



**SEZARYEN İLE DOĞUM YAPAN ANNELERİN EVDE YAŞADIKLARI  
SORUNLARIN BELİRLENMESİ**

**Mine İŞ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**EKİM 2015**

Mine İŞ tarafından hazırlanan “Sezaryen ile Doğum Yapan Annelerin Evde Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ / OY ÇOKLUĞU ile Gazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

**Danışman:** Öğr.Gör.Dr. Şengül YAMAN

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum .....

**İkinci Danışman:** Prof. Dr. Gülşen VURAL

Hemşirelik Anabilim Dalı, SANKO Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum .....

**Başkan:** Doç.Dr. Sultan AYAZ

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum .....

**Üye:** Yrd. Doç. İlknur GÖNENÇ

Ebelik Anabilim Dalı, Ankara Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum .....

Tez Savunma Tarihi: 12/10/2015

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

Doç. Dr. Ufuk KOCA ÇALIŞKAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Mine İŞ

12/10/2015



# SEZARYEN İLE DOĞUM YAPAN ANNELERİN EVDE YAŞADIKLARI SORUNLARIN BELİRLENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Mine İŞ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ekim 2015

## ÖZET

Araştırma sezaryen ile doğum yapan annelerin evde yaşadıkları sorunların belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Doğum Sonu Servisi, Yenimahalle Devlet Hastanesi kadın-doğum servisi ve Dr. Sami Ulus Anne Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın-doğum servisine gelen sezaryen operasyonu geçirmiş 254 anneye uygulama yapılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formu ile toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS ( IBM SPSS Statistics 20 ) programında değerlendirilmiştir. Bulguların yorumlanmasında frekans tablolarından ve tanımlayıcı istatistiklerden (Descriptive Statistics) yararlanılmıştır. Birden fazla yanıt verilen soruların analizleri için Multiple Response (Frequencies) testinden yararlanılmıştır. Sınıflanmış değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkilerinin incelenmesinde Ki-Kare (Chi-Square) testi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan annelerin %40,2'si 25 ile 29 yaş grubunda, %48,4'ü lise mezunu, %75,6'sı çalışmamaktadır. Annelerin %75,2'si gelirinin gidere eşit olduğunu, %94,9'u çekirdek ailede yaşadığını, %97,2'si sosyal güvencesi olduğunu ifade etmiştir. Çalışmamızda yer alan annelerin %95,3'ü gebeliğini planladığını, %96,1'i bebeğini emzirdiğini, %86,2'si doğum sonu dönemde evinde yardım eden bir yakını olduğunu, %75,8'i yardım eden kişinin kendi yakını olduğunu, %87,7'si yardım eden kişinin kendisini olumlu etkilediğini belirtmiştir. Annelerin %46,1'i doğum sonu dönemde halsizlik yaşadığını, %98,4'ü sezaryen sonrası evde anne ve bebeğin bakımı ile ilgili karşılaştığı sorunlar açısından hemşire tarafından ziyaret edilmediğini, ziyaret edilmeyen annelerin %84,6'sı hemşire tarafından ziyaret edilmek istediğini, hemşire tarafından ziyaret edilen annelerin %75,0'ı ise bu ziyaretin faydalı olduğunu düşündüğü bildirmiştir. Araştırmaya katılan annelerin %97,6'sı ağrı, %96,9'u duygusal sorun, %90,9'u anne-bebek ilişkisine ilişkin sorun, % 90,6'si uyku sorunu, % 87'si insizyon bölgesine ilişkin sorun, %70,5'i memelere ilişkin sorun ve %43,7'si emzirmeye ilişkin sorun yaşadığını ifade etmiştir. Araştırmamızın sonucunda sezaryen sonrası annelere etkili bir taburculuk eğitiminin verilmesi ve sonrasında evde yaşadıkları sorunlar açısından izlenmesi, annelerin doğum sonu evde yakınları tarafından desteklemesi, ev koşullarının düzenlenmesi, evde anne-bebek bakım/eğitim/danışmanlık gereksinimlerinin giderilmesi için hemşirelerin görev yapması ve postpartum taburculuk sonrası telefonla izlem sistemine göre hemşirelik danışmanlık hizmetlerinin planlandığı başka çalışmaların yapılması önerilmiştir.

Bilim Kodu : 1032.3  
Anahtar Kelimeler : Sezaryen, postpartum sorun, anne sağlığı  
Sayfa Adedi : 73  
Danışman : Öğr. Gör. Dr. Şengül YAMAN  
İkinci Danışman : Prof. Dr. Gülşen VURAL

DETERMINATION OF THE PROBLEMS EXPERIENCED AT HOME BY MOTHERS  
WHO GAVE BIRTH BY CAESAREAN SECTION

(M. Sc. Thesis)

Mine İŞ

GAZI UNIVERSITY

INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

October 2015

ABSTRACT

The research as a descriptive study is carried out to be identifying of problems experienced by mothers at home who gave birth by caesarean section. The study is conducted in obstetrics clinics of Dr. Sami Ulus Obstetrics, Children Health and Diseases Education and Research Hospital and Gazi University Health Research and Practice Centre and Yenimahalle State Hospital. The research includes 254 mothers having cesarean labor. Questionnaire form prepared by the researcher. The data are assessed in SPSS for Windows version 20.0 program. In the evaluation of the data received, the table of descriptive statistics, tests of Chi-square, Multiple Response (Frequencies) tables are used. 40,2% of mothers are aged between 25-29, 48,4% were high school graduate, %75,6 unemployed. 75,2% of mothers declared that they had balanced income and spendings, 94,9% had nuclear family, 97,2% had social security. In our study, 95.3 % of mothers had planned pregnancy, 96.1 % had being breastfed, % 86.2 had a nanny who helped at home in postpartum period. 75.8 % of those nannies were actual relatives of mothers. 87.7 % of mothers stated that nannies had positive effects on them. 46.1% of mothers had fatigue in postpartum period, 98,4 % of them did not received any visits from a nurse after cesarean at home in terms of facing problems with the baby's and mother's own care, 84.6 % of mothers which had visits wished to be visited by a nurse while 75.0% reported that they thought that visits were useful. The mothers stated that 97.6% had pain, 96.9 % had emotional problems, 90.9 % had problems related to the mother-infant relationship, 90.6 % had sleep disorder, 87% had problems related to the incision area, 70.5 % had problems with breast and 43.7% had problems related to breastfeeding. As results of our study after cesarean mothers should be given an effective discharge education and then be monitored for problems experienced at home, postpartum mothers should be supported by relatives at home. Nurses should be appointed for the regulation of housing conditions, mother-baby care/training/counselling needs. After discharge some other studies which nursing advisory services to monitor by telephone system has been proposed.

Science Code : 1032.3

Key Words : Caesarean, Postpartum problem, maternal health

Page Number :73

Advisor : Ins. Dr. Şengül YAMAN

Co-Advisor : Prof. Dr. Gülşen VURAL

## TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın her aşamasında katkı ve desteklerinden değerli hocam tez danışmanım Prof. Dr. Gülşen VURAL'a, bilgi, görüş, öneri ve desteklerini esirgemeyen tez danışmanım Öğr. Gör. Dr. Şengül YAMAN'a, çalışmam boyunca destek olan klinik hemşirelerine, hastalara ve hasta yakınlarına tüm meslektaşlarıma, hayatımın ve çalışmamın her aşamasında maddi ve manevi destekleri ile her daim yanımda olan sevgili eşime, anneme, ablama, kardeşime ve kızıma teşekkürlerimi sunarım.

Mine İŞ



## İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa</b>
ÖZET .....	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER .....	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	5
2.1. Sezaryen Doğum .....	5
2.1.1. Sezaryen doğumun tanımı .....	5
2.1.2. Sezaryen doğumun sıklığı .....	5
2.1.3. Sezaryen doğumun endikasyonları.....	6
2.1.4. Sezaryen doğumun komplikasyonları .....	11
2.1.5. Sezaryen doğum sonrası hastanede bakım .....	18
2.1.6. Sezaryen doğum sonrası taburculuk .....	19
2.1.7. Sezaryen doğum sonrası yaşanan sorunlara yönelik hemşirenin rolleri.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER .....	25
3.1. Araştırmanın Tipi .....	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi .....	26
3.4. Veri Toplama Araçları .....	28
3.5. Veri Toplama Formlarının Uygulanması .....	29
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi .....	29
3.7. Araştırmanın Etik Yönü .....	29

	<b>Sayfa</b>
<b>4. BULGULAR</b> .....	31
4.1. Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	31
4.2. Gebelik ve Doğum Sonu Döneme İlişkin Bulgular .....	32
4.2. Annelerin Sezaryen Sonrası Evde Yaşadıkları Sorunlara İlişkin Bulgular .....	33
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	37
5.1. Gebelik ve Doğum Sonu Dönemde İlişkin Bulguların Tartışılması .....	37
5.2. Annelerin Sezaryen Sonrası Dönemde Evde Yaşadıkları Sorunların Tartışılması .....	38
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	45
6.1. Sonuçlar.....	45
6.2. Öneriler .....	45
<b>KAYNAKLAR</b> .....	49
<b>EKLER</b> .....	55
Ek-1. Etik Kurul İzin Yazısı.....	56
Ek-2. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı İzin Yazısı.....	59
Ek-3. Yenimahalle Devlet Hastanesi İzin Yazısı .....	60
Ek-4. Dr. Sami Ulus Anne Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı .....	61
Ek-5. Araştırmaya Katılan Bakım Vericilerden Alınan Yazılı Onam Formu.....	62
Ek-6. Hastaya Ait Veri Toplama Formu .....	67
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	73

## ÇİZELGELERİN LİSTESİ

<b>Çizelge</b>	<b>Sayfa</b>
Çizelge 4.1. Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı .....	31
Çizelge 4.2. Gebelik ve Doğum Sonu Döneme İlişkin Bulguların Dağılımı.....	32
Çizelge 4.3. Annelerin Sezaryen Sonrası Dönemde Yaşadıkları Sorunların Dağılımı .....	33
Çizelge 4.4. Annelerin Sezaryen Sonrası Dönemde Evde Yaşadıkları Sorunların Dağılımı .....	34
Çizelge 4.5. Annelerin Sezaryen Sonrası Dönemde Sistemlere İlişkin Yaşadıkları Sorunların Dağılımı .....	35

## SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

<b>Simgeler</b>	<b>Açıklamalar</b>
<b>X ± SS</b>	Ortalama ± Standart Sapma

<b>Kısaltmalar</b>	<b>Açıklamalar</b>
<b>AJOB</b>	Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği
<b>DIK</b>	Dissemine İntravasküler Koagülasyon
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>HPV</b>	Human papillomavirus
<b>HSV-2</b>	Herpes Simplex Virus-2
<b>TNSA</b>	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>TÜİK</b>	Türkiye İstatistik Kurumu

# 1. GİRİŞ

## Konunun Tanımı

Sezaryen ile doğum, 500 gram ya da daha ağır bir fetüsün abdomen ve uterus duvarından yapılan bir insizyonla doğurtulmasıdır. Sezaryen, reproduktif dönemdeki kadınlar arasında en sık uygulanan cerrahi girişimdir [1]. Sezaryenle doğum anne ve bebek için daha iyi sonuçlar elde edilecekse tercih edilmelidir. Ancak, günümüzde, medikal gereklilik dışında da yaygın uygulanması nedeniyle sezaryen oranlarında artış dikkati çekmekte ve gelişmiş ülkelerin global sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır [2]. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 sonuçlarına göre, Türkiye’de sezaryen doğumların tüm doğumlar içinde %48 olduğu görülmektedir. Türkiye’de 1993-2013 yılları arasındaki sezaryen oranları ise şöyledir. 1993 yılında %7, 1998 yılında %14, 2003 yılında %21, 2008 yılında %37 ve 2013 yılında %48’dir. 1993 - 2013 yılları arasında sezaryen doğum oranının giderek arttığı gözlenmektedir [3].

Sezaryen oranlarındaki artış nedenleri olarak, geçirilmiş uterin cerrahi, çoğul gebeliklerin artışı, ileri yaş gebeliklerin artışı, üremeye yardımcı tekniklerin ve fetal elektronik monitorizasyon kullanımındaki artış, doğumhane koşullarının uygun olmaması, epidural anestezi alternatifinin yaygın olarak sunulmaması gibi faktörlerden söz edilmektedir [4]. Ayrıca sezaryen doğumların bebek ve anne için daha güvenli olduğu inancı, gebelerin doğum sürecinden ve doğumhaneden korkmaları, doğumda psikolojik desteğin göz ardı edilmesi gibi emosyonel ve psikolojik faktörlerin etkisi de söz konusudur [5]. Her toplumda doğum biyolojik bir olaydır ancak doğum deneyimi aynı zamanda sosyal olarak da yapılandırılır. Bu nedenle kişilerin inanç, çevre ve sosyal değerlerinin doğum şekli üzerine etkisi olduğu düşünülmektedir [6].

Sezaryen ile doğum, gerekli olduğu durumlarda anne ve bebek için yaşam kurtarıcı olmakla birlikte, vajinal doğumla karşılaştırıldığında bazı önemli dezavantajları da bulunmaktadır [7]. Sezaryen operasyonu anestezi verilerek gerçekleştirildiği için doğum sonu dönemde anne ve bebek açısından ciddi komplikasyonlar yaratabilmektedir [8]. Sezaryen doğumlarda maternal ölüm hızı daha yüksek, tıbbi müdahale oranı daha fazla, hastanede kalış ve iyileşme süreci daha uzun olmaktadır. Anne sezaryen sonrasında daha geç mobilize olmakta ve operasyon sonrasında enfeksiyon gelişme riski artmaktadır.

Bebeğin oral beslenmeye geç başlaması süt salınımının gecikmesi ve anesteziye bağlı olarak gerçekleşmektedir. Cerrahi bir operasyona maruz kalma ve cerrahi operasyon komplikasyonları sezaryenin diğer istenmeyen sonuçları arasında yer almaktadır. Tüm bunlar annenin kaygı ve endişesini artırıp psikolojik sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir [9].

Bu dönemde anneler sezaryen operasyonundan kaynaklanan insizyon bölgesinde ağrı, ağrıya bağlı hareket kısıtlılığı, bebek bakımında zorlanma, kendi bakımına katılamama gibi sorunları da yaşamaktadırlar. Sezaryenle doğumdan sonra fizyolojik ve psikolojik iyileşmenin vajinal doğumdan farklı olduğu bilinmektedir. Sezaryen ile doğum yapan anneler hem normal doğumun yol açtığı fizyolojik ve psikolojik değişimleri yaşamakta, hem de cerrahiye bağlı ortaya çıkan sorunlarla baş etmek zorundadırlar. İnsizyon bölgesinde oluşan ağrıya bağlı olarak annenin bebeğini kucağa alması ve emzirmesi güçleşmektedir. Ayrıca anesteziye bağlı akciğer problemleri benzeri sorunlar görülebilmektedir. Büyükkayacı'nın çalışmasında postpartum komplikasyonlar ve hastaneye yeniden yatış sezaryen ile doğum yapan annelerde vajinal doğum yapanlara göre daha yüksek bulunmuştur [10].

Ülkemizde son yıllarda anneler normal doğumdan 24 saat sonra, sezaryendan ise 48 saat sonra taburcu edilmektedirler. Yapılan çalışmalar, annelerin doğumdan sonra yaşadıkları fizyolojik ve psikolojik değişimlerden dolayı en az 24 saat kendilerine dönük olduklarını ve öğrenme için motivasyonlarının en alt düzeyde olduğunu ortaya koymaktadır [11]. Annenin yorgunluk ve hormonal değişimler nedeni ile içe dönük ve uykuya meyilli olduğu bu süreç eğitim ve danışmanlık için yeterli olamamaktadır. Bu nedenle doğum yapan annenin hastaneden almaya başladığı sağlık bakımının evde de devam etmesi gerekmektedir. Literatürde, doğum sonu dönemde annelerin evde, hemşireler veya ebeler tarafından takip edilmelerinin gerekliliği vurgulanmıştır [12]. Doğum sonu dönemde görülen problemlerin çoğunluğu etkili bir hemşirelik bakımı ve eğitim ile önlenebilir veya azaltılabilir. Bu şekilde basit gibi görülen problemler zamanında müdahale ile çözüme kavuşturulabilir ve hem annenin hem de bebeğin yaşamını uzun yıllar etkileyebilecek komplikasyonlar ortadan kaldırılabilir. Bu nedenle, postpartum dönemde erken taburculuk nedeniyle sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamayan annelere, doğum sonu komplikasyonların erken dönemde tespit edilerek giderilmesi, kendi ve bebeğinin bakımına yönelik olarak gereksinim duyduğu konularda eğitim danışmanlık verilmesi ve bizzat

bakım hizmetlerinin yürütülmesi açısından taburculuk sonrası takipleri oldukça önem taşımaktadır.

Postpartum taburculuk sonrası takip ev ziyaretleri şeklinde yürütülebildiği gibi telefonla takip de sağlanabilmektedir. Şirin ve Kavlak'ın yaptığı çalışmada anneler postpartum dönemde telefon ile takip edilmiş ve en çok epizyotomi, yara ve konstipasyon, kramp, loşia ve cinsel aktivitenin devamı ile ilgili sorunlar yaşadıkları tespit edilmiştir [13]. Taburculuk sonrası anneye verilecek kapsamlı ve kaliteli bir hemşirelik bakımı ve eğitimiyle, annenin, kendisinin ve bebeğinin bakımında yeterli olması sağlanarak, olumlu sağlık davranışları kazandırılabilir. Böylece sorunsuz, rahat ve sağlıklı bir doğum sonu dönem geçirilebilir [14]. Taburculuk sonrası verilecek bakım ve eğitimin içeriğinin oluşturulabilmesi için annelerin evde yaşadıkları sorunların tespit edilmesi gerekmektedir.

#### Araştırmanın Amacı

Çalışmamızda sezaryenle doğum yapan annelerin taburcu olduktan sonra evde yaşadıkları sorunların belirlenmesi amaçlanmıştır.

#### Araştırmanın Önemi

Sezaryen sonrası anneler geçirdikleri cerrahi işleme bağlı insizyon bölgesinde ağrı, akciğer problemleri, dolaşım sistemi bozuklukları gibi birçok sorun yaşayabilmektedir. Bu durum annelerin kendi ve bebeklerinin bakımını vermede güçlük yaratmakta, annelerin doğum sonu yaşam kaliteleri bozulmakta ve önemli bir stres kaynağı oluşturmaktadır. Annelerin yaşadıkları sorunların önlenmesi ve geliştiğinde erken dönemde çözülebilmesi için hastaneden çıkmadan önce taburculuk eğitimine ve evde hemşirelik bakımına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu nedenle annelerin evde sıklıkla yaşadıkları sorunların belirlenmesi, sezaryen sonrası taburculuk eğitiminin ve evde hemşirelik bakımının içeriğinin oluşturulmasında yol gösterici olacaktır.

