

Bölüm 15

YENİDOĞANIN İLK DEĞERLENDİRİLMESİ VE DOĞUM ODASINDAKİ BAKIMI

Özlem KOÇ¹
Özlem Selime MERTER²

1. EKSTRAUTERİN YAŞAMA FİZYOLOJİK UYUM

Yenidoğanın doğum sonu 24 saat içerisinde nabız, solunum hızı, motor aktivitesi, rengi, mukus üretimi ve bağırsak hareketlerinde gözlemlenen değişimler normal olmakla birlikte yenidoğanın stresinin azalmaya başladığını göstermektedir. Yaşamın ilk 6 saati içerisinde henüz vücut sistemleri stabil olmadan önceki dönem yenidoğan için düzensiz bir uyum dönemidir. İlk aşama yaklaşık 30 dakika sürer. Bu süre içinde bebek uyanıktır, kuvvetle ağlar, yumruğunu hırsla emer ve çevresine karşı çok ilgili görünür.¹ Genellikle gözleri açıktır ve emmesi güçlü olduğu için emzirilebilir. Solunum hızı dakikada 82'nin üzerindedir, raller duyulabilir, kalp atım hızı dakikada 180'e ulaşır, bağırsak sesleri aktiftir, müköz sekresyonlar artmıştır ve vücut ısısı azalabilir. Buna reaksiyonun ilk periyodu denir (1).

Başlangıçtaki bu aktif dönemden sonra bebeğin tepkileri azalır ve emmeye ilgi duymaz. Reaksiyonun ikinci periyodu sessiz dinlenme dönemini içerir. Kalp ve solunum hızında azalma olur, vücut ısısında da düşüş görülür. Çoğunlukla idrar ve gayta yapılmaz. Bebek uyukulu ve sakindir. Yenidoğan yaklaşık 90 dakika uyur (1).

Reaksiyonun üçüncü periyodunda ya da yaşamın 2-6. saatleri arasında bebek uyanıktır ve sıklıkla ağızda biriken müküs nedeniyle nefes alamayabilir. Çevresine karşı aktiftir ve tepkilerini gösterir. Kalp ve solunum hızı artar, öğürme refleksi aktiftir, gastrik sekresyonlar artmıştır, mekonyum geçişi olur. Bu dönem yaklaşık 2-5 saat sürer ve bebek anne etkileşimi için mükemmel bir fırsat sağlar. Reaksiyonun üçüncü periyodunun ardından fizyolojik sistemlerde stabilizasyon görülür (1)

Bebeğin bu tipik reaksiyon aşamalarını yaşamayı, sağlıklı olduğunu ve ekstreuterin yaşama iyi uyum yaptığını gösterir. Sağlık sorunu olan yenidoğan bu

¹ Öğr. Gör., Fırat Üniversitesi, ozlem.koc@outlook.com, 0000-0002-6751-1206

² Öğr. Gör., Fırat Üniversitesi, ozlembaydilek@gmail.com, 000-0001-7892-1342

aşamalardan geçmeyebilir. Bu bebeklerin kalp atım hızları ve solunumları yüksek seyrederek, vücut sıcaklıkları ise normal değerlerin altında seyredebilir (1).

2. YAŞAM BELİRTİLERİ

2.1. Vücut Sıcaklığı

Yenidoğanın vücut sıcaklığı büyük çocukların vücut sıcaklığına göre yüksek seyreder.

Elektronik termometre ya da oral alınan deri ısı esas alındığında yaşamın ilk altı ayında ısı ortalama 37,5°C dir. Yenidoğan, süt çocuğu ve küçük çocukta vücut ısısının yükseklik derecesi ile hastalığın şiddeti arasında her zaman ilişki yoktur. Özellikle yenidoğanlarda ve süt çocuklarında belirgin enfeksiyona karşın hipotermi gözlenebilir. Aşırı aktiviteyi izleyerek rektal ısı 38,3°C'ye kadar yükselebilir (2).

Doğum anında yaklaşık 37,2°C dir. Çünkü uterusda annenin iç organları ile kuşatılmıştır. Eğer bebek doğumdan sonra sıcak tutulmazsa vücut sıcaklığını düzenleme mekanizmalarının immatürlüğü ve ısı kaybı nedeniyle vücut sıcaklığı normalin altına düşer. Sağlıklı bir yenidoğanın vücut sıcaklığı minimum 36,1°C ve maksimum 37,7 °C dir. Bebek eğer prematüre ise vücut sıcaklık değeri 34,4 °C 'e kadar inebilir. Doğum sonu süreçte bebeğin üşmemesi için gerekli önlemler alınır ise doğumdan sonra 4 saat gibi ibr sürede vücut sıcaklığı normal seviyelere ulaşabilir (1).

Aksiller ölçüm yapmak için civalı cam termometrenin balonu koltuk altına yerleştirilir. Bebeğin kolu termometreyi yerinde tutacak şekilde vücuda yaklaştırılır. İşlemden önce termometrenin civası 35,6°C'nin altına düşürülür. Ölçümün doğru olabilmesi için civalı cam termometre koltuk altında 5–8 dakika bekletilir. Ancak termometrenin kaç dakika bekletilmesi konusunda tam bir fikir birliği yoktur (1).

Rektal ölçüm yapmak için bebek sırt üstü yatırılır, bir elle ayakları tutulur ve diğer elle termometrenin uç kısmı rektuma yerleştirilir. Rektal termometrenin civası kullanılmadan önce 35,6°C 'nin altına düşürülür, balon kısmı yağlanır ve bebeklerde 1 –2 cm kadar rektuma yerleştirilir. Civalı cam termometre rektumda yaklaşık 3–4 dakika bekletilir. Her kullanımdan sonra termometre sabunlu su ile yıkanır ve dezenfekte edilir. Rektal cerrahilerde, diyaresi olan bebeklerde ya da diğer rektal sorunlarda bu yöntemle vücut sıcaklığı ölçülmemelidir. Oral termometre 6 yaş ve üstündeki çocuklar için kullanılır (1).

Yenidoğan bebeklerde rektal ve aksiler vücut sıcaklığı arasındaki fark çok azdır. Normal miadında bebekte vücut sıcaklığı aksiler 36,5-37°C ve rektal 36,5-37,6°C di (1,2).

2.2. Nabız

Nabız yenidoğanda sakin iken sayılır. İnutero süreçte fetal kalp hızı dakikada 120-160'dır. Yenidoğan doğum sonu dönemde solunumu başlatmak için daha fazla efor sarfetmesi sebebiyle nabız hızı dakikada 170'lere kadar çıkabilir.

Birtakım fiziksel sebepler veya uyarıların olması yenidoğan nabzında düzensizlikler meydana getirebilir. Ağlama nabız hızını dakikada 180'e kadar yükseltebilir. Derin uyku hali ise nabız hızını dakikada 100'ün altına (70- 90) düşürebilir. Düzensiz nabız ritmi, düzensiz solunuma sebep olur. Yenidoğanın femoral nabız kolay hissedilebilirken, radial ve temporal nabızlar daha güç palpe edilir. Yenidoğanda femoral nabızın palpe edilmesi yokluğu olası aort koarktasyonunu düşündürmesi nedeniyle önemlidir (1). Yenidoğanın radial ve temporal nabızlarını doğru bir şekilde palpe etmek zor olduğundan, en güvenilir olanı nabız apeksten ve tam bir dakika saymaktır (3).

2.3. Solunum

Doğumu izleyen ilk dakikalarda yenidoğan solunumu genellikle yüksek seyrederek ve ortalama hız dakikada 80 dir. Solunum stabilize olduğu zaman dinlenme halindeyken ortalama solunum hızı dakikada 30-50 arasındadır. Bu süreçte kısa apne periyotları olabilir ve solunumun derinlik, hız ve ritminde düzensizlikler görülebilir.

