



**T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**LOHUSALARIN ALDIKLARI POSTPARTUM İZLEMLERİ VE
İZLEMLERİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

**Dr.Ömer Kerim TOPAKKAYA
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr.Erhan YENGİL**

HATAY-2020

**T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**LOHUSALARIN ALDIKLARI POSTPARTUM İZLEMLERİ VE
İZLEMLERİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

**Dr.Ömer Kerim TOPAKKAYA
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr.Erhan YENGİL**

TEZ ONAY SAYFASI

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

LOHUSALARIN ALDIKLARI POSTPARTUM İZLEMLERİ VE İZLEMLERİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Dr.Ömer Kerim TOPAKKAYA

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza).....
Prof. Dr. Yusuf ÖNLEN
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının “Tıpta Uzmanlık” derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza).....
Prof. Dr. Cahit ÖZER
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza).....
Doç. Dr. Erhan YENGİL
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Prof.Dr. Cahit ÖZER
2. Doç.Dr. Erhan YENGİL
3. Dr.Öğretim Üyesi Şenay KOÇAKOĞLU

III. İÇİNDEKİLER

III. İÇİNDEKİLER	iii
IV. TABLO LİSTESİ.....	v
V. ŞEKİL LİSTESİ	vi
VI. KISALTMALAR LİSTESİ	vii
VII. TEŞEKKÜR	viii
VIII.ÖZET.....	ix
IX. ABSTRACT.....	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Postpartum İzlemin Tanımı ve Epidemiyolojisi	3
2.2. Postpartum İzlemin Dünyadaki Gelişimi	10
2.3. Postpartum İzlemin Türkiye'deki Gelişimi	11
2.4. Postpartum İzlemler.....	12
2.4.1. Birinci İzlem.....	12
2.4.2. İkinci İzlem.....	14
2.4.3. Üçüncü İzlem.....	15
2.4.4. Dördüncü İzlem.....	16
2.4.5. Beşinci İzlem.....	18
2.4.6. Altıncı İzlem.....	18
2.5. Postpartum İzlemin Temel Öğeleri.....	19
2.5.1. Öykü Alma.....	19
2.5.2. Genel Sistem Değerlendirilmesi ve Fizik Muayene.....	23
2.5.3. Laboratuvar Testleri.....	31
2.6. Postpartum Dönemde Görülebilecek Komplikasyonlar.....	32
2.6.1. Epizyotomi.....	32
2.6.2. Genital Yaralanmalar ve Postpartum Kanama.....	33
2.6.3. Uterus Atonisi.....	34

2.6.4. Uterus Rüptürü ve Uterus İ��nversiyonu.....	35
2.6.5. Pelvik Hematom ve Kog��lasyon Bozuklukları.....	36
2.6.6. Mastit ve Puerperal Ateş.....	36
2.6.7. Pelvik Taban İ��feksiyonları.....	38
2.6.8. Amniyon Sıvı Embolisi.....	40
2.6.9. İdrar Yolu İ��feksiyonları.....	40
2.6.10. Anesteziye Bağlı Komplikasyonlar.....	41
2.6.11. Cerrahi Komplikasyonlar.....	41
2.6.12. Pelvik Taban Bozuklukları.....	42
2.6.13. Diğer Komplikasyonlar.....	43
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	44
3.1 Örneklem Seçimi.....	44
3.2 Etik Onay.....	44
3.3 Çalışma Tasarımı.....	44
3.4 Anket Tasarımı.....	45
3.4.1. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi ��l��ği.....	45
3.5 Veri Analizi ve İstatistik.....	46
4. BULGULAR.....	47
5. TARTIŞMA.....	71
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	80
7.KAYNAKLAR.....	82
8. EKLER.....	93
9. ÖZGEÇMİŞ.....	106

IV. TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Obstetrik Verileri	51
Tablo 2. Birinci İzlemde Yapılan Değerlendirmeler	52
Tablo 3. İkinci İzlemde Yapılan Değerlendirmeler.....	53
Tablo 4. Üçüncü İzlemde Yapılan Değerlendirmeler.....	54
Tablo 5. Dördüncü İzlemde Yapılan Değerlendirmeler	55
Tablo 6. Beşinci İzlemde Yapılan Değerlendirmeler	56
Tablo 7. Altıncı İzlemde Yapılan Değerlendirmeler	57
Tablo 8. DSYKÖ Memnuniyet Bölümü Değerlendirme.....	58
Tablo 9. DSYKÖ Önemlilik Bölümü Değerlendirme	60
Tablo 10. Yaş, Çocuk Sayısı ve Gelir Durumunun DSYKÖ'nin Korelasyonu	62
Tablo 11. Sosyodemografik ve Obstetrik Verilere Göre DSYKÖ Skor Dağılımı	62
Tablo 12. Birinci İzlemdeki Değerlendirmelere Göre DSYKÖ Skoru Karşılaştırması	64
Tablo 13. İkinci İzlemdeki Değerlendirmelere Göre DSYKÖ Skoru Karşılaştırması	65
Tablo 14. Üçüncü İzlemdeki Değerlendirmelere Göre DSYKÖ Skoru Karşılaştırması	66
Tablo 15. Dördüncü İzlemdeki Değerlendirmelere Göre DSYKÖ Skoru Karşılaştırması.....	67
Tablo 16. Beşinci İzlemdeki Değerlendirmelere Göre DSYKÖ Skoru Karşılaştırması	68
Tablo 17. Altıncı İzlemdeki Değerlendirmelere Göre DSYKÖ Skoru Karşılaştırması	69

V. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. TNSA 1993-2013 Yılları Arası Görülen Çocukluk Dönemi Ölümlülük Hızları.....	5
Şekil 2. Ulusal Anne Ölümleri Çalışmalarındaki Anne Ölüm Oranları (Yüz Bin Canlı Doğumda).....	8
Şekil 3. Postpartum Dönemdeki Demir Desteği Çizelgesi (5)	24
Şekil 4. Ankete Katılım Durumu	47
Şekil 5. Katılımcıların Yaş Grafiği	48
Şekil 6. Katılımcıların Çocuk Sayısı.....	49
Şekil 7. Katılımcıların Eğitim Durumu.....	49
Şekil 8. Katılımcıların Meslek Dağılımı	50
Şekil 9. Katılımcıların Gelir Durumu	50

VI. KISALTMALAR LİSTESİ

ACOG	: Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği
AÖH	: Anne Ölüm Hızı
ARDS	: Akut Respiratuar Distress Sendromu
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BM	: Birleşmiş Milletler
DIC	: Dissemine İntravasküler Koagülasyon
DSB-YR	: Doğum Sonrası Bakım Yönetim Rehberi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DSYKÖ	: Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği
DVT	: Derin Ven Trombozu
g/dL	: Gram/desilitre
GDM	: Gestasyonel Diabetes Mellitus
Hb	: Hemoglobin
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
mmHg	: Milimetre civa
OGTT	: Oral Glukoz Tolerans Testi
SLE	: Sistemik Lupus Eritematozus
TİT	: Tam İdrar Tetkiki
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

VII. TEŞEKKÜR

Verdiği teorik bilgi ve klinik pratiklerle hekimlik nosyonuma katkıda bulunan ve yoğun mesaisi arasında daima bana vakit ayırabilen tez hocam Doç. Dr. Erhan YENGİL'e

Çalışma ahlakını ve disiplinini örnek aldığım, yapıcı tavrı ile her daim yanımda olan anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Cahit ÖZER'e

Eğitimim boyunca ve tezimin oluşmasında bilgi, deneyim ve yardımlarını esirgemeyen Dr.Öğr.Üyesi Pınar DÖNER GÜNER'e

Birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım Aile Hekimliği Anabilim Dalındaki araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Verilerimin toplanması sırasında aile hekimliği stajında birlikte çalıştığım intörn doktor arkadaşlarıma,

Tüm hayatım boyunca desteğini her zaman hissettiğim babam, annem ve kardeşlerime, biricik yeğenime teşekkürlerimi sunarım.

Dr.Ömer Kerim TOPAKKAYA

VIII. ÖZET

LOHUSALARIN ALDIKLARI POSTPARTUM İZLEMLERİ VE İZLEMLERİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Amaç: Bu çalışmada lohusaların aldıkları postpartum izlemlerinin belirlenmesi ve izlemlerin yaşam kalitesi üzerine olan etkisini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı tasarıma sahip olan bu çalışma, Ekim 2018-Mart 2019 tarihleri arasında lohusalık döneminde olan ve takipleri 4 ASM’de yapılan 18-49 yaş arası kadınlara sosyodemografik verileri ve postpartum izlemlerini sorgulayan anket ve ‘Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği’ gözlem altı anket uygulama yöntemiyle yapılmıştır.

Çalışma süresince kriterlere uyan toplam 142 kişiye anket uygulandı. Anket ve Ölçeği tam doldurmayanlar ve soru içeriği ile uyumsuz yanıtlayanlar dahil edilmeyerek geriye kalan 118 anket değerlendirmeye alındı. Elde edilen veriler SPSS 21.0 paket programı kullanılarak analiz edildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyinde $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan toplam 118 lohusanın yaş ortalaması $29,04 \pm 5,55$ (min:19-max:43) idi. Tüm katılımcıların DSYKÖ skor ortalaması $19,70 \pm 3,90$ idi. Sosyodemografik ve obstetrik verilerden sadece gelir durumu ve doğum yerinin DSYKÖ ile arasındaki ilişki anlamlı bulundu ($p < 0,05$). Bu çalışmada; diğer sosyodemografik (yaş, eğitim durumu, çocuk sayısı, meslek) ve obstetrik verilerde (gebelik sayısı, doğum sayısı, son doğum şekli, son doğumda gidilen kontrol sayısı, postpartum izlem sayısını bilme) ile DSYKÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p > 0,05$).

Postpartum izlemlerle DSYKÖ arasındaki ilişki de incelenmiştir. Birinci izlemdeki genel durum değerlendirme -15 dakikada bir vital takibi ve 15 dakikada bir rahim muayenesi, ikinci izlemdeki saatte bir kanama muayenesi-rahim kontrolü ve Hb ölçümü, dördüncü izlemdeki genel vücut muayenesi, beşinci izlemdeki yakınmaların sorgulanması ve genel vücut muayenesi, altıncı izlemdeki kontrasepsiyon hakkında bilgilendirme ile yapılan izlemlerde DSYKÖ skoru arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Diğer izlem basamakları ile DSYKÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Sonuçlar: Bu çalışmaya katılan lohusaların yaşam kalitesi DSYKÖ’ne göre orta-yüksek düzeyde saptanmıştır. Lohusaların geç postpartum dönemdeki izlemlere daha az katıldıkları görülmüştür. Düşük olan izlemlerin tümüne katılım oranını yükseltmek ve izlemlerde nitelik artışı sağlayarak izlemlerin yaşam kalitesine etkisini artırmak için sağlık çalışanlarının izlemlerle ilgili bilgi ve yeterliliğinin artırılması

gerekmektedir. Bunun da mezuniyet öncesinde müfredatta postpartum izlemin daha fazla yer almasıyla ve mezuniyet sonrasında ise izlemlerle ilgili eğitim verilmesiyle sağlanabileceği kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Postpartum, Yaşam Kalitesi, Lohusa



IX. ABSTRACT

POSTPARTUM FOLLOW-UPS OF PUERPERANT AND THE EFFECT OF FOLLOW-UPS ON QUALITY OF LIFE

Background and Aim: The aim of this study was to determine the postpartum follow-ups of the puerperant and the effect of the follow-ups on quality of life.

Methods: This cross-sectional descriptive study was conducted with a questionnaire including questions regarding sociodemographic data and postpartum follow-ups and the “Postpartum Quality of Life Scale”, applied with a questionnaire under observation method, for women between the ages of 18-49 who were followed up in 4 FHCs (family health centers) and were in the puerperium period between October 2018 and March 2019.

During the study, the questionnaire was applied to a total of 142 people who met the criteria. Those who did not completely fill in the Questionnaire and Scale were not included, and the remaining 118 questionnaires were taken under evaluation. The data obtained were analyzed using SPSS 21.0 package program. The level of statistical significance was accepted as $p < 0.05$.

Results: The mean age of the 118 puerperant included in the study was 29.04 ± 5.55 (min: 19-max: 43). The mean score of all participants for the MAPP-QOL was 19.70 ± 3.90 . Among sociodemographic and obstetric data, only the relationship between income status and place of birth and PQLS was found to be statistically significant ($p < 0.05$). In this study, no significant correlation was found between other sociodemographic (age, educational status, number of children, occupation) and obstetric data (number of pregnancies, number of births, last birth type, number of controls at last birth, knowing the number of postpartum follow-ups) and the mean score of the MAPP-QOL ($p > 0.05$).

The relationship between the postpartum follow-ups and the MAPP-QOL was also examined. A significant correlation was detected between general status assessment at the first follow-up -a vital follow-up once every 15 minutes and a uterine examination once every 15 minutes, an hourly hemorrhage examination at the second follow-up -uterine control and Hb measurement, general body examination at the fourth follow-up, questioning of complaints at the fifth follow-up and general body examination, briefing about contraception at the sixth follow-up and the MAPP-QOL score. There was no significant relationship between the other follow-up steps and the MAPP-QOL scores.

Conclusion: The quality of life of the puerperant included in this study was found to be medium high according to the MAPP-QOL. It was observed that the puerperant were less involved in the follow-ups in the late postpartum period. In order to increase the participation rate of all low follow-ups and increase the effect of follow-ups on quality of life by increasing their quality, the knowledge and competence of health workers should be increased. We believe that this can be achieved by further including postpartum follow-up in the curriculum before graduation and providing training about follow-ups after graduation.

Keywords: Postpartum, Quality of Life, Puerperant



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Postpartum dönem; bebek, plasenta ve membranların çıkışını takip eden 6 haftalık süreci kapsayan gebelik dönemindeki fizyolojik, anatomik değişimlerin gebelik öncesi döneme geri döndüğü ve annenin yeni rolüne uyum sağladığı dinamik bir süreçtir (1,2).

Anne, bebek ve aile sağlığının geliştirilmesinde önemli bir dönüm noktası olan bu süreç aynı zamanda değişikliklere uyum sağlamada anne ve ailenin yoğun stres yaşadığı bir kriz dönemidir. Doğum sonrası dönemde gelişen kanama, enfeksiyon ve komplikasyonlar doğurganlık çağındaki kadınlar arasında önemli morbidite ve mortalite nedenidir (2). Dünyada bir yılda gerçekleşen 302.000 anne ölümünün yaklaşık yarısı postpartum dönemde gerçekleşmektedir (3). Anne ölüm oranı üreme sağlığı sunum kalitesinde önemli kalkınma göstergelerinden biri kabul edilmektedir. Anne sağlığının temel göstergelerinden biri olan anne ölümlerinin azaltılması ve anne sağlığının iyileştirilmesi DSÖ tarafından belirlenen Bin Yıl Kalkınma Hedefleri arasında yer almıştır (4).

Anne ölümlerinin azaltılması ve anne sağlığının iyileştirilmesi için annelerin gebelik süresince en az 4 kez izlem yapılması, lohusalık döneminde ise doğum sonrası hastanede 3, birinci basamak sağlık kurumlarında 3 kez olmak üzere toplam 6 kez lohusa izleminin yapılması önerilmektedir. Ayrıca normal doğum sonrası 24 saat, sezaryen sonrası 48 saat hastanede takip edilmesi gerekmektedir (5).

Anne sağlığı hizmetleri içinde önemli bir yeri olan postpartum izlemlerden kadınlar prenatal izlemlere göre daha az yararlanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde prenatal izlem ve bakımlardan yararlanma oranı %97 iken gelişmekte olan postpartum bakım ve izlem alma oranının bu orandan çok daha düşük olduğu görülmektedir. Anne-bebek ölümlerinin önüne geçilmesinde postpartum izlemlerinin

değerinin anlaşılması üzerine ülkemizde postpartum bakım ve izlem alma oranının %93.2'e kadar yükseldiği belirtilmektedir (5,6).

Türkiye'de yapılan ulusal ölçekli çalışmalarda, anne ölümlerinin %25'inin ve yenidoğan ölümlerin yaklaşık yarısının doğum esnasında ve doğum sonrası ilk 24 saat içinde gerçekleştiği ve bu oranların doğumdan sonraki ilk hafta itibarıyla sırasıyla %60 ile %66'ya çıktığı bildirilmektedir (7). Günümüzde postpartum bakım ve izlemlerde anne-bebek ölümlerine, hastalık ve komplikasyonlara (postpartum kanama, infeksiyon, preeklamsi) ve bunların kontrol altına alınmasına önem verilmektedir (8). Ülkemizde ve dünyanın birçok ülkesinde anne ölümleri için risk faktörleri belirlenmiştir ve bu faktörlerin önleyebilmek için ulusal kılavuzlar (DSB-YR) hazırlanmış ve uygulamaya koyulmuştur (5).

