yazıldığı Türkçe - İngilizce Uyumluluk Derecelendirme Formu yardımı ile 3 ayrı uzmandan elde edilen çeviriler yan yana getirilerek (Bkz. Ek 7), araştırmacı ve tez danışmanı tarafından değerlendirilmiş ve indeksin her bir Türkçe maddesini anlam ve içerik yönünden en iyi biçimde karşılayan İngilizce tercüme belirlenmiştir. İndeksin hem Türkçe hem de İngilizce versiyonu oluşturulurken, orijinal formdaki madde sayısı ve madde sırası gibi tüm noktaların benzer düzende kalması sağlanmıştır. Geri çevirisi yapılan indeks maddelerinin, orijinal indeks maddelerinin anlamını verip vermediğinin değerlendirilmesi amacıyla; indeksin orijinal maddeleri ile geri çevirisi yapılan İngilizce indeks maddelerinin yan yana yazılması ile oluşturulan tablo, ortak tez danışmanı ve OÇG üyesi olan Dr. Lisa Kane Low'a gönderilmiştir. Amerika'nın Michigan eyaletine bağlı Ann Arbor şehrinde yer alan Michigan Üniversitesi Hemşirelik Bölümü'nde ortak tez danışmanı olan Dr. Low ile 7 ay süresince teze yönelik bilimsel çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalar sırasında, orijinal maddelerin anlamını karşılamayan 12 madde ile ilgili tartışılmış ve gerekli düzenlemeler yapılmıştır (Bkz. Ek 8).

Dr. Low'dan gelen öneriler doğrultusunda düzenlenen indeksin Türkçe versiyonunda yer alan maddelerin dil uygunluğu ve açıklığı, konunun uzmanı 2 öğretim üyesi tarafından değerlendirilmiştir. Uzmanlardan alınan önerilere göre, indeksin 25 maddesi yeniden düzenlenmiş ve indeksin Türkçe versiyonuna son hali verilmiştir (Bkz. Ek 4).

“Optimality” kavramının Türkçe karşılığı olan Optimalite, Türkçede çok fazla kullanılan bir terim değildir. Daha çok ekonomi alanında kullanılan bu terim, yabancı literatürde sağlık alanında sıklıkla kullanılmaktadır. Optimalite kelimesinin Türkçe karşılığına bakıldığı zaman, aşağıda yer alan anlamalara ulaşılmıştır:

- En iyilik, en uygunluk (61)
- En elverişli, en uygun koşulların bileşimi, optimuma ulaşılmışlık hali. Amaçlara ulaşabilmek için gerekli koşullar, ya da üretim için gerekli

faktörlerin uygun bileşenler halinde bir arada bulunmaları durumu; bu koşullar çerçevesinde istenen sonuçların elde edilmesi (62).

Bunun dışında, “Optimality” kavramının karşılığını belirlemek üzere, Türk Dil Kurumu’nda çalışan bir uzmana danışılmıştır. Uzmandan gelen öneriler de şu şekildedir;

- (Doğum) Uygunluk Göstergesi
- (Hamilelikte) Olumlu Gösterge (ler)

Elde edilen bu veriler ışığında, yukarıdaki anlamların hiçbirinin tam olarak “Optimality” kavramını karşılamadığı ve bu nedenle, “Optimality” kavramının karşılığı olarak “Optimalite” nin kullanılmasına karar verilmiştir.

Ayrıca, OI-US kullanıcıları için önemli bilgileri içeren “Kullanıcı Rehberi” (Bkz. Ek 5) ve verilerin OI-US’e kodlanması ile ilgili bilgileri içeren “Kodlama ve Skorlama Kılavuzu” (Bkz. Ek 3) araştırmacı tarafından İngilizceden Türkçe’ye çevrilmiştir.

3.5.2. İndeksin Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi (Geçerlik-Güvenirlilik)

Ölçek geliştirmede olduğu kadar uyarlama çalışmalarında da, her ölçme sonucunda en azından iki temel psikometrik özelliğe ilişkin bilgi aranmaktadır. Bunlar, geçerlik ve güvenirliktir (63).

3.5.2.a. Geçerlik Çalışması

Geçerlik, “bir ölçme aracının ölçülmek üzere hazırlandığı amacı, değişkeni ölçme derecesidir”. Bir ölçeğin “neyi”, ne denli “isabetli/doğru” olarak ölçtüğüyle ilgili bir kavramdır (63). Bu araştırmada, geçerlik çalışması kapsamında; uzman görüşüne dayalı kapsam geçerliği ve ayırt edici geçerlilik değerlendirilmiştir.

1-Uzman Görüşüne Dayalı Kapsam Geçerliği: Intrinsic ya da domain geçerlik olarak da bilinen kapsam geçerliği, testin ölçüm amacıyla ilgisiz olan faktörlerin etkisinden arınmış olmasını ifade etmektedir. Ölçeğin, bütününe ve alt boyutlarının ölçülmek istenen alanı ölçüp ölçmediğini ve ölçülecek alan dışında

farklı kavramları barındırıp barındırmadığını değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır (63).

İndeksin kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi aşaması, 1 Eylül 2011 - 9 Nisan 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi amacıyla, uzman görüşüne başvurulmuştur. Uzman görüşleri üzerine yapılan çalışmalar, özünde nitel bir çalışmadır. Kapsam geçerlik oranları (KGO) ve kapsam geçerlik indeksleri (KGI), uzman görüşlerine dayalı nitel çalışmaları, istatistiksel nicel çalışmalara dönüştürmek amacıyla kullanılan bir yöntemdir. Kapsam geçerlik oranları, Lawshe tarafından geliştirilmiştir. Bu nedenle Lawshe tekniği olarak bilinen bu yaklaşım, 6 aşamadan oluşmaktadır (64):

- Alan uzmanları grubunun oluşturulması,
- Aday ölçek formlarının oluşturulması,
- Uzman görüşlerinin elde edilmesi,
- Maddelere ilişkin kapsam geçerlik oranlarının elde edilmesi,
- Ölçeğe ilişkin kapsam geçerlik indekslerinin elde edilmesi,
- Kapsam geçerlik oranları/indeksi ölçütlerine göre nihai formun oluşturulması.

Literatürde Lawshe tekniğinde, en az 5 en fazla ise 40 uzman görüşüne ihtiyaç olduğu vurgulanmaktadır (64). Bu araştırmada, uzman görüşüne dayalı kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi amacıyla; klinik alanda çalışan 1 kadın doğum doktoru ve 1 hemşire ile akademik alanda çalışan 8 hemşire olmak üzere toplam 10 uzmanı içeren bir grup oluşturulmuştur.

Uzman grubunun oluşturulmasından sonra, indeksin her bir maddesi için optimal olan ve olmayan sonuçları gösteren, 2001 yılı itibari ile son 10 yıl içerisinde Türkiye’de yapılmış olan, Türkçe ve İngilizce dillerinde yayınlanmış olan araştırmaların taraması yapılmıştır. “Perinatal sonuçlar”, “perinatal outcomes” ve “Turkey” anahtar kelimeleri kullanılarak; Google Scholar, Google Akademik, Ulusal Akademik Ağ ve Bilgi Merkezi (ULAKBİM) Ulusal Veri Tabanları, Pubmed ve Hacettepe Üniversitesi Kütüphanesi veri tabanlarında literatür taraması yapılmıştır. Google Scholar’da, “perinatal outcomes” ve “Turkey” anahtar kelimeleri ile 1000’in üzerinde makaleye ulaşılmıştır. Google Akademik’de “perinatal sonuçlar” anahtar kelimesi ile toplam 425 makaleye ulaşılmıştır. ULAKBİM Ulusal Veri Tabanları’nda

“perinatal sonuçlar” anahtar kelimesi ile toplam 97 makaleye ulaşılmıştır. Pubmed ve Hacettepe Üniversitesi Kütüphanesinde yer alan veri tabanları kullanılarak elde edilen kaynakların, diğer arama motorları kullanılarak elde edilen kaynaklarla benzer olması nedeni ile burada ulaşılan makale sayısı belirtilmemiştir. Elde edilen tüm kaynaklar, indeks içerisinde yer alan madde numaralarına göre gruplandırılmıştır. Ancak bu araştırmaların, genellikle kanıt düzeylerinin düşük olması ve örneklemelerinin küçük olması nedeni ile OÇG tarafından daha önceden hazırlanmış olan ve uluslararası literatürden elde edilmiş kanıt düzeyi yüksek araştırma sonuçlarının, oluşturulan uzman grubuna sunulmasına karar verilmiştir.

OÇG tarafından uluslararası literatürden elde edilen araştırma sonuçları (randomize klinik çalışmalar, kohort çalışmaları, tanımlayıcı araştırmalar vs.) kullanılarak oluşturulan rapor, uzman grubuna sunulmuştur. Bu raporda yer alan kanıtlara ilişkin kaynakça listesi Ek 9’da yer almaktadır. Orijinal indeks maddelerinin yanı sıra; TNSA-2008 İleri Analizi (65) ve TNSA-1998 İleri Analizi (66) sonuçlarına göre; perinatal sonuçları olumsuz etkilediği ve ülkemiz için önemli olduğu düşünülen 5 ek madde (Yaşadığı bölge, eğitim düzeyi, Türkçe konuşabilme, sağlık güvencesi ve parite) uzmanların görüşüne sunulmuştur. Bu ek maddelerin, PÖİ’de yer almasına karar verilmiştir. Ayrıca, indeks maddelerinin değerlendirmesi ile ilgili bir yönerge hazırlanmış ve uzman grubuna gönderilmiştir (Bkz. Ek 10). Uzman grubu; sunulan araştırma raporları ışığında, OI-US’in maddelerini ve kanıt temelini gözden geçirerek ülkemiz için uygun olup olmadığını, maddelerin yeterince yalın ve açık bir şekilde ifade edilip edilmediğini ve maddelerin hedef kitle tarafından anlaşılıp anlaşılmadığını değerlendirmiştir. Uzmanlar, her bir maddeyi aşağıda verilen üçlü derecelendirme ile değerlendirmişlerdir (67).

- 1.Madde gereklidir ve madde havuzunda kalmalıdır.
- 2.Madde yararlı ancak, yeterli değildir.
- 3.Madde gerekli değildir.

Uzmanlar, her bir maddeyi yukarıdaki üç madde ile değerlendirdikten sonra KGO ve KGİ için hesaplamalar yapılmıştır. KGO, G: “gerekli” diyen uzman sayısı ve N: “toplam” uzman sayısı olmak üzere, $KGO = [G/(N/2)] - 1$ elde edilmiştir. KGİ, $\alpha = 0,05$ düzeyinde anlamlı olan ve nihai formda kalması gerektiğine karar verilen maddelerin toplam KGO ortalamaları üzerinden elde edilmiştir (64). Ayrıca,

uzmanlardan gelen değerlendirmeler arasında uyum olup olmadığının belirlenmesi için Kendall uyuşum katsayısı (W) hesaplanmıştır (68).

2- Ayırt Edici Geçerlik: Bu ölçme aracının yeterli düzeyde ayırt edebilme gücü, OI-US için öncül bir hedeftir. Nadir görülen sonuçları temel alan ölçüm araçları, bu olumsuz sonuçları deneyimlemeyen kadınlar arasındaki farkı ayırt edememektedir. Bu indeksin sağlıklı kadın grupları arasındaki farkı ayırt etme gücü, pilot çalışmalarda gösterilmektedir. Fakat sağlıklı kadın gruplarında süreç ve sonuçları ayırt etmede, ayırt edebilme gücünün değerlendirilmesi ile ilgili başka analizlere ihtiyaç vardır (2).

Bu araştırmada, indeksin ayırt edici geçerliğinin değerlendirilmesi amacıyla, OI-US skorlarının farklı olduğu düşünülen iki grup üzerinde uygulama yapılması planlanmıştır. Bu nedenle, sağlıklı gebe ve yüksek riskli gebelerin OI-US skorları karşılaştırılmıştır. 11 Nisan - 13 Mayıs 2012 tarihleri arasında, EZH Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum Ünitesi'ne vajinal doğum yapmak üzere arka arkaya gelen ve örneklem seçim kriterlerine uyan 300 kadın araştırma kapsamına alınmış ve 150 sağlıklı ve 150 yüksek riskli gebe olacak şekilde 2 gruba ayrılmıştır (Bkz. Araştırmanın Örneklemi).

3- Güvenirlik Çalışması: Güvenirlik, bir ölçme aracının duyarlı, birbirleriyle tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verebilmesi, diğer deyişle, aynı değişkenin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılıktır; ölçülmek istenen belli bir değişkenin, sürekli olarak aynı sembollerini almasıdır; aynı süreçlerin izlenmesi ve aynı ölçütlerin kullanılması ile aynı sonuçların alınmasıdır; ölçmenin rastlantısal yanılğılardan arınmış olmasıdır (63).

OI-US'de yer alan her bir maddenin klinik durumun birden fazla yönünü yansıtması nedeniyle, maddeler homojen değildirler. Bundan dolayı, ikili değişkenler için kullanılan Cronbach alpha veya Kuder Richardson-20 aracılığıyla hesaplanan iç tutarlık güvenirlik hesaplaması gerçekleştirilmemiştir. Bu tür analizler, klinimetrik indeksler için uygun olmayan sonuçlar ortaya çıkarmaktadır (69). Klinimetrik indekslerde, tekrarlanabilirlik (gözlemciler arası güvenirlik), daha geçerli bir gösterge olarak kabul edilmektedir (1).

Bu araştırmada, gözlemciler arası uyumun değerlendirilmesinde, iki gözlemci arasındaki uyumun yüzdesi ve Kappa katsayısı hesaplanmıştır. Bu amaçla, EZH Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Loğusa ve Sezaryen servislerinde yatmakta olan ve örneklem seçim kriterlerine uyan 31 kadın rastgele olarak seçilmiştir.

Gözlemciler arası uyumun değerlendirilmesi aşaması, 21-27 Mayıs 2012 tarihleri arasında tamamlanmıştır. İndeks maddeleri, araştırmacının kendisi ve araştırmanın yapıldığı hastanede servis hemşiresi olarak çalışan bir doktora öğrencisi tarafından, birbirinden bağımsız bir şekilde değerlendirilmiştir. Uygulamaya başlamadan önce, araştırmacı tarafından diğer gözlemciye; OI-US ve maddeleri ile ilgili bilgi verilmiştir. Verilerin toplanmasında kullanılan veri toplama araçları tanıtılarak, her bir veri için, gözlemcinin hangi veri kaynaklarını kullanabileceği anlatılmıştır. Kodlama ve Skorlama Kılavuzu'nda yer alan madde kodlamaları ile ilgili tüm bilgiler, gözlemciye anlatılmıştır.

Örneklem seçim kriterlerine uyan 16 vajinal ve 15 sezaryen doğum yapmış kadına, araştırma ile ilgili bilgi verilip, yazılı onamları alınmıştır. Daha sonra, gözlemciler bağımsız şekilde kadınların dosyalarını incelemişler ve dosyadan elde edilen verileri OI-US'e kodlamışlardır. Dosyadan ulaşılamayan verilerin elde edilmesi için, her iki gözlemci birbirinden bağımsız şekilde kadınlar ile yüz yüze görüşmüş ve ilgili indeks maddelerini kodlamışlardır. Veri toplama aşaması tamamlandıktan sonra, her iki gözlemci birbirinden bağımsız şekilde kadınların PÖİ ve Oİ skorlarını hesaplayarak Vaka Rapor Formuna kaydetmişlerdir.

3.6. Ön uygulama

Veri toplama araçlarının anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla, 11-12 Nisan 2012 tarihlerinde ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama için formlar, EZH Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum Salonu'nda takip edilen 30 kadına uygulanmıştır. Ön uygulama sonrasında, veri toplama araçlarında herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Bu nedenle, ön uygulama kapsamına alınan kadınlar örnekleme dâhil edilmiştir.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmanın veri toplama aşaması, 11 Nisan – 13 Mayıs 2012 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Vajinal doğum yapmak üzere EZH Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum ünitesi'ne arka arkaya gelen ve örneklem seçim kriterlerine uyan toplam 300 kadın araştırma kapsamına alınmış ve 150 sağlıklı ve 150 yüksek riskli gebe olacak şekilde 2 gruba ayrılmıştır (Bkz. Araştırmanın Örneklemi).

Doğum ünitesine gelen gebeler, araştırmacı tarafından örneklem seçim kriterleri doğrultusunda incelenmiştir. Kriterlere uygun gebeler ile tanışılarak, araştırma ile ilgili bilgi verilmiş ve yazılı izinleri alınarak (Bkz. Ek 11) gebeler örnekleme dâhil edilmiştir. Örnekleme dahil edilen gebeler sağlıklı ya da yüksek riskli olarak gruplandırıldıktan sonra, gebenin dosyasında yer alan tüm bilgiler incelenmiş ve sosyo-demografik bilgiler, obstetrik öykü, doğum öncesi, doğum ve doğum sonu döneme ait veriler, Vaka Rapor Formu'na (Bkz. Ek 2) kodlanmıştır. Aynı zamanda, ilgili veriler Tanıtıcı Bilgiler Formu'na (Bkz. Ek 1) kaydedilmiştir. Elde edilen verilerin kodlanmasında, Kodlama ve Skorum Kılavuzu (Bkz. Ek 3) kullanılmıştır.

Kadının ıkınma şekli, doğum sonrası perinede laserasyon gelişimi, plesentanın spontan doğup doğmadığı ve 5. dakika Apgar skoru gibi dosyada yer almayan bilgiler, doğum eylemi süresince kadının yanında yer alan araştırmacı tarafından gözlemlenerek ya da doğumdan hemen sonra kadının doğumunu yaptıran doktora sorularak Vaka Rapor Formu'na kodlanmıştır. Fetal kalp hızı anormalliklerinin takibi ise, araştırmacı tarafından her bir kadının NST kayıtları incelenerek gerçekleştirilmiştir. Riskli gebelik servisinde takip edildikten sonra doğum ünitesine kabul edilen kadınların dosyasında yer alan doktor ve ebe/hemşire gözlem notları incelenerek, gerekli veriler Vaka Rapor Formu'na kodlanmıştır. Yenidoğan ile ilgili tüm veriler, bebek doktoru tarafından hazırlanan "Bebek Gözlem Formu"ndan elde edilmiştir. Yenidoğanın taburcu olana kadar anne sütü alıp almadığı ile ilgili bilgiler dosyada yer almadığından dolayı, anneye sorulmuştur. Doğum sonrası yenidoğan yoğun bakımda takip edilen bebeklerle ilgili olarak, yoğun bakımda takip edilme nedeni ve anne sütü alıp almadığı ile ilgili bilgiler, yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler ile görüşülerek elde edilmiştir. Araştırmacı, doğum eyleminin başından

sonuna kadar her bir gebenin olabildiğince yanında yer almış, tedavi ve bakımlarına katılmış ve eylem sırasında onları cesaretlendirmiştir.

Araştırma verilerinin toplanması aşamasında; araştırmacı, saat 11:00-01:00 saatleri arasında doğumhane ünitesinde bulunmuş ve örneklem seçim kriterlerine uyan kadınları Loğusa ya da Sezaryen servisine transfer edilene kadar takip etmiştir. Bir sonraki gün, saat 8:30-10:30 saatleri arasında serviste takip edilen ve örnekleme dâhil edilmiş olan tüm kadınlarla görüşerek dosyadan ulaşılamayan bilgileri tamamlamıştır.

Veri toplama araçlarının doldurulması için geçen süre ile ilgili belirli bir zaman vermek mümkün olmamakla birlikte, Tanıtıcı Bilgiler Formu ve Vaka Rapor Formu'nun tamamlanması için geçen süreç, kadının doğum salonuna kabulü ile başlayıp taburcu olmasına kadar devam etmektedir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın uygulanmasından sonra elde edilen verilerin çözümlenmesinde, SPSS 15.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin SPSS programına girişi yapıldıktan sonra, indeks skorlarının hesaplanması için daha önceden oluşturulan Syntax dosyası (Bkz. Ek 12) kullanılmıştır. Veriler, yüzde, ortalama, standart sapma, bağımsız gruplarda t testi, Fisher's Exact test, Ki-kare testi, Kendall uyum katsayısı (W) ve Kappa istatistiği kullanılarak değerlendirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

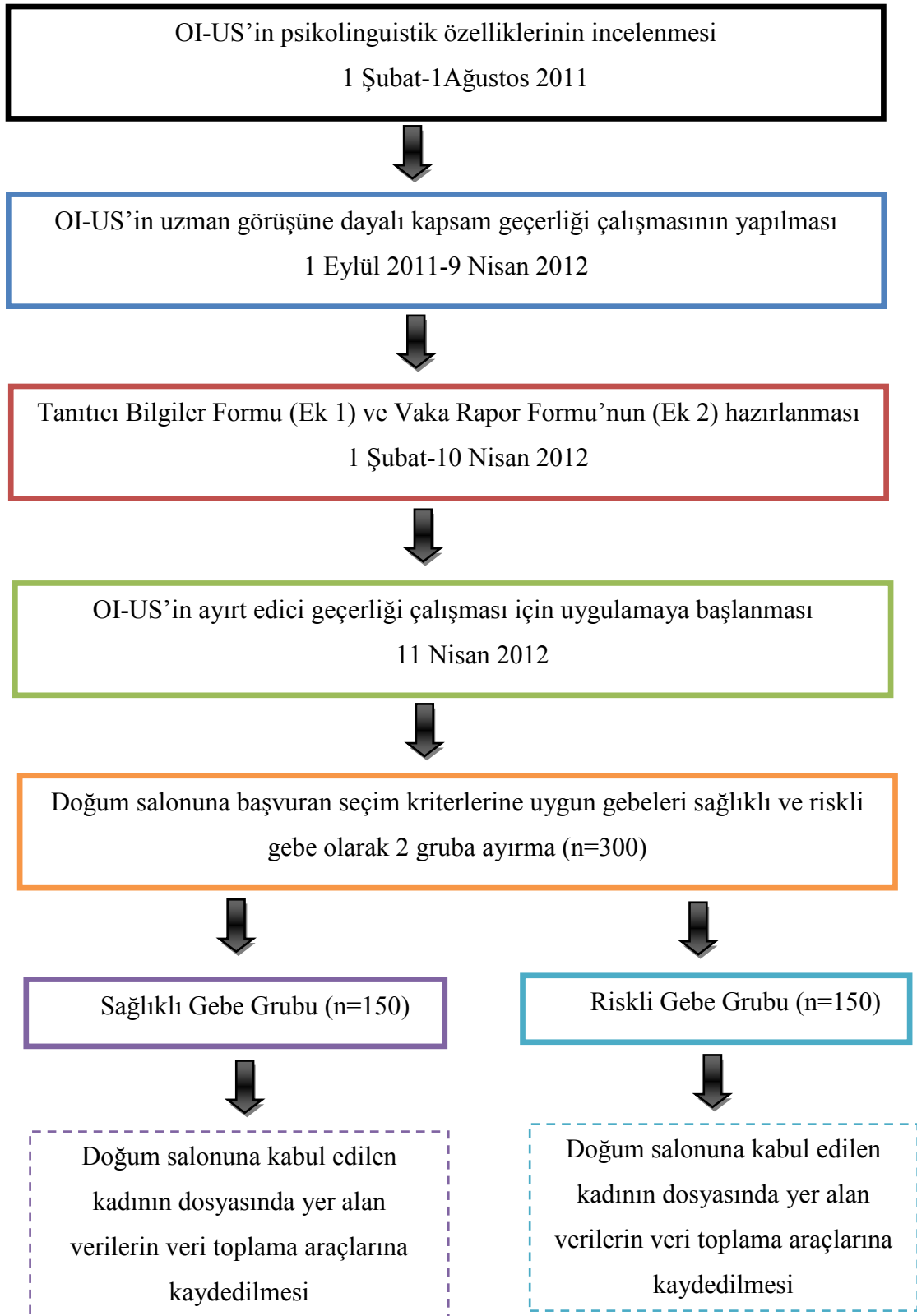
Araştırmanın yapılabilmesi için, Ankara Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden 6 Nisan 2012 tarih ve B.10.4.İSM.4.06.00.09/775 sayılı yazı ile izin alınmıştır (Bkz. Ek 13). Ayrıca, EZH Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden 9 Nisan 2012 tarih ve 2206 sayılı yazı ile izin alınmıştır (Bkz. Ek 13). Aynı zamanda, Hacettepe Üniversitesi Senatosu'ndan 10 Nisan 2012 tarih ve B.30.2.HAC.0.70.00.01/431-1735 sayılı yazı ile izin alınmıştır (Bkz. Ek 13). Araştırmaya katılan tüm kadınlardan, araştırmacı tarafından araştırma ile ilgili bilgi verildikten sonra aydınlatılmış yazılı onamları alınmıştır (Bkz. Ek 11) ve veri toplama araçları doldurulmuştur.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Yapılan bu araştırmanın sonuçları, EZH Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesine 11 Nisan – 20 Mayıs 2012 tarihleri arasında doğum yapmak üzere başvuran hastalar ile sınırlıdır.

Kadınların dosyasında yer alan ve araştırmacının kendisi tarafından değerlendirilen veriler dışında kalan diğer veriler, kadınların ifadelerine göre belirlenmiştir.

3.11. Araştırmanın Akış Şeması



Şekil 3.11.1. Araştırmanın Akış Şeması



şekil 3.11.1. Araştırmanın Akış şeması (Devam)

4. BULGULAR

Çalışmadan elde edilen bulgular 3 bölümde verilmiştir. 1. bölümde, OI-US'in uzman görüşüne dayalı kapsam geçerliğine yönelik bulgular, 2. bölümde OI-US'in ayırt edici geçerliğine yönelik bulgular ve 3. bölümde ise OI-US'in güvenilirliğine ilişkin bulgular yer almaktadır.

4.1. Optimalite İndeksi-US'in Uzman Görüşüne Dayalı Kapsam Geçerliliğine Yönelik Bulgular

Uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda, indeks maddelerine ilişkin yapılan Kapsam Geçerlik Oranları (KGO), Kapsam Geçerlik Ölçütü (KGÖ) ve Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) hesaplama sonuçları Tablo 4.1.1'de yer almaktadır.

Tablo 4.1.1. Optimalite İndeksi-US Maddelerine İlişkin Kapsam Geçerlik Oranları, Kapsam Geçerlik Ölçütü ve Kapsam Geçerlik İndeksi Sonuçları

Madde No	Gerekli	Yararlı/ Yetersiz	Gereksiz	KGO
1. madde ^a	8	1	1	0,60
2. madde	3	2	5	-0,40
3. madde	10	-	-	1,00
4. madde	9	-	1	0,80
5. madde ^a	6	3	1	0,20
6. madde	9	1	-	0,80
7. madde	9	1	-	0,80
8. madde	9	1	-	0,80
9. madde	9	1	-	0,80
10. madde	9	1	-	0,80
11. madde	10	-	-	1,00
12. madde	10	-	-	1,00
13. madde	9	1	-	0,80
14. madde ^a	7	3	-	0,40
15. madde	9	1	-	0,80
16. madde	9	1	-	0,80
17. madde	9	1	-	0,80
18. madde	9	1	-	0,80
19. madde	9	1	-	0,80

Tablo 4.1.1. Devam

Madde No	Gerekli	Yararlı/ Yetersiz	Gereksiz	KGO
20. madde ^a	8	1	1	0,60
21. madde	9	1	-	0,80
22. madde ^a	8	2	-	0,60
23. madde	10	-	-	1,00
24. madde ^a	8	2	-	0,60
25. madde	10	-	-	1,00
26. madde	10	-	-	1,00
27. madde	9	1	-	0,80
28. madde ^a	8	1	1	0,60
29. madde	10	-	-	1,00
30. madde ^a	8	-	2	0,60
31. madde ^a	8	2	-	0,60
32. madde ^a	7	2	1	0,40
33. madde ^a	6	1	3	0,20
34. madde	10	-	-	1,00
35. madde	10	-	-	1,00
36. madde	10	-	-	1,00
37. madde	9	1	-	0,80
38. madde	9	1	-	0,80
39. madde	10	-	-	1,00
40. madde	10	-	-	1,00
41. madde	10	-	-	1,00
42. madde	9	1	-	0,80
43. madde ^a	7	3	-	0,40
44. madde	9	1	-	0,80
45. madde	10	-	-	1,00
46. madde ^a	8	2	-	0,60
47. madde ^a	8	2	-	0,60
48. madde ^a	6	4	-	0,20
49. madde	9	1	-	0,80
50. madde	9	1	-	0,80
51. madde	9	1	-	0,80
52. madde ^a	6	4	-	0,20
53. madde	10	-	-	1,00
54. madde	9	1	-	0,80
55. madde ^a	8	2	-	0,60
56. madde	9	1	-	0,80

Tablo 4.1.1. Devam

Madde No	Gerekli	Yararlı/ Yetersiz	Gereksiz	KGO
1. Ek Madde: Eğitim düzeyi ^a	8	1	1	0,60
2. Ek Madde: Yaşadığı bölge	5	2	3	0,00
3. Ek Madde: Sağlık güvencesi ^a	6	2	2	0,20
4. Ek Madde: 4 ve daha az sayıda doğum sayısına sahip olma ^a	8	2	-	0,60
5. Ek Madde: Türkçe konuşabiliyor olma ^a	6	1	3	0,20
Uzman Sayısı		10		
KGÖ		0,62		
KGİ		0,71		

a Kapsam geçerlik oranı değerine göre madde havuzundan çıkarılması gerekmektedir.

KGO değeri negatif ya da 0 olarak elde edilen maddeler madde havuzundan öncelikle elenmiştir. Bu durumda, Tablo 4.1.1’de yer alan KGO değerlerine göre “2. Madde” madde havuzundan çıkarılmıştır. “2. Ek madde”nin KGO değeri 0 olarak elde edilmiştir ancak TNSA-2008 ileri analiz (65) sonuçlarına göre, kadının yaşadığı bölgenin doğum öncesi bakım alma oranlarını anlamlı derecede etkilediği belirlenmiştir. Bu nedenle, bu maddenin madde havuzunda kalması gerektiğine karar verilmiştir.

KGO değeri pozitif olan maddelerin ise, KGÖ’ye göre istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı değerlendirilmiştir. Elde edilen KGO’ların istatistiksel olarak anlamlılığını test etmek için, Venaziano ve Hooper (70) tarafından hazırlanan, $\alpha = 0,05$ anlamlılık düzeyinde uzman sayısına göre hesaplanmış tablo değerleri kullanılmıştır (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.2. $\alpha=0,05$ Anlamlılık Düzeyinde Kapsam Geçerlik Oranları İçin Minimum Değerler

Uzman Sayısı	Minimum Değer	Uzman Sayısı	Minimum Değer
5	0,99	13	0,54
6	0,99	14	0,51
7	0,99	15	0,49
8	0,78	20	0,42
9	0,75	25	0,37
10	0,62	30	0,33
11	0,59	35	0,31
12	0,56	40+	0,29

Tablo 4.1.2’de, 10 uzman sayısına göre hesaplanmış minimum değer (KGÖ değeri) 0,62 olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre; 1, 5, 14, 20, 22, 24, 28, 30, 31, 32, 33, 43, 46, 47, 48, 52, 55, 1. Ek madde, 3. Ek madde, 4. Ek madde ve 5. Ek madde’nin, madde havuzundan çıkarılması gerekmektedir (Tablo 4.1.1). Ancak, bu maddelerin Tablo 4.1.3’de yer alan nedenlerden dolayı madde havuzunda tutulmasına karar verilmiştir.

Tablo 4.1.3. Optimalite İndeksi-US Maddelerinde Yapılan Düzenlemeler ve Kapsam Geçerlik Oranlarına Göre Çıkarılması Gereken Maddelerin Çıkarılmama Nedenleri

Optimalite İndeksi-US Maddeleri	Açıklamalar
Perinatal Özgeçmiş İndeksi	
1. Medeni durumu	OI-US indeksinde bu madde ile ilgili sunulan kanıtlar doğrultusunda, madde havuzunda tutulmasına karar verilmiştir.
2. Etnik azınlık	Madde havuzundan çıkarıldı.
3. Sigara kullanımı	Pasif sigara dumanına maruz kalma durumu da, maddeye eklenmiştir.
4. Alkol kullanımı	Değişiklik yapılmamıştır.

Tablo 4.1.3. Devam

Optimalite İndeksi-US Maddeleri	Açıklamalar
5. Madde kullanımı	Kodlama ve Skorlama Kılavuzu'nda madde ile ilgili açıklama yer almaktadır.
6. Gebelik öncesi beden kitle indeksi	Değişiklik yapılmamıştır.
7. Yaş	Ülkemizde, 35 yaş ve üzeri gebeler, yüksek riskli gebe olarak değerlendirildiğinden; ileri gebelik yaşı, 40 yaş yerine 35 yaş olarak değiştirilmiştir.
8. Daha önceden var olan, önemli, kronik hastalık	Değişiklik yapılmamıştır.
9. Bir önceki doğum ile şimdiki doğum arasındaki süre >18 ay ve <60 ay	Ülkemizde, ideal doğum aralığının 24 ay olarak kabul edilmesi nedeniyle, bir önceki doğum ile şimdiki doğum aralığı 24 ay olarak değiştirilmiştir.
10. Önceki preterm doğum < 37 Hafta	Değişiklik yapılmamıştır.
11. Önceki intrauterin fetal ölüm	Değişiklik yapılmamıştır.
12. Önceki sezaryen doğum	Değişiklik yapılmamıştır.
13. Daha önce 2,500 gr altında veya 4000 gr'ın üzerinde bebek doğumu	Değişiklik yapılmamıştır.
14. Öyküsünde var olan diğer ciddi gebelik komplikasyonları	Uzmanlar, perinatal dönemi etkileyen başka sağlık sorunlarının da eklenmesini önermişlerdir. Ancak, herhangi bir başka sağlık durumunun eklenmesi için, bu sorunun optimal olan ve olmayan sonuçlarını gösteren güçlü kanıtlara/araştırma sonuçlarına gerek duyulmaktadır. Önerilen değişikliklerle ilgili, güçlü kanıtların olmaması nedeni ile bu maddede herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

Tablo 4.1.3. Devam

Optimalite İndeksi-US Maddeleri	Açıklamalar
1. ek madde. Eğitim düzeyi	TNSA-2008 İleri Analiz sonuçlarına göre; eğitim düzeyinin, doğum öncesi bakım hizmetini kullanmada belirleyici faktörlerden biri olduğu belirlenmiştir.
2. ek madde. Yaşadığı bölge	TNSA-2008 İleri Analiz sonuçlarına göre; kadının yaşadığı bölgenin, doğum öncesi bakım hizmetini kullanmada belirleyici faktörlerden biri olduğu belirlenmiştir.
3. ek madde. Sağlık güvencesi	TNSA-2008 İleri Analiz sonuçlarına göre; kadının sağlık güvencesine sahip olmasının, doğum öncesi bakım hizmetini kullanmada belirleyici faktörlerden biri olduğu belirlenmiştir.
4. ek madde. 4 ve daha az sayıda doğum sayısına sahip olma	TNSA 2008 İleri Analiz sonuçlarına göre, 4'den daha fazla doğum sayısına sahip olmanın, düşük doğum ağırlığı ile ilişkili faktörlerden birisi olduğu ve perinatal ölüm hızını arttırdığı belirlenmiştir.
5. ek madde. Türkçe konuşabiliyor olma	TNSA-1998 İleri Analiz sonuçlarına göre, Türkçe konuşabilmenin, doğum öncesi bakım hizmetini kullanmada belirleyici faktörlerden biri olduğu belirlenmiştir.
Optimalite İndeksi	
Şimdiki gebelik ile ilgili tanı ve tedaviye yönelik göstergeler	
15. İntrauterin fetal kayıp	Değişiklik yapılmamıştır.
16. Aile içi şiddet	Değişiklik yapılmamıştır.
17. Diğer ciddi gebelik komplikasyonları	Değişiklik yapılmamıştır.

Tablo 4.1.3. Devam

Optimalite İndeksi-US Maddeleri	Açıklamalar
18. Doğum öncesi bakım: ilk trimesterde başlayan (<14 hafta) ve en az 5 ziyaret	Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi'nde belirtilen doğum öncesi ziyaret sayısı temel alınarak, ziyaret sayısı 4 olarak değiştirilmiştir.
19. Amniyosentez	Değişiklik yapılmamıştır.
20. Nonstres test/kontraksiyon stres testi/biyofiziksel profil	Uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda, anlaşılmayan bölümle ilgili olarak, "Kodlama ve Skorlama Kılavuzu"na açıklama eklendi.
21. İlaç kullanımı	Değişiklik yapılmamıştır.
Doğum	
22. Membranlar açıldıktan sonra yapılan ilk dijital muayene ile doğum arasında geçen süre	Madde ifadesinde yer alan "dijital muayene" ifadesi "vajinal muayene" olarak değiştirilmiştir.
23. Amniyotik sıvı	Değişiklik yapılmamıştır.
24. İndüksiyon / augmentasyon	Kodlama ve Skorlama Kılavuzu'nda, madde kodlaması ile ilgili ayrıntılı açıklama bulunmaktadır.
25. Amniyotomi	Değişiklik yapılmamıştır.
26. Doğumun 1. ya da 2. evresinde oral veya enjeksiyon (IM veya IV) yoluyla verilen ilaç	Değişiklik yapılmamıştır.
27. Eylem ve/veya doğum için epidural analjezi	Değişiklik yapılmamıştır.
28. Eylem süresince sürekli elektronik fetal monitörizasyon (EFM) yerine fetoskop, doppler veya aralıklı EFM kullanımı	Değişiklik yapılmamıştır.
29. Fetal kalp atım hızında anormallik	Değişiklik yapılmamıştır.

Tablo 4.1.3. Devam

Optimalite İndeksi-US Maddeleri	Açıklamalar
30. Doğum eylemi sırasında sağlık ekibi dışında destek veren kişinin varlığı	Ülkemiz için uygun bir madde olmadığı nedeniyle çıkarılması önerilen bu madde ile ilgili perinatal sonuçları olumlu yönde etkilediği yönünde güçlü kanıtlar bulunması nedeni ile madde havuzunda tutulmasına karar verilmiştir.
31. Spontan ıkınma	Kodlama ve Skorlama Kılavuzu'nda maddeye ilişkin tanımlamalar yer almaktadır.
32. Doğumun daha önceden belirlenmiş yerde gerçekleşme durumu	Madde ifadesi “Doğumun sağlıklı koşullarda gerçekleşme durumu” olarak değiştirilmiş ve kodlama rehberine madde ile ilgili tanım eklenmiştir.
33. Doğumda sırt üstü olmayan pozisyon kullanımı	Ülkemiz için uygun bir madde olmadığı nedeniyle çıkarılması önerilen bu madde ile ilgili perinatal sonuçları olumlu yönde etkilediği yönünde güçlü kanıtlar bulunması nedeni ile madde havuzunda tutulmasına karar verilmiştir.
34. Doğumdaki prezentasyon	Değişiklik yapılmamıştır.
35. Müdahaleli vajinal doğum	“Forseps ya da vakum kullanımı” ifadesi maddeye eklenmiştir.
36. Sezaryen doğum	Değişiklik yapılmamıştır.
37. Epizyotomi	Değişiklik yapılmamıştır.
38. Perinede ya da perineal dokuda sütür gerektiren 1. ya da 2. derece laserasyon	Değişiklik yapılmamıştır.

Tablo 4.1.3. Devam

Optimalite İndeksi-US Maddeleri	Açıklamalar
39. Epizyotominin ya da 1-2. derece laserasyonun, 3. ya da 4. dereceye genişlemesi	Değişiklik yapılmamıştır.
40. Doğum eyleminin 3. evresinde ilaç uygulama	Değişiklik yapılmamıştır.
41. Anne ve yenidoğan arasında ten teması	Değişiklik yapılmamıştır.
42. Plasenta retansiyonu (≥ 30 dk)	Değişiklik yapılmamıştır.
43. Doğum sonu kanama	Kodlama ve Skorlama Kılavuzu'nda, kodlama ile ilgili ayrıntılı açıklama bulunmaktadır.
44. Kan transfüzyonu	Değişiklik yapılmamıştır.
45. Doğum sürecinde meydana gelen diğer ciddi komplikasyonlar	Değişiklik yapılmamıştır.
Yenidoğanun Durumu	
46. Gebelik yaşı	Uzmanlardan maddeye ilişkin optimal sonuç ile ilgili olarak, hafta aralığının değiştirilmesi önerisi gelmiştir. Ancak madde ile ilgili eldeki araştırma sonuçları temel alınmış ve madde olduğu şekli ile bırakılmıştır.
47. Doğum ağırlığı	Uzmanlardan, doğum ağırlığı aralığının değiştirilmesi önerisi gelmiştir. Ancak madde ile ilgili eldeki araştırma sonuçları temel alınmış ve madde olduğu şekli ile bırakılmıştır.
48. 5. dakika apgar skoru	Uzmanlardan, APGAR skoru değerlendirme aralığının değiştirilmesi önerisi gelmiştir. Ancak madde ile ilgili eldeki araştırma sonuçları temel alınmış ve madde olduğu şekli ile bırakılmıştır.

Tablo 4.1.3. Devam

Optimalite İndeksi-US Maddeleri	Açıklamalar
49. Yenidoğan yoğun bakım ünitesine transfer	Değişiklik yapılmamıştır.
50. Konjenital anomaliler	Değişiklik yapılmamıştır.
51. Doğum travması ya da diğer ciddi tıbbi sorunlar	Değişiklik yapılmamıştır.
52. Emzirme	Kodlama ve Skorlama Kılavuzu'nda, kodlama ile ilgili ayrıntılı açıklama bulunmaktadır.
53. Perinatal ölüm	Değişiklik yapılmamıştır.
Annenin sağlık personelinin bakımından ya da sağlık kurumundan taburcu edilmeden önceki durumu (72 saate kadar)	
54. Anne hastanede iken görülen ateş (38°C ya da daha yüksek) ya da enfeksiyon ya da önemli bir komplikasyon tanısı	Değişiklik yapılmamıştır.
55. Doğum sırasında ya da sonrasında tanısı konan sağlık durumları için reçeteli ilaç tedavisi	Değişiklik yapılmamıştır.
56. Anne ölümü	Değişiklik yapılmamıştır.

KGİ, $\alpha=0,05$ düzeyinde anlamlı olan ve nihai formda kalması gerektiğine karar verilen maddelerin toplam KGO ortalamaları üzerinden elde edilmektedir (64). Buna göre, KGİ değeri 0,71'dir. KGİ $>0,62$ olduğundan indeks, istatistiksel olarak anlamlıdır (Bkz. Tablo 4.1.1).

Uzmanların vermiş olduğu puanlar arasında ne ölçüde uyuşma bulunduğunu belirlemek için, Kendall uyuşum katsayısı (W) hesaplanmıştır (68). Yapılan Kendall's W testi sonucu, uyuşum katsayısı 0,162 olarak belirlenmiştir. Bu sonuca göre, uzmanların maddeler için yaptıkları değerlendirmeler arasında çok zayıf bir uyum olduğu görülmektedir ($p=0,002$).

4.2. Optimalite İndeksi-US'in Ayırt Edici Geçerliliğine Yönelik Bulgular

Bu bölümde, OI-US'in ayırt edici geçerlik çalışmasından elde edilen bulgular 3 bölümde verilmiştir. 1. bölümde örneklem kapsamına alınan sağlıklı ve yüksek riskli gebelerin tanıtıcı özellikleri ile doğum öncesi, doğum, doğum sonu dönem ve yenidoğana yönelik bulgular; 2. bölümde Optimalite İndeksi-US maddelerine ilişkin yapılan kodlamalar ve 3. bölümde sağlıklı ve yüksek riskli gebelerin OI-US skorlarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

4.2.1. Sağlıklı ve Yüksek Riskli Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Doğum Öncesi, Doğum, Doğum Sonu Dönem ve Yenidoğana Yönelik Bulgular

Tablo 4.2.1.1. Sağlıklı ve Yüksek Riskli Gebelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımları n: 300

Tanıtıcı Özellikler	Sağlıklı Gebe n=150		Yüksek Riskli Gebe n=150		İstatistiksel Analiz
	Sayı	%	Sayı	%	
Eğitim düzeyi^a					
Lise altı	83	55,3	92	61,3	X ² =1,111
Lise ve üzeri	67	44,7	58	38,7	p=0,292
Sağlık Güvencesine Sahip Olma Durumu					
Var	144	96,0	142	94,7	X ² =0,300
Yok	6	4,0	8	5,3	p=0,584
Gebelik Boyunca Çalışma Durumu					
Çalıştı	16	10,7	12	8,0	X ² =0,630
Çalışmadı	134	89,3	138	92,0	p=0,427
Aile Tipi					
Çekirdek	108	72,0	98	65,3	X ² =1,549
Geniş	42	28,0	52	34,7	p=0,213
Akraba Evliliği					
Var	17	11,3	19	12,7	X ² =0,126
Yok	133	88,7	131	87,3	p=0,722
Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu					
Var	6	4,0	6	4,0	X ² =0,000
Yok	144	96,0	144	96,0	p=1,000
Yaş^a					
	24,62 ± 4,056		25,15 ± 5,032		t= -1,001 p=0,318
Gebelik Öncesi Beden Kitle İndeksi^a					
	22,78 ± 3,698		23,893 ± 4,169		t= -2,323 p=0,021

a Değerler ortalama±standart sapma olarak verilmiştir.

Tablo 4.2.1.1’de sağlıklı ve yüksek riskli gebelerin bazı tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Sağlıklı ve yüksek riskli gebe grubunda yer alan kadınların eğitim düzeyi, sağlık güvencesine sahip olma durumu, gebelik boyunca çalışma durumu, aile tipi, akraba evliliği, kronik hastalığa sahip olma durumu ve yaş özellikleri bakımından benzer oldukları belirlenmiştir ($p>0.05$). Sağlıklı gebelerin gebelik öncesi beden kitle indeksi (BKI) ortalaması $22,78\pm 3,698$ iken, yüksek riskli gebelerin gebelik ncesi BKI ortalamasının $23,893\pm 4,169$ olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, gebelik ncesi BKI ortalamaları bakımından gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0,021$).