#### Sınırlılıklar

Bu araştırma Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Yenimahalle Devlet Hastanesi, Dr. Sami Ulus Anne Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma bu kliniklerde yapıldığı için

araştırmanın sonuçları buradan hizmet alan hastalarla sınırlıdır. Araştırma sonucunda elde edilen veriler hastaların telefonla kendi beyanına dayanmaktadır.

### Tanımlar

Sezaryen Doğum: Fetüs, plasenta ve membranların abdominal ve uterus duvarındaki insizyon yoluyla doğması şeklinde tanımlanır [15].



## 2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

### 2.1. Sezaryen Doğum

#### 2.1.1. Sezaryen doğumun tanımı

Sezaryen seksiyon (cesarean section abdominalis) ya da sezaryen doğum, 500 gram ve üstündeki fetusun abdominal yolla (laparotomi) ve uterus ön duvarından (histerotomi) doğumu olarak tanımlanır [15]. Latince “kesmek” anlamına gelen “caedere” kelimesinden türemiş “caesar” ve yine “Kesmek” anlamına gelen “seco” kelimesinden türemiş olan “section” kelimeleri, “caesarean section” şeklinde bir kalıp olarak kullanılmaktadır.

Sezaryen doğum canlı fetus, plasenta ve membranların karın ön duvarı ve uterusu yapılan kesi ile doğurtulması işlemidir. Ayrıca vajinal doğumun mümkün olmadığı, anne veya bebeğin yüksek risk taşıdığı durumlarda öncelikle tercih edilmesi gereken abdominal bir cerrahi biçimdir. Literatürde anne ve bebeğin yüksek risk taşıdığı bu durumlardan bazıları kesinlik kazanmışken (plasenta previa totalis, baş pelvis uygunsuzluğu vb.) bazılarında tartışmalar halen devam etmektedir (makat prezentasyon, geçirilmiş uterin cerrahi vb.) [16].

#### 2.1.2. Sezaryen doğumun sıklığı

Sezaryen doğum sıklığı dünyada ülkeler, şehirler ve hatta hastaneler arasında belirgin farklılıklar göstermekle birlikte tüm dünyada sezaryen oranının önlenemez biçimde yükselişte olduğu belirtilmektedir [17]. Özellikle gelişmiş ülkelerde sezaryen oranındaki bu yükseliş yıllara göre incelendiğinde; 1970’li yıllardan itibaren ciddi bir artış içerisinde olduğu, 1990’lardan bu yana önemli ölçüde arttığı ve 2009 yılında ise %32.9 ile zirveye ulaştığı saptanmıştır [18]. World Health Statistics (2010)’ne göre maternal ve perinatal mortalite oranları dikkate alındığında sezaryen oranının %15 olduğu bildirilmiştir. Bazı ülkelerin sezaryen oranlarına bakıldığında ise; Amerika Birleşik Devletleri’nde %30.2, İtalya’da %37.4, Brezilya’da %41.3, Meksika’da %36.1, Kore’de %37.7, İsviçre’de %28.9, Almanya’da %27.8 olduğu belirtilmiştir [19]. En yüksek %15 olarak bildirilen sezaryen oranının, bu seviyenin altına indiğinde veya üzerine çıktığında maternal ve perinatal mortalite ile morbidite oranları da artış gösterebilmektedir [20]. Türkiye Nüfus ve

Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre 2003 yılında %21.2 olan sezaryen oranının, 2013 yılında %48'e yükseldiği bildirilmiştir [3]. Türkiye'de yapılan hastane tabanlı bazı çalışmalarda da sezaryen oranının giderek arttığına işaret edilmektedir [21]. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan bir çalışmada 2002 yılında %37.7 olan sezaryen oranının 2007 yılında %51'e ulaştığı belirtilmektedir [22]. Sağlık Bakanlığı'nın 2010 yılı sağlık istatistiklerinde ise sezaryen doğumların 2003'te %21, 2007'de %35, 2009'da %43 iken, 2010'da %45'e yükseldiği ve bu oranların devlet hastanelerinde %41, özel hastanelerde %64 ve üniversite hastanelerinde %65 olarak değiştiği bildirilmiştir [21]. Doğum oranlarındaki bu artışın birkaç nedeni olduğu belirtilmektedir. Bu nedenlerden biri; sezaryen doğumun anne hayatını kurtarmak için yapılan bir operasyon iken, ilerleyen zamanlarda fetusun de hayatını kurtaracak düşük riskli bir operasyon olarak düşünülmesidir. Böylece sezaryen doğum hem annenin, hem bebeğin, hem de hekimin hayatını kolaylaştıracak bir işlem haline gelmiştir. Bir diğer neden ise ülkelerin sağlık politikaları ve insanların doğum eylemine bakışlarında farklılıklar olmasıdır [22]. Yapılan çalışmalarda anne doğum hekimlerinin sezaryena karar verirken sezaryen endikasyonlarının yanı sıra annelerin sezaryen olma isteklerini de çok önemsediklerini belirtmektedir. Aynı çalışmalarda eğitim düzeyi ve yaşın azalmasıyla birlikte annelerin sezaryen isteklerinin azaldığı, eğitim düzeyi ve yaşın artmasıyla ise arttığı saptanmıştır [23]. Sezaryen doğum oranındaki artışın anne ve yenidoğana getireceği riskler göz önüne alındığında, sezaryen oranını azaltmaya yönelik sağlık politikalarına acilen gereksinim olduğu görülmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda ise sezaryen oranlarını azaltmak için kanıt temelli uygulamaların yapılması gerektiği vurgulanmıştır [24].

### **2.1.3. Sezaryen doğumun endikasyonları**

#### Baş pelvis uyumsuzluğu

Pelvisten geçemeyecek kadar büyük bir fetal başın olduğu olgularda doğum sezaryen ile gerçekleştirilmelidir. Ancak burada fetus başı ve pelvis birlikte değerlendirilmelidir. Çünkü küçük bir bebek dar bir pelvisten geçerken, geniş bir pelvis iri bir bebek için yetersiz olabilir. Bazı durumlarda pelvis girimi doğum için uygun olmayabilir. Özellikle primigravidalarda, doğum eylemi başlamadan yapılan muayenede, prezente olan kısım pelvis giriminin üstünde sağ ya da solda palpe edilirse pelvis darlığı tanısı konur. Çünkü primigravidada eylem başlamadan bir iki hafta önce fetus başı pelvise yerleşir. Eylem

sırasında baş +2 seviyesinin altına inmiyorsa, orta pelvis darlığından söz edilir. Pelvis darlığından şüphelenildiği durumlarda, ultrasonografi ile kesin tanı konularak doğum sezaryen ile yaptırılmalıdır [25].

#### Uterin disfonksiyon, serviksin dilate olmaması

Uterin disfonksiyon hipertonic ve hipotonik disfonksiyon olmak üzere iki şekilde ortaya çıkar. Hipertonic uterin disfonksiyon daha çok anksiyetesi yüksek olan nulliplarlarda görülür. Bu olgularda uterin aktivite durdurularak daha etkin bir doğum eylemi gerçekleştirilmeye çalışılır ancak hipertoni devam ederse doğum sezaryenle gerçekleştirilir. Hipotonik uterus disfonksiyonu kontraksiyonların sayısında azalma ile karakterizedir. Bu durumu doğru şekilde saptayabilmek için partograftan yararlanılır. Eğer serviks saatte 1 cm'den fazla açılmıyorsa disfonksiyonel eylem olasılığı akla gelmelidir. Bu olguların büyük bir kısmı oksitosin infüzyonu ile düzeltilebilir. Ancak oksitosin uygulaması başarılı olmazsa, sezaryen ile doğum gerçekleştirilir [26].

#### Fetal distres

Fetal kalp hızında azalma ya da düzensizlik, fetüsün aşırı hareketli olması ve amnion sıvısının mekonyumlu olması fetal sağlığın tehlikede olduğunun göstergesi olup acil olarak sezaryen gerektirir [26]. İntarapartum hipoksi, doğum eylemlerinin yaklaşık %1'inde görülür ve 1000 gebeliğin yaklaşık 0.5'inde ölümle ve 1000 gebeliğin 1'inde serebral palsy ile sonuçlanır. İntrapartum hipoksinin patogenezi sıklıkla multifaktöriyeldir. Uteroplantal vasküler hastalık, uterin perfüzyonun azalması, fetal sepsis, fetal rezervlerin azalması ve kord baskısı gibi oluşumların sadece bir tanesi ya da 13 kombinasyonu olabilir ve gestasyonel ve antepartum faktörler fetal cevabı değiştirebilir. Fetal distres klinik olarak tanımlandığında hızlı doğum amaçlanır ve standart olarak fetal distresin tanımlanmasından sonra 30 dk içinde ya da mümkün olan en hızlı şekilde doğum gerçekleşmelidir [27].

#### Prezentasyon ve pozisyon bozukluğu

Fetüsün en yaygın prezentasyonu vertextir. Fetüs diğer kısımlarla prezente olduğu zaman doğum eylemi zorlaşır. 32. haftada fetüslerin %6'dan daha fazlası makat prezentasyondadır. Termdeki doğumların %3-4'ünde mevcuttur [28]. Makat prezentasyon

sıklıkla prematürite, multiparite, pelvik anormallikler, plasenta previa ve bazı konjenital anomalilerle ilişkilidir. Doğum travmasından dolayı makat prezentasyonla ilişkili fetal mortalite ve morbiditede artma vardır. Fetüsün pelvise inişi uzun olabilir fakat doğum eylemi genellikle fazla uzun değildir. Makat prezentasyonda fetüsün büyüklüğü, anne pelvisi ve prezentasyon durumuna göre bazen normal doğum gerçekleştirilebilir çalışmasında termde makat prezentasyonu olan grandmultipar annelerin %85'inde vaginal [29]. Makat prezentasyon sezaryen doğumların %10'nunu oluşturur ve termdeki gebeler için acil sezaryen riski %40'ın üzerindedir [29]. Alın, yüz, omuz prezentasyon durumunda sezaryen doğum sıklıkla uygulanır. Transvers yatış tüm fetal prezentasyonlar içinde en tehlikeli olanıdır. Tanı Leopold manevraları kullanılarak konulabilir.

### Plasenta previa

Plasenta genellikle uterusun ön ve arka duvarına ya da fundusa yerleşir. Ancak gebeliklerin %1'inden daha azında plasenta uterusun alt kısmına yerleşmektedir. Bu durum plasenta previa olarak adlandırılır. Plasenta previa yaklaşık 200 gebelikte bir meydana gelir ve antepartum hemorajiye ve preterm doğuma neden olabilir [30]. Kanama olasılığı fazla olduğu için sezaryen neredeyse tüm plasenta previa vakalarında bebeğin sağlığı için kabul gören bir uygulamadır [30].

### Ablasyo plasenta

Normal implante olmuş plasentanın, uterus duvarından erken ayrılması durumudur. Fetal distressin gelişip gelişmemesine, zarların açılmasını takiben eylemin başlayıp başlamamasına ve vaginal doğumun iki saat içinde gerçekleşme ihtimalinin olup olmama durumuna göre sezaryen doğum uygulanır. Vaginal doğum ancak acil olarak sezaryenle doğumun gerçekleştirilebileceği bir yerde denenebilir [31].

### Preeklampsi-eklampsi

Daha önce tansiyonu normal olan bir annede gebeliğin 20. haftasından sonra ya da postpartum erken dönemde hipertansiyon, proteinüri, anüri ve aşırı kilo alma ile birlikte gelişen duruma preeklampsi denir. Preeklampsiye konvülsiyon ve komanın eklendiği durum eklampsidir. Preeklampsi tüm dünyada %2-5 insidansa sahip, karmaşık ve gebeliğin

ciddi bir multisistem hastalığıdır. Gelişmekte olan ülkelerde tüm maternal ölümlerin %10'u preeklampsiye 14 bağlanır. Preeklampsi komplikasyonlu gebelikler her 1000 doğumda 33.6 oranında neonatal mortalite ve ölü doğumla ilişkili olup daha fazla doğum eyleminin indüklenmesi gereksinimi, prematür doğum, plasental ayrılmanın ciddi komplikasyonları, oligüri, koagülopati ve renal yetersizlik gibi komplikasyonlarla ilişkilidir [32]. Coppage & Polzin (2002)'nin çalışmasında, ciddi preeklampsi durumunda hemen sezaryen uygulanmasının anne ve bebek için yararlı olmadığı, sezaryen grubunda maternal ve perinatal morbiditenin arttığı bulunmuştur [33].

### Kronik hipertansiyon

Kronik hipertansiyon gebe annelerin %5'inden daha fazlasında meydana gelir ve prematür doğum, fetal büyüme geriliği, plasental ayrılma ve sezaryen doğum gibi ciddi yan etkilerle anlamlı şekilde ilişkilidir [34].

### Kordon sarkması

Umbilikal kordun prezante olan fetüs kısmı ile kemik pelvis arasında sıkışması sonucu fetal kan akımının engellenmesi, fetal hipoksiye neden olur. Bu daha çok fetüsün makat ve transvers prezentasyonu durumunda ortaya çıkar. Multiparite, preterm doğum, çoğul gebelikler ve özellikle makat veya transvers yatış gibi malprezentasyon durumları hazırlayıcı faktörlerdir [35]. Kord prolapsusu, kordun kompresyonu ve vazospazmı ile fetüse olan kan akımının uzun süre engellenmesi nedeniyle fetal hipoksi, merkezi sinir sistemi hasarı ve ölüme yol açacağından doğum sezaryenle gerçekleştirilir [35]. Vaginal doğum, serviks tam dilateyse ve doktor müdahaleli doğumu başarabileceğine inanıyorsa uygun olabilir [35].

### Dişabet gibi sistemik hastalıklar

Pulmoner hipertansiyon ve dişabet gibi normal doğumun annenin var olan sağlık sorununu daha da artıracığı durumlarda, sezaryenle doğum gerekebilir. Annenin sağlık durumuna göre sezaryene karar verilir [36]. Gebelik öncesindeki dişabet sezaryen riskini artıran bir durumdur. Fetal distress, fetal makrozomi ve termden önce uygulanan indüksiyonun başarısızlıkla sonuçlanması gibi komplikasyonlardan dolayı dişabetli annenin sezaryen ile

doğum yapması daha büyük bir olasılıktır [36]. Saydah et al. (2005) araştırmasında diabetli gebelerin (%31,7) diabeti olmayanlara (%20,9) göre daha fazla sezaryen ile doğum yaptıklarını bulmuştur [36].

### Maternal enfeksiyon

Bazı maternal enfeksiyonlarda bebeğe geçişin önlenmesi gebelik süresince ve doğumda yakın takibi gerektirir. Bu enfeksiyonlar içinde en bilineni genital herpes enfeksiyonudur. Neonatal herpes simplex virüsü doğum sırasında enfekte anneden bebeğe geçer. Enfeksiyon insidansı yaklaşık her 15 3000 ile 20000 doğumda birdir. HSV-2 antikoru gebe annelerin yaklaşık %20'sinde bulunur ve rapor edilen semptomatik enfeksiyon hikayesi sadece %5'dir [37]. Aktif genital herpes enfeksiyonu varlığında doğum sırasında fetüse enfeksiyon geçişi olabileceğinden normal doğum kontrendikedir [31]. Siğil tarzında büyüme, kaşıntı, vulvada ağrı ve vaginal akıntı gibi belirtilere sahip olan HPV enfeksiyonu varlığında siğiller çok büyük ise ve distosi ve kanamaya neden olabileceği düşünülüyorsa, doğum sezaryen ile gerçekleştirilmelidir [37]. Elektif sezaryen doğumla anneden bebeğe HIV, HPV, Hepatit B gibi enfeksiyon hastalıklarının geçişi azaltılabilir [37].

### Daha önce geçirilen uterus ile ilgili operasyonlar

Uterin rüptür, peripartum histerektomi, hemoraji, şok, sepsis, yaygın damar içi pıhtılaşma (DIC), pulmoner emboli ve renal yetmezlik ve hatta maternal ve fetal mortalite gibi ciddi komplikasyonlara sebep olan yaşamı tehdit edici bir olaydır [38]. Uterin rüptür sıklıkla uterusu skar olduğunda meydana gelir ve 2500 ile 5000 doğumda bir görülür. Ofir et al. (2003) bu oranı 1:2900 olarak bulmuştur [37]. Klasik insizyonla operasyon geçirmiş annelerde normal doğum eylemi sırasında skar yerinden uterusu rüptür olma olasılığı fazla olduğu için sezaryen tercih edilmelidir. Alt segment sezaryen skarından spontan uterin rüptür nadirdir ancak bu risk uygulama sayısı ile artar. Önceki doğumun sezaryenle olması, tartışmaya yol açan bir endikasyondur. Bir çok anne için önceki sezaryen öyküsü tek başına bir sezaryen endikasyonu değildir. Literatüre göre alt segment uterin insizyon ile sezaryen geçirmiş annelerin normal doğum eylemi ve vaginal doğum için cesaretlendirilmesi gerekmektedir. ACOG'a göre eğer kontrendikasyon yoksa, önceden iki veya daha fazla alt transvers uterin insizyon ile sezaryen olmuş annelere vaginal doğum

denemesi için izin verilebilir. Ancak neonatal ve maternal ciddi komplikasyonlar için çok iyi tedbir alınmalıdır [38].

### Doğum kanalı ya da pelvis tümörleri

Tümör ya da kist gibi doğum kanalında daralmaya neden olan ve bebeğin doğum kanalından geçişinin güçleştiği durumlarda normal doğum zorlaşır. Nadir olarak görülen pelvis tümörleri ya da anne genital organlarında operasyona bağlı skar nedeniyle doğum eyleminin tıkandığı durumlarda sezaryen tercih edilmelidir [39]. Ayrıca tümörün rüptürü ve kanama riski ve güç doğum eylemi gibi nedenlerle de sezaryen tercih edilmektedir. 35 yaş üzeri primipar olma: İdeal çocuk doğurma yaşı 20-34 yaşları arası olup, bu yaş aralığı annenin fizyolojisi ve anatomisinin gebeliği tolere edebilmesi açısından en uygun dönemdir [40]. İleri yaş gebeliklerde obstetrik komplikasyonların insidansının yüksek olması ve bebeklerin 35 yaş altı gebeliklere göre doğum eylemini daha az tolere ediyor olmaları, sezaryen oranının yüksek olmasına neden olmaktadır. İleri anne yaşı doğum sonrası kanama ve uzamış doğum eylemi nedeni ile de sezaryen olasılığını artıran bir durumdur [40].