Postpartum dönemde annelerin hem kendi bakımı, hem de bebek bakımı ile ilgili ortak kaygıları ve öğrenme gereksinimleri yüksektir. Doğum sonu bakım hizmetleri ve izlemlerin Doğum Sonrası Bakım Yönetim Rehberine göre sistemli ve nitelikli bir şekilde düzenlenmesi ve uygulanmasıyla annelere bilinçli öz bakım, aile ilişkilerinde yeterlilik, olumlu sağlık davranışları kazandırılarak sağlıklı bir postpartum dönem geçirmeleri sağlanabilir (9,10). Bakım ve izlemlerle ilgili lohusaların bilgisinin olması annenin özgüven duygusunun artmasını sağlayarak sorun çözme becerisini artırıp yaşam kalitesinin artmasına katkıda bulunacaktır.

Temel ilkelerinden birinin kapsamlı yaklaşım olduğu aile hekimliğinde, lohusaların aldıkları postpartum izlemlerle ilgili yeterince araştırma yoktur. Bu çalışmada lohusaların aldıkları postpartum izlemlerinin belirlenmesi ve izlemlerin yaşam kalitesine etkisini ortaya koymak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Postpartum İzlem Tanımı ve Epidemiyoloji

DSÖ'nün 2010 yılında yayınlanan Postpartum Bakım Kılavuzunda postpartum izlem; bebek, plasenta ve membranların anne rahminden ayrılışından 1 saat sonra başlayan ve doğum sonrasındaki ilk 6 haftada yapılan, anne bebek sağlığının çeşitli hastalıklar ve komplikasyonlardan korunmasının, sosyal ihtiyaçların giderilmesi için aile ve toplum desteği ile anne sağlığının geliştirilmesinin amaçlandığı bakım ve uygulamalar olarak tanımlanmıştır (2).

Postpartum dönem birbirlerini izleyen üç dönemden oluşmaktadır (11). “Acil lohusalık dönemi” olarak adlandırılan doğum sonrasındaki ilk 24 saatlik dönemde postpartum kanama, amnion sıvı embolisi, uterin inversiyon ve eklampsi gibi acil sorunlar yaşanabilir. Doğumdan sonraki birinci gün ile on dördüncü gün arasında “erken lohusalık dönemi” ve 2.-6.hafta arasında “geç lohusalık dönemi” olarak adlandırılan dönemlerde hemodinamik, genitoüriner sistem, metabolizma ve psikolojik durumla ilgili gebelik öncesine geri dönülmesini sağlayan değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişiklikler acil lohusalık dönemine göre daha yavaş gerçekleşir (12,13).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından postpartum izlemin önemini vurgulamak amaçlı kılavuzlar yayınlanmaktadır. Bu kapsamda hazırlanan kılavuzlarda postpartum izlemin amacının; *"anne ve bebek sağlığı için risk oluşturan tıbbi ve sosyal durumları saptayarak oluşacak komplikasyonları ve infeksiyonları önlemek ile anne-bebek sağlığı için verilen bakımın kalitesini artırmak"* olduğu belirtilmiştir (8).

DSÖ; gebelik sürecinde, doğum sırasında ve doğum sonrasında önlenebilecek anne- yenidoğan ölümlerini ve hastalıklarını öncelikle ele alınması gereken sağlık

sorunları olarak belirlemiştir (7). Bu nedenle üreme sağlığı, prenatal, perinatal ve çocuk sağlığı hizmetlerine erişimin artırılması, anne-bebek ölümlerinin azaltılması DSÖ tarafından belirlenen Bin Yıl Kalkınma Hedefleri arasında yer almıştır. Son yıllarda daha fazla önem verilen üreme sağlığı kapsamında; nitelikli ve sistemli postpartum izlemlerin doğum öncesi izlemlere göre daha etkin ve az maliyetli olması postpartum bakım ve izlemlerin uygulanmasının gerekliliğini göstermektedir (14,15).

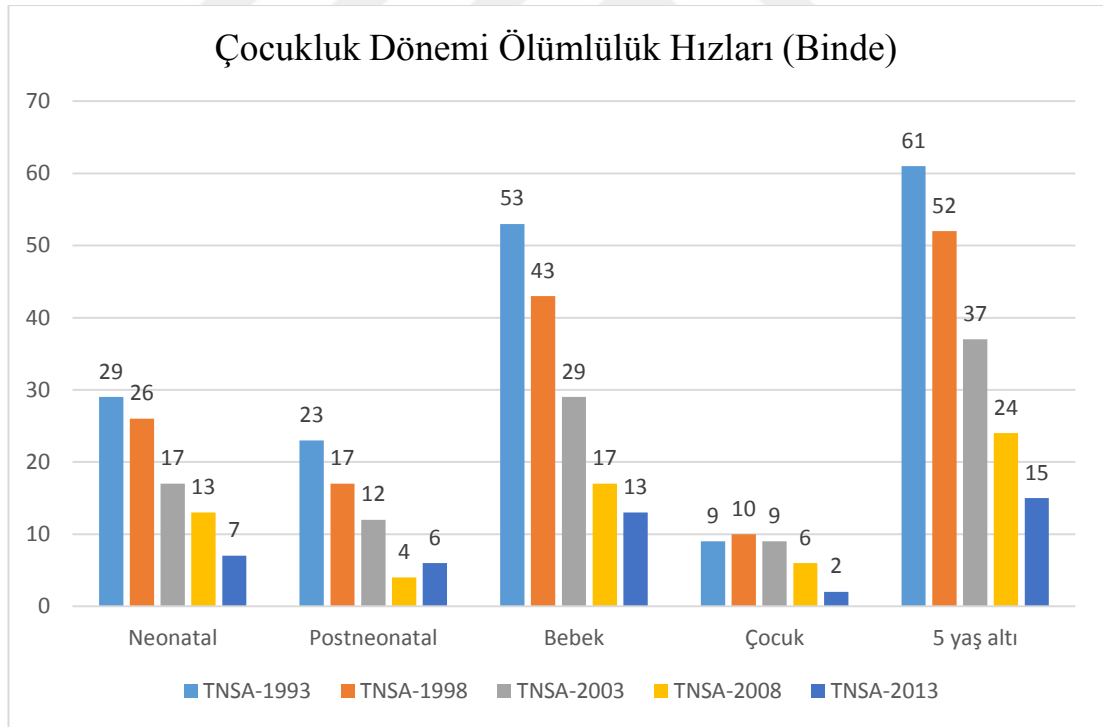
Gebelik boyunca, doğum esnasında ve ya gebeliğin sonlanmasını takip eden 42 gün içerisinde gerçekleşen obstetrik komplikasyonlardan (direkt) veya gebelik öncesinde var olan gebelik durumunun şiddetlendirdiği bir nedenden (dolaylı) kaynaklanan kadın ölümü anne ölümü olarak tanımlanmaktadır (16).

Dünya’da anne ölümlerin %80’i doğum sırasında veya sonrasında meydana gelen kanamalar, postpartum dönemde gelişen infeksiyonlar ve gebelikte gelişen hipertansif bozukluklar, gestasyonel diyabet gibi direkt kaynaklı nedenlerden oluşmaktadır. Türkiye’de en sık anne ölümleri sırasıyla doğum öncesi- sonrasında- sırasında gerçekleşen kanamalar, preeklampsi-hipertansif hastalıklar, cerrahi komplikasyonlar ve infeksiyonlardır (17). Bu ölüm nedenlerinin önüne geçebilmek için en etkili yöntemlerden biri de postpartum izlemlerdir.

Kılavuz ve rehberlerin şemasını çizdiği efektif postpartum izlemlerde doğumun hastahane şartlarında gerçekleştirilmesi, lohusanın vajinal yolla gerçekleşen doğum sonrası 24, sezaryen sonrası 48 saat hastanede izlenmesi gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca bu kılavuz ve rehberlerde doğum sonrası meydana gelen kanamalarda, gelişen infeksiyon ve komplikasyonlarda yapılması gereken fizik muayene, tetkik ve tedavi ayrıntılı bir şekilde yer almaktadır (8).

Postpartum izlemlerin diğer bir amacı da birincil koruma uygulayabilmektir. Postpartum izlemlerin sistemli ve nitelikli uygulanabilecek şekilde düzenlenmesiyle lohusalara olumlu sağlık davranışları, bilinçli öz bakım, aile içi ilişkilerinde yeterlilik, olumlu sağlık davranışları kazandırılarak lohusalık döneminde gelişebilecek sorunlar önlenabilir. Birincil koruma kapsamında yapılan bu izlemler lohusaların sağlıklı bir postpartum dönem geçirmelerine ve yaşam kalitesinin artmasına katkıda bulunacaktır (18).

Düzenli ve nitelikli postpartum izlemler lohusa sağlığının yanısıra yenidoğan ve bebek ölümlerini de doğum öncesi bakım ve izlemlere göre daha az maliyetle azalttığı gösterilmiştir (19). Postpartum izlemler esnasında sağlık çalışanları ve hekimler tarafından yapılan bilgilendirme ve eğitimle lohusaların yenidoğan enfeksiyonları, bebeğin sağlık durumu, nitelikli bebek bakımı gibi konularda daha bilinçli olması bebek ölüm hızının düşmesini sağlayabilir (Şekil 1). Lohusa postpartum izlemler için sağlık merkezine başvurdıklarında yenidoğanın sağlık kontrollerinde eşgüdümlü olarak yapılması yenidoğanın sağlığını geliştirmede etkili olacaktır. Türkiye’de 2013 yılında sağlık elemanlarından doğum sonrası bakım alanların oranı yüzde 94 olarak bildirilmiştir. Türkiye’de artan postpartum izlem ve yenidoğan kontrollerle 2003 yılında sırasıyla binde 17 ve 29 olarak bildirilen yenidoğan ve bebek ölüm hızları 2013 yılında sırasıyla 7 ve 13 olarak saptanmıştır (Şekil 1). Bebek ölüm hızlarında düşüş kaydedilmiştir (9).



Şekil 1. TNSA 1993-2013 Yılları Arası Görülen Çocukluk Dönemi Ölümlülük Hızları

Anne ve yenidoğanın sağlık sorunlarını belirlemekte önemli bir yeri olan postpartum bakım ve izlemler, aynı zamanda sağlık çalışanlarının bu sorunlar

hakkında farkındalığının artmasına sağlamaktadır (20). Sağlık çalışanlarında farkındalığın artması; doğum sonrası bakım ve izlemlerin kalitesinin yükselmesini ve annenin doğum sonrası özbakımı ve hijyeni, bebek bakımı, emzirme, aile planlaması, Demir ve D vitamini desteği gibi konularda bilgi sahibi olması sağlanarak lohusa ve bebeğin optimal sağlık hizmeti almasını sağlamaktadır (21).

Verilecek postpartum izlemlerin nitelikleri ve kapsamı da doğum şekline göre değişmektedir. Vajinal doğumda, sezaryenle doğuma göre daha az maternal komplikasyon gelişmektedir. Sezaryenle doğumda, postpartum kanama, puerperal ateş, idrar yolu infeksiyonu ve tromboembolizm gibi komplikasyonlar daha fazla görülmektedir. Yara yeri infeksiyonu, cerrahi komplikasyonlar (uterin rüptürü, safra yaralanmaları), genitoüriner, kardiyopulmoner rahatsızlıklar, postpartum kanama gibi nedenlerden dolayı hastaneye yatışları artırmaktadır. Bu yüzden sezaryenle doğum yapanlarda postpartum izlemlerin daha özenli yapılması gerekmektedir (22).

Doğum sonrası bakım ve izlemlerin artması ile anne, yenidoğan ve bebek ölümlerinin azaltılması için doğum sonu bakım kılavuzlarının içeriğinin yeterli ve güncellenmiş olması gerekmektedir (2). Güncellenen kılavuz ve rehberlerin esas alındığı bakım ve izlemlerin lohusalar tarafından erişilebilir olması da önemlidir. Erişilebilirliğin sağlanmasında birinci basamak sağlık hizmetini veren tesislerin nitelikli olması gerekmektedir.

“Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı” çerçevesinde birinci basamak örgütlenmesinde 2005 yılından günümüze dek çeşitli değişiklikler yapılmıştır. “Aile Hekimliği Uygulaması”na geçilmiştir. Bu uygulama ile aile hekimleri kendilerine kayıtlı olan gebelerin doğum öncesi ve sonrasındaki bakım ve izlemleri ilgili kılavuz ve rehberlere göre yapmakla görevlendirilmişlerdir. DSB-YR’ne göre lohusalara doğum sonrası hastanede 3 ve taburculuk sonrası 3 kez olmak üzere en az 6 lohusa izlemi verilmesiyle vajinal yolla gerçekleşen doğum sonrası 24, sezaryen sonrası ise 48 saat hastanede takip edilmesini önerilmektedir (8).

Türkiye’de DSB-YR’ne göre birinci, ikinci, üçüncü izlem sırasıyla doğumu takip eden ilk saat içerisinde, 1.-6. saatler ve 6.-24. saatler arasında hastanede yapılmalıdır. Doğum sonrasında hastaneden taburcu olan lohusanın taburculuk

sonrası bakımları olan dördüncü, beşinci, altıncı izlem sırasıyla doğumu takip eden 2.-5.günler, 13.-17. günler ve 30.-42 günler arasında evde veya sağlık kuruluşlarında (ASM, Hastane) yapılmalıdır (23).

Postpartum izlemlerin niteliğin iyileştirilmesinde; lohusa ve yenidoğanın düzenli izlem ile muayenesinin yapılması, olası komplikasyonlar için tedbirlerin alınması, erken tanı ve tedavinin sağlanması ve yapılan tedavinin değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Ayrıca lohusanın postpartum izlemlerden memnuniyeti de lohusaların izlemlere katılma oranını yükseltmekte bu nedenle lohusa memnuniyeti sık sık değerlendirilmelidir. Postpartum izlemlerin kalitesini ve lohusa memnuniyetini artırmak için sağlık çalışanları kendilerini kritize etmeli ve lohusalara verilen bilgilendirme ile postpartum izlemde güncelleme yapmalıdırlar. Ayrıca sağlık çalışanlarının postpartum izlem konusunda sürekli güncel bilgiye sahip olması; lohusanın izlemlere olan memnuniyetsizliğinin giderilebilmesine imkan ile sağlık çalışanlarının mesleki gelişimlerine katkı sağlamaktadır. Bu yüzden postpartum döneme uyumu sağlayacak danışmanlık ve bilgilendirme; bu dönemi kapsayan bir şekilde bütüncül bir yaklaşımla verilmelidir.

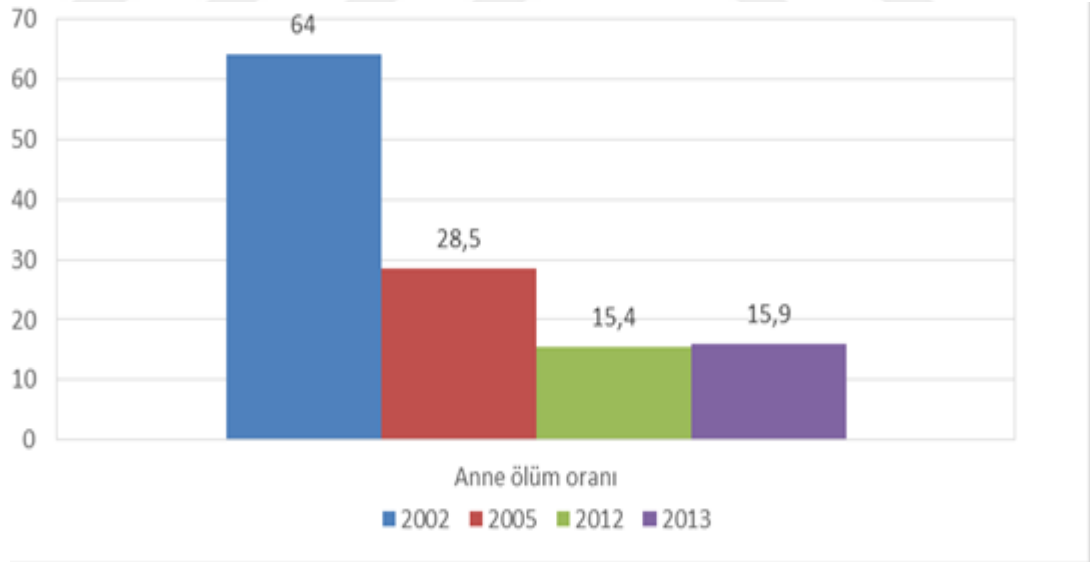
Sağlık çalışanları tarafından doğumdan sonra verilen postpartum izlemin içeriği kadar eğitimin zamanı ve yöntemi de önem kazanmaktadır (24). Türkiye’de postpartum dönemde danışmanlık ve bilgilendirme; lohusanın sağlık kuruluşundan yatışı esnasında postpartum dönemdeki öncelikleri kapsayan sözel bilgilendirme şeklindedir. Anestezi, yorgunluk ve ağrıdan dolayı ilerken erken postpartum dönemde lohusa dinlenerek veya uyuyarak geçirir ve çoğu zaman herhangi bir konuya ilgisi azalır. Bu yüzden postpartum erken dönemde genellikle grup eğitimi şeklinde yapılan sözel bilgilendirme kalıcı olmamakta taburculuk sonrası verilen bilgiler ise yüzeysel kalmaktadır.