Yenidoğanın solunum büyük ölçüde diyafragma ve abdominal kaslarla gerçekleşir. Bu nedenle solunumu değerlendirmek için abdomenin hareketleri izlenir. Göğüs ve abdomenin aşağı ve yukarı hareketlerinin birlikte olması önemlidir.

Sağlıklı bir yenidoğanın rahat, hızlı ve yüzeysel bir solunum örüntüsü vardır. Yenidoğanın solunumu normalden birdenbire dispne, siyanoz, retraksiyonlar ve göğüsde asimetrik genişlemeler meydana gelebilir. Konjenital anomalinin bir habercisi olabilecek bu belirtiler, uygun bakım verilmediği takdirde ani ölümlere yol açabilir (1).

Doğumda hava yolunu açık tutabilmek için öksürme ve aksırma refleksleri mevcuttur. Yenidoğan eğer yeteri kadar ağlamıyorsa akciğerciğerlerini genişletmek amacıyla çeşitli uyarılar verilir. Kısa ağlama periyotları, solunumun derinliğini artırır ve akciğerlerin derin kısımlarını havalanmasına yardım eder (1).

Tüm yenidoğanlar da özellikle pretermelerde düzenli solunum aralarında 5-10 saniye duraksamalar olabileceği unutulmamalıdır. Gerçek apne atakları 5 -10 saniye süreden daha uzundur ve miadında bebekte son derece nadirdir (4).

Apne, 20 saniye üzerinde solunumun duraklaması ya da daha kısa süreli durması ile birlikte bradikardi (80 atım / dk daha az) ve ya siyanozun olması (SaO₂ % 80'in altında olması) şeklinde tanımlanır (4):

Ağlıyorken bazı bebekler ve özellikle prematürelere hafif sternal veya subkostal retraksiyon gösterebilir. Solunum sistemi hastalıklarında da akciğer seslerindeki değişiklikten daha önemli olan 4 ana belirti:

- 1-) Takipne: Solunum sayısının 60 dk'nın üzerinde olması; apne 20 sn den daha uzun solunumun durmasıdır.
- 2-) Siyanoz (morarma)
- 3-) İnleme
- 4-) Göğüs duvarı çekilmeleri dir.

Doğumdan sonra ilk 24 saat içinde yaşamı ya da gelişimi etkileyebilecek olası risk faktörlerini tanımlamak için fizik muayene ile fiziksel, nörolojik ve davranışsal özellikler değerlendirilir. Bebek sakin olduğu zaman ve aktif şekilde ağlarken yapılan muayenede elde edilen sonuçlar birbirinden farklı olabilir. Normalden sapan bulgular 24 saat içinde yeniden değerlendirilir (4).

2.4. Kan Basıncı

Yenidoğan bebeklerin sadece sistolik kan basıncı ölçülür ve burda da palpasyon yöntemi kullanılır. Ölçüm yaparken ise “flush” yöntemi kullanılmaktadır. Bebeğin ölçüm için elleri yukaarı kaldırılır ve avuç içi beyaz olana kadar önkolu manşet yardımıyla sıkılır. Basınç manometrede 150 mmHg seviyesine çıkarılır ve sonra yavaşça azaltılır. Avuç içi gözlemlenir ve ilk pembeleşme belirtisi ilk sistolik damar basıncı hakkında bilgi verir (2).

Yenidoğanın kan basıncı doğumda yaklaşık 80 ± 16 (sistolik) / 46 ± 16 (diastolik) mmHg'dir. 10 gün içinde yaklaşık 100/50 mmHg'ya yükselir. Ağlama ya da uyuma gibi aktivite değişiklikleri, kan basıncında dalgalanmalara yol açabilir (4,5).

3. VÜCUT BÖLÜMLERİNİN İNCELENMESİ

Tartı- Boy

Yenidoğan bir bebeğin doğum kilosu, gebelik boyunca anne beslenmesinden, genetik etmenlerden ve intrauterin faktörlere bağlı olarak değişiklik gösterebilir (1). Miadında doğmuş bir yenidoğanın ortalama boy uzunluğu 50 cm'dir. Uç değerleri ise 42-54 cm'dir. Başçevresi 33-37 cm arasında olup ortalama 35 cm'dir. Baş çevresi genellikle göğüs çevresinden 2 cm daha büyüktür. Göğüs çevresinin ortalama ölçüsü ise 33 cm'dir (6).

Miad bir yenidoğanın ağırlığı 3300-3500 (alt-üst sınırları 2500- 4400) gramdır. Sağlıklı her yenidoğan doğum sonu ilk 5. gün içinde mevcut doğum ağırlığının günlük ortalama %2.0'sini, 5. günün sonunda %10.0'nu kaybeder. Buna fizyolojik tartı kaybı denir. İkinci 5. günde ise günlük ortalama %22'lik bir kilo artışı ile, 10.

günde doğum ağırlığına tekrar ulaşır. Bu süreçten sonra sağlıklı bir yenidoğanın vücut ağırlığı günlük ortalama 10-15 gr/kg artış gösterir. Bebekler bir aylık olduğunda ortalama 4000-4300 gramdır (6).

Bebeğin boyu, kilosu ve baş çevresinin ölçülmesi ile gelişimi takip edilerek varsa normalden sapmalar belirlenebilir. Bu üç ölçümün aynı bebek için aynı persentile yakın düşmesi beklenir. Örneğin boyu ve kilosu 50 persentil, baş çevresi 80 persentil olan yenidoğanın baş büyüklüğü anormaldir. Ağırlığı ve baş çevresi 50 ve boyu 10 persentil olan bir yenidoğanda büyüme sorunu vardır (1).

Yenidoğan her gün aynı saatte çıplak olarak tartılır. Bu ölçümler, bebeğin sonraki gelişimini değerlendirmede karşılaştırılacak temel verileri oluşturur (1).

Genel Görünüm

Yenidoğanın genel vücut postürü intrauterin hayattaki gibidir. Verteks pozisyonunda olan bir yenidoğanın kolaylıkla fleksiyon pozisyonuna geçmesi beklenir. Kas tonüsünde bir azalma varsa bu durum travma, sedatif bir maddeye maruz kalma veya prematüriteye işaret eder. Yenidoğanın fleksiyon halindeki vücut postürü, onun çevre ile temas halinde olan vücut yüzey alanını azalatarak ısı kaybını önler (1).

Deri

Yenidoğanın derisi yumuşaktır, lanugo ve verniks kazeoza ile kaplıdır. İyi beslenen bebeğin deri altı yağ dokusu, vücut ısısının düzenlenmesini sağlar ve enfeksiyona karşı bariyer oluşturur. Yağ dokusunun eksikliği prematüreliliği ya da malnütrisyonu gösterebilir. Derideki bozulmalar, bakterilerin vücuda giriş yeri olabileceği için yakından gözlenir (1).

Term bebeklerde deri pembedir. Göğüs ve karında kan damarları belirgindir. Postmatür bebeklerde deri kuru ve soyulur, doğmadan önce mekonyum yapmış ise yeşilimsi renkte olabilir. Normal deri dokunulduğunda ılıktır. Soğuk ve nemli deri şok göstergesidir (4). Çoğu yenidoğan, eritrosit konsantrasyonunun yüksek olması sebebiyle kan damarlarını daha belirgin hale getiren düşük cilt altı yağ dokusu nedeniyle kırmızı renklidir. Bu kırmızı görünüm birinci ayda gözle görülür derecede azalır (3).

Lanugo: Yenidoğanda vücut yüzeyini örten ince tüycüklerdir. Genellikle omuz, sırt, ekstremitelerde ve alın bölgesinde bulunur. Gestasyonun yaklaşık 16.haftasında fetuste lanugo görülmeye başlar ve 32.haftada kaybolur (4).