### **2.1.4. Sezaryen doğumun komplikasyonları**

Her yıl dünyada yaklaşık yarım milyon anne gebelikle ilişkili komplikasyonlar sebebiyle hayatını kaybetmektedir. Yapılan araştırmalarda sezaryen ile doğumlarda vajinal doğuma göre hastaneye dönüş oranları daha yüksek bulunmuştur. Postpartum komplikasyonlar hastaneye yeniden yatışlarda sezaryen ile doğumlarda yüksektir. Sezaryen doğumdan sonra postpartum ölüm riski vajinal doğuma göre 3.6 kat artmaktadır [41].

En sık karşılaşılan postpartum komplikasyonlar kanama, postpartum enfeksiyon, tromboembolik sorunlar, respiratuar komplikasyonlar, psikiyatrik sorunlardır.

### Postpartum Kanama

Obstetrikte ciddi kanamaların en sık görülen nedeni postpartum kanamalardır. Postpartum kanama doğumu izleyen ilk 24 saatte 500ml'den fazla kanama olmasıdır. Sezaryen ile doğumda ise 1000ml'ye kadar olan kanama normal kabul edilir. Bir başka tanıma göre

hastanın kabulü ile postpartum periyod arasında hemotokritte %10 değışme veya eritrosit transfüzyonu gerekliliği olarak tanımlanır [42].

Kanama tüm dünyada anne ölümleri arasında ilk üç sırada yer almaktadır. Türkiye’de 2005 yılında yapılan Ulusal Anne Ölümleri Çalışması sonuçları da kanamanın anne ölüm nedenleri arasında ilk üç sırada olduğunu göstermektedir [13]. Geri kalmış ülkelerde anne ölümlerinin %60,6’sının doğum sonu dönemde ve bu ölümlerin de %30’unun postpartum kanamaya bağlı meydana geldiği belirtilmektedir. Postpartum kanama erken ve geç postpartum kanama olarak iki şekilde ortaya çıkar.

Erken Postpartum Kanama; Doğumdan sonra ilk 24 saat içinde uterus atonisi, üreme organlarında oluşan lacerasyonlar ve hematomlar, uterus rüptürü, uterus inversiyonu, plasenta ve membran parçaları retansiyonu, plasental retansiyon anomalileri ve koagülasyon anomalileri nedeniyle ortaya çıkar [13,42].

Geç postpartum kanama; 24 saatten sonra oluşan ve doğumdan sonraki altı hafta içinde yer alan kanamalardır. Genellikle anne hastaneden taburcu olduktan sonra ve sıklıkla doğumdan sonraki ilk 1-2 hafta içinde meydana gelir. Plasenta, membran parçaları retansiyonu ve uterus subinvölüsyonu geç postpartum kanamaya neden olan iki önemli faktördür [13].

Postpartum kanamanın nedenleri sıklıkla; multiparite, uterusun gerildiği durumlar (iri bebek, çoğul gebelikler, hidroamnios), plasenta retansiyonu, plasenta previa, ablosia plasenta, operatif doğumlardır(vakum, forseps, sezaryen doğum) [42].

### Postpartum enfeksiyonlar

Doğumdan sonraki altı saatten sonra postpartum ilk 10 gün içinde özellikle ilk 24 saatte atesin 38 dereceden yüksek olduğu durumlarda postpartum enfeksiyonlardan söz edilir. Postpartum enfeksiyon halen, postpartum anne ölümü ve hastalıkların önemli bir etkenidir [15].

Postpartum enfeksiyon gelişebilecek durumlar;

- Operatif doğumlar (vakum, forseps, sezaryen doğum)
- Aşırı servikal muayene
- Doğum sancısının 24 saatten uzun sürmesi
- Plasentanın elle çıkarılması
- Diabet
- Üriner katater
- Anemi [15].

### Endometrit-Metrit

Endometrit vajinal doğumların %1-3'ünün ve sezaryen doğumların %10-50'sinde görülür [42]. Sezaryen doğumun en sık görülen komplikasyonu endometrittir. Uzamış travay çok sayıda vajinal muayene ve erken membran rüptürüne maruz kalan hastalarda daha sık meydana gelir. Profilaktik antibiyotik kullanımı ile yarı yarıya azaltılabilir [42].

Daha önceleri yanlış olarak endometrit olarak adlandırılan bu enfeksiyon ince endometriumdan miyometriuma oradan da parametriumlara kolaylıkla yayılır, hatta pelvik apse oluşumuna neden olur. Bu nedenle metrit diye adlandırmak daha doğrudur. Travay ve membran rüptür süreleri, amnionit varlığı metrit için en önemli risk faktörüdür. Tanıda ateşle birlikte uterun hassasiyet bulunması karakteristiktir. Enfeksiyon parametrium ve adnekslere yayılmışsa bunlarda hassastır. Peritoneal irritasyon işaretleri, barsak seslerinde azalma ve ya kaybolma daha ağır bir enfeksiyonun işaretleridir. Lökosit sayısı 15.000/30.000/ml arasında bulunabilir ancak normal erken puerperal lökositozdan ayırımı güçtür. Antibiyotik tedavisi uygulanır. Antibiyotik tedavisine karşın ateşi düşmeyen, gastrointestinal fonksiyonları düzelmeyen, muayene ve ya ultrasonografide kitle saptanan hastalarda pelvik apse düşünülmelidir. Sezaryen esnasında profilaktik antibiyotik kullanımı postpartum enfeksiyon riskini önemli ölçüde azaltmaktadır [42].

### Pelvik selülit

Pelvik selülit ya da parametritis broad ligamentin kolektif dokusunu tutan bir enfeksiyondur. Şiddetli vakalarda tüm pelvik yapıların kolektif dokusu tutulur. Enfeksiyon

genellikle uterus duvarındaki lenfatikler yoluyla pelvisten yukarı ilerler. Pelvik selülit pelvik venöz tromboflebite sekonder gelişebilir. Enfeksiyon peritoneal kaviteye yayıldığında peritonit meydana gelir. Postpartum peritonit durumunda pelvik apse oluşabilir ve apse en yaygın olarak uterin ligamentlerde, douglas boşluğunda ve subdiafragmatik boşlukta bulunur. Pelvik selülitin belirtileri endometrit belirtilerine benzer. Eğer peritonit gelişmezse şiddetli ağrı, belirgin anksiyete, yüksek ateş, hızlı ve yüzeysel solunum, taşikardi, susuzluk, abdominal distansiyon, bulantı ve kusma olur. Tedavi için intravenöz yoldan antibiyotik verilir [13].

### Yara Enfeksiyonu

Yara enfeksiyonu deri ve mukoz membran bütünlüğünün bozulmasından dolayı hem vajinal hem sezaryen doğum sonrası meydana gelen bir komplikasyondur. Yara enfeksiyonu da %2-15 oranında, daha çok acil koşullarda sezaryen yapılan hastalarda görülür [13]. Risk faktörleri; obezite, diyabet, kortikosteroid kullanımı, anemi ve iyi hemostaz yapılmamasına bağlı hemotam oluşumudur. Operasyon sonrası üçüncü ve ya dördüncü günde insizyon alanında ağrı, hassasiyet ve kızarıklıkla beraber ateş görülür. Yara yerinde sızıntı olabilir. Yara enfeksiyonunda insizyon alanı enfeksiyonun yaygınlığını belirlemek için gözden geçirilmeli ve yara bakımı yapılmalıdır [42]. Sezaryen sonrası dördüncü günde ortaya çıkan ateş insizyonal apsenin bir isareti olabilir. Antibiyotik tedavisi ve cerrahi drenaj yapılmalı, fasial defekt olup olmadığı değerlendirilmelidir. Postpartum üçüncü günde duş şeklinde alınacak banyo insizyona zarar vermez. Yara enfeksiyonunun erken belirlenmesi ve tedavisi önemlidir. Bu yüzden insizyon bölgesi takip edilmelidir. Yara yeri enfeksiyon belirtileri genellikle taburculuk sonrası ortaya çıkar. İnsizyon bölgesinde eritem, sıcaklık, ödem, hassasiyet, prulan akıntı mevcuttur, yara kenarları açılmış olabilir. Ateş, ağrı ve kötü kokulu losia ve diğer sistemik enfeksiyon belirtileri yaygındır [42].

Komplikasyonsuz sezaryen ile doğum geçiren annelerin yara enfeksiyonu riski hastanede kalış süresi ile ilişkilidir [24].

### Üriner sistem enfeksiyonu

Doğum yapan annelerde üriner sistemle ilgili sorunlar daha sık görülür. Bunun nedeni mesane kapasitesinin artması, doğum sırasında baskı altında kalması ya da travmadan dolayı mesane tonüsü ve duyarlılığın azalması, genel ya da bölgesel anestezi kullanımına bağlı olarak mesanenin sinirsel kontrolünün baskılanması ve kateterizasyona bağlı kontaminasyondur. Üriner sistem enfeksiyonu ise sonda takılanlarda daha sık olmak üzere %2-16 oranında görülür [43].

Sezaryen doğumun, indüksiyonu, renal hastalık, eklampsi/preeklampsi ve hastanede yatışın uzun olmasının üriner sistem enfeksiyonları açısından risk faktörü olduğu postpartum annelere anlatılmalıdır [13]. Üriner sistem enfeksiyonunda belirtiler genellikle ilk ya da ikinci gün baslar. İdrar yaparken ağrı ve yanma, sık idrar, hafif düzeyde ateş sistitin belirtisidir.

Yüksek ateş, kostovertebral hassasiyet ve ağrı eklenmişse piyelonefrit gelişmiş olabilir. Bazı vakalarda bulantı kusma görülebilir. Üriner sistem enfeksiyonundan şüphelenildiğinde idrar analizi ve kültür için idrar örneği alınmalıdır. Postpartum sistit ve piyelonefrit vakalarının çoğunda etken mikroorganizma E.Coli'dir. Genellikle enfeksiyon üretradan mesaneye, oradan da böbreklere ilerler. Piyelonefrit annenin hastanede intravenöz sıvı ve antibiyotiklerle tedavi edilmesini gerektirir [13].

### Mastit

Sezaryen sonrası anne sütüne hemen baslanabilir. Süt veren annede doğumdan bir kaç hafta sonra göğüslerde enfeksiyon gelisebilir, primiparlarda daha sık görülür [44]. Doğum yapan tüm annelar mastitten korunma ve mastit belirtileri konusunda eğitilmelidir. Meme derisi ya da bebeğin ağız ve boğazında bulunan mikroorganizmalar göğüs ucu ve areoladaki küçük çatlaklardan meme dokusuna girer. Anne ya da hastane personelinin elleri de mikroorganizma kaynağı olabilir. Memeden sütün yeterince boşaltılmaması sonucu oluşan meme dolgunluğu, yorgunluk ve stres nedeniyle annenin direncinin düşmesi ve yetersiz hijyen mastit oluşumunu artırır. Mastitin belirtileri; göğüslerde hassasiyet, renk değişimi, ateş, kızarıklık, ödem, bazı vakalarda pürülan akıntı, titreme ve kırgınlık gibi belirtiler vardır. Genellikle tek taraflıdır. Vakaların %50'sinde sütte staphylococcus aureus

ürer [13]. Enfeksiyon tedavi edilmediğinde apse gelişebilir, tüm mastit vakalarının yaklaşık %10'unda apse gelir. Enfeksiyon genellikle süt kanallarının dışında olduğu için süt kontamine olmaz ancak apse oluşursa süt kanallarına drene olarak sütü kontamine edebilir [44]. Memenin sürekli olarak boşaltılması ve antibiyotik tedavisi mastitin primer tedavisidir. Apsenin oluşmadığı sürece anne bebeğini emzirmeye devam eder. Herhangi bir nedenden dolayı bebeğini emziremiyorsa pompa yardımıyla memelerin boşaltılması sağlanır. Memenin boşaltılmaması mastitin şiddetlenmesine sebep olur. Tedavi süresince anne dinlenmeli, destekleyici sütyen kullanılmalıdır. Memelere lokal nemli sıcak uygulama yapılarak anne rahatlatılabilir. Ates ve inflamasyonu tedavi etmek nonsteroid-antiinflamatuvar ilaçlar, ağrı olduğunda analjezikler verilebilir. Apsenin oluşmuşsa bölgeye bir insizyon açılarak apsenin dışarıya drene edilmesi gerekir [28].

#### Septik pelvik tromboflebit

Nadir görülen bir puerperal enfeksiyon türüdür. Genellikle over, uterin, hipogastrik venleri tutar. Yara enfeksiyonu olan ve sezaryenle doğum yapan annelerde daha sık meydana gelir. Genellikle doğumdan 2- 4 gün sonra ortaya çıkar. Kasık, abdomen ve yan ağrı en yaygın belirtisidir. Ateş, taşikardi, gastrointestinal rahatsızlık olabilir ve barsak sesleri azalabilir. Annenin tekrar hastaneye yatmasını gerektiren bir durumdur. Tanı genellikle diğer hastalıkların elimine edilmesine dayanır. İntravenöz antibiyotik ve antikoagülan tedavi uygulanır, heparin tedavisiyle ateşin hemen düşmesi tanıyı doğrular. Ateş ve taşikardi 24 saat içinde düzelme gösterir. Antikoagülan tedavisine yanıt vermeyen hastalarda pelvik apse araştırılmalıdır. Pelvik tromboflebitin en büyük komplikasyonu embolidir ve pıhtı akciğere giderse pulmoner emboli meydana gelir [30].

#### Postpartum tromboembolik sorunlar

Tromboembolik hastalığın sadece puerperuma bağlı olduğu şeklinde geleneksel bir düşünce artık bunun gerçek olmadığı ile yer değiştirmiştir. Gebelik ve puerperumda gözlenen derin ven trombozu sıklığı azalmıştır ve antepartum dönemde artık daha fazla vakaya tanık olunmaktadır [14]. Postpartum dönemde karşılaşılan tromboembolik bozukluklar, yüzeysel ven trombozu, derin ven trombozu ve pulmoner embolidir. Yüzeysel ven trombozu genellikle alt bacakla sınırlıdır. Derin ven trombozu ayakta femoral

bölgeye kadar olan bölgeyi tutabilir. Bu durum pulmoner emboli için hazırlayıcı faktör olmasından dolayı önemlidir.

Pulmoner emboli ise nadir görülür ancak ciddi bir komplikasyondur. Gebelik ve doğum sonu dönemde tromboembolik hastalık riski, gebe olmayan benzer yaş grubundaki annelere göre 5 kat daha yüksektir. Bunun nedeni tromboz oluşumuna zemin hazırlayan faktörlerden venözstaz ve hiperkoagülasyonun hemen hemen tüm gebe annelerde görülmesidir. Diğer önemli faktör ise kan damarlarının hasarlanmasıdır [12].

#### Postpartum respiratuar komplikasyonlar

Respiratuar komplikasyonlar doğumdan sonraki ilk 24 saatte, özellikle genel anestezi uygulanan hastalarda daha sık görülür. Atelektazi de genel anestezi sonrası daha sık görülmektedir. Postoperatif pnömoni ise sık görülmez, doğum öncesi solunumla ilgili problemi olanlarda daha fazla rastlanır. Aspirasyon pnömonisi herhangi bir cerrahi girişimde en korkulan komplikasyondur. Genel anestezi uygulandığında, gastrik staz varlığında ve acil vakalarda daha sık görülmektedir [6].

#### Postpartum psikiyatrik sorunlar

Postpartum dönemde ortaya çıkan duygudurum bozuklukları annelik hüznü(maternity blues), postpartum depresyon, ve doğum sonrası psikoz olmak üzere üç grupta toplanmaktadır.

Duygusal destek doğumdan önce başlamalı doğum sonrasında devam etmelidir. Daha önce sezaryen geçirmiş bir anne suçluluk, üzüntü ve yetersizlik gibi belirsiz duygular yaşayabilir. Çünkü beklenen doğum deneyiminde normal doğum yapamadıklarından kendini başarısız hissedebilirler. Tedavi edici iletişim teknikleri ile bu durum pozitif bir doğum deneyimine dönüştürülebilir. Anksiyete operasyon sonrası beklenen ve normal bir reaksiyondur. Ayrıca belirli ölçülerde ise yarar bir durumdur. Düşük seviyede anksiyete öğrenmeyi hızlandırır. Anksiyete seviyesi yükseldiğinde kişi konsantrasyon gücünü yitirir. Planlanmayan bir sezaryen doğum geçiren anne planlı sezaryen doğum geçiren anneye göre daha yüksek seviyede anksiyete yaşar. Doğum kliniğinde çalışanların davranışları anksiyeteyi azaltabilir ya da artırabilir. Çalışanların rahat ve kendinden emin bir davranış

tarzı içinde olması annenin kendini daha güvende hissetmesini sağlar. Ebe/hemsireler annenin eşi ile de ilgilenmelidirler. Eşler de korku ve endişe içinde olabilirler [42]. Yeni annelerin %50-70'inde doğum sonrası annelik hüznü görülür. Bu durumun tam olarak sebebi bilinmemekle beraber annenin anneliğe doğru hızla rol değiştirmesinin çok etkisi olduğu düşünülmektedir. Semptomlar anneden anneye çeşitlilik göstermekle beraber anksiyete, ağlama, uykusuzluk, alınganlık, unutkanlık, duygusal dalgalanmalar, bebeğe karşı negatif hisler olarak özetlenebilir. Dinlenme, fiziksel ve duygusal destek annenin bu durumu aşmasına yardım eder. Doğum olayında aktif katılımcı olan babaların yenidoğanla arasındaki bağları daha erken ve daha sıkı oluşturdğu belirlenmiştir. Bunla beraber babaların esas rolü anneye destek olmaktır[28]. Postpartum depresyon annelik hüznünde yaşanan belirtilerin yanında depresif kişiliğe, yoğun anksiyeteye, ümitsizliğe ve intihar düşüncesine neden olmaktadır [45]. Yurtdışında postpartum depresyonda bilgi sağlama ve ailelere destek olma amacıyla bazı merkezler vardır. Halk sağlığı hemsireliği postpartum depresyonun belirlenmesi ve tedavisi konusunda önemli rol oynamaktadır [10]. Postpartum psikiyatrik sorunlar yeni anne ve tüm aileye önemli ölçüde sıkıntı oluşturur ve bebeğin bilissel ve emosyonel gelişiminde uzun süreli etkisi olabilir. Anne gelecekte psikopatolojiye yatkın olabilir. Ebe-hemsireler postpartum depresyon belirtileri ve yapılacak işlemler konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalıdır. Ebe- hemsirelerin doğum öncesi dönemde annelere doğum sonu sağlık sorunlarına yönelik eğitici, rehberlik ve danışmanlık hizmetlerini planlaması ve yürütmesi annenin postpartum sorunlarla baş etmesinde yararlı olmaktadır. Risk faktörü olan anneler belirlenmeli eğitilmeli ve postpartum psikiyatrik sorunlar ile erken mücadele edilmelidir [46].