Her lohusaya taburculuktan önce kapsamlı değerlendirme yapılmalı ve riskli lohusalar tanımlanmalıdır. Lohusaya bilgilendirme yapılırken komplikasyonların erken belirti ve bulguları ile tehlikeli durumları içeren durumuna özel görsel materyal (broşür, kitapçık) kullanılmalıdır. Ayrıca günümüzde prenatal döneme yönelik ayrıntılı bilgiler veren ve interaktif etkinliklerle prenatal dönemin sıkıntısız geçirilmesini sağlayan ve çok yaygın olan gebe okullarına rağmen postpartum

dönemdeki uyum sürecine yönelik anneleri destekleyici okullar mevcut olmaması lohusaları olumsuz etkilemektedir (25,26).

Ancak ACOG; komplikasyonların oluşmadığı vajinal doğumlarda annenin 48 saatten önce, sezaryen sonrası 96 saatten önce taburcu olmasını önermekte ve lohusanın vajinal doğumdan 24 saat sonra taburcu edilmesini “çok erken taburculuk” olarak tanımlamaktadır. Aile hekimleri tarafından verilen postpartum bakım ve izlemler ayrıntılı hikayenin alınmasını, fizik muayeneyi, laboratuvar tetkiklerini, bilgilendirme-danışmanlık ve profilaksi hizmetlerini kapsamaktadır.

Güncellenen kılavuz ve rehberlerin temelini oluşturduğu postpartum izlemlerin katkılarıyla ülkemizde 2002 yılında yüzbin canlı doğumda 64 olan anne ölüm oranı, “Ulusal Anne Ölümleri Çalışmaları”na göre 2005 yılında yüzbinde 28.5’a, 2012 yılında yüzbinde 15.4’e, 2013 yılında yüzbinde 15.9’a kadar inmiştir (Şekil 2). Rehber ve kılavuzdaki önerilerin zamanla uygulanmasının artırılması Ulusal Anne Ölümleri Çalışmasının 2014 yılındaki verilerinde saptanan yüzbinde 15.2 olan anne ölüm oranının daha fazla düşmesi sağlayabilir (27).



Şekil 2. Ulusal Anne Ölümleri Çalışmalarındaki Anne Ölüm Oranları (Yüz Bin Canlı Doğumda)

Postpartum izlemlerin verimliliği ve kalitesi ölçeklerle saptanabilir. Postpartum dönemdeki lohusaların yaşam kalitesi çoğunlukla genel yaşam kalitesi ölçekleriyle değerlendirilmiştir. Türkiye’de yaşam kalitesi ile ilgili olarak yapılan çalışmaların çoğu kanser hastalarının veya kronik hastalığı olan hastaların ve aileleri ile ilgili çalışmalardan oluşmaktadır. Yeni rollerin üstlenildiği ve özel koşulların olduğu bir süreçte postpartum döneme özgü ölçeklerle izlemlerin niteliği ve verimliliği tespit edilebilir.

Geçerlik ve güvenirlik çalışması Hill ve arkadaşları tarafından yapılan DSYKÖ’nün Türkçe uyarlamasının dil içeriği ve geçerliliği Altuntuğ ve Ege tarafından yapılmıştır (28). Doğum sonu yaşam kalitesi, annenin algılamasına yönelik bir ölçektir ve 5 alt boyuta yönelik 40 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları Akrabalık-aile-arkadaş (9 madde), Sosyoekonomik (9 madde), Eş (5 madde), Sağlık(8 madde), Psikolojik (9 madde) boyut gibi 5 farklı özelliği sorgulamaktadır.

Dünya’da ve Türkiye’de güncellenen kılavuzlarla birlikte hekimlerin prenatal ile postpartum izlemlerdeki görev ve sorumlulukları net olarak belirlenmiştir. Bu Postpartum izlemlerin anahatlarının belirlenmiş olması bakım ve izlem alma oranlarında artış sağlamıştır.

Dünya’da 1990’lı yıllarda kadınların sadece %35’inin postpartum bakım ve izlemlerden yararlandığını saptanırken Türkiye’de 1990’lı yıllara ait postpartum bakım ve izlem alanlara dair bir veri bulunmamaktadır (29). Bununla birlikte 2000’li yıllarda daha sağlıklı veri kaydının yapıldığı görülmektedir. TNSA-2008 verilerinde yüzde 83 olan postpartum izlem oranı önemli bir artış göstererek TNSA-2013 verilerinde %93.2 olarak bildirilmektedir. TNSA-2013 verilerinde sağlık personeli tarafından yapılan kontrollerin yüzde 74’ünün doğumdan sonraki ilk dört saat içinde yapıldığı belirtilmektedir. TNSA-2013 verilerine göre Türkiye’de doğum sonrası izlemlerin oranı %90’ın üzerinde olsa da, verilen izlemlerin kalitesinin düşük olduğu bildirilmektedir (9,30).

2.2. Postpartum İzlemin Dünya'daki Gelişimi

Toplumda önemli bir yeri olan kadınların başta sağlık olmak üzere eğitim ve sosyal hayattaki koşullarının tüm dünyada gelişimi zamanla olmuştur. Kadınların toplumsal statüde yer edinmesinde kolaylık sağlayacak gelişmiş sağlık düzeyine erişilmesinde en önemli basamaklarından biri kadınlar için fizyolojik süreçler olarak kabul edilen gebelik, doğum ve lohusalıkta ortaya çıkan anne ölümlerinin engellenmesi, lohusanın sağlık düzeyinin iyileştirilmesi, üreme sağlığıyla ilgili eğitimler verilmesidir.

Doğurganlık çağındaki kadınlarda (15-49 yaş) sağlık sorunları genellikle gebelik, doğum ve lohusalık dönemlerde ortaya çıkmaktadır. Tüm Dünya’da gebelikte, doğumda ve lohusalık döneminde meydana gelen ölüm ile kanama ve infeksiyon gibi komplikasyonlar ait olan toplumun başta sosyoekonomik durum olmak üzere tüm koşulların düzeltilmesiyle gerçekleşir (31).

Dünyada her yıl 150 milyon kadın hamile kalmakta ve bu gebeliklerin 28 milyonu hekim gözetiminde sonlandırılırken kendiliğinden ve gebelik kaynaklı düşüklerle beraber toplam düşük sayısı ise 50 milyonu bulmaktadır. Anneliğe bağlı sebeplerden ise 20 milyon kadının kronik hastalık veya sakatlık yaşadığı belirtilmiştir.

2017 yılında Dünya’da gerçekleşen 302.000 anne ölümünden %99’u az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, %1’i ise gelişmiş ülkelerde gerçekleşmiştir. Dünya’da gelişmiş ülkelerdeki annelik ile ilişkili ölümlerin tüm kadın ölümlerine oranı % 0.2 iken gelişmekte olan bu ülkelerde bu oran %1.5’tur. Gelişmiş ülkelerde AÖH 100 bin canlı doğumda ortalama 10 iken ABD’de 12, İngiltere’de 9, Afganistan’da yüzbinde 1700’dür (31). Gelişmemiş ülkelerde yüksek AÖH, postpartum izlemlerin etkin uygulanmasıyla azaltılabilir.

DSÖ’nün 1986’da Kanada’da yapılan 1.Uluslararası Sağlığın Geliştirilmesi Konferansında sağlığın geliştirilmesi; kendi sağlığının geliştirilmesinde otokontrol gücünün artırılması olarak tanımlanmıştır (32). 1994 yılında Kahire’de düzenlenen

Dünya Nüfus ve Kalkınma Kongresinde kadınların yoksulluk ile eğitim gibi konulardaki sorunlarının yanısıra üreme sağlığının üzerinde durulması ilk kez vurgulanmıştır.

2.3. Postpartum İzlemin Türkiye’deki Gelişimi

Türkiye’de değişik sosyokültürel ve ekonomik etkenler kadınların sağlık, sosyal ve ekonomik statüdeki iyileşmelere bazen engel olsa da bu statüler zaman geçtikçe ileriye doğru aşama kaydetmiştir. 1985 yılında Pekinde yayınlanan ‘*BM’nin Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi*’ ni onaylayan ülkemiz kadınların sağlık, sosyal ve kültürel açıdan kalkınmasını sağlamak için 1990-1994 yılları arasındaki Beş Yıllık Kalkınma Planına buna yönelik hedefler ve planlamalar koyarak ilk defa geniş kapsamda ele almıştır.

Anne sağlığının geliştirilmesi için bu nedenle DSÖ tarafından güvenli annelik kapsamında ‘Anne – Bebek Paketi’ programı oluşturulmuş. Birçok ülkede 1987 yılında, ülkemizde ise 1994 yılında uygulamaya geçilmiştir (33).

2007 yılında 15-49 yaş kadın izlemleri, anne dostu hastane, doğum sonrası bakım, acil obstetrik bakım, anne ölümleri izleme, aile planlaması ve üreme sağlığı hizmetlerine erkek katılımının sağlanması programları başlatılmıştır. 2008 yılında da “misafir anne” uygulaması eklenmiştir. Bu uygulama ile iklim ve ulaşım şartlarının imkansız olduğu bölgelerdeki gebeler tespit edilerek doğum zamanlarına yakın şehir merkezlerine getirilmeleri konaklatılmaları, doğumlarının uygun koşullarda hastanelerde sağlanması ve ilk üç postpartum izlemin hastahane yapılmaması hedeflenmiştir.

Sağlık Bakanlığı kadınlara yönelik bu düzenlemeleri diğer bakanlıklar ile birlikte çalışarak hayata geçirmeye başlamıştır. Örneğin; ‘6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’ kapsamında 2012 yılında çıkarılan “Kadın Çalışanların Gece Postalarında Çalıştırılma Koşulları Hakkında Yönetmelik” gebelik ve annelik halinde olan kadınların gece postalarında çalıştırılma koşullarını düzenlemektedir. Ayrıca aynı kanuna dayanılarak “Gebe ve Emziren Kadınların Çalıştırılma Şartlarıyla

Emzirme Odaları ve Çocuk Bakım Odaları ile Çocuk Bakım Yurtlarına Dair Yönetmelik” çıkarılmıştır (34).

2.4. Postpartum İzlemler

DSB-YR’ne göre lohusalara doğum sonrasında ilk saat içerisinde, 1.-6. saatler ve 6.-24. saatler arasında 3 ve taburculuk sonrası 3 olmak üzere, en az 6 lohusa bakımı verilmesini ve normal doğum sonrası 24 saat, sezaryen sonrası 48 saat hastanede takip edilmesini önerilmektedir (8).

2.4.1. Postpartum Birinci İzlem

Postpartum birinci izlem doğum sonrasındaki ilk saatte hastanede gerçekleştirilir. Sağlık görevlisi önce kendini tanıtmalı sonra gerekli mahremiyeti sağlayarak nezaketle izlem sırasındaki muayene ve müdahaleleri nezaketle yapmalıdır. Öncelikle lohusanın genel durum değerlendirmesi yapılmalı sonra şikayetleri sorgulanmalıdır. Lohusanın prenatal izlem ve doğumla ilgili kayıtlı verileri gözden geçirilmeli risk değerlendirmesi yapılmalıdır. Risk değerlendirmesine göre hastanede kalış süresi ve lohusaya klinikte yapılacak işlemler belirlenmelidir. Risk değerlendirmesinde baz alınacak ölçütler şunlardır:

- Rh uyuşmazlığı veya izoimmünizasyon
- Anemi (Hb <11 g/dL)
- Erken membran rüptürü veya uzamış doğum eylemi
- Çoğul gebelik, doğum ağırlığı>4000 g veya polihidramnios
- Forseps, vakum veya sezaryen doğum
- Uterus rüptürüne yol açacak manipülasyonlar
- Perine ve vajen laserasyonları
- Gebelik öncesi veya gebelikte hipertansiyon varlığı
- Gebelik öncesi veya gebelikte diyabet varlığı
- Sistemik hastalık varlığı (kalp hastalıkları, kanser vb)
- Daha önce bilinen psikiyatrik bozukluk

- 2 yıldan az aralıklarla gerçekleşen doğumlar veya multiparite
- Adolesan (<18 yaş) veya ileri yaş (>35 yaş) gebelikler
- Doğumun hastane dışında gerçekleşmesi
- Düşük sosyoekonomik durum

Genel durum değerlendirmesinden sonra muayene/müdahale yapılacaksa muayene veya müdahalenin amacını ve nasıl yapılacağını açıklanmalı ve lohusanın mahremiyeti göz önünde bulundurulmalıdır. Birinci izlemde lohusanın bilinç durumu kontrol edilmeli ve 15 dakikada bir vital parametreleri alınmalıdır. Ateş takibi en az bir kere, infeksiyon varlığında ise yakın takip gerekmektedir. Tansiyon 90/50 mmHg ise sık takip edilmelidir. Hipotansiyon anestezi veya kanamaya bağlı olabilir. Nabız (60-100/dakika) ve solunum sayısı (10-20/dakika) takipleri normal değerlerinde değilse lohusa yakın takip edilmelidir. Hipotansiyonla beraber taşikardi de bulunuyorsa kanama kontrolleri daha sık yapılmalıdır (8).

Yarım saatte 3'ten fazla peti kirleten kanamanın varlığı, sürekli kan ve pıhtı gelişi veya kanamanın açık kırmızı renkte olması kanama miktarının fazla olduğunun göstergesidir. Kanama riski olan lohusalarda (uzamış eylem, çoğul gebelik, makrozomik bebek) kan kaybı V-Drape ile kaydedilmeli ve kanama yönetimi yapınız. Postpartum kanamayı önlemek için profilaktik olarak 10 ünite oksitosini im veya iv verilebilir. 10 ünite oksitosin 500 cc % 0,9'luk NaCl veya 500 cc Ringer Laktat içerisinde 15 dakika 10 cc/dk'dan 45 dakika 2 cc/dk 'dan infüzyona devam edilmelidir. Oksitosinin bulunmadığı durumlarda ergometrine 0,2 mg im veya misoprostol 600 µg oral olarak kullanılabilir (8).

Doğumdan sonraki ilk bir saatte uterin fundus umbilikus seviyesinde ve serttir. Uterusun kontrakte olmadığı lohusalarda fundus masajının uygulanması uterusu kontraksiyonu ve kanama miktarında azalmayı sağlayacaktır. Yumuşak hareketlerle yapılan fundus masajı lohusaya öğretilmeli ve uygulaması istenmelidir. Fundus masajının yanısıra doğumdan sonraki ilk yarım saatte 10 dakikada bir, sonraki yarım saatte 15 dakikada bir uterin fundus seviyesi kontrolü yapılmalıdır. Fundus masajına rağmen uterus involusyonunun yetersiz ve serviks ağzında pıhtı olduğu düşünülüyorsa bir elle uterusun alt bölümünü desteklenirken diğer elle hafif

bir şekilde fundustan bastırarak pıhtı tıkaçının atılması sağlanabilir. Uterus involüsyonu müdahalelere rağmen yetersizse vajina yırtık açısından değerlendirilmelidir. Vajinal doğumun sonrasında perine ve varsa epizyotomi hattının muayenesi yapılmalıdır. Ayrıca sezaryenle gerçekleştirilen doğumlarda idrar torbasındaki idrar miktarı ve rengini kontrol edilmelidir.