Verniks Kazeoza; İntrauterin hayatta fetüsü koruyan, cildine kayganlık veren beyaz renkte, krem dokuda ve yağlı bir maddedir. Miad bir yenidoğanın daha çok vücut kıvrımlarında görülür. Rengini amniyotik maiden alması sebebiyle

doğum esnasında gözlemlenmelidir. Sarı renkte olması bilirubin, yeşil renkte olması ise mekonyumun habercisidir (3). Yağ bezlerinin sekresyonlarını ve epitel-yum hücrelerini içerir. Derinin kıvrım yerlerinde ve labialar arasında daha kalın bir tabaka vardır. Verniks kazeoza spontan olarak kuruyup dökülür (4).

Deri Turgoru; Dokunun hidrasyonu ile bağlantılıdır. Eğer alt dokudaki hidrasyon iyi ise deri elastiktir. Deri turgoru değerlendirilirken deri, başparmak ve işaret parmağı ile kavranıp hafifçe döndürülür. Eğer deri serbest bıraktığında hemen eski haline dönüyorsa elastikiyeti ve turgoru iyidir. Yenidoğanda intrauterin mal-nütrisyon, dehidratasyon ya da belirli bir metabolik hastalık (örn: adrenogenital sendrom) nedeniyle deri turgoru azalabilir (4).

Desquamasyon: Doğumdan sonraki 24 saat içinde çoğu yenidoğanın derisi son derece kurudur. Bu kuruluk özellikle avuç içinde ve ayak tabanında belirgindir. Bu bölgelerde 2-4.haftalarda güneş yanığı gibi desquamasyon (dökülme) görülür. Ayrıca burun, dizler ve el bilekleri üzerindeki ince derinin giysiler ile sürtünmesi ve soyulması sonucunda da desquamasyon gelişir. Derideki kuru alanlara vücut losyonu sürülebilir (1).

Milia: Genelde burun üzerinde küçük gruplar halinde gözlemlenen sarımsı beyaz renkte, toplu iğne başı büyüklüğünde, yapısında kertenize bir madde olan, 1-2 mm

İçinde keratinize materyal olan, sarımsı beyaz renkte, daha çok burun üzerinde, genellikle küçük gruplar halinde bulunan 1-2 mm boyunda papüller lezyonlardır. Kendi kendine kaybolurlar (4).

Miliaria (isilik): sıcak havalarda ve bebeğin aşırı örtüldüğü durumlarda ter bezlerindeki distansiyona bağlı olarak oluşan toplu iğne başı büyüklüğünde, bazen veziküler genelde makülopapüller cilt lezyonlarıdır (4).

Toksik Eritem: Miadında yeni doğanların çoğunda görülen kızıl renkli çok küçük lezyonlara toksik eritem denir. Genellikle doğumdan bir üç gün sonra görünür ve bebek yaklaşık 2 haftalık olunca kaybolur. Lezyon, papülle başlar ve ikinci gün eriteme dönüşür. Bu lezyonlar bebeğin derisinin çarşaf ve giysilerle iritasyonuna bir tepki olarak gelişebilir. Tedavi gerekli değildir (1).

Forseps İşareti: Eğer doğumda forseps kullanılmışsa bebeğin vücudunda ya da başında basınç uygulanan bölgelerde geçici forseps işaretleri görülür. Bebeğin vücudunda forsepsin bıraktığı dairesel veya doğrusal bir morartı gözlenir. Makat gelişlerinde, kalça ve genital bölgeye uygulanan basınç nedeniyle doku içine kanamalar ve ödem oluşur. Forseps işareti ve ödem 2 – 3 gün içinde kaybolur (1).

Mongol Lekeleri: Bebeklerde görülen diğer bir işaret ise mongol lekeleridir. Koyu mavi yada mor renkte pigmentasyon alanları özellikle sakrum ve kalçalar

üzerinde görülür. Mongol lekeleri olarak bilinen pigmentasyonlar doğumda başlar. Bu lekeler tedavi edilmeksizin okul dönemine kadar kaybolur (1).

Çilek Hemanjiomu: Doğumda ya da doğum sonrası 2 haftalık süre içerisinde oluşan koyu kırmızı renkli lekelerdir. Çilek kümelerine benzeyen bu lekeler, deri içinde ve altında dilate kapillerden oluşur. Bir yaşına kadar büyüme devam edebilir yavaş absorbe olur ve genellikle 7-10 yılda kaybolur. Tedavi edilmeden bırakılabilir. Ancak büyük ve birden fazla hemanjiomun varlığı, başka sorunların işareti olabilir. Bu çocukların olası diğer sorunlar yönünden değerlendirilmesi gerekir (1).

Şarap Lekesi / Beni: Kapiller dilatasyona bağlı olarak oluşur. Vücutta çok geniş bir alanı etkileyebilir. Sıklıkla yüz ve boyun bölgesinde koyu pembe ya da kırmızı lekeler görülür. Tedavide küçük benler cerrahi olarak çıkarılabilir (1).

Kutis Marmaratus: Derideki dolaşım bozukluğu ile ilişkili olarak meydana gelen ve tıpkı bir mermeri andıran kırmızı-mor renkte olan çizgi şeklindeki yapılarıdır (4).

Yenidoğan Aknesi: Genellikle yanaklar, çene ve alın bölgesinde görülen ve anneden geçen hormanların etkisine bağlı olan bu akne vulgaris tablosu tedavi gerektirmeden kısa süre içinde iyileşir (4).

Harlequin Renk Değişikliği (Palyaço bebek): Vücudun alın ve simfisiz pubis arasında bir çizgi ile ikiye ayrıldığını düşünürsek, vücudun yarsının pembe diğer yarsının soluk renkte görülmesi olarak ifade edilebilir. Bu tablo, vazomotor instabilitenin bir sonucu olarak meydana gelmektedir (4).

Siyanoz: yenidoğanın, dudakları, el ve ayakları immatür periferik sirkülasyon sebebiyle siyanotiktir. Bu ilk 24 saatte normal bir fenomendir. Derinin genel benekli görünümü yaygındır. Bununla birlikte merkezi ve ya gövdede siyanoz endişe sebebidir. Merkezi siyanoz azalmış oksijenasyonu gösterir. Bu respiratuar bir obstrüksiyon ya da altta yatan bir hastalık sebebiyle olabilir (3).

Siyanozu değerlendirmek özellikle çok soğuk veya anemik bebeklerde oldukça güçtür. Travmatik siyanoz veya ekimoz da sık rastlanır, peteşi ile birlikte bulunabilirler ve özellikle kordon dolanması varsa yüzde izlenebilir. Tüm vücudun gri-mavi renkte olması; siyanotik kalp hastalığı veya solunum yetmezliği olduğunu gösterir önemli bir bulgudur.

Santral siyanoz: Kanda SPO₂ düzeyindeki düşüklüğü gösterir.

Akrosiyanoz: El ve ayakların siyanozudur. Periferik dolaşımın iyi olmadığını gösterir. Soğuk, stres, şok veya polisitemiye bağlı olabilir (4).

Solukluk: Yenidoğanda solukluk genellikle aneminin sonucunda oluşur. Anemi;

1. Göbek kordonunun kesilmesi sırasında aşırı kan kaybı
2. Doğumda kordan bebeğe yetersiz kan akımı
3. Fetal- maternal kan transfüzyonu
4. Gebelikte annenin kötü beslenmesi sonucu demir depolarında yetersizlik
5. Kan uyumsuzluğuna bağlı uterusu fazla sayıdaki eritrositin hemoliz olması

Santral sinir sistemi harabiyetli bebeklerde siyanoz gibi soluklukta görülebilir. Yenidoğanda gri renk genellikle enfeksiyonun göstergesidir. İkizler, ikiz transfüzyon tablosuyla doğabilirler. Bu durumda bebeklerden biri, kanın fazlası gittiği için rengi pembe, iyi görünümlü iken, diğeri soluk renktedir (3).

Kızarma (Pletore): Yenidoğan bebekte çok yaygındır, çoğu iyi huylu kendi kendine gerileyen lezyonlardır. Sarılık: Bebeklerin %40-60'ında sarılık olur. İlk 24 saatte sararma mutlaka önemlidir ve tedavi edilmesi gereklidir. 48 saatten sonra başlayan ve yalnızca yüz ve gövdede belirgin olan sarılık fizyolojiktir ve bir haftada kaybolur (4).