### **2.1.5. Sezaryen doğum sonrası hastanede bakım**

Sezaryen doğum sonrasında sağlık profesyonelleri annenin doğumdan sonraki ilk saatlerden itibaren izlemeye başlamalıdır [17]. Bu izlemlerde;

- Anestezi ile ilgili durumlar: Nabız, oksijen saturasyonu, monitör takibi yapılmalı, bölgesel anestezi kullanılmışsa hareket ve hassasiyetin geri dönüşü, bilinç düzeyi değerlendirilmelidir. İlk bir saatte her 15 dakikada bir, ikinci saatte 30 dakikada bir sonra her saat başı rutin değerlendirmeler (Vital bulgular, uterusun kıvamı, yüksekliği, loşianın renk, kıvam ve pıhtı varlığı, üriner katater takibi, idrar çıkışı renk ve miktar) yapılmalıdır.

- Sezaryen sonrası annenin ağrı düzeyi değerlendirilmeli ve ağız hijyeni, perineal bakım, banyo ile annenin konforu sağlanmalıdır.
- Eğer hiçbir kontraendikasyon yoksa annenin saat başı pozisyonu değiştirilmeli ve mobilizasyonu sağlanmalıdır.
- Sezaryen sonrası anestezinin etkisi geçene kadar solunum sık takip edilmelidir. Solunum 24 saat boyunca monitörle takip edilmeli, dakikada 12'den az ise hemşire hemen sağlık ekibindeki diğer üyelerle iletişime geçmeli, yatağın başını yükselterek annenin pozisyon ve oksijen vermeli, oksijen saturasyonunu takip etmelidir.
- Sezaryen sonrası pareolitik ileus yaygın olarak görülebildiği için hemşire bağırsak hareketlerini takip etmelidir. Abdominal gerginlikten korunmak için anne sık sık mobilize edilmelidir.
- İntravenöz sıvı ve intravenöz kateter takibi yapılmalı ve kateter bakımına dikkat edilmelidir.
- İdrar çıkışı renk, miktar olarak takip edilmeli ve kaydedilmelidir.
- Hemşire emzirme için annenin rahat bir pozisyon verilmelidir. Sezaryenden 24 saat sonra annenin birçok fonksiyonu normale dönebildiği için hemşire annenin aktivitesini artırması için desteklemelidir. Hemşire el yıkama, meme bakımı, emzirmenin sağlanması, perineal bakımı ve kegel egzersizleri gibi konularda eğitim verilmelidir.

#### **2.1.6. Sezaryen doğum sonrası taburculuk**

Son yıllarda anne ve bebeğin doğumdan sonra annede herhangi bir komplikasyon gelişmedikçe, hastaneden en erken dönemde taburcu edilmeleri önerilmektedir. T.C.Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi” ne göre normal doğum sonrası 24 saat, sezaryen sonrası 48 saat hastanede takip edilmesi, her doğumun hastanede gerçekleştirilmesi, acil obstetrik vakaların yönetimi ve gerektiğinde stabilize etmek kaydıyla bir üst düzey hastaneye sevklerinin gerçekleştirilmesi beklenmektedir [47].

Dünya geneline baktığımızda ise: Postpartum dönemde hastanede yatis süresi Amerika'da ortalama 2 gün, İngiltere'de 3, İsveç'te 4 gün, Norveç'te 4,5 gün, Japonya'da 6,5 gün'dür [48].

Waldenström ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmaya göre ise hastanede bir günden az veya 5 günden fazla kalmanın doğumu olumsuz değerlendirmek için bir risk faktörü olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca doğum sonu erken taburculukla anne ve yenidoğana hastanede verilen bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetleri için gerekli süre kısalmaktadır [49].

ACOG üyesi 2000 doktor üzerinde elektronik posta yoluyla yapılan ankette doktorların çoğu erken taburculuk kararını verirken fizikososyal ve demografik kosullardan ziyade hastanın sağlık koşulları ve sosyal destek olanaklarını göz önünde tutmaktadır. Vajinal doğum yaptıran doktorların %39'u, sezaryen doğum yaptıranların %68'i ev ziyaretlerini tavsiye etmektedirler. Vajinal doğum yaptıranların %39'u, sezaryen doğum yaptıranların %37'si telefon ile takip yapmakta ve taburcu olduktan sonraki 48 saat içinde hasta takibi yapılması gerekirken doktorların yarısı bu saat diliminde takip yapmaktadırlar [32].

### **2.1.7. Sezaryen doğum sonrası yaşanan sorunlara yönelik hemşirenin rolleri**

Ana çocuk sağlığı hizmetleri içersinde önemli bir yeri olan postpartum bakım hizmeti, temelde koruyucu bir sağlık hizmetidir. Genel olarak anneler, postpartum bakıma göre prenatal bakım hizmetlerinden daha çok yararlanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde annelerin %97'si prenatal bakım hizmetlerinden yararlanırken, ülkemizde bu oran %67,5'tir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünyada annelerin sadece %35'inin postpartum bakım hizmetlerinden yararlandığını belirtmektedir. Postpartum bakım hizmetleri içinde daha çok anne ve bebek ölümleri ile ilgili hastalık nedenleri ve bunların kontrol altına alınmasına öncelik verilmektedir [50]. Türkiye'de doğum yapan anneler genellikle 24 saat sonra hastaneden taburcu edilmektedir. İlk 24 saatte acil olarak gelişebilecek bazı komplikasyonları önlemek için bu süre yeterli olarak görülebilir. Ancak doğum sonu dönemde annenin yeni durumuna uyum sağlamasına destek için bu süre yeterli değildir. Doğumdan sonraki ilk günde, sağlık personeli ile yoğun etkileşim içinde olan annenin postpartum döneme uyum yapabilmesinde ailenin yanı sıra, sağlık çalışanlarından, özellikle hemşirelerden aldığı bakım çok önemli yere sahiptir [51]. Birinci günden sonra

evine dönen anneye pasif ve bağımlı dönemi boyunca en çok destek olan kişi eşi ve diğer aile üyeleridir. Postpartum dönemde anneye uygun bir destek sağlanmadığında yeni duruma uyum yapmada sorunlar yaşanabilmekte, fizyolojik ve psikolojik sorunlarla karşılaşılabilir [51]. Özellikle lohusalığın ilk bir haftası, fizyolojik ve psikolojik yönden bir geçiş dönemidir. Sistemlerdeki hızlı değişimler ve hormonlarını ani değişiminin yanında annenin içinde bulunduğu fiziksel sorunlar, anne, bebek ve eşin yeni dönemdeki değişimlere uyum sağlayamaması çeşitli ruhsal sorunlara neden olabilmektedir. Bu nedenle anneye evde verilen bakım bu sorunların önlenmesinde önemli bir yere sahiptir [52]. Postpartum dönemde önemle üzerinde durulması ve geliştirilmesi gereken bir durumda anne-bebek etkileşimidir. Anne-bebek etkileşimi zamanla öğrenilen bir süreçtir. Bu etkileşimin sağlıklı başlayıp sürdürülmesinde, annenin yeni rolüne uyumu, karşılaştığı sorunlarla baş edebilmesinde çevreden aldığı destek ve eşler arasındaki uyum önemlidir [26]. Çocuk sahibi olmayla beraber eşlerin sosyal yaşamlarında değişiklikler başlamaktadır. Anne, eğer çalışıyorsa bir süre iş yaşamını ikinci planda tutmak zorunda kalabilir. Evde geçirdiği süre artmıştır. Bunun sonucunda sosyal ve iş yaşamında oluşan kısıtlamalar annede stres yaratabilmektedir. Diğer yandan eşinin ilgisinin ve sevgisinin tamamen bebeğe yönelmesi birçok baba için stres kaynağı olabilmektedir. Eşlerin ilişkilerindeki eski düzen bozulabilmekte, eşlerin birbirinden beklentileri değişebilmekte, rol ve sorumluluklarında artış görülebilmektedir [26]. Böyle kritik bir dönemde anne bebeği ile yeterince ilgilenemeyebilir. Bu dönemde göz ardı edilen fiziksel ve ruhsal sorunlar annenin daha ileriki yaşantısında onu daha çok rahatsız edebilir ve istenmeyen bazı sorunlara yol açabilir. Bu nedenle, hastaneden taburcu olduktan sonra annenin fiziksel ve ruhsal sağlığı özellikle ilk 6 hafta yakından takip edilmelidir. Bu durumda hemşire/ebe'nin sorumluluklarından bazıları; yeni anne babanın beklentileri doğrultusunda hem biyolojik hem de psikolojik olarak mümkün olduğunca olumlu deneyimler yaşamalarını sağlamak, evde destekleyici çevre oluşumunu hazırlamak, kriz durumlarında aileyi desteklemektir. Bu amaçla postpartum dönemde yapılan değerlendirmeler çok önemlidir [52]. Görüldüğü gibi, postpartum dönemde annenin uyumu kendi sağlığını etkilediği kadar, çocuk sağlığı ve aile sağlığını da etkileyen önemli bir durumdur. Aile sağlığı, aile üyelerinin fiziksel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarını karşılayabilmesine, sosyal yaşama katılabilmesine ve aile üyelerinin rollerini, kendisi ve ailesi için sorumluluklarını yerine getirebilmesine bağlıdır. Aile içindeki bu etkileşim ve bağ nedeniyle aile üyelerinden birinin sağlığındaki bozulma, aile içindeki dengeyi bozar. Sağlığı bozulan kişi özellikle anne olduğunda bu denge daha da etkilenir. Sağlıklı annelerden sağlıklı çocuklar

doğar, sağlıklı annelerin yetiştireceği çocuklar sağlıklı olur. Sağlıklı çocuklar ise ileride sağlıklı bir toplum demektir [26]. Anne sağlığı hizmet alanında çalışan hemşire ve ebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde anne sağlığını koruma ve yükseltme ile ilgili sorumluluklarının yanında, gebeliğin ve doğumun ailenin diğer bireyleri ile de ilgili olduğunu, annenin fiziksel ve ruhsal sağlığının çevresinden ayrı düşünülmemeyeceğini unutmamaları gerekir [26]. Hemşireler, birinci basamak sağlık kuruluşlarında, prenatal ve postpartum kliniklerde annelerle birlikte çalışırlar. Postpartum dönemde uyum sorunları, annelerin doğumdan sonra sağlık kuruluşundan çıktıkları zamanda (postpartum 4-6 hafta sonra) olmaktadır. Annelerin evde oldukları bu dönemde belirtilerin gözden kaçması ve erken tanılmanın yapılamaması olasıdır [26]. Bu nedenle, doğumdan sonra annenin risk faktörleri açısından değerlendirilmesi, gerekli önlemlerin erken dönemde alınması önemlidir. Doğum sonu dönemde anneliğe uyumda hemşirenin/ebenin sorumlulukları;

- Postpartum 6 haftalık sürede anne ve bebeklere nitelikli bir izlem ve bakımın sağlanması için annelerin yaşadıkları sorunların sağlık personeli tarafından sürekli olarak değerlendirilmesi gerekir [53].
- Ebe ve hemşireler, ev ziyaretleri sırasında annelere yönelik tam bir değerlendirme yapmalıdırlar. Değerlendirme, annelerle görüşme ile başlamalıdır. Bu görüşmede, annelerle ilgili kişisel, ailesel, obstetrik, tıbbi öykü ve son doğumu ile ilgili bilgiler alınmalı ve riskler araştırılmalıdır. Bunun yanı sıra, annelik rolü, anne-bebek ilişkileri, evdeki aktiviteleri ve işi ile ilgili bilgilerde değerlendirilmelidir [53].
- Değerlendirmeler sonucunda, bakım gereksinimleri planlanarak anne ve yenidoğan sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik eğitim ve danışmanlık rolleri gerçekleştirilmelidir. Anneler, annelik rolüne uyum yapabilmek, kendi ve yenidoğan bakımını sağlıklı sürdürebilmek için bakım ve eğitim almaya gereksinim duyarlar. Anneler, kendileri ile ilgili olarak, dinlenme, hijyen ve meme bakımı, uterus masajı, involüsyon sürecindeki değişiklikler ve doğum sonrası sorunlara yönelik konularda; yenidoğan beslenmesi ve bakımı konularında eğitime gereksinim duyabilmektedirler [53].

Sonuç olarak, doğum sonu dönemdeki sağlık bakımı annelerin fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin karşılanmasını kapsar. Annelerin ilk günlerden itibaren

kendilerini rahat hissetmeleri, kendi ve bebek bakımlarına aktif olarak katılmaları ve bakımlarını sürdürmede başarılı olmaları, fiziksel ve ruhsal sağlıkları üzerinde olumlu etki yaratır. Bu nedenle, ebe ve hemşireler annelerin postpartum dönemdeki bakım gereksinimlerini değerlendirmeli, bu konuda gerekli bakım ve desteği sağlayarak annelik rolüne uyumlarını kolaylaştırmalı ve postpartum dönemdeki sorunların azalmasına yardımcı olmalıdır [53].





### 3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma sezaryen ile doğum yapan annelerin evde yaşadıkları sorunların belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi doğum sonu servisi, Yenimahalle Devlet Hastanesi kadın doğum servisi, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın doğum servislerinde yürütülmüştür.

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi doğum sonu servisi toplam 40 yataklıdır. Serviste lohusalar dışında riskli gebelikler, düşük riski olan ve küretaj yapılan hastalar da bulunmaktadır. Serviste 1 sorumlu hemşire, 1 bebek hemşiresi ve 8 servis hemşiresi olmak üzere toplam 10 hemşire görev yapmaktadır. Servise kabul edilen annenin öncelikle vital bulguları alınmakta, kanama kontrolü yapılmakta, vücut ve perine temizliği yapıp giydirilmektedir. Bebek ve anne buluşması sağlanıp, bebek emzirtilmektedir. Anne taburcu olmadan önce bebek bakımına yönelik banyo yaptırma, giydirme ve kontroller hakkında bilgilendirilmektedir. Kendi bakımına yönelik olarak, banyo yapma ve kontroller konusunda bilgi verilmektedir. Taburcu olma zamanı vajinal doğum için 24 saat, sezaryenle doğum için 48 saattir.

Dr.Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi sonu servisine çıkan anne doğum servisi hemşiresi tarafından servis hemşiresine teslim edilmektedir. Doğum sonu servisi 23 yatak kapasitesine sahiptir. Serviste biri sorumlu olmak üzere toplam 8 hemşire görev yapmaktadır. Doğum sonu servisinde servise kabul edilen annenin öncelikle vital bulguları alınmakta ve anne giydirilmektedir. Bebeğin emzirilmesi sağlandıktan sonra annenin fundus kontrolü ve kanama kontrolü yapılmaktadır. Bakımı yapılan anneye aynı perine bakımı, loşia kontrolü ve emzirme ile ilgili kısa bilgiler de verilmektedir. Her hemşire kendi odasındaki anneye hastanenin matbuu emzirme eğitim broşürünü vermekte ve diğer sorularını yanıtlamaktadır.

Yenimahalle Devlet Hastanesi kadın doğum servisi toplam 28 yataklıdır. Serviste 1 sorumlu hemşire 1 bebek hemşiresi ve 9 servis hemşiresi olmak üzere 11 hemşire olmaktadır. Hasta servise kabul edildikten sonra hastanın vital bulgu takibi bebek bakımı, anne bakımı sağlandıktan sonra hasta stabil olana kadar yakın takip alınmaktadır. Anne bebek bakımı ile ilgili hemşireler annelere eğitim vermekte özellikle emzirme eğitimi dikkatle yapılmaktadır.

### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Doğum Sonu Servisi, Yenimahalle Devlet Hastanesi Kadın Doğum Servisi, Dr.Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2013 yılında sezaryen ile doğum yapan toplam 1750 anne oluşturmaktadır.

Araştırmaya alınma kriterleri:

- Sezaryen operasyonu ile doğum yapan
- Gebelikte hipertansiyon, kalp, diyabet gibi kronik hastalığı olmayan
- Gebelikte eklampsi, preeklampsi, kanama, HELLP sendromu gibi akut sorunu olmayan
- Sezaryen operasyonu sırasında kanama, anestezi benzeri komplikasyon gelişmeyen
- Yeni doğanda solunum, boşaltım benzeri sistemlerle ilgili sorun gelişmeyen
- İletişimi engelleyen konuşma, işitme, görme engeli bulunmayan anneler
- Ankara Büyükşehir belediye sınırları içinde oturan anneler olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın örneklem seçimi

Araştırmaya başlamadan önce Ankara'da bulunan tüm kadın-doğum hastanelerine izin için başvurulmuş ancak sadece Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden olumlu yanıt alınmıştır. Bu nedenle yeterli örnekleme ulaşabilmek amacıyla bir üniversite ve bir devlet hastanesinin kadın-doğum servisinin kullanılması planlanmıştır.

Araştırmanın örnekleme, evren bilinen durumlarda örneklem hesaplama formülü kullanılarak hesaplanmıştır. Buna göre; evrendeki birey sayısı biliniyorsa;

$$\frac{N \times t^2 \times p \times q}{[(d^2 \times (N-1)) + (t^2 \times p \times q)]}$$

Formülde;

N: Hedef kitledeki birey sayısı (Ulaşılabilecek 3 hastanedeki toplam hasta sayısı)

n: Örneklem alınacak birey sayısı p:İncelenen olayın görülme sıklığı (Gerçekleşme olasılığı)

p: İncelenen olayın görülme sıklığı (Gerçekleşme olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmemesi sıklığı (Gerçekleşmeme olasılığı)

t: Belirli anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer

d: Olayın görülme sıklığına göre kabul edilen  $\pm$  örnekleme hatasıdır.

Hastanelere göre son bir yılda (2013) kliniklerde yatan sezaryen doğum yapan hasta sayısı aşağıda belirtilmiştir:

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Doğum Sonu Servisi: 800

Yenimahalle Devlet Hastanesi Kadın Doğum Servisi: 350

Dr.Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Servisi: 600

N = 1750      t = 1,96      p = 0,74      q = 0,26      d = 0,05

olarak hesaplanmıştır.

$$\frac{1750 \times 1,96^2 \times 0,74 \times 0,26}{0,05^2 \times 1749 + 1,96^2 \times 0,74 \times 0,26} = \frac{1293,46}{5,1} = 254$$

Olayın görülme sıklığı için Çağlayan ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan araştırmanın verilerinde yer alan sezaryen oranı alınmıştır [54]. Hesaplama sonunda örneklem sayısı 254 olarak bulunmuştur. Örnekleme alınacak anneler seçilirken her bir hastane farklı özelliklere sahip olduğu için 3 tabaka olarak ayrılmış ve tabaka ağırlıkları hesaplanarak her bir hastaneye düşen örneklem sayısı hesaplanmıştır. Buna göre;

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi

$$\text{Tabaka oranı: } \frac{800}{1750} = 0,46 \quad \text{Örneklem sayısı: } 0,46 \times 254 = 115,6773$$

Dr.Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

$$\text{Tabaka oranı: } \frac{600}{1750} = 0,34 \quad \text{Örneklem sayısı: } 0,34 \times 254 = 86,36$$

Yenimahalle Devlet Hastanesi:

$$\text{Tabaka oranı: } \frac{350}{1750} = 0,2 \quad \text{Örneklem sayısı: } 0,2 \times 254 = 50,8$$

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi: 116

Dr.Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağ ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi: 87

Yenimahalle Devlet Hastanesi: 51 anne örnekleme dahil edilmiştir.