Vajinal doğumda operasyon gerektirecek komplikasyon yoksa hemen, sezaryenle doğum sonrası 4-6 saat sonrası lohusa oral beslenmeye geçebilir. Anneye emzirme eğitimi verilmelidir. Lohusa doğumdan hemen bebeğini emzirmeye başlamalı ve kolostrumu alması sağlanmalıdır.

Postpartum birinci izlemde Rh uyuşmazlığının önüne geçebilmek için annenin kan grubu bilinmiyorsa annenin, anne Rh (-) ise yenidoğanın kan grubu tayini yapılmalıdır.

2.4.2. Postpartum İkinci İzlem

Postpartum ikinci izlem, doğumdan sonraki 1.-6. saatler arasında hastanede gerçekleştirilir. Öncelikle annenin genel durumunu değerlendirmeli ve yakınmaları sorgulanmalıdır.

İkinci izlemdeki takipler semptomlara yönelik olabilir. Baş ağrısı olan lohusalarda preeklampsi varlığı sorgulanmalı ve düzenli kan basıncı takibi yapılmalıdır. Hipertansiyona bağlı baş ağrısı düşünülüyorsa vajinal doğum gerçekleştiren lohusalarda analjezikler oral, sezaryenle gerçekleştirenlerde parenteral yolla verilmelidir. Doğum esnasında kullanılan spinal veya epidural anestezinin baş ağrısına neden olabileceği düşünülmelidir. Anestezik maddeler baş ağrısının yanısıra idrar retansiyonuna da neden olmaktadır. Lohusanın doğumdan sonraki ilk 2 saatte idrar çıkışının olması beklenir. Eğer doğumdan sonraki ilk 6 saatte idrar çıkışı olmazsa mesane hacmi değerlendirilerek kateterizasyon uygulanabilir (8).

İkinci izlemde lohusanın bilinç durumu kontrol edilmeli ve doğumu takiben birinci ve ikinci saatler arası 15 dakikada bir; ikinci ve dördüncü saatler arası 30

dakikada bir; dördüncü ve altıncı saatler arası saatte bir lohusanın vital parametreleri alınmalıdır. Vital bulgular normal değerlerde değilse lohusa daha sık izlenmelidir. Vücut sıcaklığı 38°C üzerinde ise saatlik ateş takibi yapılmalıdır. Kan basıncı ölçümlerinde değerler 90/50 mmHg'nın altında ise hipotansiyon kanamaya bağlı olabilir ve kanama kontrolü daha sık yapılmalıdır. Hipotansiyona taşikardi ve genel durum bozukluğu eşlik ettiği durumlarda karın içi kanamada ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Postpartum 2.saatte yarım saatte bir uterin fundus seviyesi kontrolü yapılmalıdır. Uterin fundus umblikusun altında değil ve palpe edilirken gevşek olarak ele geliyorsa lohusanın fundus masajı yapması istenmelidir. Ayrıca lohusa genel vücut hijyeni ve mümkün olan en kısa zamanda mobilizasyonun sağlanması için teşvik edilmelidir.

Postpartum birinci izlemde verilen emzirme eğitimi ikinci izlemde değerlendirmeli ve değerlendirme sürecinde meme muayenesi de yapılmalıdır. Ayrıca ikinci izlemde bebek bakımı eğitimi verilmeli ve aile içi şiddete dair bir bulgu varsa izlenmelidir.

Postpartum ikinci izlemde laboratuvar tetkiki olarak postpartum 6.saatte hemogram tetkiki istenmelidir. Ayrıca bağışıklamayı sağlamak için yapılmamışsa tetanoz aşısı ve Rh uyumsuzluğu varsa Rhogam yapılmalıdır.

2.4.3. Postpartum Üçüncü İzlem

Postpartum üçüncü izlem, doğumu izleyen 6.-24. saatler arasında hastanede yapılır. Lohusanın genel durum ve şikayetleri sorgulandıktan sonra vital parametreleri alınmalıdır. İstirahat halindeyken 15 dakika arayla yapılan kan basıncı ölçümlerin ikisi 160/110 mmHg üzerinde ise nifedipin, labetalol veya hidralazin verilebilir. Diğer vital parametreleri normal aralıkta değilse yakın takip edilmelidir.

Bacaklardaki ödemle tromboflebite yönelik olan ve meme-karın muayenesi içeren fizik muayene yapılmalıdır. Vajinal yolla doğum yapmış ve epizyotomi hattında açılma olan lohusalara perine-vajinal-rektal muayenesi yapılmalıdır. Normal

doğum yapan lohusalar hematoma ve üriner/fekal inkontinans açısından değerlendirilmelidir. Primer-sekonder hemoraji neden olabilecek durumların varlığı (sezaryen, vakum, forsepsle gerçekleşen veya komplikasyon gelişen doğum eylemi, anemi, preeklampsi, HELLP, DIC, trombositopeni, SLE, kalp hastalığı veya antikoagülan kullanımı) kontrol altında tutulmalıdır. Sezaryenle doğumu gerçekleştiren lohusalarda insizyon hattı değerlendirilmeli, distansiyon açısından karın muayenesi yapılmalı, idrar çıkarımı normalse doğum sonrası 8.saatte sonda çıkartılmalıdır. Genel vücut hijyeni için lohusa teşvik edilmeli ve annenin psikolojik durumu “Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği” ile değerlendirilmelidir (8).

Üçüncü izlem esnasında anne ve bebeğin durumunda iyilik sağlandıktan sonra taburculuk öncesi postpartum dönem ve sonrasıyla ilgili bilgi verilmelidir. Preeklampsi, eklampsi, ateş, postpartum hemoraji ve kontrol altında olmayan bir hastalık varlığında lohusa taburcu edilmemelidir.

Lohusanın sağlık kuruluşuna hemen başvurmasını gerektiren vajinal kanama (kanama renginin parlak kırmızıya dönüşmesi), konvülsiyon geçirilmesi, bilinç kaybı, şiddetli baş ağrısı ve bulanık görme, ateşin $>38^{\circ}\text{C}$ olması, tromboemboli bulguları (dispne, takipne, öksürük, angina pectoris, taşikardi ve bacak ağrısı), ciddi karın ağrısı gibi tehlike işaretleri hakkında bilgilendirilmelidir.

Doğumdan sonraki fizyolojik süreç (normal hemoglobin değerleri, loşi miktarı), postpartum dönemdeki sık karşılaşılan sorunlar (postpartum kanama, preeklampsi/eklampsi, tromboemboli, idrar retansiyonu ve inkontinansı, mastit, idrar yolu infeksiyonu, psikolojik problemler), beslenme eğitimi, demir ve D vitamini desteği, bebek bakımı, aile planlanması ve danışmanlığı (lohusa sağlığı açısından iki doğum arası en az iki yıl olmalı) gibi konularla ilgili de eğitim verilmelidir. Sezaryen olan lohusalara süturun alınacağı tarih belirtilmelidir (8).

2.4.4. Postpartum Dördüncü İzlem

Postpartum dördüncü izlem, doğumu izleyen 2.-5. günler arasında evde veya sağlık kuruluşlarında yapılır. İlk olarak lohusaya yakınmaları sorgulanmalıdır. Normal doğum yapan lohusalarda perinede ağrı devam ediyorsa analjezik krem ve

soğuk uygulama önerilmelidir. Disparoni varsa perine travması açısından perinenin ayrıntılı incelemesi yapılmalıdır. Normal doğum yapanlarda epizyotomi hattı, sezaryen olan lohusalarda insizyon yeri infeksiyon açısından değerlendirilmelidir. Göğsünde ağrı duyan lohusalarda ayırıcı tanıda mastit ve meme angorjmanı düşünülmelidir. Kabızlığı olan lohusalara lifli gıdalar önerilmelidir. Loşi takibi yapılmalı ve kanamanın ilk 2 gün kırmızı- vişne çürüğü renginde olduğu, 2.-10. günler arası pembe renge döndüğü ve doğumdan sonraki 6. haftaya kadar lekelenme tarzında devam ettiği lohusaya anlatılmalıdır.

Doğumu izleyen ilk iki günde idrar miktarında artış görülür ve sonraki günlerde normale döner. İdrar inkontinansı olan lohusalara Kegel egzersizleri önerilmelidir. Disürisi veya idrar renginde değişiklik olan lohusalardan TİT istenmelidir (8).

Lohusanın şikayetleri sorgulandıktan sonra muayene öncesinde vital parametreleri alınmalıdır. Vital bulgu takiplerinde değerler normal aralığında değilse yakından takip edilmelidir. Vital parametre ölçümlerinden karın muayenesi yapılarak fundal yüksekliği değerlendirilmelidir. Uterin fundusun doğumdan sonraki her günde 2 cm inerek umblikustan symphysis pubis seviyesine gelmesi beklenir. Pis kokulu ve yoğun vajinal akıntı, batın hassasiyeti ve ateşin $>38^{\circ}\text{C}$ ise öncelikle uterus pozisyonu değerlendirilmeli, uterus pozisyonu normalse infeksiyon dikkate alınmalıdır.

Lohusanın kişisel bakımını, anne-bebek ilişkisini, emzirmeyi, aile içi şiddet durumu değerlendirilmelidir. Kişisel bakım için insizyon yerini ve perineyi koruyarak duş alması; bebek bakımında ise yardım alma, dinlenmek için kendine zaman ayırma önerilerde bulunulmalıdır. Çökkünlük, üzüntü gibi duygudurum değişikliklerinde sağlık çalışanlarından destek almasının önemi lohusaya anlatılmalıdır. Pelvik tabanı güçlendirme egzersizleri, demir ve D vitamini desteği, doğum son fizyolojik süreç, meme bakımı ile meme başı çatlakları hakkında bilgi verilmelidir. Bebek bakımında ilk 6 ayda sadece anne sütü verilmesi, anne sütü için uygun beslenmenin sağlanması gerektiği anlatılmalıdır. Sezaryen olan lohusalara süturun alınacağı tarih söylenmelidir. Üçüncü izlemde anlatılan sağlık kuruluşuna hemen başvurmasını gerektiren durumlara tekrar değinilmelidir (8).

2.4.5. Postpartum Beşinci İzlem

Postpartum beşinci izlem, doğumu izleyen 13.-17. günler arasında evde veya sağlık kuruluşunda yapılmalıdır. Postpartum beşinci izlemde; şikayetlerin sorgulanması, genel durum değerlendirilmesi, vital parametre ölçümleri ve muayene postpartum dördüncü izlemdeki basamaklara göre uygulanmalıdır.

Beşinci izlemde yapılan karın muayenesinde fundal yüksekliğin symphysis pubis seviyesinde olması beklenir. Lohusada anemi bulguları varsa hemoglobinin ölçümü ve disüri bulunuyorsa TİT istenebilir. Bebek bakımı, lohusanın beslenme eğitimi, aile planlaması ve dördüncü izlemde diğer konularda verilen eğitimler beşinci izlemde de tekrar anlatılmalıdır. Bu izlemde altıncı izleme eşiyle gelmesi söylenebilir.

2.4.6. Postpartum Altıncı İzlem

Postpartum altıncı izlem, doğumu izleyen 30. ve 42. günler arasında evde veya sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmelidir. Bu izlemde; şikayetlerin sorgulanması, genel durum değerlendirilmesi, vital parametre ölçümleri ve muayene postpartum beşinci izlemde olduğu gibi dördüncü izlemdeki aşamalara göre yapılmalıdır.

Fundal yükseklik muayenesinde uterin fundusu symphysis pubis seviyesinde olmalıdır. Gebeliği boyunca alınmamışsa lohusayı muayene ederken vajinal smear alınmalıdır. Beşinci izlemde olduğu gibi anemi bulguları varsa hemoglobinin ölçümü, disüri varsa TİT, lohusada GDM bulunuyorsa postpartum 6.-12. haftalar arası OGTT istenmelidir.

Dördüncü izlemdeki eğitim ve danışmanlık konularına tekrar değinilmelidir. Aile planlaması hakkında bilgi verilmeli ve annenin sağlığı açısından iki doğum arası en az iki yıl olması gerektiği ifade edilmelidir. Lohusanın cinsel ilişkiyle ilgili çekinceleri varsa nedenleri konuşulmalıdır. Bu konuda lohusaya psikolojik destek verilmeli gerektiğinde psikiyatri uzmanına yönlendirilmelidir. Öyküsünde psikotik

bozukluk (bipolar bozukluk, şizofreni) veya inthar riski bulunan lohusalara ‘Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği’ ile değerlendirilmeli gerektiğinde sevk edilmelidir.

2.5. Postpartum İzlemin Temel Öğeleri

Gebelik dönemindeki fizyolojik ve anatomik değişikliklerin gebelik öncesi döneme döndüğü ve lohusanın annelik sorumluluğu aldığı postpartum dönemde verilecek izlemlerin nitelikli olması için kapsamlı ve bütüncül yaklaşılmalıdır. Aile hekimliğinin iki çekirdek yeterliliğini uygulayabilmek üç önemli unsurla sağlanabilir.

2.5.1. Öykü Alma

Öykü alma sadece postpartum izlemin değil genel tababetin en önemli aşamalarından biridir. Postpartum izlemin kalitesi açısından da ayrıntılı bir öykünün büyük bir önemi vardır.

Öykü alınması sırasında kişiye sorulması gereken bilgiler; geçirilmiş ve mevcut hastalıkları, daha önce geçirmiş olduğu ameliyatlar, egzersiz, günlük aktivite ve beslenme durumu halihazırda maruz kaldığı veya kalabileceği psikososyal riskler, kişisel destek varlığı, sorunlarla başa çıkma yeteneği, engellilik öyküsü, aile içi şiddet veya kötü muameleye maruz kalma, sağlık güvencesinin varlığı, sosyoekonomik durum, gelir durumu, eğitim durumu, kişinin cinsel sağlık durumu bilgileri varsa düzenli ilaç kullanımı olmalıdır.

Geçirilmiş ve mevcut hastalıkların sorgulanması, postpartum izlem verilecek kişi hakkında önemli bilgiler elde etmemizi sağlar. Kapsamlı yaklaşım ve sistematik bir sorgulama ile kişinin mevcut veya geçirmiş olduğu sağlık sorunları, sağlık durumu belirlenebilir. Annenin mevcut sağlık durumu göz önünde bulundurularak mevcut hastalıkların (hipertansiyon, diabet, kardiovasküler hastalıklar, KOAH,

astım, infeksiyon) tedavi planı belirlenebilir, gerekirse tedavi başlanabilir veya tedavisinin değiştirilebilmesi mümkün olabilir.

Geçirilmiş ameliyat öyküsü nedenleriyle birlikte sorgulanmalıdır. Ameliyat öyküsü alınırken özellikle jinekolojik, obstetrik ameliyat ayrıntılı ele alınmalıdır. Endometriuma ve uterusu bağılı patolojiler, uterus içine yerleştirilmiş kayıp spiralın çıkarılması, over kistleri, paraovarian kist, tubaların açılması veya bağlanması, laparoskopik cerrahi tanısal infertilite cerrahisi, salpingostomi, histereskopi, herhangi bir özellikle düşüklerle bağılı dilatasyon küretaj, ektopik gebelikler, cerrahiye bağılı servikal yetmezlik ya da önceki doğumlara bağılı travmalar nedeniyle ameliyat geçirmiş olabilir (35). Daha önce geçirmiş olduğu jinekolojik, obstetrik, ürolojik, batın içi ameliyatların başta infertilite olmak üzere çeşitli komplikasyonlara neden olabilir. Bununla birlikte varsa önceki doğumların ve takibin yapıldığı doğumun nasıl gerçekleştiği de önemlidir. Doğum sezaryenle gerçekleşmişse ve mükerrer sezaryen öyküsü varsa sezaryene takiben karın içi sineşiler ve adezyonlar görülebilir.

Lohusa sağlığının her koşulda geliştirilmesi ve her türlü komplikasyonların azaltılması için yaşam tarzı değişiklikleri ön plana çıkmaktadır. Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin artırılması yoluyla ideal kiloda kalmak, yeterli minarel/vitamin takviyesinin alınması sağlıklı bir lohusalık süreci geçirilebilmesi için yapılması önemli yaşam tarzı değişiklikleridir (36,37).

Sağlıklı postpartum dönem yapılacak önemli yaşam tarzı değişikliklerinden biri de yenidoğan ve lohusalarda ciddi sağlık sorunlarına neden olan tütün ve alkol ürünleri başta olmak üzere bağımlılık yapıcı maddelerden uzak durmaktır. Postpartum dönemde tütün ürünlerinin ve alkol kullanımının önüne geçebilmek için öncelikle olarak izlemler esnasında sigara ve alkol kullanımı sorgulanmalıdır.