Baş

Baş, yenidoğanın toplam boyunun dörtte birine denk geldiği için tüm vücuda göre büyük görünür. Yenidoğanın geniş ve çıkıntılı bir alını vardır. Çenesi dışı doğru ve ağalamaya başladığında kolaylıkla titrer. Beslenmesi iyi olan bir yenidoğanın başında canlı saçları vardır (3).

Fontoneller

Fontaneler, kafa kemiklerinin birleşme yerlerindeki açıklıklardır. Ön (Anterior) fontanel eşkenar dörtken şekindedir. İki parietal ve iki frontal kemik yada sagittal ve koronal süturlar arasında yer alır. Ön fontanelin genişliğin 2-3 cm, uzunluğu 3-4 cm'dir. Parietal ve oksipital kemikler yada sagittal ve lambdoid süturlar arasında lokalize olan arka (posterior) fontanel üçgen şekindedir. Ön fontanelden daha küçüktür ve uzunluğu yaklaşık 1 cm'dir.

Bebek ağlayınca yada kafa içi basıncı artınca fontanelerde şişlik olur. Fontanelerin içe doğru çökmesi ise dehidratasyona ilişkin bir göstergedir. Ön fontanel yaklaşık 12-8. aylarda, arka fontanel ise 2. ayın sonunda kapanır (1).

Süturlar; Doğumda kafa süturları doğum kanalındaki aşırı basınç nedeniyle üst üste binebilir bu normal ve geçici bir durumdur. Süturların ayrılması; hidroşefali, subdural hematoma gibi çeşitli nedenlerle artan intrakranial basıncı gösterir.

Kraniotebes; Kranial kemiklerin lokalize olarak yumuşamasıdır. Kranial kemikler üzerine parmakla bastırıldığında çukurlaşır. Basınç kaldırıldığında kemik tekrar normal şekline geri döner. Bu durum tedavi edilmeksizin düzelir. Kranio- tebes, yenidoğanda normal fizyolojik bir durumdur. Daha büyük çocuklarda ise metabolizma bozukluğu ya da riketse bağlı olarak gelişebilir.

Kaput Suksadaneum: Saçlı derinin yaygın ödemidir. Ödem sınırları belirsizdir ve sütür çizgilerinin karşısına uzanabilir. Doğum eylemi sırasında saçlı deri üzerindeki sürekli basınç nedeniyle gelişir. Sıklıkla uzun doğum eyleminden sonra görülür. Bir kaç gün içinde yavaş yavaş absorbe olarak kaybolur.

Sefal hematoma: Doğum sırasında kafa travması sonucu kranial kemikler ve periost arasında kanın toplanmasıdır. Toplanan kan bir kemiğe lokalize olduğu için sütür atlamaz. Doğumdan sonra 24–48 saat içinde belirgin şişlik gelişir. Bu bölge pıhtılaşan kanın varlığı nedeniyle ekimotik olabilir. Hematom aspire edilmemelidir, çünkü enfeksiyon riski vardır. Sefal hematoma genellikle 2-3 hafta içinde kaybolur (1).

Yüz

Yüzün sağ ve sol tarafının simetrik olup olmadığı değerlendirilir. Fetal pozisyona bağlı olarak yüzde asimetri olabilir. Bu durum, birkaç hafta ya da ay içinde kaybolur. Fasial asimetri, doğum travmasına bağlı fasial sinir paralizisi nedeniyle gelişebilir. Kan şekeri regüle edilmemiş, iyi takip edilmemiş diyabetik annelerden doğan bebeklerin şiş, kaba yüzde karakteristiktir (4).

Gözler

Yenidoğanların çoğunda iris rengi çoğunlukla koyu renkte ve gri mavidir. 3-6 aylık süreçte gözler gerçek rengine döner. Gözün hareketleri koordineli değildir. Gözlerin her ikisi de geçici olarak içe ya da dışa dönebilir. Göz kapakları doğumdan sonra yaklaşık iki gün boyunca ödemli olabilir.

Doğumdan sonra gonokokal konjonktiviti önlemek için gözlere damlatılan yüzde 1'lik gümüş nitrata bağlı olarak geçici kimyasal konjonktivit gelişebilir. Göz kapaklarında şişlik ve pürülan akıntı vardır. Gözlerdeki pürülan akıntı 1-2 gün devam eder ve tedavi edilmeksizin geçer. Eğer akıntı daha uzun süre devam ederse, bebekte enfeksiyona bağlı bir konjonktivit gelişmiştir.

Gonokokların yanı sıra gözlerde enfeksiyona neden olan diğer organizmalar, chlamydia, stafilkok ve gram negatif bakterilerdir. Gümüş nitrat sadece gonokoklara bağlı konjonktiviti önlemede etkilidir. Ayrıca kimyasal konjonktivit yapma riski vardır. Bu nedenle, gözlere gümüş nitrat yerine % 1'lik tetrasiklin ya da yüzde 0,5'lik eritromisin damlatılması önerilmektedir. Vajinal doğum sırasında

travma nedeniyle göz ün sklerasında küçük kapillerde rüptür olabilir. Buna bağlı olarak, konjonktiva altında hemoraji gelişebilir. Ebeveynlere, bu durumun patolojik yönden önemli olmadığı ve hemorajinin 2-3 hafta içinde spontan olarak iyileşeceği açıklanır. Eğer konjonktiva altındaki hemoraji aşırı miktarda ise bebeğin subdural hematom yönünden değerlendirilmesi gerekir.

Doğumda gözlerde bir miktar lakrimal sıvı (göz yaşı) bulunur. Bu sıvının gözler temizleme ve konjonktivanın kurummasını önleme fonksiyonu vardır. Lakrimal kanalların immatürlüğüne bağlı olarak doğumdan sonra 1-3 aya kadar gözyaşı olmaksızın ağlama görülebilir (1).

Yenidoğanlar doğar doğmaz ve uterus içinde abdominal duvar ve uterus gerilimi inceldiğinden gebeliğin ilk birkaç ayından itibaren karanlık ve aydınlığı görebilirler. Yenidoğanlar, doğumda güçlü ışığa göz kırparak, parlak ışığı ya da yakındaki bir oyuncakı gözle takip ederek görebildiklerini gösterirler. Görmenin orta hattını geçtiğinde cismi takip edemedikleri ve objeleri kolayca kaybettikleri için çoğu zaman göremiyor olarak düşünülürler. Pupillar refleks doğumda mevcuttur (3).

Kulaklar

Kulak kepçesinin üst kısmı, gözün lateralinden oksiputa doğru çizilen bir çizgi ile aynı düzey olmalıdır. Düşük kulaklar mental retardasyon, böbrek anomalileri ya da kraniofasial malfarmasyonların bir göstergesi olabilir. Kulak kepçesi, kartilaj doku kalsifiye oluncaya kadar yumuşaktır. Bu nedenle hemşire, bebeği bir yandan diğer yana çevirirken kulakta deformite gelişmesini önlemek için, kulak kepçesinin kıvrılmamasına dikkat etmelidir. Dış kulakta minör deformiteler yaygın olarak görülür. Dış kulak yolunda kist oluşabilir. Tekrarlayan enfeksiyonlar gelişmediği sürece tedavi gerekli değildir (1).

Burun

Burnu büyük veya hafif yassı görünümde olması olağandır. Bu çelişki, bebeğin yüzü büyüdükçe kaybolur. Müküs birikmesi nedeniyle yenidoğanın dar burun delikleri hafif tıkalı olabilir. Yalnızca burundan nefes alabilmesi sebebiyle yenidoğanın burun temizliği oldukça önemlidir. Burundaki mukuslar aspire edilerek çıkarılabilir (1).