### 3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacılar tarafından literatür [10,48,55] taraması sonucu geliştirilen ‘Veri Toplama Formu’ (EK-6) aracılığıyla toplanmıştır.

#### Veri toplama formu

Veri toplama formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, maddi durum gibi annelerin sosyo-demografik özelliklerine ait 7 soru ve annelerin gebelik ve doğum sonu dönemde yaşadıklarına ilişkin 12 soru bulunmaktadır (EK-6). İkinci bölümde ise, sezaryen sonrası dönemde yaşanan sorunlara (vajinal akıntı, insizyon bölgesi, perine bölgesi, meme, emzirme, boşaltım, dolaşım, sindirim, ağrı, uyku, duygusal ve anne bebek ilişkisi sorunları) ait 12 başlık altında sorulara yer verilmiştir (EK-6). Anneler sorulara evet, hayır ve açık uçlu olarak cevap vermişlerdir [18 ,22].

### 3.5. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Araştırmacı 27.04.2014-30.04.2014 tarihleri arasında veri toplama aracının geçerliliğini ölçmek için 25 hastaya ön uygulama yapmıştır. Ön uygulama sonucunda veri toplama aracında herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulamaya alınan 25 hasta örnekleme dahil edilmemiştir.

Araştırma verileri 01.05.2014-26.09.2014 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Doğum Sonu Servisi, Yenimahalle Devlet Hastanesi Kadın Doğum Servisi, Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Servis'inde ve taburculuk sonrası telefonla toplanmıştır. Araştırma verilerinin toplanması amacıyla başlangıçta ev ziyareti planlanmış ancak annelerin evlere kabul etmek istememesi üzerine telefonla aranmaya karar verilmiştir. Araştırmacı, doğum sonu kliniğinde sezaryen operasyonu ile doğum yapan ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara kendini tanıtmıştır. Katılımcılardan yazılı (Ek-5) ve sözlü onamı alınmıştır. İlk görüşmede annelerin sosyo-demografik özelliklerine ait 7 soru sorulmuştur. Anneler taburcu olduktan sonra 15-17. günler arasında araştırmacı tarafından telefonla aranarak gebelik ve doğum sonu döneme ilişkin sorular ve annenin sezaryen sonrası dönemde yaşadığı sorunlara ilişkin sorular sorulmuştur. Araştırma sırasında 20 anne anketi doldurmak istememiş, bu anneler örneklemden çıkarılmıştır.

### 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Analizler SPSS ( IBM SPSS Statistics 20 ) adlı istatistiksel paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tablolarından ve tanımlayıcı istatistiklerden (Descriptive Statistics) yararlanılmıştır. Birden fazla yanıt verilen soruların analizleri için Multiple Response (Frequencies) testinden yararlanılmıştır. Sınıflanmış değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkilerinin incelenmesinde Ki-Kare (Chi-Square) testi kullanılmıştır.

### 3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi için veri toplama işlemi öncesinde Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Etik Kurulu 'ndan

(EK-1) onay alınmıştır. Araştırmanın uygulamasının yapılabilmesi için veri toplama işlemi öncesi Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı (EK-2), Yenimahalle Devlet Hastanesi Başhekimliği'nden (EK-3), Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden (EK-4) yazılı izin alınmıştır. Ayrıca uygulama öncesi araştırmaya katılmayı kabul eden bakım vericilerin bilgilendirilmiş yazılı onamları alınmıştır (EK-5).



## 4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen üç başlık altında ele alınmıştır;

1. Annelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular
2. Gebelik ve doğum sonu döneme ilişkin bulgular
3. Annelerin sezaryen sonrası evde yaşadıkları sorunlara ilişkin bulgular

### 4.1. Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.1. Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n:254)

Sosyo-Demografik Özellik	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Yaş</b>		
19 yaş ve altı	18	7,1
20 - 24 yaş	46	18,1
25 - 29 yaş	102	40,2
30 - 34 yaş	64	25,2
35 yaş ve üzeri	24	9,4
<b>Eğitim Durumu</b>		
Ortaokul Mezunu ve Altı	44	17,3
Lise Mezunu	123	48,4
Üniversite Mezunu ve Üzeri	87	34,3
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	62	24,4
Çalışmıyor	192	75,6
<b>Gelir Durumu</b>		
Gelir Giderden Az	23	9,1
Gelir Gidere Eşit	191	75,2
Gelir Giderden Fazla	40	15,7
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek Aile	241	94,9
Geniş Aile	13	5,1
<b>Sosyal Güvence</b>		
Var	247	97,2
Yok	7	2,8
<b>Toplam</b>	<b>254</b>	<b>100,0</b>

Çizelge 4.1' de annelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin % 7,1'i 19 yaş ve altında, %18,1'i 20 ile 24 yaş grubunda, %40,2'sinin 25 ile 29 yaş grubunda, %25,2'si 30 ile 34 yaş grubunda ve % 9,4 'ü 35 yaş ve üzerinde yaş grubundadır. Araştırmaya katılan annelerin %17,3'ü ortaokul mezunu ve altı, %48,4'ü lise mezunu, %34,3'ü üniversite mezunu ve üzeridir. Annelerin %24,4'ü çalışmakta, %75,6'sı çalışmamaktadır. Annelerin % 9,1'inin geliri giderinden az, %75,2'sinin gelirin gidere eşit ve %15,7'sinin geliri giderinden fazladır. Araştırmaya

katılan annelerin %94,9'u çekirdek ailede, %5,1 'inin geniş ailede yaşamaktadır. Annelerin %97,2'sinin sosyal güvencesi olup, %2,8'inin sosyal güvencesi yoktur.

#### 4.2. Gebelik ve Doğum Sonu Döneme İlişkin Bulgular

Çizelge 4.2. Gebelik ve Doğum Sonu Döneme İlişkin Bulguların Dağılımı (n:254)

Gebelik ve Doğum Sonu Döneme İlişkin Bilgiler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Gebelik Planı</b>		
Evet	242	95,3
Hayır	12	4,7
<b>Bebeği Emzirme</b>		
Evet	244	96,1
Hayır	10	3,9
<b>Anne ve Bebeğin Bakımına Yardım Eden Yakın</b>		
Evet	219	86,2
Hayır	35	13,8
<b>Yardımcı Olan Yakın</b>		
Kendi Yakınları	200	75,80
Eşinin Yakınları	54	24,20
<b>Yakının Etkisi</b>		
Olumlu	192	87,7
Olumsuz	62	12,3
<b>Evde Yaşanan Sorunlar için Hemşire Ziyareti</b>		
Evet	4	1,6
Hayır	250	98,4
<b>Hemşire Tarafından Ziyaret Edilme İsteği</b>		
Evet	215	86,0
Hayır	39	14,0
<b>Hemşire Ziyaretinin Faydası Olduğunu Düşünme</b>		
Evet	253	75,0
Hayır	1	25,0
<b>Doğum Sonrası Halsizlik</b>		
Evet	117	46,1
Hayır	137	53,9
Toplam	254	100

Çizelge 4.2' de gebelik ve doğum sonu döneme ilişkin bulguların dağılımı verilmiştir. Annelerin %95,3'ü bu gebeliğini planladığını, %4,7'si planlamadığını, %96,1'i bebeğini emzirdiğini, %3,9'u emzirmediğini belirtmiştir. Annelerin %86,2'si doğum sonu dönemde evinde anne ve bebeklerinin bakımında yardım eden bir yakını olduğunu, % 13,8'i doğum sonu dönemde evinde anne ve bebeklerinin bakımında yardım eden bir yakını olmadığını, %75,8'si kendi yakınının yardımcı olduğunu, %24,2'si eşinin yakınlarının yardımcı olduğunu, annelerin %46,1'i doğum sonu dönemde halsizlik yaşadığını, %53,9'u doğum sonu dönemde halsizlik yaşamadığını ifade etmiştir. Annelerin %87,7'si yardımcı olan yakınlarının kendisini olumlu yönde etkilediğini, %12,3'ü olumsuz yönde etkilediğini,

annelerin %98,4'ü sezaryen sonrası evde anne ve bebeğin bakımı ile ilgili karşılaştığı sorunlar açısından hemşire tarafından ziyaret edilmediğini, %1,6'sı sezaryen sonrası evde anne ve bebeğin bakımı ile ilgili karşılaştığı sorunlar açısından hemşire tarafından ziyaret edildiğini, ziyaret edilmeyen annelerin %84,6'sı karşılaştığı sorunlar için hemşire tarafından ziyaret edilmek istediğini, hemşire tarafından ziyaret edilen annelerin %75,0'ı bu ziyaretin faydalı olduğunu düşündüğü bildirmiştir.

#### 4.2. Annelerin Sezaryen Sonrası Evde Yaşadıkları Sorunlara İlişkin Bulgular

Çizelge 4.3. Annelerin Sezaryen Sonrası Dönemde Yaşadıkları Sorunların Dağılımı (n:254)

Annelerin Sezaryen Sonrası Dönemde Yaşadıkları Sorunlar	n*	%
Ağrı	248	97,6
Duygusal Sorunlar	246	96,9
Anne-Bebek İlişkisine İlişkin Sorunlar	231	90,9
Uykuya İlişkin Sorunlar	230	90,6
İnsizyon Bölgesine İlişkin Sorunlar	221	87,0
Memelere İlişkin Sorunlar	179	70,5
Emzirmeye İlişkin Sorunlar	111	43,7
Üriner Sistemine İlişkin Sorunlar	101	30,8
Gastrointestinal Sistemine İlişkin Sorunlar	93	36,6
Dolaşım Sistemine İlişkin Sorunlar	78	30,7
Loşia'ya İlişkin Sorunlar	22	8,7

\*Yüzdeler n üzerinden alınmıştır. Birden fazla seçeneğe cevap verildiği için n katlanmıştır.

Çizelge 4,3'de annelerin sezaryen sonrası dönemde yaşadıkları sorunların dağılımı verilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin %97,6'sı ağrı yaşadığını, %96,9'u duygusal sorun yaşadığını, %90,9'u doğum sonu anne-bebek ilişkisine ilişkin sorun yaşadığını, %90,6'si uyku ile ilgili sorun yaşadığını, %87'si insizyon bölgesine ilişkin sorun yaşadığını, %70,5'i memelere ilişkin sorun yaşadığını, %43,7'si emzirmeye ilişkin sorun yaşadığını ifade etmiştir. Annelerin %30,8'i üriner sisteme ilişkin sorun yaşadığını, %36,6'sı gastrointestinal sistemine ilişkin sorun yaşadığını, %8,7'si loşia'ya ilişkin sorunlar yaşadıklarını ifade etmiştir.

Çizelge 4.4. Annelerin Sezaryen Sonrası Dönemde Evde Yaşadıkları Sorunların Dağılımı (n:254)

Sezaryen Sonrası Dönemde Yaşanan Sorunlar	n*	%
Ağrı	248	97,6
Sırt ve Bel Ağrısı	119	47,9
Kasık Ağrısı	109	43,9
Baş Ağrısı	63	5,4
Duygusal Sorunlar	246	96,9
Yoğun Üzüntü	178	72,4
Gerginlik	165	67,1
Ağlama	127	51,6
Öfke Nöbetleri	102	41,5
Huzursuzluk	82	33,3
Anne-Bebek İlişkinine İlişkin Sorunlar	231	90,9
Bebeğe Bakım Vermede Zorlanma	208	90,1
Bebeği Kucağa Almaktan Kaçınma	72	31,2
Bebeğin Gereksinimlerini İhmal Etme	50	21,6
Bebeği İstememe	10	4,3
Uykuya İlişkin sorunlar	230	90,6
Yetersiz Uyuma	174	75,6
Uyandığında Yorgun Hissetme	141	61,3
Uykuya Dalmada Güçlük	44	19,1
İnsizyon Bölgesine İlişkin Sorunlar	221	87,0
Ağrı	181	81,9
Ödem	31	14,1
Kızarıklık	30	13,6
Akıntı	28	12,7
Dikişlerde Açılma	8	3,6
Memelere İlişkin Sorunlar	179	70,5
Meme Ucu Çatlağı	120	67,1
Memelerde Ağrı	57	22,9
Meme Ucunun İçe Çökmesi	39	21,8
Diğer	20	11,1
Emzirmeye İlişkin Sorunlar	111	43,7
Emzirme Konusunda Bilgi Eksikliği	55	49,5
Sütün Yetersiz Olması	46	41,4
Annenin Emzirmek İstememesi	17	7,4
Bebeğin Memeyi Tutmaması	6	5,4
Loşia'ya İlişkin Sorunlar	22	8,7
15 Günden Önce Sona Ermesi	6	27,3
Rengi Açıldıktan Sonra Tekrar Koyulaşması	5	22,0
Pıhtı İçermesi	3	13,7

\*Yüzdeler n üzerinden alınmıştır. Birden fazla seçeneğe cevap verildiği için n katlanmıştır

Çizelge 4,4'de annelerin sezaryen sonrası dönemde evde yaşadıkları sorunların dağılımı verilmiştir. Ağrı sorunu yaşayan annelerin %47,9'u sırt ve bel ağrısı olduğunu, %43,9'u kasık ağrısı olduğunu, %5,4'ü baş ağrısı olduğunu ifade etmiştir.

Duygusal sorun yaşayan annelerin %72,4'ü yoğun bir üzüntü hali ve %67,1'i gerginlik yaşadığı ve %51,6'sı ağladığını belirtmiştir.

Anne-bebek ilişkisi sorunu yaşayan annelerin %90,1'i bebeğine bakım vermede zorlandığını, %31,2'si bebeklerini kucağa almaktan kaçındıklarını, %21,6'sı bebeğin gereksinimlerini ihmal ettiklerini düşündüklerini bildirmişlerdir.

Uyku sorunu yaşayan annelerin %75,6'sı yetersiz uyduğunu, %61,3'ü uyandığında yordun hissettiğini, %19,1'i uykuya dalmakta güçlük yaşadığını ifade etmiştir.

İnsizyon bölgesine ilişkin sorun yaşayan annelerin % 81,9'u ağrısı olduğunu, %14,1'i insizyon bölgesinde ödem olduğunu, %13,6'sı insizyon bölgesinde kızarıklık olduğunu belirtmiştir.

Memelere ilişkin sorun yaşayan annelerin %67,1'inde meme ucunun çatladığını, %22,9'u memelerinde ağrı ve %21,8'i meme ucunda içe çökme sorunu yaşadığını bildirmiştir.

Emzirme sorunu yaşayan annelerin %49,5'i emzirme konusunda bilgi eksikliği olduğu düşündüğünü, %41,4'ün sütünün yeterli olmadığını hissettiğini ve %7,4'ü bebeğini emzirmek istemediğini ifade etmiştir.

Loşia sorunu yaşayan annelerin % 27,3'ü loşiasının 15 günden önce sona erdiğini, %22'si loşiasının rengi açıldıktan sonra tekrar koyulaştığını, %13,7'si loşiasının pıhtı içerdiğini belirtmiştir.

Çizelge 4.5. Annelerin Sezaryen Sonrası Dönemde Sistemlere İlişkin Yaşadıkları Sorunların Dağılımı (n:254)

Sezaryen Sonrası Dönemde Yaşanan Sorunlar	n*	%
Üriner Sistemine İlişkin Sorunlar	101	30,8
İdrar Yaparken Ağrı	23	22,8
Sık İdrara Çıkma	20	19,8
İdrar Kaçırma	12	11,9
İdrarı Boşaltmada Yetersizlik	15	14,9
İdrar Yaparken Yanma	11	10,9
İdrarda Kötü Koku	7	6,9
Gastrointestinal Sistemine İlişkin Sorunlar	93	36,6
Gaz sancısı	80	85,5
Bulantı	77	82,8
Kabızlık	49	48,5
Kusma	37	39,8
Dolaşım Sistemine İlişkin Sorunlar	78	30,7
Ödem	57	73,1
Vari	11	14,1

\*Yüzdeler n üzerinden alınmıştır. Birden fazla seçeneğe cevap verildiği için n katlanmıştır.

Çizelge 4.5.'de annelerin sezaryen sonrası dönemde sistemlere ilişkin yaşadıkları sorunların dağılımı verilmiştir. Üriner sisteme ilişkin sorun yaşayan annelerin %22,8'i idrar yaparken ağrı hissettiğini, %19,8'i sık idrara çıktığını ve %11,9'u idrar kaçırdıklarını ifade etmişlerdir. Gastrointestinal sistemine ilişkin sorun yaşayan annelerin %85,5'i gaz sancısı, %82,8'i bulantı ve %48,5'i kabızlık sorunu yaşadığını belirtmiştir. Dolaşım sistemine ilişkin sorun yaşayan annelerin %73,1'i ödem ve %14,1'i varis yaşadığını bildirmiştir.



## 5. TARTIŞMA

Sezaryenle doğum yapan annelerin evde yaşadıkları sorunların belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular, gebelik ve doğum sonu döneme ilişkin bulguların tartışılması ve annelerin sezaryen sonrası dönemde evde yaşadıkları sorunlar olmak üzere iki bölümde tartışılmıştır.

### 5.1. Gebelik ve Doğum Sonu Dönemde İlişkin Bulguların Tartışılması

Annelerin doğum öncesi bakım kadar doğum sonrası bakımları ve özellikle gebelik öncesi fonksiyonel durumlarına dönmeleri anne, bebek ve ailenin sağlığı açısından önemlidir. Bu nedenle de öncelikle kadınların doğum sonrası fonksiyonel durumlarının zamanla nasıl değiştiğinin ve buna etki eden faktörlerin bilinmesi önemlidir. Özellikle pek çok sorunun yaşandığı doğum sonrası dönemde kadının sadece fiziksel sorunlarının çözümüne değil daha uzun süre alan sosyal ve psikolojik sorunlarının da çözümü önemlidir. Ülkemizde doğum sonrası fonksiyonel durumla ilgili çok az sayıda çalışma vardır ve yapılan çalışmalarda da yalnızca fiziksel iyileşme süresi olan doğum sonrası altı hafta ile sınırlı kalmıştır [56]. Dolayısıyla doğum sonrası fonksiyonel durumdaki düzelmelerin kadını ve ailesini ne derece etkilediğini ortaya çıkartmak, fonksiyonel durumun zamanla nasıl gelişmeler gösterdiğinin ve fonksiyonel durumu nelerin etkilediğini belirlemek, bu konuda kaynak oluşturmak ve sağlık personeline yol göstermek son derece önemlidir.