Alkol tüketimi T-ACE (*tolerans, annoyed, cut down, eye opener*) skalasıyla sorgulanabilir. Bu skala kişinin alkol tüketiminin ne durumda olduğunu göstermekte fayda sağlamaktadır. Alkol kullanımının fazla olarak sapatandığı olgularda kişi psikiyatriye yönlendirilmesi gerekmektedir (38).

Lohusanın sigara içmesi lohusanın sağlığının yanısıra laktogenez sürecini de etkilemektedir. Sigara içen veya pasif içici olan lohusalarda fibroblastlara karşı toksik olan yüksek düzey siyanid ve sigara içeriğinde bulunan nikotin, karbon monoksit ve kadmiyum anne sütüne geçer. Bu süt miktarında ve kalitesinde azalmaya neden olur. Azalan süt miktarı emzirme sürecini ve yenidoğanın beslenmesini olumsuz etkiler ve ek gıdaya başlanmasını öne çeker. Ayrıca anne sütünün tadını ve kokusunu değiştiren sigara yenidoğanın emmeyi bırakmasına yol açabilir. Emzirmeyi olumsuz etkilemesinin yanısıra bebeklerde huzursuzluk, bulantı, kusma ve kolik ağrıları görülebilir (39).

Lohusa ve yenidoğan sağlığına zararı olan sigara kullanımının önüne geçebilmek için çeşitli sigara bıraktırma yöntemleri kullanılabilir. Postpartum dönemde yapılacak motivasyonel görüşmeler sigarayı bıraktırmak için kullanılan etkili yöntemlerden biridir.

Sigara bıraktırmada 5A (*ask, advise, assess, assist, arrange*) yöntemi günümüzde en çok kullanılan yöntemlerden biridir. 5A yönteminde öncelikle hastanın sigara içme durumu sorgulanarak sigaranın yarar ve zararları anlatılır. En son aşamada sigara bıraktırma sürecinde çeşitli hedefler konularak sigara içen kişiye o hedeflere ulaşmasında destek olunmalıdır. Bu yöntemdeki bütün müdahale basamaklarının etkili bir şekilde uygulanması sigara bıraktırma sürecinde başarıyı sağlamaktadır.

Sigara bıraktırma sürecinde bebeğin pasif içici olmaması için lohusa emzirirken veya aynı ortamdayken sigara içmemeli ve sigara içtiği odayı iyice havalandırmalıdır. Motivasyonel görüşmeler etkisiz kaldığı durumlarda lohusalarda daha az tercih edilmekle beraber nikotin replasman tedavisi (nikotin bandı, nikotin sakızı) ve vareniklin, bupropion gibi ilaçlar kullanılabilir.

Sağlıklı bir postpartum dönem için ağız ve diş sağlığı da son derece önemlidir. Sağlıklı bir erişkine göre artmış olan ağız florası, immunsupresan lohusalarda enfeksiyona neden olabilir. Ayrıca kötü ağız hijyeni, diyabetin seyrini olumsuz etkilemekte ve enfektif endokarditin gelişme riskini artırmaktadır. Bu nedenle postpartum dönemde ağız ve diş sağlığına önem verilmelidir.

Postpartum dönemde lohusa sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerden birisi de çevresel faktörlerdir. Postpartum dönemde iyonize radyasyon, ısı, ağır metaller (kurşun, kadiyum), organik çözücüler, pestisit ve herbisitler gibi anne ve yenidoğan sağlığına toksik etkileri olabilecek çevresel maruziyet faktörleri sorgulanmalı ve bu faktörlerden sakınılması gerektiği anlatılmalıdır. İçerdiği çeşitli kimyasallar nedeniyle kişisel bakım ve kozmetik ürünlerinin kullanımında, üzerinde pestisit bulunan gıdaların tüketiminde dikkatli olunması belirtilmelidir (40).

Bağışıklanma durumu açısından ise lohusaya gebelik sürecinde tetanoz aşılması yapılmışsa tetanoz aşılmasının lohusalık sürecinde de takvimine göre tamamlanması gerekmektedir (5). Lohusanın ilerideki doğurganlık planlarının sorgulanması, lohusalık sonrasında korunmak istiyorsa etkili korunma yöntemlerinin anlatılması ve aile planlaması danışmanlığı verilmesi öykü alma sırasında önemlidir.

Babalara da postpartum ve yenidoğan izlemleri hakkında bilgilendirilme yapılmalı ve babaların mümkün olduğunca katılımı istenmelidir. Gebelik dönemindeki fizyolojik, anatomik değişimlerin gebelik öncesi döneme geri döndüğü ve annenin yeni rolüne uyum sağladığı bir dönem olan postpartum dönemde babalar lohusanın uyum sürecine katkıda bulunmalı ve lohusalara yardımcı olmalıdırlar.

Postpartum dönemde ilaç kullanımlarının tespiti yapılmalıdır. Emzirmenin de yapıldığı bu dönemde kullanılmaması gereken ilaçlar konusunda lohusa bilgilendirilmelidir. Lohusanın düzenli ilaç kullanımı mevcutsa ilacın emzirmeye etkisi araştırılmalıdır ve kullandığı ilaçla ilgili lohusaya bilgi verilmelidir. Bununla birlikte lohusaya 3 ay Demir desteği ve 6 ay D vitamini desteği verilmelidir (21).

Postpartum izlemlerde öykü alırken kayıtlar lohusanın biyopsikososyal açıdan tüm verilerini içerecek şekilde tutulmalıdır. İzlem esnasında öykü alınırken kişinin obstetrik öyküsüyle beraber sağlığıyla ilgili tüm detaylar uygun koşullarda uygun sorularla öğrenilmelidir.

Lohusanın yaşadığı çevreden kaynaklı olumsuz etkileşimlerin en az düzeye indirilmesi için lohusaya psikolojik danışmanlık verilmesi, gerekiyorsa psikiyatriye

yönlendirilmesi gerekmektedir. Biyopsikososyal açıdan tüm verilerin alındığı öyküyle verilecek postpartum izlemde kişi merkezli olmaktadır.

2.5.2. Genel Sistem Değerlendirilmesi ve Fizik Muayene

Postpartum dönem boyunca yapılan 6 izleminin önemli basamaklarından biri de genel sistem değerlendirilmesi ve fizik muayenedir. Her izlem öncesinde vital bulguların (kan basıncı, nabız, solunum sayısı, ateş) ölçümü yapılmalıdır. Vital bulgular alındıktan sonra bütün sistemler ayrı ayrı değerlendirilmelidir.

Genel sistem değerlendirilmesinden sonra postpartum bakımın önemli bir parçası olan ayrıntılı fizik muayenenin yapılması gereklidir. Sistemik hastalıklar ve sistemlerin gözden geçirilmesi sonrasında özellikle endokrin ve metabolik sisteme ile kardiyovasküler sisteme özgü muayeneler yapılmalıdır. Her sistemin fizik muayenesi kendine özgü olmasının yanı sıra fizik muayenede sıralama inspeksiyon, palpasyon, perküsyon, oskültasyon şeklinde olmalıdır.

2.5.2.1. Hematolojik Sistemin Değerlendirilmesi

Lohusalık döneminde postpartum kanama oldukça sık görülmektedir. Lohusadaki masif kanamanın önlenememesi, hipovolemik şoka kadar giden bir tabloya neden olabilir (5). Postpartum dönem boyunca yapılan kanama yönelik kontrollerle bu tür komplikasyonların önüne geçilebilir.

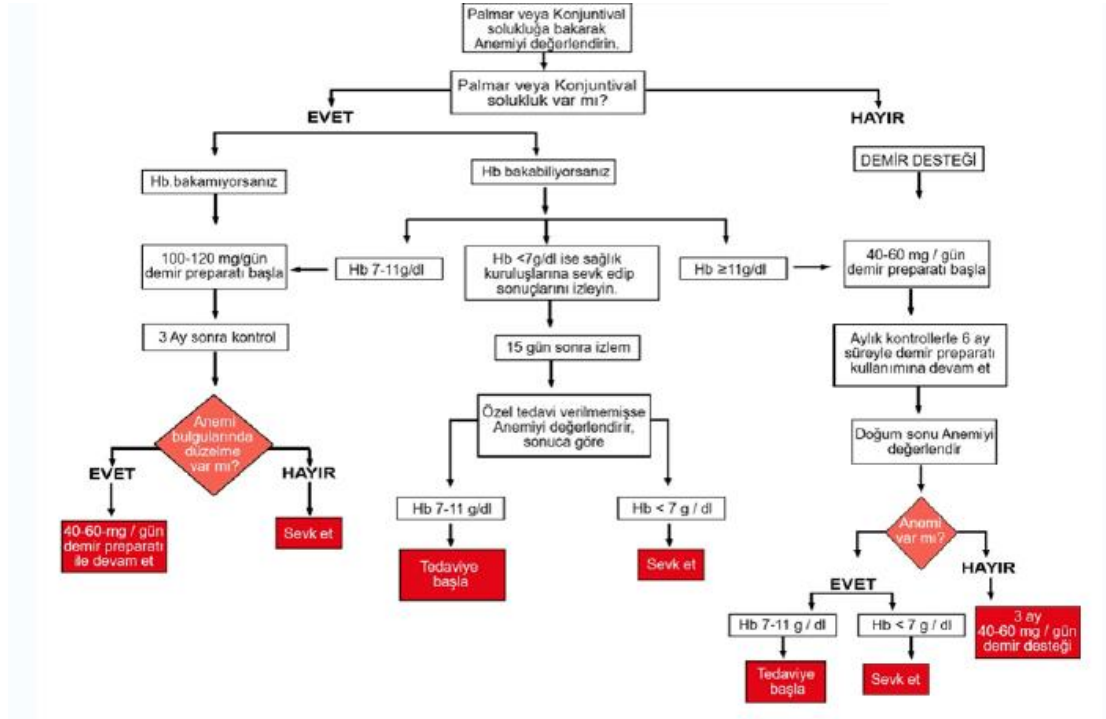
Kan kaybına bağlı gelişen demir eksikliği anemisi ve diğer hematolojik durumların (hemolitik anemi, aplastik ya da hipoplastik anemi, talasemi ve orak hücreli anemi, trombositopeni, kanama bozuklukları) varlığında etyolojiye yönelik tedavi verilmelidir. Masif kanamanın varlığında iv sıvı replasmanı (öncesinde kristaloid sonrasında kolloid) kanama şiddetliyse eritrosit süspansiyonu; koagülopatilerde ise kanama bozukluğunun nedenine göre trombosit süspansiyonu, taze donmuş plazma veya kriyopresipitat tercih edilebilir (5).

Postpartum izlemde kanama kontrolü, hemogram kontrolleriyle yapılır. İlk hemogram kontrolü postpartum 6.saatte, maternal kanamanın şiddetli olması halinde

sonraki postpartum izlemlerde de kontroller yapılmalıdır. Palmar veya konjunktival solukluk muayenesi yapıldıktan sonra anemi olmasa da 3 ay boyunca 40-60 mg elementer demir verilmelidir (5). Bakılan hemogram kontrollerinde Hb<7 g/dL ise bir üst merkeze sevk edilmeli, Hb 7-11 g/dL ise 100-120 mg demir verilmelidir (Şekil 3).

Postpartum dönemde kanama kontrolü loşi takibiyle de yapılır. Loşinin değerlendirilmesinde rengine, miktarına ve süresine bakılır. Başlangıçta loşinin miktarı fazla olup gittikçe azalır ve lohusalık boyunca rengi değişir. Lohusalık süresi boyunca toplam miktarı 500-1000 ml kadardır.

Postpartum dönemde dikkate alınması gereken bir diğer durum Rh uyuşmazlığıdır. Annenin kan grubunun Rh (-), babanın Rh (+) olduğu durumlarda uyuşmazlık görülebilir. Rh (-) annenin Rh (+) kan grubuna sahip fetusun antijeniyle karşılaşmasıyla antikor oluşur. Annenin fetusun antijeniyle karşılaşması çoğunlukla ilk doğum esnasında gerçekleşmektedir. İlk gebelikte antijenle karşılaşılması sonucunda ikinci veya sonraki gebeliklerde immunizayona bağlı olarak Rh antijenine karşı antikor oluşmaktadır.



Şekil 3. Postpartum Dönemdeki Demir Desteği Çizelgesi (5)

Annenin Rh (-) babanın Rh (+) kan grubunda olduğu vakalarda Rh uyuşmazlığının önüne geçmek için antenatal dönemdeki ilk visitte ve ikinci trimesterde alınan örneklerde indirekt coombs sonuçları negatif gelirse gebeliğin 28. haftasında Rhogam uygulanmalıdır. Doğum sonrasında bebekten alınan numune sonucunda bebeğin kan grubunun Rh (+) gelmesi durumunda anneye ilk 72 saat içerisinde bir doz daha Rhogam yapılmalıdır (5).

Tromboembolinin %50'lik kısmı lohusalık döneminde oluşur. Gebe bir kadında tromboemboli görülme olasılığı diğer kadınlara kıyasla 4-5 kat daha fazladır. Venöz tromboemboli 100.000 doğumda 1.1 anne ölümüne sebebiyet vermektedir. Sezaryande tromboemboli riski daha yüksektir ve tromboemboli riskinde 5-15 kat artış görülür. Venöz tromboemboli sıklıkla sol alt ekstremitede de görölmektedir (41).

2.5.2.2. Genitoüriner Sistemin Değerlendirilmesi

Postpartum dönemde kapanmaya başlayan serviksin birinci haftanın sonunda açıklığı 1 cm'den azdır. Serviksin dış ağızı gebelik öncesi yuvarlakken doğumdan sonra yatay çizgi halini alır; vajinal doğum yapan lohusalarla sezaryenle doğum gerçekleştiren lohusaların ayırt edilmesinde önemlidir. Serviks dış ağızı doğumdaki yırtılmayı takiben açılır ve kalıcı olup eski görünümüne geri dönmez (42). Doğumdan sonra yapılan kolposkopik muayenede servikte ülserasyon, ödem ve ekimoz gözlenirken doğumdan sonraki ilk dört günde serviks epiteli eski haline döner ve birinci haftanın sonunda ödem minimal seviyede olur. Puerperal dönemin altıncı haftasında doğum öncesi haline döner ancak reepitelizasyon 12 hafta sonra tamamlanır (43).

Bebeğin doğumuyla vajina baskı altındadır ve gerilir. Gerilen vajina ilk hafta ödemli, gevşek haldedir ve yer yer ezikler bulunmaktadır (44). Vajinal doğumdan sonra incelen ve gerilen vajen duvarı puerperal dönemin üçüncü haftasında doğum öncesindeki eski haline döner. Vajinadaki transvers kıvrımlar belirginleşirken labialar daha az çıkıntılı ve vaginal orifis hafif açık olur (45).

Doğumdan sonra fetüs başının basısı nedeniyle gevşek olan perine postpartum dönemin beşinci gününden itibaren eski haline geri döner, ancak nullipar dönemindeki durumuna göre daha gevşek olur (46). Perinede büyük laserasyon, epizyotomi nedeniyle ekimoz ve yumuşak doku zedelenmesi görülür. Perine; renkteki değişim, şişkinlik, doku iyileşmesi ve vajinal akıntı yönünden değerlendirilir (47,48). Epizyotomi yapılmışsa ağrı ve hassasiyet çoğunlukla ilk on günde azalırken epizyotomi alanının tamamen iyileşmesi altı ay sürebilir. Primipar annelerde rutin yapılan epizyotomilerin maternal, fetal ve obstetrik yararlarının yanısıra ağrı, kanama riskinde artma, infeksiyon, idrar ve gaita inkontinansı görülebilir. Epizyotomi alanı infeksiyon belirtileri açısından değerlendirilmeli ve lohusaya bu bölgeyi kuru ve temiz tutması söylenmelidir (49).

Başlangıçta miktarı fazla olan, lohusalık boyunca süren ve rengi değişen loşi; mukus, kan, eritrosit, küçük desidua parçaları, verniks kazeoza, epitel hücreler ve bakteriler bulunmaktadır. Doğumdan sonraki ilk yarım saatte 3'ten fazla petin kirlenmesi, kanamanın devamlı ve renginin açık kırmızı olması fazla miktarda kanamanın olduğunu göstermektedir.

2-3 gün süren ve ilk günlerde plasentanın ayrıldığı yerdeki damar ağzlarından gelen kan, doku artıkları ve desiduedan oluşan loşi rubra, 4-6 gün süren pembe-kahverengi seroz loşi serozaya dönüşür. Sonrasında artan bakteri ve lökosit sayısı ile sarı renkli loşi flavaya ve en son giderek azalarak 3.haftanın sonunda başlayıp 4. hafta boyunca süren sızıntı şeklindeki açık sarı renkli loşi albaya dönüşür. Loşi rubra 10-15 günü geçerse mevcut akıntıyı patolojik olarak değerlendirmek gerekir. Yine loşinin pis kokulu olması hâlinde infeksiyon düşünülmelidir (49).