Tabloda gösterilmemekle birlikte, araştırmaya katılan gebelerin %97,7’sinin Ankara’da, %1,6’sının ise İç Anadolu Bölgesi’nde yer alan diğer şehirlerde (Bolu, ankırı, orum) yaşadığı belirlenmiştir. Sadece bir kadının Doğu Bölgesi’nde yer alan Gaziantep ilinde yaşadığı saptanmıştır. Ayrıca, kadınların çoğunluğunun kentsel alanda (%96,5) yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2.1.2. Sağlıklı ve Yüksek Riskli Multipar Gebelerin Obstetrik Hikâye ile İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımları n: 146

Obstetrik Hikâye ile İlgili Bazı Özellikler	Sağlıklı Gebe n=81		Yüksek Riskli Gebe n=65		İstatistiksel Analiz
	Sayı	%	Sayı	%	
<i>4 ve daha az sayıda doğum yapmış olma</i>					
Yapan	78	96,3	65	100	Fisher
Yapmayan	3	3,7	-	-	p=0,254
<i>24 aydan daha uzun doğum aralığına sahip olma^a</i>					
Olan	69	89,6	53	86,9	X ² =0,247
Olmayan	8	10,4	8	13,1	p=0,619
<i>Preterm doğum yapmış olma^a</i>					
Olan	10	12,7	5	7,9	X ² =0,827
Olmayan	69	87,3	58	92,1	p=0,363
<i>2500 gr'ın altında veya 4000 gr'ın üstünde doğan bebek öyküsüne sahip olma^a</i>					
Olan	10	12,8	6	9,7	X ² =0,337
Olmayan	68	87,2	56	90,3	p=0,561
<i>Önceki gebeliklerinde gebelik komplikasyonu yaşamış olma^a</i>					
Olan	23	28,4	17	27,9	X ² =0,005
Olmayan	58	71,6	44	72,1	p=0,945

a Kadın hatırlayamadığından bu soruya yanıt verememiştir, yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.2.1.2'de, sağlıklı ve yüksek riskli multipar gebelerin obstetrik hikaye ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımları yer almaktadır. Araştırmaya katılan kadınların tümü, önceki doğumlarını vajinal yol ile gerçekleştirmiştir. Her iki grubun obstetrik hikaye ile ilgili özelliklerine göre benzer oldukları ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında farkın önemli olmadığı belirlenmiştir (p>0.05). Tabloda gösterilmemekle birlikte, yüksek riskli gebe grubunda yer alan bir kadının intrauterin fetal ölüm hikayesine sahip olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2.1.3. Sağlıklı ve Yüksek Riskli Gebelerin Doğum Öncesi Dönem ile İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı n: 300

Doğum Öncesi Dönem ile İlgili Bazı Özellikler	Sağlıklı Gebe n=150		Yüksek Riskli Gebe n=150		İstatistiksel Analiz
	Sayı	%	Sayı	%	
<i>Gebelik Komplikasyonu Yaşama Durumu</i>					
Yaşayan	27	18,0	34	22,7	X ² =1,008
Yaşamayan	123	82,0	116	77,3	p=0,315
<i>Yeterli Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu</i>					
Alan	139	92,7	135	90,0	X ² =0,674
Almayan	11	7,3	15	10,0	p=0,412
<i>Amniyosentez Yapılma Durumu</i>					
Yapılan	146	97,3	145	96,7	Fisher
Yapılmayan	4	2,7	5	3,3	p=1,000
<i>Non-stres Test, Kontraksiyon Stres Test ya da Biyofiziksel Profil Yapılma Durumu</i>					
Yapılan	137	91,3	133	88,7	X ² =0,593
Yapılmayan	13	8,7	17	11,3	p=0,441
<i>Reçeteli ya da Reçetesiz İlaç Kullanma Durumu</i>					
Kullanan	86	57,3	70	46,7	X ² =3,419
Kullanmayan	64	42,7	80	53,3	p=0,064

Tablo 4.2.1.3’de sağlıklı ve yüksek riskli gebelerin doğum öncesi dönem ile ilgili bazı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Sağlıklı ve yüksek riskli gebe grubunda yer alan kadınların gebelik komplikasyonu yaşama durumu, yeterli doğum öncesi bakım alma durumu, amniyosentez yapılma durumu, non-stres test, kontraksiyon stres test ya da biyofiziksel profil yapılma durumu ve reçeteli ya da reçetesiz ilaç kullanma durumu bakımından benzer oldukları belirlenmiştir (p>0.05).

Tablo 4.2.1.4. Sağlıklı ve Yüksek Riskli Gebelerin Doğumlarına Yönelik Bazı Özelliklerinin Dağılımı n: 300

Doğuma Yönelik Bazı Özellikler	Sağlıklı Gebe n=150		Yüksek Riskli Gebe n=150		İstatistiksel Analiz
	Sayı	%	Sayı	%	
<i>Gebelik haftası^a</i>					
< 37 hafta, > 42 hafta	2	1,3	26	17,7	X ² =23,254
37-42 hafta arası	148	98,7	121	82,3	p=0,000
<i>Parite</i>					
Primipar	69	46,0	85	56,7	X ² =3,003
Multipar	81	54,0	65	43,3	p=0,083
<i>Membranlar Açıldıktan Sonra İlk Vajinal Muayene ile Doğum Arasında Geçen Süre^a</i>					
24 saatten kısa	134	98,5	118	90,1	X ² =8,992
24 saatten uzun	2	1,5	13	9,9	p=0,003
<i>Membranlar Açıldığında Amniyotik Sıvının Rengi^a</i>					
Berrak	114	87,7	116	89,9	X ² =0,324
Mekonyumlu	16	12,3	13	10,1	p=0,569
<i>Doğum İndüksiyonu ya da Augmentasyonu Uygulanma Durumu</i>					
Uygulanan	53	35,3	84	56,0	X ² =12,910
Uygulanmayan	97	64,7	66	44,0	p=0,000
<i>Amniyotomi Uygulanma Durumu^a</i>					
Uygulanan	108	72,5	123	82,0	X ² =3,853
Uygulanmayan	41	27,5	27	18,0	p=0,049
<i>Doğumun 1. ya da 2. Evresinde İlaç Uygulanma Durumu</i>					
Uygulanan	80	53,3	104	69,3	X ² =8,096
Uygulanmayan	70	46,7	46	30,7	p=0,004
<i>Fetal Kalp Hızı Anormallikleri Görülme Durumu^a</i>					
Görülen	7	5,1	19	14,0	X ² =6,219
Görülmeyen	130	94,9	117	86,0	p=0,013

Tablo 4.2.1.4. Devam

Doğuma Yönelik Bazı Özellikler	Sağlıklı Gebe n=150		Yüksek Riskli Gebe n=150		İstatistiksel Analiz
	Sayı	%	Sayı	%	
<i>Doğum Şekli</i>					
Vajinal	141	94,0	126	84,0	X ² =7,661
Sezaryen	9	6,0	24	16,0	p=0,006
<i>Epizyotomi Uygulanma Durumu^b</i>					
Uygulanan	109	77,3	103	81,7	X ² =0,802
Uygulanmayan	32	22,7	23	18,3	p=0,370
<i>Perincede ya da Perineal Dokuda 1. ya da 2. Derece Laserasyon Gelişme Durumu^b</i>					
Gelişen	52	36,9	44	34,9	X ² =0,111
Gelişmeyen	89	63,1	82	65,1	p=0,739
<i>Doğum Eyleminin 3. Evresinde İlaç Uygulanma Durumu^b</i>					
Uygulanan	2	1,4	3	2,4	Fisher
Uygulanmayan	139	98,6	123	97,6	p= 0,669
<i>Plesentanın Doğma Şekli^b</i>					
Spontan	140	99,3	125	99,2	Fisher
Elle Halas	1	0,7	1	0,8	p=1,000
<i>Doğum Sonu Kanama Görülme Durumu</i>					
Görülen	2	1,3	2	1,3	Fisher
Görülmeyen	148	98,7	148	98,7	P= 0,689
<i>Kan Transfüzyonu Yapılma Durumu</i>					
Yapılan	2	1,3	1	0,7	Fisher
Yapılmayan	148	98,7	149	99,3	p=0,624

a Dosya kayıtlarında yer almadığından veriye ulaşılamamıştır. Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

b Vajinal doğum yapan 267 kadın değerlendirilmeye alınmıştır.

Tablo 4.2.1.4'de sağlıklı ve yüksek riskli gebelerin doğumlarına yönelik bazı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Sağlıklı gebelerin %98,7'sinin gebelik haftasının 37-42 hafta arasında olduğu belirlenirken, yüksek riskli gebelerde bu oranın %82,3 olduğu belirlenmiştir. Uygulanan Ki-kare analizi sonucunda, gebelik

haftası bakımından gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0,000$). Sağlıklı gebelerin %1,5'inde membranlar açıldıktan sonra yapılan ilk vajinal muayene ile doğum arasında geçen sürenin 24 saatten uzun olduğu belirlenirken, bu oranın yüksek riskli gebelerde daha yüksek (%9,9) olduğu saptanmıştır. Uygulanan Ki-kare analizi sonucunda, sağlıklı ve yüksek riskli gebe grubu arasındaki bu farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0,003$).

Tablo 4.2.1.4'e göre, doğum eylemi sırasında, indüksiyon, amniyotomi ve epizyotomi uygulamalarının her iki grupta da oldukça yüksek oranlarda olduğu belirlenmiştir. Sağlıklı gebelerin %35,3'üne indüksiyon ya da augmentasyon uygulanırken, yüksek riskli gebelerde bu oranın %56,0 olduğu belirlenmiştir. Uygulanan Ki-kare analizi sonucunda, amniyotomi uygulanma durumu bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p=0,000$). Sağlıklı gebelerin %72,5'ine, yüksek riskli gebelerin ise %82'sine amniyotomi uygulandığı belirlenmiştir. Uygulanan Ki-kare analizi sonucunda, amniyotomi uygulanma durumu bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p=0,049$). Sağlıklı gebelerin %77,3'üne, yüksek riskli gebelerin ise %81,7'sine epizyotomi uygulandığı belirlenmiştir. Ancak, gruplar arasındaki bu farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Sağlıklı gebelerin %53,3'üne doğumun 1. ya da 2. evresinde ilaç uygulaması yapılırken, yüksek riskli gebelerde bu oranın %69,3 olduğu belirlenmiştir. Uygulanan Ki-kare analizi sonucunda, doğumun 1. ya da 2. evresinde ilaç uygulanma durumu bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p=0,004$).

Sağlıklı gebelerin %5,1'inin fetüsünde kalp hızı anormallikleri görülürken, yüksek riskli gebelerin %14'ünün fetüsünde kalp hızı anormalliği olduğu belirlenmiştir. Uygulanan Ki-kare analizi sonucunda, fetal kalp hızı anormalliği görülme durumu bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p=0,013$). Sağlıklı gebelerin %9'unun, yüksek riskli gebelerin ise %24'ünün sezaryen ile doğum yaptıkları belirlenmiştir. Uygulanan Ki-kare analizi sonucunda, doğum şekli bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p=0,006$). Tabloda gösterilmemekle birlikte, gebelerin %48,5'i fetal distres, %27,3'ü sefalopelvik uyumsuzluk, %15,2'si ilerlemeyen eylem, %3'ü ilerlemeyen

eylem+başarısız indüksiyon, %3'ü şiddetli preeklampsi ve %3'ü sefalopelvik uyuşmazlık+fetal distres nedeni ile sezaryen ile doğum yapmışlardır.

Tabloda gösterilmemekle birlikte, kadınların tümü doğum eylemi süresince sürekli elektronik fetal monitörizasyon ile takip edilmiştir. Kadınların hiçbirisine epidural analjezi uygulanmamış, doğumda forseps ya da vakum kullanılmamıştır. Kadınların hiçbiri doğum eylemi sırasında spontan olarak ıkmamıştır. Kadınların tümü, doğumlarını sırt üstü pozisyonda gerçekleştirmiştir. Kadınlara doğum sırasında sağlık personeli dışında destek veren kimse bulunmamıştır. Doğumların tümü baş prezentasyonu ile gerçekleşmiştir. Yüksek riskli gebe grubunda yer alan bir kadında, 3. derece perineal yırtık oluşmuştur. Doğumdan hemen sonra, hiçbir kadın ve bebek arasında ten teması sağlanmamıştır. Hem sağlıklı hem de yüksek riskli gebe grubunda yer alan iki kadında, intrapartum komplikasyon geliştiği belirlenmiştir.

Parite, amniyotik sıvının rengi, epizyotomi uygulaması, laserayon gelişimi, doğumun 3. evresinde ilaç uygulaması, plesentanın doğma şekli, doğum sonu kanama ve kan transfüzyonu yapılma durumu bakımından grupların benzer oldukları belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.2.1.5. Sağlıklı ve Yüksek Riskli Gebelerin Yenidoğanlarının Sağlık Durumu ile İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı n: 300

Yenidoğanın Sağlık Durumuna İlişkin Bazı Özellikler	Sağlıklı Gebe n=150		Yüksek Riskli Gebe n=150		İstatistiksel Analiz
	Sayı	%	Sayı	%	
<i>Doğum Kilosunun 2500-4000 gr Arasında Olma Durumu</i>					
Olan	144	96,0	130	86,7	X ² : 8,254
Olmayan	6	4,0	20	13,3	p: 0,004
<i>Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine Transfer Edilme Durumu</i>					
Edilen	6	4,0	10	6,7	X ² : 1,056
Edilmeyen	144	96,0	140	93,3	p: 0,304
<i>Doğum Travması ya da Ciddi Tıbbi Sorun Görülme Durumu</i>					
Görülen	1	0,7	3	98,0	Fisher
Görülmeyen	149	99,3	147	2,0	0,622

Tablo 4.2.1.5’de yenidoğanların sağlık durumu ile ilgili bazı özellikler yer almaktadır. Sağlıklı gebelerin yenidoğanlarının %6’sının ve yüksek riskli gebelerin yenidoğanlarının %13,3’ünün doğum kilosunun, 2500 gramın altında ya da 4000 gramın üzerinde olduğu belirlenmiştir. Uygulanan Ki-kare analizi sonucunda, doğum kilosu bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (p=0,004). Her iki grupta, yenidoğanın yoğun bakım ünitesine transfer edilme ve doğum travması ya da ciddi tıbbi sorun görülme oranlarının benzer olduğu belirlenmiştir (p>0.05). Tabloda gösterilmemekle birlikte, bir sağlıklı gebe ve bir yüksek riskli gebeden doğan yenidoğanda, 5. dakika Apgar skoru’nun 7’nin altında olduğu belirlenmiştir. Bir sağlıklı gebeden doğan yenidoğanda konjanital anomali olduğu belirlenmiştir. Araştırmada yer alan annelerden doğan bebeklerin tamamının taburcu olana kadar anne sütü aldıkları belirlenmiştir. Bebeklerin hiçbirisinde perinatal ölüm gerçekleşmemiştir.

Kadınların doğum sonu döneme ilişkin özelliklerine yönelik bir tablo sunulmamakla birlikte, sağlıklı gebe grubunda yer alan kadınlardan birinde, doğum sonu dönemde endometrit geliştiği belirlenmiştir. Sağlıklı gebelerin ortalama hastanede yatış sürelerinin $27,01 \pm 16,36$ saat, yüksek riskli gebelerin ise $33,05 \pm 15,39$ saat olduğu belirlenmiştir ($t=-3,274$; $p=0,001$). Annelerin hiçbirisine doğum sırasında ya da sonrasında tanısı konulan sağlık durumları için reçeteli ilaç tedavisine başlanmamıştır. Annelerden hiçbirisinde maternal ölüm görülmemiştir.

4.2.2. Optimalite İndeksi-US Maddelerine İlişkin Yapılan Kodlamalara Yönelik Bulgular

Tablo 4.2.2.1’de, her bir OI-US maddesine ilişkin yapılan kodlamalar ile ilgili bulgular yer almaktadır. 1 olarak kodlanan maddeler optimal; 0 olarak kodlanan maddeler optimal olmayan sonuçları göstermektedir. Primipar olan kadınlar için, PÖİ’de yer alan obstetrik öyküye ait maddeler ile sezaryen ile doğum yapan kadınlarda Oİ’da yer alan ve mantıksal olarak sezaryen ile doğum yapan kadınlarda görülemeyecek maddeler, 7 yani geçerli değil olarak kodlanmıştır. 9 olarak kodlanan maddeler ise, kayıtlarda olması gerektiği halde kayıtlarda bulunmayan verileri göstermektedir. Ayrıca, kadının hatırlayamadığı bazı veriler de (örn; gebelik öncesi kilosu, boyu, bir önceki doğum ile şimdiki doğum arasında geçen süre vs.) 9 olarak kodlanmıştır.

Tablo 4.2.2.1. Optimalite İndeksi-US Maddelerine İlişkin Yapılan Kodlamalar

Optimalite İndeksi-US Maddeleri	Optimal Sonuç=1 n (%)	Optimal Olmayan Sonuç=0 n (%)	Geçerli Değil=7 n (%)	Eksik Veri=9 n (%)
Perinatal Özgeçmiş İndeksi				
1. Medeni durumu	300 (100)	-	-	-
2. Yaşadığı bölge	299 (99,7)	1 (0,3)	-	-
3. Türkçe konuşabiliyor olma	300 (100)	-	-	-
4. Eğitim düzeyi	124 (41,3)	174 (58,0)	-	2 (0,7)
5. Sağlık güvencesi	286 (95,3)	14 (4,7)	-	-
6. Sigara kullanımı	155 (51,7)	145 (48,3)	-	-
7. Alkol kullanımı	298 (99,3)	2 (0,7)	-	-
8. Madde kullanımı	300 (100)	-	-	-
9. Gebelik öncesi beden kitle indeksi	159 (53,0)	109 (36,3)	-	32 (10,7)
10. Yaş	281 (93,7)	19 (6,3)	-	-
11. Daha önceden var olan, önemli, kronik hastalık	288 (96,0)	12 (4,0)	-	-

Tablo 4.2.2.1. Devam

Optimalite İndeksi-US Maddeleri	Optimal Sonuç=1 n (%)	Optimal Olmayan Sonuç=0 n (%)	Geçerli Değil=7 n (%)	Eksik Veri=9 n (%)
12. Bir önceki doğum ile şimdiki doğum arasındaki süre >24 ay	122 (40,7)	16 (5,3)	154 (51,3)	8 (2,7)
13. 4 ve daha az sayıda doğum sayısına sahip olma	143 (47,7)	3 (1,0)	154 (51,3)	-
14. Önceki preterm doğum < 37 Hafta	127 (42,3)	15 (5,0)	154 (51,3)	4 (1,3)
15. Önceki intrauterin fetal ölüm (20 hafta ve üzeri gebelik kaybı)	145 (48,3)	1 (0,3)	154 (51,3)	-
16. Önceki sezaryen doğum	146 (48,7)	-	154 (51,3)	-
17. Daha önce 2,500 gr altında veya 4000 gr'ın üzerinde bebek doğumu	124 (41,3)	16 (5,3)	154 (51,3)	6 (2,0)
18. Öyküsünde var olan diğer ciddi gebelik komplikasyonları	102 (34,0)	40 (13,3)	154 (51,3)	4 (1,3)
Optimalite İndeksi				
19. İntrauterin fetal kayıp	300 (100)	-	-	-
20. Aile içi şiddet	272 (90,7)	25 (8,3)	-	3 (1,0)
21. Diğer ciddi gebelik komplikasyonları	251 (83,7)	49 (16,3)	-	-
22. Doğum öncesi bakım: ilk trimesterde başlayan (<14 hafta) ve en az 4 ziyaret	274 (91,3)	26 (8,7)	-	-
23. Amniyosentez	291 (97)	9 (3,0)	-	-
24. Nonstres test / kontraksiyon stres testi / biyofizik profil	30 (10)	270 (90)	-	-
25. İlaç kullanımı	145 (48,3)	155 (51,7)	-	-

Tablo 4.2.2.1. Devam

Optimalite İndeksi-US Maddeleri	Optimal Sonuç=1 n (%)	Optimal Olmayan Sonuç=0 n (%)	Geçerli Değil=7 n (%)	Eksik Veri=9 n (%)
Doğum				
26. Membranlar açıldıktan sonra yapılan ilk vajinal muayene ile doğum arasında geçen süre	252 (84,0)	15 (5,0)	-	33 (11,0)
27. Amniyotik sıvı	231 (77,0)	29 (9,7)	-	40 (13,3)
28. İndüksiyon / augmentasyon	166 (55,3)	132 (44,0)	-	2 (0,7)
29. Amniyotomi	230 (76,7)	69 (23,0)	-	1 (0,3)
30. Doğumun 1. ya da 2. evresinde oral veya enjeksiyon (IM veya IV) yoluyla verilen ilaç	115 (38,3)	185 (61,7)	-	-
31. Eylem ve/veya doğum için epidural analjezi	300 (100)	-	-	-
32. Eylem süresince sürekli elektronik fetal monitörizasyon (EFM) yerine fetoskop, doppler ya da aralıklı EFM kullanımı	173 (57,7)	127 (42,3)	-	-
33. Fetal kalp atım hızında anormallik	246 (82,0)	26 (8,7)	-	28 (9,3)
34. Doğum eylemi sırasında sağlık ekibi dışında destek veren kişinin varlığı	-	300 (100)	-	-
35. Spontan ıkınma	-	266 (88,7)	34 (11,3)	-
36. Doğumun sağlıklı koşullarda gerçekleşme durumu	300 (100)	-	-	-
37. Doğumda sırt üstü olmayan pozisyon kullanımı	-	266 (88,7)	34 (11,3)	-

Tablo 4.2.2.1. Devam

Optimalite İndeksi-US Maddeleri	Optimal Sonuç=1 n (%)	Optimal Olmayan Sonuç=0 n (%)	Geçerli Değil=7 n (%)	Eksik Veri=9 n (%)
38. Doğumdaki prezentasyon	266 (88,7)	-	34 (11,3)	-
39. Müdahaleli vajinal doğum (Forseps ya da vakum ile doğum)	266 (88,7)	-	34 (11,3)	-
40. Sezaryen doğum	266 (88,7)	-	34 (11,3)	-
41. Epizyotomi	54 (18,0)	212 (70,7)	34 (11,3)	-
42. Perinede ya da perineal dokuda sütur gerektiren 1. ya da 2. derece laserasyon (sulkus ve servikal laserasyonları da içeren)	171 (57,0)	95 (31,7)	34 (11,3)	-
43. Epizyotominin ya da 1-2. derece laserasyonun, 3. ya da 4. dereceye genişlemesi	265 (88,3)	1 (0,3)	34 (11,3)	-
44. Doğum eyleminin 3. evresinde ilaç uygulama (oksitosin ya da perine onarımı için kullanılan lokal anestetik hariç)	263 (87,7)	3 (1,0)	34 (11,3)	-
45. Anne ve yenidoğan arasında ten teması	-	300 (100)	-	-
46. Plasenta retansiyonu (≥ 30 dk)	264 (88,0)	2 (0,7)	34 (11,3)	-
47. Doğum sonu kanama	296 (98,7)	4 (1,3)	-	-
48. Kan transfüzyonu	297 (99,0)	3 (1,0)	-	-

Tablo 4.2.2.1. Devam

Optimalite İndeksi-US Maddeleri	Optimal Sonuç=1 n (%)	Optimal Olmayan Sonuç=0 n (%)	Geçerli Değil=7 n (%)	Eksik Veri=9 n (%)
49. Doğum sürecinde meydana gelen diğer ciddi komplikasyonlar	296 (98,7)	4 (1,3)	-	-
Yenidoğan				
50. Gebelik yaşı	275 (91,7)	24 (8,0)	-	1 (0,3)
51. Doğum ağırlığı	273 (91,0)	27 (9,0)	-	-
52. 5. dakika apgar skoru	298 (99,3)	2 (0,7)	-	-
53. Yenidoğan yoğun bakım ünitesine transfer	285 (95,0)	15 (5,0)	-	-
54. Konjenital anomaliler	299 (99,7)	1 (0,3)	-	-
55. Doğum travması ya da diğer ciddi tıbbi sorunlar	296 (98,7)	4 (1,3)	-	-
56. Emzirme	300 (100)	-	-	-
57. Perinatal ölüm	300 (100)	-	-	-
Doğum sonu dönem				
58. Anne hastanede iken görülen ateş (38 ⁰ C ya da daha yüksek) ya da enfeksiyon ya da önemli bir komplikasyon tanısı	299 (99,7)	1 (0,3)	-	-
59. Doğum sırasında ya da sonrasında tanısı konan sağlık durumları için reçeteli ilaç tedavisi	300 (100)	-	-	-
60. Maternal ölüm	300 (100)	-	-	-

Tablo 4.2.2.1'e göre, maddelerin çoğunluğunda eksik veri bulunmamakla birlikte, bazı maddelere ilişkin veriler, kadının dosyasından ya da kendisinden elde

edilememiştir. Genel olarak, “9” ile kodlanan veriler, kayıtlarda olması gerektiği halde kayıtlarda bulunamayan ve kadının hatırlayamadığı verileri içermektedir.

Kayıt edilmesi gerektiği halde kayıtlarda bulunamayan veriler aşağıda yer almaktadır.

1. Önceki preterm doğum < 37 Hafta,
2. Daha önce 2,500 gr’ın altında veya 4000 gr’ın üzerinde bebek doğumu,
3. Öyküsünde var olan ciddi gebelik komplikasyonları
4. Membranların açılma zamanı,
5. Amniyotik sıvının rengi,
6. Fetal kalp atım hızında anormallik (Dosyada NST sonucu olmadığı için değerlendirilememiştir).

Kadının hatırlayamadığı veriler ise şu şekilde sıralanabilir;

1. Önceki preterm doğum < 37 Hafta,
2. Bir önceki doğum ile şimdiki doğum arasındaki süre,
3. Gebelik öncesi kilosu,
4. Boyu,
5. Daha önce 2,500 gr altında veya 4000 gr’ın üzerinde bebek doğumu,
6. Öyküsünde var olan ciddi gebelik komplikasyonları

4.2.3. Sağlıklı ve Yüksek Riskli Gebelerin OI-US Skorlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.2.3.1. Optimalite İndeksi-US Skorları Bakımından Sağlıklı ve Yüksek Riskli Gebeler Arasında Farklılık Olup Olmadığının İncelenmesi

OI-US Skorları	Sağlıklı Gebe n=150	Yüksek Riskli Gebe n=150	İstatistiksel Analiz
PÖİ ^a	88.05±7.80	85.49±8.90	t=2.654 p=0.008
Oİ ^a	77.65±3.93	78.60±4.07	t=-2.065 p=0.040
Total Oİ ^a	80.27±3.53	80.30±3.84	t=-0.084 p=0.933

a Değerler, ortalama±standart sapma olarak verilmiştir.

Tablo 4.2.3.1’de sağlıklı gebeler ile yüksek riskli gebelerin OI-US indeks skorlarına ait veriler yer almaktadır. Sağlıklı gebelerde PÖİ skor ortalaması %88,05 iken, yüksek riskli gebelerde %85,49 olarak belirlenmiştir. Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, sağlıklı ve yüksek riskli gebeler arasında PÖİ skoru bakımından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre; sağlıklı gebelerin PÖİ skoru, yüksek riskli gebelerin skorundan anlamlı derecede daha yüksektir.

Sağlıklı ve yüksek riskli gebelerin Oİ skor ortalamaları sırasıyla %77,65 ve %78,60 olarak belirlenmiştir. Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, sağlıklı ve yüksek riskli gebeler arasında Oİ skoru bakımından anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre; sağlıklı gebelerin Oİ skoru, yüksek riskli gebelerin skorundan anlamlı derecede daha düşüktür.

Sağlıklı gebelerde total Oİ skor ortalaması %80,27 iken, yüksek riskli gebelerde %80,30 olarak belirlenmiştir. Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, sağlıklı ve yüksek riskli gebeler arasında total Oİ skoru bakımından anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

4.3. Optimalite İndeksi-US'in Güvenirliğine Yönelik Bulgular

Araştırmamızda elde edilen veriler sonucunda, her iki gözlemci arasında, 31 kadın için kodlanan indeks maddeleri için, toplam 71 uyumsuzluk olduğu belirlenmiş ve gözlemciler arasındaki uyumun yüzdesi, %96.19 olarak hesaplanmıştır.

Ayrıca gözlemciler arası uyumun incelenmesinde, kappa istatistiği kullanılmıştır. Tablo 4.3.1 'da her bir madde için elde edilen kappa katsayıları yer almaktadır.

Tablo 4.3.1. Gözlemciler Arası Uyumun İncelenmesi (Kappa İstatistiği)

Madde No	Kappa	p	Madde No	Kappa	p
Madde 1 ^a	-	-	Madde 31	0,870	0,000
Madde 2 ^a	-	-	Madde 32	0,803	0,000
Madde 3 ^a	-	-	Madde 33	0,836	0,000
Madde 4	1	0,000	Madde 34	0,870	0,000
Madde 5 ^a	-	-	Madde 35	1	0,000
Madde 6	0,446	0,010	Madde 36	0,870	0,000
Madde 7 ^a	-	-	Madde 37	1	0,000
Madde 8 ^a	-	-	Madde 38	1	0,000
Madde 9	0,944	0,000	Madde 39	1	0,000
Madde 10	0,587	0,001	Madde 40	1	0,000
Madde 11	0,384	0,029	Madde 41	0,889	0,009
Madde 12	0,923	0,000	Madde 42	1	0,000
Madde 13	1	0,000	Madde 43	1	0,000
Madde 14	0,792	0,000	Madde 44	1	0,000
Madde 15	1	0,000	Madde 45 ^a	-	-
Madde 16	1	0,000	Madde 46	1	0,000
Madde 17	0,890	0,000	Madde 47 ^a	-	-
Madde 18	0,792	0,000	Madde 48 ^a	-	-
Madde 19 ^a	-	-	Madde 49 ^a	-	-
Madde 20	0,783	0,000	Madde 50	1	0,000
Madde 21	0,611	0,001	Madde 51	1	0,000

Tablo 4.3.1. Devam

Madde No	Kappa	p	Madde No	Kappa	p
Madde 22	0,475	0,002	Madde 52	-	-
Madde 23	1	0,000	Madde 53	1	0,000
Madde 24	0,351	0,048	Madde 54	1	0,000
Madde 25	0,365	0,036	Madde 55 ^a	-	-
Madde 26	0,873	0,000	Madde 56 ^a	-	-
Madde 27	0,945	0,000	Madde 57 ^a	-	-
Madde 28	0,819	0,000	Madde 58 ^a	-	-
Madde 29	0,893	0,000	Madde 59 ^a	-	-
Madde 30	0,788	0,000	Madde 60 ^a	-	-

a Gözlemcilerin bu maddeleri, tek bir değer ile incelemeleri nedeni ile Kappa istatistiği gerçekleştirilememiştir.

Gözlemciler arası uyumun kappa analizi ile incelemesinde, bazı maddelerde her iki gözlemcinin de sabit tek bir değer kullanmaları nedeni ile Kappa istatistiği hesaplanamamıştır. Ancak bu maddelerde, her iki gözlemci arasında mükemmel derecede bir uyum bulunmaktadır. Geri kalan maddeler için hesaplanan Kappa istatistiği değerlerine bakıldığında, tüm maddeler için gözlemciler arası uyumun sağlandığı görülmektedir ($p < 0,05$).

5. TARTIŞMA

Çalışmadan elde edilen bulgular iki bölüm olarak tartışılmıştır. Birinci bölümde, OI-US'in geçerliliğine ilişkin bulgular, ikinci bölümde ise OI-US'in güvenilirliğine ilişkin bulguların tartışmasına yer verilmiştir.

5.1. Optimalite İndeksi-US'in Geçerliliğine Yönelik Bulguların Tartışılması

Geçerlik, bir ölçme aracının ölçülmek üzere hazırlandığı amacı, değişkeni ölçme derecesidir. Bir ölçeğin “neyi”, ne denli “isabetli/doğru” olarak ölçtüğüyle ilgili bir kavramdır (63). Yapılan pek çok çalışmada, OI-US ölçme aracının geçerlilik boyutuna yönelik; madde geçerliği (34), yordama-kestirim geçerliği (49), uyum geçerliği (20) ve ayırt edici geçerlik (48), kanıtlanmıştır. Bu çalışmalarda OI-US'in, yüksek ya da düşük risk grubu ile fazla ya da az sayıda müdahale yapılan bakım modellerinde duyarlı olduğu gösterilmiştir. OI-US, bu özellikleri ile kadının risk profiline, sağlık kurumundaki müdahale düzeyine veya bakım veren sağlık personelinin kim olduğuna bakılmaksızın, maternal bakım sonuçları ve süreçleri ile ilgili yapılan araştırmalar için sonuçlara dayalı oldukça uygun bir ölçüm aracıdır (19). Çalışmamızda, OI-US'in geçerlilik çalışması kapsamında; uzman görüşüne dayalı kapsam geçerliği ve ayırt edici geçerlik değerlendirilmiştir. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi'nden bir öğretim üyesi ve Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Bölümü Ölçme ve Değerlendirme Anabilim Dalı'ndan iki öğretim üyesi ile yapılan görüşmeler sonucunda, OI-US'in geçerlik çalışması kapsamında, uzman görüşüne dayalı kapsam geçerliliği ve ayırt edici geçerliliğin değerlendirilmesinin yeterli olacağı yönünde görüş alınmıştır.

5.1.1. Optimalite İndeksi-US'in Uzman Görüşüne Dayalı Kapsam Geçerliliğine Yönelik Bulguların Tartışılması

Uzman grubundan indeksin her bir maddesine ilişkin alınan öneriler doğrultusunda, maddelerin Kapsam Geçerlik Oranları (KGO) ve Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) hesaplanmıştır (Bkz. Tablo 4.1.1). Elde edilen KGO'ların istatistiksel olarak anlamlılığını test etmek için, Venaziano ve Hooper (70) tarafından hazırlanan, $\alpha = 0,05$ anlamlılık düzeyinde uzman sayısına göre hesaplanmış tablo değerleri kullanılmıştır (Bkz. Tablo 4.1.2). 10 uzman sayısına göre, KGO değeri 0,62'nin

altında kalan maddelerin madde havuzundan çıkarılması gerektiği belirlenmiştir. Çalışmamızda, KGO değeri 0,62'nin altında kalan 21 madde olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.1.1). KGO hesaplamaları sırasında, uzman grubunda yer alan 10 uzmandan 8'inin, maddeleri olduğu gibi onaylamasına rağmen sadece 2 uzmanın, maddenin değiştirilmesi ya da çıkarılması yönünde öneri getirmesinin, KGO değerinin 0,60 olmasına neden olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre, KGO değerlerinin 0,62'nin altında olması nedeni ile bu maddelerin madde havuzundan çıkarılması gerekmektedir. Uzman grubundan gelen öneriler değerlendirildiğinde ise, önerilerde genel olarak madde havuzunda yer alan bazı ifadelerin anlaşılmasının güç olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle, anlaşılmayan madde ifadeleri, uzmanlardan gelen önerilere göre düzeltilmiştir (Bkz. Tablo 4.1.3).

Ülkemizde doğum hizmeti veren sağlık kuruluşlarında, aralıklı elektronik fetal monitorizasyon kullanımı (EFM), doğumda sağlık personeli dışında destek veren kişinin varlığı, spontan ıkmmanın gerçekleştirilmesi, doğumda sırt üstü olmayan pozisyonların kullanımı ve anne ile yenidoğan arasında ten teması sağlanması gibi uygulamalar yaygın olarak kullanılmamaktadır. Ancak uzman görüşü alınması sırasında bazı uzmanlardan, yukarıda belirtilen maddelerin indekse dahil edilmemesi gerektiği ile ilgili öneriler gelmiştir. Bu uygulamaların anne ve fetüs/bebek sağlığı üzerine olan optimal sonuçları kanıtlanmış olduğundan uzman grubunun bu önerileri dikkate alınmamıştır. Optimal sonuçları kanıtlanmış bu maddelerin, ülkemizdeki klinik ortamlarda yaygın kullanılmıyor olması, indeksten çıkarılması için yeterli bir gerekçe sayılmadığından, madde havuzunda kalmasına karar verilmiştir.

Uzmanların indeks maddelerine vermiş olduğu puanlar arasında ne ölçüde uyuma bulunduğunu belirlemek için, Kendall uyum katsayısı (W) hesaplanmıştır. Yapılan Kendall's W testi sonucu, uyum katsayısı 0,162 olarak belirlenmiştir ($p=0,002$). Bu sonuca göre, uzmanların maddeler için yaptıkları değerlendirmeler arasında çok zayıf bir uyum olduğu görülmektedir. Bu durumun, uzmanların çalıştığı kurumların ve mesleki deneyim sürelerinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.1.2. Optimalite İndeksi-US'in Ayırt Edici Geçerliliğine Yönelik Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, OI-US'in ayırt edici geçerliği ile ilgili sonuçların tartışılmasının yanı sıra, sağlıklı ve yüksek riskli gebe grubunda doğuma ilişkin bazı tanımlayıcı özelliklere ilişkin bulguların da tartışılmasına yer verilmiştir.

OI-US'in ayırt edici geçerliğinin değerlendirilmesi amacıyla, sağlıklı ve yüksek riskli gebelerin PÖİ ve Öİ skorları karşılaştırılmıştır. Çalışmamızda, sağlıklı gebelerin PÖİ skor ortalamasının (%88,05), yüksek riskli gebelerin (%85,49) skor ortalamasından daha yüksek olduğu saptanmıştır. ($p<0,05$). Sağlıklı (%77,65) ve yüksek riskli (%78,60) gebelerin Öİ skor ortalamalarının ise birbirine yakın olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Bkz. Tablo 4.2.3.1). Öİ skorunun, yüksek riskli gebelerde daha düşük olması beklenirken, sağlıklı gebeler ile benzer bir sonuç elde edilmesindeki en önemli nedenin; doğum eylemi süresince uygulanan müdahalelerin, gebelerin risk durumuna bakılmaksızın her iki gruba aynı düzeyde uygulanmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Low ve diğerlerinin (20) OI-US'in ayırt edici geçerliğini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada; sağlıklı gebe grubunun Öİ skorunun %84 ve yüksek riskli gebe grubunun Öİ skorunun ise %71 olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda, bu çalışmada OI-US'in, sağlıklı ve düşük riskli gebeler ile yüksek riskli gebelerin skorlarını ayırt edebilme özelliğinin geniş etki büyüklüğüne sahip olduğu gösterilmiştir.

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlara göre, doğum eylemi sırasında hem sağlıklı hem de yüksek riskli gebe grubunda oksitosin indüksiyonu, amniyotomi, epizyotomi ve sürekli EFM kullanımı gibi tıbbi müdahalelerin yüksek oranlarda olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.2.1.4). Ayrıca, çalışmamıza katılan kadınların tümünün doğum eylemi sırasında kapalı glottis ıkınma tekniğini ve sırtüstü pozisyonu kullandıkları, herhangi bir kişiden fiziksel ya da psikolojik destek almadıkları ve doğumdan hemen sonra anne ve bebek arasında ten temasının sağlanmadığı belirlenmiştir.

Ülkemizde doğum kliniklerinde, doğumun başlatılması veya hızlandırılması amacıyla oksitosin ve amniyotomi uygulamalarının yaygın olarak kullanıldığı bilinmektedir. Çalışmamıza katılan sağlıklı gebelerin %35,3'üne oksitosin uygulanırken, yüksek riskli gebelerde bu oranın %56,0 olduğu belirlenmiştir

($p=0,001$) (Bkz. Tablo 4.2.1.4). İndüksiyon kullanımı ile perinatal sonuçlar arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırma sonuçları; indüksiyon kullanımı, sezaryen doğum (71-73), enstrümental doğum (72), epidural analjezi kullanımı (72), yenidoğanın yoğun bakıma transfer edilmesi (72) ve uterus rüptürü (74) oranlarında artış ile ilişkilendirmişlerdir. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan (2010) Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetimi Rehberi (29), distosiye bağlı gereksiz sezaryenleri azaltabilmek için endikasyonsuz doğum indüksiyonlarından kaçınılması gerektiğini önermektedir. Ancak, çalışmamıza katılan her üç sağlıklı gebeden birisine indüksiyon uygulaması yapıldığı belirlenmiştir. Doğumun başlatılması veya hızlandırılması amacıyla uygulanan bir diğer müdahale amniyotomidir. Araştırmamıza katılan sağlıklı gebelerin %72,5'ine, yüksek riskli gebelerin ise %82'sine amniyotomi uygulandığı belirlenmiştir ($p=0,049$) (Bkz. Tablo 4.2.1.4). Smyth ve diğerlerinin (75) yapmış olduğu sistematik inceleme sonuçları, amniyotominin doğumda rutin olarak uygulanmaması gerektiğini göstermektedir. Ancak, çalışmamıza katılan sağlıklı gebelerde amniyotomi uygulanma oranlarının oldukça yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmanın yapıldığı kurum, Ankara'da sadece kadın sağlığı ve doğum alanında hizmet veren iki kamu hastanesinden birisidir. Çalışmamızda sağlıklı gebelerde oksitosin ve amniyotominin yüksek oranlarda uygulanmasının en önemli nedeninin, doğum ünitesine başvuran gebe sayısının fazla olması nedeniyle, doğum eyleminin hızlandırılarak, kadın sirkülasyonunun hızlandırılması olduğu düşünülmektedir. Araştırmanın yapıldığı kurumda, oksitosin uygulaması ile ilgili standart bir uygulama protokolünün olmaması nedeniyle oksitosin uygulamasına hekimlerin kendisi karar vermektedirler. Bu durumun oksitosin uygulaması ile ilgili hekimler arasında farklılıklara neden olduğu gözlenmiştir. Bu nedenle, oksitosin indüksiyonunun hangi durumlarda kullanılması gerektiğine ilişkin standart bir protokolün kullanımı ile tek tip ve güvenilir uygulamanın gerçekleştirilmesinin sağlanacağı düşünülmektedir.

Epizyotomi uygulaması ve perineal laserasyon onarımı, obstetrisyenler tarafından en yaygın olarak gerçekleştirilen cerrahi işlemlerden ikisidir (76). Epizyotominin rutin kullanımı ile ilgili birçok kanıtın sunulmuş olmasına rağmen, epizyotomi uygulaması hala kadınlar üzerinde en fazla uygulanan cerrahi işlemdir (77). Çalışmamıza katılan sağlıklı gebelerin %77,3'üne yüksek riskli gebelerin ise

%81,7'sine epizyotomi uygulandığı belirlenmiştir (p=0,370) (Bkz. Tablo 4.2.1.4). Graham ve diğerlerinin (78) yapmış olduğu araştırma, dünya genelinde epizyotomi uygulanma oranlarının % 9,7 (İsveç) ile % 100 (Tayvan ve Guatamala) arasında değişmekte olduğunu göstermektedir. Epizyotomi uygulanma oranlarına ilişkin ülkemizde sınırlı sayıda çalışma bulunmakla birlikte, yapılan çalışma sonuçları, epizyotominin primipar gebelere rutin olmak üzere multipar kadınlara da yüksek oranlarda uygulandığını göstermektedir (79-81). Çalışmamızda, primipar gebelerin %99,2'sine multipar gebelerin ise %60,6'sına epizyotomi uygulandığı belirlenmiştir (p=0,000). Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetimi Rehberi (29)'nde, epizyotomi uygulamasının sınırlandırılmasına ilişkin herhangi bir açıklamaya rastlanmamıştır. Oysaki rutin epizyotomi uygulaması ile sınırlandırılmış epizyotomi uygulamasını inceleyen sistematik inceleme sonuçları, rutin epizyotomi uygulamasının sınırlandırılmış epizyotomi uygulamasına göre daha üstün olmadığına dair önemli kanıtlar ortaya koymaktadır (82-84). Bu nedenle, Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetimi Rehberi'ne epizyotomi uygulamasının sınırlandırılmasına yönelik açıklamaların entegre edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

EFM kullanımı, dünya çapında tartışılmakta olan perinatal konulardan birisidir. Sisco ve diğerleri (85), sürekli EFM ile deselerasyon saptanan bebeklerin hiçbirisinde anormal kord kan gazı değerine rastlamadıklarını ifade etmişlerdir. Yazarlar, yanlış pozitif test sonucunun preterm doğuma yol açabileceği bu nedenle klinisyenlerin sürekli EFM kullanırken dikkatli olmaları gerektiğini belirtmişlerdir. Natale ve Dodman (86), perinatal ölüm, serebral palsy veya neonatal ensefolapati riskinde artış olduğunda ya da oksitosinin indüksiyon amaçlı kullanıldığı durumlarda sürekli EFM kullanımını destekleyen yeterli kanıt olmadığını belirtmektedir. Thacker ve diğerlerinin (87), sürekli EFM kullanımı ile aralıklı oskültasyon kullanımını karşılaştırdıkları randomize kontrollü sistematik inceleme çalışmasında, 1. dakika Apgar skorunun 4 veya 7'nin altında olması, yenidoğanın yoğun bakıma kabulü, perinatal ölüm ve serebral palsy oranları bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca, sürekli EFM kullanımının, yanlış pozitif fetal distress tanısı nedeniyle sezaryen ile doğum ve operatif vajinal doğum oranlarında artışa neden olduğu belirlenmiştir. Gourounti ve Sandall (88)'ın yapmış

olduğu sistematik inceleme çalışmasında, doğum sırasında EFM ile takip edilen gebelerin yenidoğanlarında 5. dakika Apgar skorunun 7'den düşük olma riskinin yüksek olduğu belirlenmiştir ($p>0,005$). Ayrıca, EFM ile takip edilen gebelerde, sezaryen ile doğum ve enstrumental doğum riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Williams ve diğerlerinin (89) riskli gebelerde NST kullanımı ile umbilikal arter dopler kullanımını karşılaştırdıkları çalışmada, tarama testi olarak umbilikal arter dopler kullanımını fetal distres nedeniyle yapılan sezaryen doğum oranlarında azalma ile ilişkilendirmişlerdir. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetimi Rehberi (29)'nde, sürekli elektronik fetal monitorizasyon kullanımına, sadece fetal sıkıntı yönetimi, ablasyo plesenta yönetimi ve sezaryen sonrası vajinal doğum başlığı altında değinilmektedir. Çalışmamızda örneklem kapsamına alınan kadınların tamamının risk durumuna bakılmaksızın sürekli EFM ile takip edildikleri belirlenmiştir. Araştırmada yer alan ve sürekli EFM ile takip edilen sağlıklı gebelerin %5,1'inin, yüksek riskli gebelerin ise %14'ünün fetüsünde kalp hızı anormalliği (geç deselerasyon) olduğu belirlenmiştir ($p=0,013$). Sürekli EFM takibi sonucu, fetal kalp hızı anormalliği tespit edilen tüm kadınlar sezaryen ile doğuma alınmıştır. Çalışmamızda, fetüste kalp hızı anormalliği görülme durumu, tüm sezaryen endikasyonlarının (%48,5) yaklaşık yarısını oluşturmaktadır.