Anneler postpartum dönemde, değişimlere uyum sağlama, kendi bakımlarını ve yenidoğanın gereksinimlerini karşılama çabası içindedirler. Tüm bunlar annelerde gelişimsel stres faktörü olabilmektedir [56]. Stresli durumların arttığı bu dönemde annelere yeterli sosyal desteğin sağlanmaması, onların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir. Çalışmamızda annelerin çoğunluğu (%86,2) doğum sonu dönemde evinde anne ve bebeklerinin bakımında yardım eden bir yakını olduğunu, yakınların büyük bir kısmının (%75,8) annenin kendi yakını olduğu ve annelerin çoğunluğu (%87,7) yardımcı olan yakınlarının kendilerini olumlu etkilediği belirtmiştir. Ohaka ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu çalışmada doğum sonu dönemde anne ve bebeğin yardımcı ile desteklenmesi annede depresyon ve hüznün gibi bulguları azalttığı saptamıştır [57]. Kingston ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada da annenin destek almasının anneyi olumlu etkilediği vurgulanmıştır [58]. Bu sonuçlar araştırmamızın sonuçlarıyla benzerlik

göstermekte ve annelerin doğum sonunda yardımcı konusunda desteklenmesi anneyi olumlu etkilerini ortaya koymaktadır.

Anneler, doğum sonrası ilk günlerde doğumun fiziksel etkileri nedeniyle kendi bakımları ve bebeklerin gereksinimlerini karşılama konusunda kendilerini yeterli hissetmeyebilirler [59]. Annelerin postpartum dönemde erken taburcu edilmesi, sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmalarını engellemektedir. Bu açıdan hastanede verilen bakımın yanında, annelerin evde yaşadıkları sorunların belirlenmesi ve uygun yaklaşım büyük önem taşımaktadır. Ayrıca, postpartum dönemde annelerin gereksinimlerinin karşılanmasını engellemekte ve postpartum bakımın etkinliğini azaltmaktadır. Ruchala (2000) tarafından yapılan çalışmada postpartum dönemde annelerin ve hemşirelerin doğum sonrası gereksinimlere yönelik önceliklerinin aynı olmadığını saptamıştır [60]. Benzer şekilde, Ransjo ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan çalışmada normal doğum yapan annelerin algıladıkları sağlık sorunlarının ebe ve kadın doğum hekimlerinin gözlemledikleri sağlık sorunlarından önemli derecede yüksek olduğu belirtilmektedir [61]. Çalışmamızda annelerin tamamına yakını (%98,4) sezaryen sonrası evde anne ve bebeğin bakımı ile ilgili karşılaştığı sorunlar açısından hemşire tarafından ziyaret edilmediğini ve büyük bir kısmı (%84,6) karşılaştığı sorunlar için hemşire tarafından ziyaret edilmek istediğini belirtmiştir, Hemşire tarafından ziyaret edilen annelerin büyük çoğunluğu (%75,0) bu ziyaretin faydalı olduğunu düşündüğünü bildirmiştir. Çalışmamızın sonucu literatürle benzerlik göstermekte ve annelerin evde yaşadıkları sorunlar açısından değerlendirilme, bakım ve eğitim gereksinimlerinin olduğunu düşündürmektedir.

## **5.2. Annelerin Sezaryen Sonrası Dönemde Evde Yaşadıkları Sorunların Tartışılması**

Doğumsonu dönem, sezaryen doğum yapan anneler için önemli biyo-psiko-sosyal değişimlerin yaşandığı bir dönemdir [56]. Sezaryen doğumdan sonra cerrahi operasyonun ve anestezinin solunum sistemi, dolaşım sistemi, sindirim sistemi, gastrointestinal sistem ve üriner sistem üzerine olumsuz etkileri doğum sonrası dönemde annenin komplikasyonlar yönünden risk altında olmasına ve sağlık sorunlarının artmasına neden olmaktadır.

Sezaryen doğum sırasında cerrahi operasyondan kaynaklı insizyon bölgesinde ağrı, operasyon sırasında uzun süre hareketsizlikten kaynaklı alt ekstremitelerde dolaşım

bozukluğu ve buna bağlı olarak gelişen sorunlar annelerin ağrı sorunları yaşamasına neden olmaktadır. Çalışmamızda sezaryen sonrası dönemde kadınların çoğunluğu (%97,6) ağrı yaşadığını; ağrı yaşadığını söyleyen annelerin yaklaşık yarısı (%47,9) sırt ve bel ağrısı ve bazıları (%43,9) kasık ağrısı yaşadıklarını belirtmişlerdir (Bkz. Çizelge 4.4.). Çalışmamızda ayrıca annelerin tamamına yakını (%81,9) insizyon bölgesine ilişkin olarak ağrı sorunu yaşadığını ifade edilmiştir (Bkz. Çizelge 4.4.). Karakaplan (2007) tarafından yapılan çalışmada annelerin tamamına yakını (%94,0) ameliyat yerinde ağrı yaşadıkları belirlenmiştir [62]. Gözüm ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan çalışmada sezaryen ile doğum yapan annelerin %61,57'sinin insizyon bölgesinde ağrıların olduğunu ifade etmişlerdir [63]. Sezaryenle doğum yapan annelerle Koç (2005) tarafından yapılan çalışmada, kadınların, doğum sonrası dönemde bel ve sırt, alt abdomen ve bacak ağrısından yakındıkları belirlenmiştir [55]. Büyükkayacı (2010) tarafından yapılan çalışmada doğum sonrası dönemde en fazla görülen şikayetin, bel ve sırt ağrısı, pelvik ağrı ve alt abdomende ağrı (kasık-karın ağrısı) olduğu belirlenmiştir [10]. Bu sonuçlar araştırmamızın bulgusu ile benzerlik göstermektedir. Bu bulgu annelerin sezaryen sonrası ağrı kontrolüne ilişkin yeterince bilgilendirilmediklerini ve bu durumun annenin kendi ve bebeğine ilişkin bakımını olumsuz etkileyeceğini düşündürmektedir.

Sezaryenle doğum sonrası dönemde annelerin, içe kapanma, sinirlilik, alınganlık, üzüntü hali, olumsuz beden imajı ve annelik rolünün kabul edilmemesi gibi sorunlar yaşadıkları bildirilmektedir [64]. Çalışmamızda annelerin tamamına yakını duygusal sorun (%96,9) yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Duygusal sorun yaşayan anneler en fazla üzüntü (%72,4) yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Bkz. Çizelge 4.4.). Çalışmamıza benzer şekilde, Korja ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmaya göre sezaryen sonrası dönemde en fazla görülen duygusal sorun olarak üzüntü yaşandığı belirtilmiştir [65]. Ayvaz (2006) tarafından yapılan çalışmada ise sezaryen doğum yapan annelerde doğum sonu dönemde en fazla üzüntü ve içe kapanma sorunu yaşandığı saptanmıştır [66]. Annelerin yaşadıkları üzüntü genellikle gebelik sonrası beklenen, geçici bir durum olarak kabul edilse de; sosyal ve profesyonel destek almayan annelerde depresyon ve ileri dönemde psikoza neden olabilmektedir. Üzüntü sorunu yaşayan annelerin %20' sinde postpartum depresyon görüldüğü ifade edilmektedir [67,68]. Bizim çalışmamızın sonuçları literatürde yer alan çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir ve annelerin doğumsonu duygusal bakım/egitim/danışmanlık gereksinimleri olduğunu ortaya koymuştur.

Sezaryen sonrası dönemde anneler sıklıkla bebeklerine bakım vermekte zorlanmakta ve emzirmede sorun yaşamaktadırlar [69]. Çalışmamızda annelerin tamamına yakını (%90,1) bebeğe bakım verme ile ilgili ve yaklaşık yarısı emzirme (%49,5) sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Bkz. Çizelge 4.4.). Najman (2000) ve Benjamin (2003) tarafından yapılan çalışmalarda sezaryen sonrası dönemde annelerin bebeklerine bakım vermekte zorlandıkları saptanmış olup, annelerin zorlanmasının nedeni cerrahi operasyona bağlı olarak bebeği kucağa almak istemedikleri ve bebeklerinin bakımını erteledikleri belirtilmiştir [70, 71]. Orün ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan çalışmada annelerin bebeklerini kucaklarına almadıkları, yetersiz emzirdikleri belirtilmiştir [72]. Yaptığımız çalışma literatürle benzerlik göstermektedir. Bu sorun anne bebek ilişkisini olumsuz etkileyecek ve bebeğin yeterli anne sütü alımını sınırlayacaktır.

Anneler özellikle doğum sonu erken dönemde lohusalığa fizyolojik uyum, ağrı şikayetleri ya da bebek bakımında karşılan güçlükler ve yetersiz destek sistemleri (bir refakatçi ya da yardımcının olmaması) gibi nedenlerle uyku sorunları yaşayabilmektedirler [73]. Sezaryen doğum sonrası ağrı, halsizlik, anestezinin olumsuz etkileri vb. nedenlerle annelerin konforunda normal doğum yapanlara oranla düşme olabilmektedir [73]. Çalışmamızda annelerin çoğunluğu yetersiz uyuma (%75,6) ve yarıdan fazlası uyandığında yorgun hissetme (%61,3) sorunu yaşadığını belirtmiştir (Bkz. Çizelge 4.4.). Cunninham ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada sezaryen sonrası dönemde annelerde en fazla görülen sorunun yeterli uyuyama olduğu saptanmıştır [44]. Minkoff ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan çalışmada annelerin %86'sının doğumdan sonraki ilk hafta yorgun oldukları ve uyku problemleri yaşadıkları bildirilmiştir [74]. Çalışmamızın sonuçları bu konuda yapılan çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda çıkan bu sonuçların doğum sonu erken dönem olması ve anne-bebek uyumunun henüz oluşmamasından kaynaklandığı ve yaşanan uyku ve halsizlik sorunlarının anne-bebek ilişkisini ve bakımını olumsuz etkileyeceği düşünülmektedir.

Sağlıklı yaşamın temellerinin atılmasında anne sütü ile beslenmenin önemi büyüktür [75]. Doğum sonu dönemde meme ile ilgili sorun yaşayan annelerin çoğunluğu ya emzirmeyi bırakmakta ya da bebeğini yetersiz emzirmektedir. Sezaryen operasyonundan sonra normal doğuma oranla hemen süt salınımı olmamakta ve anneler bebeklerini geç emzirmektedirler. Çalışmamızda annelerin yaklaşık yarısı (%49,5) emzirme konusunda bilgi eksikliği hissettiğini ve yine yaklaşık yarısı sütünün yetersiz olduğunu (%41,4)

düşündüğünü belirtmiştir (Bkz. Çizelge 4.4.). Hannah (2004) tarafından yapılan çalışmada doğum sonu dönemde yaşanan sorunların başında en fazla emzirme sorunu olduğu bildirilmiştir [76]. Yapılan bir diğer çalışmada da sezaryen doğumdan sonra annelerin yaşadığı sorunların başında emzirme sorunu, emzirmeyi bilmeme gelmektedir [77].

Bilgi eksikliği hissetme sorununun annelerin primipar olmasından ve postpartum dönemde hemşireler tarafından etkili destek ve eğitim almamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Anne sütünün yetersizliği hissi bulgusundan ise bilgi eksikliğine bağlı süt salınımını uyarıcı aktivitelerin bilinmediği sonucu çıkarılabilir. Doğum sonrası etkili ve uygun emzirmenin bilinmemesi yanlış emzirmeye ve bunun sonucunda meme başı sorunları ve bebeğin yetersiz emmesine neden olmaktadır. Çalışmamızda annelerin çoğunluğu tarafından meme ucu çatlağı (%67,1) sorunu yaşadıkları bildirilmiştir. Waldenström ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmalarda ise, annelerin %67.1'inin doğum sonu dönemde meme ucu sorunu yaşadıkları bildirilmiştir [49]. Cheng ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada sezaryen doğum sonrası emzirmeye ilişkili en fazla yaşanan sorunun meme ucu çatlağı olduğu bulunmuştur [78]. Tokat (2009) tarafından yapılan çalışmada da sezaryen sonrası annelerde görülen meme başı sorunları arasında en fazla meme başı çatlağı yer aldığı saptanmıştır [79]. Çalışmamızın bulguları literatürle benzer bulunmuştur. Atıcı (2005) tarafından yapılan çalışmada ise doğum öncesi ve doğum sonu dönemde annelere meme bakımı ve gerekli danışmanlık yapıldığında meme sorunlarının daha az yaşandığını tespit etmişlerdir [64]. Çalışmamızın sonuçları annelerin doğum sonu dönemde ve taburculuk eğitiminde etkin emzirme danışmanlığı almadıklarını düşündürmektedir. Yaşanılan meme problemleri emzirmeyi olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle annelerin meme ucu çatlağında oluşan ağrı nedeniyle emzirmelerinin ve bebeklerin anne sütü alımlarının olumsuz etkileneceği düşünülmektedir.

Sezaryen operasyonundan sonra doğum sonu dönemde üretral kateterin olması, üretral kateterin tahrişi buna bağlı perine bölgesinin bakımının yapılmaması annelerin üriner sisteme ilişkin sorun yaşamasına sebep olmaktadır [80]. Bizim yaptığımız çalışmada annelerin bir kısmı (%30,8) üriner sisteme ilişkin sorun yaşadığını belirtmiştir. Üriner sorun yaşayan annelerin bazıları (%22,8) idrar yaparken ağrı yaşadığını ifade etmiştir.

Mc kinney (2000) tarafından yapılan çalışmada sezaryen sonrası annelerin en fazla idrar yolu enfeksiyonu yaşadığı, yaşanılan sorunun kötü perine hijyenine bağlı olduğu

saptanmıştır [81]. Simpson (2001) yaptığı çalışmada da sezaryen sonrası annelerin en fazla idrar yolu enfeksiyonu yaşadığı, sezaryen operasyonunda takılan üretral kateterin tahrişine bağlı olarak annenin ağrı yaşadığı saptanmıştır [82]. Yapılan çalışmalar ve bizim yaptığımız çalışmada benzerlik göstermektedir. Bu sorunun sezaryen doğum sonrası etkin sonda bakımı ve yeterli sıvı alınmamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Sezeryan esnasında bağırsaklara dokunulması ve uterusun mide, bağırsak ve mesaneye komşuluğu nedeniyle, doğum sonu dönemde anneler gaz sancısı, bulantı ve kabızlık gibi gastrointestinal sisteme ilişkin sorunlar yaşayabilmektedirler [25]. Çalışmamızda annelerin büyük çoğunluğu (%85,5) gaz sancısı ve bulantı (%82,8), yaklaşık yarısı ise (%48,5) kabızlık sorunu yaşadığını belirtmiştir. Büyükkayacının yaptığı çalışmada da sezaryenle doğum yapan annelerde en sık görülen gastrointestinal sistem sorununun bulantı olduğu saptanmıştır [10]. Koç'un yaptığı çalışmada ise annelerde sıklıkla kabızlık görüldüğü saptanmıştır [55]. Taşdemir (2005) tarafından yapılan çalışmada da hastaların cerrahi girişim sonrası en fazla abdominal distansiyon, gaz sancısı, bulantı yaşadığını saptamıştır. Çalışmamızın sonuçları literatürle uyumludur [83]. Doğum sonu erken dönemde gaz sancısı, bulantı ve kabızlık beklenen sorunlar olmakla birlikte bu sorunların gelişimini önlemeye yönelik girişimler etkili sonuçlar vermektedir. Çalışmamızın sonucu annelere bu konuda yeterli bilginin verilmediğini düşündürmektedir. Bulantı ve kabızlığın giderilmesindeki eksiklik yara yeri iyileşme sürecini olumsuz etkileyecek ve yara yeri açılma riski doğuracaktır. Gaz sancısı kadının kendi ve bebeğine yönelik bakımını olumsuz etkileyecektir.

Yaptığımız çalışmada annelerin çoğunluğu (%73,1) alt ekstremitelerde ödem sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Gebelikte venöz dolaşımın yeterli olmamasına bağlı gelişen ödemin doğum sonu ikinci günde henüz çözülmemesi, sezaryen sonrası annelerin geç mobilize olması ve ağrı nedeniyle yeterince hareket edememesi sonucu alt ekstremitelerde venöz dönüşün bozulmasına bağlı sorunlar yaşanabilmektedir [84]. Venöz dolaşım bozukluğu, venöz tromboemboli pek çok ülkede gebelik ve doğum sonrası dönemin en önemli mortalite ve morbidite nedenlerinden biridir [85]. Gebelikte koagülasyon faktörlerinin artmasıyla birlikte doğal antikoagülanlar ve fibrinolitik aktivite de azalma olmaktadır. Ayrıca büyüyen uterus nedeniyle venöz dönüşün artması, artmış östrojen ve progesterone nedeniyle oluşan venöz atoni ve mobilizasyonun azalması tromboz eğilimi arttıran yeni bir hemostatik denge oluşturmaktadır. Buna bağlı olarakta venöz dolaşım

bozukluğu ortaya çıkmaktadır [86]. Karaçam (2008) ve Beşer (2007) tarafından yapılan çalışmalarda sezeryen sonrası kadınlarda bacaklarda gelişen ödemin sıklıkla görülen bir sorun olduğu bildirilmiştir [69,87]. Doğum sonu dolaşım sorunu görülmesi yönünden bu çalışma bulguları literatürle benzerlik göstermektedir. Bu sonucun annelerin ağrı ve halsizlik nedenleriyle yeterince mobilize olmadıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.





## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Sezaryen doğum yapan annelerin evde yaşadıkları sorunlarını belirlemek amacıyla yaptığımız araştırmada aşağıda belirtilen sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin %40,2'si 25 ile 29 yaş grubunda, %48,4'ü lise mezunu, %75,6'sı çalışmamaktadır. Annelerin %75,2'si gelirinin gidere eşit olduğunu, %94,9'u çekirdek ailede yaşadığını, %97,2'si sosyal güvencesi olduğunu ifade etmiştir. Çalışmamızda yer alan annelerin %95,3'ü gebeliğini planladığını, %96,1'i bebeğini emzirdiğini, %86,2'si doğum sonu dönemde evinde yardım eden bir yakını olduğunu, %75,8'i yardım eden kişinin kendi yakını olduğunu, %87,7'si yardım eden kişinin kendisini olumlu etkilediğini belirtmiştir. Annelerin %46,1'i doğum sonu dönemde halsizlik yaşadığını, %98,4'ü sezaryen sonrası evde anne ve bebeğin bakımı ile ilgili karşılaştığı sorunlar açısından hemşire tarafından ziyaret edilmediğini, ziyaret edilmeyen annelerin %84,6'sı hemşire tarafından ziyaret edilmek istediğini, hemşire tarafından ziyaret edilen annelerin %75,0'ı ise bu ziyaretin faydalı olduğunu düşündüğü bildirmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin %97,6'sı ağrı yaşadığını, %96,9'u duygusal sorun yaşadığını, %90,9'u doğum sonu anne-bebek ilişkisine ilişkin sorun yaşadığını, % 90,6'si uyku ile ilgili sorun yaşadığını, % 87'si insizyon bölgesine ilişkin sorun yaşadığını, %70,5'i memelere ilişkin sorun yaşadığını, %43,7'si emzirmeye ilişkin sorun yaşadığını ifade etmiştir. Annelerin %30,8'i üriner sisteme ilişkin sorun yaşadığını, %36,6'sı gastrointestinal sisteme ilişkin sorun yaşadığını, %8,7'si loşiaya ilişkin sorunlar yaşadıklarını ifade etmiştir.