Üriner sistem değerlendirmesi yapılırken hastalıkların yanısıra kullanılan ilaçların sorgulanması, anne sütüne geçen ilaçların kesilmesi ve tedavide varsa anne sütüne az geçen veya hiç geçmeyen ilaçlar tercih edilmelidir.

Gebelik boyunca üreter tonüsünün azalması, doğum esnasında mesanenin fetüs başı ile pubis kemiği arasında sıkışmasına bağlı olarak ödemli olması ve perinenin hassas olması doğumu takip eden ilk 24 saatte idrar çıkışının zor olmasına

neden olur. Anesteziye nedeniyle de idrar retansiyonu oluşabilir ve sonda takılması gerekebilir.

Üreterler puerperal dönemin dördüncü-altıncı haftasında normale döner. Doğumu izleyen ilk 3 gün içerisinde, uterustaki protein katabolizması nedeniyle artan nitrojen konsantrasyonu nedeniyle proteinüri görülebilir. Doğumu takip eden ilk birkaç günde memedeki süt kanallarından kan dolaşımına laktoz geçişi sonucu idrarda şeker görülebilir. Ödem yapıcı özelliği olan östrojenin gerilemesiyle doğumdan sonraki 3.-4. günde idrar volümünde artış görülebilir (50).

2.5.2.3. Gastrointestinal Sistemin Değerlendirilmesi

Barsak ve kolon fonksiyonları genellikle beş gün içerisinde normale döner. Perincede ağrı olması, doğum öncesi lavman yapılması, doğum sonrasındaki ilk birkaç günde besin alımının ve mobilitenin az olması erken defekasyonu engeller ve konstipasyona neden olabilir.

Konstipasyonu önlemek için lohusaya öncelikle diyetle ilgili öneriler verilmelidir. Başta meyve suları, komposto, çorba olmak üzere sıvı ağırlıklı beslenmek, bol sıvı almak ve diyetle lifli gıdaları tercih etmek gibi konstipasyon önleyici yöntemler lohusalara anlatılmalıdır (51). Lifli gıdaları sebze çorbası şeklinde tüketmesi lohusalara önerilebilir. Konstipasyonun ve oluşacak gazın önüne geçebilmek için yemeğin yavaş ve iyice çiğneyerek yenmesi tavsiye edilmelidir. Sigara ve alkol kullanımı varsa lohusaya sigara ve alkol tüketimi yapmaması gerektiği hatırlatılmalıdır. Erken mobilizasyon bağırsak hareketlerinde artış sağlanarak pasajın gecikmesi engellenebilir. Doğum sonrasında lohusalara mümkün olan en kısa zamanda ve sık sık hareket etmesi önerilmelidir.

2.5.2.4. Kardiyovasküler Sistemin Değerlendirilmesi

Erken puerperal dönemde fazla olan total kan volümü, östrojenin düşmesi ve diürezin artmasıyla kan volümü gebelik dönemi öncesindeki seviyesine düşer.

Gebelikte artan kan volümü nedeniyle düşen (10,5 g/dL) hemoglobin seviyesi beşinci haftada gebelik öncesindeki değerlerine döner (51).

Nabız ise erken postpartum dönem olan ilk bir hafta içerisinde hafif düşüktür (50-70/Dk). Geç postpartum dönemde nabız değerleri normal aralığındadır. Erken postpartum dönemdeki nabız artışı infeksiyon, aşırı kan kaybı, kardiyak bozukluk ve anksiyete belirtisi olabilir (51).

2.5.2.5. Solunum Sistemin Değerlendirilmesi

Gebelik boyunca büyüyen uterus, diyafragma basısına neden olur ve dispne görülebilir. Doğum sonrasında uterusun diyafragma basısının kalkması ve plasentanın ayrılması sonrasında progesteronun azalmasına bağlı olarak toraks kapasitesindeki artışla solunum fonksiyonları gebelik öncesi geri döner. Doğum öncesi göğüs solunumu, doğum sonrası karın solunumu baskındır (51).

2.5.2.6. Endokrin Sistemin Değerlendirilmesi

Doğum sonrasında plasentanın ayrılmasıyla progesteron ve östrojen seviyesi düşer ve plasental hormonlar nedeniyle baskılanan ön ve arka hipofiz hormonları yükselir.

Gebelik süresince plasentadan salgılanan östrojen ve progesteronun etkisiyle doğum sonrasında süt salgılanması için meme bezlerinde genişleme ve büyüme görülür. Süt salgılanması ise plasentanın ayrılması ve plasentadan salgılanan östrojen ve progesteron hormonlarının azalmasıyla daha önce baskılanan prolaktinin aktive olmasıyla başlar (52,53).

Laktasyonda önemli bir yeri olan ön hipofiz hormonu prolaktin, meme ucunun uyarılmasıyla artış gösterir. Her bir emzirmeyle artan prolaktin sonraki emzirme süreçleri için laktasyonun devamını sağlamaktadır. Prolaktin, özellikle geceleri daha fazla salgılanmaktadır. Bu nedenle gece emzirmeleri laktasyonun devamlılığı açısından önemli olmaktadır. Süt bezleri etrafındaki kasların kasılmasını

sağlayarak süt akışını sağlayan arka hipofiz hormonu oksitosin de prolaktin gibi meme başındaki sinirlerin uyarılmasıyla artar (53). Anne ile bebek arasındaki bağın sağlanması prolaktin ve oksitosin düzeyini artırarak laktasyona katkıda bulunurken kaygı, stres ve mastit gibi infeksiyonlar olumsuz olarak etkilemektedir.

Over fonksiyonları annenin emzirme durumuna göre değişmektedir ve kesintisiz emzirmenin altı ay kontraseptif etkisi vardır. Periferik insülin direncini oluşturan plasental laktojenik hormon (hpl)'nin azalmasıyla insülin seviyesi azalır (54).

2.5.2.7. Nörolojik Sistemin Değerlendirilmesi

Nörolojik sistem değerlendirilirken herhangi bir nörolojik hastalık varsa tedavi şemasının düzenlenmesi ve postpartum dönemde ilgili hastalık nedeniyle anne sütüne geçmeyen ilaç tercih edilmeli ve emzirme döneminde kullanılacak ilaçlar hakkında bilgi verilmedir.

Lohusada baş ağrısının varlığında hipertansiyon düşünülmelidir ve düzenli kan basıncı kontrolleri yapılmalıdır. Bununla birlikte doğumda spinal veya epidural anestezi yapılmışsa baş ağrısı ortaya çıkabilir. Baş ağrısı için postpartum dönemde süte geçişleri az ve kullanımları güvenilir olan asetaminofen ve ibuprofen tercih edilebilir (55). Baş ağrısının yanı sıra anestezi nedeniyle hipotansiyon gelişebilir. Bu nedenle lohusa ayağa kalkarken çevresindeki kişilerden yardım almalıdır.

Doğum sonrasında; nöbetlerle seyreden migren ve epilepsi gibi nörolojik hastalıklar, serebral tomboemboli, sırt ve pelvik ağrının görülme sıklığı artabilir. Anne sütüne geçişleri nedeniyle epilepsi ilaçlarının emziren annelerde kullanımı kısıtlıdır. Öncelikle gebelikteki epileptik atakların önüne geçebilmek için dozu artırılan antiepileptiklerin doz azaltımı yapılmalıdır. Postpartum dönemde süte geçişleri az olan fenitoin, valproik asit ve karbamazepin tercih edilmelidir. Ayrıca postpartum dönemdeki görülen ödem nedeniyle lohusalarda karpal veya tarsal tünel görülme sıklığı artabilir (56).

2.5.2.8. Psikiyatrik Değerlendirme

Postpartum dönemde fizyolojik-hormonal değişikliklerin yanısıra duygulanımda dalgalanmalar ve hayattan haz alamama gibi psikolojik değişiklikler de görülebilir. Bu psikolojik durumun skalası üzüntü halinden psikotik depresyona kadar çeşitlilik gösterebilir. İçinde bulunulan düşük sosyoekeonomik ortam gibi çevresel etmenler ve bebek bakımının sorumluluğu; lohusanın psikolojik durumunu, postpartum döneme adaptasyonu, anne-bebek bağı oluşumunu ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Annedeki psikiyatrik rahatsızlık, sağlık açısından olumsuz davranışlarla birlikte bebeğine daha az ilgi ve sevgi göstermesine neden olmakta bu da bebeğin sosyal, duygusal, bilişsel gelişimini etkilemektedir. Ayrıca yetersiz beslenmeden dolayı fiziksel gelişimini aksatmaktadır.

Psikiyatrik rahatsızlığa bağlı olarak gebelik esnasında görülen nöroendokrin bozukluklar, gebelik ve lohusalık döneminde rahatsızlık nedeniyle kullanılan ilaçlar, psikiyatrik hastalığın olası genetik geçiş de bebek açısından risk faktörü oluşturmaktadır.

Postpartum dönemde en fazla görülen psikiyatrik bozukluk postpartum depresyondur. Postpartum depresyon prevalansı Avrupa'da %12-16 iken Türkiye'de ise %14'tür (57). Lohusalık döneminde uyku düzeninin bozulması ve bedensel alginın bozulması postpartum depresyonun ilk belirtileri olarak sayılmaktadır.

Postpartum depresyon tanısı klinik ve şiddetini değerlendiren ölçeklerle konulur. Değersizlik, üzüntü, umutsuzluk, cinsel istekte azalma, iştahta azalma veya artma, sosyal izolasyon gibi depresyon belirtileri yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Depresif belirtiler ağırlaşarak intihar girişimlerine neden olabilir. Buna rağmen lohusaların %80'ni sağlık kuruluşlarına başvuru yapmamaktadır (58). Bu nedenle psikiyatrik değerlendirme sadece postpartum dönemde yapılmamalı en az bir yıl takip edilmelidir.

Lohusalarda postpartum depresyon varlığını saptamada anamnezin yanısıra geçerlilik ve güvenilirliği olan ölçekler kullanılabilir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış yaygın olarak kullanılan ölçekler; ‘Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği’, ‘Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği’ ve ‘Beck Depresyon Ölçeği’ dir. Bu ölçekler postpartum depresyonu tarama amaçlıdır ve postpartum dönemdeki lohusalarda depresyon riskini tespit etmeyi sağlar (58). Ayırıcı tanı yapılırken ölçeklerden elde edilen puan ve hastadan alınan anamnez birlikte değerlendirilmelidir.

Postpartum depresyonun yanı sıra artan libido ve yetersiz bilinç yetisi gibi psikiyatrik hastalık bileşenlerinin görüldüğü lohusalar cinsel istismara açıktırlar. Bu nedenle istenmeyen gebeliklerde, düşük ve kürtaj sıklıklarında artış görülebilir. Psikotik bozuklukları bulunan lohusaların şiddete meyilli olması yenidoğanın bakımı ve sağlığı açısından önemli risk teşkil etmektedir.

Annenin sağlıklı bir lohusalık süreci geçirmesi ve bebeğin fiziksel, bilişsel ve sosyal gelişiminin olumsuz etkilenmemesi için postpartum izlemler esnasında sadece fiziksel değerlendirilme yapılmamalıdır. Aile hekimliği disiplininin çekirdek yeterliliklerinden bir olan “ Bütüncül Modelleme” kapsamında psikososyal değerlendirilme yapılması da gerekmektedir.

Aile hekimliği disiplininin temel özelliklerinden biri olan “ Koordinasyon ve Savunuculuk” kapsamında postpartum izlemler esnasında psikiyatrik rahatsızlıkları bulunan lohusalar tek başına değerlendirilmemeli, psikiyatri hekimine yönlendirilmeli ve farmakoterapide kullanılan ilaçlar postpartum döneme göre düzenlenmelidir.

2.5.3. Laboratuvar Testleri

Postpartum izlemlerin içerisinde öykü ve fizik muayenenin yanısıra laboratuvar tetkiklerinin de önemli bir yeri bulunmaktadır. Hematolojik sisteme yönelik; birinci izlemde annenin kan grubu bilinmiyorsa lohusanın kan grubu tayini ve anne Rh (-) ise bebeğin kan grubu tayini bakılmalıdır. Eğer anne-bebek arasında Rh uyumsuzluğu saptanırsa doğumdan sonraki ilk 72 saat içerisinde Rhogam yapılmalıdır (5). İkinci

izlemde postpartum 6.saatte hemoglobin ölçümü sonraki dört izlemde lohusadaki kanamaya ve önceki hemoglobin sonuçlarına bağlı olarak hemoglobin ölçümleri görülebilir. Genitoüriner sistem açısından ise altıncı izlemde servikovajinal sürüntü, alınmalıdır. Postpartum dönemin ikinci yarısında idrar yolu infeksiyonları daha sık görülmektedir. Dördüncü, beşinci ve altıncı postpartum izlemde idrar yolu infeksiyonu düşündüren olgularda TİT istenebilir. Ayrıca gebeliğinde GDM öyküsü bulunan lohusalarda postpartum altıncı haftada OGTT yapılması konusunda bilgi verilmelidir.

2.6. Postpartum Dönemde Görülebilecek Komplikasyonlar

Verilecek postpartum izlemin niteliği doğum şekline ve olası komplikasyonlara bağlı olarak değişebilir. Günümüzde gebelik yaşının yükselmesi, cerrahi tekniklerin gelişmesi, antibiyotik kullanımı, kan transfüzyonu ve gebelerin ağrı çekmemek için sezaryene yönelmesi nedeniyle sezaryen ile doğum oranında artış görülmektedir.

Yapılan çalışmalarda, 1960'lı yıllarda gelişmiş ülkelerde yapılan sezaryen oranı %5 iken günümüzde bu oranın %50'lere ulaştığı ifade edilmektedir (59). Türkiye'de de 1983 yılında %6 olan sezaryenle doğum oranı hızlı bir artış göstererek 2001 yılında %30'a kadar yükselmiştir (60). DSÖ de hızla artan sezaryen ile doğum oranının %15'ten az olması gerektiğini belirtmektedir (61). İzlemlerdeki olası komplikasyonlara yönelik müdahale ve tedavi içeriğinde sezaryenle doğum sonrasında gelişebilecek komplikasyonlar daha fazla ön plana çıkmaktadır.

2.6.1.Epizyotomi

Vajinal yolla gerçekleşen doğumlarda kullanılan bebeğin doğumunu kolaylaştıran pudenda insizyonu olan epizyotomi de rektosel, sistosel, uterin prolapsus ve üriner inkontinans görülme oranında azalma olmakla beraber perinede doku hasarını arttırdığı görülmüştür (62). Epizyotomi yapılan perine bölgesinde artan bu doku hasarı infeksiyona yatkınlık oluşturmaktadır. Bu nedenle epizyotominin her

vajinal doğumda rutin uygulaması yerine makat prezentasyon, makrozomik bebek, ikiz gebelik, arka geliş, oksiput posterior pozisyon, omuz distosisi gibi epizyotomi endikasyonlarının sağlandığı durumlarda tercih edilmelidir. Günümüzde hala yaygın olarak kullanılmakla birlikte epizyotomi son 15 yılda daha az kullanılmaktadır (63).

Epizyotomi hattında görülen açılma vajinal doğum sonrasında oluşabilecek komplikasyonlardan biridir. İnfeksiyon, sellülit, abse ve hematoma oluşumu, perine laserasyonları, gaita inkontinans, rektovajinal fistül, nekrotizan fasit, pudental sinir hasarı epizyotomi komplikasyonu olarak sayılabilir (64). Epizyotominin erken yapılması durumunda doğum sonlanana kadar epizyotomi hattında fazla kanama görülebilir. Epizyotominin çok geç yapıldığı vakalarda ise laserasyonlar önlenemez.

2.6.2. Genital Yaralanmalar ve Postpartum Kanama

Servikal, vajinal ve perineal yaralanmalarda şiddetli kanamalara yol açan postpartum hemoraji nedenlerinden biridir. Servikal yaralanmalar; serviks açıklığını değerlendirirken, hızlı veya müdahaleli doğum sonrası görülebilir. Perineal yaralanmalar epizyotomi kesisinin yetersiz olması ya da işlemin uzaması durumunda görülebilir.