Doğum eyleminin ikinci evresinde genelde spontan ıkmama veya valsalva tipi (kapalı glotis) ıkmama teknikleri kullanılmaktadır. Çalışmamıza katılan kadınların tümü, kapalı glotis ıkmama tekniğini kullanmışlardır. Kapalı glotis ıkmama tekniği ile spontan ıkmama tekniğini karşılaştıran randomize klinik çalışma sonuçları, kapalı glotis ıkmama tekniğinin kullanımını, doğum eyleminin ikinci evresinde kısalma (yaklaşık 13 dakika) (90), doğum sonu dönemde kadınlarda mesane kapasitesinde azalma ve stres inkontinans gelişimi (91) ve perineal laserasyon (92) ile ilişkilendirmektedir. Aynı zamanda, kapalı glotis ıkmama tekniğini kullanan gebelerin fetüslerinde daha az oksijen desatürasyonu ve daha fazla değişken deselerasyon olduğu saptanmıştır (92). Çalışmanın yapıldığı kurumda, doğumu yaptıran doktor kadını valsalva tipi ıkmaması için teşvik etmiştir. Oysaki doğum salonunda çalışan hekim, ebe ve hemşireler, kadını spontan ıkmaması için cesaretlendirmede ve ikinci evrenin müdahale olmaksızın daha kısa sürede ve olumlu deneyimlerle tamamlanmasında ve yenidoğanın iyilik düzeyinin artmasında etkili olabilirler.

Doğum eylemi süresince kullanılabilen birçok pozisyon bulunmaktadır. Sırt üstü pozisyonu, ülkemizde doğum sırasında en fazla kullanılan pozisyonlardan birisidir. Çalışmamıza katılan kadınların tümü, doğumun birinci ve ikinci evrelerinde sırtüstü pozisyon kullanmışlardır. Literatürde yer alan yüksek kanıt düzeyine sahip araştırma sonuçları, doğum eylemi sırasında sırt üstü pozisyon kullanımının anne ve bebek sağlığı üzerine olan olumsuz etkilerini göstermektedir. De Jonge ve diğerlerinin (93) yaptığı meta analiz çalışmasında, doğumda sırt üstü pozisyon kullanımının enstrumental doğum ve epizyotomi oranlarında artışa neden olduğu ve kadınların daha fazla ağrı yaşadığı belirlenmiştir. Ancak sırt üstü pozisyon kullanımı ile postpartum kanamaların azaldığını da ifade etmişlerdir. Gupta ve diğerlerinin (94) yapmış olduğu sistematik inceleme çalışması, sırtüstü olmayan doğum pozisyonlarının kullanımını; doğumun ikinci evresinde kısılma, forseps/vakum kullanımı ve epizyotomi oranlarında azalma, doğumun ikinci evresinde rapor edilen şiddetli ağrı ve anormal fetal kalp atımı görülme oranında azalma, 2. derece perineal yırtıklarda artma ve doğum sonu kanama ile ilişkilendirmektedir. Lawrence ve diğerlerinin (95) doğumun birinci evresinde kullanılan dik pozisyon ile rekumbent pozisyonu karşılaştıran randomize sistematik inceleme çalışmasında, dik pozisyon kullanan kadınların daha az epidural analjezi ihtiyacı olduğunu belirlemiştir. Terry ve diğerlerinin (96) yaptığı çalışmada, sırt üstü pozisyon kullanan kadınlarda daha fazla perine yırtığı oluştuğu ve daha az vulvar ödem geliştiği belirlenmiştir. Çalışmamızda, doğum eyleminde kullanılan pozisyonların anne ve fetus sağlığı üzerine olan etkisi değerlendirilmemiştir. Ancak çalışmanın yapıldığı kurumda, kadınlar doğum eylemi sırasında sırt üstü pozisyonu kullanmaya teşvik edilmiştir. Annenin doğum eylemi süresince tek bir pozisyonda tutulması uygun değildir. Bu nedenle, doğum salonunda çalışan ebe ve hemşirelerin anne ve bebeğin sağlığına olumlu katkıda bulunabilecek doğum pozisyonlarını bilmeleri, bu pozisyonları doğum yapacak annelere öğretmeleri ve bu pozisyonları kullanmayı tercih eden annelere destek olmaları oldukça önemlidir.

Ülkemizde yaşanan önemli sorunlardan birisi, kadınların doğum sürecini yalnız başına geçirmeleri ve doğumda kadınlara destek olabilecek bir yakınının bulunmamasıdır. Çalışmamıza katılan kadınların tümü, doğum eylemi sırasında herhangi bir kişiden fiziksel ya da psikolojik destek almamıştır. Campbell ve

diğerlerinin (97) yaptığı çalışmada, kadınların doğum koçu (doula) tarafından desteklenmesinin, postpartum iyilik halini yükselttiğini belirlemiştir. Hodnett (98)'in yaptığı sistematik inceleme çalışmasında, doğumda sürekli destek alan kadınların daha az analjezi ve epizyotomi, yenidoğanların ise daha az resüstasyon ihtiyacı olduğu; vajinal ya da perineal laserasyon görülme oranlarının azaldığı ve kadının memnuniyetinde yükselme olduğu belirlenmiştir. Hodnett ve diğerlerinin (99) yapmış olduğu sistematik inceleme çalışması, doğum eyleminde kadının sürekli desteklenmesini, doğum eyleminin süresinde kısalma, vajinal doğum oranlarında artma, analjezi ihtiyacında azalma ve hasta memnuniyetinde artma ile ilişkilendirmiştir. McGrath ve Kennel (100)'in yaptığı çalışmada, doğumda doula tarafından desteklenen kadınlarda, sezaryen ile doğum ve epidural analjezi oranlarının daha az olduğu belirlenmiştir. Araştırmanın yapıldığı kurumda, kurum politikası gereği doğum salonuna kadının eşi ve yakınları alınmamaktadır. Ancak, kanıt düzeyi yüksek araştırma sonuçları göz önünde bulundurulduğunda, kadının doğum eylemi sırasında hem fiziksel hem de psikolojik olarak sürekli olarak desteklenmesi gerekmektedir. Bu nedenle, sağlık kurumlarının genelinde varolan bu uygulamanın değiştirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Anne-bebek ilişkisinin erken dönemde başlatılması, bebeğin ruhsal ve fiziksel gelişimi ve çocuğun yaşamının ileriki dönemlerinde güven duygusunun kazandırılması için oldukça önemlidir (101). Kangru bakımı olarak da adlandırılan anne-bebek arasındaki ten teması, doğumda ya da doğumdan sonraki 24 saat içerisinde bebeğin çıplak olarak annenin göğsüne yatırılmasını içermektedir. Çalışmamıza katılan hiçbir anne ve bebek arasında doğumdan sonra ten teması sağlanmamıştır. Anderson ve diğerlerinin (102) yaptıkları sistematik inceleme çalışmasında, anne ve bebek arasında gerçekleştirilen ten temasının, doğum sonu 1-3 aylar arası emzirme, emzirmenin süresi, yenidoğanın vücut ısısını normal ısıda sürdürmesi, yenidoğanın kan glikoz düzeyi, yenidoğanın ağlaması, doğum sonu dönemde annenin bebeğine sevgiyle bağlanması üzerine olumlu etkileri olduğunu belirlemiştir. Charpak ve diğerlerinin (103) kangru bakımının düşük doğum ağırlığına sahip yenidoğanlar üzerindeki etkilerini inceledikleri randomize kontrollü çalışmada, kangru bakımı verilen yenidoğanlarda ölüm riskinin daha az, baş çevresi büyüme indeksinin daha fazla, 1500 gramın altında doğan yenidoğanların hastanede

kalış süresinin daha kısa olduğu ve her iki grupta enfeksiyon sayısı düşük olmakla birlikte kangru bakımı alan bebeklerde enfeksiyonun daha hafif seyrettiğini belirlemişlerdir. Aynı zamanda bu bebeklerin büyük çoğunluğunun 3 aya kadar anne sütü aldığını da saptamışlardır. Conde-Agudelo ve diğerlerinin (104) yapmış olduğu sistematik inceleme çalışmasında, kangru bakımını, nazokomiyal enfeksiyon, ciddi hastalık, 6 aylık dönemde alt solunum yolu enfeksiyonu görülme gibi risklerde azalma ile ilişkilendirmişlerdir. Kangru bakımı alan bebeklerin günlük daha fazla kilo aldıklarını saptamışlardır. Ayrıca, yenidoğanın yoğun bakıma alınması ile ilişkili annenin yeterli duygusu skorlarının, kangru bakımı alan grupta diğer gruba göre daha iyi olduğunu belirlemişlerdir. Moore ve diğerlerinin (105) yaptığı sistematik inceleme çalışmasında, ten temasının, doğum sonu 1-4 aylar arası emzirme ve emzirme süresi ve annenin bebeğe bağlanması üzerine olumlu etkileri olduğu belirlenmiştir. Ten teması yapılan bebeklerin ağlama sürelerinin daha kısa olduğu saptanmıştır. Ten teması yapılan geç prematür bebeklerde kardiyorespiratuar stabilitenin daha iyi olduğu belirlenmiştir. Rojas ve diğerlerinin (106) yaptığı randomize kontrollü çalışma, ten teması yapılan bebeklerin büyümesinin daha hızlı, hastanede kalış sürelerinin daha kısa ve baş büyümesinin daha iyi olduğunu göstermektedir. Araştırmanın yapıldığı kurumda, doğumdan sonra anne-bebek arasında ten teması yapılmamasının, doğum yapan kadın sayısının fazla ve doğum salonunda çalışan sağlık personeli sayısının az olması nedeniyle iş yüklerinin artmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca, doğum salonunda çalışan sağlık personelinin doğumdan sonra anne bebek iletişiminin başlatılmasının önemi konusunda yeterli bilince sahip olmadıkları düşünülmektedir. Olumlu anne-bebek ilişkisinin başlatılması ve temel güven duygusunun oluşturulmasına ve bebeğin sağlıklı bir kişilik geliştirmesine imkan sağlayan ten temasının başlatılmasında, hemşire ve ebeler dâhil tüm sağlık personelinin sorumluluğu büyüktür.

5.2. Optimalite İndeksi-US'in Güvenirliğine Yönelik Bulguların Tartışılması

Güvenirlik, bir ölçme aracının duyarlı, birbirleriyle tutarlı ve kararlı ölçme sonuçları verebilmesi, diğer deyişle, aynı değişkenin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılıktır (63). Çalışmamızda, OI-US'de yer alan maddelerin homojen olmamaları nedeniyle ikili değişkenler için kullanılan Cronbach alpha veya Kuder Richardson-20

aracılığıyla hesaplanan iç tutarlık güvenilirlik hesaplaması gerçekleştirilmemiştir (69). Klinimetrik indekslerde, tekrarlanabilirlik (gözlemciler arası güvenilirlik), daha geçerli bir gösterge olarak kabul edilmektedir (1).

Çalışmamızda, gözlemciler arası güvenilirliğin değerlendirilmesinde, iki gözlemci arasındaki uyumun yüzdesi ve Kappa katsayısı hesaplanmıştır. Çalışmamızda, her iki gözlemci arasında, 31 kadın için kodlanan indeks maddeleri için, toplam 71 uyumsuzluk olduğu belirlenmiş ve gözlemciler arasındaki uyumun yüzdesi, %96.19 olarak hesaplanmıştır. Seng ve diğerlerinin (19) OI-US'in güvenilirliğini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada, klinikte çalışan bir gözlemci ile sosyal hizmet uzmanı olan diğer bir gözlemci arasındaki uyumun yüzdesinin ortalama % 92,7 olduğu belirlenmiştir.

Aynı nesneyi derecelendiren iki gözlemci arasındaki uyumu test etmek amacıyla Kappa katsayısı kullanılmaktadır. Kappa katsayısı 0-1 aralığında değer almaktadır ve buna göre, 0,93 - 1: mükemmel; 0,81 - 0,92: çok iyi; 0,61 - 0,80: iyi; 0,41 - 0,60: orta düzeyde; 0,21 - 0,40: ortanın altında ve 0,01 - 0,20: zayıf uyumu tanımlamaktadır (107). Çalışmamızda, Kappa istatistiği ile yapılan değerlendirme sonucunda, tüm maddeler için gözlemciler arası uyumun sağlandığı belirlenmiştir ($p < 0,05$) (Bkz. Tablo 4.3.1).

Bazı maddeler için, gözlemciler arası uyumun orta düzeyde ya da ortanın altında olduğu belirlenmiştir. Madde 6 (sigara kullanımı) için gözlemciler arası Kappa uyum katsayısının, 0,446 yani orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.3.1). Bu madde, kadının gebe kaldıktan sonra, sigara içme ya da pasif sigara dumanına maruz kalma durumunu sorgulanmaktadır. Bu madde için, gözlemciler arasında toplam 8 uyumsuzluk olduğu belirlenmiştir. Kadının gebelikte sigara kullanma durumuna ilişkin bilgi dosyadan elde edilebilmektedir. Ancak, pasif sigara kullanımına ilişkin bilgi dosyada yer almadığından, bu bilgi için kadının ifadesine başvurulmuştur. Bu madde ile ilgili gözlemciler arası uyumsuzluğun nedeninin, kadınların verdikleri cevaplar arasında tutarsızlık olmasından veya gözlemcilerin özellikle pasif sigara dumanına maruziyeti farklı değerlendirmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu nedenle, indeks kullanıcılarının, sigara kullanımı ya da maruziyeti ile ilgili öykü alırken, bu soruyu detaylı bir şekilde sorgulamaları önerilmektedir.

Madde 10 (yaş) için, gözlemciler arası Kappa uyum katsayısının, 0,587 yani orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.3.1). Bu madde, kadının doğum yaptığı sıradaki yaşını sorgulamaktadır. Bu madde için, gözlemciler arasında toplam 4 uyumsuzluk olduğu belirlenmiştir. Kadınlarla yapılan görüşmelerde, kadınların bitirdikleri yaş değil de, girdikleri yaş söyledikleri belirlenmiştir. Hasta dosyalarında yer alan yaş ibaresi de girilen yaş göstermektedir. Bu madde ile ilgili gözlemciler arası uyumsuzluğun nedeninin, gözlemcilerden birisinin, kadının bitirdiği yaş değil de girdiği yaş kullanmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle, indeks kullanıcılarının kadının yaşını sorgularken, doğum tarihini sormaları önerilmektedir.

Madde 11 (daha önceden var olan, önemli, kronik hastalık) için, gözlemciler arası Kappa uyum katsayısının, 0,384 yani ortanın altında bir uyum olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.3.1). Bu madde, kadında var olan kronik hastalıkları sorgulamaktadır. Bu madde için, gözlemciler arasında toplam 6 uyumsuzluk olduğu belirlenmiştir. Hasta dosyalarında, kadında var olan kronik hastalıklarla ilgili bilgi bulunmakla birlikte, psikiyatrik hastalıklara ilişkin sorgulama yapılmamaktadır. Bazı durumlarda, kadın acil olarak doğuma gelmekte ve kadının öyküsü tam anlamıyla alınamamaktadır. Bu nedenle, bu madde ile ilgili olarak kadının ifadesine başvurulmaktadır. Bu madde ile ilgili gözlemciler arası uyumsuzluğun nedeninin, kadınların verdikleri cevaplar arasında tutarsızlık olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. İndeks kullanıcılarının, bu maddeye ilişkin sorgulama yaparken, indekste yer alan tüm kronik hastalıkların adını, kadının anlayabileceği şekilde sormaları önerilmektedir.

Madde 22 (doğum öncesi bakım) için, gözlemciler arası Kappa uyum katsayısının, 0,475 yani orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.3.1). Bu madde, kadının yeterli doğum öncesi bakım alıp almadığını sorgulamaktadır. Bu madde için, gözlemciler arasında toplam 2 uyumsuzluk olduğu belirlenmiştir. Hasta dosyalarında, doğum öncesi bakım ile ilgili olarak, sadece “normal” ya da “takipsiz” ifadeleri yer almaktadır. Kadının gebelik takiplerine kaçınıcı hafta başladığı ya da kaç ziyaret yaptığı ile ilgili bilgiler yer almamaktadır. Bu nedenle, bu bilgilerin alınabilmesi için kadının ifadesine başvurulmuştur. Ancak, katılımcıların bazen gebelik takiplerine ne zaman başladıklarını ya da kaç ziyaret yaptıklarını hatırlamada

güçlük çektikleri gözlenmiştir. Bu nedenle de, gözlemciler arası uyumsuzluğun, kadınların verdikleri ifadelerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Madde 24 (nonstres test/kontraksiyon stres testi/biyofizik profil) için, gözlemciler arası Kappa uyum katsayısının, 0,351 yani ortanın altında bir uyum olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.3.1). Bu madde, gebelik öncesi NST, kontraksiyon stres testi (CST) veya biyofiziksel profil değerlendirmesi yapıp yapılmadığını sorgulamaktadır. Bu madde için, gözlemciler arasında toplam 5 uyumsuzluk olduğu belirlenmiştir. Kadın doğum yapmadan önce yüksek riskli gebelik servisinde takip edildiyse, kadının dosyasında yer alan doktor gözlem formunda biyofiziksel profil değerlendirmesi ile ilgili bilgi bulunabilmektedir. Eğer CST uygulandı ise, bu veri kadına ait doğum eylemi gözlem formunda görülebilmektedir. Gebelik öncesi dönemde NST uygulaması ile ilgili bilgi kadının dosyasında yer almadığından, kadının ifadesine başvurulmuştur. Gözlemciler arası uyumsuzluğun, biyofiziksel profil değerlendirmesi ya da CST ile ilgili olarak, kadının dosyasının detaylı olarak incelenmemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu nedenle, bu madde ile ilgili olarak kadının dosyasının mutlaka detaylı bir şekilde incelenmesi önerilmektedir.

Madde 25 (ilaç kullanımı) için, gözlemciler arası Kappa uyum katsayısının, 0,365 yani ortanın altında bir uyum olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.3.1). Bu madde, kadının gebelik boyunca reçeteli veya reçetesiz ilaç kullanma durumunu sorgulamaktadır. Bu madde için, gözlemciler arasında toplam 10 uyumsuzluk olduğu belirlenmiştir. Eğer kadın kronik hastalığı nedeni ile sürekli olarak ilaç kullanıyorsa, kadının dosyasında bu bilgi yer almaktadır. Ancak, analjezik, antiasit, antibiyotik, antiemetik gibi ilaçların kullanımına ilişkin bilgiler, dosyada yer almaktadır. Bu nedenle, bu madde ile ilgili kadınların ifadesine başvurulmuştur. Ancak, kadınların kullandıkları ilaçların isimlerini hatırlamada sıkıntı yaşadıkları ve bazı katılımcıların kullandıkları ilacı, ne amaçla aldıklarını bilmedikleri gözlenmiştir. Bu nedenle, gözlemciler arası uyumsuzluğun, kadınların ifadelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Birinci gözlemci bu maddeye ilişkin sorgulama yaparken hatırlanmayan ilaçların, 2. gözlemciye söylendiği belirlenmiştir.

Sonuç olarak, gözlemciler arası madde değerlendirmelerine ilişkin ortaya çıkan uyumsuzlukların, genel olarak kadınların ifadesine başvuru maddelerde

ortaya çıktığı belirlenmiştir. Bu nedenle, indeks kullanıcılarının kadınlarla görüşme yaparken, maddelere ilişkin dikkatli ve detaylı bilgi almaları önerilmektedir. Aynı zamanda, kadının dosyasının dikkatli bir şekilde incelenmesi önerilmektedir.

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, perinatal sonuçları değerlendirmede kullanılan OI-US'in, Türkiye için geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna varılmış ve H1 hipotezi kabul edilmiştir. Ülkemizde perinatal sürecin tamamını değerlendirmede kullanılacak bir ölçüm aracının bulunmaması nedeni ile Türkçe'ye uyarlanan OI-US'in hem araştırmacılar hem de klinikte çalışan sağlık personelinin perinatal bakım ve sonuçlarını kanıta dayalı olarak değerlendirmesinde kullanabilecekleri bir ölçüm aracı olacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

6.1.1. Optimalite İndeksi-US'in Kapsam Geçerliğine Yönelik Sonuçlar

1. OI-US'in kapsam geçerliği çalışması kapsamında, 10 uzmandan elde edilen görüşlere göre hesaplanan KGO değerlerine göre (Bkz. Tablo 4.1.1.), madde havuzundan "2. Madde" çıkarılmıştır. Perinatal sonuçları olumsuz etkilediği ve ülkemiz için önemli olduğu düşünülen 5 ek madde (Yaşadığı bölge, eğitim düzeyi, Türkçe konuşabilme, sağlık güvencesi ve parite), madde havuzuna eklenmiştir (Bkz. Tablo 4.1.3).
2. İndekste kalmasına karar verilen maddelerin toplam KGO ortalamaları üzerinden elde edilen KGİ değeri 0,71 olarak belirlenmiştir. KGİ>0,62 olduğundan indeks, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.1.1).
3. Yapılan Kendall's W testi sonucu, uyum katsayısı 0,162 olarak belirlenmiştir. Bu sonuç, uzmanların maddeler için yaptıkları değerlendirmeler arasında çok zayıf bir uyum olduğunu göstermektedir.

6.1.2. Optimalite İndeksi-US'in Ayırt Edici Geçerliğine Yönelik Sonuçlar

1. Optimalite İndeksi-US'in ayırt edici geçerliğinin değerlendirilmesi amacıyla, sağlıklı gebe grubu ile yüksek riskli gebe grubunun OI-US skorları karşılaştırılmıştır. Sağlıklı gebelerin PÖİ skorunun (%88,05), yüksek riskli gebelerin PÖİ skorundan (%85,49) yüksek olduğu belirlenmiştir. PÖİ skorlarının farklı olmasına rağmen, sağlıklı gebelerin Oİ skoru %77,65, yüksek riskli gebelerin Oİ skor ise %78,60 olarak belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.2.3.1).
2. Sağlıklı ve yüksek riskli gebe grubunda yer alan kadınların; eğitim düzeyi, sağlık güvencesine sahip olma durumu, gebelik boyunca çalışma durumu, aile tipi, akraba evliliği, kronik hastalığa sahip olma durumu ve yaş özellikleri bakımından benzer oldukları belirlenmiştir ($p>0.05$). Her iki grubun gebelik öncesi beden kitle indeksi ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,021$) (Bkz. Tablo 4.2.1.1).

3. Sağlıklı ve yüksek riskli gebe grubunda yer alan kadınların; 4 ve daha az sayıda doğum yapma, 24 aydan daha uzun doğum aralığına sahip olma, preterm doğum yapmış olma, 2500 gr'ın altında veya 4000 gr'ın üstünde doğan bebek öyküsüne sahip olma ve önceki gebeliklerinde gebelik komplikasyonu yaşama durumlarına göre benzer oldukları belirlenmiştir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.2.1.2).
4. Sağlıklı ve yüksek riskli gebe grubunda yer alan kadınların, doğum öncesi dönemde gebelik komplikasyonu yaşama; yeterli doğum öncesi bakım alma; amniyosentez yapılma; NST, CST ya da biyofiziksel profil yapılma; reçeteli veya reçetesiz ilaç kullanma durumlarına göre benzer oldukları belirlenmiştir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.2.1.3).
5. Doğum eylemi sırasında, indüksiyon, amniyotomi ve epizyotomi uygulamalarının her iki grupta da yüksek oranlarda olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.2.1.4).
6. Sağlıklı gebelerin %9'u, yüksek riskli gebelerin ise %24'ü sezaryen ile doğum yapmıştır. Kadınların yaklaşık yarısında (%48,5) sezaryen endikasyonunun fetal distres olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.2.1.4).
7. Kadınların tümü doğum eyleminin ikinci evresinde valsalva tipi ıkınma tekniğini kullanmış ve doğumlarını sırt üstü pozisyonda gerçekleştirmiştir. Kadınlara doğum eylemi sırasında sağlık personeli dışında destek veren kimse bulunmamıştır. Doğumdan hemen sonra, hiçbir kadın ve bebek arasında ten teması sağlanmamıştır.
8. Çalışmaya katılan kadınların hiçbirisinde, doğum sırasında ya da sonrasında tanısı konulan yeni sağlık durumları için doğum sonu dönemde reçeteli ilaç tedavisine başlanmamıştır.
9. Her iki grupta, yenidoğanın yoğun bakım ünitesine transfer edilme ve yenidoğanda doğum travması ya da ciddi tıbbi sorun görülme oranlarının benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Doğum kilosunun 2500 gramın altında ya da 4000 gramın üzerinde olması bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p=0,004$) (Bkz. Tablo 4.2.1.5). Bebeklerin tümü, taburcu olana kadar anne sütü almıştır.

10. Sağlıklı gebelerin ortalama hastanede yatış sürelerinin $27,01 \pm 16,36$ saat, yüksek riskli gebelerin ise $33,05 \pm 15,39$ saat olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$).

6.1.3. Optimalite İndeksi-US'in Güvenirliğine Yönelik Sonuçlar

1. Optimalite İndeksi-US'in güvenirlığının değerlendirilmesi kapsamında, gözlemciler arası uyum değerlendirilmiştir. İki gözlemci arasındaki uyumun yüzdesi, %96,19 olarak hesaplanmıştır.
2. Kappa istatistiği ile yapılan değerlendirme sonucunda, tüm maddeler için gözlemciler arası uyumun sağlandığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Bkz. Tablo 4.3.1).

6.2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda geliştirilen öneriler şunlardır:

1. Araştırmacı ve klinisyenlerin, perinatal bakım süreci ve sonuçlarını değerlendirmede Türkçe'ye uyarlanan OI-US'i kullanması,
2. OI-US, verilerin retrospektif olarak gözden geçirilmesini sağlayacak bir ölçüm aracı olarak tasarlanmıştır. Bu durum, klinik kayıtlarda bulunmayan bazı verilerin (örn; ıkınma şekli, doğumda kullanılan pozisyon, anne bebek arasında ten temasının yapıp yapılmadığı gibi) değerlendirilememesine yol açmaktadır. Bu nedenle, araştırmamızın verileri prospektif olarak toplanmıştır ve böylece OI-US'de yer alan maddelerin tümü değerlendirilebilmiştir. Bundan dolayı, OI-US'i kullanacak araştırmacı ve klinisyenlerin, OI-US'de yer alan tüm maddeleri değerlendirebilmeleri için yapacakları araştırmaları prospektif olarak planlanması,
3. Ülkemizde perinatal sonuçları olumsuz etkilediği düşünülen ve OI-US'e eklenen yeni maddelerin perinatal sonuçlar üzerine etkisini değerlendirmek amacı ile OI-US indeksi kullanılarak karşılaştırmalı araştırmaların planlanması (örn; doğu bölgesinde yaşayan kadınlar ile diğer bölgelerde yaşayan kadınların OI-US skorlarının karşılaştırılması gibi),

4. Çalışmamızda, doğum eylemi sırasında sağlıklı gebe grubuna yapılan müdahalelerin yüksek oranlarda olduğu belirlenmiştir. Kanıt temeli olmayan müdahalelerin rutin bir şekilde uygulanmasının önlenmesi için;
 - a. Sağlık personelinin kanıta dayalı uygulamaları benimsemesi konusunda bilinçlendirilmesi ve desteklenmesi,
 - b. Kapsam geçerliği kapsamında, indeksin her bir maddesi için optimal olan ve olmayan sonuçları gösteren, Türkiye’de yapılan araştırmaların taraması yapılmıştır. Bu tarama sonucunda, özellikle doğum eylemi sırasında yapılan müdahaleler ve bu müdahalelerin gerekliliği ve etkinliğine ilişkin çok az sayıda çalışma olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle, bu konu ile ilgili geniş grupları kapsayan çalışmaların planlanması,
5. Çalışmamızın sonuçlarına göre, kadınların tümü doğumlarını sırt üstü pozisyonda gerçekleştirmiş, valsalva tipi ıkınma tekniğini kullanmış ve anne-bebek arasında ten teması yapılmamıştır. Anne ve bebek sağlığı üzerine olumlu etkileri olan doğum pozisyonlarının kullanımı, spontan ıkınmanın kullanılması ve doğumdan hemen sonra anne-bebek arasında ten temasının yapılması ile ilgili uygulamaların tümü hemşire ve ebelerin alanı içerisinde yer almaktadır. Bu nedenle, kanıta dayalı optimal sonuçları gösteren çalışma sonuçları dikkate alınarak, hemşire ve ebelerin bu uygulamaları kullanması için bilinçlendirilmesi ve desteklenmesi,
6. ıkınma tekniği, doğumda kullanılan pozisyonlar, anne ve bebek arasında ten temasının perinatal sonuçlara etkisini değerlendirmek amacı ile OI-US kullanılarak karşılaştırmalı çalışmaların planlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Murphy, P. A., ve Fullerton, J. T. (2001). Measuring outcomes of midwifery care: development of an instrument to assess optimality. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 46(5), 274–284.
2. Murphy, P. A., ve Fullerton, J. T. (2006). Development of the optimality index as a new approach to evaluating outcomes of maternity care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35(6), 770–778.
3. Şahin, N. H., ve Yılmaz, S. (Haziran 2007). Perinatal bakımda optimalite [Bildiri]. 1. Ulusal Ebelik Kongresi-EBKO 2007, İstanbul.
4. Kennedy, H. P. (2006). A concept analysis of optimality in perinatal health. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35, 763-769.
5. Şahin, N. H., Gökyıldız, Ş., ve Bıdırcın, M. (2005). Kanıta dayalı tıp ve perinatoloji hemşireliğinde kullanımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(1), 84-93.
6. Rathfisch, G. Y., ve Güngör, İ. (2009). Doğum eyleminin birinci evresinin yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 3, 53-64.
7. Kocaman, G. (2003). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, 61-69.
8. Güvenç, G. (2004). *Doğum eylemi sürecinde kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının tanımlanması ve değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara.
9. Turan, J. M., Bulut, A., Nalbant, H., Ortaylı, N., ve Erbaydar, T. (2006). Challenges for the adoption of evidence-based maternity care in Turkey. *Social Science & Medicine*, 62, 2196-2204.
10. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008 (Rapor No: NEE-HÜ.09.01). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.
11. Low, L. K., ve Miller, J. (2006). A clinical evaluation of evidence-based maternity care using the optimality index. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35, 786-793.

12. Taşkın, L. (2009). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Sistem Ofset.
13. Taşkın, L., ve Koç, G. (2006). 1. basamak sağlık kuruluşlarında verilen perinatoloji hizmetlerinde ebe ve hemşireler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 13(2), 48-56.
14. Wieggers, T. A., Keirse, M. J., Berghs, G. A., ve Van der Zee, J. (1996). An approach to measuring quality of midwifery care. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(3), 319-325.
15. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Görev Tanımı. (t.y.). Erişim: 6 Ekim 2012, <http://www.turkiyehalksagligi.gov.tr/tr/index.php/birimler/bulasici-olmayan-hastaliklar-program-kanser/kadin-ureme-sagligi-daire-baskanligi>
16. Türkiye İstatistik Kurumu Veritabanlarında Dinamik Sorgulama ve İstatistiksel Tablolar. (t.y.). Erişim: 6 Ekim 2012, http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=37
17. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Yayınları. (t.y.). Erişim: 6 Ekim 2012, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/yayin.shtml>
18. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2006). Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005 (Rapor No: NEE-HÜ.06.02). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.
19. Seng, J., Mugisha, E., ve Miller, J. (2008). Reliability of a perinatal outcomes measure: The Optimality Index-US. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 53, 110-114.
20. Low, L. K., Seng, J. S., ve Miller, J. M. (2008). The use of the optimality index- US in perinatal outcomes research: A validation study. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 53(4), 302-309.
21. Sheridan, M., ve Sandall, J. (2010). Measuring the best outcome for the least intervention: can the Optimality Index-US be applied in the United Kingdom?. *Midwifery*, 26(6), 9-15.
22. Fullerton, J. T., Low, L. K., Shaw-Battista, J., ve Murphy, P. A. (2011). Measurement of perinatal outcomes: a decade of experience and a future

- vision for the Optimality Index-US. *International Journal of Childbirth*, 1(3), 171-178.
23. Gregory, K. D., Fridman, M., Shah, S., ve Korst, L. M. (2009). Global measures of quality and patient safety-related childbirth outcomes: Should we monitor adverse or ideal rates?. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 200(6), 681.e1-681.e7.
 24. World Health Organization. (1997). Care in normal birth: report of a technical working group (Rapor No: WHO/FRH/MSM/96.24). Erişim: 7 Ekim 2012, http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf
 25. Hamilton, B. E., Martin, J. A., Ventura, S. J., Sutton, P. D., ve Menacker, F. (2005). Births: Preliminary data for 2004. *National Vital Statistics Reports*, 54, 1-20.
 26. World Health Organization. (2006). Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates (Rapor No: WS 16). Erişim: 7 Ekim 2012, http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241563206_eng.pdf
 27. Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., Applebaum, S., ve Risher, P. (Ekim 2002). Listening to Mothers: Report of the first national U.S. survey of women's childbearing experiences. Erişim: 7 Ekim 2012, <http://www.childbirthconnection.org/pdfs/LtMreport.pdf>
 28. Sahin, N. H., Yıldırım, G., ve Aslan, E. (2007). Evaluating the second stages of deliveries in a maternity hospital. *Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 17, 37-43.
 29. Sağlık Bakanlığı Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi. (t.y). Erişim: 7 Ekim 2012, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10493/dogum-ve-sezaryen-eylemi-yonetim-rehberi---2010--42.html>
 30. Chalmers, B., ve Porter, B. (2001). Assessing effective care in normal labor: The Bologna score. *Birth*, 28(2), 79-83.
 31. Anderson, R., ve Greener, D. (1991). A descriptive analysis of home births attended by CNMs in two nurse-midwifery services. *Journal of Nurse-Midwifery*, 36, 95-103.

32. Anderson, R., ve Murphy, P. A. (1994). Outcomes of 11,788 planned home births attended by certified nurse-midwives. A retrospective descriptive study. *Journal of Nurse Midwifery*, 39, 197-213.
33. Gabay, M., ve Wolfe, S. M. (1997). Nurse-midwifery. The beneficial alternative. *Public Health Reports*, 112, 386–394.
34. Murphy, P. A., ve Fullerton, J. T. (1998). Outcomes of intended home births in nurse-midwifery practice: A prospective descriptive study. *Obstetrics and Gynecology*, 92, 461-470.
35. Rosenblatt, R. A., Dobie, S. A., Hart, L. G., Schneeweiss, R., Gould, D., Raine, T. R., ve diğerleri. (1997). Interspecialty differences in the obstetric care of low-risk women. *American Journal of Public Health*, 87, 344-351.
36. Bastian, H., Keirse, M. J., ve Lancaster, P. A. (1998). Perinatal death associated with planned home birth in Australia: Population based study. *British Medical Journal*, 317, 384-386.
37. Woodcock, H. C., Read, A. W., Moore, D. J., Stanley, F. J., ve Bower, C. (1990). Planned homebirths in Western Australia 1981-1987: A descriptive study. *Medical Journal of Australia*, 153, 672-678.
38. Olsen, O. (1997). Meta-analysis of the safety of home birth. *Birth*, 24, 4-13.
39. Molfese, V. J., Thomson, B. K., ve Bennett, A. G. (1985). Perinatal outcome. Similarity and predictive value of antepartum and intrapartum assessment scales. *Journal of Reproductive Medicine*, 30, 30-38.
40. Hangsleben, K. L., ve Schamber, N. L. (1985). A computeranalyzed data collection system for nurse-midwifery services. Two years' experience. *Journal of Nurse-Midwifery*, 30, 212-221.
41. Greener, D. (1989). Development and validation of the Nurse- Midwifery clinical data set. *Journal of Nurse-Midwifery*, 36, 174-183.
42. Rooks, J. P., Weatherby, N. L., Ernst, E. K., Stapleton, S., Rosen, D., ve Rosenfield, A. (1989). Outcomes of care in birth centers. The National Birth Center Study. *The New England Journal of Medicine*, 321, 1804-1811.
43. Bojo, A., Hall-Lord, M., Axelsson, O., Uden, G., ve Larsson, B. (2004). Midwifery care: Development of an instrument to measure quality based on

- the World Health Organization's classification of care in normal birth. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 75-83.
44. Shattell, M. (2004). Risk: A concept analysis. *Nursing Forum*, 39, 11-17.
 45. Leighton, B. L. and Halpern, S. H. (2002). The effects of epidural anesthesia on labor, maternal and neonatal outcomes: A systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186, 69-77.
 46. Nystedt, A., Edvardsson, D., ve Willman, A. (2004). Epidural analgesia for pain relief in labour and childbirth-A review with a systematic approach. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 455-466.
 47. Pretchl, H. F. (1980). The optimality concept. *Early Human Development*, 4(3), 201-205.
 48. Cragin, L., ve Kennedy, H. P. (2006). Linking obstetric and midwifery practice with optimal outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35(6), 779-785.
 49. Seng, J. S., Low, L. K., Ben-Ami, D., ve Liberzon, I. (2005). Cortisol level and perinatal outcome in pregnant women with posttraumatic stress disorder: a pilot study. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 50(5), 392-398.
 50. Shaw-Battista, J. (2009). *Optimal outcomes of labor and birth in water compared to standard maternity care*. PhD Thesis, University of California, San Francisco.
 51. Lamp, J. M., ve Macke, J. K. (2010). Relationships among intrapartum maternal fluid intake, birth type, neonatal output, and neonatal weight loss during the first 48 hours after birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 39(2), 169-177.
 52. Maher, M. D., Lurie, S. J., Trafton, S., ve Dozider, A. M. (2011). A study of perinatal outcomes of Hispanic Migrant farmworkers using the Optimality Index-US. *Hispanic Health Care International*, 9(1), 22-31.
 53. Sheridan, M., ve Sandall, J. (2009). Measuring the best outcome for the least intervention: can the Optimality Index-US be applied in the United Kingdom?. *Midwifery*, 26(6), 9-15.
 54. Goodman, P., Mackey, M. C., ve Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212-219.

55. Gungor, I., ve Beji, N. K. (2012). Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and cesarean birth. *Midwifery*, 28(3), 348-357.
56. Janssen, P. A., Dennis, C. L., ve Reime, B. (2006). Development of psychometric testing of the care in obstetrics: measure for testing satisfaction (COMFORTS) scale. *Research in Nursing Health*, 29(1), 51-60.
57. Waldenström, U., ve Rudman, A. (2008). Satisfaction with maternity care: How to measure and what to do. *Women's Health*, 4(3), 211-214.
58. Sönmez, V. (1999). Bilimsel Araştırmalarda Yapılan Yanlılıklar. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 1, 13-28.
59. Measuring Outcomes of Midwifery Care: The Optimality Index-US. (t.y.). Erişim : 08 Eylül 2012, <http://www.midwife.org/Optimality-Index-US>.
60. Aksayan, S., ve Gözüm, S. (2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 4(1), 9-14.
61. Turkish-English Tureng (t.y.), Erişim: 08 Eylül 2012, [www. tureng.com](http://www.tureng.com).
62. Sosyal Bilimler Sözlüğü, Erişim: 08 Eylül 2012, <http://sozluk.ihya.org/sosyal-bilimler-sozlugu/optimalite.html>.
63. Gözüm, S., ve Aksayan, S. (2003). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 1, 3-14.
64. Yurdagül, H. (2005). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği İçin Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması [Bildiri]. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, Denizli.
65. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (Temmuz 2010). Türkiye’de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008 İleri Analiz Çalışması. Erişim: 7 Ekim 2012, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/turkiyede_dogurganlik_ureme_sagligi_yaslilik_160910.pdf
66. Akın, A., Özvarış, Ş.B. Türkiye’de doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma. Erişim: 8 Eylül 2012, Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Uygulama ve Araştırma Merkezi (HUKSAM) Ağ Sitesi:

http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/turkiyede_dogum_onesi.pdf

67. Alpar, R. (2010). *Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik*. Ankara: Detay Yayıncılık.
68. Mehta, C.R., ve Patel, N.R. (2010). IBM SPSS Exact Test [Elektronik Sürüm]. Somers, NY: SPSS.
69. Wright, J.G., ve Feinstein, A.R. (1992). A comparative contrast of clinimetric and psychometric methods for constructing indexes and rating scales. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45, 1201–1218.
70. Veneziano, L., ve Hooper, J. (1997). A method for quantifying content validity of health-related questionnaires. *American Journal of Health Behavior*, 21(1), 67-70.
71. Glantz, J. C. (2010). Term labor induction compared with expectant management. *Obstetrics and Gynecology*, 115, 70-76.
72. Cammu, H., Martens, G., Ruysinck, G., ve Amy, J. J. (2002). Outcome after elective labor induction in nulliparous women: matched cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186, 240-244.
73. Ben-Haroush, A., Yogev, Y., Bar, J., Glickman, H., Kaplan, B., ve Hod, M. (2004). Indicated labor induction with vaginal prostaglandin E2 increases the risk of cesarean section even in multiparous women with no previous cesarean section. *Journal of Perinatal Medicine*, 32(1), 31-36.
74. Lin, C., ve Raynor, B. D. (2004). Risk of uterine rupture in labor induction of patients with prior cesarean section: an inner city hospital experience. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190(5), 1476-1478.
75. Smyth, R. M., Alldred, S. K., ve Markham, C. (2007). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 17(4), CD006167.
76. Grigoriadis, T., Athanasiou, S., Zisou, A., ve Antsaklis, A. (2009). Episiotomy and perineal repair practices among obstetricians in Greece. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 106, 27-29.

77. Low, L. K., Seng, J. S., Murtland, T. L., ve Oakley, D. (2000). Clinician-specific episiotomy rates: impact on perineal outcomes. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 45(2), 87-93.
78. Graham, I. D., Carroli, G., Davies, C., ve Medves, J. M. (2005). Episiotomy rates around the world: An update. *Birth*, 32(3), 219-23.
79. Saymer, D. (2005). *Vajinal doğumlarda perine masajının etkinliği*. Doktora tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
80. Şahin, N. H., Yıldırım, G., ve Aslan, E. (2007). Evaluating the second stages of deliveries in a maternity hospital. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, 17, 37-43.
81. Hut, F. (2005). *Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 2000-2004 yıllarında gerçekleşen 6727 doğum vakasının retrospektif analizi ve sezaryen oranları*, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul.
82. Carroli, G., ve Mignini, L. (2009). Episiotomy for vaginal birth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD000081.
83. Hartmann, K., Viswanathan, M., Palmieri, R., Gertlehner, G., Thorp, J., ve Lohr, K. N. (2005). Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *The Journal of American Medical Association*, 293, 2141-2148.
84. Viswanathan, M., Hartmann, K., Palmieri, R., Lux, L., Swinson, T., Lohr, K. N. ve diğerleri. (May 2005). The use of episiotomy in obstetrical care: a systematic review (Report No: 112). Erişim: 27 Ekim 2012, <http://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/episiotomy/episob.pdf>
85. Sisco, K. M., Cahill, A. G., Stamilio, D. M., ve Macones, G. A. (2009). Is continuous monitoring the answer to incidentally observed fetal heart rate decelerations? *The Journal of Maternal-Fetal&Neonatal Medicine*, 22(5), 405-409.