### 6.2. Öneriler

Araştırmamızdan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

Çalışmamızda sezaryen sonrası dönemde annelerin büyük bir kısmında ağrı tespit edilmiştir. Özellikle annelerin sırt ve bel ağrı sorunu yaşamaları dikkat çekicidir. Sezaryen

sonu dönemde annelere verilecek taburculuk eğitiminde ve evde bakımda ağrı konusuna yer verilmesi,

Çalışmamızda annelerin büyük bir kısmının duygusal sorun yaşadığı ve annelerin çoğunun yoğun bir üzüntü yaşadıkları gözlenmektedir. Annelerin hastanede ve evde duygusal sorunları açısından destek sistemlerinin olması, taburculuk eğitiminde duygusal sorunlara yaklaşım konusunda ailenin bilgilendirilmesine yer verilmesi,

Çalışmamızda annelerin büyük bir kısmının anne bebek ilişkisinde sorun yaşadıkları gözlenmiştir. Özellikle annelerde bebeğe bakım vermede zorlanma en sık karşılaşılan sorunlar arasındadır. Evde bakım vericilerinin bulunması anneyi ve bebeği olumlu etkileyebileceğinden annelerin sorun yaşamaması için önerilmektedir. Bununla birlikte annelerin hastaneden çıkmadan önce bebek bakımı konusunda bilgi ve beceri açısından değerlendirilmesi, bu konuda taburculuk eğitimi verilmesi ve sonrasında evde yaşadıkları sorunlar açısından izlenmesi,

Araştırmamızda sezaryen doğum sonrası annelerde en fazla uyku sorunu yaşandığı gözlenmektedir. Annelerin büyük bir kısmı yeterli uyumamaktadırlar. Evde bakım vericilerin anneyi desteklemesi, ve annenin doğum sonu uyku sorunu yaşamaması için ev koşullarının düzenlenmesi konusunda taburculuk eğitimi verilmesi,

Araştırmamızda sezaryen doğum sonrası annelerde insizyon bölgelerinde en fazla ağrı olduğu saptanmıştır. Taburculuk sırasında anne ve yakınına insizyon yeri bakımı ve ağrı kontrolü ve ağrıyı azaltmaya yönelik uygulamalar konusunda bilgilendirilmesi,

Çalışmamızda annelerin bir kısmının yardımcı olan yakınından olumsuz etkilendiği saptanmıştır. Doğum sonrası anneye sosyal destek sağlayan kişileri seçimi, anneye destek olunması gereken durumlar konusunda aile bireylerinin bilgilendirilmesi,

Çalışmamızda annelerin büyük çoğunluğunun evde hemşire tarafından ziyaret edilmek istediği saptanmıştır. Sezaryen doğum sonrası evde anne-bebek bakım/eğitim/danışmanlık gereksinimlerinin giderilmesi için hemşirelerin görev yapması,

Postpartum taburculuk sonrası telefonla izlem sistemine göre hemşirelik danışmanlık hizmetlerinin planlandığı başka çalışmaların yapılması,

Sezaryen doğum sonrası yaşanan sorunları araştırmaya yönelik olarak bundan sonra yapılacak olan çalışmaların, ortaya çıkan sonuçların güvenilirliğinin daha fazla olması bakımından örneklem büyüklüğü daha fazla olan gruplar ile yapılması,

Bundan sonra sezaryen doğum sonrası yaşanan sorunların çözümüne yönelik çalışmalarda yenidoğan ve diğer aile bireylerinin bakım/eğitim/danışmanlık gereksinimlerinin ele alınması,

Sezaryen doğum sonu anne-bebek izlemi standartlarının geliştirilmesi önerilmektedir.





## KAYNAKLAR

1. Sayiner, F. ve Özerdoğan, N. (2009). Doğal Doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 143-148.
2. Nilsson, C., Lundgren, I., Karlström, A. and Hildingsson, I. (2012). Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. *Women Birth*, 25(3), 114-121.
3. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2013). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Ankara.
4. Stoll, K., Hall, W., Janssen, P. and Carty, E. (2013). Why are young Canadians afraid of birth? A survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian University students. *Midwifery*, (07),017.
5. Sayiner, F., Özerdoğan, N., Giray, S., Özdemir, E. ve Savcı, A. (2009). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Perinatoloji Dergisi*, 17(3), 104-112.
6. Karabulutlu, Ö. (2012). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20(3), 210-218.
7. Atan, Ş.Ü., Şirin, A., Sevil, Ü. ve Saruhan, A. (2005). *Gebeleri isteği ile yapılan sezaryen doğumlara global bir bakış*. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı, Ankara.
8. Güney, M., Uzun, E., Oral, B., Sarıkan, D., Bayhan, G. ve Mungan, T. (2006). Kliniğimizde 2001-2005 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 3(4),249-254.
9. Martell, L. (2003). Postpartum women's perceptions of the hospital environment. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 32(4), 478-485.
10. Büyükkayacı, N. (2010). *Sezaryen Sonrası Erken Taburcu Olan Kadınlara Verilen Evde Bakım Hizmetinin Anne Sağlığına ve Özbakım Gücüne Etkisi*, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
11. Bossert, R. and Rayburn, W.F. (2001). Early postpartum at a university hospital: Outcome analysis. *The Journal of Reproductive Medicine*, 46(1), 39-43.
12. Bertan, M. ve Güler, Ç., (1995). *Halk Sağlığı*. Ankara: Güneş Kitabevi, Ankara,342-356.
13. Sirin, A. ve Kavlak, O. (2008). *Kadın Sağlığı*. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık.
14. Güngör, D., Gökyıldız, S. ve Nahcivan, N.Ö. (2004). Sezaryen doğum yapan bir grup kadının doğuma ilişkin görüşleri ve doğuma ilişkin görüşleri ve doğum sonu erken dönemde yaşadıkları sorunlar. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 13(53),185-197.

15. Kocatürk, U. (2009). Açıklamalı *Tıp Terimleri Sözlüğü*. (9. Baskı). İstanbul:Nobel Tıp Kitabevi.
16. Decherney, A.H. and Nathan, L. (2003). Cesarean section in: current obstetric and gynecologic diagnosis and treatment, (9. Edition), Newyork USA, 683-785.
17. Kral, T.L. (2012). Preventing primary cesarean sections: intrapartum care. *Seminars in Perinatology*, 36(5), 357-364.
18. Şahin, N. H. (2009). Seksio - sezaryen yaygınlığı ve sonuçları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 93-98.
19. Caroline, S.E., Homer, R.J. and Maralyn, J.F. (2011). Birth after caesarean section: change over a nine-year period in one Australian state, *Midwifery*, 27(2), 165-166.
20. Declercq, E., Young, R., Cabral, H. and Ecker, J. (2011). Is a rising cesarean delivery rate inevitable? Trends in industrialized countries, 1987 to 2007, *Birth*, 38, 42.
21. İnternet: TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2010). Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı. URL: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-13438/saglik-istatistikleri-yilligi> adresinden 01 Ekim 2015'te alınmıştır.
22. Menacker, F and Hamilton, B.E. (2010). Recent trends in cesarean delivery in the United States, NCHS data brief no, Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
23. Wiklund, I., Andolf, I.H. and Lilja, H. (2012). Indications for cesarean section on maternal request—Guidelines for counseling and treatment. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 3 (3), 99-106.
24. Mirjana, V., Goran, B., Dragan, L. and Marija, B. (2011). The Increased Cesarean Section Incidence - Is There a Clinical Justification? *Macedonian Journal of Medical Sciences*, 4 (3), 281-284
25. Chaillet, N. and Dumont, A. (2007). Evidence-Based Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: A Meta-Analysis, *Birth*, 34 (1), 53-64.
26. Taşkın, L. (2003). *Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. (6. Baskı). Ankara.
27. James, D. (2001). Cesarean section for fetal distress. *British Medical Journal*, 322(7298), 1316-1317.
28. Simm, A. and Woods, A. (2004). Fetal Malpresentation. *Current Obstetrics & Gynaecology*, 14(4), 231-238.
29. Kumari, A. S. and Grundsell, H. (2004). Mode Of Delivery For Breech Presentation In Grandmultiparous Women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 85(3), 234-239.
30. Lin, C.H., Wang, S.T., Hsu, Y.C., Lin, Y.J., Yeh, T.F. and Chang, F.M. (2001). Risk for respiratory distress syndrome in preterm infants born to mothers complicated by placenta previa. *Early Human Development*, 60(3), 215-224.

31. Gilbert, E. S. and Harmon, J. S. (2002). Çeviri Editörü: L. Taşkın. *Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı*. Ankara: Palme Yayıncılık.
32. Al-Mulhim, A., Abu-Heija, A., Al-Jamma, F. and El-Harith, E. A. (2003). Pre-eclampsia: maternal risk factors and perinatal outcome. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 18(4), 275-280.
33. Coppage, K. H. and Polzin, W. J. (2002). Severe preeclampsia and delivery outcomes: is immediate cesarean delivery beneficial?. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), 921-923.
34. Vigil-De Gracia, P., Lasso, M. and Montufar-Rueda, C. (2004). Perinatal outcome in women with severe chronic hypertension during the second half of pregnancy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 85(2), 139-144.
35. Panter, K. R. and Hannah, M. E. (1996). Umbilical cord prolapse: so far so good? *The Lancet*, 347(8994), 74.
36. Saydah, S. H., Chandra, A. and Eberhardt, H. S. (2005). Pregnancy experience among women with and without gestational diabetes in the u.s., 1995 national survey of family growth. *Diabetes Care*, 28(5), 1035-1040.
37. Ofir, K., Sheiner, E., Levy, A., Katz, M. and Mazor, M. (2003). Uterin rupture: risk factors and pregnancy outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189(4), 1042-1046.
38. Siddiqui, M. N. and Ranasinghe, J. S. (2002). Spontaneous rupture of uterus. *Journal of Clinical Anesthesia*, 14(5), 368-370.
39. Hofmeyr, G. J. (2004). Obstructed Labor: Using better technologies to reduce mortality. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1, 62– 72.
40. Coşkun, A., Ekizler, H., İnanç, N., Karanisoğlu, H., Kömürcü, N., Okumuş, H ve diğ. (1996). *Doğum ve Kadın Hastalıkları El Kitabı*. İstanbul: Birlik Ofset Ltd. Şti.
41. Liu, S., Heaman, M., Joseph, K.S., Robert, M. L., Huang, L. and Kramer, M. S. (2005). Risk of maternal postpartum readmission associated with mode of delivery, *Obstetrics & Gynecology*, 105, 836-842
42. Berkman, S. (2004). Doğum Bilgileri, *İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Temel Klinik Bilimler*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
43. Burroughs, A. and Leifer, G. (2001). *Maternity Nursing An Introductory Text*. (8th edition). 199-319
44. Cunningham, F.G., Gant, N.F., Leveno, K.J., Gilstrap, L.C., Haunt, J.C. and Wenstrom, K.D. (2005). Sezeryan doğum ve postpartum histerektomi. In: Williams Doğum Bilgisi, Akman AC (Ed), *Nobel Tıp Kitabevi*, 537-563.
45. Tasdemir, S., Kaplan, S. ve Bahar, A. (2006). Doğum sonrası depresyonu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(2).

46. Tezel, A. (2006). Postpartum depresyonun değerlendirilmesinde hemşirenin/ebelerin Sorumlulukları, *New/Yeni Symposium Journal*, 44(1),49-52.
47. Sağlık Bakanlığı. (2014). *Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi*. Ankara:Sağlık Bakanlığı, 925.
48. İbas, I. (2009). *Annelerin Sezaren Olma Nedenleri ile Doğum Sonrası Sağlık Kuruluşlarına Başvurma Durumları*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 74-90.
49. Waldenstrom, K., Hildingsson, I. and Ryding, L.E. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, (5),50-60.
50. Akdolun, Baklaya. N. (2002). Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(2), 42-49
51. Başer, M., Mucuk, S. ve Korkmaz, Z. (2005). Postpartum dönemde anne ve babaların yeni doğan bakımına ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14, 54-58.
52. Ersoy, M. (2000). *Loğusalık Döneminde Annenin Yaşadığı Duygusal Dalgalanmalar ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 11-20.
53. Beydağ, D.K. (2007). Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6).
54. Çağlayan, E., Kara, M. ve Gürel Y. (2011). Kliniğimizde üç yıllık sezaryen oranı ve endikasyonları. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 27(2), 50-53.
55. Koç, G. (2005). *Doğum Sonu Erken Dönemde Taburcu Edilen Anneler İçin Geliştirilen Evde Bakım Hizmet Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi*, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
56. Güngör, İ., Gökyıldız, Ş. ve Nahcivan, N.Ö. (2004). Sezaryen doğum yapan bir grup kadının doğuma ilişkin görüşleri ve doğum sonu erken dönemde yaşadıkları sorunlar. *İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 53,17-24.
57. Ohoka, H., Koide, T., Goto, S., Murase, S., Kanai, A. and Masuda, T., et al. (2014). Effects of maternal depressive symptomatology during pregnancy and the postpartum period on infant mother attachment. *Psychiatry Clin Neurosci*, 68(8),631-639.
58. Kingston, D., Tough, S. and Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: a systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev*, 43(5), 683-714.
59. Bozkaya, H. ve Ünsal, M. (2006). *Lohusalık, anne hastalıkları ve doğum temel bilgileri*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 372-94.


60. Ruchala, P. L. (2000). Teaching new mothers: priorities of nurses and postpartum women, *Jognn*, 29 (3), 265-273.
61. Ransjo-Arvidson, A. B., C, Hintu, K. and Ng'andu N. et al. (1998). Maternal and infant health problems after normal childbirth: a randomised controlled study in Zambia, *J Epidemiol Community Health*, 52(6), 385-391.
62. Karakaplan, S. (2007). *Doğum Şeklinin Doğum Sonu Konfora Etkisi*, Yüksel Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
63. Gözüm, S. ve Kılıç, D. (2005). Health Problems Related To Early Discharge Of Turkish Women. *International Journal of Midwifery*, 21(4), 371-78.
64. Atıcı, İ. (2005). *Doğum Sonu Erken Taburculukta Lohusalara Verilecek Sağlık Eğitimi ve Evde Bakımın Postpartum Komplikasyonlar ve Anksiyete Düzeyine Etkisi*, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
65. Korja, R., Latva, R., Lehtonen, L. (2012). The effects of pre-term birth on mother-infant interaction and attachment during the infant's first two years. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 91(2), 164-173.
66. Ayvaz, S. (2006). Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 243-251
67. Fenwick, J., Staff, L., Gamble, J., Creedy, D.K. and Bayes, S. (2010). Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? Original Research Article. *Midwifery*, 26 (4), 394-400.
68. Gül, N. (2008). *Normal doğum ve sezaryen doğum uygulanan olguların postpartum komplikasyonlar yönünden karşılaştırılması*, Uzmanlık Tezi, İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
69. Karaçam, Z. ve Kitiş, Y. (2005). What do midwife and nurse in Turkey know about nutrition in the first six month of life? *Midwifery*, 21(1), 61-70.
70. Najman, J.M., Bor, W., O'Callaghan, M. and Williams, G.M. (2000). Postnatal depression myth and reality: maternal depression before and after the birth of a child. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 35, 19-27.
71. Benjamin, J. and Virginia, A. (2003). *Synopsis of psychiatry behavioral sciences/ clinical psychiatry*, (7.baskı). 494-496.
72. Orün ,E., Yalçın, S.S. ve Mutlu, B. (2013). Relations of maternal psychopathologies, social-obstetrical factors and mother -infant bonding at 2-month postpartum: a sample of Turkish mothers. *World J Pediatr*, 9(4), 350-355.
73. Kısa, C. ve Yıldırım, S.G. (2004). Gebelik postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 12(4), 3-6.
74. Minkoff, H. and Chervenak, F.A. (2003). Elective Primary Cesarean Delivery. *The New England Journal of Medicine*, 348(10), 946-950.

75. Bossert, R. and Rayburn, W.F. (2001). Early postpartum at a university hospital: Outcome analysis. *The Journal of Reproductive Medicine*, 46(1), 39-43
76. Hannah, M. E. (2004). Planned Elective Cesarean Section: A Reasonable Choice For Some Women? *Canadian Medical Association Journal*, 170(5), 813-814.
77. Gupta, M. (2008). The Birth of Caesarean Section. *University Of Western Ontario Medical Journal*, 78(1), 79-85.
78. Cheng, C., Fowles, E. and Walker, L. (2006). Postpartum maternal health care in the United States. *Journal Perinat Educ*, 15(3), 34-42.
79. Tokat, A.M. (2009). *Antenatal Dönemde Verilen Eğitimin Annelere Emzirme Özyeterlilik Algısına Emzirme Başarısına Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
80. Todman, D. (2007). A History of Caesarean Section: From Ancient World to the Modern Era. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, (47), 357-361
81. Mckinney, E.S., Ashwill, J.W., Murray, S. and James, S. (2000). *Maternal-Child Nursing*. ( Second Edition). Philadelphia; 714-731.
82. Simpson, R.K. and Creehan, P.A. (2001). *Perinatal Nursing*. (2nd Edition). Philadelphia; Lippincott Company, 446-667.
83. Taşdemir, N. (2005). *Hastaların Cerrahi Girişim Sonrası Abdominal Distansiyona Yönelik Deneyimleri*. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
84. Weaver, J. and Statham, H. (2005). Wanting a caesarean section: the decision process. *British Journal Of Midwifery*, (13),6.
85. James, A.H., Jamison, M.G. and Brancazio, L.R. (2006). Venous thrombo-embolism during pregnancy and the postpartum period: incidence, riskfactors, and mortality. *Am Journal Obstet Gynecol*, 194, 1311-1315.
86. Kafkas, S. ve Kadıköylü, G. (2006). Gebelik ve kalıtsal trombofili. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, (2), 43-50
87. Beşer, E., Ergin, F. ve Sönmez, A. (2007). Aydın il merkezinde doğum öncesi bakım hizmetleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (2), 137-141.