Vajina ve perine laserasyonları sınıflandırılmasında dört derece bulunmaktadır. Birinci derece laserasyonlar; cilt ve vajinal mukozal membranlarını, ikinci derecedekiler cilt ve müköz membranlara ek olarak perineal bölgedeki kas ve fasyayı içermektedir. Üçüncü derecedeki laserasyonlar; cilt, müköz membranlar, perineal yapı ve anal sfinktere ulaşmaktadır. Dördüncü derece laserasyonlar rektum lümenini ve mukozayı kapsamaktadır. Dördüncü derece laserasyonlarda fazlasıyla kanamaya yol açan üretra yırtıkları da oluşabilir (63). Perineal laserasyonların onarımı da epizyotomi insizyonu gibidir.

Doğumdan sonraki ilk günde 500 ml'den fazla kan kaybının olduğu akut postpartum kanamalar, lohusa mortalite ve morbiditesinin önemli sebeplerinden biridir. Postpartum izlemlerde akut kanamalara karşı tetikte olunmalı, izlemlerde tam kan sayımı görülmeli ve gerekiyorsa kan transfüzyonu için hazırlıklı olunmalıdır. İlk 24 saatten sonraki geç postpartum hemoraji öyküsü varsa taburculuk

sonrası yapılan postpartum izlemlerde tam kan sayımı görülmeli ve lohusalara izlemler esnasında demir preparatları reçete edilmelidir. Postpartum izlemlerle erken tanı konulmasıyla ve etkin tedaviyle önemli bir maternal mortalite ve morbidite olan postpartum hemoraji önlenebilir (27).

Plasenta dekolmanı, postpartum atoni, plasenta previa ve dış gebelik rüptürü maternal mortaliteye neden olan başlıca postpartum hemoraji nedenleridir (65). Daha az görülen komplikasyonlar ise uterus rüptürü, plasenta anomalileri, serviks ve vajen yırtıkları ve sütürlerin açılması sonrası meydana gelen postoperatif kanamalardır (66).

2.6.3. Uterus Atonisi

Doğum esnasında gerçekleşen maternal mortalitenin ve postpartum hemorajinin (%75-90) sebebi uterus atonisidir (67). Önceki gebeliklerdeki postpartum ve antepartum kanama, geçirilmiş atoni öyküsü, uterin distansiyon (çoğul gebelik, makrosomik bebek), doğum sayısının fazlalığı, hızlı veya uzamış travay, retansiyone plasental ürünler, korioamnioit, plasenta perkreta ve inkreta, uterin anomaliler, uterus rüptürü, operatif doğum, oksitosin ile doğum indüksiyonu, metabolik faktörler ve genel anestezi uterin atoniye yol açan predispozan faktörlerdir. Yamani ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada; uterin atoni kanaması doğum esnasında yapılan acil histerektomi endikasyonları arasında ilk sırada belirtilmiştir (68). Yapılan diğer bir araştırmada ise histerektomi olgularının %51.9'u sezaryen ile doğumu gerçekleştiren doğum sonrasında yapılmıştır ve acil histerektomi endikasyonları arasında uterin atoni kanamasının %55.7 ile ilk sırada olduğu ifade edilmiştir (69). Geriye kalan olguların büyük çoğunluğunda neden travma ve retansiyon plasentadır. Atoni tedavisinde uterin masaj veya oksitosin tercih edilebilir ancak bunlar faydasız olursa hipogastrik arter ligasyonu veya histerektomi yapılmalıdır.

Plasenta parçalarının rahimde kalmasıyla gelişen hemoraji genellikle geç dönemde ortaya çıkmakta ve az olmakla beraber doğumu takiben de görülebilmektedir. Bu nedenle doğum sonrasında plasenta titiz şekilde gözden

geçirilmeli, plasentada eksik bir kısım görüldüğünde uterin kavite ultrason ile yeniden değerlendirilmelidir.

Çoğu olguda plasenta; doğumu izleyen 5 dakikada spontan olarak ayrılır. Uterusa sıkı bağlı olan plasenta az görülmektedir ve çıkarılması da manevralarla bile zor olabilir. Çıkarılması için yapılan girişimlerde birkaç kotiledon çıkarılabilir ancak büyük parçaların içerde kalmasıyla kanama artabilir. Bu durum anormal invazyonun görüldüğü plasenta yapışıklık anomalilerinde (plasenta villuslarının myometriuma sıkı yapıştığı plasenta akretada, invazyonun görüldüğü plasenta inkretada, penetrasyonun olduğu plasenta perkreta) sık görülür.

Rahimde fazla skar dokusunun bulunması plasenta previa ve akreta olasılığını da artırmaktadır (66). Yaygın penetrasyonun görüldüğü ve plasentanın çıkarılması esnasında şiddetli kanamaya sebep olan olgularda en etkin tedavi transfüzyon sonrası yapılan histerektomidir.

2.6.4. Uterus Rüptürü ve Uterus İnversiyonu

Uterus duvarının bebek doğmadan önce veya doğum esnasında lohusa ve/veya bebeğin hayatına risk olacak şekilde tamamen veya kısmen ayrılması sonucu uterus rüptürü gelişebilir. Uterus rüptürü en sık görülen maternal mortalite nedenlerinden biridir ve Amerika’da anne ölümlerin yaklaşık %5’inden sorumludur. Kontraksiyonların sık olmasına rağmen açılmanın olmaması, geçirilmiş sezaryen, doğum esnasında dışarıdan uterusa fazla basınç uygulanması, uterusa yönelik direkt travmalar, forseps kullanımı gibi müdahaleli doğumlar, baş-pelvis uyumsuzluğuna rağmen vajinal doğumdan vazgeçilmemesi sebepleri arasında görülebilir.

Önceki sezaryene bağlı uterin skar, rüptüre yol açan en sık sebeptir (70). Uterus rüptürü travay öncesi, travayda veya doğum sonrasında gerçekleşebilir. Sezaryen sayısında ve sezaryen sonrası vajinal doğum sayısındaki artış rüptür görülme oranını artırmaktadır. Klasik sezaryen insizyonu sonrasındaki gebelikte travay denemesinde olguların %12’sinde rüptür gözlenmektedir (66).

Uterus rüptüründe erken tanı konulmasında bulgular önemlidir ve en belirgin bulgu fetal distrestir. Fetal distres, lohusanın ve yenidoğanın hayatını tehdit eden ciddi bir durumdur. Acil sezaryenin, rüptüre olan kısmın onarımının veya histerektomi yapılması gereklidir. Erken teşhis ve acil müdahale prognozun iyi olmasını sağlar.

Doğumdan sonra uterusun ters dönerek dışarı doğru tam veya kısmi çıkması olan uterin inversiyonun etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. İnsidansı yaklaşık 1/10.000 olan, nadir görülen fakat ciddi bir komplikasyondur (71). Fark edildiği anda uterus acil olarak manuel olarak geri yerine yerleştirilmelidir. İnversiyona bağlı hemorajik şok görüldüğü vakalarda acil cerrahi yapılmalıdır.

2.6.5. Pelvik Hematom ve Kogülasyon Bozuklukları

Prezente olan kısmın basısı, forseps, vakum uygulanması ile damarların rüptürüyle gelişen pelvik hematom görülebilir. Epizyotomi, pelvik hematoma neden olan en sık etkindir. Doğumda 1:1000 oranıyla görülmektedir. Subperitoneal ve supravajinal hematomları tedavisi epey zordur ve laparotomi gerekmektedir (71).

Postpartum hemostazın ve kanamanın ikinci büyük nedeni koagülasyon bozukluklarıdır. Postpartum kanamaların %4'ünün nedeni koagülasyon bozukluklarıdır. Serviks, vajina ve perinedeki küçük yaralanmalar, pıhtılaşma bozuklukları olmayan lohusalarda ciddi postpartum kanamalara yol açmaz. Bununla birlikte koagülopatinin varlığı küçük laserasyonlarda bile şiddetli kanamalara neden olur. Bu kanamalara neden olan başlıca nedenler; DIC, von Willebrand's hastalığı, yaygın damar içi pıhtılaşma bozukluğu, trombositopeni ve trombosit fonksiyon bozukluğudur (71).

2.6.6. Mastit ve Puerperal Ateş

Emzirme sürecini olumsuz etkileyen diğer bir faktör ise mastitir. Mastitin en sık etkeni stafilococcus aureustur ve genellikle tek memede görülür. Süt kanallarında biriken sütün mikroorganizmalar için besiyeri olması sonucunda gelişir. Uygun bir

ortamın oluşmasıyla üreyen bakteriler genellikle postpartum dönemin 2.-4. haftalarında süt bezi hücrelerinde ve kanallarında inflamasyona neden olur. Lokal olarak hassasiyet, ısı artışı ve kızarıklık sistemik olarak yüksek ateş, halsizlik, kırılgılık, aksiller lenfadenopati görülebilir.

Mastitin tedavisi antibiyoterapi ve mastit gelişen memenin pompayla veya emzirilerek devamlı boşaltılmasıdır. Antibiyoterapide süte geçmeyecek antibiyotik seçilmeli ve emzirme işlemi mastit gelişen memeden de normal olandan da yapılmalıdır. Mastite neden olan stafilococcus aureus bebeğin ağız florasında bulunduğundan emzirme bebek için zararlı olmayıp emzirmeye devam edilmelidir ve bebeğe ayrıyeten antibiyoterapi verilmesine gerek yoktur. Meme üzerine masaj yapılması ve sıcak uygulama da drenajı kolaylaştırmayı sağlar. Antibiyoterapiyle iyileşmeyen ve abseye dönüşen olgularda abse enjektörle aspire edilebilir veya ufak bir kesiyle drene edilerek gelen akıntıdan kültür alınabilir.

Postpartum dönemin ilk 24 saatinde vücut ısısının en az iki kez ölçümde 38 derece üstünde gelmesine puerperal ateş denir (72). Puerperal ateş, sık emzirmeyen lohusalarda postpartum dönemin genellikle üçüncü günü görülmektedir.

Ateşin yanısıra meme dokusunda özellikle dokunmayla artan hassasiyet, ısı artışı, sertlik görülebilir. Çoğunlukla kendiliğinden iyileşme görülebilirken sık sık emzirmeyle memenin boşaltılması ve meme üzerine soğuk uygulama yapılması da faydalı olmaktadır.

İnfeksiyon kaynaklı bir ateş varlığında ürogenital sistem infeksiyonu da düşünülmelidir. Antibiyoterapiye rağmen devam eden ateşte; septik pelvik tromboflebit ve plasenta retansiyonu gibi komplikasyonlar sorgulanmalıdır.

Sezaryen sonrasında görülen ateş, postoperatif infeksiyonun ilk bulgusu olarak görülmekle beraber sezaryen sonrasındaki her ateş febril morbidite kabul edilmemelidir. Müdüroğlu ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada jinekolojik ameliyatların %8.7'sinde sonrasında ateş saptanmıştır. Yaş, ameliyat süresi, kan transfüzyonu, dren ve nazogastrik sonda kullanımının febril morbidite oranını yükselttiği görülmüştür (72).

2.6.7. Pelvik Taban İnfeksiyonları

Normal doğum sonrası infeksiyon oranı %3 iken, sezaryende ise bu oran %20'dir. Postpartum dönemde infeksiyon kaynaklı ölüm oranı düşüktür ancak Amerika'da anne ölümlerin %7'sinin nedeni infeksiyonlardır. Postpartum dönemde en sık görülen dördüncü ölüm nedenidir (73).

Pelvik infeksiyon açısından en önemli risk faktörü sezaryen olmakla beraber uzamış doğum eylemi, erken membran rüptürü, servikal ve vajinal travma, internal fetal monitarizasyon, kötü sosyoekonomik düzey, obstetrik muayene sıklığı kötü hijyen postpartum dönemdeki görülen infeksiyonlar için diğer risk faktörleridir.

Görülen pelvik infeksiyonların büyük bir bölümünün patojeni; vajina ve serviks florasındaki bakterilerdir. Vajinal doğum sonrası gelişen endometrium infeksiyonlarında oral antibiyotik tedavisi yeterli olabilir. Sezaryenle gerçekleşen doğum sonrası gelişen orta veya ağır infeksiyonlarda geniş spektrumlu antibiyotiklerin tercih edilmesi gerekmektedir. Ayrıca sezaryen sonrası infeksiyonun önlenmesinde cerrahi teknik de ön plana çıkmaktadır.

Endomyometrit; alt genital sistem florasında olan bakterilerin yayılması sonucunda gelişen sekonder polimikrobiyal infeksiyondur. İntakt membranların varlığında *Ureoplazma urealitikum*'un koryoamnion kolonizasyonu sonucunda ameliyat sonrasında endometrit riskinde artış görülmüştür. Profilaktik antibiyotik kullanımı da olmamışsa sezaryen sonrası endometrit gelişme oranında artış görülmekte ve insidansı %30'a çıkmaktadır. Kadınların %90'ından fazlasında endomyometrit uygun antibiyotik kullanılmasıyla 48 ile 72 saat içerisinde geriler; iyileşmeyen olgularda ise yara yerlerinde infeksiyonlar, adneksal infeksiyonlar nekrotizan fasiit, peritonit, pelvik abseler, parametrial flegmon, septik pelvik tromboflebit gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir (73).

Büyük bir çoğunluğu kontaminasyon nedeniyle gelişen yara yeri infeksiyonunun insidansı %2,5 -16 değişmekte olup elektif vakalarda %4,7 iken, acil

vakalarda %24,2'ye kadar çıkabilir (66). Kültürde çoğunlukla aerobik ve anaerobik bakterilerin karışımı izole edilmektedir. Kordon prolapsusu, EMR, obezite, diyabet, hematoma oluşumu, kortizon tedavisi yara yeri infeksiyon oranını arttıran predispozan faktörlerdir. Yara infeksiyonunun önlenmesinde sezaryen öncesi profilaktik antibiyotik kullanımının büyük önemi vardır.

Yara yeri, fascial tabakayı da kapsayacak şekilde sezaryen sonrasında beşinci günden itibaren postsezaryen metrit tedavisini takiben ayrılabilir ve seröz bir akıntı meydana getirebilir. Yüksek mortaliteyle ve doku nekrozuyla seyreden, nadir görülen, sezaryende yapılan insizyonlarda veya perineal laserasyonlarda ortaya çıkan önemli bir komplikasyon olan nekrotizan fasit de uygun antibiyoterapi ve geniş debridman gerekebilir. Metrit sonrası gelişen peritonit vakalarında medikal tedavi tercih edilir. Uterusun insizyonel nekrozu sonucunda gelişen peritonit de cerrahi tedavi tercih edilmelidir (74).

Postpartum dönemde gelişen infeksiyonların tubalara ve overlere yayılması sonucunda perisalpenjit ve over absesi gelişebilir. Ayrıca sezaryen sonrası endomyometritin görüldü bazı vakalarda, ligamentum latumun yaprakları arasında oluşan flegmonlar ve parametrial selülit görülebilir. Sezaryen sonrası gelişen pelvik infeksiyonlar optimal tedaviye rağmen ateşin 72 saatten fazla sürdü olgularda flegmon ve parametrial selülit düşünülmelidir (74).

Plasental implantasyon bölgesinde veya daha fazla olarak uterin insizyon yerinde başlayan bakteriyel infeksiyonlar myometriyal venöz trombozlarla ilişkilidir. Brown ve arkadaşları tarafından 45.000 kadının beş yıllık izlemle takip edildiği bir çalışmada septik tromboflebit insidansı normal doğumda 1/9000 ve sezaryenle doğumda 1/800 olarak saptanmıştır (74).

Epizyotomi yapılan alandaki subkutan dokuda lokal  dem ve eksudatif eritemle karakterize infeksiyon gelişebilir ve insizyon, debridman uygulanması gerekebilir. Epizyotomi sonrası granülasyon dokusuyla iyileşme olur. Yüzeyel selülit varlığında uygun antibiyoterapi gerekebilir. Sfinkter veya rektal mukoza yaralanmalarında infeksiyon tedavisi verildikten onarım yapılmalıdır (74). Günümüzde epizyotomi tamirinde tanı sırasında debridman, debridman sonrası

uygun antibiyoterapi ve sık pansuman tercih edilmektedir. Bu tedavi şeması sonrası granülasyon dokusunun gelişip sağlıklı bir görünüm kazanılması sonrası tam onarım yapılır.