86. Natale, R., ve Dodman, N. (2003). Birth can be a hazardous journey: electronic fetal monitoring does not help. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 25(12), 1007-1009.
87. Thacker, S. B., Stroup, D., ve Chang, M. (2001). Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2, CD000063.
88. Gourounti, K., ve Sandall, J. (2007). Admission cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart rate: effects on neonatal Apgar score, on the rate of caesarean sections and on the rate of instrumental delivery – a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 1029-1035.
89. Williams, K. P., Farquharson, D. F., Bebbington, M., Dansereau, J., Galerneau, F., Wilson, R. D., ve diğeri. (2003). Screening for fetal well-being in a high-risk pregnant population comparing the nonstress test with umbilical artery Doppler velocimetry: a randomized controlled clinical trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188(5), 1366-1371.
90. Bloom, S. L., Casey, B. M., Schaffer, J. I., McIntire, D. D., ve Leveno, K. J. (2006). A randomized trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, 194, 10-13.
91. Schaffer, J. L., Bloom, S. L., Casey, B. M., McIntire, D. D., Nihira, M. A., ve Leveno, K. J. (2005). A randomized trial of the effects of coached vs uncoached maternal pushing during the second stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, 192(5), 1692-1696.
92. Simpson, K. R., ve James, D. C. (2005). Effects of immediate versus delayed pushing during second-stage labor on fetal well-being: a randomized clinical trial. *Nursing Research*, 54(3), 149-157.
93. De Jonge, A., Teunissen, T. A., ve Largro-Janssen, A. L. (2004). Supine position compared to other positions during the second stage of labour: a

- meta-analytic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25, 35-45.
94. Gupta, J. K., Hofmeyr, G. J., ve Smyth, R. M. D. (2004). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD002006.
95. Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. H., Dowswell, R., ve Styles, C. (2009). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 15(2), CD003934.
96. Terry, R., Westcott, J., O'Shea, L., ve Kelly, F. (2006). Postpartum outcomes in supine delivery by physicians vs. nonsupine delivery by midwives. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 106, 199- 202.
97. Campbell, D., Scott, K. D., Klaus, M. H., ve Falk, M. (2007). Female relatives or friends trained as labor doulas: outcomes at 6 to 8 weeks postpartum. *Birth*, 34(3), 220-227.
98. Hodnett, E. D. (2000). Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD000062.
99. Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, A., ve Weston, J. (2011). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD003766.
100. McGrath, S. K., ve Kennell, J. H. (2008). Continuous labor support for middle-class couples: Effect on cesarean delivery rates. *Birth*, 35(2), 92-97.
101. İşler, A. (2007). Prematüre bebeklerde anne-bebek ilişkisinin başlatılmasında yenidoğan hemşirelerinin rolü. *Perinatoloji Dergisi*, 15(1), 1-6.
102. Anderson, G. C., Moore, E., Hepworth, J., ve Bergman, N. (2003). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2, CD003519.
103. Charpak, N., Ruiz-Pelaez, J. G., Figueroa de, C. Z., ve Charpak, Y. (2001). A randomized, controlled trial of kangaroo mother care. Results of follow-up at 1 year of corrected age. *Pediatrics*, 108(5), 1072-1079.

104. Conde-Agudelo, A., Diaz-Rossello, J. L., ve Belizan, J. M. (2003). Kangaroo mother care to reduce mortality in low birthweight infants. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD002771.
105. Moore, E. R., Anderson, G. C., ve Bergman, N. (2007). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD003519.
106. Rojas, M. A., Kaplan, M., Quevedo, M., Sherwonit, E., Foster LB, Ehrenkranz, R. A., ve diğeri. (2003). Somatic growth of preterm infants during skin-to-skin care versus traditional holding: a randomized, controlled trial. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 24(3), 163-168.
107. Boyacıoğlu, H., ve Güneri, P. (2006). Sağlık araştırmalarında kullanılan temel istatistik yöntemler. *Hacettepe Diřhekimliđi Fakóltesi Dergisi*, 30, 3, 33-39.

EK 1

VAKA NO:

TANITICI BİLGİLER FORMU

Adı :

Tanısı:

1. Yaşadığı şehir: Kırsal Kentsel
Yaşadığı bölge:

2. Yeterli iletişimi sağlayacak kadar Türkçe biliyor mu? Evet Hayır

3. Eğitim düzeyi

- Okuryazar değil İlköğretim mezunu (8 yıllık temel öğretim)
Okuryazar Üniversite mezunu
İlkokul mezunu Yüksek Lisans mezunu
Ortaokul mezunu Doktora mezunu
Lise mezunu

4. Sağlık Sigortası Var Yok

Sağlık sigortası tipi

5. Gebelik öncesi ağırlığı:.....kg Boyu: m

Gebelik öncesi beden kitle indeksi:.....

Beden Kitle İndeksi Formül =
$$\frac{\text{Vücut ağırlığı (kg)}}{\text{Boy uzunluğunun metre cinsinden karesi (m)}^2}$$

6. Bitirdiği yaş:

7. Gebe kaldığında düzenli bir işte çalışıyor muydu? Evet Hayır

8. Gebelik süresince çalıştı mı? Evet Hayır

9. Çalışmayı ne zaman bıraktı?

10. Aile tipi Geniş Çekirdek
11. Akraba evliliği Var Yok
12. Resmi nikah Var Yok
13. Son adet tarihi:
14. Tahmini doğum tarihi:
15. Gebelik haftası:
16. Gebe kaldıktan sonra kullandığı ilacın/ilaçların adı:
17. Membranların açılma zamanı:
18. Doğumun 1. ya da 2. evresinde uygulanan ilacın/ilaçların adı:
19. Doğumun 3. evresinde uygulanan ilacın/ilaçların adı:
20. Doğum yaptığı tarih:.....
21. Taburculuk tarihi:
22. Doğum sonu dönemde reçete edilen ilaç/ilaçların adı:
23. Gebelik öyküsü ile ilgili bilgiler

Gebelik sayısı	Termde gebelik sayısı	Preterm doğan infant sayısı	Abortus sayısı	D&C sayısı	Yaşayan çocuk sayısı

No	Yıl	Doğum Şekli	Doğum Haftası	Yenidoğanın Ağırlığı	Komplikasyon

EK 2 - VAKA RAPOR FORMU**GENEL KODLAR:** 0 = Hayır 1 = Evet 7 = Geçerli Değil

8 = Genel eksik veri (kayıtlarda hiçbir zaman bulunmayacak ve toplanmayacak olan veri)

9 = Eksik veri (olması gerektiği halde kayıtlarda bulunmayan veri)

PERİNATAL ÖZGEÇMİŞ İNDEKSİ (PÖİ)

Temel Özellikler	Doğum Sayısı (Parite)		Primiparite		Multiparite	
	0	1	0	1	0	1
1. Evli olmak/partneri olmak	0	1	0	1	0	1
2. Doğu dışında bir bölgede yaşıyor olmak	0	1	0	1	0	1
3. Türkçe konuşabiliyor olmak	0	1	0	1	0	1
4. Lise ve üzeri eğitime sahip olmak	0	1	0	1	0	1
5. Sağlık sigortasına sahip olmak	0	1	0	1	0	1
6. Gebe kaldıktan sonra hiç sigara içmemiş ve/veya pasif sigara dumanına maruz kalmamış olmak	0	1	0	1	0	1
7. Gebe kaldıktan sonra hiç alkol kullanmamış olmak	0	1	0	1	0	1
8. Gebe kaldıktan sonra hiçbir reçeteli ilacı kötüye kullanmamış veya hiç yasadışı ilaç kullanmamış olmak	0	1	0	1	0	1
9. Gebelik öncesi dönemde 18.5-24.9 arası beden kitle indeksine sahip olmak	0	1	0	1	0	1
10. Şimdiki gebelik sırasında 18 - 35 arası yaşta olmak	0	1	0	1	0	1
11. Kronik hastalık öyküsüne sahip olmamak: Hipertansiyon, kronik böbrek hastalığı, diyabet (gestasyonel olmayan), kalp hastalığı sınıf II-IV, HIV +, önemli psikiyatrik öykü (hastanede yatma ya da ilaç tedavisi alma)	0	1	0	1	0	1

Temel Özellikler	Doğum Sayısı (Parite)		Primiparite		Multiparite	
12. 24 aydan daha uzun doğum aralığına sahip olmak			0	1		
13. 4 ve daha az sayıda doğum sayısına sahip olmak			0	1		
14. Preterm doğum öyküsüne sahip olmamak			0	1		
15. İntrauterin fetal ölüm (20 hafta ve üzeri gebelik kaybı) öyküsüne sahip olmamak			0	1		
16. Sezaryen doğum öyküsüne sahip olmamak			0	1		
17. 2500 gr'ın altında veya 4000 gr'ın üstünde doğan bebek öyküsüne sahip olmamak			0	1		
18. Önceki gebeliğinde gebelik komplikasyonu öyküsüne sahip olmamak: Gestasyonel diyabet, intrauterin fetal kayıp (20 haftanın altındaki gebelik kayıpları), plasenta previa, ablasyo plasenta, ciddi preeklampsi / eklampsi, piyelonefrit, Rh uyumsuzluğu			0	1		
PÖİ PAYDA			11	18		

PÖİ HESAPLAMA	1 olarak kodlanan madde sayısı (Pay)	Değerlendirilen madde sayısı (Payda)
	___	/ ___
PÖİ %		___ %

OPTİMALİTE İNDEKSİ (OI)		
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM		
Şimdiki gebelik ile ilgili tanı ve tedaviye yönelik göstergeler		
19. İntrauterin fetal kayıp <u>yaşamadı.</u>	0	1
20. Gebelikte aile içi şiddete maruz <u>kalmadı.</u>	0	1
21. Gebelik komplikasyonu <u>yaşamadı:</u> tedaviye cevap vermeyen anemi (herhangi bir trimesterde Hgb <10 gr olması), gestasyonel diyabet, önemli psikiyatrik öykü (hastanede yatma ya da ilaç tedavisi alma), çoğul gebelik, plesenta previa, ciddi preeklampsi / eklampsi, piyelonefrit, Rh uyuşmazlığı, plasenta previa dışında bir nedene bağlı olarak 2. ya da 3. trimesterde görülen vajinal kanama	0	1
22. Yeterli prenatal bakım aldı: <u>ilk trimesterde başlayan (<14 hafta) ve en az 4 ziyaret</u>	0	1
23. Amniyosentez ya da koryonik villus örnekleme <u>yapılmadı.</u>	0	1
24. Nonstres testi, kontraksiyon stres testi ya da biyofizik profil <u>yapılmadı.</u>	0	1
25. Gebelik sırasında vitamin ve demir dışında hiçbir <u>reçeteli veya reçetesiz ilaç kullanmadı.</u>	0	1
26. Membranlar açıldıktan sonra yapılan ilk vajinal muayene ile doğum arasında geçen süre 24 saatten daha kısa idi.	0	1

DOĞUM

Doğum eyleminin 1-4. evrelerinde kadının sağlık durumu

Özellikler	Doğum Şekli	Planlı Sezaryen	Doğum Eyleminin 1. Evresinde Sezaryen		Doğum Eyleminin 2. Evresinde Sezaryen		Vajinal Doğum	
7=fetal kayıp <20 hafta 9=eksik veri								
27. Membranlar açıldığında amniyotik sıvı berraktı.			0	1	0	1	0	1
28. Doğum indüksiyonu ya da augmentasyonu <u>uygulanmadı.</u>			0	1	0	1	0	1
29. Amniyotomi <u>yapılmadı.</u>			0	1	0	1	0	1
30. Doğumun 1. ya da 2. evresinde oral, IM ya da IV ilaç uygulaması <u>yapılmadı.</u>			0	1	0	1	0	1
31. Doğumda epidural analjezi <u>kullanılmadı.</u>			0	1	0	1	0	1
32. Aralıklı elektronik fetal monitorizasyon kullanıldı (Sürekli monitorizasyon endikasyonundan önce).			0	1	0	1	0	1
33. Fetal kalp hızı anormallikleri görülmedi (uzamış bradikardi, geç deselerasyon, non reaktif NST, fetal taşikardi).			0	1	0	1	0	1
34. Doğumda destek veren kişi vardı (sağlık ekibi dışında)			0	1	0	1	0	1
35. Spontan olarak ikindi.					0	1	0	1
36. Doğum daha önceden belirlenen yerde gerçekleşti.			0	1	0	1	0	1
37. Doğumda sırt üstü olmayan pozisyon kullanıldı.					0	1	0	1

Özellikler	Doğum Şekli		Doğum Eyleminin 1. Evresinde Sezaryen		Doğum Eyleminin 2. Evresinde Sezaryen		Vajinal Doğum	
	Planlı Sezaryen							
38. Doğum baş prezentasyonu ile gerçekleşti.					0	1	0	1
39. Vajinal doğum müdahalesiz gerçekleşti (forseps ya da vakum kullanılmadı).					0	1	0	1
40. Doğum vajinal yolla gerçekleşti.					0	1	0	1
41. Epizyotomi uygulanmadı.					0	1	0	1
42. Perinede ya da perineal dokuda sütur gerektiren 1. ya da 2. derecede laserasyon gelişmedi (sulkus ya da servikal laserasyonları da içeren).					0	1	0	1
43. Epizyotomi ya da 1. ve 2. dereceden yırtıkta ilerleme/genişleme olmadı (3. ya da 4. derece perineal yırtığa).					0	1	0	1
44. Doğum eyleminin 3. evresinde ilaç uygulanmadı (oksitosin ya da perine onarımı için kullanılan lokal anestetik hariç).							0	1
45. Anne ve yenidoğan arasında ten teması sağlandı.	0	1	0	1	0	1	0	1
46. Plesenta spontan olarak doğurtuldu.							0	1
47. Doğum sonu kanama gelişmedi.	0	1	0	1	0	1	0	1
48. Kan transfüzyonu yapılmadı.	0	1	0	1	0	1	0	1

Özellikler	Doğum Şekli		Doğum Eyleminin 1. Evresinde Sezaryen		Doğum Eyleminin 2. Evresinde Sezaryen		Vajinal Doğum	
	Planlı Sezaryen							
49. İntrapartum komplikasyon gelişmedi: koryoamniyonit, kord prolapsusu, ciddi preeklampsi / eklampsi, ablasyo plasenta, omuz distosisi, plasenta akreta, emboli	0	1	0	1	0	1	0	1
YENİDOĞAN								
Taburcu edilirken yenidoğanın sağlık durumu (72 saate kadar)								
50. Gebelik yaşı 37-42 hafta olarak değerlendirildi.							0	1
51. Doğum kilosu 2500-4000 gram arasında ölçüldü.							0	1
52. 5. dakika Apgar skoru 7 puan ve üzeri olarak değerlendirildi.							0	1
53. Yenidoğan yoğun bakım ünitesine transfer edilmedi.							0	1
54. Konjenital anomali gözlenmedi.							0	1
55. Doğum travması ya da ciddi tıbbi sorunlar gözlenmedi (Bakteriyel enfeksiyonlar, bronkopulmoner displazi, kalp yetmezliği, hipovolemi, hipotansiyon, şok, intraventriküler kanama, nekrotizan enterekolit, pnömoni, persistan pulmoner hipertansiyon, böbrek yetmezliği, respiratuvar distres sendromu, Rh uyuşmazlığı, konvulsiyon, sepsis)							0	1
56. Taburcu olana kadar anne sütü + mama aldı.							0	1
57. Perinatal ölüm görülmedi.							0	1

DOĞUM SONU DÖNEM**Annenin sağlık kurumundan taburcu edilmeden önceki durumu (72 saate kadar)**

58. Anne hastanede iken ateş görülmedi (38 ⁰ C ya da daha yüksek) ya da enfeksiyon ya da önemli bir komplikasyon tanısı <u>konulmadı</u> : sistit, endometrit, yara enfeksiyonu, mastit, hematom, derin ven trombozu	0	1
59. Doğum sırasında ya da sonrasında tanısı konan sağlık durumları (ağrı dahil) için reçeteli ilaç tedavisi <u>uygulanmadı</u> (demir ve vitaminler, oral kontraseptifler, RhoGam©, rubella aşısı hariç)	0	1
60. Maternal ölüm <u>görülmedi</u> .	0	1

OI HESAPLAMA	1 olarak kodlanan madde sayısı (Pay)	Değerlendirilen madde sayısı (Payda)
	___	/ ___
OI %		___ %

EK 3 - OPTİMALİTE İNDEKSİ – US

Perinatal Özgeçmiş İndeksi

Optimalite İndeksi

Patricia A. Murphy, Dr.P.H., CNM^α

Judith T. Fullerton, Ph.D., CNM^α, FACNM^β

KODLAMA VE SKORLAMA KILAVUZU

Ağustos 2011

GENEL KODLAR:

0 = Optimal Değil

1 = Optimal

7 = Geçerli Değil

8 = Genel eksik veri (kayıtlarda hiçbir zaman bulunmayacak ve toplanmayacak olan veri)

9 = Eksik veri (olması gerektiği halde kayıtlarda bulunmayan veri)

ÖZEL NOTLAR:

- 1) Uygulama kılavuzunun istisna olan durumları kayıt etmeyi önerdiği durumlar olabilir; örneğin, bir maddenin *yalnızca var olduğunda veya gözlemlendiğinde* çizelgeye ekleneceği. Veri toplayanlar her zaman sorumlu araştırıcıya danışmalıdır. Veri toplayanlara “eğer [belli bir madde] *not alınmamış ise*, sonuç = optimal” şeklinde bilgilendirme yapılabilir.
- 2) **Çoğul gebelik durumunda**, annenin verileri her bir bebek için tekrar girilmelidir.

SKORLAMA:

Pay = “1” (optimal) olarak kodlanan tüm maddelerin toplamı

Payda = “7” (Geçerli Değil) veya “8” (Genel eksik veri) olarak kodlanan tüm maddelerin çıkarılmasının ardından toplam N = 60 optimalite maddesinden geriye kalan

İNDEKSİN KULLANILMASI İÇİN GEREKLİ OLAN EN AZ MADDE SAYISI:

Oİ-US klinimetrik bir indekstir. Alt ölçeği bulunmamaktadır. Bununla birlikte; indeks maddeleri, belirli klinik alanlar içinde sıralanmışlardır. Her bir madde “Gerekli” veya “Gereksiz” şeklinde kodlanmaktadır. Aracın geçerli bir şekilde kullanımını YALNIZCA aşağıdaki durumlarda mümkün olmaktadır:

a) Her bir klinik alanda bir veya daha fazla maddenin bulunması (örn.: hiçbir klinik alan bütünüyle eksik olacak şekilde kodlanmamalıdır – kod 8) ve

b) “Gerekli” olarak belirtilen *her maddenin*, genel olarak skorlama için mevcut bulunmaları gerekmektedir (örn.: 7 ve 9 kodları eksik veri için kabul edilebilir nedenlerdir).

SÜREÇ VE SONUÇ DEĞİŞKENLERİNİN KARŞILAŞTIRMASI

Her madde; “Süreç”, “Sonuç” veya maddenin ya süreç ya da sonuç ölçümü olarak değerlendirilebileceğini belirten “Süreç/Sonuç” değişkeni olarak kodlanmaktadır. OÍ-US’i kullananlar, her bir ölçüm maddesinin niteliğini kendi araştırmaları çerçevesinde anladığından emin olmalıdır.

İNDEKS MADDESİ	SÜREÇ VEYA SONUÇ DEĞİŞKENİ	GEREKLİ VEYA GEREKSİZ (ön değerlendirme)	AÇIKLAMALAR
PERİNATAL ÖZGEÇMİŞ İNDEKSİ			
Sosyal ve tıbbi geçmiş			
1. Medeni durumu	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Evli ya da partneri olmak
2. Yaşadığı bölge	Süreç	Gerekli	<p>OPTİMAL = Batı, Güney, Orta ya da Kuzey bölgesinde yaşıyor olma</p> <p>Bölgeler ve İller</p> <p>BATI: Aydın, Balıkesir, Bursa, Çanakkale, Denizli, Edirne, İstanbul, İzmir, Kırklareli, Kocaeli, Manisa, Muğla, Sakarya, Tekirdağ, Yalova</p> <p>GÜNEY: Adana, Antalya, Burdur, Hatay, Isparta, İçel, K. Maraş, Osmaniye</p> <p>ORTA: Afyon, Amasya, Ankara, Bilecik, Bolu, Çankırı, Çorum, Eskişehir, Kayseri, Kırşehir, Konya, Kütahya, Nevşehir, Niğde, Sivas, Tokat, Uşak, Yozgat, Aksaray, Karaman, Kırıkkale, Düzce</p> <p>KUZEY: Artvin, Giresun, Gümüşhane, Kastamonu, Ordu, Rize, Samsun, Sinop, Trabzon, Zonguldak, Bartın, Karabük</p> <p>DOĞU: Adıyaman, Ağrı, Bingöl, Bitlis, Diyarbakır, Elazığ, Erzincan, Erzurum, Gaziantep, Hakkari, Kars, Malatya, Mardin, Muş, Siirt, Tunceli, Şanlıurfa, Van, Bayburt, Batman, Şırnak, Ardahan, Iğdır, Kilis</p>
3. Türkçe konuşabiliyor olma	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Evet
4. Eğitim düzeyi	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olma

İNDEKS MADDESİ	SÜREÇ VEYA SONUÇ DEĞİŞKENİ	GEREKLİ VEYA GEREKSİZ (ön değerlendirme)	AÇIKLAMALAR
5. Sağlık güvencesi	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Var
6. Sigara kullanımı	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Gebe kalınmasını takiben hiç sigara içilmemiş veya pasif sigara dumanına maruz kalınmamış (şimdiki gebelik sırasında)
7. Alkol kullanımı	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Gebe kalınmasını takiben hiç alkol kullanılmamış (şimdiki gebelik sırasında)
8. Madde kullanımı	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Gebe kalınmasını takiben hiçbir reçeteli ilaç kötüye kullanılmamış veya hiç yasadışı ilaç kullanılmamış (şimdiki gebelik sırasında)
9. Gebelik öncesi beden kitle indeksi	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = 18.5 - 24.9 arası [Dünya Sağlık Örgütü standardı] Beden Kitle İndeksi (BKİ) Hesaplama $BKİ = (Kilo [kg]) / (Boy [metre]^2)$ İnternette birçok BKİ hesaplayıcısı mevcuttur.
10. Yaş	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Şimdiki gebelik sırasında 18 - 35 arası yaşta olma
11. Daha önceden var olan, önemli, kronik hastalık	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Sağlık öyküsünde bu hastalıkların herhangi birine dair hiçbir kanıt olmaması
• Kronik böbrek hastalığı			
• Diyabet (gestasyonel olmayan)			

İNDEKS MADDESİ	SÜREÇ VEYA SONUÇ DEĞİŞKENİ	GEREKLİ VEYA GEREKSİZ (ön değerlendirme)	AÇIKLAMALAR
<ul style="list-style-type: none"> • Kalp hastalığı sınıf II-IV • HIV antikor pozitif • Hipertansiyon • Önemli psikiyatrik öykü (hastanede yatma ya da ilaç tedavisi alma) 			
12. Bir önceki doğum ile şimdiki doğum arasındaki süre >24 ay	Süreç	Gereksiz	<p>OPTİMAL = Evet</p> <p>Bir önceki doğum (20-22. gebelik haftasından sonraki canlı ya da ölü doğum) ve şimdiki doğum arasında en az 24 ay vardır.</p> <p>Terapötik ve spontan düşükler canlı doğum olarak kabul edilmemektedir.</p>
13. 4 ve daha az sayıda doğum sayısına sahip olma	Süreç	Gerekli	<p>OPTİMAL = Evet</p>
14. Önceki preterm doğum < 37 Hafta	Süreç	Gerekli	<p>OPTİMAL = Yok</p> <p>Daha önceki gebeliklerde, 37. haftadan daha önce doğan bebek olmamıştır.</p> <p>Veri Toplayanlar İçin Not: Eğer mevcut gebelik kadının ilk gebeliği ise, Geçerli Değil olarak kodlanır.</p>

İNDEKS MADDESİ	SÜREÇ VEYA SONUÇ DEĞİŞKENİ	GEREKLİ VEYA GEREKSİZ (ön değerlendirme)	AÇIKLAMALAR
15. Önceki intrauterin fetal ölüm (20 hafta ve üzeri gebelik kaybı)	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Yok Önceki gebeliklerde intrauterin fetal ölüm yaşanmamıştır. Veri Toplayanlar İçin Not: Eğer mevcut gebelik kadının ilk gebeliği ise, Geçerli Değil olarak kodlanır.
16. Önceki sezaryen doğum	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Yok Önceki doğumların tümü vajinal yolla gerçekleşmiştir. Veri Toplayanlar İçin Not: Eğer mevcut gebelik kadının ilk gebeliği ise, Geçerli Değil olarak kodlanır.
17. Daha önce 2,500 gr altında veya 4000 gr'ın üzerinde bebek doğumu	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Yok Daha önce doğan bebeklerin ağırlıkları 2500-4000 gr arasındadır. Veri Toplayanlar İçin Not: Eğer mevcut gebelik kadının ilk gebeliği ise, Geçerli Değil olarak kodlanır.
18. Öyküsünde var olan diğer ciddi gebelik komplikasyonları	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Önceki gebeliklerde bu komplikasyonların hiçbiri görülmemiştir. Tanım: <i>preeklampsi</i> , tek muayenede 140/90 kan basıncı ve 1+ veya daha yüksek proteinüri değerleri ile tanımlanır VEYA sağlık bakımı veren tarafından belirtilir. Veri Toplayanlar İçin Not: Eğer mevcut gebelik kadının ilk gebeliği ise, Geçerli Değil olarak kodlanır.
• Gestasyonel diyabet			
• İntrauterin fetal kayıp (20 haftanın altındaki gebelik kayıpları)			

İNDEKS MADDESİ	SÜREÇ VEYA SONUÇ DEĞİŞKENİ	GEREKLİ VEYA GEREKSİZ (ön değerlendirme)	AÇIKLAMALAR
• Eklemsi			
• Plasenta previa			
• Ablasyo plasenta			
• Ciddi preeklemsi			
• Piyelonefrit			
• Rh uyumsuzluğu			
OPTİMALİTE İNDEKSİ			
Şimdiki gebelik ile ilgili tanı ve tedaviye yönelik göstergeler			
19. İntrauterin fetal kayıp	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Yok
20. Aile içi şiddet (ilişki içinde olunan erkek arkadaşı da kapsar)	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Yok Tanım: Bir kişinin eşine, çocuklarına, anne babasına, kardeşlerine ve/veya yakın akrabalarına yönelik uyguladığı her türlü saldırgan davranıştır.

İNDEKS MADDESİ	SÜREÇ VEYA SONUÇ DEĞİŞKENİ	GEREKLİ VEYA GEREKSİZ (ön değerlendirme)	AÇIKLAMALAR
21. Diğer ciddi gebelik komplikasyonları (şimdiki gebelik)	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Bu komplikasyonların hiçbiri görülmez. Tanım: Anemi , herhangi bir trimesterde, tedavi ile iyileşmeyen Hgb < 10 gr olarak tanımlanır VEYA sağlık bakımı veren tarafından belirtilir. Tanım: preeklampsi , tek muayenede 140/90 kan basıncı ve 1+ veya daha yüksek proteinüri değerleri ile tanımlanır VEYA sağlık bakımı veren tarafından belirtilir. Veri Toplayanlar İçin Not: Değerlendirilen hastanın şu anki gebeliği 24 haftadan küçükse , lütfen bu çizelgeyi çalışmanın sorumlu araştırmacısına gösteriniz. Veri Toplayanlar İçin Not: Ablasyo plasenta doğum sırasında oluşan bir komplikasyon olarak not alınacaktır. Veri Toplayanlar İçin Not: Çizelgede başka sağlık durumu belirtiliyorsa, lütfen araştırmacıya danışınız.
• Anemi			
• Gestasyonel diyabet			
• Önemli psikiyatrik öykü (teşhis edilmiş ya da hastanede yatarak ya da ilaçla tedavi edilmiş)			
• Çoğul gebelik			
• Plasenta previa			
• Preeklampsi / eklampsi			
• Piyelonefrit			
• Rh uyumsuzluğu			
• Plasenta previa dışında bir nedene bağlı olarak 2. ya da 3. trimesterde görülen vajinal kanama			

İNDEKS MADDESİ	SÜREÇ VEYA SONUÇ DEĞİŞKENİ	GEREKLİ VEYA GEREKSİZ (ön değerlendirme)	AÇIKLAMALAR
22. Doğum öncesi bakım: ilk trimesterde başlayan (<14 hafta) ve en az 4 ziyaret	Süreç	Gerekli Değil	OPTİMAL = İlk muayene 14 haftadan önce; en az 4 muayene
23. Amniyosentez	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Yapılmadı Veri Toplayanlar İçin Not: Koryonik villus örneklemesi (CVS) kaydı varsa not edilmelidir.
24. Nonstres test / kontraksiyon stres testi / biyofizik profil	Sonuç	Gerekli Değil	OPTİMAL = Yapılmadı Veri Toplayanlar İçin Not: Bu işlemlerden herhangi birisinin yapılmış olması, optimal olmayan durumu göstermektedir.
25. İlaç kullanımı	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Gebelik sırasında hiç ilaç kullanılmıyor (reçeteli veya reçetesiz). İSTİSNA: Demir ve vitaminler, reçeteli veya reçetesiz olarak alınabilir.
Doğum			
26. Membranlar açıldıktan sonra yapılan ilk vajinal muayene ile doğum arasında geçen süre	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = < 24 saat
27. Amniyotik sıvı	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Berrak

İNDEKS MADDESİ	SÜREÇ VEYA SONUÇ DEĞİŞKENİ	GEREKLİ VEYA GEREKSİZ (ön değerlendirme)	AÇIKLAMALAR
28. İndüksiyon / augmentasyon	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Yok Tanım: Spontan doğumun başlamaması durumunda, doğumu başlatmak (indüksiyon) ve hızlandırmak (augmentasyon) için kullanılan TÜM farmakolojik müdahaleler (bitkisel ve homeopatik dahil). Meme ucu stimülasyonu ve membranların sıyrılması dahil değildir. Veri Toplayanlar İçin Not: Değerlendirilmekte olan gebe, normal vajinal doğum yerine isteğe bağlı sezaryen doğum yapacaksa ya da tekrarlayan sezaryen olacaksa bu maddeyi Geçerli Değil olarak kodlayınız.
29. Amniyotomi	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Yapılmadı
30. Doğumun 1. ya da 2. evresinde oral veya enjeksiyon (IM veya IV) yoluyla verilen ilaç	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Hayır
31. Eylem ve/veya doğum için epidural analjezi	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Uygulanmadı Veri Toplayanlar İçin Not: Değerlendirilmekte olan gebe, normal vajinal doğum yerine isteğe bağlı sezaryen doğum yapacaksa ya da tekrarlayan sezaryen olacaksa bu maddeyi Geçerli Değil olarak kodlayınız.

İNDEKS MADDESİ	SÜREÇ VEYA SONUÇ DEĞİŞKENİ	GEREKLİ VEYA GEREKSİZ (ön değerlendirme)	AÇIKLAMALAR
32. Eylem süresince sürekli elektronik fetal monitörizasyon (EFM) yerine fetoskop, doppler ya da aralıklı EFM kullanımı	Süreç	Gerekli	<p>OPTİMAL = Evet</p> <p>Veri Toplayanlar İçin Not: Değerlendirilmekte olan gebe, normal vajinal doğum yerine isteğe bağlı sezaryen doğum yapacaksa ya da tekrarlayan sezaryen olacaksa bu maddeyi Geçerli Değil olarak kodlayınız.</p>
33. Fetal kalp atım hızında anormallik	Sonuç	Gerekli	<p>OPTİMAL = Doğum eylemi sürecinin yönetimini değiştiren anormal fetal kalp atım hızı (FKH) kaydı bulunmamaktadır.</p> <p>Anormal FKH göstergeleri</p> <p>TÜM kategori III FKH traseleri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bazal FKH’da variabilite yokluğu ve aşağıdakilerden herhangi biri; <ul style="list-style-type: none"> o Tekrarlayan geç deselerasyonlar o Tekrarlayan değişken deselerasyonlar o Bradikardi • Sinüzoidal patern <p>Veri Toplayanlar İçin Not: Fetal kafa derisi pH ölçümü, Optimalite İndeksi’nde puanlanmamaktadır.</p>

İNDEKS MADDESİ	SÜREÇ VEYA SONUÇ DEĞİŞKENİ	GEREKLİ VEYA GEREKSİZ (ön değerlendirme)	AÇIKLAMALAR
34. Doğum eylemi sırasında sağlık ekibi dışında destek veren kişinin varlığı	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Var
35. Spontan ıkınma	Süreç	Gerekli Değil	<p>OPTİMAL = Var</p> <p>Tanım: Spontan ıkınma, doğumun ikinci evresinde annenin kullandığı bir ıkınma şeklidir ve iki şekilde karakterize edilir; a) anne tarafından başlatılması, b)sağlık personeli tarafından yönlendirme olmaması veya talimat (sözlü veya sözsüz) verilmemesi.</p> <p>Direktif verilen ıkınma, uzamış valsalva, kapalı glottis ıkınma şeklini tanımlar.</p> <p>Veri Toplayanlar İçin Not: Kod 8 olarak kodlanabilir.</p>
36. Doğumun sağlıklı koşullarda gerçekleşme durumu	Süreç/Sonuç	Gerekli Değil	<p>OPTİMAL = Evet</p> <p>Tanım: Bir sağlık kuruluşunda veya evde sağlık personeliyle gerçekleşen doğumlar.</p>

İNDEKS MADDESİ	SÜREÇ VEYA SONUÇ DEĞİŞKENİ	GEREKLİ VEYA GEREKSİZ (ön değerlendirme)	AÇIKLAMALAR
37. Doğumda sırt üstü olmayan pozisyon kullanımı	Süreç	Gerekli Değil	<p>OPTİMAL = Evet</p> <p>Tanım 1: Tam sırt üstü pozisyondan (supine) veya litotomi pozisyonundan <i>başka</i> herhangi bir pozisyon.</p> <p>Tanım 2: (Başın açısı not alındıysa). Başın 45 dereceden daha az bir açıda olduğu, sırt üstü pozisyondan (litotomi pozisyonu dahil) veya tam sırtüstü pozisyondan <i>başka</i> herhangi bir pozisyon.</p> <p>Veri Toplayanlar İçin Not: Kod 8 olarak kodlanabilir.</p>
38. Doğumdaki prezentasyon	Sonuç	Gerekli	<p>OPTİMAL = Baş</p>
39. Müdahaleli vajinal doğum (Forseps ya da vakum ile doğum)	Süreç/Sonuç	Gerekli	<p>OPTİMAL = Yok</p> <p>Veri Toplayanlar İçin Not: Değerlendirilmekte olan gebe sezaryen doğum yaptıysa, bu maddeyi Geçerli Değil olarak kodlayınız.</p>
40. Sezaryen doğum	Süreç/Sonuç	Gerekli	<p>OPTİMAL = Yok</p> <p>Veri Toplayanlar İçin Not: Değerlendirilmekte olan gebe vajinal doğum (spontan veya müdahaleli) yaptıysa, bu maddeyi Geçerli Değil olarak kodlayınız.</p>
41. Epizyotomi	Süreç	Gerekli	<p>OPTİMAL = Uygulanmadı</p> <p>Veri Toplayanlar İçin Not: Değerlendirilmekte olan gebe sezaryen doğum yaptıysa, bu maddeyi Geçerli Değil olarak kodlayınız. Epizyotomi sonrasında sütür atılacağı varsayılmaktadır.</p>

İNDEKS MADDESİ	SÜREÇ VEYA SONUÇ DEĞİŞKENİ	GEREKLİ VEYA GEREKSİZ (ön değerlendirme)	AÇIKLAMALAR
42. Perinide ya da perineal dokuda sütür gerektiren 1. ya da 2. derece laserasyon (sulkus ve servikal laserasyonları da içeren)	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Yok Veri Toplayanlar İçin Not: Yırtılma 3. veya 4. dereceye genişlerse, bu madde yine de Optimal Değil olarak kodlanır (eksi bir puan).
43. Epizyotominin ya da 1-2. derece laserasyonun, 3. ya da 4. dereceye genişlemesi	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Yok Veri Toplayanlar İçin Not: Yırtılma ve genişlemelerin onarılacağı varsayılmaktadır. Veri Toplayanlar İçin Not: 3. veya 4. dereceye genişleme nedeniyle düşülen bu puan, varsa epizyotomi ve spontan 1. veya 2. derece laserasyonlar nedeniyle düşülen puanlara ek olarak düşülür.
44. Doğum eyleminin 3. evresinde ilaç uygulama (oksitosin ya da perine onarımı için kullanılan lokal anestetik hariç)	Süreç	Gerekli	OPTİMAL = Yok

İNDEKS MADDESİ	SÜREÇ VEYA SONUÇ DEĞİŞKENİ	GEREKLİ VEYA GEREKSİZ (ön değerlendirme)	AÇIKLAMALAR
45. Anne ve yenidoğan arasında ten teması	Süreç	Gerekli (kod 8 değilse)	OPTİMAL = Yapıldı Tanım: Doğumu takiben mümkün olan en kısa sürede, çıplak yenidoğanın anne cildine direkt temasıdır; yenidoğan ve annenin üzerine, ısıyı koruyan termal bir battaniye örtülür. Veri Toplayanlar İçin Not: Kod 8 olarak kodlanabilir.
46. Plasenta retansiyonu (≥ 30 dk)	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Yok Veri Toplayanlar İçin Not: Değerlendirilmekte olan gebe sezaryen doğum yaptıysa, bu maddeyi Geçerli Değil olarak kodlayınız.
47. Doğum sonu kanama	Sonuç	Gerekli	Vajinal Doğum: OPTİMAL = Doğum sonu kanamanın gerçekleşmediğinin sağlık bakımı veren tarafından belgelenmesi; veya tahmini kan kaybının 500 cc.'den az olması. Sezaryen Doğum: OPTİMAL = Doğum sonu kanamanın gerçekleşmediğinin sağlık bakımı veren tarafından belgelenmesi; veya tahmini kan kaybının 1000 cc.'den az olması. İndeks Kullanıcılarına Not: Optimalite İndeksi, doğumun üçüncü evresinin aktif yönetimini, süreç değişkeni olarak içermemektedir. Çünkü bu madde karmaşık bir değişkendir (3 bağımsız eylem) ve bu strateji ABD'de yaygın olarak kullanılmamaktadır. Bu madde, bu ölçüm aracının uluslararası uyarlamalarına dahil edilmelidir.

İNDEKS MADDESİ	SÜREÇ VEYA SONUÇ DEĞİŞKENİ	GEREKLİ VEYA GEREKSİZ (ön değerlendirme)	AÇIKLAMALAR
48. Kan transfüzyonu	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Yapılmadı
49. Doğum sürecinde meydana gelen diğer ciddi komplikasyonlar	Sonuç	Gerekli	<p>OPTİMAL= Bu komplikasyonların herhangi birinin meydana geldiğinde dair hiçbir kanıtın olmaması.</p> <p>İndeks Kullanıcılarına Not: GBS enfeksiyonu, anne için olumsuz bir sağlık durumu yansıtmadığı için dahil edilmemiştir. Yenidoğan için profilaktik intravenöz antibiyotik uygulaması, maternal skorlamada geçmektedir (ilgili maddelere bakınız).</p>
• Koryoamniyonit			
• Kord prolapsusu			
• Eklampsi			
• Doğum sürecinde var olan preeklampsi			
• Ablasyo plesenta			
• Omuz distosisi			
Yenidoğanın Durumu			
50. Gebelik yaşı	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = 37. – 42. hafta
51. Doğum ağırlığı	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Doğum ağırlığı 2500 – 4000 gram arasındadır.
52. 5. dakika apgar skoru	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = 7, 8, 9, 10
53. Yenidoğan yoğun bakım ünitesine transfer	Süreç/Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Yok

İNDEKS MADDESİ	SÜREÇ VEYA SONUÇ DEĞİŞKENİ	GEREKLİ VEYA GEREKSİZ (ön değerlendirme)	AÇIKLAMALAR
54. Konjenital anomaliler	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Yok
55. Doğum travması ya da diğer ciddi tıbbi sorunlar	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL= Bu durumlardan herhangi birinin olduğuna dair hiçbir kanıt olmaması.
• Sepsis dışındaki bakteriyel enfeksiyonlar			
• Bronkopulmoner displazi			
• Kalp yetmezliği			
• Hipovolemi, hipotansiyon, şok			
• İntraventriküler kanama			
• Nekrotizan enterokolit			
• Pnömoni			
• Persistan pulmoner hipertansiyon			
• Böbrek yetmezliği			
• Respiratuvar distres sendromu			
• Rh uyumsuzluğu			
• Konvülsiyon			
• Sepsis			

İNDEKS MADDESİ	SÜREÇ VEYA SONUÇ DEĞİŞKENİ	GEREKLİ VEYA GEREKSİZ (ön değerlendirme)	AÇIKLAMALAR
56. Emzirme	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Evet Annenin hastaneden taburcu edildiği zaman veya doğum sonrası 72 saate kadar. Veri Toplayanlar İçin Not: Emzirdiğine dair herhangi bir kanıt kabul edilebilir; sadece anne sütü olması gerekli değildir.
57. Perinatal ölüm	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Yok (doğum sonrası 72 saate kadar)
Annenin sağlık personelinin bakımından ya da sağlık kurumundan taburcu edilmeden önceki durumu (72 saate kadar)			
58. Anne hastanede iken görülen ateş (38 ⁰ C ya da daha yüksek) ya da enfeksiyon ya da önemli bir komplikasyon tanısı	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Bu durumlardan herhangi birinin olduğuna dair hiçbir kanıt olmaması.
• Sistit			
• Endometrit			
• Hematom			
• Süturların lokal enfeksiyonu			
• Mastit			

İNDEKS MADDESİ	SÜREÇ VEYA SONUÇ DEĞİŞKENİ	GEREKLİ VEYA GEREKSİZ (ön değerlendirme)	AÇIKLAMALAR
59. Doğum sırasında ya da sonrasında tanısı konan sağlık durumları için reçeteli ilaç tedavisi	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Yok İstisna: Reçetesiz satılan analjezik ilaçlar, demir ve vitaminler, oral kontraseptifler, RhoGam©, rubella aşısı. Veri Toplayanlar İçin Not: Bazı reçetesiz ilaçlar için, reçete yazılabilmektedir. Ancak bu ilaçlar, yukarıda belirtildiği gibi “istisna”dır.
60. Anne ölümü	Sonuç	Gerekli	OPTİMAL = Yok Veri Toplayanlar İçin Not: Annenin taburculuğuna kadar yapılan kayıtlar

EK 4 - OPTİMALİTE İNDEKSİ – US

Perinatal Özgeçmiş İndeksi

Optimalite İndeksi

Patricia A. Murphy, Dr.P.H., CNM Judith T. Fullerton, Ph.D., CNM, FACNM

Ağustos 2011

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
KANIT DÜZEYİ							
I (Pozitif): Optimal sonucun yararını gösteren en az bir randomize klinik denemeden elde edilmiş kanıt VE/VEYA epidemiyolojik ve toplumsal açıdan maliyet/fayda oranının optimal sonucu desteklediğini gösteren ikna edici ve güçlü kanıtın varlığı.							
I (Negatif): Optimal olmayan sonucun olumsuz etkisini kanıtlayan en az bir randomize klinik denemeden elde edilmiş kanıt VE/VEYA epidemiyolojik ve toplumsal açıdan optimal olmayan sonuçların geniş çaplı olumsuz etkilerinin olduğunu gösteren ikna edici ve güçlü kanıtın varlığı.							
II (Pozitif): Randomize olmayan en az bir klinik deneme; kohort veya vaka kontrollü analitik çalışmalar (tercihan 1’den fazla merkez tarafından yapılmış); çoklu zaman serileri; veya kontrollü olmayan deneylerden elde edilen çarpıcı sonuçlar, VE/VEYA maliyet/fayda oranının optimal sonuç olduğunu destekleyen “bir komplikasyon yoksa hastaya müdahale edilmemesi” yönündeki ebelik felsefesine temellendirilmiş profesyonel fikir birliği.							
II (Negatif): Randomize olmayan en az bir klinik deneme; kohort veya vaka kontrollü analitik çalışmalar (tercihan 1’den fazla merkez							

tarafından yapılmış); çoklu zaman serileri; veya kontrollü olmayan deneylerden elde edilen çarpıcı sonuçlar, VE/VEYA epidemiyolojik ve toplumsal açıdan optimal olmayan sonuçların geniş çaplı olumsuz etkilerinin olduğunu gösteren “bir komplikasyon yoksa hastaya müdahale edilmemesi” yönündeki ebelik felsefesine temellendirilmiş profesyonel fikir birliği.

III Klinik tecrübeye, tanımlayıcı çalışmalara veya uzman kurulların raporlarına dayanan alanında uzman kişilerin düşüncelerine temellendirilmiş kanıt.