Ağız ve Boğaz

Yenidoğanın ağız ve boğazı ağlama sırasında en iyi şekilde gözlenebilir. Bu muayene, minör değişikliklerin ve yarık damak gibi daha ciddi sorunların belirlenmesinde önemlidir.

Müköz membranlar pembe ve nemlidir. Kontamine doğum kanalından bulaşan kandida enfeksiyonuna bağlı olarak ağızda pamukçuk gelişebilir. Dil, diş eti ve tüm ağız mukozasında beyaz ya da gri noktalar görülür. Bebeğin ağzında kalan süt, yanlışlıkla pamukçukla karıştırılabilir. Ağız steril su ile irrigasyonu ya da dilin silinmesi tanıya yardımcı olur. Pamukçuk anne vajinasından ya da doğumdan sonra çevreden bulaşan *Candida albicans* enfeksiyonudur. Bebeğin dilinde ve yanak içlerinde beyaz bir tabaka oluşturur. Pamukçuk son derece bulaşıcıdır ve hemen tedavi edilmesi gerekir. Ayrıca sert damağın her iki yanında epitelyum hücrelerin geçici olarak artması ile oluşan küçük kistik yapılar da pamukçukla karıştırılabilir. Yenidoğanın ağzında tükürük salgısı belirgin değildir. Dil ağzın ölçüsüne göre göreceli olarak büyük görünür. ¹dil ve ağız mukozası normal olan bebeğe ağız bakımı verilmemektedir. Sadece annenin emzirmeden önce memesini kaynatılmış ılık su ile temizlemesi yeterlidir (7).

Boyun

Yenidoğanın boynu kısadır. Özellikle şişman bebeklerin boynunda derin pililer vardır. Eğer dikkatli şekilde temizlenip kurulanmazsa deride soyulma olabilir. Bebeğin boynu bir yandan diğer yana ve fleksiyondan ekstansiyona gidecek kadar esnek olmalıdır. Yenidoğanın bir miktar baş kontrolü vardır. Ancak boyun başı destekleyecek kadar güçlü değildir. Hiperekstansiyon (opustotonus) pozisyonu, nörolojik bir hastalığa işaret edebilir (1,7). Boyunda deri kıvrımları veya yele boyun görülebilir (down sendromu, turner sendromu). Klavikülalar kırıklar açısından gözlenir (4).

Göğüs

Yenidoğanın göğsü çan şeklindedir. Doğumda yaklaşık abdomenin çevresine eşittir ve baş çevresinden 2 cm daha azdır. Bu nedenle göğüs küçük görünür. Klavikula palpe edilince kemiğin düz olduğu hissedilir. Kemik üzerinde hissedilen bir şişlik doğum sırasında oluşan kırığı gösterebilir. Göğsün görünümü simetrik olmalıdır. Uterus içinde kolların göğse basıncı nedeniyle göğsün anterior ve lateral çapları aynıdır. Bebek nefes alırken daha büyük çocuklar ve yetişkinler gibi göğüs kafesini kullanmaz. Onun yerine diyafragma ve abdominal kasları kullanır. Kız ve erkek bebeklerde anneden geçen hormonlar nedeniyle göğüste dolgunluk olabilir. Göğüs uçlarından süte benzer bir sıvı gelir. Tedavi edilmeksizin 2-4 hafta içinde geçer. Bu süre içinde göğüsler hassastır (1).

Sırt

Bebek prone (yüzü koyun) pozisyonunda iken sırt veya orta hatta spina üzerinde anormallik, kafa kaidesinde şişlik, orta hatta çukurluk, saçlı veya nevüslü deri lez-

yonu açısından gözlemlenmelidir. Bunlardan herhangi birinin varlığında vertebral kolon veya spinal kord anomalisi düşünülür (4).

Ekstremiteler

Fleksiyon pozisyonundadır. Her hangi bir anomali olup olmadığı kontrol edilir.

Polidaktili; Fazla parmak

Klinodaktili; Parmakta konjenital deviasyon

Makrodaktili; Bazı parmakların büyük olması

Ekstremitelerin hareketi tam olmalıdır. Smian çizgisi olabilir. Gelişimsel Kalça Dizplazisi (GKD) yönünden değerlendirilir.

Karın ve Gövde

Karın silindirik, yumuşak ve simetrik, abdominal kaslar az gelişmiş ve cilt altı yağ dokusu azdır. Distansiyon karın adalelerinin gevşekliği nedeniyle siktir. Kordonun çapı değişiktir. Kalın kordon diyabetik anne bebeğinde, ince kordon IUGG (İntrauterin Gelişme Geriliği) olan bebeklerde görülür.

Kordon rengi doğumda süt beyazı (mavi- beyaz) olup, 7 – 14 gün içinde düşer. Göbek çevresi kırmızı, kötü kokulu veya nemli ise omfalit, göbekte idrar sızıntısı patent ductus urakus varlığını gösterir (4).

Normal olarak umblikal kord içinde iki umblikal arter ve bir umblikal ven vardır. Kord kesilince bu yapıların varlığı değerlendirilir. Eğer sadece bir umblikal arter varsa bebek konjenital anomaliler yönünden değerlendirilir. Yaşamın ilk gününde kord kurumaya başlar, rengi kahverengi/siyaha dönüşür ve doğumdan 7–10 gün sonra düşer. Bu süre içinde umblikal kord, kanama ve enfeksiyon belirtileri yönünden gözlenir. Kordun alkolle silinmesi kuruma sürecini kolaylaştırır. Kordun nemli, kırmızı ve sıcak olması ya da kordtan pürülan bir drenajın gelmesi, enfeksiyon geliştiğini gösterir. Eğer kısa sürede tedavi edilmezse enfeksiyonun abdominal damarlar aracılığı ile kan dolaşımına geçme ve septisemiye neden olma riski vardır. Ayrıca umblikal kord herni yönünden de incelenir. Yenidoğanda karaciğer, dalak ve böbrekler palpasyonla hissedilebilir. Doğumdan kısa bir süre sonra gelişen distansiyon, mekaonyum ileusunu düşündürür. Özellikle karın duvarı zayıf olan prematüre bebeklerde hernilere sık rastlanır (1).

Genital Organlar

Anüs, açıklık yönünden incelenir. İmperfore anüs, gaitanın geçişine engel olur. İlk gaytanın (mekonyumun) 24 saat içinde geçmesi beklenir. Ayrıca anüsün açıklığı, rektal derece sokularak da anlaşılabilir.

Kızlarda genital organlar; labia majör, labia minör, klitoris ve vajinal açıklığı içerir. Labia majörler, labia minörleri örter. Fazla miktarda verniks kazeoza vardır. Labialar, anneden geçen hormonların etkisiyle hacimce dolgun olabilir. Ayrıca anneden geçen hormonlar nedeniyle vajinadan müküslü ya da kanlı bir akıntı gelebilir. Bu hormonlar, yenidoğanın vücut sisteminden atılınca genital organlardaki ödem ve akıntı kaybolur. Erkek yenidoğanlarda penis ve skrotum büyüklükleri değişebilir (1).

Skrotum ödemlidir ve kıvrıklıklarla kaplıdır. Her iki testis, skrotum içinde palpe edilebilir. Testisler genellikle intrauterin yaşamın 8. ayında skrotuma iner. Bazen bir ya da her iki testis, skrotuma inmemiş olabilir(inmemiş testis). Eğer testisler adölesan döneminden önce skrotuma inmezse cerrahi tedavi gerekebilir (1).

Glans penis sünnet derisi ile kaplıdır. Yenidoğanda sünnet derisi, glans penis üzerine yapışabilir. Penis shaftındaki sünnet derisine bağlı olan ince membranın yırtılma ve yapışıklıklara neden olma olasılığı vardır. Bu nedenle, penis derisi zorlanarak geri çekilmemelidir. Eğer sünnet derisi meatusun etrafını sararak üretral açıklığı daraltıyorsa bebek idrarını güçlükte yapar. Bu durumda sünnet gerekli olabilir.