**EKLER**

## Ek-1. Etik Kurul İzin Yazısı

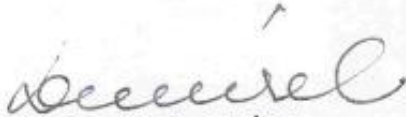
  
T.C.  
GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı: 25901600 - 2090  
Konu: Toplantı Kararları

14/05/2014

Sayın Öğr.-Gör.-Dr. Sengül Yaman  
Proje Yürütücüsü

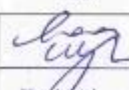
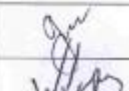
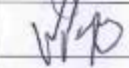
Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 28 Nisan 2014 tarihinde yapmış olduğu toplantı kararları ekte sunulmuştur.  
Bilgilerinizi rica ederim.

  
Prof. Dr. Cengiz Bekir DEMİREL  
Dekan Yardımcısı

EK-1 Etik Kurul kararı (1 sayfa)

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 06500 Beşevler / ANKARA  
Tel: 0 312 202 69 70 Faks: 0 312 212 46 47 , <http://www.medgazi.edu.tr>.

## Ek-1. (devam). Etik Kurul İzin Yazısı

GAZİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU									
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUNUN ADI	Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu							
	AÇIK ADRES	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası 06500 Beşevler/Ankara							
	TELEFON	0312 202 69 58							
	FAKS	0312 202 46 73							
	E-POSTA	tipetikkurul@gazi.edu.tr							
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sezaryan Doğum Yapan Annelerin Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi							
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Öğr.Gör.Dr.Şengül YAMAN							
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI /UZMANLIK ALANI/ BULUNDUĞU MERKEZ	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi							
	DESTEKLEYİCİ (Varsa)								
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	-Hemşirelik faaliyetlerinin sınırları içerisinde yapılacak araştırmalar -Yüksek Lisans Tezi							
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>				
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Ver.No	Dili					
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	16.04.2014	0.1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
	AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	16.04.2014	0.1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>			
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı				Açıklama				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>							
	BİYOLOJİK MATERYAL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>							
	DİĞER	<input type="checkbox"/>							
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:	233			Toplantı tarihi: 28.04.2014				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmannın gerekçe amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırma dosyasında belirtilen merkez/merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına, G.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.								
GAZİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik (13.04.2013), İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu								
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Canan ULUOĞLU								
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr.Canan ULUOĞLU BAŞKAN	Tıbbi Farmakoloji A.D	G.Ü.T.F	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm.Dr.Cemal GÜVERCİN BAŞKAN YARD.	Tıp Etiği	Y.mah. Prof.Dr. Yunus Müftü AÇS/AP Merk.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Prof.Dr.Gonca AKBULUT RAPORTÖR	Fizyoloji A.D	G.Ü.T.F	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Bülent BOYACI ÜYE	Kardiyoloji A.D	G.Ü.T.F	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	



## Ek-1. (devam). Etik Kurul İzin Yazısı

Prof.Dr.Sefer AYCAN ÜYE	Halk Sağlığı A.D	G.Ü.T.F	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.Mehmet Akif ÖZTÜRK ÜYE	İç Hastalıkları A.D	G.Ü.T.F	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.Elvan İŞERİ ÜYE	Çocuk Psikiyatrisi A.D	G.Ü.T.F	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.Arzu BAKIRTAŞ ÜYE	Çocuk Sağlığı ve Hast.A.D	G.Ü.T.F	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr.Nilüfer TURAN DURAL ÜYE	Farmakoloji A.D	G.Ü.E.F	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Doç.Dr.Hakan KAYIR ÜYE	Tıbbi Farmakoloji A.D	G.A.T.A	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç.Dr.Mustafa ARSLAN ÜYE	Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D	G.Ü.T.F	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Doç.Dr.Murat AKIN ÜYE	Genel Cerrahi A.D	G.Ü.T.F	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Doç.Dr.Sercan AKSOY ÜYE	İç Hastalıkları A.D.	H.Ü.T.F	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Av.Arzu BUZKIRAN KAYA ÜYE	Avukat	G.Ü.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Emine ŞEKER ÜYE	Sivil Temsilci	-	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>

\* :Araştırma ile İlgili  
\*\* :Toplantıda Bulunma

## Ek-2. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/03/2014-25656



T.C.  
**GAZİ ÜNİVERSİTESİ**  
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 88412942-951.02.06-  
Konu : İnceleme ve Araştırma

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE**  
(Öğrenci İşleri Dairesi Başkanlığı)



İlgi : 26.12.2013 tarih ve 044-1936 sayılı yazınız.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı yüksek lisans öğrencisi Mine İŞ'in Prof.Dr.Gülşen VURAL'ın danışmanlığında yürüttüğü, " Sezeryan Doğum Yapan Annelerin Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi" ile ilgili araştırmayı, Fakültemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında yapma isteği Dekanlığımızca uygun görülmüştür.  
Bilgilerinize arz ederim.

**Prof. Dr. Sacit TURANLI**  
Dekan

Atkara  
Tel:0 (312) 212 68 40 Faks:0 (312) 221 12 02  
Web Adresi :<http://med.gazi.edu.tr/>

## Ek-3. Yenimahalle Devlet Hastanesi İzin Yazısı

**T.C.**  
**SAĞLIK BAKANLIĞI**  
**TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU**  
**Ankara İli 2.Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği**  
**Yenimahalle Devlet Hastanesi**

03 HAZİRAN 2014  
 .../06/2014

**Sayı** : 33.738.87/770 *4281*  
**Konu** : Uygulama İzni hk.  
 Yüksek Lisans Öğr.Mine İŞ

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ**  
**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne**

İlgili: 17.03.2014 tarihli ve 14574941-302.99/871 sayılı yazınıza istinaden

Enstitünüz Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi Mine İŞ'in Öğr.Gör.Dr.Şengül YAMAN'ın danışmanlığında yürüteceği "Sezeryan Doğum Yapan Annelerin Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi " konulu tez çalışması uygulamasını,01/06/2014-01/06/2015 tarihleri arasında Mine İŞ tarafından yapılması hastanemiz yönetimince uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Esma Meltem ŞİMŞEK  
 Hastane Yöneticisi a.  
 Bakım Yöneticisi

İLETİŞİM : Yeni Batı Mah. 2026. Cad. Batıkent-Yenimahalle/ANKARA  
 TELEFON : 0312 587 25 61

Ek-4. Dr. Sami Ulus Anne Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği  
Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 73799008  
Konu : Tez Çalışması

SAĞLIK BAKANLIĞI T.C.K.H.K.  
Ankara İli 2. Bölge Kamu Hast. Birliği Genel  
Sekreterliği  
Dr. Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk  
Sağlığı ve Hastalıkları E.A.H.  
Gözetim No: 1906/2914 19-07-14

GAZİ ÜNİVERSİTESİNE  
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı yüksek lisans öğrencisi Mine İŞ' in Öğr. Gör. Dr. Şenay YAMAN' ın danışmanlığında yürüteceği " Sezaryen Doğum Yapan Annelerin Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasının uygulanması 01/06/2014 - 01/06/2015 tarihleri arasında Hastanemizde yapılması uygun bulunmuştur.

Bilgiyenizi ve gereğini ayrıca ederim.

Doç. Dr. İbrahim KARAMAN  
Hastane Yöneticisi V.

Babür Cad. No:36 06080 Teşvîzler ANKARA  
Tel: (312) 305 63 41 FAX (312) 305 6347

Ek-5. Araştırmaya Katılan Bakım Vericilerden Alınan Yazılı Onam Formu

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ**  
**“GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR”**  
**İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

1. Araştırma Projesinin Adı: **SEZARYAN DOĞUM YAPAN ANNELERİN EVDE BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

2. Sorumlu Araştırmacının Adı: Öğr.Gör.Dr.Şengül YAMAN

Diğer Araştırmacıların Adı: Mine İŞ

Destekleyici (varsa): Yok

“Sezaryan Doğum Yapan Annelerin Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi ” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni sizde sezaryan sonrası evde bakım gereksinimlerinizin bulunmasıdır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, GÜ. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Anabilim Dalında, Anne Sağlığı, Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Bölümü öğretim üyesi Öğr.Gör.Dr.Şengül YAMAN sorumluluğu altındadır.

**Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?**

Bu başlık altında aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- Bu araştırma sezaryan doğum yapan annelerin evde bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılacaktır..
- Tek merkezde Gazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'ne başvuran anneler arasından örneklem seçim kriterlerini karşılayan 260 annea ulaşılmaya çalışılacaktır.

**Bu çalışmaya katılmamı mıyım? (Bu bölüm aynen korunacaktır)**

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten

Ek-5. (devam). Araştırmaya Katılan Bakım Vericilerden Alınan Yazılı Onam Formu

doktor çalışmaya devam etmeniz sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

**Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?**

Bu başlık altında aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- GUSAUM'da Anne Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde sezaryanla doğum yapan annelerden onay alındıktan sonra taburculuk sonrası 15.gün görüşme tarafından veri toplama formu telefonla görüşme yöntemi ile doldurulacaktır.
- Hastaya ait biyolojik bir materyal ya da görüntü materyali üzerinde çalışma yapılmayacaktır.

(Örnek: Hastalığınız nedeni ile yapılan rutin tetkik ve tedavi işlemleriniz sırasında sizden alınan kanda (... ml) ..... isimli maddelerin düzeyinin nasıl değiştiği araştırılacaktır.)

**Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?**

**YOKTUR**

Örnek:

1. ....
2. Araştırmadan dolayı göreceğiniz olası bir zararda gerekli her türlü tıbbi girişim tarafımızdan yapılacaktır; bu konudaki tüm harcamalar da tarafımızdan karşılanacaktır.

**Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?**

Sezaryan doğum yapan annelerin evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, evde yaşadığı problemlerin tanımlanması sağlanacaktır.

**Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir? (Bu bölüm aynen korunacaktır)**

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

**Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak? (Bu bölüm aynen korunacaktır)**

Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi

Ek-5. (devam). Araştırmaya Katılan Bakım Vericilerden Alınan Yazılı Onam Formu

sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

**Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?**

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Mine İŞ

GÖREVİ : Yüksek lisans Öğrencisi

TELEFON : 0506 508 81 22

**(Katılımcının/Hastanın Beyanı)**

GÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Anne Sağlığı, Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalında, Öğr.Gör.Dr.ŞENGÜL YAMAN tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı

**Ek-5. (devam). Araştırmaya Katılan Bakım Vericilerden Alınan Yazılı Onam Formu**

konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Yüksek Lisans Öğrencisi Mine İŞ'e 0506 508 81 22 numaralı telefonda arayabileceğimi ve Fatih Mah.Gülyaz Cad.Sakin Sitesi No:26/2 PURSAKLAR/ANKARA adresinden ulaşabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

**Katılımcı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**Görüşme tanığı**

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Ek-5. (devam). Araştırmaya Katılan Bakım Vericilerden Alınan Yazılı Onam Formu

Adı soyadı, unvanı: Yüksek lisans Öğrencisi Mine İř

Adres : Fatih Mah.Gülyaz Cad.Sakin Sitesi No:26/2 PURSAKLAR/ANKARA

Tel: 0506 508 81 22

İmza:

Tarih:



## Ek-6. Hastaya Ait Veri Toplama Formu

Sayın katılımcı,

Bu araştırma sezaryen sonrası evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmanın güvenilirliği açısından soruların doğru ve eksiksiz yanıtlanması önem taşımaktadır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler kimliğiniz belirtilmeden bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacak ve sizden ücret talep edilmeyecektir.

Katılımınız ve işbirliğiniz için teşekkür ederim.

Bilgilendirildim ve araştırmaya katılmayı kendi isteğimle kabul ettim.

(Kimlik bilgilerinin doldurulması isteğe bağlıdır.)

Katılımcının:

Adı-Soyadı:.....

İmza:.....

### **Araştırmayı Yürüten Kişiler**

Prof. Dr. Gülşen VURAL

Öğr.Gör. Dr. Şengül YAMAN

Mine İŞ

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü

Ek-6. (devam). Hastaya Ait Veri Toplama Formu

**SEZARYEN DOĞUM YAPAN ANNELRİN EVDE BAKIM  
GEREKİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

**VERİ TOPLAMA FORMU**

**Bölüm-1 Sosyodemografik Özellikler**

**Anket No:**

**Ev telefonu:**

**Cep telefonu:**

**Adres:**

**1- Kaç yaşındasınız?.....**

**2- Eğitim durumunuz nedir?**

a-İlkokul mezunu

b-Ortaokul mezunu

c-Lise mezunu

d-Yüksek okul mezunu

**3- Çalışıyor musunuz?**

1- Evet

2- Hayır (5. Soruya geçiniz)

**4-Mesleğiniz nedir?.....**

**5-Size göre maddi durumunuz aşağıda yer alan seçeneklerden hangisine uymaktadır?**

a) Geliri giderinden az

b) Geliri gidere eşit

c) Geliri giderden fazla

**6- Sosyal güvenceniz var mı?**

a) Var

b) Yok

**7- Aile tipiniz?**

a) Çekirdek aile

b) Geniş aile

c) Diğer(Açıklayınız)

Ek-6. (devam). Hastaya Ait Veri Toplama Formu

**8- Bu gebeliğiniz planlı mıydı?**

- a) Evet
- b) Hayır

**9-Postpartum kaçınıcı gündesiniz?.....**

**10-Bebeğinizi emziriyor musunuz?**

- a) Evet
- b) Hayır

**11-Hastaneden kaç gün sonra taburcu oldunuz?.....**

**12- Doğum sonu dönemde evde sizin ve bebeğinizin bakımında yardım eden bir yakınınız var mı?**

- a) Evet (evetse kim lütfen belirtin. 11.soruya geçiniz).....
- b) Hayır

**13-Yakınınız sizinle birlikte kaç gün kaldı?.....**

**14-Yakınınızın kalması sizi nasıl etkiledi?**

- a) Olumlu etkiledi
- b) Olumsuz etkiledi

**15-Doğum sonu halsizlik yaşadınız mı?**

- a) Evet
- b) Hayır (17. soruya geçiniz)

**16-Doğum sonu halsizliğiniz ne kadar sürdü?.....**

**17-Sezaryen sonrası evde kendinizin ve bebeğinizin bakımı ile ilgili karşılaştığınız sorunların ele alınması için bir hemşire tarafından ziyaret edildiniz mi?**

- a) Evet(19.soruya geçiniz)
- b) Hayır(18.soruya geçiniz)

**18) Sezaryen sonrası evde kendinizin ve bebeğinizin bakımı ile ilgili karşılaştığınız sorunların ele alınması için bir hemşire tarafından ziyaret edilmek istermiydiniz?**

- a) Evet
- b) Hayır

**19)Hemşirenin yaptığı ziyaretler faydalı oldu mu?**

- a) Evet
- b) Hayır

Ek-6. (devam). Hastaya Ait Veri Toplama Formu

**Bölüm-2 Annenin Sezaryen Sonrası Dönemde Yaşadığı Sorunlar**

<b>SORUNLAR</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>
<b>1-VAJİNAL AKINTIYA İLİŞKİN SORUNLAR</b>		
-Pıhtı içermesi		
-Erken kesilmesi		
-Rengi açıldıktan sonra tekrar koyulaşması		
-Diğer(açıklayınız)		
<b>2-DİKİŞ YERİNE İLİŞKİN SORUNLAR</b>		
-Ağrı		
-Ödem		
-Akıntı		
-Kızarıklık		
-Dikişlerde açılma		
-Diğer(açıklayınız)		
<b>3-PERİNE BÖLGESİNE İLİŞKİN SORUNLAR</b>		
-Akıntı olması		
-Ağrı olması		
-Kızarıklık		
-Isı artışı		
-Ödem		
-Hematom olması		
-Diğer(açıklayınız)		
<b>4-MEMELERE İLİŞKİN SORUNLAR</b>		
-Meme ucu çatlağı		
-Kızarıklık		
-Dolgunluk		
-Sıcaklık artışı		
-Sütün tam boşalamaması		
-İçe çökük meme ucu		
-Meme ucundan kötü,pis kokulu akıntı		
-Memede ağrı		
-Diğer(açıklayınız)		
-Diğer(açıklayınız)		

## Ek-6. (devam). Hastaya Ait Veri Toplama Formu

<b>SORUNLAR</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>
<b>5-EMZİRMEYE İLİŞKİN SORUNLAR</b>		
-Yetersiz anne sütü		
-Yetersiz emzirme		
-Nasıl emzireceğini bilememe		
-Bebeğin memeyi almaması		
<b>6-BOŞALTIMA İLİŞKİN SORUNLAR</b>		
-Kabızlık		
-idrar yapamama		
-idrar yaparken ağrı		
-Sık idrara çıkma		
-idrarda kötü koku		
-idrar kaçırma		
-idrarı boşaltmada yetersizlik		
-İdrar yaparken yanma		
-Diğer(açıklayınız)		
<b>7-BACAKLARA İLİŞKİN SORUNLAR</b>		
-Şişlik		
-Varis		
-Diğer(açıklayınız)		
<b>8-SINDIRIM SİSTEMİNE İLİŞKİN SORUNLAR</b>		
-Bulantı		
-Kusma		
-Diğer(açıklayınız)		
<b>9-AĞRI</b>		
-Memelerde ağrı		
-İnsizyon yerinde ağrı		
-Karın ve kasık ağrısı		
-Sırt ve bel ağrısı		
-Gaz sancısı		
-Baş ağrısı		
-Diğer(açıklayınız)		
<b>10-UYKU SORUNLARI</b>		
-Uyandığında yorgun hissetme		
-Uykusuzluk		
-Uykuya dalmada güçlük		
-Yetersiz uyuma		
-Yorgunluk		
-Diğer(açıklayınız)		

## Ek-6. (devam). Hastaya Ait Veri Toplama Formu

<b>SORUNLAR</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>
<b>11-DUYGUSAL- PSIKOLOJİK SORUNLAR</b>		
-Kolay ağlama		
-Huzursuzluk		
-Gerginlik		
-Öfke nöbetleri		
-Yogun bir uzuntu halı		
-Sinirlilik		
-Diğer(açıklayınız)		
<b>12-ANNE BEBEK İLİŞKİSİNE YÖNELİK SORUNLAR</b>		
-Emzirmeyi reddetme		
-Bebeğe bakım vermede zorlanma		
-Bebeği kucağa almaktan kaçınma		
-Bebeği istememe		
-Bebeğin gereksinimlerini ihmal etme		
-Diğer(açıklayınız)		

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : İŞ, Mine  
Uyruğu : T.C  
Doğum tarihi ve yeri : 1983 \ Ankara  
Medeni hali : Evli  
Telefon : +90 506 508 8 122  
e-mail : hem\_mine@hotmail.com



### Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Yükseklisans	Gazi Üniversitesi	Devam ediyor
Lisans	Hacettepe Üniversitesi	2006
Lise	Aydınlıkevler Anadolu Lisesi	2001

### İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2015	Halil Şıvgın Çubuk DH	Sağlık Bak. Hiz. Müdürü

### Yabancı Dil

İngilizce



*GAZİ GELECEKTİR..*