OPTİMALİTE İNDEKSİ - US**Perinatal Özgeçmiş İndeksi****Optimalite İndeksi****Patricia A. Murphy, Dr.P.H., CNM Judith T. Fullerton, Ph.D., CNM, FACNM****Ağustos 2011**

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTI MIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
PERİNATAL ÖZGEÇMİŞ İNDEKSİ							
Sosyal ve tıbbi geçmiş							
1. Medeni Durum	Evli ya da partneri olma	Auger et al., 2008			X		
		Beeckman et al., 2009				X	
		Havens et al., 2009				X	
		Hohmann-Marriott, 2009					X
		Kiernan&Pickett, 2006				X	
		Luo et al., 2004			X		
		Lutgendorf et al., 2009				X	
		Raatikainen et al., 2005				X	

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
2. Yaşadığı bölge (Kullanıcı Rehberine bakınız)	Batı, güney, orta ya da kuzey bölgesi	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2010		X			
3. Türkçe konuşabiliyor olma	Evet	Akın ve Özvarış, 1998		X			
4. Eğitim düzeyi	Lise ve üzeri	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2010		X			
5. Sağlık güvencesi	Var	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2010		X			
6. Sigara kullanımı (Kullanıcı Rehberine bakınız)	Yok	Aagaard-Tillery et al., 2008			X		
		Cornelius & Day, 2009					X
		Delpisheh et al., 2008			X		
		Johansson et al., 2009				X	
		Malik et al., 2008				X	
		Nabet et al., 2005				X	
		Rogers, 2009					X
		Usta et al., 2005				X	

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
						X	
7. Alkol kullanımı	Yok	Wisborg et al., 2001				X	
		Aliyu et al., 2008				X	
		Burd et al., 2007					X
		Floyd et al., 2009					X
		Henriksen et al., 2004				X	
		Jaddoe et al., 2007				X	
		Maconochie et al., 2007				X	
		Sen & Swaminathan, 2007				X	
		Standberg-Larsen et al., 2008				X	
		Standberg-Larsen et al., 2009				X	
8. Madde kullanımı (Kullanıcı Rehberine bakınız)	Yok	Arlettaz et al., 2005				X	
		Bada et al., 2007				X	
		Dryden C et al., 2009				X	
		El Marroun et al., 2009				X	
		Forrester & Merz, 2007				X	

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
		Ogunyemi & Hernandez- Loera, 2004				X	
		Pinto et al., 2010				X	
		Pulsifer et al., 2008				X	
		Richardson et al., 2007				X	
		Smith et al., 2006				X	
		Wolfe et al., 2005				X	
9. Gebelik öncesi beden kitle indeksi (Kullanıcı Rehberine bakınız)	18.5 – 24.9 arası	Cedergren, 2009				X	
		Chu et al., 2009				X	
		Davies et al., 2010					X
		Frederick et al., 2008				X	
		Kristensen et al., 2005				X	
		Rodriguez, 2010				X	
		Torloni et al., 2009	X				
		Torloni et al., 2009	X				

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
10. Yaş	18-35	Cleary-Goldman et al., 2005				X	
		Delpisheh et al., 2008				X	
		McIntyre et al., 2009				X	
		Phipps et al., 2002				X	
		Salihu et al., 2008				X	
		Usta & Nassar, 2008					X
		Wilson et al., 2008				X	
11. Daha önceden var olan, önemli, kronik hastalık	Yok						
		• Hipertansiyon					
		Abalos et al., 2007	X				
		Chappell et al., 2008		X			
		Gilbert et al, 2007				X	
		Ray et al., 2001				X	
		Zetterström et al., 2006				X	
		• Kronik böbrek hastalığı				X	
Fischer et al., 2004				X			

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
		Imbasciati et al., 2009			X		
		Piccoli, Attini et al., 2010			X		
		Piccoli, Conijin et al., 2010				X	
• Diyabet (gestasyonel olmayan)		Allen et al., 2007					X
		Balsells et al., 2009				X	
		Kitzmilller et al., 2008					X
		Lapolla et al., 2008					X
		Melamed et al., 2008				X	
		Persson et al., 2009				X	
		Peticca et al., 2009				X	
		Shand et al., 2008				X	
		Temple et al., 2006				X	
• Kalp hastalığı sınıf II-IV		Chalupczak et al., 2004				X	
		Sidlik et al., 2007				X	
		Siu et al., 2001			X		

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
		Siu et al., 2002				X	
		Stangl et al., 2008				X	
		Thanajiraprapa & Phupong, 2009					X
• HIV antikoru pozitif		Aebi-Popp et al., 2010				X	
		Haeri et al., 2009				X	
		Massad et al., 2004			X		
		Sturt et al., 2010		X			
		Volmink et al., 2010		X			
		Watts et al., 2009				X	
• Önemli psikiyatrik öykü (hastanede yatma ya da ilaç tedavisi alma)		Harlow et al., 2007				X	
		Hizkiyahu et al., 2010				X	
		Howard et al., 2003				X	
		Lee & Lin, 2010				X	
		Lin et al., 2010				X	

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
		MacCabe et al., 2007				X	
		Schneid-Kofman et al., 2008				X	
12. Bir önceki doğum ile şimdiki doğum arasındaki süre >24 ay	Evet	Cecatti et al., 2008				X	
		Conde-Agudelo et al, 2006		X			
		Conde-Agudelo et al., 2007		X			
		Johnson et al., 2008				X	
		Kauppila et al., 2009				X	
		Stamilio et al., 2007				X	
		Zhu & Le, 2003			X		
13. 4 ve daha az sayıda doğum sayısına sahip olma	Evet	Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2010		X			
14. Önceki preterm doğum < 37 hafta	Yok	Auger et al., 2008			X		
		Beeckman et al., 2009				X	
		Boyd et al., 2009				X	
		Esplin et al., 2008				X	

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ					
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III	
		Goldenberg et al., 2008						X
		Plunkett et al., 2008					X	
		Plunkett & Buglia, 2008						X
		Sciscione et al., 2008					X	
		Smith et al., 2007					X	
		Surkan, 2004			X			
15. Önceki intrauterin fetal ölüm (20 hafta ve üzeri gebelik kaybı)	Yok	Black et al., 2008			X			
		Kovac et al., 2010					X	
		Menezes, 2009		X				
		Menezes, Yakoob, et al., 2009		X				
		Rasmussen et al., 2009					X	
		Said et al., 2010					X	
		Sharma et al., 2006			X			
		Sharma et al., 2007					X	
16. Önceki sezaryen doğum	Yok	Algert et al, 2008					X	

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
		Daltveit et al., 2008				X	
		Galyean et al., 2009				X	
		Getahun et al., 2006				X	
		Gray et al., 2007				X	
		Grobman et al., 2009				X	
		Hansen et al., 2008				X	
		Kennare et al., 2007				X	
		Knight et al., 2008				X	
		Macones et al., 2005				X	
		Richter et al. 2007				X	
		Silver et al., 2006				X	
		Villar et al., 2007				X	
		Wu et al., 2005				X	
		Yang et al., 2007				X	
17. Daha önce 2,500 gr altında veya 4000 gr'ın üzerinde bebek doğumu	Yok	Getahun et al., 2007				X	

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
						X	
		Lykke et al., 2010				X	
		Oron et al., 2001			X		
		Smith & Shah, 2007				X	
		Surkan et al., 2004				X	
18. Öyküsünde var olan diğer ciddi gebelik komplikasyonları	Yok	Alwan et al., 2009	X				
• Gestasyonel diyabet		Golden et al., 2009	X				
		Holmes et al., 2010				X	
		Kwak et al., 2008				X	
		Vambergue et al., 2007				X	
• İntrauterin fetal kayıp		Black et al., 2008			X		
		Measey et al., 2009			X		
		Sharma et al., 2007			X		
• Plasenta previa		Grobman et al., 2007				X	
		Lone et al., 2010				X	

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
		Yang et al., 2009				X	
• Ciddi preeklamsi		Brown et al., 2007				X	
		Lykke et al., 2009				X	
		McDonald et al., 2009				X	
		Rasmussen et al., 2009				X	
• Eklamsi		Gaugler-Senden et al., 2008				X	
		Lykke et al., 2009				X	
		Tang et al., 2009				X	
		Zhang et al., 2001				X	
• Piyelonefrit		Hill et al., 2005				X	
		Luders et al., 2010				X	
		Scholes et al., 2005				X	
• Rh uyumsuzluğu		Cotter et al., 2005					X
		Crowther & Middleton, 2003			X		
		Koelewijn et al., 2009				X	

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
		Lobato & Soncini, 2008				X	
		Schonewille et al., 2007				X	
OPTİMALİTE İNDEKSİ							
Şimdiki gebelik ile ilgili tanı ve tedaviye yönelik göstergeler							
19. İntrauterin fetal kayıp	Yok	Black et al., 2008				X	
		Froen et al., 2004				X	
		Magann et al., 2001				X	
		Measey et al., 2009				X	
		Menezes, 2009					X
		Sundby & Vangen, 2009				X	
20. Aile içi şiddet (Kullanıcı Rehberine bakınız)	Yok	Boy & Salihu, 2004.					X
		Kaye et al., 2006				X	
		Kiely et al., 2010	X				
		Rosen et al., 2007				X	
		Sharps et al., 2007					X

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
						X	
21. Diğer ciddi gebelik komplikasyonları (şimdiki gebelik)	Yok	Brabin et al., 2001				X	
• Tedaviye cevap vermeyen anemi (herhangi bir trimesterde Hgb <10 gr olması)		Kidanto, 2009					X
		Lone et al., 2004				X	
		Rasmussen, 2001				X	
		Reveiz, 2007					X
		Scanlon et al., 2000				X	
		Sloan et al., 2002		X			
• Gebelikte teşhis edilen diyabet		Crowther et al., 2005		X			
		Langer et al., 2005				X	
		Metzger et al., 2008			X		
		Moore et al., 2002				X	
		Yang et al., 2002				X	

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
• Önemli psikiyatrik öykü (teşhis edilmiş ya da hastanede yatarak ya da ilaçla tedavi edilmiş)		Jablensky et al, 2005				X	
		Webb, 2008				X	
		Wisner, 2009				X	
• Çoğul gebelik		Conde-Aguedelo et al., 2000				X	
		Ortibus, 2009				X	
		Tang et al., 2006				X	
• Plasenta previa		Bahar et al., 2009				X	
		Getahun et al., 2004				X	
		Madan et al., 2010				X	
• Preeklampsi / eklampsi		Sheiner et al., 2001			X		
		Tang et al., 2009				X	
		Villar et al., 2006				X	
• Piyelonefrit		Xiao et al., 2003				X	
		Archabald et al., 2009					X

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
		Foxman, 2002			X		
		Hill et al., 2005				X	
• Rh uyuşmazlığı		Ben-David et al., 2008				X	
		Crowther, 2003	X				
• Plasenta previa dışında bir nedene bağlı olarak 2. ya da 3. trimesterde görülen vajinal kanama		Harlev et al., 2008				X	
		Koifman et al., 2008				X	
22. Doğum öncesi bakım: ilk trimesterde başlayan (<14 hafta) ve en az 4 ziyaret	Evet	Carrolli et al., 2001	X				
		Herbst et al., 2003				X	
		Raatikainen et al., 2007				X	
		Villar et al., 2001	X				
23. Amniyosentez	Yapılmadı	Alfirevic, 2003		X			
		Alfirevic et al., 2003		X			

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
						X	
		Cederholm et al., 2003				X	
		Cederholm et al., 2005				X	
		Eddleman et al., 2006			X		
		Grobman et al., 2009				X	
24. Nonstres test/kontraksiyon stres testi/ biyofizik profil	Yapılmadı	Alfirevic & Neilson, 2003		X			
		Grivell et al., 2009		X			
25. İlaç kullanımı (Kullanıcı Rehberine bakınız)	Yok	Briggs et al., 2002					X
		Shaw et al., 2004				X	
Doğum							
26. Membranların açıldıktan sonra yapılan ilk vajinal muayene ile doğum arasında geçen süre	<24 saat	ACOG, 2002					X
		Ezra et al., 2004			X		
		Flenady & King, 2003		X			

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
27. Amniyotik sıvı	Berrak	Bhat & Rao, 2008					X
		Liu et al., 2005				X	
		Locatelli et al., 2005			X		
		Tran et al., 2003				X	
		Wong et al., 2002				X	
		Xu et al., 2009				X	
		Ziadeh & Sunna, 2000				X	
28. İndüksiyon/augmentasyon (Kullanıcı Rehberine bakınız)	Yok	Ben-Haroush et al., 2004				X	
		Caughey et al., 2009	X				
		Cammu et al., 2002				X	
		Elsedeek et al., 2009		X			
		Glantz, 2010				X	
		Heinemann et al., 2008		X			
		Lin & Raynor, 2004				X	
29. Amniyotomi	Yapılmadı	Smyth, 2007		X			

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
30. Doğumun 1. ya da 2. evresinde oral ya da enjeksiyon (IM-IV) yoluyla verilen ilaç	Hayır	Elbourne et al., 2003	X				
		Hill et al., 2003		X			
31. Eylem ve/veya doğum için epidural analjezi	Uygulanmadı	Abrao et al., 2009		X			
		Anim-Somuah et al., 2005		X			
		Beilin et al., 2005		X			
		Decca et al., 2004				X	
		Howell, 2003		X			
		Howell et al., 2002		X			
		Jain et al., 2003		X			
		Nystedt et al., 2004				X	
		O'Connell et al., 2003				X	
		Reynolds et al., 2002		X			
		Volmanen et al., 2004				X	

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
32. Eylem süresince sürekli elektronik fetal monitörizasyon (EFM) yerine fetoskop, doppler ya da aralıklı EFM kullanımı	Evet	Bailey, 2007		X			
		Gourounti & Sandall, 2007		X			
		Kassanos et al., 2003			X		
		Natale & Dodman, 2003					X
		Sisco et al., 2009					X
		Thacker et al., 2003		X			
		Williams et al., 2003		X			
33. Fetal kalp atım hızında anormallik (Kullanıcı Rehberine bakınız)	Görülmedi	Althaus et al., 2005				X	
		Haydon et al., 2006				X	
		Larma et al., 2007				X	
		Ridgeway et al., 2004				X	
		Williams & Galerneau, 2002				X	

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
34. Doğum eylemi sırasında sağlık ekibi dışında destek veren kişinin varlığı	Var	Campbell et al., 2007	X				
		Hodnett, 2003	X				
		Hodnett et al., 2007					
		McGrath & Kendell, 2008	X				
35. Spontan ıkınma	Var	Bloom et al., 2005	X				
		Hanson et al., 2002	X				
		Roberts, 2002					X
		Schaffer et al., 2005	X				
		Simpson & James, 2005	X				
		Wong et al., 2003		X			
36. Doğumun sağlıklı koşullarda gerçekleşme durumu	Evet	Olsen & Jewell, 2003	X				
		Sheiner, Shohan-Vardi, et al., 2002				X	

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
37. Doğumda sırtüstü olmayan pozisyon kullanımı	Evet	De Jonge et al., 2004	X				
		Gupta et al., 2006	X				
		Lawrence et al., 2009	X				
		Soong & Barnes, 2005			X		
		Terry et al., 2006			X		
38. Doğumdaki prezentasyon	Baş	Stitely & Gherman, 2005			X		
39. Müdahaleli vajinal doğum (Forseps ya da vakum ile doğum)	Yok	Demissie et al., 2004					X
		O'Mahony et al., 2010	X				
40. Sezaryen doğum	Yok	Bodner et al., 2011					X
		Declercq et al., 2007			X		
		Dodd et al. 2004					X
41. Epizyotomi	Uygulanmadı	Carroli & Mignini, 2009	X				
		Hartmann et al., 2005				X	
		Viswanathan et al., 2005			X		

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
					X		
42. Perinide ya da perineal dokuda sütür gerektiren 1. ya da 2. derece laserasyon (sulkus ve servikal laserasyonları da içeren)	Yok	Lai et al., 2009			X		
43. Epizyotominin ya da 1-2. derece laserasyonun, 3. ya da 4. dereceye genişlemesi	Yok	Fernando et al., 2006	X				
		Fleming et al., 2003		X			
		Lundquist et al., 2000	X				
44. Doğum eyleminin 3. evresinde ilaç uygulama (oksitosin ya da perine onarımı için kullanılan lokal anestetik hariç)	Yok	McDonald et al., 2002	X				
45. Anne ve yenidoğan arasında ten teması	Yapıldı	Anderson et al., 2003	X				

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ					
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III	
		Carfoot et al. 2003	X					
		Charpak et al., 2001	X					
		Conde-Agudelo et al., 2003	X					
		Moore et al., 2007	X					
		Rojas et al., 2003	X					
46. Plasenta retansiyonu (≥ 30 dk)	Yok	Sosa et al., 2009					X	
47. Doğum sonu kanama (Kullanıcı Rehberine bakınız)	Yok	Al-Zirqi et al., 2008					X	
		Bateman et al., 2010						X
48. Kan transfüzyonu	Yapılmadı	Jansen et al., 2005						X
49. Doğum sürecinde meydana gelen diğer ciddi komplikasyonlar	Yok	Aziz et al., 2009					X	
• Koryoamniyonit		Blume et al., 2008					X	
		Botet et al., 2010					X	
		Holzman et al., 2007					X	
		Soraisham et al., 2009					X	

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
		Onwuhafua et al., 2007				X	
• Kord prolapsusu		Kahana et al., 2004				X	
• Eklemsi		Duley 2009					X
		Knight, 2007				X	
		Zwart et al., 2008				X	
• Ablasyo plasenta		Ananth & Wilcox, 2001				X	
		Pitaphrom & Sukcharoen, 2006				X	
		Sheiner, Shoham-Vardi, Hadar, et al., 2002				X	
• Doğum sürecinde var olan preeklemsi		Gul et al., 2005				X	
		Yücesoy et al., 2005					X
• Omuz distosisi		Bjørstad et al., 2010				X	
		Rahman et al., 2009				X	

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
Yenidoğanın durumu							
50. Gebelik yaşı	37-42 hafta	Erez et al., 2005				X	
		Khashu et al., 2009				X	
		Zhang & Kramer, 2009			X		
51. Doğum ağırlığı	2500-4000 gr	Esakoff et al., 2009				X	
52. 5. dakika apgar skoru	7,8,9 veya 10	AAP and ACOG, 2006					X
		Harrington et al., 2007				X	
		Odd et al., 2008				X	
		Thorngren-Jerneck & Herbst, 2001				X	
53. Yenidoğan yoğun bakım ünitesine transfer	Yok	Brady, 2005					X
54. Konjenital anomaliler	Yok	Tennant et al., 2010				X	
55. Doğum travması ya da diğer ciddi tıbbi sorunlar	Hayır						

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
• Sepsis dışındaki bakteriyel enfeksiyonlar		Volante et al., 2004					X
• Bronkopulmoner displazi		Christou & Brodsky, 2005					X
• Kalp yetmezliği		Hoch & Netz, 2005					X
• Hipovolemi, hipotansiyon, şok		Dasgupta & Gill, 2003					X
• Intraventriküler kanama		Owens, 2005					X
• Nekrotizan enterokolit		Guner et al., 2008				X	
• Pnömoni		Hoffman et al., 2003				X	
• Persistan pulmoner hipertansiyon		Kinsella & Abman, 1995					X
		Konduri, 2004					X
• Böbrek yetmezliği		Andreoli, 2004					X
• Respiratuvar distres sendromu		Soll, 2005	X				
• Rh uyumsuzluğu		Bussel, 2003					X
• Konvülsiyon		Granelli & McGrath, 2004					X
• Sepsis		Osrin et al., 2004					X

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ					
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III	
		Schrag & Schuchat, 2005						X
		Vergnano et al., 2005						X
56. Emzirme	Evet	Donnelly et al., 2005	X					
		Dyson et al., 2005	X					
		Horvath et al., 2009	X					
		Sadauskaite-Kuehne et al., 2004					X	
		Sikorski et al., 2005	X					
		PAHO, 2002						X
57. Perinatal ölüm (doğum sonrası 72 saate kadar)	Yok	Simhan, 2010						X
Annenin sağlık personelinin bakımından ya da sağlık kurumundan taburcu edilmeden önceki durumu (72 saate kadar)								
58. Anne hastanede iken görülen ateş (38°C ya da daha yüksek) ya da enfeksiyon ya da önemli bir komplikasyon tanısı	Yok	Shipp et al., 2003					X	

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ					
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III	
		Smulian et al., 2001						X
		Yokoe et al., 2001						X
• Sistit		Evron et al., 2008					X	
• Endometrit		Chaim et al., 2000					X	
		French & Smaill, 2002	X					
		French, 2003						X
• Hematom		Saleem & Rydhström, 2004					X	
• Süturların lokal enfeksiyonu		Normand & Damato, 2001					X	
		Yokoe et al., 2004					X	
• Mastit		Barbosa-Cesnik et al., 2003						X
59. Doğum sırasında ya da sonrasında tanısı konan sağlık durumları için reçeteli ilaç tedavisi (demir ve vitamin, oral kontraseptifler, RhoGam©, rubella aşısı hariç)	Yok	Briggs, 2008						X

İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/ EN İYİ SONUÇ	KISALTILMIŞ BİBLİYOGRAFİK KAYNAKÇA	HER ALINTI İÇİN KANIT DERECELENDİRMESİ				
			I Poz	I Neg	II Poz	II Neg	III
60. Anne ölümü	Yok	Khan et al., 2006		X			
		Ronsmans et al., 2006					X
		WHO, 2005					X
		WHO, 2006					X

EK 5**Optimalite İndeksi – US****Kullanıcı Rehberi****Ağustos 2011****I. OPTİMALİTE KAVRAMI**

Perinatal sağlıkta optimalite kavramı, en az sayıda müdahale ile olası “en iyi” sonucu elde etmeyi hedeflemektedir. Gebelik ve doğum, herhangi bir müdahale gerektirmeyen normal fizyolojik olaylardır. Optimalite kavramı da bu felsefeden yola çıkmaktadır. Bu kavram, kadının dinamik ihtiyaçlarına cevap veren bakımı yürütmek için çerçeve sağlayan kadının sağlık durumunu ifade etmektedir. Perinatal sağlık hizmetlerinde optimalite, kadının değişen sağlık durumunda minimum müdahale ile maksimum perinatal sonuca ulaşılma olarak tanımlanmaktadır.

II. OPTİMALİTENİN ÖLÇÜLMESİ

Optimalite İndeksi-US (OI-US); araştırmanın odağını, nadiren görülen olumsuz olaylardan, bakım süreçlerinin ve kanıta dayalı en iyi bakım sonuçlarının elde edildiği optimal olaylara doğru yönlendiren mükemmel bir ölçme aracıdır.

Perinatal Özgeçmiş İndeksi (PÖİ), 14 maddeden oluşmaktadır; maternal bakım alan kadınları önceden var olan perinatal risklere göre sınıflandırmakta ve böylece sonuçların değerlendirilmesinde gruplar arasında karşılaştırmalar yapılabilmektedir. Bu bölümdeki maddeler, “optimal olan ya da olmayan” şeklinde değil, kanıta dayalı obstetrik riskler derecelendirilerek puanlanmaktadır.

Optimalite İndeksi (OI), 4 perinatal alanda yer alan 42 maddeden oluşmaktadır: Şimdiki gebelik ile ilgili tanı ve tedaviye yönelik göstergeler, doğum, yenidoğanın durumu, annenin sağlık personelinin bakımından ya da sağlık kurumundan taburcu edilmeden önceki durumu. Optimalite kriterleri, güncel obstetrik literatürden, özellikle de gebelik ve doğum sırasındaki bakımın kanıta dayalı etkinliğini değerlendiren çalışmaların incelenmesi sonucu ortaya çıkarılmıştır. Her bir madde için, mevcut en iyi kanıta dayalı optimal bir sonuç önerilmektedir.

Ölçüme dair önemli bir husus

Optimalite kavramı, kadının perinatal deneyimi süresince, herhangi bir müdahaleye maruz kalmamasını optimalite olarak ifade etmektedir. Bu nedenle; mevcut bir risk faktörü ya da komplikasyona yönelik en uygun şekilde müdahale yapılsa bile, ilgili madde “optimal değildir” şeklinde işaretlenmektedir. Bu, optimalite kavramında, risk olmadığında müdahale olmaması gerekliliği yaklaşımından kaynaklanmaktadır. Yaşamı kurtarmaya yönelik alınacak önlemler, olumlu (yardımcı, önemli, gerekli, yerinde) bir uygulama olarak görülebilir. Ancak, müdahalenin gerekli görülmesi, optimal bir durumu yansıtmamaktadır. Bu nedenle, indeksin ölçüm aracı olarak kullandığı durumlarda, ilgili maddeler optimal olarak işaretlenmemelidir.

III. İNDEKSİN PSİKOMETRİK VE KLİNİMETRİK ÖZELLİKLERİ

A. Geçerlilik

OI-US, klinimetrik bir araçtır. Bu tür bir ölçüm indeksi, en basit haliyle klinik bir olayın gerçekleşip gerçekleşmediğini belgelemektedir. (Apgar skoru’nu değerlendirme formunun kullanılması gibi).

OI-US, kapsam (içerik) geçerliliği bulunan bir araçtır. İndeks içerisinde yer alan maddeler, kanıt dayalı literatürde optimal sonuçların elde edildiğine ilişkin kanıtlar varsa kullanılmaktadır. Her bir madde, güncel literatürde yer alan çalışmalar kaynak gösterilerek desteklenmektedir (randomize klinik çalışmalar, kohort çalışmaları, sistematik incelemeler ya da uzman görüşleri). İndeks maddelerinin geçerliliğini destekleyen kanıt olarak gösterilen kaynaklar ve çalışmalar, kanıtın kalitesini değerlendirmek için derecelendirme sistemine göre sınıflandırılmıştır. Bu derecelendirme şekli, klinik uygulama rehberinin kullanımında “önerinin gücü” olarak ifade edilebilir. Kontrollü klinik çalışmalar olmadığı zaman, ihtiyaca cevap vermek için “öneri gücü”nü farklı şekilde derecelendiren derecelendirme biçimleri geliştirilmiştir.

B. Duyarlılık

Bu indeksin farklılıkları detaylı düzeyde yeterince ayırt edebilmesi, OI-US’in kavramsal değerinde önemli bir yöndür. Nadiren ortaya çıkan sonuçları

ölçen araçlar, bu olayları deneyimlemeyen kadın grupları arasında farkı belirleyememektedir. Duyarlılık, pilot çalışmalarda da gösterilmiştir. Low ve ark (2008)'nin yaptıkları bir geçerlik çalışmasında, ölçme aracının sağlıklı kadın grupları karşılaştırıldığında, sürecin ve sonucun optimalitesi arasında farkı belirleyebilme kapasitesine ilişkin ayrıca bir kanıt sağlamışlardır.

C. Güvenilirlik

Klinimetrik bir araçta bulunan her bir maddenin, ölçülen kavramın anlaşılabilirliğine katkıda bulunması amaçlanmaktadır. Bu nedenle; bu klinimetrik aracın güvenilirliğinin uygun ölçülebilmesi, gözlemciler arası ve gözlemler içi uyumun gösterilmesi ile ölçümün tekrar edilebilirliğinin değerlendirilebilmesidir. Güvenilirliğin, birçok kez değerlendirmesi yapılmıştır. Gözlemciler arasında güvenilirlik, veri setinde yer alan tüm indeks maddeleri için, %88-%98 uzlaşma oranına ulaşmalı ya da bunu geçmelidir. Gözlemciler arası güvenilirlik değerlendirmesinin, kurumlar arasındaki bakım uygulamalarının ve dökümantasyon prosedürlerinin farklı olması nedeni ile her yeni çalışmada indeks kullanılmadan önce yapılması gerekmektedir (Seng ve ark., 2008).

IV. OPTİMALİTE İNDEKSİ-US'İN KULLANIMINA İLİŞKİN AÇIKLAMALAR

A. Kullanıcıların aşağıdaki önemli noktalara dikkat etmeleri gerekmektedir.

Bir: OI-US, belirli bir bölgeye, kuruma, uygulama grubuna veya meslek grubuna ait toplam sonucu tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır. Örneğin, benzer özelliklere sahip diğer kadınlar ile karşılaştırıldığında, bir kurumda elde edilen skorların düşük olması, bakım süreçlerindeki farklılıklar hakkında bilgi verebilmektedir. OI-US, bir kadının gebelik sonucunu optimal ya da optimal değil olarak değerlendirmek amacıyla kullanılmamaktadır.

İki: OI-US'in, perinatal sürecin tümün yansıtması hedeflenmektedir. Araştırmada yer alacak kadınları, OI-US'de yer alan değişkenlere (örneğin sezaryen doğuma karşılık vajinal doğum) göre seçmek uygun bir yöntem değildir. İndeks

kullanıcılarının, indeks içerisinde yer alan belirli maddeleri seçip diğerlerini elemeleri de uygun değildir. Eksik veri söz konusu olduğunda; her bir klinik alanın, ilgili alan içerisinde bulunan ve “**Gerekli**” olarak nitelenen maddeler tarafından temsil edilmesi oldukça önem taşımaktadır; aksi takdirde OI-US’in kullanımı geçersiz olacaktır.

Üç: OI-US’de yer alan PÖİ, paritesine bakmaksızın mevcut gebelikleri sırasında tüm kadınları ilgilendiren maddeleri kapsamaktadır. Bununla birlikte, PÖİ’de, sadece daha önceden gebeliği olan kadınlar için geçerli olan yedi madde bulunmaktadır. Bu maddeler, doğum aralığı, doğum sayısı, önceki preterm doğum, önceki intrauterin fetal ölüm, önceki sezaryen doğum, daha önce 2500 gr altında veya 4000 gr üzerinde bebek doğumu ve öyküsünde varolan gebelik komplikasyonları gibi geçmişe yönelik bilgileri yansıtmaktadır.

PÖİ, nullipar kadınlar için kullanıldığında, yukarıda bahsedilen bu maddelerin olumsuz olmaları mümkün olmayacağından, tüm bu maddeler optimal olarak değerlendirilebilmektedir. Bu nedenle, araştırmanın popülasyonunu sadece nullipar kadınlar oluşturuyorsa, bu maddelerin araştırma popülasyonu ile ilgili olmaması nedeni ile araştırmacı bu maddeleri toplam skordan çıkarabilmektedir. PÖİ’nin hesaplanmasında kullanılan payda, PÖİ için olası en yüksek skor olan 18’den 11’e düşürülmektedir.

Eğer araştırma popülasyonu içerisinde hem nullipar hem de multipar kadınlar yer alıyorsa, indeks kullanıcıları için iki seçenek bulunmaktadır:

- Aksi belirtilene kadar ilk gebeliğin düşük risk konumu oluşturacağı varsayılacağından, PÖİ’de yer alan maddelerin tamamı örneklem içerisinde yer alan tüm kadınlar için geçerli olacaktır. Payda değeri (skorlamada kullanılan maddelerin sayısı), örneklemdaki tüm kadınlar için aynı olmaktadır (n=18).
- Nullipar kadınlar için skor hesaplanırken, daha önceden gebeliği olan kadınlar için geçerli olan yedi madde paydadan çıkarılabilir (n=11). Ancak multipar kadınlar için skor hesaplanırken bu maddeler hesaba katılmalıdır (n=18). Bu durumda, yüzdelik skorların ayrı ayrı verilmesi gerekmektedir.

PÖİ ve Oİ skorları, bir orantıdır ve bu oransal skor, örneklem arasında karşılaştırılabilmektedir. Parite ile ilgili bilgilerin burada verilmesinin amacı; karışık

bir örneklem kullanılacağı zaman, OI-US'i kullanacak olan araştırmacıların önceden karar vermeleri gerektiği konusunda uyarmak açısındandır.

Dört: Bazı araştırmacılar, OI-US'in karşılaştırma (benchmarking) amacıyla kullanabileceğini düşünmektedir. Bununla birlikte, OI-US, maternal bakım uygulamasının kalitesini karşılaştırmak amacıyla kullanılmamalıdır. OI-US, bakım uygulamaları ve sağlık sonuçları için bilimsel kanıtlara göre optimal sonuç olarak değerlendirilen durumları ele almaktadır. Bununla birlikte, OI-US, risk durumunun değiştiği durumlarda yapılan müdahalelerin uygun ya da gerekli olduğu konusunda bir değerlendirme sunmamaktadır. Örneğin, eğer bir kadın doğum servisine membranları açılmış ve mekonyumlu amniyon sıvısıyla gelirse, fetal monitorizasyon fetüsün sağlık durumunu değerlendirmek için uygun bir yöntem olacaktır. Eğer fetal kalp atımları şüpheli ise, IV sıvı uygulaması düşünülebilir ve fetüsün kafa derisine takılacak elektrotlarla sürekli olarak izlenmesi zorunlu görülebilir. Bu durumda, her ne kadar bakım, değişen risk faktörleri sebebiyle uygun görülse de, bu kişinin alacağı OI-US skoru, yukarıda bahsedilen risk durumundaki değişimi ele alamadığından dolayı düşük olacaktır. Bu sebeple bu indeks, belli bir uygulamanın ya da koşulun bir diğerine göre daha optimal sonuçlar ortaya koyduğunu göstermek için kullanılmamaktadır. Aksine, OI-US, müdahalelerin kullanımı ve bakım sürecindeki değişiklikleri ele almaktadır. OI-US, bakım uygulamalarını (örneğin fetal monitorizasyon), kanıtlarla uyumlu olup olmamasına göre puanlanmaktadır. Bu nedenle, OI-US'i karşılaştırma aracı olarak kullanarak belirli bir uygulamanın ya da koşulun bir diğerine göre daha optimal sonuçlar ortaya koyduğunu göstermek, değişen riskleri ve belirli bir durumda yapılan müdahalenin uygunluğunu doğru bir şekilde yansıtmayacaktır. Müdahalenin tıbben gerekli olduğu durumlarda bile, gerekçesi dikkate alınmaksızın müdahalenin uygulanması gerekiyorsa, bu durum optimal değildir ve bu nedenle, OI-US'de yer alan ilgili maddenin puanı negatiftir.

B. Kodlama ilkeleri

İndeks kullanıcıları için geliştirilen kodlama ve skorum kılavuzu'nda aşağıda yer alan bilgiler yer almaktadır:

- Her bir madde için optimal sonucun açık tanımları,

- Her bir maddenin ölçümü ile ilgili kurallar, örneğin; gözlem süresi
- Belirli bir sağlık kurumunda indeks maddesinin geçerliliğine ilişkin karar verme ile ilgili öneriler.

C. Eksik veri

İki tür eksik veri bulunmaktadır:

- Belirli bir kurumun kayıtlarında hiçbir zaman yer almayacak maddeler (Genel eksik veri)
- Kayıtlarda bulunması gereken ancak çizelgede yer almayan maddeler (Eksik veri)

Kodlama ve skora kılavuzu, araştırmacıların bazı maddeleri “geçerli değil” şeklinde kodlamalarına olanak sağlamaktadır. Bu durumda, Oİ’nin ve/veya total OI-US’in hesaplanmasında kullanılan payda değeri, “geçerli değil” olarak kodlanan maddelerin sayısının çıkartılması ile bulunmaktadır. Eksik veri söz konusu olduğunda; her bir klinik alanın, ilgili alan içerisinde bulunan ve “**Gerekli**” olarak nitelenen maddeler tarafından temsil edilmesi oldukça önem taşımaktadır; aksi takdirde OI-US’in kullanımı geçersiz olacaktır (İlgili gösterimler için kodlama ve skora kılavuzu’na bakınız).

Belirli bir kurumda “**genel eksik veri**” (**Kod 8**) olabilen fakat kodlama ve skora kılavuzu’nda “**Gerekli**” olarak nitelenen maddeler bulunabilmektedir. Araştırma ekibinin, araştırmaları kapsamında bu maddeler ile ilgili bir karara varmaları gerekmektedir. *Ancak*, belirli bir klinik alanda, geriye kalan maddeler %50’den az ise, OI-US bir ölçme aracı olarak kullanılmamalıdır.

V. **SKORLAMA İLE İLGİLİ AÇIKLAMALAR**

OI-US kullanıldığında, olumlu sonuçlar elde edileceği varsayılmaktadır. Elde edilen skorlar total olarak toplanmamakta, bunun yerine toplam optimal skor varsayılmakta ve sağlanmayan her bir optimal kriter için, olası toplam skordan bir puan çıkarılmaktadır. Eksik olan maddeler payda değerinden çıkarılmaktadır.

Elde edilen yüzdeler skor rapor edilmektedir.

PÖİ ve Oİ birbirlerinden ayrı şekilde puanlanmakta ve “PÖİ skoru” ve “Oİ skoru” olarak ayrı rapor edilmektedir. PÖİ skoru, araştırmacının karşılaştırma

yaptığı iki ya da daha fazla grup arasında benzerlik ya da fark bulunup bulunmadığını değerlendirmesini sağlamaktadır. Eksik olan maddeler payda değerinden çıkarılmaktadır. **Elde edilen yüzdellik skor rapor edilmektedir.**

Oİ skoru, PÖİ’de değinilen durumların oluşturduğu etkilerden bağımsız olarak, bakım süreci ve sonuçlarını raporlama fırsatı sunmaktadır. Eksik olan maddeler paydadadan çıkarılmaktadır. **Elde edilen yüzdellik skor rapor edilmektedir.**

OI-US, **alt ölçekler içermemektedir.** Oİ’de yer alan maddeler, perinatal alanlar içerisinde (örneğin, antepartum, intrapartum gibi) mantıksal bir şekilde düzenlenmişlerdir; fakat bu alanlar ayrı ayrı puanlanamamaktadır.

PÖİ ve Oİ’den elde edilen skorlar, OI-US’in toplam skorunu (Total OI-US) oluşturmak üzere birleştirilebilmektedirler. Böylece, “grup içinde” ve “gruplar arasında” yer alan farklılıklar değerlendirilebilmektedir. Ancak bu skorun, PÖİ skoru tarafından belirlendiği şekilde, grupların benzerlikleri ya da farklılıkları temel alınarak rapor edilmesi gerekmektedir. Eksik olan maddeler paydadadan çıkarılmaktadır. **Elde edilen yüzdellik skor rapor edilmektedir.**

VI. OPTIMALITE İNDEKSİ’NİN KULLANIMINDAKİ SINIRLILIKLAR

- OI-US, retrospektif bir veri toplama aracı olarak geliştirilmiştir ve bu nedenle yazılı ya da elektronik ortamda yer alan birçok veriye ulaşamayabilmektedir. Bununla birlikte, OI-US, prospektif olarak da kullanılabilir. Kullanıcılar, tüm OI-US maddelerinin yer aldığı bir prospektif veri toplama aracı hazırlayabilirler.
- OI-US, kadının aldığı bakımdan memnuniyetini değerlendirmemektedir. Kullanıcılar, bu tür değerlendirmeler için OI-US ile birlikte kullanacakları ikinci bir ölçüm aracı belirleyebilmektedirler. Belirli bir ölçüm aracı önerilmemekle birlikte aşağıda yer alan iki ölçek OI-US ile birlikte kullanılabilir.
 - COMFORTS ölçeği (Janssen P, Dennis C, Reime B. Development and psychometric testing of the Care in Obstetrics: Measure for Testing Satisfaction (COMFORTS) ölçeği. Research in Nursing & Health. 2006; 29:51-60.).

- SMSS-normal doğum ölçeği (Scale for Measuring Maternal Satisfaction in Normal Birth (Gungor I, Beji NK. Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth. Midwifery. 2011; doi:10.1016/j.midw.2011.03.009).
- OI-US, bir kadının aldığı bakımı, optimal ya da optimal değil olarak değerlendirmek amacıyla geliştirilmemiştir (örneğin, belirli bir durumda yapılan müdahaleler uygun ya da hayat kurtarıcı olabilir. Buna rağmen, bakım sırasında uygulanan yöntem, en iyi durumda neyin optimal olduğu yönünde yargılanmaktadır.)
- OI-US, bir risk değerlendirme aracı değildir. İndekste yer alan birçok madde, standart risk değerlendirme araçlarında yer alan risk faktörleri ve olumsuz olaylarla ilişkili olsa da, bu indeks riskleri değerlendirmemektedir.
- OI-US, karşılaştırma (benchmarking), meslek gruplarının çalışmalarını değerlendirme ya da kalite değerlendirme aracı değildir.
- Karşılaştırma, uygulamanın ölçülebileceği genel bir standart sağlanarak, kaliteyi arttırmak amacıyla kullanılmaktadır. Optimalite, en iyi uygulamayı destekleyen kanıtlara göre olması gerekeni ölçmektedir.

EK 6 - İNGİLİZCE-TÜRKÇE UYUMLULUK DERECELENDİRME FORMU

OI-US Orijinal Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
Index Item	Lowest Risk/ Optimal Outcome	Endeks Maddesi	Asgari Risk/ Optimal Sonuç	Endeks Maddesi	En Az Risk/ En İyi Sonuç	Endeks Maddeleri	En Düşük Risk/ En İyi Çıktı
OPTIMALITY INDEX-US		OPTİMALİTE ENDEKSİ- US		ENİYİLİK DEĞERLENDİRMESİ (OPTİMALİTE ENDEKSİ) – ABD		ENİYİLİK DİZİNİ (OPTIMALİTE ENDEKSİ) - ABD	
PERINATAL BACKGROUND INDEX		PERİNATAL GEÇMİŞ ENDEKSİ		PERİNATAL GEÇMİŞ ENDEKSİ		PERİNATAL GEÇMİŞ (ÖZGEÇMİŞ) İNDEKSİ	
Social and medical background		Sosyal ve tıbbi geçmiş				Sosyal ve Tıbbi Geçmiş	
1. Marital Status	(as if) married	1. medeni hal	(örn.) evli	1. Medeni Durum	Evli (ya da birlikte yaşıyor)	1. Medeni durum	(gibi) evli
2. ethnic minority • White – nonHispanic • Hispanic • Native American /Alaskan Indian • African-American	no	2. etnik azınlık • Beyaz- İspanyol olmayan • İspanyol • Amerika Yerlisi /Alaska Kızılderlisi • Afrikalı/Amerikalı	hayır	2.Etnik Köken • Beyaz - Hispanik olmayan • Hispanik • Amerikan ya da Alaska Yerlisi Zenci Amerikalı	yok	2. Etnik azınlık • Beyaz-İspanyol değil • İspanyol • Yerli Amerikan /Alaskalı Kızıldereli • Afrikalı Amerikan	Hayır

OI-US Orijinal Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
Index Item	Lowest Risk/ Optimal Outcome	Endeks Maddesi	Asgari Risk/ Optimal Sonuç	Endeks Maddesi	En Az Risk/ En İyi Sonuç	Endeks Maddeleri	En Düşük Risk/ En İyi Çıktı
<ul style="list-style-type: none"> • SouthEast Asian (Vietnamese, Lao, Cambodian) Asian Pacific Islander • Chinese • Eastern Asian (Korean, Japanese) • East 		<ul style="list-style-type: none"> • Güneydoğu Asyalı (Vietnamlı, Lao, Kamboçyalı) Asya Pasifik Adalarından • Çinli • Doğu Asyalı (Koreli/Japon) • Doğu Hintli/Pakistanlı 		<ul style="list-style-type: none"> • Güneydoğu Asyalı (Vietnamlı, Laoslu, Kamboçyalı), Asya-Pasifik Adaları kökenli • Çinli • Doğu Asyalı (Koreli, Japon) • Hint/Pakistanlı 		<ul style="list-style-type: none"> • Güneydoğu Asyalı (Vietnamlı, Lao, Kamboçyalı)Asya Pasifik Adalı • Çinli • Doğu Asyalı (Koreli, Japon) • Doğu Hindistanlı /Pakistanlı 	
3. smoking	none	3. sigara kullanımı	yok	3. Sigara Kullanımı	yok	3. Sigara içme	Hayır
4. alcohol	none	4. alkol	yok	4. Alkol Kullanımı	yok	4. Alkol	Hayır
5. drug use	none	5. madde kullanımı	yok	5. Uyuşturucu Madde Kullanımı	yok	5. İlaç kullanımı	Hayır
6. pre-pregnancy body mass index (weight [in kg] / height [in meters] ²) [Institute of Medicine and WHO Standards]	Normal weight range BMI 18.5 – 24.9	6. gebelik öncesi vücut kitle indeksi (ağırlık [kg] / boy [metre] ²) [Tıp Enstitüsü ve WHO Standartları]	Normal ağırlık aralığı BMI 18.5 – 24.9	6. Gebelik öncesi Beden-Kitle Endeksi (ağırlık [kg]/ boy [m] ²) [Institute of Medicine ve WHO Standartları]	Normal kilo aralığın da BMI 18,5 – 24,9	6. Gebelik öncesi beden kitle indeksi (kilo[kg]/boy[metre] ²) (Tıp Enstitüsü ve Dünya Sağlık Örgütü Standartları)	Normal kilo değeri aralığı BKİ 18.5-24.9
7. age	18-40	7. yaş	18-40	7. Yaş	18 - 40	7. Yaş	18-40

OI-US Orijinal Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
Index Item	Lowest Risk/ Optimal Outcome	Endeks Maddesi	Asgari Risk/ Optimal Sonuç	Endeks Maddesi	En Az Risk/ En İyi Sonuç	Endeks Maddeleri	En Düşük Risk/ En İyi Çıktı
8. preexisting, major, chronic, disease	no	8. önceden varolan, önemli, kronik hastalık	yok	8. Daha Önceden Mevcut Önemli, Kronik Rahatsızlıklar	yok	8. Daha önceden varolan, major, kronik hastalık	Hayır
hypertension		hipertansiyon		Yüksek Tansiyon		Hipertansiyon	
chronic renal disease		kronik böbrek hastalığı		Kronik Böbrek Yetmezliği		Kronik renal hastalık	
Diabetes (nongestational)		diyabet (non-gestasyonel)		Diyabet (Gestasyonel olmayan)		Diyabet (Gestasyonel diyabet değil)	
heart disease class II-IV		kalp hastalığı sınıf II-IV		Kalp Rahatsızlığı (II-IV. Sınıf)		Kalp hastalığı II-IV. sınıf	
HIV antibody positive		HIV antikor pozitif		HIV Pozitif Olup Olmadığı		HIV Antikoru pozitif	
major psychiatric history (treated with drugs or inpatient therapy)		Majör psikiyatrik hastalık geçmişi (ilaçla ya da yatarak tedavi edilmiş)		Daha Önce Geçirilen Önemli Psikiyatrik Rahatsızlık (İlaçla ya da hastanede yatarak tedavi görmüş)		Majör psikiyatrik öykü (Hastanede yatarak ya da ilaçla tedavi edilmiş)	
9. inter-pregnancy interval between index pregnancy and previous viable birth > 18 months and < 60 months	yes	9. gebelik aralığı, endeks gebeliği ile bir önceki canlı doğum > 18 aylık ve < 60 aylık	var	9. Mevcut Gebelik ile Bir Önceki Canlı Doğum Arasında Geçen Sürenin 18 ila 60 Ay Arasında Olup Olmadığı	Evet	9. Şimdiki gebelik ve önceki canlı doğum arasındaki gebelik aralığı > 18 ay ve < 60 ay	Evet