Termde doğan bebeklerde skrotumun derisi çevredeki deriden daha koyu renktedir. Üretral açıklık (eksternal meatus) glans penisin ucuna yakın yerde lokalizedir. Bazen üretral açıklık penisin ön yüzeyine (hipospadias) yada arka yüzeyine (epispadias) lokalize olabilir.

Sünnet derisinin cerrahi olarak çıkarılması günümüzde yaygın bir uygulamadır. Eğer bebekte hipospadias ya da epispadias varsa sünnet kontrendikedir, çünkü sünnet derisi ilerde üretral açıklığın cerrahi olarak düzeltilmesi için kullanılabilir (1).

Hidrosel, skrotum çevresinde sıvı toplanmasıdır. Term yenidoğanda sıktır. Translüminasyonda şeffaf görülür. Tek veya çift olabilir. Kendiliğinden birkaç hafta ya da ayda geçer. Skrotumda şişme, morarma doğumda belirgindir (8).

4. YENİDOĞAN REFLEKSLERİ

Moro Refleksi: Bu refleks bebeğe çeşitli uyarılar verilerek ortaya çıkarılabilir. Yenidoğan sırt üstü pozisyonda yatırılır. Her iki taraftan yavaşça çekilerek omuzları yukarı kaldırılır ve kollar aniden bırakılarak bebeğin tepkisi gözlenir. Gövdede ekstansiyon, kollarda ekstansiyon ve abdüksiyon, bunu izleyerek abduksiyon ve fleksiyon olur. (9) Parmaklar yelpaze şeklinde açılır. Her iki elde başparmakla işaret parmağı arasında tipik "C" şekli oluşur. Tepkinin tam ve simetrik oluşu gözlenir. Yaşamın ilk 8 haftasında çok güçlü olan bu refleks, 4-5 aylarda kaybolur. Santral sinir sisteminin durumunu gösteren en önemli reflekstir (1).

Emme-Arama Refleksi: Genellikle birlikte değerlendirilir. Emme refleksi, dudaklara dokunmakla emme hareketinin başlamasıdır. 32-34. gebelik haftalarında bebek bu hareketleri düzenleyecek olgunluğa erişmiştir. Bu yaşta arama refleksi (yanağa dokunmakla başın uyarılan tarafa dönmesi ve emme hareketinin başlaması) de alınabilir. Emme refleksi uyanık durumda 4. aya, uykuda 7. aya kadar devam eder (4).

Yutma Refleksi: Emme refleksine eşlik eder. Yutma refleksi, dilin arka kısmına yiyecek konulması ile uyarılır. Yenidoğanın emme ve yutmayı etkili şekilde koordine edebilmek için biraz zamana ihtiyacı olabilir. Yutma refleksi spontan bir olaydır, unutulmaz (1).

Yakalama Refleksi: El ayaklarını ve ayak tabanlarını hafifçe sıvazlamakla parmaklarda fleksiyon oluşmasıdır. 28. gestasyon haftasında yakalama başlar, 36 haftalık veya daha büyük bebek muayene eden kişinin ellerini sıkıca kavrar ve ellerinden tutularak gövdesi öne doğru kaldırılabilir. İstemli yakalamanın başlamasıyla, iki aydan sonra bu refleks elde kaybolur. Ayakta yakalama refleksi 10. aya kadar devam eder (4).

Babinski Refleksi: Bu refleks, sert bir obje ile ayak tabanının lateraline, topuktan küçük parmağa ya da ayak başparmağına doğru çapraz bir çizgi çizilmesi ile uyarılır. Tepki olarak, ayak başparmağı dorsafleksiyona gelir ve diğer parmaklar yelpaze gibi açılır. Babinski refleksi 3. ayda kaybolur. Ancak çocuk yürüyüceye kadar da devam edebilir (1).

Tonik Boyun Refleksi: sırtüstü yatan bir bebekte başın bir tarafa yavaşta döndürülmesi ile değerlendirilir. Bu sırada başın döndüğü taraftaki kol ekstansiyona gelirken, karşı taraftaki kolda fleksiyon gözlenir. Daha nadir olarak alt ekstermitelerde eşlik edebilir. Eğer bu refleks çok güçlü ve uzun süreli ise (obligatuvar tonik boyun refleksi) karşı taraf hemisferde bir anormallik düşünülmelidir. Bebeğin refleks sırasındaki duruşu eskrimci duruşu olarak adlandırılır. Refleks 36. Gestasyonel haftada ortaya çıksa da postnatal üç, dört haftalık iken belirginleşir ve altı, yedinci ayda kaybolur (3).

Hipotonik infant: Kelime anlamı kas tonüsünün azalmasıdır. Hipotoni kuvvet kaybı değildir. Ancak, genellikle kuvvet kaybı ile birlikte (4).

Hipotonik Bebek Görünümü: Bilekleri, dizleri ve kalça eklemleri gevşek bir şekilde ekstansiyon pozisyonundadır. Baş kontrolleri zayıf veya yoktur. Hipotonik bebekler ters U şeklinde baş, kollar, eller ve bacaklar aşağıya doğru gevşek bir pozisyonadırlar. Uyarılar karşısında kasılma cevabı hem çok yavaş olur ve hem de normal adelenin süresinden daha kısa sürer (4).

5. YENİDOĞANIN BAKIMI

Yenidoğan dönemi, çok özel bir dönemdir. Bu dönemde yenidoğanın hayatını tehdit eden dört önemli sorun vardır. Bunlar; konjenital anomaliler (%2.06), düşük doğum ağırlığı (%9), enfeksiyonlar ve doğum travmalarıdır. Bu sorunlar gebelerin, gebeliğin başlangıcından itibaren izlenmesi, gereken tanı yöntemlerinin uygulanması ve laboratuvar teknikleri ile en alt düzeye indirilebilir. Ayrıca doğumların, doğum kliniklerinde ve ehil ellerde ve uzmanlarca yapılmasının büyük katkısı olabilir (10). Bu dönemde yenidoğanın çeşitli bakım gereksinimleri vardır (11).

Ebenin görevi, uterus dışındaki hayata uyumunu sağlamak, güvenliğini sağlamak ve aileye nasıl bakım vereceğini öğretmek için yenidoğanın değerlendirilmesini ve durumundaki değişiklikleri ve tepkilerini belirlemektir (12).

Başlangıçta yenidoğanın apgar skoru, gebelik yaşı, boyu, vücut ağırlığı ve vücut ısısını içeren ayrıntılı fiziksel bulguları ve aktivite düzeyi değerlendirilir. Doğumdan sonra yenidoğan şok, doğum travması ve gözle görülür anomaliler yönünden gözlenir. Böylece yenidoğanın ekstrauterin yaşama ne ölçüde uyum yaptığı ve yaşamını etkileyebilecek risk faktörleri belirlenir (1).

5.1. Apgar Değerlendirilmesi

Doğumdan sonra kordun klemplendiği ilk saniyeler içinde hızlı bir değerlendirme esastır. Kas tonüsü ve aktivite, yenidoğanın vücudunun tamamı doğmadan bile değerlendirilebilir. Çoğu bebek doğumda hafif siyatoniktir, fakat efektif respirasyon ile renk ve distal ekstremiteler hariç (akrosiyanoz) hızla pembeleşir. On beş saniye süre ile kord pulsasyonlarının palpe edilmesi ve ya göğsün oskülte edilmesi, kalp hızının mevcut ve yeterli olduğunun belirlenebilmesini sağlar (3).

Yenidoğan bebek doğumu izleyen dakika, saat ve günlerde hemen tüm sistemlerini içeren biyokimyasal ve fizyolojik değişikliklerle ortama uyum yapmak zorunluluğundadır. Yenidoğan bebeğin ilk fiziksel muaynesi, ekstrauterin hayata adaptasyonu engelleyebilecek bozuklukların tespiti için doğum odasında Apgar değerlendirmesi ile yapılır (4).