OI-US Orijinal Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
Index Item	Lowest Risk/ Optimal Outcome	Endeks Maddesi	Asgari Risk/ Optimal Sonuç	Endeks Maddesi	En Az Risk/ En İyi Sonuç	Endeks Maddeleri	En Düşük Risk/ En İyi Çıktı
10. previous preterm delivery < 37 weeks	no	10. önceki preterm doğum < 37 hafta	yok	10. Daha Önce 37 haftalıktan Erken Doğum Yapıp Yapmadığı	Hayır	10. Önceki preterm doğum < 37 Hafta	Hayır
11. previous intrauterine fetal death	no	11. önceki intrauterin fetus ölümü	yok	11. Daha Önce Anne Karnında Bebek Ölümü (Intrauterin Fetüs Ölümü)	Yok	11. Önceki intrauterine fetal ölüm	Hayır
12. previous Cesarean section	no	12. önceki sezaryen doğumlar	yok	12. Daha Önce Sezaryen Doğum	Yok	12. Önceki sezaryen doğum	Hayır
13. previous baby < 5 1/2 pounds at birth	no	13. önceki bebeklerin doğum ağırlığı < 5 1/2 pounds	yok	13. Daha Önce 2,450 gr altında Bebek Doğumu	Yok	13. Önceki bebek doğumda < 2500 gr	Hayır
14. other serious antepartum complications (history of)	no	14. diğer ciddi antepartum komplikasyonu (geçmiş)	yok	14. Daha Önce Yaşanmış Diğer Ciddi Doğum Sonrası Rahatsızlıklar	Yok	14. Diğer ciddi antepartum komplikasyonlar (Öykü)	Hayır
• gestational diabetes		• gestasyonel diyabet		• Gebelikte Ortaya Çıkan Diyabet (Gestasyonel Diyabet)		• Gestasyonel diyabet	
• intrauterine fetal demise		• intrauterin fetus ölümü		• Anne Karnında Bebek Ölümü		• İntrauterin fetal kayıp	

OI-US Orijinal Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
Index Item	Lowest Risk/ Optimal Outcome	Endeks Maddesi	Asgari Risk/ Optimal Sonuç	Endeks Maddesi	En Az Risk/ En İyi Sonuç	Endeks Maddeleri	En Düşük Risk/ En İyi Çıktı
• placenta previa		• plasenta previa		• Önde Gelen Plasenta (placenta previa)		• Plasenta previa	
• preeclampsia		• preeklampsi		• Pre-Eklampsi		• Preeklampsi	
• eclampsia		• eklampsi		• Eklampsi (Havale)		• Eklampsi	
• pyelonephritis		• pyelonefrit		• Piyelonefrit		• Pyelonefrit	
• Rh sensitization		• Rh sensitizasyonu		• Rh Uyuşmazlığı		• Rh Uyuşmazlığı	
Present pregnancy, diagnostic and therapeutic measures		Mevcut gebelik, tanı ve tedavi ölçekleri		Mevcut Gebelik Hakkında Teşhis ve Tedavi Önlemleri		Şimdiki Gebelik, Tanısal ve Tedaviye Yönelik Ölçümler	
15. intrauterine fetal demise	no	15. intrauterin fetus ölümü	yok	15. Anne Karnında Bebek Ölümü	Hayır	15. İntrauterin fetal kayıp	Hayır
16. domestic violence (includes intimate partner)	no	16. aile içi şiddet (eş ve partner dahil)	yok	16. Ev İçi Şiddete Maruziyet (yakın eş/partner tarafından yapılan)	Hayır	16. Aile içi şiddet (gizli partneri içeren)	Hayır
17. other serious antepartum complications (current pregnancy)	no	17. diğer ciddi antepartum komplikasyonları (mevcut gebelik)	yok	17. Diğer Ciddi Doğum Öncesi Komplikasyonlar (Mevcut Gebelik)	Hayır	17. Diğer ciddi antepartum komplikasyonlar (Şimdiki gebelik)	Hayır
• anemia (Hgb < 10 gm in any trimester) – not improved with treatment	no	• anemi (Hgb < 10 gm her trimestrede) – tedavi ile düzelmeyen	yok	• Tedaviye cevap vermeyen anemi (Herhangi bir trimesterde Hgb<10 gm olması)	Hayır	• Anemi (Hgb<10 gr herhangi bir trimesterde)- tedavi ile iyileşmeyen	Hayır

OI-US Orijinal Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
Index Item	Lowest Risk/ Optimal Outcome	Endeks Maddesi	Asgari Risk/ Optimal Sonuç	Endeks Maddesi	En Az Risk/ En İyi Sonuç	Endeks Maddeleri	En Düşük Risk/ En İyi Çıktı
• diabetes diagnosed in pregnancy		• gebelik sırasında teşhis edilmiş diyabet		• Gebelikte Teşhis Konmuş Diyabet		• Gebelikte teşhis edilen diyabet	
• major psychiatric history (formally diagnosed or treated with drugs/inpatient therapy)		• major psikiyatrik hastalık geçmişi (tanısı konmuş veya ilaçla/yatarak tedavi edilmiş)		• Önemli Psikiyatrik Rahatsızlık Geçmişi (Tıbben teşhis edilmiş ya da ilaçla/hastanede tedavi görmüş)		• Majör psikiyatrik öykü (Teşhis edilmiş ya da hastanede yatarak ya da ilaçla tedavi edilmiş)	
• multiple birth (twins or higher number of births anticipated)		• çoğul doğum (ikiz veya daha fazla bebek öngörülmesi)		• Çoklu Doğum (İkiz ya da daha yüksek sayıda bebek beklentisi)		• Çoğul doğum (beklenen doğumların ikiz ya da daha fazla sayıda olması)	
• placenta praevia		• plasenta previa		• Önde Gelen Plasenta (placenta previa)		• Plasenta previa	
• pre-eclampsia (diagnosed in antepartum period)		• preeklampsi (antepartum periyodunda tanısı konmuş)		• Pre-Eklampsi (Doğum öncesi dönemde teşhis edilmiş)		• Pre-eklemsi (antepartum dönemde tanısı konan)	
• pyelonephritis		• pyelonefrit		• Piyelonefrit		• Pyelonefrit	
• Rh sensitization		• Rh sensitizasyonu		• Rh Uyuşmazlığı		• Rh Uyuşmazlığı	

OI-US Orijinal Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
Index Item	Lowest Risk/ Optimal Outcome	Endeks Maddesi	Asgari Risk/ Optimal Sonuç	Endeks Maddesi	En Az Risk/ En İyi Sonuç	Endeks Maddeleri	En Düşük Risk/ En İyi Çıktı
• Vaginal bleeding in 2nd or 3rd trimester, from cause other than placenta praevia.		• Plasente previa haricinde bir sebeple 2. ya da 3. trimestrede vajinal kanama.		• 2. Ya da 3. Trimesterde Placenta Praevia Dışında Bir Nedenden Kaynaklanan Vajinal Kanama		• Placenta previa dışında bir nedene bağlı olarak 2. ya da 3. trimesterde görülen vajinal kanama	
18. prenatal care: initiation in first trimester (<14 weeks) and minimum of 5 visits	yes	18. prenatal bakım: ilk trimester ile başlayan (<14 hafta) ve asgari 5 muayeneden oluşan	evet	18. Doğum öncesi bakım: 1. trimesterde (14. haftadan önce) başlanıp başlanmadığı ve en az 5 ziyaret gerçekleşip gerçekleşmediği	Evet	18. Prenatal bakım: ilk trimesterde başlama (<14 hafta) ve en az 5 ziyaret	Evet
19. amniocentesis NOTE: that if CVS is documented, a note should be added to the abstraction record	no	19. amniyosentez NOT: CVS belgelenmişse, soyutlama kaydına not düşülmelidir	yok	19. Amniyosentez Uygulanıp Uygulanmadığı NOT: Eğer CVS belgesi varsa döküm kaydına not olarak eklenmelidir	Hayır	19. Amniyosentez Not: Eğer koryonik villus örnekleme yapılmışsa, kısaltılmış kayıtlara not eklenmelidir	Hayır

OI-US Orijinal Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
Index Item	Lowest Risk/ Optimal Outcome	Endeks Maddesi	Asgari Risk/ Optimal Sonuç	Endeks Maddesi	En Az Risk/ En İyi Sonuç	Endeks Maddeleri	En Düşük Risk/ En İyi Çıktı
20. nonstress test/contraction stress test/biophysical profile	no	20. non-stres testi/kasılma stresi testi/biyofiziksel profil	yok	20. Nonstres Testi/Kontraksiyon Stres Testi/ Biyofiziksel Profil	Hayır	20. NST/CST/biyofiziks el profil	Hayır
21. medication use	no	21. ilaç kullanımı	yok	21. İlaç Kullanımı	Hayır	21. İlaç kullanımı	Hayır
Parturition		Doğum		Doğum		Doğum	
22. period of time between first digital examination following rupture of membranes and birth	24 hours	22. membran rüptürü ile doğumu takiben yapılan ilk dijital muayene arasındaki süre	24 saat	22. Membranların Yırtılmasını Takiben Yapılan İlk Dijital Muayene ile Doğum Arasında Geçen Süre	24 saat	22. Membranların rüptürünü takiben ilk dijital muayene ile doğum arasındaki süre	24 saat
23. amniotic fluid	clear	23. amniyotik sıvı	berrak	23. Amniyotik Sıvı	Temiz	23. Amniyotik sıvı	Hayır
24. induction/augmentation of labor	no	24. doğumun başlatılması/hızlandırılması	hayır	24. Travayda İndüksiyon/Suni Sancı Uygulaması	Hayır	24. indüksiyon/doğumun hızlandırılması	Hayır
25. amniotomy	no	25. amniyotomi	yok	25. Amniyotomi Uygulaması	Hayır	25. Amniyotomi	Hayır
26. oral or injectable (IM or IV) medication during first or second stage of labor	none	26. doğumun birinci ya da ikinci evresinde ağızdan veya damar yoluyla (IM veya IV) verilen ilaç	yok	26. Travayın 1. ya da 2. Aşamasında Oral ya da Enjeksiyon Yoluyla (IM ya da IV) İlaç Uygulaması	Yok	26. Doğumun ilk ya da ikinci devresinde oral ya da enjektabl (IM-IV) ilaç uygulaması	Hiç

OI-US Orijinal Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
Index Item	Lowest Risk/ Optimal Outcome	Endeks Maddesi	Asgari Risk/ Optimal Sonuç	Endeks Maddesi	En Az Risk/ En İyi Sonuç	Endeks Maddeleri	En Düşük Risk/ En İyi Çıktı
27. epidural analgesia for labor and/or birth	no	27. epidural anestezi	hayır	27. Travay ve/veya Doğum İçin Epidural Analjezi Uygulaması	Hayır	27. Doğum eylemi/doğum için epidural analjezi	Hayır
28. fetoscope, Doppler, or intermittent electronic monitoring during labor (rather than continuous electronic fetal monitoring)		28. Doğum sırasında fetoskopi, Doppler veya aralıklı elektronik gözleme (fetusun sürekli gözlenmesi yerine)	evet	28. Travay Süresince Fetoskopi, Doppler ya da Aralıklı Elektronik Gözleme Yöntemleri Kullanımı (Sürekli Elektronik Fetal Gözleme dahil değildir)	Evet	28. Eylemi süresince fütoskop, Doppler ya da aralıklı elektronik monitarizasyon (Sürekli elektronik fetal monitarizasyonunun yerine)	Evet
29. fetal heart rate abnormalities that altered management of the labor process (SEE CODE BOOK!)		29. fetusta doğum sürecini değiştiren kalp hızı anormalliği (KOD REHBERİNE BAKINIZ!)	hayır	29. Travay Sürecince Değişikliğe Yol Açan Fetal Nabız Anormallikleri (Kod kitabına bakınız!)	Hayır	29. Doğum eylemi sürecinin yönetimini değiştirecek fetal kalp hızı anomalileri (KOD KİTABINA BAKINIZ)	Hayır
30. presence of a support person during labor (other than care provider)	yes	30. doğum sırasında destek veren kişi (sağlık ekibi haricinde)	evet	30. Doğum Anında Anne Yanında Destekçi Kişi Bulunması (Sağlık Personeli Dışında)	Evet	30. Eylem süresince destek kişinin varlığı (bakım verenler dışında)	Evet

OI-US Orijinal Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
Index Item	Lowest Risk/ Optimal Outcome	Endeks Maddesi	Asgari Risk/ Optimal Sonuç	Endeks Maddesi	En Az Risk/ En İyi Sonuç	Endeks Maddeleri	En Düşük Risk/ En İyi Çıktı
31. nondirected pushing	yes	31. yönlendirilmeyen ıkınma	evet	31. Yönlendirilmemiş İkınma Tekniği Uygulaması	Evet	31. Kendiliğinden (kontrol altında olmayan) itme (ıkınma)	Evet
32. delivery occurred in the place originally intended at the onset of labor	yes	32. Doğum önceden belirlenen yerde mi meydana geldi?	evet	32. Doğumun Daha Önceden Belirlenmiş Yerde Gerçekleşip Gerçekleşmediği	Evet	32. Doğumun, eylemin başlangıcından itibaren orjinal olarak istenen yerde gerçekleşmesi	Evet
33. nonsupine position at birth	yes	33. doğumda nonsupin pozisyon	evet	33. Doğumun Sırtüstü Yatma Dışında Bir Pozisyonda Gerçekleşmesi	Evet	33. Doğumda nonsupine pozisyonu	Evet
34. presentation at birth	cephalic	34. doğum prezentasyonu	baş	34. Bebeğin Geliş Pozisyonu	Baş önde (Sefalik)	34. Doğumdaki prezentasyon	Sefalik (Baş)
35. instrumental (vaginal) delivery	no	35. aletli (vajinal) doğum	hayır	35. Yardımcı Alet Kullanımı (Vajinal Doğumda)	Hayır	35. Müdahaleli (vajinal) doğum	Hayır
36. Cesarean section	no	36. Sezaryen doğum	hayır	36. Sezaryen Doğum	Hayır	36. Sezaryen doğum	Hayır
37. episiotomy	no	37. epizyotomi	hayır	37. Epizyotomi (Doğum Kesisi)	Hayır	37. Epizyotomi	Hayır

OI-US Orijinal Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
Index Item	Lowest Risk/ Optimal Outcome	Endeks Maddesi	Asgari Risk/ Optimal Sonuç	Endeks Maddesi	En Az Risk/ En İyi Sonuç	Endeks Maddeleri	En Düşük Risk/ En İyi Çıktı
38. 1st or 2nd degree laceration of perineum or perineal tissue requiring sutures (including sulcus and cervical lacerations)	no	38. 1. veya 2. derece dikiş gerektiren perine ya da perineal doku laserasyonu (sulkus ve servikal laserasyonlar dahil)	hayır	38. Perineum ya da Perinal Dokuda Dikiş Gerektiren 1. ya da 2. Derece Yırtılma (Sulkus ve Serviks yırtılmaları da dahil)	Hayır	38. Perinede ya da perineal dokuda sütur gerektiren 1. ya da 2. derece laserasyon (sulkus ve servikal laserasyonları da içerir)	Hayır
39. 3rd or 4th degree extension of either an episiotomy or a 1st or 2nd degree laceration	no	39. 3. veya 4.derece epizyotomi uzatılması ya da 1. veya 2. derece laserasyon	hayır	39. Epizyotomi ya da 1. ila 2. Derece Yırtılmaların 3. ila 4. Dereceye İlerlemesi	Hayır	39. Epizyotomi ya da 1-2. derece laserasyonun, 3. ya da 4. dereceye genişlemesi	Hayır
40. medication (other than oxytocin or local anesthetic for perineal repair) during the third stage of labor	no	40. doğumun üçüncü evresinde verilen ilaç (perineal doku onarımı için oxytocin ya da lokal anestetik haricinde)	hayır	40. Doğumun 3. Aşamasında İlaç Kullanımı (Oksitosin ya da perinal onarım için kullanılan lokal anestezik harici)	Hayır	40. Doğum eyleminin üçüncü evresinde ilaç verme (oksitosin ya da perine onarımı için kullanılan lokal anestetik hariç)	Hayır
41.. skin-to-skin contact	yes	41.. cilt teması	evet	41.. Anne-Bebek Ten Teması	Evet	41.Cilt-cilde temas	Evet

OI-US Orijinal Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
Index Item	Lowest Risk/ Optimal Outcome	Endeks Maddesi	Asgari Risk/ Optimal Sonuç	Endeks Maddesi	En Az Risk/ En İyi Sonuç	Endeks Maddeleri	En Düşük Risk/ En İyi Çıktı
42. placental retention (≥ 30 minutes)	no	42. plasenta retansiyonu (≥ 30 dakika)	hayır	42. Plasenta'nın Rahimde Kalması (30 dak veya üzeri süre) (Retansiyon)	Hayır	42. Plasenta retansiyonu (≥30 dk)	Hayır
43. postpartum hemorrhage (provider's documentation that this did not occur; actual amount of blood loss not relevant)	no	43. postpartum kanama (provider's documentation that this did not occur; actual amount of blood loss not relevant)	Hayır	43. Doğum Sonrası Kanama (Sağlık kurumunun kanama olmadığı yönünde belgeli beyanı; gerçekleşen kan kaybı miktarı önemli değildir)	Hayır	43. Doğum sonu kanama (o anki kaybedilen kan miktarı ile ilgili değildir)	Hayır
44. blood transfusion	no	44. kan nakli	Hayır	44. Kan Transfüzyonu	Hayır	44. Kan transfüzyonu	Hayır
45. other serious intrapartum complications	no	45. diğer ciddi intrapartum komplikasyonları	hayır	45. Diğer Ciddi Doğum Esnası (İntrapartum) Komplikasyonları	Hayır	45. Diğer ciddi intrapartum komplikasyonlar	Hayır
• chorioamnionitis		• koryoamniyonit		• Koryoamniyonit (Rahim içi Enfeksiyon)		• koryoamniyotisi	
• cord prolapse		• kordon prolapsusu		• Kordon Sarkması		• kord prolapsusu	
• eclampsia		• eklampsi		• Eklampsi		• eklampsi	

OI-US Orijinal Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
Index Item	Lowest Risk/ Optimal Outcome	Endeks Maddesi	Asgari Risk/ Optimal Sonuç	Endeks Maddesi	En Az Risk/ En İyi Sonuç	Endeks Maddeleri	En Düşük Risk/ En İyi Çıktı
• placental abruption		• plasenta abrupsiyonu		• Plasental Abrupsiyon (Ablasyo Plasenta)		• ablasyo plasenta	
• pre-eclampsia present during intrapartum period		• intrapartum periodu sırasında preeklampsi		• Doğum Esnasında Pre-Eklampsi		• intrapartum dönem süresince varolan pre-eklempi	
• shoulder dystocia		• omuz distosisi		• Omuz Takılması (Omuz Distosisi)		• omuz distozisi	
Neonatal condition		Yenidoğanın Durumu		Yenidoğan Durumu		Yenidoğanın durumu	
46. estimate of gestational age	37-42 weeks	46. tahmini gestasyon yaşı	37-42 hafta	46. Tahmini Gebelik Süresi	37 – 42 hafta	46. Tahmini gestasyonel yaş	37-42 hafta
47. birth weight	2500-4000 grams	47. doğum ağırlığı	2500-4000 gram	47. Doğum Ağırlığı	2500-4000 gram	47. Doğum ağırlığı	2500-4000 gr
48. Apgar score at 5 minutes	7, 8,9 or 10	48. 5. dakikada Apgar puanı	7, 8,9 or 10	48. 5. Dakikada Apgar Skoru	7, 8, 9 ya da 10	48. 5. Dakika Apgar skoru	7,8,9,10
49. transfer to high risk neonatal care setting	no	49. yüksek riskli yenidoğan servisine nakil	hayır	49. Yüksek Riskli Yenidoğan Ünitesine Transfer	Hayır	49. Yüksek riskli yenidoğan bakım ünitesine transfer	Hayır
50. congenital anomalies	no	50. konjenital anomali	yok	50. Doğumda Var Olan Bozukluklar (Konjenital Anomaliler)	Hayır	50. Konjenital anomali	Hayır

OI-US Orijinal Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
Index Item	Lowest Risk/ Optimal Outcome	Endeks Maddesi	Asgari Risk/ Optimal Sonuç	Endeks Maddesi	En Az Risk/ En İyi Sonuç	Endeks Maddeleri	En Düşük Risk/ En İyi Çıktı
51. birth trauma, or other serious medical problem	no	51. doğum travması veya diğer ciddi tıbbi sorunlar	yok	51. Doğum Travması ya da Diğer Ciddi Tıbbi Sorunlar	Hayır	51. Doğum travması ya da diğer ciddi tıbbi sorunlar	Hayır
• bacterial infections other than sepsis		• sepsis dışında bakteriyel enfeksiyon		• Sepsis Harici Bakteriyel Enfeksiyonlar		• Sepsis dışındaki bakteriyel enfeksiyonlar	
• bronchopulmonary dysplasia		• bronkopulmoner displazi		• Bronkopulmoner Displazi		• Bronkopulmoner displazi	
• cardiac failure		• kardiyak yetmezlik		• Kalp Yetmezliği		• Kardiyak yetmezlik	
• hypovolemia, hypotension, shock		• hipovolemi, hipotansiyon, şok		• Hipovolemi, Hipotansiyon, Şok		• Hipovolemi, hipotansiyon, şok	
• intraventricular hemorrhage		• intraventriküler hemoraji		• İntraventriküler Kanama		• Intraventriküler kanama	
• necrotizing enterocolitis		• nekrotizan enterokolit		• Nekrotizan Enterokolit		• Nekrotizan enterokolit	
• pneumonia		• pnömoni		• Zatürre (Pnömoni)		• pnömoni	
• persistent pulmonary hypertension		• persistan pulmoner hipertansiyon		• Persistan pulmoner hipertansiyon		• kalıcı pulmoner hipertansiyon	
• renal failure		• renal yetmezlik		• Böbrek Yetmezliği		• renal yetmezlik	

OI-US Orijinal Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
Index Item	Lowest Risk/ Optimal Outcome	Endeks Maddesi	Asgari Risk/ Optimal Sonuç	Endeks Maddesi	En Az Risk/ En İyi Sonuç	Endeks Maddeleri	En Düşük Risk/ En İyi Çıktı
• respiratory distress syndrome		• respiratuar distress sendromu		• Sıkıntılı Solunum Sendromu (Respiratuar Distres)		• respiratuar distress sendromu	
• Rh disease		• Rh hastalığı		• Kan Uyuşmazlığı (Rh Uygunsuzluğu)		• Rh uyuşmazlığı	
• seizures		• Yenidoğan nöbeti		• Konvülsiyon (Nöbet)		• nöbet	
• sepsis		• sepsis		• Sepsis		• sepsis	
52. breastfeeding (time period: at time of mother's discharge from birth setting or up to 72 hours postpartum)	yes	52. emzirme (zaman aralığı: anne doğumhaneden çıkarıldıktan veya doğumun 72 saat sonrasına kadar)	evet	52. Emzirme (Doğumevinden annenin taburcu edilmesine ya da doğumdan sonra en geç 72 saat içinde)	Evet	52. Emzirme (zamanı: annenin doğum salonundan çıktığında ya da postpartum 72 saatten sonra)	Yes
53. perinatal death: (time period birth: up to 72 hours of age)	no	53. perinatal ölüm:(doğumdan itibaren zaman aralığı: 72 saate kadar)	hayır	53. Perinatal Ölüm (Doğum ile 72 saat sonrası arasında)	Hayır	53. perinatal ölüm (doğum periyodundaki zamanı: 72 saatten büyük)	Hayır
Condition of the mother prior to discharge from birth facility or from provider's care (to 72 hours)		Annenin Durumu: Doğumhaneden çıkarılmadan veya sağlık görevlisinin gözetiminde ayrılmadan önce (72 saate kadar)		Doğumevi ya da Sağlık Kurumu'ndan Taburcu Edilmesini Takiben Annenin Durumu		Annenin doğum ünitesinden taburculuğundan ya da provider's bakımından önceki durumu	

OI-US Orijinal Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
Index Item	Lowest Risk/ Optimal Outcome	Endeks Maddesi	Asgari Risk/ Optimal Sonuç	Endeks Maddesi	En Az Risk/ En İyi Sonuç	Endeks Maddeleri	En Düşük Risk/ En İyi Çıktı
54. fever (100.4 degrees F or higher) while mother remains in the birth setting, OR provider diagnosis of infectious process or major complication	no	54. ateş (100.4 derece F veya üzeri) anne doğumhanedeyken, VEYA sağlık ekibi enfeksiyöz süreç ya da major komplikasyon teşhis ettiğinde)	hayır	54. Ateş (38 derece C ya da daha yüksek) Anne halen doğum yaptığı mekanda iken VEYA sağlık kurumunca enfeksiyon ya da büyük komplikasyon gelişmesi teşhisi ile	Hayır	54. Annenin doğum ünitesinde kaldığı sırada ya da major komplikasyon ya da enfeksiyon sürecinin teşhisinde ateş (100.4 derece F ya da üstü)	Hayır
• Cystitis		• sistit		• İdrar Yolu Enfeksiyonu (Sistit)		• Sistit	
• endometritis		• endometritis		• Rahim Mukozası İltihabı (Endometrit)		• Endometrit	
• hematoma		• hematom		• Hematom		• Hematom	
• local infection of sutures		• lokal enfeksiyon veya dikiş		• Dikişlerde Lokal Enfeksiyon		• Süturların local enfeksiyonu	
• mastitis		• mastit		• Meme İltihabı (Mastit)		• Mastit	

OI-US Orijinal Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
Index Item	Lowest Risk/ Optimal Outcome	Endeks Maddesi	Asgari Risk/ Optimal Sonuç	Endeks Maddesi	En Az Risk/ En İyi Sonuç	Endeks Maddeleri	En Düşük Risk/ En İyi Çıktı
55. prescription medications for conditions newly identified in IP or PP period (exception: iron and vitamins, oral contraceptives, RhoGam©, rubella vaccine)	no	55. IP or PP periodunda yeni saptanan durumlar için reçete edilen ilaçlar (demir ve vitaminler, oral kontraseptifler RhoGam©, kızamıkçık aşısı hariç)	hayır	55. IP ya da PP Döneminde Yeni Teşhis Konan Kondisyonlar için Yazılan İlaçlar (Demir ve vitaminler, ağız yoluyla alınan doğum control ilaçları, RhoGam© ve Rubella aşısı hariç)	Hayır	55. Intrapartum ya da postpartum dönemde yeni belirlenmiş durumlar için ilaç reçete edilmesi (demir ve vitamin, oral kontraseptifler, RhoGam, rubella aşısı hariç)	Hayır
56. maternal mortality	no	56. anne ölümü	hayır	56. Anne Ölümü	Hayır	56. Anne Ölümü	Hayır

EK 7 - TÜRKÇE-İNGİLİZCE UYUMLULUK DERECELENDİRME FORMU

OI-US'in Türkçe Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/EN İYİ SONUÇ	INDEX ITEM	THE LEAST RISK/ THE BEST OUTCOME	Articles in Index	THE LEAST INDEX/ THE BEST RESULT	INDEX ITEMS	LEAST RISK/ BEST RESULT
OPTİMALİTE İNDEKSİ (EN İYİLİK DİZİNİ) – ABD		OPTIMALITY INDEX (INDEX OF THE OPTIMIZED) – ABD		OPTAMILITY INDEX (THE BEST INDEX) – ABD		OPTIMALITY INDEX (THE GOODNESS INDEX) – ABD	
PERİNATAL GEÇMİŞ İNDEKSİ		PRENATAL HISTORY INDEX		PERINATAL HISTORY INDEX		PRENATAL HISTORY INDEX	
Sosyal ve Tıbbi Geçmiş		Social and Medical History		Social and Medical History		Social and Medical History	
1. Medeni Durum	Evli (ya da birlikte yaşıyor)	1. Marital Status	Married (or Living-in)	1. Marital Status	Married (or co-habiting)	1. Marital Status	married (or living together)
2. Etnik Azınlık • Beyaz-İspanyol olmayan • İspanyol • Amerikan /Alaska yerlisi • Afrikalı Amerikan	Hayır	2. Ethnic Minority • White Non-Hispanic • Hispanic • Native American/Alaskan • African American	No	2. Ethnic Minority • White Non-Hispanic • Hispanic • American/Alaska inhabitant • African American	No	2. Ethnic Minority • White non-Hispanic • American / Alaskan Native • African American	No

OI-US'in Türkçe Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/EN İYİ SONUÇ	INDEX ITEM	THE LEAST RISK/ THE BEST OUTCOME	Articles in Index	THE LEAST INDEX/ THE BEST RESULT	INDEX ITEMS	LEAST RISK/ BEST RESULT
<ul style="list-style-type: none"> • Güneydoğu Asyalı (Vietnamlı, Laoslu, Kamboçyalı), Asya-Pasifik Adaları kökenli • Çinli • Doğu Asyalı (Koreli, Japon) • Doğu Hintli /Pakistanlı 		<ul style="list-style-type: none"> • Southeast Asian (Vietnamese, Laotian, Cambodian), Asia Pacific Islands Origin • Chinese • Eastern Asian (Korean, Japanese) • Eastern Indian /Pakistani 		<ul style="list-style-type: none"> • Southeast Asian (Vietnamese, Laotian, Cambodian), Asia-Pacific islands origin • Chinese • East Asian (Korean, Japanese) • East Indian /Pakistani 		<ul style="list-style-type: none"> • Southeast Asian (Vietnamese, Laotian, Cambodian), Asia-Pacific Islands descent • Chinese • East Asian (Korean, Japanese) • East Indian / Pakistani 	
3. Sigara Kullanımı	Yok	3. Smoking	N/A	3. Smoking Status	No	3. Smoking	None
4. Alkol Kullanımı	Yok	4. Alcohol	N/A	4. Alcohol Use	No	4. Alcohol Use	None
5. Uyuşturucu Madde Kullanımı	Yok	5. Drugs	N/A	5. Drug Use	No	5. Substance Abuse	None
6. Gebelik öncesi beden kitle indeksi (kilo[kg]/boy[metre] ²) (Tıp Enstitüsü ve Dünya Sağlık Örgütü Standartları)	Normal ağırlık aralığı BMI 18.5 – 24.9	6. Prepregnancy body mass index (weight[kg]/height[meter] ²) (Medical Institute and World Health Organization Standards)	Normal weight range BMI 18.5 – 24.9	6. Prenatal body mass index (weight[kg]/height[meter] ²) (Medical Institute and World Health Organization Standard)	Normal weight interval BMI 18.5 – 24.9	6. Pre-pregnancy body mass index (weight[lb]/height[inch] ²) (Medical Institute and the World Health Organization Standards)	Normal weight range BMI 18.5 – 24.9

OI-US'in Türkçe Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/EN İYİ SONUÇ	INDEX ITEM	THE LEAST RISK/ THE BEST OUTCOME	Articles in Index	THE LEAST INDEX/ THE BEST RESULT	INDEX ITEMS	LEAST RISK/ BEST RESULT
7. Yaş	18-40	7. Age	18-40	7. Age	18-40	7. Age	18-40
8. Daha önceden varolan, major, kronik hastalık	Hayır	8. Preexisting, major, chronic disease	NO	8. previously present, major and chronic, diseases	No	8. Pre-existing disease, major, chronic	No
• Hipertansiyon		• Hypertension		• hypertension		• Hypertension	
• Kronik renal hastalık		• Chronic renal disease		• Chronic renal disease		• Chronic renal disease	
• Diyabet (Gestasyonel olmayan)		• Diabetes (Non gestational)		• Diabetes (non-gestational)		• Diabetes (not gestational)	
• Kalp hastalığı sınıf II-IV		• Cardiac disease class II-IV		• Heart Disease Classification II-IV		• Heart disease, class II-IV	
• HIV antikor pozitif		• HIV antibody positive		• Positive HIV antibody		• HIV-antibody positive	
• Majör psikiyatrik öykü (Hastanede yatarak ya da ilaçla tedavi edilmiş)		• Major psychiatric story (In-patient or medical treatment)		• Major psychiatric history (in-patient or drug treatment)		• Major psychiatric history (treated with drug or inpatient)	

OI-US'in Türkçe Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/EN İYİ SONUÇ	INDEX ITEM	THE LEAST RISK/ THE BEST OUTCOME	Articles in Index	THE LEAST INDEX/ THE BEST RESULT	INDEX ITEMS	LEAST RISK/ BEST RESULT
9. Şimdiki gebelik ve önceki canlı doğum arasındaki gebelik aralığı >18 ay ve <60 ay	Evet	9. Pregnancy period between the existing pregnancy and last live birth>18 month and <60 month	YES	9. Pregnancy interval between Present pregnancy and previous live-birth >18 ay and <60 ay	Yes	9. The current pregnancy and pregnancy interval between the previous live birth > 18 months and <60 months	Yes
10. Önceki preterm doğum < 37 Hafta	Hayır	10. Last preterm birth < 37 Week	NO	10. previous preterm birth < 37 weeks	No	10. Previous preterm birth <37 weeks	No
11. Önceki intrauterine fetal ölüm	Hayır	11. Last intrauterine fetal death	NO	11. Previous intrauterine fetal death	No	11. Previous intrauterine fetal death	No
12. Önceki sezaryen doğum	Hayır	12. Last C-section	NO	12. Previous cesarean birth	No	12. Previous cesarean delivery	No
13. Daha önce 2,500 gr altında bebek doğumu	Yok	13. Last child birth, weighing less than 2500grams	N/A	13. previous delivery below 2.500 g	Non-present	13. Previous birth of the baby under 2.500 grams	None
14. Öyküsünde var olan diğer ciddi antepartum komplikasyonlar	Hayır	14. Other critical antepartum complications existing in the history	NO	14. Other serious antepartum complications in history	No	14. Have a history of other serious antepartum complications	No

OI-US'in Türkçe Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/EN İYİ SONUÇ	INDEX ITEM	THE LEAST RISK/ THE BEST OUTCOME	Articles in Index	THE LEAST INDEX/ THE BEST RESULT	INDEX ITEMS	LEAST RISK/ BEST RESULT
• Gestasyonel diyabet		• Gestational diabetes		• Gestational Diabetes		• Gestational diabetes	
• İntrauterin fetal kayıp		• Intrauterine fetal loss		• Intrauterin Fetal Loss		• Intrauterine fetal loss	
• Plasenta previa		• Placenta previa		• Placenta previa		• Placenta previa	
• Preeklemsi		• Preeclampsia		• Preeclampsia		• Pre eclampsia	
• Eklemsi		• Eclampsia		• Eclampsia		• eclampsia	
• Pyelonefrit		• Pyelonephritis		• Pyelonephritis		• Pyelonephritis	
• Rh Uyuşmazlığı		• Rh Incompatibility		• Rh Incompatibility		• Rh Incompatibility	
Optimalite İndeksi		Optimality Index		Optimality Index		Optimality Index	
Şimdiki Gebelik ile İlgili Tanı ve Tedaviye Yönelik Göstergeler		Diagnostic and Therapeutic Indicators Regarding the Existing Pregnancy		Indicators for Diagnosis and Treatment on Present Pregnancy		Indicators Related to Diagnosis and Treatment of Present Pregnancy	
15. İntrauterin fetal kayıp	Hayır	15. Intrauterine fetal loss	NO	15. Intrauterine fetal loss	No	15. Intrauterine fetal loss	No
16. Aile içi şiddet (eş ve birlikte yaşadığı kişi dahil)	Hayır	16. Domestic violence (including the husband the person living in)	NO	16. Family Violence (including spouse and co-habitant)	No	16. Domestic violence (including their spouse and their living)	No

OI-US'in Türkçe Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/EN İYİ SONUÇ	INDEX ITEM	THE LEAST RISK/ THE BEST OUTCOME	Articles in Index	THE LEAST INDEX/ THE BEST RESULT	INDEX ITEMS	LEAST RISK/ BEST RESULT
17. Diğer ciddi antepartum komplikasyonlar (Şimdiki gebelik)	Hayır	17. Other critical antepartum complications (Existing pregnancy)	NO	17. Other serious antepartum Complications (present pregnancy)	No	17. Other serious complications of antepartum (current pregnancy)	No
• Tedaviye Cevap Vermeyen Anemi (Herhangi bir trimesterde Hgb <10 gr olması)		• Recalcitrant Anemia (Hgb <10 gram in any trimester)		• Anemia non-responding to treatment (Hgb <10 g in any trimester)		• Anemia unresponsive to treatment (Hgb to be <10 g in any trimester)	
• Gebelikte teşhis edilen diyabet		• Diabetes diagnosed in pregnancy		• Diabetes diagnosed in pregnancy		• Diabetes diagnosed in pregnancy	
• Majör psikiyatrik öykü (Teşhis edilmiş ya da hastanede yatarak ya da ilaçla tedavi edilmiş)		• Major psychiatric story (Diagnosed or in-patient or medical treatment)		• Major psychiatric history (diagnosed or treated by in-patient or drug treatment)		• Major psychiatric history (treated with drug or inpatient)	

OI-US'in Türkçe Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/EN İYİ SONUÇ	INDEX ITEM	THE LEAST RISK/ THE BEST OUTCOME	Articles in Index	THE LEAST INDEX/ THE BEST RESULT	INDEX ITEMS	LEAST RISK/ BEST RESULT
• Çoğul doğum (beklenen doğumların ikiz ya da daha fazla sayıda olması)		• Multiple birth (twins or more in the expected births)		• Multiple Birth (Twin or more birth expectation in present pregnancy)		• Multiple births (twins or a greater number of expected births)	
• Plasenta previa		• Placenta previa		• Placenta previa		• Plasenta previa	
• Pre-eklempi (ante partum dönemde tanısı konan)		• Pre-eclampsia (diagnosed in ante partum period)		• Preeclampsia (diagnosed in antepartum period)		• Pre-eclampsia (diagnosed in antepartum period)	
• Pyelonefrit		• Pyelonephritis		• Pyelonephritis		• Pyelonephritis	
• Rh Uyuşmazlığı		• Rh Incompatibility		• Rh incompatibility		• Rh Incompatibility	
• Plasenta previa dışında bir nedene bağlı olarak 2. ya da 3. trimesterde görülen vajinal kanama		• Vaginal bleeding in 2 nd or 3 rd trimester resulted from some reason other than Placenta previa		• vaginal bleeding in 2nd or 3rd trimester due to any cause other than Placenta previa		• Vaginal bleeding other than placenta previa in the 2 or 3 trimester	

OI-US'in Türkçe Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/EN İYİ SONUÇ	INDEX ITEM	THE LEAST RISK/ THE BEST OUTCOME	Articles in Index	THE LEAST INDEX/ THE BEST RESULT	INDEX ITEMS	LEAST RISK/ BEST RESULT
18. Prenatal bakım: ilk trimesterde başlama (<14 hafta) ve en az 5 ziyaret	Evet	18. Prenatal care: starting in the first trimester (<14 week) at least 5 visits	YES	18. Prenatal care: beginning in the first trimester (<14 weeks) and at least 5 visits	Yes	18. Prenatal care: starting in the first trimester (<14 weeks) and at least 5 visit	Yes
19. Amniyosentez NOT: CVS belgelenmişse, kayıtlara not eklenmelidir.	Hayır	19. Amniocentesis NOTE: CVS should be noted in records if it is documented.	NO	19. Amniocentesis Notice: if CVS is non-documented, a notice should be added to records.	No	19. Amniocentesis NOTE: CVS documented, a note must be added in the records	No
20. Nonstres test/Kontraksiyon stres testi/ Biyofiziksel profil	Hayır	20. Non-stress test/Contraction stress test/ Biophysical profile	NO	20. Non-stress test/contraction stress test/ biophysical profile	No	20. Nonstres test / Contraction stress test / Biophysical profile	No
21. İlaç kullanımı	Hayır	21. Drug utilization	NO	21. drug use	No	21. Drug Use	No
Doğum		Birth		Birth		Delivery	
22. Membranların yırtılmasını takiben yapılan ilk dijital muayene ile doğum arasında geçen süre	24 saat	22. The period between the first examination after membrane laceration and the birth	24 hours	22. duration between the first digital examination and birth following the tearing of membranes	24 h	22. Time between the first digital examination following the tear of the membranes and delivery	24 hours

OI-US'in Türkçe Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/EN İYİ SONUÇ	INDEX ITEM	THE LEAST RISK/ THE BEST OUTCOME	Articles in Index	THE LEAST INDEX/ THE BEST RESULT	INDEX ITEMS	LEAST RISK/ BEST RESULT
23. Amniyotik sıvı	berrak	23. Amniotic fluid	clear	23. Amniotic fluid	Clear	23. Amniotic fluid	clear
24. İndüksiyon /doğumun hızlandırılması	Hayır	24. Induction/birth expediting	NO	24. Induction /acceleration of pregnancy	No	24. Induction / acceleration of labor	No
25. Amniyotomi	Hayır	25. Amniotomy	NO	25. Amniotomy	No	25. Amniotomy	No
26. Doğumun ilk ya da ikinci devresinde oral ya da enjektabl (IM-IV) ilaçuygulaması	Yok	26. Oral or injectable (IM-IV) drug application within the first or second phase of labor	N/A	26. oral or injectable (IM-IV) drug use in the first or second phase of birth	no	26. Oral or injectable (IM-IV) drug administration in the first or second half of labor	None
27. Eylem ve/veya doğum için epidural anestezi	Hayır	27. Action and/or epidural anesthesia for birth	NO	27. Action and/or epidural anesthesia for birth	No	27. Epidural anesthesia for labor and/or delivery	No
28. Eylem süresince fütoskop, Doppler ya da aralıklı elektronik monitarizasyon kullanımı (Sürekli elektronik fetal monitarizasyon yerine)	Evet	28. Photo scope, Doppler or discontinuous electronic monitorization usage during the labor (Instead of continuous electronic fetal monitorization)	YES	28. Photoscope, Doppler or interval electronic monitoring (instead of electronic fetal monitoring) during action	Yes	28. Use of fütoskop, doppler or intermittent electronic monitarizasyon during labor (instead of continuous electronic fetal monitarizasyon)	No

OI-US'in Türkçe Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/EN İYİ SONUÇ	INDEX ITEM	THE LEAST RISK/ THE BEST OUTCOME	Articles in Index	THE LEAST INDEX/ THE BEST RESULT	INDEX ITEMS	LEAST RISK/ BEST RESULT
29. Doğum eylemi sürecinin yönetimini değiştiren fetal kalp hızı anomalileri (KOD KİTABINA BAKINIZ!)	Hayır	29. Fetal heart rate abnormalities changing the method of labor process (LOOK AT THE CODE BOOK!)	NO	29. fetal heart beat anomalies that change the administration of birth action (SEE CODE BOOKLET!)	No	29. Fetal heart rate abnormalities which change the management of delivery process (SEE CODE book!)	No
30. Doğum sırasında destek veren kişi (sağlık ekibi dışında)	Evet	30. Supporter during the birth (excluding the health care team)	YES	30. supporting person in birth (other than health staff)	Yes	30. Person giving support during labor (other than health care team)	No
31. Spontan ıkınma	Evet	31. Spontaneous straining	YES	31. Spontaneous strain	Yes	31. Spontaneous straining	Yes
32. Doğumun daha önceden belirlenmiş yerde gerçekleşme durumu	Evet	32. Giving birth in a predetermined location	YES	32. birth place previously determined	Yes	32. Accrual status of previously identified birth place	Yes
33. Doğumda nonsupine pozisyonu	Evet	33. Non supine birth position	YES	33. Nonsupine position in birth	Yes	33. Nonsupine position at birth	Yes

OI-US'in Türkçe Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/EN İYİ SONUÇ	INDEX ITEM	THE LEAST RISK/ THE BEST OUTCOME	Articles in Index	THE LEAST INDEX/ THE BEST RESULT	INDEX ITEMS	LEAST RISK/ BEST RESULT
34. Doğumdaki prezentasyon	Sefalik (Baş)	34. Birth presentation	Cephalic (Head)	34. presentation in birth	cephalic (head)	34. Presentation at birth	Cephalic (head)
35. Müdahaleli (vajinal) doğum	Hayır	35. Interventional (vaginal) birth	NO	35. interventional (vaginal) birth	no	35. Intervened birth	No
36. Sezaryen doğum	Hayır	36. C-section	NO	36. Cesarean birth	no	36. Caesarean birth	No
37. Epizyotomi	Hayır	37. Episiotomy	NO	37. Episiotomy	no	37. Episiotomy	No
38. Perinede ya da perineal dokuda suture gerektiren 1. ya da 2. derece laserasyon (sulcus ve servikal laserasyonları da içeren)	Hayır	38. 1 st or 2 nd degree laceration requiring suture in perineum or perineal tissue (including the sulcus and cervical lacerations)	NO	38. 1st or 2nd degree laceration requiring suture in perineum or perineal tissue (including sulcus and cervical laceration)	no	38. 1 or 2 degree laceration in perineum or perineal tissues requiring suture (sulcus and including cervical lacerations)	No
39. Epizyotomi ya da 1-2. derece laserasyonun, 3. ya da 4. dereceye genişlemesi	Hayır	39. Episiotomy or extension of 1 st or 2 nd degree laceration into 3 rd or 4 th degree	NO	39. Episiotomy or 1-2nd degree laceration, expanding to 3rd or 4th degree	no	39. Expansion of episiotomy or 1-2. degree lacerations to 3 or 4 degree	No

OI-US'in Türkçe Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/EN İYİ SONUÇ	INDEX ITEM	THE LEAST RISK/ THE BEST OUTCOME	Articles in Index	THE LEAST INDEX/ THE BEST RESULT	INDEX ITEMS	LEAST RISK/ BEST RESULT
40. Doğum eyleminin üçüncü evresinde ilaç uygulama (oksitosin ya da perine onarımı için kullanılan lokal anestetik hariç)	Hayır	40. Drug application in the third labor phase (excluding the local anesthesia for the oxytocin or perineal repair)	NO	40. drug use in the 3rd phase of birth action (except for oxytocin or local anesthetic drug used in perineum fixation)	no	40. Drug application in the third stage of labor (except oxytocin or local anesthetic used for the repair of perineum)	No
41.Cilt-cilde temas	Evet	41.Skin to skin contact	YES	41.skin - contact with skin	yes	41. Skin-to skin contact	Yes
42. Plasenta retansiyonu (≥30dk)	Hayır	42. Placenta retention (≥30 minutes)	NO	42. Plecenta retention (≥30 min)	no	42. Placenta retention (≥ 30 min)	No

OI-US'in Türkçe Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/EN İYİ SONUÇ	INDEX ITEM	THE LEAST RISK/ THE BEST OUTCOME	Articles in Index	THE LEAST INDEX/ THE BEST RESULT	INDEX ITEMS	LEAST RISK/ BEST RESULT
43. Doğum sonu kanama (Mevcut kanamanın postpartum kanama ile ilişkili olmadığını ya da postpartum kanamanın gerçekleşmediğinin ilgili kişiler tarafından belgelenmesi)	Hayır	43. Post natal bleeding (Documenting that the current bleeding is not related to postpartum bleeding or postpartum bleeding does not emerge, by the relevant persons)	NO	43. postnatal bleeding (documenting that the present bleeding is not related to postpartum bleeding or postpartum bleeding is not present)	no	43. Postpartum bleeding (current bleeding not associated with postpartum hemorrhage or documenting non postpartum hemorrhage by persons involved)	No
44. Kan transfüzyonu	Hayır	44. Blood transfusion	NO	44. Blood transfusion	no	44. Blood transfusion	No
45. Diğer ciddi intrapartum komplikasyonlar	Hayır	45. Other critical intrapartum complications	NO	45. other serious intrapartum complications	no	45. Other serious intrapartum complications	No
• Koryoamniyotisi		• Chorioamnionitis		• chorioamnionitis		• Koryoamniyotisi	
• Kord prolapsusu		• Cord prolapsus		• cord prolapsus		• Cord prolapse	
• Eklampsi		• Eclampsia		• eclampsia		• Eclampsia	
• Ablasyo plasenta		• Ablatio placenta		• ablatio placenta		• Ablasyo plasenta	

OI-US'in Türkçe Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/EN İYİ SONUÇ	INDEX ITEM	THE LEAST RISK/ THE BEST OUTCOME	Articles in Index	THE LEAST INDEX/ THE BEST RESULT	INDEX ITEMS	LEAST RISK/ BEST RESULT
• İntrapartum dönem süresince varolan pre-eklamsi		• Pre-eclampsia existing during the intra partum period		• pre- eclampsia during Intrapartum period		• Eclampsia pre-existing during the period of intrapartum	
• Omuz distozisi		• Shoulder dystocia		• shoulder dystocia		• Shoulder distosia	
Yenidoğanın Durumu		Condition of Newborn		Status of Newborn		Infant Status	
46. Gebelik yaşının belirlenmesi	37-42 hafta	46. Determining the gestational age	37-42 weeks	46. Determining the pregnancy age	37-42 weeks	46. Determination of gestational age	37-42 weeks
47. Doğum ağırlığı	2500-4000 gr	47. Birth weight	2500-4000 grams	47. Birth weight	2500-4000 g	47. Birth weight	2500-4000 gr
48. 5. dakika apgar skoru	7,8,9 veya 10	48. Apgar score of the 5 th minute	7,8,9 or 10	48. Apgar score in the 5th min	7,8,9 or 10	48. Apgar score at 5. minute	7,8,9 or 10
49. Yüksek riskli yenidoğan bakım ünitesine transfer	Hayır	49. Transfer into the high risk neonatal intensive care unit	NO	49. transfer to the high risk new born unit	No	49. Transfer to high-risk neonatal care unit	No
50. Konjenital anomali	Hayır	50. Congenital abnormality	NO	50. congenital anomaly	no	50. Congenital anomalies	No
51. Doğum travması ya da diğer ciddi tıbbi sorunlar	Hayır	51. Birth trauma or other critical medical problems	NO	51. Birth trauma or other serious problems	no	51. Birth trauma or other serious medical problems	No

OI-US'in Türkçe Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/EN İYİ SONUÇ	INDEX ITEM	THE LEAST RISK/ THE BEST OUTCOME	Articles in Index	THE LEAST INDEX/ THE BEST RESULT	INDEX ITEMS	LEAST RISK/ BEST RESULT
• Sepsis dışındaki bakteriyel enfeksiyonlar		• Bacterial infections excluding Sepsis		• bacterial infections other than sepsis		• Bacterial infections other than sepsis	
• Bronkopulmoner displazi		• Bronchopulmonary dysplasia		• Bronchopulmonary dysplasia		• Bronchopulmonary dysplasia,	
• Kardiyak yetmezlik		• Cardiac insufficiency		• Cardiac insufficiency		• Cardiac insufficiency	
• Hipovolemi, hipotansiyon, şok		• Hypovolemia, hypotension, concussion		• Hypovolemia, hypotension, shock		• Hypovolemia, hypotension, shock	
• Intraventriküler kanama		• Intra-ventricular bleeding		• Intraventricular bleeding		• Intraventricular hemorrhage	
• Nekrotizan enterokolit		• Necrotising enterocolitis		• Necrotizing enterocolitis		• Necrotizing enterocolitis	
• Pnömoni		• Pneumonia		• pneumonia		• Pneumonia	
• Persistan pulmoner hipertansiyon		• Persistent pulmonary hypertension		• Persistent pulmonary hypertension		• Persistent pulmonary hypertension	
• Renal yetmezlik		• Renal insufficiency		• Renal insufficiency		• Renal failure	
• Respiratuar distress sendromu		• Respiratory distress syndrome		• Respiratory distress syndrome		• Respiratory distress syndrome	

OI-US'in Türkçe Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/EN İYİ SONUÇ	INDEX ITEM	THE LEAST RISK/ THE BEST OUTCOME	Articles in Index	THE LEAST INDEX/ THE BEST RESULT	INDEX ITEMS	LEAST RISK/ BEST RESULT
• Rh uyuşmazlığı		•Rh incompatibility		•Rh incompatibility		•Rh incompatibility	
• Konvülsiyon		•Convulsion		•convulsion		• Convulsion	
• Sepsis		•Sepsis		•Sepsis		• Sepsis	
52. Emzirme (Zaman: annenin doğum salonundan çıktığında ya da postpartum 72 saat içinde)	Evet	52. Breastfeeding (Time: Within 72 hours after the mother leaves delivery room or postpartum)	YES	52. breast-feeding (Time: when mother is released from delivery room or within postpartum 72 h)	yes	52. Nursing (Time: when mother got off birth room or within 72 hours of postpartum)	Yes
53. Perinatal ölüm (Doğumdan itibaren 72 saat içinde)	Hayır	53. Prenatal death (Within 72 hours following the birth)	NO	53. Perinatal death (within 72 h following the delivery)	no	53. Perinatal death (within 72 hours of birth)	No
Annenin sağlık personelinin bakımından ya da sağlık kurumundan taburcu edilmeden önceki durumu (72 saate kadar)		Condition of the mother before she is discharged from the medical care or the medical institution (Up to 72 hours)		Status of Mother before Being Discharged from Health Institution or Health Staff Care (72 h)		Mothers status before being discharged from the health institution or care of health personel (until 72 hours)	

OI-US'in Türkçe Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/EN İYİ SONUÇ	INDEX ITEM	THE LEAST RISK/ THE BEST OUTCOME	Articles in Index	THE LEAST INDEX/ THE BEST RESULT	INDEX ITEMS	LEAST RISK/ BEST RESULT
54. Ateş (38 °C ya da daha yüksek) Anne doğum kliniğinde kaldığı sürede iken ya da sağlık personeli tarafından major komplikasyon ya da enfeksiyon tanıldığında	Hayır	54. Fever (38 °C or higher) In case of a major complication or infection diagnosed while mother is in the birth clinic or by health care team	NO	54. fever (38 °C or higher) when mother is in delivery clinic or major complications or infections are diagnosed by health staff	no	54. Fever (38 °C or higher), while during the mothers stay in maternity clinic or when diagnosis of major complications or infection by health care providers	Yes
• Sistit		• Cystitis		•cystitis		• Cystitis	
• Endometrit		• Endometritis		•endometritis		• Endometritis	
• Hematom		• Hematoma		•Hematoma		• Hematoma	
• Süturların lokal enfeksiyonu		• Local suture infection		•local infection of sutures		• Local infection of sutures	
• Mastit		• Mastitis		•mastitis		• Mastitis	

OI-US'in Türkçe Versiyonu		1. Dilbilimci		2. Dilbilimci		3. Konunun Uzmanı	
İNDEKS MADDESİ	EN AZ RİSK/EN İYİ SONUÇ	INDEX ITEM	THE LEAST RISK/ THE BEST OUTCOME	Articles in Index	THE LEAST INDEX/ THE BEST RESULT	INDEX ITEMS	LEAST RISK/ BEST RESULT
55. Intrapartum ya da postpartum dönemde yeni belirlenmiş durumlar için ilaç reçete edilmesi (demir ve vitamin, oral kontraseptifler, RhoGam©, rubella aşısı hariç)	Hayır	55. Drug prescriptions for newly-determined conditions in intra partum or postpartum period (excluding the iron and vitamins, oral contraceptives, RhoGam©, rubella vaccine)	NO	55. Drug prescription for newly determined problems in intrapartum or postpartum period (except for iron and vitamin, oral contraceptive, RhoGam©, rubella vaccine)	no	55. Prescribe a new drug for newly diagnosed conditions in intrapartum or postpartum period to specified (iron and vitamins, oral contraceptives, RhoGam ©, except rubella vaccine)	No
56. Anne Ölümü	Hayır	56. Maternal Death	NO	56. death of mother	no	56. Mother's Death	No

**EK 8 - İNDEKSİN ORJİNAL MADDELERİ İLE TÜRKÇE'DEN İNGİLİZCE'YE GERİ ÇEVİRİSİ YAPILMIŞ OLAN
MADDELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI VE MADDELERE İLİŞKİN YORUMLAR**

ORIGINAL ITEMS OF OI –US		BACK TRANSLATED ITEMS		COMMENTS ¹
INDEX ITEM	LOWEST RISK/ OPTIMAL OUTCOME	INDEX ITEM	THE LEAST RISK/ THE BEST OUTCOME	
2. ethnic minority <ul style="list-style-type: none"> • White – non Hispanic • Hispanic • Native American/Alaskan Indian • African-American • South East Asian (Vietnamese, Lao, Cambodian) Asian Pacific Islander • Chinese • Eastern Asian (Korean, Japanese) • East Indian/Pakistani 		2. Ethnic Minority <ul style="list-style-type: none"> • White Non-Hispanic • Hispanic • Native American/Alaskan • African American • Southeast Asian (Vietnamese, Laotian, Cambodian), Asia Pacific Islands Origin • Chinese • Eastern Asian (Korean, Japanese) • Eastern Indian /Pakistani 	No	<ul style="list-style-type: none"> ✓ May consider other ethnic minority groups unique to Turkey ✓ Language barrier can be added
16. domestic violence (includes intimate partner)	no	16. Domestic violence (including the husband and co-habitant)	No	Intimate partner violence
21. medication use	no	21. Drug Use	No	Not illegal drug use
22. period of time between first digital examination following rupture of membranes and birth	24 hours	22. The period between the first digital examination after rupture of the membranes and the birth	24 hours	If the time interval is greater than 24° than ↑ risk not optimal

¹ If the statements are matched please check the box. If the statements are not matched, please write your suggestions.

ORIGINAL ITEMS OF OI –US		BACK TRANSLATED ITEMS		COMMENTS
INDEX ITEM	LOWEST RISK/ OPTIMAL OUTCOME	INDEX ITEM	THE LEAST RISK/ THE BEST OUTCOME	
28. fetoscope, Doppler, or intermittent electronic monitoring during labor (rather than continuous electronic fetal monitoring)	yes	28. Use of fetoscope, doppler or intermittent electronic monitorization during labor (instead of continuous electronic fetal monitorization)	No	Use of fetoscope, doppler or intermittent electronic monitoring during labor (instead of continuous electronic fetal monitorization)
30. presence of a support person during labor (other than care provider)	yes	30. Person giving support during labor (other than health care team)	No	Presence of a support person
32. delivery occurred in the place originally intended at the onset of labor	yes	32. Giving birth in a predetermined location	Yes	Place she planned
35. instrumental (vaginal) delivery	no	35. Intervened (vaginal) birth	No	Forceps or vacuum
38. 1st or 2nd degree laceration of perineum or perineal tissue requiring sutures (including sulcus and cervical lacerations)	no	38. 1 st or 2 nd degree laceration requiring suture in perineum or perineal tissue (including the sulcus and cervical lacerations)	No	It tear present but not sutured this is ok or optimal
39. 3rd or 4th degree extension of either an episiotomy or a 1st or 2nd degree laceration	no	39. Episiotomy or extension of 1 st or 2 nd degree laceration into 3 rd or 4 th degree	No	Extension of 1 st or 2 nd degree laceration or episiotomy into 3 rd or 4 th degree

ORIGINAL ITEMS OF OI –US		BACK TRANSLATED ITEMS		COMMENTS
INDEX ITEM	LOWEST RISK/ OPTIMAL OUTCOME	INDEX ITEM	THE LEAST RISK/ THE BEST OUTCOME	
43. postpartum hemorrhage (provider’s documentation that this did not occur; actual amount of blood loss not relevant)	no	43. Postpartum bleeding (Documenting that the current bleeding is not related to postpartum bleeding or postpartum bleeding does not emerge, by the relevant persons)	No	Post partum hemorrhage ≥ 500 cc EBL or note saying PPH
52. breastfeeding (time period: at time of mother’s discharge from birth setting or up to 72 hours postpartum)	yes	52. Breastfeeding (Time: When mother leaves delivery room or within postpartum 72 hours)	Yes	Breastfeeding (Time: When mother leaves hospital or within postpartum 72 hours)
54. fever (100.4 degrees F or higher) while mother remains in the birth setting, OR provider diagnosis of infectious process or major complication	no	54. Fever (38 °C or higher) while mother is in the birth clinic or clinic or major complications or infections are diagnosed by health staff		After delivery up to 72° hours temp >38°C not optimal

EK – 9

OPTİMALİTE İNDEKSİ - US

AGUSTOS 2012

KAYNAKLAR

(İndeks içindeki her bir madde için belirlenen optimalite kriterini destekleyen kanıtlar)

- Aagaard-Tillery KM, Porter TF, Lane RH, Varner MW, Lacoursiere DY. In utero tobacco exposure is associated with modified effects of maternal factors on fetal growth. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198(1):66.e1-6.
- Abalos E, Duley L, Steyn DW, Henderson-Smart DJ. Antihypertensive drug therapy for mild to moderate hypertension during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2007, Issue I. Art. No.:CD02252. DOI:10.1002/14651858.CD002252.pub2.
- Abrao KC, Francisco RPV, Miyandahira S, Cicarelli DD, Zugaib M. Elevation of uterine basal tone and fetal health rate abnormalities after labor analgesia *Obstet Gynecol* 2009; 113(1):41-47.
- ACOG Committee on Practice Bulletins. Pregestational diabetes mellitus. *Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists*. Number 60, March 2005.
- Aebi-Popp K, Lapaire O, Glass TR, Vilen L, Rudin C, Elzi L, Battegay M, Keiser O, Martinez de Tejada B, Hoesli I. Pregnancy and delivery outcomes of HIV infected women in Switzerland 2003 – 2008. *J Perinat Med* 2010;38 (4):353-8
- Algert C, Morris J, Simpson J, Ford J, Roberts C. Labor before a primary cesarean delivery: reduced risk of uterine rupture in a subsequent trial of labor for vaginal birth after cesarean. *Obstet Gynecol* 2008;112:1061-6.
- Allen VM, Armson BA, Wilson RD, Allen VM, Blight C, Gagnon A, Johnson JA, Langlois S, Summers A, Wyatt P, Farine D, Armson BA, Crane J, Delisle MF, Keenan-Lindsay L, Morin V, Schneider CE, Van Aerde J. Teratogenicity associated with pre-existing and gestational diabetes. *J Obstet Gynaecol Can* 2007; 29(11):927-44.

- Aliyu MH, Wilson RE, Zoorob R, Chakrabarty S, Alio AP, Kirby RS, Salihu HM. Alcohol consumption during pregnancy and the risk of early stillbirth among singletons. *Alcohol* 2008;42(5):369-74.
- Althaus J, Petersen S, Fox H, Holcroft C, Graham E. Can electronic fetal monitoring identify preterm neonates with cerebral white matter injury? *Obstet Gynecol* 2005;105(3):458-465.
- Alwan N, Tuffnell DJ, West J. Treatments for gestational diabetes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009, Issue 3. Art.No.:CD002295. DOI:1002/14651858.CD003395.pub2.
- Al-Zirqi I, Vangen S, Forsen L, Stray-Pedersen B. Prevalence and risk factors of severe obstetric haemorrhage. *BJOG* 2008; 115(10):1265-72.
- American Academy of Pediatrics (AAP), ACOG. Use and abuse of the Apgar score. ACOG Committee Opinion 333. Washington, DC, 2006.
- Anim-Somuah M, Smyth RMD, Howell CJ. Epidural versus non-epidural or analgesia in labour (review). *Cochrane Database Sys Rev* 2011;Issue12.Art.No.:CD000331. DOI:10.1002/14651858.CD0003331.pub3.
- Archabald KL, Friedman A, Raker CA, Anderson BL. Impact of trimester on morbidity of acute pyelonephritis in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201(4):406.e1-4. Epub2009 Aug 18.
- Arlettaz R, Kashiwagi M, Das-Kundu S, Fauchere JC, Lang A, Bucher JU. Methadone maintenance program in pregnancy in a Swiss perinatal center (II): neonatal outcome and social resources. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84(2):145-50.
- Auger N, Daniel M, Platt RW, Luo ZC, Wu Y, Choinière R. The joint influence of marital status, interpregnancy interval, and neighborhood on small for gestational age birth: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2008 Feb 28; 8:7
- Aziz N, Cheng YW, Caughey AB. Neonatal outcomes in the setting of preterm premature rupture of membranes complicated by chorioamnionitis. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2009; 22(9):780-4.

- Bada HS, Das A, Bauer CR, Shankaran S, Lester B, LaGasse L, Hammond J, Wright LL, Higgins R. Impact of prenatal cocaine exposure on child behavior problems through school age. *Pediatrics* 2007;119(2): e348-59.
- Bahar A, Abusham A, Eskandar M, Sobande A, Alsunaidi M. Risk factors and pregnancy outcome in different types of placenta previa. *J Obstet Gynaecol Can* 2009;31(2):126-31.
- Bailey RE. Intrapartum Fetal Surveillance. ALSO Guidelines. Available at: http://www.aafp.org/online/etc/medialib/aafp_org/documents/cme/courses/clin/also/fetalsurveillance.Par.0001.File.tmp/FetalSurveillance20070830final.pdf
- Balsells M, Garcia-Patterson A, Gich I, Corcoy R. Maternal and fetal outcome in women with type 2 versus type 1 diabetes mellitus: a systematic review and metaanalysis. *J Clin Endocrinol Metab* 2009;94(11):4284-91.
- Bateman BT, Berman MF, Riley LE, Leffert LR. The epidemiology of postpartum hemorrhage in a large, nationwide sample of deliveries. *Anesth Analg* 2010;110(5):1368-73.
- Battle C, Zlotnick C, Pearlstein T, Miller I, Howard M, Salisbury A, Stroud L. Depression and breastfeeding: Which postpartum patients take antidepressant medications? *DepressAnxiety*. 2008; 35:888-891.
- Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Merialdi M, Requejo J, Rubens C, Menon R, Van Look P. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Health Organ* 2010;88:31-38.
- Beeckman K, van De Putte S, Putman K, Louckx F. Predictive social factors in relation to preterm birth in a metropolitan region. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88(7):787-92.
- Beilin Y, Bodian CA, Weiser J, Hossain S, Arnold I, Feirman DE, Martin G, Holzman I. Effect of labor epidural analgesia with and without fentanyl on infant breast-feeding: A prospective randomized, double-blind study. *Anesthesiology* 2005; 103:1211-1217.
- Ben-David G, Sheiner E; Levy A; Erez O; Mazor M. An increased risk for non allo-immunization related intrauterine fetal death in RhD-negative patients. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2008; 21(4):255-9.

- Bhat RY, Rao A. Meconium-stained amniotic fluid and meconium aspiration syndrome: A prospective study. *Ann Trop Paediatr* 2008; 28:199-203.
- Bjørstad AR, Irgens-Hansen K, Daltveit AK, Irgens LM. Macrosomia: mode of delivery and pregnancy outcome. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89(5):664-9.
- Black M, Shetty A, Bhattacharya S. Obstetric outcomes subsequent to intrauterine death in the first pregnancy. *BJOG* 2008;115:269-274.
- Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, Adler A, Vera Garcia C, Rohde S, Say L, Lawn JE. National, regional and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet* 2012; 379(9832):2162-72.
- Bloom SL, Casey BM, Schaffer JI, McIntire DD, Leveno KJ. A randomized trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor. *AJOG* 2005; 194:10-13.
- Blume HK, Li CI, Loch CM, Koepsell TD. Intrapartum fever and chorioamnionitis as risks for encephalopathy in term newborns: a case-control study. *Dev Med Child Neurol* 2008;50(1):19-24.
- Bodner K, Wierrani F, Grünberger W, Bodner-Adler B. Influence of the mode of delivery on maternal and neonatal outcomes: a comparison between elective cesarean section and planned vaginal delivery in a low-risk obstetric population. *Arch Gynecol Obstet* 2011;Jun;283(6):1193-8.
- Bolton M, Horvath D, Birong L, Cortado H, Newsom D, White P, Partida-Sanchez S, Justice S. Intrauterine growth restriction is a direct consequence of localized maternal uropathogenic *Escherichia coli* cystitis. *PLoS ONE* 2012;7(3):e33897
- Bonifacio SL, Glass HC, Peloquin S, Ferriero DM. A new neurological focus in neonatal intensive care. *Nat Rev Neurol* 2011;7(9):485-94.
- Botet F, Figueras J, Carbonell-Estrany X, Arca G. Effect of maternal clinical chorioamnionitis on neonatal morbidity in very-low birthweight infants: a case-control study. *J Perinat Med* 2010;38(3):269-73.

- Boyd HA, Poulson G, Wohlfahrt J, Murray JC, Feenstra B, Melbye M. Maternal contributions to preterm delivery. *Am J Epidemiol* 2009; 170(11):1358-64.
- Brady MT. Health care-associated infections in the neonatal intensive care unit. *Am J Infect Control* 2005;33(5):268-75.
- Briggs G, Freeman RK, Yaffe SJ. *Drugs in pregnancy & lactation: A reference guide to fetal and neonatal risk*. 9th Ed. Williams & Wilkins. 2012
- Brown M, Mackenzie C, Dunsmuir W, Roberts L, Iken K, Matthews J, Mangos G, Davis D. Can we predict recurrence of preeclampsia or gestational hypertension? *BJOG* 2007;7114:984-993.
- Bryant AS, Worjolah A, Caughen AB, Washington AE. Racial/ethnic disparities in obstetric outcomes and care: prevalence and determinants. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202(4):335-43.
- Burd L, Roberts D, Olson M, Odendaal H. Ethanol and the placenta: A review. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2007;29(5):361-75.
- Cahill A, Duffy C, Odibo A, Roehl K, Zhao Q, Macones G. Number of cervical examinations and risk of intrapartum maternal fever. *Obstet Gynecol* 2012;119(6):1096-1101
- Callaghan WM, MacDorman MF, Rasmussen SA, Quin C, Lackritz EM. The contribution of preterm birth to infant mortality rates in the United States. *Pediatrics* 2006; 118(4):1566-73.
- Campbell D, Scott KD, Klaus MH, Falk M. Female relatives or friends trained as labor doulas: Outcomes at 6 to 8 weeks postpartum. *Birth* 2007; 34(3):220-227.
- Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009, Issue 1, Art NO: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.
- Cataldi L, Leone R, Moretti U, DeMitre B, Fanos V, Ruggeri L, Sabatino G, Torcasio F, Zanardo V, Attardo G, Riccobene F, Martano C, Benini D, Cuzzolin L. Potential risk factors for the development of acute renal failure in preterm newborn infants: a case-control study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2005;90(6):F514-9.

- Caughey AB, Sundaram V, Kaimal AJ, Gienger A, Cheng YW, McDonald KM, Shaffer BL, Owens DK, Bravata DM. Systematic review: Elective induction of labor versus expectant management of pregnancy. *Ann Intern Med* 2009; 151:252-263.
- Cecatti JG, Correa-Silva EP, Milanez H, Morais SS, Souza JP. The associations between inter-pregnancy interval and maternal and neonatal outcomes in Brazil. *Matern Child Health J* 2008; 12(2):275-81.
- Cederholm M, Haglund B, Axelsson O. Infant morbidity following amniocentesis and chorionic villus sampling for prenatal karyotyping. *BJOG* 2005;112(4):394-402.
- Cedergren MI. Non-elective caesarean delivery due to ineffective uterine contractility or due to obstructed labour in relation to maternal body mass index. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009; 145(2):163-6.
- Chappell LC, Enye S, Seed P, Briley AL, Poston L, Shennan AH. Adverse perinatal outcomes and risk factors for preeclampsia in women with chronic hypertension: a prospective study. *Hypertension* 2008; 51(4):1002-9.
- Christou H, Brodsky D. Lung injury and bronchopulmonary dysplasia in newborn infants. *J Intensive Care Med* 2005;20(2):76-87.
- Chu SY et al. Gestational weight gain by body mass index among US women delivering live infants, 2004-2005: fueling future obesity. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 271:271e1-271e7.
- Cleary-Goldman J, Malone FD, Vidaver J, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, Saade GR, Eddleman KA, Klugman S, Dugoff L, Timor-Tritsch IE, Craigo SD, Carr SR, Wolfe HM, Bianchi DW, D'Alton M. Impact of maternal age on obstetric outcome. *Obstet Gynecol* 2005;105(5 Pt 1):983-90.
- Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. *JAMA* 2006;295(15):1809-23.
- Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Effects of birth spacing on maternal health: A systematic review. *AJOG* 2007;196(4):297-308.
- Cornelius MD, Day NL. Developmental consequences of prenatal tobacco exposure. *Curr Opin Neurol* 2009;22(2):121-5.

- Cotter AM, Martin CM, O'Leary JJ, Daly SF. Increased fetal RhD gene in the maternal circulation in early pregnancy is associated with an increased risk of pre-eclampsia. *BJOG* 2005;112(5):584-7.
- Crowther CA, Hiller JE, Moss JR, McPhee AJ, Jeffries WS, Robinson JS. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. *N Engl J Med* 2005;352(24):2477-86.
- Daltveit A, Tollanes MC, Pihlstrom H, Irgens L. Cesarean delivery and subsequent pregnancies. *Obstet Gynecol* 2008; 111(6):1327-34.
- Davies GA, Maxwell C, McLeod L, Gagnon R, Basso M, Bos H, Delisle MF, Farine D, Hudon L, Menticoglou S, Mundle W, Murphy-Kaulbeck L, Ouellet A, Pressey T, Roggensack A, Leduc D, Ballerman C, Biringer A, Duperron L, Jones D, Lee LS, Shepherd D, Wilson K, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Obesity in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 2010;32(3):165-73.
- Declercq E, Barger M, Cabral JH, Evans SR, Kotelchuck M, Simon C, Weiss J, Jeffner LJ. Maternal outcomes associated with planned primary cesarean births compared with planned vaginal births. *Obstet Gynecol* 2007;109(3):669-677.
- Declercq E, MacDorman M, Menachker F, Stotland N. Characteristics of planned and unplanned home births in 19 states. *Obste Gynecol* 2010;116(1):93-99.
- De Jonge A, Teunissen TA, Largro-Janssen AL. Supine position compared to other positions during the second stage of labour : a meta-analytic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2005;25:35-45.
- Delpisheh A, Brabin L, Attia E, Brabin BJ. Pregnancy late in life: a hospital-based study of birth outcomes. *J Women's Health* 2008; 17(6):965-70.
- Delpisheh A, Brabin L, Drummond S, Brabin BJ. Prenatal smoking exposure and asymmetric fetal growth restriction. *Ann Hum Biol* 2008;35(6):573-83.
- Dryden C, Young D, Hepburn M, Mactier H. Maternal methodone use in pregnancy: factors associated with the development of neonatal abstinence syndrome and implications for healthcare resources. *BJOG* 2009;116(5):665-71.

- Duijts L, Ramadhani M, Moll H. Breastfeeding protects against infectious diseases during infancy in industrialized countries. A systematic review. *Mat Child Nutr* 2009;5:199-210.
- Duley L. The global impact of pre-eclampsia and eclampsia. *Semin Perinatol.* 2009; 33(3):130-7.
- Eddleman KA., Malone FD, Sullivan L, Dukes K, Berkowitz RL, Kharbutli Y et al., Pregnancy loss rates after midtrimester amniocentesis. *Obstet Gynecol* 2006;108(5):1067-72.
- Elsedeek M, Awad E, Elsebaey S. Evaluation of postpartum blood loss after misoprostol-induced labour. *BJOG* 2009; 116:431-435.
- El Marroun H, Tiemeier H, Steegers EA, Jaddoe VW, Hofman A, Verhulst A, Verhulst FC, van den Brink W, Huizink AC. Intrauterine cannabis exposure affects fetal growth trajectories: The Generation R Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48(12):1173- 1181.
- Emamghorashi F, Mahmoodi N, Tagarod Z, Heydan S. Maternal urinary tract infection as a risk factor for neonatal urinary tract infection. *Iran J Kidney Dis* 2012;6(3):178-80.
- Esplin MS, O'Brien E, Fraser A, Kerber RA, Clark E, Simonsen SE, Holmgren C, Mineau GP, Varner MW. Estimating recurrence of spontaneous preterm delivery. *Obstet Gynecol.* 2008; 112(3):516-23.
- Erez O, Shoham-Vardi I, Sheiner E, Dukler D, Bashiri A, Mazor M. Hydramnios and small for gestational age are independent risk factors for neonatal mortality and maternal morbidity. *Arch Gynecol Obstet* 2005; 271:296-301.
- Esakoff TF, Cheng YW, Sparks TN, Caughey AB. The association between birthweight 4000g or greater and perinatal outcomes in patients with and without gestational diabetes mellitus. *Am J Obstet Gynecol* 2009;200(6):672.31-4.
- Evron S, Dimitrochenko V, Khazin V, Sherman A, Sadan O, Boaz M, Ezri T. The effect of intermittent versus continuous bladder catheterization on labor duration and postpartum urinary retention and infection: a randomized trial. *J Clin Anesth* 2008;20(8):567-72.

- Fernando RJ, Sultan AHH, Kettle C, Thakar R, Radley S. Methods of repair for obstetric and spinchter injury. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; Issue 2, Art No: CD002866. DOI: 10.1002/14651858
- Fewtrell M, Morgan J, Duggan C, Gunnlaugsson G, Hibberd P, Lucas A, Kleinman R. Optimal duration of exclusive breastfeeding: what is the evidence to support current recommendations? *Am J Clin Nutr* 2007;85(Supl):635S-8S
- Frederick IO, Williams MA, Sales AE, Martin DP, Killien M. Pre-pregnancy body mass index, gestational weight gain, and other maternal characteristics in relation to infant birth weight. *Matern Child Health J* 2008; 12(5):557-67.
- Floyd RL, Weber MK, Denny C, O'Connor MJ. Prevention of fetal alcohol spectrum disorders. *Dev Disabil Res Rev* 2009;15(3):193-9.
- Forrester MB, Merz RD. Risk of selected birth defects with prenatal illicit drug use, Hawaii 1986-2002. *J Toxicol Environ Health A* 2007;70(1):7-18.
- Galyean AM, Dagrew DC, Bush MC, Kurtzman JT. Previous cesarean section and the risk of postpartum maternal complications and adverse neonatal outcomes in future pregnancies. *J Perinatol* 2009; 29:726-730.
- Gaugler-Senden IP, Berends AL, de Groot CJ, Steegers EA. Severe, very early onset preeclampsia: subsequent pregnancies and future parental cardiovascular health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008;140(2):171-7 Epub2008 Jun 20.
- Getahun D, Ananth CV, Kinzler WL. Risk factors for antepartum and intrapartum stillbirth: a population based study. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196(6):499-507.
- Getahun D, Oyelese Y, Salihu HM, Ananth CV. Previous cesarean delivery and risks of placenta previa and placental abruption. *Obstet Gynecol* 2006; 107(4):771-8.
- Gilbert WM, Young AL, Danielsen B. Pregnancy outcomes in women with chronic hypertension: a population-based study. *J Reprod Med* 2007; 52(11):1046-51.
- Giliberti P, Giordano L, Chello G, DeLeonibus C, Giliberti P. The scenarios of shock in newborn infants.. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2010;23 Suppl2:2709.

- Glantz JC. Term labor induction compared with expectant management. *Obstet Gynecol* 2010; 115:70-76.
- Goedhart G, van Eijnden M, van der Wal, MF, Bonsel GJ. Ethnic differences in preterm birth and its subtypes: the effect of a cumulative risk profile. *BJOG* 2008;115(6):710-9.
- Golden S, Bennett W, Baptist-Roberts K, Wilson L, Barone B, Gary T, Bass E, Nicholson W. Antepartum glucose tolerance test results as predictors of Type 2 diabetes mellitus in women with a history of gestational diabetes mellitus: A systematic review. *Gend Med* 2009;6:109-122.
- Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet* 2008; 371(9696):75-84.
- Gough A, Spence D, Linden M, Halliday HL, McGarvey L. General and respiratory health outcomes in adult survivors of bronchopulmonary dysplasia: A systematic review. *Chest* 2012; 141(6):1554-67
- Gourounti K, Sandall J. Admission cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart rate: effects on neonatal Apgar score, on the rate of caesarean sections and on the rate of instrumental delivery – a systematic review. *Int J Nursing Stud* 2007;44(6):1029-35.
- Gray R, Quigley MA, Hockley C, Kurinczuk JJ, Goldacre M, Brocklehurst P. Cesarean delivery and risk of stillbirth in subsequent pregnancy: a retrospective cohort study in an English population. *BJOG* 2007;114(3):264-70.
- Grivell RM, Wong L, Bhatia V. Regimens of fetal surveillance for impaired fetal growth. *Cochrane Database Syst Rev* 2009. Issue 1. Art. No.: CD007113. DOI: 10.1002/14651858.CD007113.pub2.
- Grobman W, Lai Y, Landon MB., et al. Can a prediction model for vaginal birth after cesarean also predict the probability of morbidity related to a trial of labor ? *Am J Obstet Gynecol.* 2009;200 (1):56.e1-6;
- Grobman WA, Auger M, Shulman LP, Elias S. The association between chorionic villus sampling and preeclampsia. *Prenat Diagn* 2009; 29(8):800-3.
- Grobman WA, Gersnoviez R, Landon MB, Spong CY, Leveno KJ, Rouse DJ, Varner MW, Moawad AH, Caritis SN, harper M, Wapner RJ, Sorokin Y, Miodovnik

- M, Carpenter M, O'Sullivan MJ, Sibai BM, Langer O, Thorp JM, Ramin SM, Mercer BM. Pregnancy outcomes for women with placenta previa in relation to the number of prior cesarean deliveries. *Obstet Gynecol* 2007;110(6):1249-55.
- Gul A, Cebeci A, Aslan H, Polat I, Ozdemir A, Ceylan Y. Perinatal outcomes in severe preeclampsia-eclampsia with and without HELLP syndrome. *Gynecol Obstet Invest* 2005;59(2):113-8.
- Guner YS, Griedlich P, Wee CP, Dorey F, Camerini V, Upperman JS. State-based analysis of necrotizing enterocolitis outcomes. *J Surg Res* 2009; 157(1):21-9.
- Haeri S, Shauer M, Dale M, Leslie J, Baker AM, Saddlemire S, Boggess K. Obstetric and newborn infant outcomes in human immunodeficiency virus-infected women who receive highly active antiretroviral therapy. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 201(3):315.e1-5.
- Hansen A, Wisborg K, Ulbjerg N, Henriksen TB. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ* 2008; 336:85-87.
- Hanson S, Clark S, Foster J. Active pushing vs passive fetal descent in the second state of labor: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2002;99:29-34.
- Harlev A, Levy A, Zaulan Y, Koifman A, Mazor M, Wiznitzer A, Faizayev E, Sheiner A. Idiopathic bleeding during the second half of pregnancy as a risk factor for adverse perinatal outcome. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2008;21(5):331-5.
- Harlow BL, Vitonis AF, Sparen P, Cnattingius S, Joffe H, Hultman CM. Incidence of hospitalization for postpartum psychotic and bipolar episodes in women with and without prior prepregnancy or prenatal psychiatric hospitalizations. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(1):42-8.
- Harrington DJ, Redman CW, Moulden M, Greenwood CE. Long-term outcome in surviving infants with Apgar zero at 10 minutes: a systematic review of the literature and hospital-based cohort. *Am J Obstet Gynecol* 2007;195(5):463-4.
- Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gertlehner G, Thorp J, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA* 2005;293:2141-8.

- Havens JR, Simmons LA, Shannong LM, Hansen WF. Factors associated with substance use during pregnancy: results from a national sample. *Drug Alcohol Depend* 2009; Jan 1;99(1-3):89-95.
- Haydon ML, Gorenberg DM, Nageotte MP, Ghamsary M, Rumney PJ, Patillo C, Garite TJ. The effect of maternal oxygen administration on fetal pulse oximetry during labor in fetuses with nonreassuring fetal heart rate patterns. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195:735-8.
- Heinemann J, Gillen G, Sanchez-Ramos L, Kaunitz AM. Do mechanical methods of cervical ripening increase infectious morbidity? A systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199(2):177-188.
- Hill JB, Sheffield JS, McIntire DD, Wendel GD Jr. Acute pyelonephritis in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2005;105(1):18-23.
- Himmelman K, Ahlin K, Jacobsson B, Cans C, Thorsen P. Risk factors for cerebral palsy in children born at term. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011; 90 (10), pp. 1070-81.
- Hizkiyahu R, Levy A, Sheiner E. Pregnancy outcome of patients with schizophrenia. *Am J Perinatol* 2010;27(1):19-23.
- Hoch M, Netz H. Heart failure in pediatric patients. *Thorac Cardiovasc Surg* 2005;53 Suppl 2:S129-34.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala A, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2011, Issue 2. Art.NO.:CD003766. DOI:10.1002/14651858.CD003766.pub3.
- Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang, Makela SM, Lopez AD, Lozano R, Murray CJ. Maternal mortality for 181 countries, 1980 – 2008; a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet* 2010;376(9726), 1609-23.
- Holmes H, Lo J, McIntire D, Casey B. Prediction of diabetes recurrence in women with class A (diet treated) gestational diabetes. *Am J Perinatol* 2010;27(1):47-52.
- Holzman C, Lin X, Senagore P, Chung H. Histologic chorioamnionitis and preterm delivery. *Am J Epidemiol* 2007;166(7):786-94.

- Hohmann-Marriott B. The couple context of pregnancy and its effects on prenatal care and birth outcomes. *Matern Child Health J* 2009; 13(6):745-54.
- Horvath T, Madi B, Iuppa IM, Kennedy GE, Rutherford G, Read JS. Interventions for preventing late postnatal mother-to child transmission of HIV. *Cochrane Database Syst Rev* 2009, Issue 1. Art. No.:CD006734. DOI:10.1002/14651858.CD006734.pub2.
- Hsu DT, Pearson GD. Heart failure in children: Part II:diagnosis, treatment and future directions. *Circulation. Heart Failure* 2009; 2(5):490-8.
- Imbasciati E, Tincani A, Gregorini G, Doria A, Moroni G, Cabiddu G, Marcelli D. Pregnancy in women with pre-existing lupus nephritis: predictors of fetal and maternal outcome. *Nephrol Dial Transplant* 2009;24(2):519-25.
- Jablensky AV, Morgan V, Zubrick SR, Bower C, Yellachich LA. Pregnancy, delivery, and neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. *Am J Psychiatry* 2005;162(1):79-91.
- Jaddoe VW, Bakker R, Hofman A, Mackenbach JP, Moll HA, Steegers EA, Witteman JC. Moderate alcohol consumption during pregnancy and the risk of low birth weight and preterm birth. The generation R study. *Ann Epidemiol* 2007;17(10):834-40.
- Jansen AJ, van Rhenen DJ, Steegers EA, Duvekot JJ. Postpartum hemorrhage and transfusion of blood and blood components. *Obstet Gynecol Surv* 2005;60(10):663-71.
- Johansson AL, Dickman PW, Kramer MS, Cnattingius S. Maternal smoking and infant mortality: does quitting smoking reduce the risk of infant death? *Epidemiology* 2009;20(4):590-7.
- Johnson KJ, Soler JT, Puumala SE, Ross JA, Spector LG. Parental and infant characteristics and childhood leukemia in Minnesota. *BMC Pediatr* 2008; 25:8:7
- Kaupila A, Kyyrönen P, Hinkula M, Pukkala E. Birth intervals and breast cancer risk. *Br. J Cancer* 2009; 101(7):1213-7.

- Kaye DK, Mirembe FM, Bantebya G, Johannsson A, Eksrom AM. Domestic violence during pregnancy and risk of low birthweight and maternal complications: a prospective cohort study at Mulago Hospital, Uganda. *Trop Med Int Health* 2006;11(10):1576-84.
- Kennare R, Rucker G, Heard A, Chan A. Risks of adverse outcomes in the next birth after a first cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2007;109 (2 Part 1):270-6
- Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; Issue 6. Art. No.:CD000006. DOI:10.1002/14651858.CD000006.pub2..
- Khashu M, Narayanan M, Bhargava S, Osioovich H. Perinatal outcomes associated with preterm birth at 33 to 35 weeks' gestation: a population-based cohort study. *Pediatrics* 2009;123(1):109-13.
- Kidanto HL. Risks for preterm delivery and low birth weight are independently increased by severity of maternal anaemia. *S Afr Med J* 2009; 99(2):98-102.
- Kiely M, El-Mohandes AA, El-Khorazaty MN, Gantz MG. An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2010;115(2 Part 1):273-83.
- Kiernan K, Pickett KE. Marital status disparities in maternal smoking during pregnancy, breastfeeding and maternal depression. *Soc Sci Med* 2006; 63(2):335-46.
- Kitzmilller JL, Block JM, Brown FM, Catalano PM, Conway DL, Coustan DR et al., Managing preexisting diabetes for pregnancy. Summary of evidence and consensus recommendations for care. *Diabetes Care* 2008;31(5):1060-79.
- Knight M. Eclampsia in the United Kingdom 2005. *BJOG* 2007; 114(9):1072-8.
- Knight M, Kurinczuk JJ, Spark P, Brocklehurst P, United Kingdom Obstetric Surveillance System Steering Committee. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2008;111(1):97-105.
- Koelewijn JM, de Haas M, Vrijkotte TG, van der Schoot CE, Bonsel FH. Risk factors for RhD immunization despite antenatal and postnatal anti-D prophylaxis. *BJOG* 2009;116(10):1307-14. Epub 2009 Jun 17.

- Koifman A, Levy A, Zaulan Y, Harlev A, Mazor M, Wiznitzer A, Sheiner E. The clinical significance of bleeding during the second trimester of pregnancy . *Arch Gynecol Obstet* 2008; 278(1):47-51.
- Kovac M, Mitic G, Mikovic Z, Djordjevic V, Savic O, Mandic V, Rakicevic L, Antonijevic N, Radojkovic D. Thrombophilia in women with pregnancy-associated complications: Fetal loss and pregnancy-related venous thromboembolism. *Gynecol Obstet Invest* 2010;69:233-238.
- Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database System Rev* 2009, Issue 1. Art. No.:CD003517.DOI:10.1002/14651858.CD003517
- Kristensen J, Vestergaard M, Wisborg K, Kesmodel U, Secher NJ. Pre-pregnancy weight and the risk of stillbirth and neonatal death. *BJOG* 2005;112(4):403-8.
- Kwak S, Kim H, Choi S, Lim S, Cho Y, Park K, Jang H, Kim M, Cho N, Metzger B. Subsequent pregnancy after gestational diabetes mellitus: frequency and risk factors for recurrence in Korean women. *Diabetes Care* 2008;31(9):1867-1871.
- Lai , CY, Cheung HW, Hsi Lao TT, Lau TK, Leung TY. Is the policy of restrictive episiotomy generalisable? A prospective observational study *J Matern Fetal Neonatal Med* 2009;22(12):1116-21.
- Lambert D, Christensen R, Henry E, Besner G, Baier V, Wiedmeier S, Stoddard R, Miner C, Burnett J. Necrotizing enterocolitis in term neonates: data from a multihospital health-care system. *J Perinatol* 2007; 27 (7):437-4
- Langer O, Yogev Y, Most O, Xenakis EM. Gestational diabetes: the consequences of not treating. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(4):989-97.
- Lapolla A, Dalfrà MG, DiCianni G, Bonomo M, Parretti E, Mello G. A multicenter Italian study on pregnancy outcome in women with diabetes. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2008;18(4):291-7.
- Larma AJ, Silva A, Holcroft C, Thompson R, Donohue P, Graham E. Intrapartum electronic fetal heart rate monitoring and the identification of metabolic acidosis and hypoxic-ischemic encephalopathy. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:301e1-e8.

- Lawn J, Osrin D, Adler A, Cousens S. Four million neonatal deaths: counting and attribution of cause of death. *Paediatric Perinat Epidemiol* 2008; 22:410-416.
- Lawn J, Yakoob M, Haws R, Soomro T, Darmstadt G, Bhutta Z. 3.2 million stillbirths: epidemiology and overview of the evidence review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009;9(Suppl 1):52
- Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GH, Dowswell R, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;, Issue 2. Art.No.:CD003934. DOI:10.1002/14651858.CD003934.pub2.
- Lee C, Lin HC. Maternal bipolar disorder increased low birthweight and preterm births: a nationwide population-based study. *J Affect Disord* 2010;121(1-2):100-5.
- Lin HC, Chen IJ, Chen YH, Lee HC, Wu FJ. Maternal schizophrenia and pregnancy outcome: does the use of antipsychotics make a difference? *Schizophr Res* 2010;116(1):55-60.
- Liu L, Johnson HL, Cousens S, Perin J, Scott S, Lawn JE, Rudan I, Campbell H, Cibulskis R, Li M, Mathers C, Black RE. Global, regional and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. *Lancet* 2012; 9379(9832):2151-6.
- Liu BY, Wang CC, Lau TK, Chu CY, Phil M, Pang CP, Rogers MS, Leung TN. Meconium-stained liquor during labor is associated with raised neonatal cord blood 8-iso-prostaglandin F2alpha concentration. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(1):289-94.
- Lobato G, Soncini CS. Relationship between obstetric history and Rh(D) alloimmunization severity. *Arch Gynecol Obstet* 2008; 277(3):245-8. Epub 2007 Aug 31.
- Locatelli A, Regalia AL, Patregnani C, Ratti M, Toso L, Ghidini A. Prognostic value of change in amniotic fluid color during labor. *Fetal Diagn Ther* 2005;20(1):5-9.
- Lone F, Sultan AH, Thakar R, Beggs A. Risk factors and management patterns for emergency obstetric hysterectomy over 2 decades. *Int J Gynaecol Obstet* 2010;109(1):12-5. Epub 2009 Dec 1.