Bebek doğduktan sonra Dr. Virginia Apgar (1953) tarafından geliştirilen 5 standart kriter (kalp atım hızı, solunum, kas tonüsü, refleksler ve renk) yönünden değerlendirilir. Apgar skorunu belirlemek için her bir kritere verilen puan toplanır. En yüksek puan 10, en düşüğü ise 0 dır. Yaşamın ilk 24 saati içinde yakın gözleme ek olarak, hava yolu açıklığının sağlanması, oksijen ve resüsitasyon gereksinimi olabilir. Toplam puanı 4' ün altında olan bebek ciddi şekilde depresedir. Bu bebeğin resüsitasyona ve solunumunun desteklenmesine gereksinimi vardır (1).

Tablo1. Yenidoğanın Apgar Skor Sistemi ile değerlendirilmesi

		Puan		
Gözlemler 0 Mavi(siyatonik) veya soluk		1 Vücut pembe, ekstremiteler siyatonik	2 Tamamen pembe	
	Kalp atım hızı	Yok	Yavaş	100/dk
Solumum		Yok apneik	Yavaş, düzensiz Yüzeysel	İyi güçlü, düzenli
Kas tonüsü		Gevşek	Ekstremitelerde bir miktar fleksiyon	Aktif hareket, ekstremitelerde spontan fleksiyon
Refleksler	Burun deliğine sokulan katetere tepki	Tepki yok	Yüzünü buruşturma, kaş çatma	Öksürme, aksırma Ağlama
	Ayaktan tabanına vurulmasına teпки	Tepki yok	Yüzünü buruşturma	Ağlama ve ayağını çekme
Renk		Mavi soluk	Vücut pembe, ekstremiteler mavi	Tamamen pembe

8–10 puan, bebeğin iyi olduğunu gösterir.

4–7 puan, bebeğin tehlike de olduğunu gösterir.

4 den düşük puan, bebeğin durumunun çok ağır olduğunu gösterir.

8'in altında puan, alan yenidoğanlar da izlem ve özel bakım gereksinimi vardır (4).

1) Kalp atım hızı: Yenidoğanın kalp atım hızı en iyi şekilde steteskopla apek-sden 1 dakika süreyle dinlenerek değerlendirilir. Doğumdan hemen sonra kalp atım hızı 150–180 arasında değişir. Daha sonra 120-150'ye iner (4). Doğum oda-sında yenidoğanın canlandırma gereksiniminin ve canlandırmaya cevabının be-lirlenmesinde kalp hızı en önemli göstergedir (13). Yaşamın ilk 30 dakikasındaki kalp hızının normal değerleri 120- 160/dk aralığındadır. Uyku sırasında veya ağ-larken 100/dk ile 180/dk arasında değişkenlik gösterir (14).

2) Solunum: Solunum hızı pulmoner ventilasyonun bir göstergesidir. Miadın-da bir yenidoğan, doğumdan sonra yaklaşık 30 saniye içinde spontan olarak ağlar. İlk bir dakika içinde solunumu hızlı ve düzenlidir. Solunum hızı, yenidoğanın so-

lunum çabasıdaki herhangi bir gecikmeyi belirlemek için inspirasyon sayısı tam bir dakika süreyle sayılarak değerlendirilir. Eğer anneye doğum eylemi ya da doğumda fazla analjezik ilaç verilmişse, yenidoğanın solunumunda güçlükler beklenebilir. Yenidoğan bebeğin solunumu yavaş ya da düzensizse solunum sıkıntısı (respiratuvar distres) vardır (4). Doğumda tüm yenidoğanlar siyanotiktir. Fetuste arteriyel oksijen basıncı yaklaşık olarak 20 mmHg, SaO₂ %60'dır (87). Yenidoğanın postnatal yaşama uyumu sırasında SaO₂'nin %80'e ulaşması 5. dakikada, %90'a ulaşması 10. dakikada gerçekleşmektedir (15).

3) Kas tonüsü: Normal yenidoğanın ekstremiteleri intrauterin pozisyona benzer şekilde fleksiyondadır. Bebeğin kas tonüsü ekstansiyona getirilen ekstremitelerin spontan şekilde fleksiyon pozisyonuna dönüşü gözlenerek değerlendirilir. Düz uzatılıp serbest bırakılan ekstremitelerin hızla orijinal pozisyonuna (fleksiyon) dönmesi beklenir (4).

4) Refleks irritabilitesi: Yenidoğanın burun deliklerinin aspire edilmesi, yavaş şekilde sırtının okşanması ya da ayak tabanına hafifçe vurulması ile test edilebilir. Sağlıklı yenidoğan bebek bu uyarılara yüksek sesle ağlayarak tepki verir. Eğer anneye çok fazla sedasyon uygulanmışsa bebeğin tepkisi minimal düzeyde olabilir (4).

5) Renk: Doğum anında tüm yenidoğanlar siyanotiktir. Solunum başladıktan kısa bir süre sonra deri rengi pembeye dönüşür. Yenidoğanın rengi solunumunun ne kadar iyi olduğunu gösterir (4).

Apgar skor sistemi ile değerlendirme, doğumdan sonra 1 ve 5.dakikalarda yapılır. Birinci dakikadaki değerlendirme, yenidoğanın ekstrauterin yaşama uyum yeteneğini gösterir. İlk dakikalardaki apgar skoru ile bebeğin resusitasyona gereksinimi olup olmadığı belirlenebilir. Beşinci dakikadaki değerlendirmenin amacı, yenidoğanın durumunu özellikle resüsitasyona tepkisini yeniden değerlendirmektedir (4).

5.2. Vücut ısısının korunması

Bebek nazik bir şekilde kurulanmalıdır. Aksi takdirde evaporasyonla ısı kaybeder. Bebeği yan yatar pozisyonda ısıtılmış bir beze yatırmak gerekir. Önce kurulanmalı, örtüsüz bir şekilde radyan ısıtıcı altında yatırılmalıdır. Isısını korumak için başına şapka giydirilmeli ve tüm ebelik girşimleri yenidoğanın soğuk havaya en az maruz kalması için olabildiğince hızlı bir şekilde uygulanmalıdır. Herhangi bir kapsamlı prosedür radyan ısıtıcı altında yapılmalıdır (3).

5.3. Hava yolu açıklığının sağlanması

Bebek başı doğar doğmaz mukus bebeğin ağzından temizlenmelidir. Vücudu doğar doğmaz baş birkaç saniye sekresyonun daha iyi drene olabilmesi için aşağıda tutulmalıdır. Sekresyonun aspirasyonunun önlenmesi için ilk nefesten önce ağızdaki ve farenksteki mukusun temizlenmesi önemlidir. Eğer bu işlemlerden sonra da bebeğin ağzında mukus birikiyorsa o zaman raydan ısıtıcı altında aspirasyon gerekir. Bu iş için ampül aspiratör ya da ince sonda kullanılabilir. Güçlü aspirasyon asla yapılmamalıdır. Bu müköz membranları tahriş eder ve bakterilerin yerleşmesine sebep olur (3). Burun içindeki sıvıların önce aspire edilmesi durumunda, yenidoğanın nefes alması uyarılacağından aspirasyon riski artacaktır (16). Aspirasyon sırasında burun ve ağza girişte aspirasyon kapatılmalı geri çekerken açılmalıdır. Termde, baş prezentasyonunda, tek fetüs,uzamış membran rüptürü olmayan, amniyotik mayinin berrak olduğu, komplikasyonsuz vajinal doğumlarda bebeğin doğum sonrası aspire edilmesinin gerek olmadığına yönelik bulgularda mevcuttur. Eğer bebek amniyotik mayi yuttu ise daha derin hatta endotrakeal aspirasyon ilk solunumdan önce yapılmalıdır. Bu mekonyum aspirasyonunu önler (3).