- Lozano R, Wang H, Foreman KJ, Rajarantnam HJK, Naghavi M, Marcus JR, Dwyer-Lindgren L, Lofgren KT, Phillips D, Atkinson C, Lopez AD, Murray CJ. Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. *Lancet* 2011; 378(9797), 1139-65.
- Luders C, Martins Castro MC, Tital SM, De Castro I, Elias RM, Abensur H, Romão JE Jr. Obstetric outcome in pregnant women on long-term dialysis: A case series. *Am J Kidney Dis* 2010;56(1):77-85.
- Lutgendorf MA, Busch JM, Doherty DA, Conza LA, Moone SO, Magann EF. Prevalence of domestic violence in a pregnant military population. *Obstet Gynecol* 2009; 113(4):866-72.
- Luu M, Ment I, Schneider K, Katz K, Allan W, Vohr B. Lasting effects of preterm birth and neonatal brain hemorrhage at 12 years of age. *Pediatrics* 2009;123(3):1037-1044.
- Lykke JA, Langhoff-Roos J, Lockwood CJ, Triche EW, Paidas MJ. Mortality of mothers from cardiovascular and non-cardiovascular causes following pregnancy complications in first delivery. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2010 Jul 1; Vol. 24 (4), pp. 323-30
- Lykke JA, Langhoff-Roos J, Sibai BM, Funai EF, Triche EW. Hypertensive pregnancy disorders and subsequent cardiovascular morbidity and Type 2 diabetes mellitus in the mother. *Hypertension* 2009; 53(6):944-51.
- Lykke J, Paidas M, Langhoff-Roos J. Recurring complications in second pregnancy. *Obstet Gynecol* 2009; 113(6):1217-1224
- MacCabe JH, Martinsson L, Lichtenstein P, Nilsson E, Cnattingius S, Murray RM, Hultman CM. Adverse pregnancy outcomes in mothers with affective psychosis. *Bipolar Disord* 2007;9(3):305-309.
- MacDorman MF, Mathews TJ. The challenge of infant mortality: have we reached a plateau? *Public Health Rep* 2009;124(5):670-81.
- Macones GA, Cahill A, Pare E, Stamilio DM, Ratcliffe S, Stevens E, Sammel M, Peipert J. Obstetric outcomes in women with two prior cesarean deliveries: is

- vaginal birth after cesarean delivery a viable option? *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(4):1223-8.
- Maconochie N, Doyle P, Prior S, Simmons R. Risk factors for first trimester miscarriage – results from a UK-population-based case-control study. *BJOG* 2007;114(2):170-86.
- Madan I, Romero R, Kusanovic JP, Mittal P, Chaiworapongsa T, Dong Z, Mazaki-Tovi S, Vaisbuch E, Alpay Savasan Z, Yeo L, Kim CJ, Hassan SS. The frequency and clinical significance of intra-amniotic infection and/or inflammation in women with placenta previa and vaginal bleeding: an unexpected observation. *J Perinat Med* 2010;38(3):275-9.
- Malik S, Cleves MA, Honein MA, Romitti PA, Botto LD, Yang S, Hobbs CA; National Birth Defects Prevention Study. Maternal smoking and congenital heart defects. *Pediatrics* 2008; 121(4):e810-6.
- McDonald S, Best C, Lam K. The recurrence risk of severe de novo preeclampsia in singleton pregnancies: a population-based cohort. *BJOG* 2009;116:1578-1584.
- McGrath SK, Kennell JH. Continuous labor support for middle-class couples: Effect on cesarean delivery rates. *Birth* 2008; 35(2):92-97.
- McIntire D, Leveno K. Neonatal mortality and morbidity rates in later preterm births compared with births at term. *Obstet Gynecol* 2008; 111(1):35-41.
- McIntyre SH, Newburn-Cook CV, O'Brien B, Demianczuk NN. Effect of older maternal age on the risk of spontaneous preterm labor: a population-based study. *Health Care Women Int* 2009; 30(8):670-89.
- Measey MA, D'Espaignet E, Charles A, Douglass C. Unexplained fetal death: are women with a history of fetal loss at higher risk? *Aus NZ J Obstet Gynaecol* 2009;49(2):151-7.
- Melamed N, Chen R, Soiberman U, Ben-Haroush A, Hod M, Yogev Y. Spontaneous and indicated preterm delivery in pregestational diabetes mellitus: Etiology and risk factors. *Arch Gynecol Obstet* 2008; 178(2):129-34.
- Menezes EV. Reducing stillbirths: prevention and management of medical disorders and infections during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009; 7:9: Suppl 1:S4

- Menezes EV, Yakoob MY, Soomro T, Haws RA, Darmstadt GL, Bhutta ZA. Reducing stillbirths: prevention and management of medical disorders and infections during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009; May 7;9 Suppl 1:S4
- Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, Trimble ER, Chaovarindr U, Coustan DR et al. Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med* 2008;358:1991-2002.
- Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; Issue 5. Art. No.:CD003519. DOI:10.1002/14651858.CD003519.pub3.
- Murk W, Risnes K, Bracken M. Prenatal or early-life exposure to antibiotics and risk of childhood asthma: a systematic review. *Pediatrics* 2011;127(6):1125-38.
- Murki S, Kandraj H, Devi SA. Hemolytic disease of the newborn – Anti c antibody induced hemolysis. *Indian J Pediatr* 2012;79 (2):265-6.
- Nabet C, Ancel PY, Burguet A, Kaminski M. Smoking during pregnancy and preterm birth according to obstetric history: French national perinatal surveys. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2005;19(2):88-96.
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Diabetes in pregnancy. Management of diabetes and its complications from pre-conception to the postpartum period. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2008 Mar 21, (Clinical guideline, no 63).
- Nohynek H, Madhi S, Grijalva CG. Childhood bacterial respiratory diseases: past, present, and future. *Pediatr Infect Dis J* 2009; 28(10 Suppl):S127-32.
- O'Mahony F, Hofmeyr GJ, Menon V. Choice of instruments for assisted vaginal delivery. *Cochrane Database Syst Rev* 2010, Issue 11. Art. No.:CD005455. DOI:10.1002/14651858.CD005455.pub2.
- Odd DE, Rasmussen F, Gunnell D, Lewis G, Whitelaw A. A cohort study of low Apgar scores and cognitive outcomes. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2008;93(2): F115-20.

- Onwuhafua PI, Zayyan M, Ozed-Williams I, Ankama M. Fetal outcome following umbilical cord prolapsed in Ahmadu Bello University Teaching Hospital, Kaduna (ABUTHK), northern Nigeria. *Niger J Med* 2007;16(4):334-7.
- Ortibus E. The pregnancy and long-term neurodevelopmental outcome of monochorionic diamniotic twin gestations: a multicenter prospective cohort study from the first trimester onward. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200(5):494, e1-8.
- Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T., Neilson JP. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev* 2012, Issue 3. Art. No.:CD009234. DOI:10.1002/14651858.CD009234.pub2.
- Owens R. Intraventricular hemorrhage in the premature neonate. *Neonatal Netw* 2005;24(3):55-71.
- Persson M, Norman M, Hanson U. Obstetric and perinatal outcomes in type 1 diabetic pregnancies: A large, population-based study. *Diabetes Care* 2009;32(11):2005-9.
- Peterson E, Craigo S, House M. Risk factors for postpartum antihypertensive medication requirement in severe preeclampsia. *Hypertens Pregnancy* 2010;29:350-356.
- Peticca P, Keely EJ, Walker MC, Yang Q, Bottomley J. Pregnancy outcomes in diabetes subtypes: How do they compare? A Province-based study of Ontario, 2005 – 2006. *J Obstet Gynaecol Can* 2009;31(6):487-496.
- Piccoli GB, Attini R, Vasario E, Conijn A, Biolcati M, D'Amico F, Consiglio V, Bontempo S, Rodros T. Pregnancy and chronic kidney disease: a challenge in all CKD stages. *Clin J Am Soc Nephrol* 2010; 5(5):844-55.
- Piccoli GB, Conijin A, Consiglio V, Vasario E, Attini R, Deagnostini MC, Bontempo S, Todros T. Pregnancy in dialysis patients: Is the evidence strong enough to lead us to change our counseling policy? *Clin J Am Soc Nephrol* 2010; 5(1):62-71.

- Pinto SM, Dodd S, Walkiknshaw SA et al., Substance abuse during pregnancy: effect on pregnancy outcomes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010;150(2):137-41.
- Pirilä S, Taskinen M, Vijakainen H, Kajosaari M, Turanlahti M, Saarinen-Pihkala U, Määkitie O. Infant milk feeding influences adult bone health: A prospective study from birth to 32 years. *PLoS ONE* 2011;6(4):e19068
- Pitaphrom A, Sukcharoen N. Pregnancy outcome in placental abruption. *J Med Assoc Thailand* 2006;89(10):1572-8.
- Plunkett J, Borecki I, Morgan T, Stamilio D, Muglia LJ. Population-based estimate of sibling risk for preterm birth, preterm premature rupture of membranes, placental abruption and pre-eclampsia. *BMC Genet* 2008;9:44.
- Plunkett J, Muglia LJ. Genetic contributions to preterm birth: implications from epidemiological and genetic association studies. *Ann Med* 2008;40(3):167-95.
- Pulsifer MB, Butz AM, O'Reilly Foran M, Belcher HM. Prenatal drug exposure: effects on cognitive functioning at 5 years of age. *Clin Pediat (Phila)* 2008; 47(1):58-65.
- Rasmussen S, Irgens LM, Skjaerven R, Melve KK. Prior adverse pregnancy outcome and the risk of stillbirth. *Obstet Gynecol* 2009;114(6):1259-70.
- Raatikainen K, Heiskanen N, Heinonen S. Under-attending free antenatal care is associated with adverse pregnancy outcomes. *BMC Public Health* 2007; Sept 27;7:268.
- Rahman J, Bhattee G, Rahman MS. Shoulder dystocia in a 16-year experience in a teaching hospital. *J Reprod Med* 2009; 54(6):378-84.
- Revez L, Gyte G, Cuervo L, Casasbuenas A. Treatments for iron-deficiency anaemia in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2011, Issue 10. Art. No.:CD003094. DOI:10.1002/14651858. CD003094.pub3.
- Richardson GA, Goldschmidt L, Larkby C. Effects of prenatal cocaine exposure on growth: a longitudinal analysis. *Pediatrics* 2007; 120(4): e1017-1027.
- Rich-Edwards JW, Grizzard TA. Psychosocial stress and neuroendocrine mechanisms in preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192(5 Suppl):S30-5.

- Richter R, Bergmann R, Dudenhausen J. Previous caesarean or vaginal delivery: Which mode is a greater risk of perinatal death at the second delivery? *European J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007;132:51-57.
- Rodriguez A. Maternal pre-pregnancy obesity and risk for inattention and negative emotionality in children. *J Child Psychol Psychiatry* 2010;51(2):134-43.
- Rogers JM. Tobacco and pregnancy. *Reprod Toxicol* 2009;28(2):152-60.
- Rosen D, Seng J, Tolman R, Mallinger G. Intimate partner violence, depression and posttraumatic stress disorder as additional predictors of low birth weight infants among low-income mothers. *J Interpers Violence* 2007;22:1305-1314.
- Said JM, Higgins JR, Moses EK, Walker SP, Borg AJ, Monagle PT, Brennecke SP. Inherited thrombophilia polymorphisms and pregnancy outcomes in nulliparous women. *Obstet Gynecol* 2010; 115(1):5-13.
- Saini-Chohan HK, Dakshinamurti S, Taylor WA, Shen GX, Murphy R, Sparagna GC, Hatch GM. Persistent pulmonary hypertension results in reduced tetralinoleyl-cardiolipin and mitochondrial complex II + III during the development of right ventricular hypertrophy in the neonatal pig heart. *Am J Physiol Heart Circ Physiol* 2011;301(4):H1415-24.
- Salihu HM, Wilson RE, Alio AP, Kirby RS. Advanced maternal age and risk of antepartum and intrapartum stillbirth. *J Obstet Gynaecol Res* 2008; 34(5):843-50.
- Saleem Z, Rydhström H. Vaginal hematoma during parturition: a population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004; 83(6):560-2.
- Sciscione AC, Landon MB, Leveno KJ, Spong CY, Macpherson C, Varner MW, Rouse DJ, Moawad AH, Caritis SN, Harper M, Sorokin Y, Miodovnik M, Marshall C, Peaceman AM, O'Sullivan MJ, Sibair BM, Langer O, Thorp JM, Ramin SM, Mercer BM. National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Maternal-Fetal Medicine Units Network (MFMU). Previous preterm cesarean delivery and risk of subsequent uterine rupture. *Obstet Gynecol* 2008; 111(3):648-53.
- Schneid-Kofman N, Sheiner E, Levy A. Psychiatric illness and adverse pregnancy outcomes. *Int J Gynaecol Obstet* 2008;101(1):53-6.

- Scholes D, Hooton TM, Roberts PL, Gupta K, Stapleton AE, Stamm WE. Risk factors associated with acute pyelonephritis in healthy women. *Ann Intern Med* 2005; 142(1):134.
- Schonewille H, Klumper FJ, van de Watering LM, Kanhai HH, Brand A. High additional maternal red cell alloimmunization after Rhesus- and K-matched intrauterine intravascular transfusions for hemolytic disease of the fetus. *Am J Obstet Gynecol* 2007; 196(2):143. E1-6.
- Schrag S, Schuchat A. Prevention of neonatal sepsis. *Clin Perinatol* 2005;32(3):601-15.
- Scott J, Robertson M, Fitzpatrick J, Knight C, Mulholland S. Occurrence of lactational mastitis and medical management: A prospective cohort study in Glasgow. *Int Breastfeed J* 2008; 3:21. Doi:10.1186/1748-4358-3-21
- Sen B, Swaminathan S. Maternal prenatal substance use and behavior problems among children in the U.S. *J Ment Health Policy Econ* 2007;10(4):189-206.
- Schaffer JL, Bloom SL, Casey BM et al., A randomized trial of the effects of coached vs uncoached maternal pushing during the second stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function. *AJOG* 2005; 192(5):1692-1696.
- Semrau K, Kuhn L, Brooks DR, Cabral H, Sinkala M, Kankasa C, Thea DM, Aldrovandi GM. Exclusive breastfeeding, maternal HIV disease and the risk of clinical breast pathology in HIV-infected, breastfeeding women. *Am J Obstet Gynecol* 2011;205(4):344 e1-8.
- Shand AW, Bell JC, McElduff A, Morris J, Roberts CL. Outcomes of pregnancies in women with pre-gestational diabetes mellitus and gestational diabetes mellitus: a population-based study in New South Wales, Australia, 1998-2002. *Diabet Med*. 2008;25(6):708-15.
- Sharma PP, Salihu HM, Ovelese Y, Ananth CV, Kirby RS. Is race a determinant of stillbirth recurrence? *Obstet Gynecol* 2006;107(2 Pt 1):391-7.
- Sharma PP, Shaiju HM, Kirby RS. Stillbirth recurrence in a population of relatively low-risk mothers. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2007;21 (Suppl. 1), 24-30.

- Sharps P, Laughon K, Giangrande S. Intimate partner violence and the childbearing year: Maternal and infant health consequences. *Trauma Violence Abuse* 2007;6(2):105-116.
- Sidlik R, Sheiner E, Levy A, Wiznitzer A. Effect of maternal congenital heart defects on labor and delivery outcome: a population-based study. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2007;20(3):211-6.
- Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al., Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol.* 2006;107(6):1226-32.
- Sivanandan S, Soraisham AS, Swarnam K. Choice and duration of antimicrobial therapy for neonatal sepsis and meningitis. *Int J Pediatr* 2011;
- Silverman JG, Decker MR, Reed E, Raj A. Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 states: associations with maternal and neonatal health. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195(1):140-8.
- Simpson KR, James DC. Effects of immediate versus delayed pushing during second-stage labor on fetal well-being: a randomized clinical trial. *Nurs Res* 2005;54(3):149-57.
- Sisco KM, Cahill AG, Stamilio DM, Macones GA. Is continuous monitoring the answer to incidentally observed fetal heart rate decelerations? *J Matern Fetal Neonatal Med* 2009; 22(5): 405-9.
- Smaill FM, Gyte GM. Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2010, Issue 1. Art. NO.:CD007482. DOI:10.1002/14651858.CD007482.pub2.
- Smith LM, La Gasse LL, Derauf C, Grant P, Shah R, Arria A, Huestis M, Haning W, Strauss A, Della Grotta S, Liu J, Lester, BM. The infant development, environment, and lifestyle study: effects of prenatal methamphetamine exposure, polydrug exposure, and poverty on intrauterine growth. *Pediatrics* 2006; 118(3):1149-56.
- Smith GC, Shah I, White IR, Pell JP, Dobbie R. Previous pre-eclampsia, preterm delivery, and delivery of a small for gestational age infant and the risk of

- unexplained stillbirth in the second pregnancy: a retrospective cohort study, Scotland, 1992-2001. *Am J Epidemiol* 2007; 165(2):194-202.
- Smulian JC, Potash SK, Lai YL, Scorza WE. Appropriateness of antibiotic use in the postpartum period. *J Mat Fetal Med* 2001;10:312-317.
- Smyth RMD, Alldred SK, Markham C. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2007, Issue 4. Art. No.:CD006167. DOI:10.1002/14651858.CD006167.pub2.
- Soll R, Ozek E. Multiple versus single doses of exogenous surfactant for the prevention or treatment of neonatal respiratory distress syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2009, Issue 1. Art. NO.:CD000141. DOI:10.1002/14651858.CD000141.pub2.
- Sonnenschein-van der Voort AM, Jaddoe VW, van der Valk RJ. Duration and exclusiveness of breastfeeding and childhood asthma-related symptoms. *Eur Respir J* 2012; 39(1):81-9.
- Soong B, Barnes M. Maternal position in midwife-attended birth and perinatal trauma: Is there an association? *Birth* 2005;32(3):164-169.
- Soraisham AS, Singhal N, Mc Millan DD, Sauve RS, Lee SK. A multicenter study on the clinical outcome of chorioamnionitis in preterm infants. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200(4): 372-e1-6.
- Sosa CG, Althabe F, Belizán JM, Buekens P. Risk factors for postpartum hemorrhage in vaginal deliveries in a Latin-American population. *Obstet Gynecol* 2009; 113(6):1313-9.
- Stamilio DM, De Franco E, Paré E, Odibo AO, Peipert JF, Allsworth JE, Stevens E, Macones GA. Short interpregnancy interval: risk of uterine rupture and complications of vaginal birth after caesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2007; 119(5):1075-82.
- Standberg-Larsen K, Grønboek M, Andersen AM, Andersen PK, Olsen J. Alcohol drinking pattern during pregnancy and risk of infant mortality. *Epidemiology* 2009;20(6):884-91.

- Standberg-Larsen K, Nielsen NR, Grøenbaek M, Andersen PK, Olsen J, Andersen AM. Binge drinking in pregnancy and risk of fetal death. *Obstet Gynecol* 2008;111(3):602-9.
- Stangl V, Schad J, Gossing G, Borges A, Baumann G, Stangl K. Maternal heart disease and pregnancy outcome: A single-centre experience. *Eur J Heart Fail* 2008; 10:855-860.
- Stewart AL, Dean ML, Gregorich SE, Brawarsky P, Hass JS. Race/ethnicity, socioeconomic status and the health of pregnant women. *J Health Psychol* 2007;12(2):285-300.
- Stitely ML, Gherman RB. Labor with abnormal presentation and position. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2005;32(2):165-179.
- Sturt AS, Dokubo EK, Sint TT. Antiretroviral therapy (ART) for treating HIV infection in ART-eligible pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev* 2010, Issue 3, Art. No.:CD008440. DOI:10.1002/14651858.CD008440.
- Sundby J, Vangen S. Fetal outcome in severe maternal morbidity: too many stillbirths. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009;88(3):343-9.
- Tang Y, Ma CX, Cui W, Chang V, Ariet M, Morse SB, Resnick MB, Roth J. The risk of birth defects in multiple births: a population-based study. *Mat Child Health J* 2006;10(10):75-81.
- Tang CH, Wu CS, Lee TH, Hung ST, yang CY, Lee CH, Chu PH. Preeclampsia-eclampsia and the risk of stroke among peripartum in Taiwan. *Stroke* 2009;40(4):1162-8.
- Temple RC, Aldridge V, Stanley K, Murphy HR. Glycaemic control throughout pregnancy and risk of pre-eclampsia in women with type 1 diabetes. *BJOG* 2006;113(11):1329-32.
- Terry R, Westcott J, O'Shea L, Kelly F. Postpartum outcomes in supine delivery by physicians vs. nonsupine delivery by midwives. *J Am Osteopath Assoc* 2006;106; 199-202.
- Tennant PW, Pearce MS, Bythell M, Rankin J. 20-year survival of children born with congenital anomalies: a population-based study. *Lancet* 2010;375(9715):649-56.

- Thanajiraprapa T, Phupong V. Pregnancy complications in women with heart disease. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2010;23 (10):1200-4
- Torloni MR., Betrán AP, Daher S, Widmer M, Dolan SM, Menon R, Bergel E, Allen T, Merialdi M. Maternal BMI and preterm birth: a systematic review of the literature with meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2009;22(11):957-70.
- Torloni MR, Betrán AP, Horta BL, Nakamura MU, Atallah AN, Moron AF, Valente O. Prepregnancy BMI and the risk of gestational diabetes: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Obes Rev* 2009;10(2):194-203.
- Usta IM, Hobeika EM, Musa AA, Gabriel GE, Nassar AH. Placenta previa-accreta: risk factors and complications. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193(3 Pt 2):1045-9.
- Usta IM, Nassar AH. Advanced maternal age. Part 1: obstetric complications. *Am J Perinatol* 2008;25(8):521-34. Epub 2008 Sep 4.
- Vambergue A, Dognint C, Boulognet A, Rejout M, Beausquet S, Fontaine P. Increasing incidence of abnormal glucose tolerance in women with prior abnormal glucose tolerance during pregnancy: DIAGEST 2 study. *Diab Med* 2007;25:58-64.
- Vergnano S, Sharland M, Kazembe P, Mwansambo C, Heath PT. Neonatal sepsis: an international perspective. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2005;90(3):F220-4.
- Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A et al., Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ* 2007;335:1025.
- Villar J, Carroli G, Wojdyla D, Abalos E, Giordano D, Ba'aqueel H, et al., Preeclampsia, gestational hypertension and intrauterine growth restriction, related or independent conditions? *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194(4):921-31.
- Viswanathan M, Hartmann K, Palmieri R, Lux L, Swinson T, Lohr KN, Gartlehner G, Thorp J Jr. The use of episiotomy in obstetrical care: A systematic review. Evidence Report/Technology Assessment No. 112. AHRQ Publication No. 05-E009-2. Rockville MD. AHRQ. 2005.

- Volmink J, Siegfried N, van der Merwe L, Brocklehurst P. Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev* 2007, Issue 1. Art. No:CD003510. DOI:10.1002/14651858.CD003510.pub2.
- Watts DH, Lu M, Thompson B, Tuomala RE, Meyer WA, Mendez H, Rich K, et al. Treatment interruption after pregnancy: effects on disease progression and laboratory findings. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2009;2009:456717
- Webb RT. Parental mental illness and fatal birth defects in a national birth cohort. *Psychol Med* 2008 Oct;38(10):1495-503.
- Vikse BE, Irgens LM, Leivestad T, Hallan S, Iversen BM. Low birth weight increases risk for end-stage renal disease. *J Am Soc Nephrol* 2008;19(1):151-7.
- Wilson RE, Alio AP, Kirby RS, Salihu HM. Young maternal age and risk of intrapartum stillbirth. *Arch Gynecol Obstet* 2008;278(3):231-6.
- Winovitch KC, Padilla L, Ghamsary M, Lagrew DC, Wing DA. Persistent pulmonary hypertension of the newborn following elective caesarean delivery at term. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2011;24(11):1398-402.
- Wisner KL. Major depression and antidepressant treatment: impact on pregnancy and neonatal outcomes. *Am J Psychiatry* 2009; 166(5):557-66.
- Whitehead NS, Callaghan W, Johnson C, Williams L. Racial, ethnic, and economic disparities in the prevalence of pregnancy complications. *Matern Child Health J* 2009;13(2):198-205.
- Wöckel A, Beggel A, Rütcke M, Abou-Dakn M, Arck P. Predictors of inflammatory breast diseases during lactation – Results of a cohort study. *Am J Reprod Immunol* 2010;63:28-37.
- Wolfe EL, Davis T, Guydish J, Delucchi KL. Mortality risk associated with perinatal drug and alcohol use in California. *J Perinatol* 2005;25(2):93-100.
- Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty year analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(5):1458-61.
- Xu H, Mas-Calvet M, Wei S, Luo Z, Fraser F. Abnormal fetal health rate tracing patterns in patients with thick meconium staining of the amniotic fluid:

- Association with perinatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200:283.e1-283.e7.
- Yang Q, Wen SW, Oppenheimer L, Chen XK, Black D, Gao J, Walker MC. Association of caesarean delivery for first birth with placenta praevia and placental abruption in second pregnancy. *BJOG* 2007;114(5):609-13
- Yang Q, Wen SW, Phillips K, Oppenheimer L, Black D, Walker MC. Comparison of maternal risk factors between placental abruption and placenta praevia. *Am J Perinatol* 2009; 26(4):279-86.
- Youssef R, Ramalingam U, Macleod M, Murphy DJ. Cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at instrumental vaginal delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 2005;112(7):941-5.
- Yükesoy G, Ozkan S, Bodur H, Tan T, Calışkan E, Vural B, Corakçı A. Maternal and perinatal outcome in pregnancies complicated with hypertensive disorder of pregnancy: a seven year experience of a tertiary care center. *Arch Gynecol Obstet* 2005; 273(1):43-9.
- Zetterström K, Lindeberg SN, Haglund B, Hanson U. Chronic hypertension as a risk factor for offspring to be born small for gestational age. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85(9):1046-50.
- Zhang X, Kramer MS. Variations in mortality and morbidity by gestational age among infants born at term. *J Pediatr* 2009; 154(3): 358-62, 262.3.1.
- Zwart JJ, Richters A, Ory F, deVires JT, Bloemenkamp KW, van Roosmalen J. Eclampsia in the Netherlands. *Obstet Gynecol* 2008;112(4):820-7.

EK 10 - OPTİMALİTE İNDEKSİ DEĞERLENDİRME YÖNERGESİ

Değerli Hocalarım,

Perinatoloji alanında hizmet veren sağlık personelinin kanıta dayalı uygulamaları kullanması, perinatal bakımda optimalitenin sağlanması açısından önemlidir. Sağlık personelinin, perinatal bakım uygulamalarının kanıt temelli olup olmadığını bilmesi, rutin bakım anlayışı yerine birey merkezli bakımın geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır. Birey merkezli bakım ve kanıta dayalı, yüksek derecede güvenli ve etkili uygulamalar sonucunda; anne ve fetüs/yenidoğana sağlanan perinatal bakımın kalitesinin ve sonuçlarının iyileştirilmesi, perinatal bakımda gereksiz teknoloji ve invazif girişimlerin kullanımının azaltılması ve verilen bakımın standardize edilmesi gibi sonuçların elde edilmesi sağlanmaktadır.

Ülkemizde, perinatal bakım sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılabilecek uygun ölçüm araçlarının bulunmadığı düşünülmektedir. Bu nedenle; perinatal sonuçları değerlendirmek amacıyla kullanılmakta olan, kanıta dayalı bir indeks olan Optimalite İndeksi'nin ülkemizde de kullanımının yararlı olacağı düşünülmektedir. İndeksin Türkçeye uyarlanması amacıyla, geçerlik güvenilirlik çalışmasına başlanmış olup, kapsam geçerliliği kapsamında, siz değerli uzmanların görüşlerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Optimalite İndeksi, 56 maddeden oluşan bir indekstir. Her bir madde, Amerika'da bulunan "Optimalite İndeksi Çalışma Grubu" üyeleri tarafından, uluslararası literatürden elde edilen araştırma sonuçlarına temellendirilmiştir. Bu çalışmada da, bu araştırma sonuçları kullanılmıştır. Bunun nedeni, bu çalışmaların kanıt düzeylerinin yüksek olmasıdır. Elde edilen bu araştırma sonuçları ekte yer almaktadır.

Ekte yer alan araştırma sonuçları doğrultusunda; indeksin her bir maddesinin, ülkemiz için uygun olup olmadığını değerlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca, maddelerin yeterince açık bir şekilde ifade edilip edilmediği ve maddelerin indeksi kullanacak kişiler tarafından anlaşılabilir olup olmadığını da değerlendirilmesi gerekmektedir. Maddeler için varsa alternatif yaklaşımlar ve sadece ülkemize özgü olabilecek maddelerin eklenmesi konusunda da görüşlerinize ihtiyaç bulunmaktadır.

Aşağıda yer alan tabloda indeks maddeleri ve maddelerin hemen yanında yer alan kolonda maddelere ilişkin en az risk /en iyi sonucu gösteren ifadeler yer almaktadır. Her bir indeks maddesi ve en az risk/en iyi sonucu gösteren ifade için ekte yer alan araştırma sonuçları ışığında, aşağıdaki 3'lü derecelendirmeyi kullanarak değerlendirme yapmanız gerekmektedir. Değerlendirme sonucunuza göre, her bir maddenin yanında yer alan 1, 2 ve 3 numaralı kolona, "X" işareti koyabilirsiniz. Maddeleri, 2 ya da 3 olarak değerlendirdiğinizde, tabloda yer alan öneriler bölümüne, bu madde ile ilgili görüş ve önerilerinizi yazabilirsiniz.

1. Madde gereklidir ve madde havuzunda kalmalıdır.
2. Madde yararlı ancak, yeterli değildir.
3. Madde gerekli değildir.

Değerli katkılarınızdan dolayı teşekkür ederim.

Araştırma Görevlisi Çiğdem Yücel
Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

OPTİMALİTE İNDEKSİ İÇERİK GEÇERLİLİĞİ KAPSAMINDA ALINAN UZMAN GÖRÜŞLERİ

İndeks Maddesi	En Az Risk / En İyi Sonuç	Maddelere Yönelik Değerlendirme ve Öneriler				
		1	2	Öneriler	3	Öneriler

EK 11 - ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Araştırmacının Açıklaması

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde verilen bakımın genel amacı; önceden var olan ya da bu dönemde oluşabilecek sağlık sorunlarının erken tanı ve tedavisinin sağlanmasıyla, sizin ve bebeğinizin sağlığını korumak ve geliştirmektir. Bu dönemde, size verilen bakımın değerlendirilmesi amacıyla kullanılan bir indeksin uygulaması ile ilgili bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Perinatal Bakımın Değerlendirilmesi: Optimalite İndeks-US’in Türkçeye Uyarlanması ve Uygulanması”dır.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni yakın zaman içerisinde doğum yapacak olmanızdır. Bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda doktora yapan Araştırma Görevlisi Çiğdem Yücel tarafından gerçekleştirilecektir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, Araştırma Görevlisi Çiğdem Yücel tarafından doğumunuz baştan sona takip edilecek (taburcu olana kadar) ve bu sırada elde edilen tüm bulgular kaydedilecektir. Bu kayıtlar ilerde tekrar incelenerek, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde size verilen bakımın en iyisi olup olmadığı belirlenecektir. Bu kayıtlar kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanında eğitimde veya bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine araştırmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz. Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Araş. Gör. Çiğdem Yücel

Adres: Hacettepe Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü

Sıhhiye/Ankara

Tel: 0-312-3051580

E-mail: cgdmycl@hacettepe.edu.tr

Katılımcının beyanı:

Sayın araştırma görevlisi Çiğdem Yücel tarafından Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum Salonu'nda bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir çalışmaya katılımcı olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımını sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için çalışmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da ayrı bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda herhangi bir saatte Araştırma Görevlisi Çiğdem Yücel'i hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu çalışmada katılımcı olarak yer alma kararımı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı:

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Görüşme tanığı:

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Katılımcı ile Görüşen Araştırmacı:

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza

**EK 12 – OPTİMALİTE İNDEKSİ-US SKOR HESAPLAMASINDA
KULLANILAN SYNTAX KODLARI**

recode madde1 (1=1) (else=0) into madde1n.
recode madde2 (1=1) (else=0) into madde2n.
recode madde3 (1=1) (else=0) into madde3n.
recode madde4 (1=1) (else=0) into madde4n.
recode madde5 (1=1) (else=0) into madde5n.
recode madde6 (1=1) (else=0) into madde6n.
recode madde7 (1=1) (else=0) into madde7n.
recode madde8 (1=1) (else=0) into madde8n.
recode madde9 (1=1) (else=0) into madde9n.
recode madde10 (1=1) (else=0) into madde10n.
recode madde11 (1=1) (else=0) into madde11n.
recode madde12 (1=1) (else=0) into madde12n.
recode madde13 (1=1) (else=0) into madde13n.
recode madde14 (1=1) (else=0) into madde14n.
recode madde15 (1=1) (else=0) into madde15n.
recode madde16 (1=1) (else=0) into madde16n.
recode madde17 (1=1) (else=0) into madde17n.
recode madde18 (1=1) (else=0) into madde18n.
recode madde19 (1=1) (else=0) into madde19n.
recode madde20 (1=1) (else=0) into madde20n.
recode madde21 (1=1) (else=0) into madde21n.
recode madde22 (1=1) (else=0) into madde22n.
recode madde23 (1=1) (else=0) into madde23n.
recode madde24 (1=1) (else=0) into madde24n.
recode madde25 (1=1) (else=0) into madde25n.
recode madde26 (1=1) (else=0) into madde26n.
recode madde27 (1=1) (else=0) into madde27n.
recode madde28 (1=1) (else=0) into madde28n.
recode madde29 (1=1) (else=0) into madde29n.
recode madde30 (1=1) (else=0) into madde30n.

recode madde31 (1=1) (else=0) into madde31n.
recode madde32 (1=1) (else=0) into madde32n.
recode madde33 (1=1) (else=0) into madde33n.
recode madde34 (1=1) (else=0) into madde34n.
recode madde35 (1=1) (else=0) into madde35n.
recode madde36 (1=1) (else=0) into madde36n.
recode madde37 (1=1) (else=0) into madde37n.
recode madde38 (1=1) (else=0) into madde38n.
recode madde39 (1=1) (else=0) into madde39n.
recode madde40 (1=1) (else=0) into madde40n.
recode madde41 (1=1) (else=0) into madde41n.
recode madde42 (1=1) (else=0) into madde42n.
recode madde43 (1=1) (else=0) into madde43n.
recode madde44 (1=1) (else=0) into madde44n.
recode madde45 (1=1) (else=0) into madde45n.
recode madde46 (1=1) (else=0) into madde46n.
recode madde47 (1=1) (else=0) into madde47n.
recode madde48 (1=1) (else=0) into madde48n.
recode madde49 (1=1) (else=0) into madde49n.
recode madde50 (1=1) (else=0) into madde50n.
recode madde51 (1=1) (else=0) into madde51n.
recode madde52 (1=1) (else=0) into madde52n.
recode madde53 (1=1) (else=0) into madde53n.
recode madde54 (1=1) (else=0) into madde54n.
recode madde55 (1=1) (else=0) into madde55n.
recode madde56 (1=1) (else=0) into madde56n.
recode madde57 (1=1) (else=0) into madde57n.
recode madde58 (1=1) (else=0) into madde58n.
recode madde59 (1=1) (else=0) into madde59n.
recode madde60 (1=1) (else=0) into madde60n.

recode madde1 (0,1=1) (else=0) into madde1d.
recode madde2 (0,1=1) (else=0) into madde2d.
recode madde3 (0,1=1) (else=0) into madde3d.
recode madde4 (0,1=1) (else=0) into madde4d.
recode madde5 (0,1=1) (else=0) into madde5d.
recode madde6 (0,1=1) (else=0) into madde6d.
recode madde7 (0,1=1) (else=0) into madde7d.
recode madde8 (0,1=1) (else=0) into madde8d.
recode madde9 (0,1=1) (else=0) into madde9d.
recode madde10 (0,1=1) (else=0) into madde10d.
recode madde11 (0,1=1) (else=0) into madde11d.
recode madde12 (0,1=1) (else=0) into madde12d.
recode madde13 (0,1=1) (else=0) into madde13d.
recode madde14 (0,1=1) (else=0) into madde14d.
recode madde15 (0,1=1) (else=0) into madde15d.
recode madde16 (0,1=1) (else=0) into madde16d.
recode madde17 (0,1=1) (else=0) into madde17d.
recode madde18 (0,1=1) (else=0) into madde18d.
recode madde19 (0,1=1) (else=0) into madde19d.
recode madde20 (0,1=1) (else=0) into madde20d.
recode madde21 (0,1=1) (else=0) into madde21d.
recode madde22 (0,1=1) (else=0) into madde22d.
recode madde23 (0,1=1) (else=0) into madde23d.
recode madde24 (0,1=1) (else=0) into madde24d.
recode madde25 (0,1=1) (else=0) into madde25d.
recode madde26 (0,1=1) (else=0) into madde26d.
recode madde27 (0,1=1) (else=0) into madde27d.
recode madde28 (0,1=1) (else=0) into madde28d.
recode madde29 (0,1=1) (else=0) into madde29d.
recode madde30 (0,1=1) (else=0) into madde30d.
recode madde31 (0,1=1) (else=0) into madde31d.
recode madde32 (0,1=1) (else=0) into madde32d.

recode madde33 (0,1=1) (else=0) into madde33d.
recode madde34 (0,1=1) (else=0) into madde34d.
recode madde35 (0,1=1) (else=0) into madde35d.
recode madde36 (0,1=1) (else=0) into madde36d.
recode madde37 (0,1=1) (else=0) into madde37d.
recode madde38 (0,1=1) (else=0) into madde38d.
recode madde39 (0,1=1) (else=0) into madde39d.
recode madde40 (0,1=1) (else=0) into madde40d.
recode madde41 (0,1=1) (else=0) into madde41d.
recode madde42 (0,1=1) (else=0) into madde42d.
recode madde43 (0,1=1) (else=0) into madde43d.
recode madde44 (0,1=1) (else=0) into madde44d.
recode madde45 (0,1=1) (else=0) into madde45d.
recode madde46 (0,1=1) (else=0) into madde46d.
recode madde47 (0,1=1) (else=0) into madde47d.
recode madde48 (0,1=1) (else=0) into madde48d.
recode madde49 (0,1=1) (else=0) into madde49d.
recode madde50 (0,1=1) (else=0) into madde50d.
recode madde51 (0,1=1) (else=0) into madde51d.
recode madde52 (0,1=1) (else=0) into madde52d.
recode madde53 (0,1=1) (else=0) into madde53d.
recode madde54 (0,1=1) (else=0) into madde54d.
recode madde55 (0,1=1) (else=0) into madde55d.
recode madde56 (0,1=1) (else=0) into madde56d.
recode madde57 (0,1=1) (else=0) into madde57d.
recode madde58 (0,1=1) (else=0) into madde58d.
recode madde59 (0,1=1) (else=0) into madde59d.
recode madde60 (0,1=1) (else=0) into madde60d.

compute num_pbi = madde1n+madde2n+madde3n+madde4n+ madde5n+ madde6n+
madde7n+madde8n+madde9n+madde10n+madde11n+madde12n+madde13n+madd
e14n+madde15n+madde16n+madde17n+madde18n.

compute denom_pbi = madde1d+madde2d+madde3d+madde4d+ madde5d+
 madde6d+madde7d+madde8d+madde9d+madde10d+madde11d+madde12d+madde
 13d+madde14d+madde15d+madde16d+madde17d+madde18d.

compute pbi=100*num_pbi/denom_pbi.

fre pbi.

compute num_oi = madde19n+madde20n+madde21n+madde22n+ madde23n+
 madde24n+madde25n+madde26n+madde27n+madde28n+madde29n+madde30n+m
 adde31n+madde32n+madde33n+madde34n+madde35n+madde36n+madde37n+mad
 de38n+madde39n+madde40n+madde41n+madde42n+madde43n+madde44n+madde
 45n+madde46n+madde47n+madde48n+madde49n+madde50n+madde51n+madde52
 n+madde53n+madde54n+madde55n+madde56n+madde57n+madde58n+madde59n+
 madde60n.

compute denom_oi = madde19d+madde20d+madde21d+madde22d+ madde23d+
 madde24d+madde25d+madde26d+madde27d+madde28d+madde29d+madde30d+m
 adde31d+madde32d+madde33d+madde34d+madde35d+madde36d+madde37d+mad
 de38d+madde39d+madde40d+madde41d+madde42d+madde43d+madde44d+madde
 45d+madde46d+madde47d+madde48d+madde49d+madde50d+madde51d+madde52
 d+madde53d+madde54d+madde55d+madde56d+madde57d+madde58d+madde59d+
 madde60d.

compute oi=100*num_oi/denom_oi.

fre oi.

compute num_totaloi = madde1n+madde2n+madde3n+madde4n+madde5n+
 madde6n+madde7n+madde8n+madde9n+madde10n+madde11n+madde12n+madde
 13n+madde14n+madde15n+madde16n+madde17n+madde18n+madde19n+madde20
 n+madde21n+madde22n+madde23n+madde24n+madde25n+madde26n+madde27n+
 madde28n+madde29n+madde30n+madde31n+madde32n+madde33n+madde34n+m
 adde35n+madde36n+madde37n+madde38n+madde39n+madde40n+madde41n+mad

de42n+madde43n+madde44n+madde45n+madde46n+madde47n+madde48n+madde49n+madde50n+madde51n+madde52n+madde53n+madde54n+madde55n+madde56n+madde57n+madde58n+madde59n+madde60n.

```
compute denom_totaloi = madde1d+madde2d+madde3d+madde4d+ madde5d+
madde6d+madde7d+madde8d+madde9d+madde10d+madde11d+madde12d+madde
13d+madde14d+madde15d+madde16d+madde17d+madde18d+madde19d+madde20
d+madde21d+madde22d+madde23d+madde24d+madde25d+madde26d+madde27d+
madde28d+madde29d+madde30d+madde31d+madde32d+madde33d+madde34d+m
adde35d+madde36d+madde37d+madde38d+madde39d+madde40d+madde41d+mad
de42d+madde43d+madde44d+madde45d+madde46d+madde47d+madde48d+madde
49d+madde50d+madde51d+madde52d+madde53d+madde54d+madde55d+madde56
d+madde57d+madde58d+madde59d+madde60d.
```

```
compute totaloi=100*num_totaloi/denom_totaloi.
```

```
fre totaloi.
```

EK 13 İZİN YAZILARI

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

06.04.2012-050240

Sayı :B.10.4.ISM.4.06.00.09/775
Konu: Tez

ETLİK ZÜBEYDE HANIM KADIN HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü doktora öğrencisi Çiğdem YÜCEL'in Perinatal Bakımın Değerlendirilmesi, Optimalite İndeksi-US'in Türkiye'ye Uyarlanması ve Uygulanması konulu tezinin uygulanması 09 Nisan-30 Aralık 2012 tarihleri arasında Etlük Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılabilmesi Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

[Signature]
Dr. Sema GÜLAY
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

T.C. S.B. ETLİK-ZÜBEYDE HANIM KADIN HAST. EĞİT. VE ARAŞT. HAST.	
09 Nisan 2012	
Özellik:	personel
VR:	2206

[Signature]
D. Selen - personel
İ. D. K. K.
yabancı
[Signature]

Eğitim Şube Müdürlüğü
Adres: Bağdat Cad. No: 16 Macanköy/Yenimahalle/ANKARA
Tel: 3859700/1121
Faks: 3859700/1397

Ayrıntılı bilgi için irihab S. ATAY APAYDIN

10-04-2012
13-1450

1-440



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
ANKARA

Yazı İşleri Müdürlüğü
Sayı : B.30.2.HAC.0.70.00.01/471-1735
Konu :

10 Nisan 2012

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgilendiği: 19.03.2012 tarih ve 785 sayılı yazınız.

Fakülteniz Hemşirelik Bölümü Doğum-Kadın Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr. Lale TAŞKIN'ın sorumluluğunda Araş.Gör. Çiğdem YÜCEL'in yönettiği "Perinatal Bakımın Değerlendirilmesi: Optimalite İndeksi-Us'un Türkçeye Uyarlanması ve Uygulanması" konulu çalışma, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun 29 Mart 2012 tarihinde yaptığı toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Ömer UĞUR
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek: Tutanak

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1979 yılında Ankara'da doğmuştur. Lise öğrenimini Ankara Cebeci Atatürk Sağlık Meslek Lisesi'nde yatılı olarak tamamlamıştır. 2003 yılında Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Hizmetleri ve Hemşirelik Bölümü'nden üçüncülikle mezun olmuştur. Aynı yıl Hacettepe Üniversitesi Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimine başlamıştır. 3 yıl Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Koroner Bakım Ünitesi'nde yoğun bakım hemşiresi olarak çalışmıştır. 2006 yılında bilim uzmanlığı derecesi almıştır. Aynı yıl içinde Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Programı'nda doktora öğrenimine başlamıştır ve halen sürdürmektedir. 2007 yılından itibaren Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.