5.4. İlk ağlamanın kayıt edilmesi

Ağlayan bebek nefes alıyordur. Bebek ne kadar güçlü ağlıyorsa o kadar güçlü nefes alıyor demektir. Bu yüzden bebeğin ilk ağlamasının ve güçlü solunumunun kayıt edilmesi önemlidir. Çünkü bu durum bebeğin solunumunu rahat sürdürüp sürdüremeyeceğini gösterir. İlk solunumunu spontan yapmayan veya çabuk yapan ancak güçlü solunumu sürdüremeyen bebeklerde acil olarak respirasyonu sağlamak için resüsitasyon gerekebilir (3).

5.5. Göz bakımı

Birçok Avrupa ülkesinde kullanılmamakla birlikte, yenidoğanın konjektival gonoresini önlemek için profilaktik göz tedavisi uygulanmaktadır. Bu tür eneksiyonlar bebeğe vajinal doğum sırasında doğum kanalından bulaşır. Genel olarak tedavi doğumdan sonra derhal konjektivaya uygulanmalıdır. Günümüzde sadece gonore için değil klamidya enfeksiyonunun profilaksisi için de eritromisin kullanılmaktadır (16).

Yenidoğanın gözlerinde çapaklanma yoksa özel bir bakım gerekmemektedir. Çapaklanma varsa gözler kaynatılmış, ılık suda ısıtılmış steril gazlı bir tanpon ile fazla bastırılmadan içten dışa doğru silinmekte ve her göz için başka bir tanpon kullanılmalıdır (17).

5.6. Göbek kordonunun bakımı

Doğumdan sonra umbilikal kord enfeksiyonlara açık bir bölgedir. Bu nedenle göbeğin kesimi steril olarak yapılmalıdır. Klemp göbekten 1-2 cm ileriye takılır, steril olarak kesilir ve kanama kontrolü yapılır. Bu arada korddaki kan damarları da kontrol edilir. Kordun kuruyup düşmesini sağlamak amacıyla %70'lik alkol ile günde 2-3 kez bakım verilmelidir. Göbeğin kuru tutulması önemlidir (16). Kord, doğum sonrası ilk saatlerde sızma ve kanama yönünden kontrol edilmelidir. Kord klempü güvenli bir şekilde klemplenmeli ve deri ile temas etmemelidir. Pürülan drenaj, kızarıklık ve ödem, enfeksiyon olduğunun işaretidir. Kord 2-3 gün içinde kahverengi-siyah gibi bir renk alır, yaklaşık 10 ile 14 gün arasında ise düşer (12).

5.7. Kanamanın önlenmesi

Yenidoğan yaşamın ilk birkaç gününde K vitamini sentezini etkileyen bağırsaktaki bakteriyel floranın yokluğu, karaciğerin immatür olması ve K vitamininin plasentadan eterli geçmemesi nedeni ile kanamaya yatkındır. K vitamini enjeksiyonu; neonatal hemorajik hastalıkların tedavisinde, hipotrombinemi tedavisinde ve profilaktik olarak kullanılır. K vitamini, karaciğerdeki kanın pıhtılaşma faktörlerinden faktör 2(protrombin),7,9,10'un sentezi için gereklidir. Bu nedenle doğumdan sonra mutlaka K vitamini uygulanmalıdır. K vitamini için değişik protokoller önerilmiş olmakla birlikte yaygın kullanım protokolü doğumdan sonraki ilk bir saat içinde 0.5-1 mg intramüsküler uygulanmasıdır.

Miyadında doğan bebeklere hepatit B aşısı hastaneden taburcu olmadan önce 0.5 ml intramüsküler olarak yapılır (16).

5.8. Fizik muayene

Doğumdan hemen sonra yenidoğan meningosel, yarı damak-dudak, hidrosefali, doğum izleri, konjenital kalp defektleri, imperfore anüs, trakeözefagial atrezi ve bağırsak obstrüksiyonunu belirlemek için büyük boyutlu bir taramadan geçirilmelidir (3).

5.9. Bebeğin kimliğinin belirlenmesi

Yenidoğan doğum odasından ayrılmadan önce mutlaka kimliği belirlenmelidir. Kimlik için iki band ya da bilezik hazırlanır. Bu bantlara annenin adı soyadı, doğum zamanı, tarihi ve bebeğin cinsiyeti yazılır. Bu bantlardan biri el ya da ayak bileğine, diğeri annenin bileğine takılır.

Kimliği belirlemede ikinci bir yolda, bebeğin ayak izlerinin alınmasıdır. Bu bilgiler yenidoğan dosyasında tutulur. Ebe, anne ve bebeğin doğum odasından ayrılmadan önce kimliğinin belirlenip belirlenmediğini kontrol etmelidir.

5.10. Beslenmenin sağlanması

Bebekler anne sütü ile derhal emzirilmeye başlanmalıdır. Ebe, anneye anne sütü ile beslenmenin önemi ve besleme yöntemleri konusunda danışmanlık ve eğitim hizmetlerini vermelidir. Yaşamın ilk günleri bebekler 2 saatte bir beslenmeye ihtiyaç duyarlar (16).

SONUÇ

Sonuç olarak, doğumhane şartlarının iyi olması, doğum anında anne ve bebek için stabilizasyonun sağlanması, ihtiyacı olan bebeklere yeinden canlandırmanın uygun koşullarda ve eğitilmiş kişiler tarafından yapılması yenidoğanın yaşama şansını üst düzeylere çıkarabilir. Aynı zamanda, gebelik öncesi ve gebelik döneminde de kadınların eğitilmesi, maternal ve fetal sağlığın yükseltilmesi için oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Çavuşoğlu H. *Çocuk sağlığı hemşireliği*. 9. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Basımevi; 2011.
2. Neyzi O, Ertuğrul T. *Pediyatri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2002.
3. Şirin A. *Kadın sağlığı*. İstanbul: Bedray Yayıncılık; 2008.
4. Genç RE., Özkan H. Ebeler için yenidoğan sağlığı ve hastalıkları. 1. Baskı. Elazığ: Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri; 2016.
5. Kliegman RM. *Fetus ve Yenidoğan Hastalıkları*. Nelson Essentials of Pediatrics. (Muzaffer TUZ-CU, Çev. Ed.) 4. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2002. p. 179-250.
6. Arsan S, Atasay B. *Yenidoğan muayenesi. Çocuk sağlığı ve hastalıkları*. 1. Baskı, Ankara: Baran Ofset; 2004. p. 159-162.
7. Ceylan Y, Yıldırım G, Aslan H, et al. Williams Obstetrik. 10. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2010.
8. Samancı N. *Yenidoğanın genel bakım prensipleri. Temel neonatoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2000. p. 142-143.
9. Edwards SL, Sarwark JF. Infant and child motor development. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 2005; (434): 33-39. doi: 10.1097/00003086-200505000-00006.
10. Turan T, Bolışık B. Prematüre bebeği olan ailelere serviste uygulanan planlı eğitimin anne ve bebek üzerine olan etkilerinin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2003; 7(1): 39-46.
11. Perk Y. *Rutin yenidoğan bakımı. Temel yenidoğan sağlığı*. 2. Baskı. Ankara: Baran Ofset; 2005. p. 41-44.
12. McKinney ES, James SR, Murray SS, et al. *Maternal-child nursing*. 4th ed. Canada: Elsevier Publication; 2013.
13. Niermeyer S, Kattwinkel J, Van Reempts P ve ark. International guidelines for neonatal resuscitation: an excerpt from the guidelines 2000 for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care: International consensus on science. Contributors and reviewers for the neonatal resuscitation guidelines. *Pediatrics*. 2000;106(3): E29.
14. Varney H. *Varney's midwifery*, 4th ed. Boston: Jones and Bartlett; 2003.
15. Singhal N, Niermeyer S. Neonatal resuscitation where resources are limited. *Clinics Perinatology*. 2006;33(1):219-228. doi: 10.1016/j.clp.2005.11.009.
16. Taşkın L. *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. 16. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2020.
17. Dağoğlu T, Görak G. *Temel neotoloji ve hemşirelik ilkeleri*, 2. Baskı. Nobel Aankara: Tıp Kitabevi; 2008.