2.6.8. Amniyon Sıvı Embolisi

Amniyon sıvı embolisi 1/100.000'de görülmekle birlikte mortalite oranı çok yüksek olup %80'dir. Yaşayan lohusa veya gebelerin ise komplikasyon olarak %85'inde nörolojik sekel kalmaktadır (75). Amniyon sıvısının maternal kan dolaşımına geçerek anafilaksi benzeri reaksiyona neden olduğu amniyon sıvı embolisinin %70'i travayda, %10'u postpartum dönemde, % 20'si sezaryen sırasında meydana gelmektedir. Klinik tabloda hızlı kötüleşmeyle birlikte ARDS, siyanoz, kardiak arrest, kanama ve koma gelişmektedir. Doğum sayısının fazlalığı, gebenin 35 yaşından büyük olması, aşırı uterin distansiyonu, uterin rüptür, oksitosinin fazla kullanılması, makrozomik yenidoğanlar amniyon sıvı embolisinde predispozan faktörlerdir. Semptomatik ve destekleyici tedavi verilmelidir (76).

2.6.9. İdrar Yolu Enfeksiyonları

Lohusaların yaklaşık %3'ünde idrar yolu enfeksiyonları görülebilir. Doğum sonrası mesanenin hipotonik halde kalması, mesanede rezidüel idrar, reflü gelişmesi, kateterizasyon, doğum travması, sık vajinal muayene ve kontaminasyon idrar yolu enfeksiyon görülme riskini artırır. Sezaryen sonrası lohusaların %5-15'inde idrar yolu enfeksiyonu gelişebilir. İyileşme süresi annenin gebelik dönemdeki sağlığı, sezaryen ve sonrasında üriner kataterin kalış süresiyle ilişkilidir.

Hastanede takip edilen ve üriner kateterizasyon yapılan lohusaların %65'inde idrar yolu enfeksiyonu gelişmektedir. İdrar yolu enfeksiyonlarının sıklığı nedeniyle sezaryen operasyonları sonrası rutin mesane kateterizasyon yapılmasının gerekli olmadığını vurgulayan çalışmalar bulunmaktadır (77). İdrar yolu enfeksiyonlarını önlemenin en kolay yolu mesane kateterizasyonu mümkün olduğunca az tercih

edilmesi ve kullanıldıysa en kısa zamanda çıkarılmasıdır. Antibiyoterapi sonrası kültür takibi de yapılmalıdır.

2.6.10. Anesteziye Bağlı Komplikasyonlar

Genel anestezi esnasında ve sonrasında en fazla görülen komplikasyonlar aspirasyon ve laringospazmdır. Spinal anestezi sonrasında ise hipoventilasyon, hipotansiyon ile vertigo görülmektedir. Anne ölümlerin ise %25'i anestezi komplikasyonlarından kaynaklanmaktadır (78).

2.6.11. Cerrahi Komplikasyonlar

Sezaryenla ilişkili anne ölüm hızı değişkenlik gösterir. Anne ölümlerinin raporlanmadığı büyük vaka serilerinin yanı sıra sezaryena bağlı anne ölüm oranının 2/1000 olduğu çalışmalar da bulunmaktadır. Anne ölümlerinin büyük bölümü elektif ameliyatlardan çok acil sezaryen vakalarında görülmektedir (79). 2003 yılında Danimarka'da sezaryen vakalarının araştırıldığı bir çalışmada acil sezaryen esnasındaki komplikasyon oranı (%14,5), elektif olgulardaki komplikasyon oranından (%6,8) daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Sezaryen esnasında en sık görülen komplikasyonların uteroservikal lacerasyonlar ve hemoraji olduğu aynı çalışmada saptanmıştır (80).

Abdominal operasyonlarda karşılaşılabilecek bütün erken ve geç komplikasyonlar sezaryen de görülebilir. Yanlış cerrahi tekniğin kullanılması, infeksiyon tedavisinde yetersiz olunması, hemostazın sağlanamaması, yetersiz kan replasmanı, yanlış grup kan transfüzyonu yapılması sezaryen sırasında en sık görülen anne ölüm nedenleridir ve anne ölümlerini vajinal doğuma göre belirgin derecede artırmıştır (80).

En sık görülen erken komplikasyonlar, mesane zedelenmesi (1.4/1000) ve üreter zedelenmesi (1.3/1000)'dir (65). Mesane yaralanması en sık karnın açılması veya geçmiş ameliyatlardan sonrası uterusu yapışık hale gelen mesanenin ameliyat bölgesinden uzaklaştırılması esnasında görülürken üreter yaralanması sıklıkla

uterustaki kesi hattının uzaması veya kanama kontrolü için dikiş atılması sırasında oluşmaktadır (66).

Geç komplikasyonlar ise yapışıklıklara bağlı olarak bağırsak obstrüksiyonu gelişmesi ve sonraki hamilelikte uterin kesi yerinin açılmasıdır. Tanrıverdi ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada sezaryen doğumlarda esnasında ve sonrasında gelişen cerrahi komplikasyonlar %15 olarak saptanmıştır (81).

En fazla görülen majör komplikasyon uterin arter laserasyonuyken, minör komplikasyon ise histerotomiden sonra uzamış travaydır (81). Sezaryen ameliyatları sonrasındaki morbidite oranı, intraoperatif komplikasyonlar (enfeksiyon, tromboemboli) uygulanan cerrahi teknikle ilişkilidir.

2.6.12. Pelvik Taban Bozuklukları

Pelvik tabanın fonksiyonundaki bozukluğa bağlı olarak pelvik organlar aşağıya doğru inebilir. Pelvik tabanın dayanıksızlığı ve aşağıya inmesi destekleyici bağ dokusunda stres oluşturmaktadır. Buna artan karın içi basıncının eklenmesiyle pelvik organ prolapsusu meydana gelir. Pelvik organ prolapsusunda en önemli risk faktörleri; doku hasarı ve pelvik nöropatiye sebebiyet veren zor ve travmatik doğumlardır (82).

İdrar inkontinansı ve organ prolapsusu için ameliyat yapılan hastaların obstetrik öykülerinde paritenin daha yüksek, normal doğumun daha fazla ve sezaryenin ise daha az olduğu görülmüştür (83). Pelvik organ prolapsusunda birçok risk faktörüne rağmen ‘Oxford Family Planning Association’ yaptığı epidemiyolojik çalışmada en önemli risk faktörünün doğum sayısı olduğu bildirilmiştir (84). İdrar ve gaita inkontinansı, pelvik organ prolapsusu gibi komplikasyonların esas nedeni hamilelik ve doğum olduğu düşünülmekle beraber gebelik ve doğumun pelvik tabana olan etkileri tam olarak bilinmemektedir (85).

Vajinal doğumun pelvik tabana daha fazla etkisi olduğu düşünülmekte ve pelvik organ prolapsusunun önlenmesinde elektif sezaryeni öneren yayınlar bulunmaktadır (86). Rortveit ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada; stres üriner

inkontinans oranı nulliplarlarda %4.7, sezaryenle doğumunu gerçekleştirenlerde %6.9, normal doğum yapanlarda %12.2 olarak belirtilmiştir (87).

2.6.13. Diğer Komplikasyonlar

Sezaryen sonrası vezikouterin ve uteroabdominal fistüller ve postoperatif solunum komplikasyonlar, gastrointestinal disfonksiyon görülebilir. DVT, vajinal doğuma göre 5 kat daha fazla görülür (66).

Febril morbidite, transfüzyon gereksinimi, tromboembolik komplikasyonlar, sepsis ve pnömoni görülme oranı sezaryende daha fazladır. Hastanede yatış süresinin artmasına bağlı olarak komplikasyonlar ve hastaneye yeniden yatışlarda artış görülür. Bu nedenle hastanede kalış süresi 3 günü geçmemelidir (79). Yenidoğan için mükerrer elektif sezaryen, komplike olmayan vajinal doğuma göre daha fazla tehlikelidir. Elektif sezaryenle doğan bebeklerde iyatrojenik prematürite perinatal ölüm ve nörolojik iki kat daha fazla görülür. Ayrıca mükerrer sezaryen sayısındaki artış; plasenta akreta, bağırsak ve üretral yaralanmalar, ileus, postoperatif ventilasyon ve kan transfüzyonu ihtiyacını artırmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Örneklem Seçimi

Tanımlayıcı kesitsel tipte olan bu çalışma Antakya ilçesinde 6 ay süresince yürütüldü. Antakya ilçesinin nüfusu 377.793 kişidir. Antakya ilçesindeki bir yıldaki doğum sayısı 8066'dır (88). Çalışmanın yürütüldüğü 4 ASM'de Ekim 2018-Mart 2019 arasında kayıtlı lohusa sayısı 279'dur. 1/3 sistematik örnekleme yöntemi %20 hata payı ile 112 lohusaya ulaşılmak hedeflendi.

3.2. Etik Onay

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik onay (EK-D) ve Hatay İl Sağlık Müdürlüğü'nden ASM'lerde çalışma izni (EK-E) alındı.

3.3. Çalışma Tasarımı

Evreni oluşturan Antakya ilçesinde 43 ASM bulunmaktadır. Çalışmanın Antakya ilçesindeki ASM'lerde yapılması yönünde İl Sağlığı Müdürlüğünden izin istendi. İl Sağlık Müdürlüğünün çalışma için izin verdiği Antakya ilçesindeki 4 ASM'de takibi yapılan lohusalara yöneltilmek üzere sosyodemografik verilerin sorgulandığı ve mevcut literatür taramalarından elde edilen ve postpartum izlemleri sorgulayan 50 soruluk anket tarafımızca hazırlandı. Karaali, Serinyol 1-2, Anayazı Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran, anketi ve DSYKÖ doldurmayı kabul eden, okuma-yazma bilen, çalışmaya katılmaya engel derecede akıl hastalığı olmayan ve dil sorunu yaşamayan 18-49 yaş arası tüm lohusalara anket ve DSYKÖ uygulandı. Anket ve DSYKÖ Ekim 2018- Mart 2019 tarihleri arasında lohusalara çalışmayla

ilgili bilgi verildikten ve lohusalardan onam alındıktan sonra gözlem altında anket uygulama yöntemi ile dolduruldu.

3.4. Anket Tasarımı

Lohusalara görüşme sırasında sosyodemografik verilerini ve mevcut literatür taramalarından elde edilen bilgiler dahilinde tarafımızca hazırlanan gebelik ve postpartum izlemlerle ilgili bilgileri sorgulayan 2'si açık uçlu, 2'si iki seçenekli ve 46'sı çoktan seçmeli olmak üzere toplam 50 sorudan oluşan anket hazırlandı. Soruların anlaşılabilirliğini belirlemek ve ne kadar sürede doldurulduğunu saptamak amacıyla Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne postpartum izlem için ayaktan başvuran 3 lohusaya anket uygulanarak pilot çalışma yapıldı.

3.4.1. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği

Postpartum dönemdeki lohusaların yaşam kalitesiyle alakalı yapılan araştırmalarda genel yaşam kalitesini değerlendiren ölçeklerin kullanıldığı görülmüştür (89,90,91). Türkiye'de yaşam kalitesiyle alakalı yapılan araştırmaların çoğu kanser hastalarının veya aileleriyle ilgili çalışmalardan oluşmaktadır. Yeni rollerin üstlenildiği bir süreç olan postpartum dönem, kendine özel koşullar içerdiğinden postpartum dönemi değerlendirmek için kullanılacak ölçme araçlarına ve ölçeklere lüzum duyulmaktadır.

Geçerlik ve güvenirlik çalışması Hill, Aldag, Hekel ve arkadaşlarınca yapılan DSYKÖ'nin Türkçe uyarlamasının dil içerik ve yapı geçerliliği Altuntuğ ve Ege tarafından yapılmıştır (28). DSYKÖ, lohusanın algılamasının değerlendirildiği ölçek olup 5 alt içerikte toplam 40 madde bulunmaktadır. Ölçeğin alt içerikleri Akrabalık-aile-arkadaş (9 madde), Sosyoekonomik (9 madde), Eş (5 madde), Sağlık (8 madde), Psikolojik (9 madde) gibi 5 farklı özelliği sorgulamaktadır. Ölçek, doğum sonrası 4-6. haftasında olan annelerin kendilerini ne derece memnun ve önemli hissettiklerini sorgulamaktadır. Ölçekte iki bölüm bulunmaktadır ve ilk bölümde her bir maddede

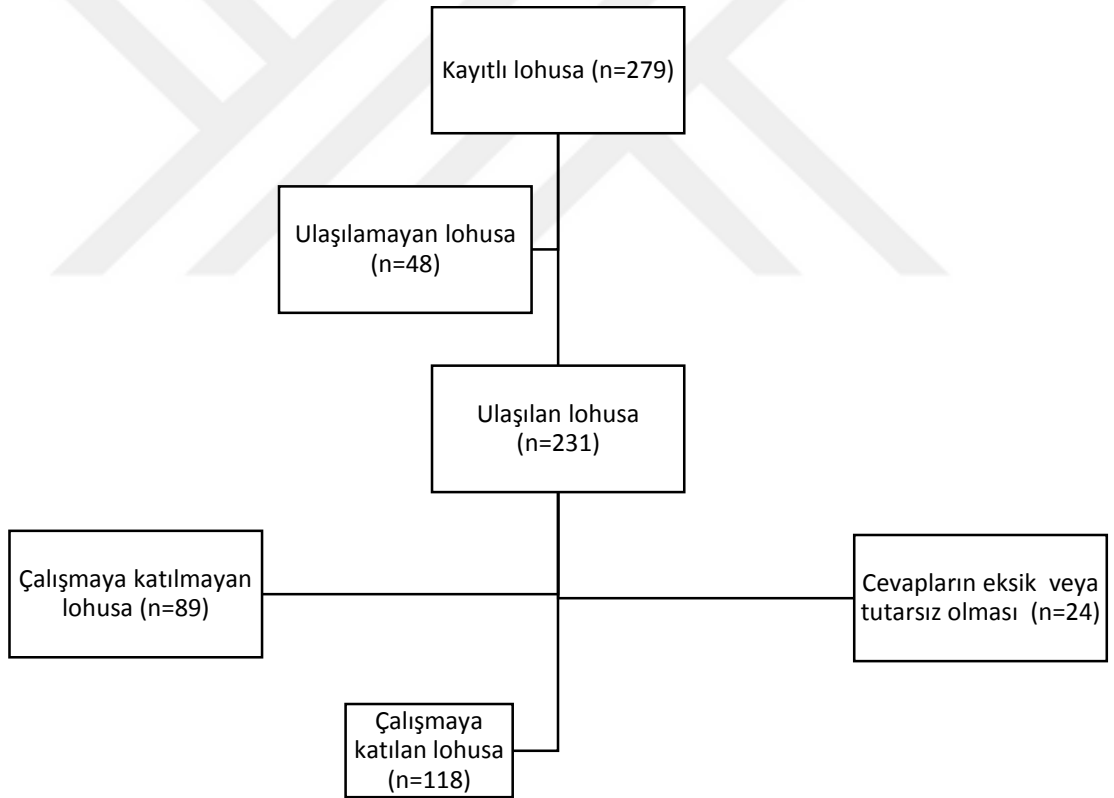
memnuniyet algısı, ikinci bölümde ise kişi açısından önemlilik durumu değerlendirilmektedir. Ölçeğin memnuniyet ve önemlilik bölümlerindeki bütün maddeler 6'lı likert skalasına göre ölçümlenmektedir. 1: Hiç Memnun Değil, 6: Çok Memnun olarak tanımlandığı ölçekte ara puanlarda bu iki uç durum arasındaki skala durumları bulunmaktadır. Sorunun yöneltildiği maddeyle alakalı ne kadar memnun veya o maddenin lohusa açısından ne kadar önemli olduğunu belirten doğru cevabın işaretlenmesi istenmiştir. DSYKÖ puanlarını hesaplamak için; memnuniyet maddelerinden 1'den 6'ya kadar alınan her puandan 3.5 çıkarılmakta (puanlar -2.5, -1.5, -0.5, 0.5, 1.5, 2.5 olmaktadır), ölçeğin önemlilik maddelerindeki alınan puan ile memnuniyet bölümündeki alınan puan çarpılmaktadır. Hesaplama sonrası ortaya çıkan puanlar toplanarak DSYKÖ soru sayısına (40 madde) bölündüğünde negatif sonuç çıkmaması için bölümden elde edilen sayıya 15 eklenip DSYKÖ puanı elde edilmektedir. Böylece DSYKÖ puanı 0-30 aralığında çıkmaktadır. Ölçekten alınan puan artması lohusanın postpartum dönemde yaşam kalitesinin yükseldiğini göstermektedir.

3.5. Veri Analizi ve İstatistik

İstatistiksel değerlendirmeler için SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanıldı. Sürekli değişkenler normal dağılım yönünden Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Gruplar arası karşılaştırmalarda Student's t testi ve Mann-Whitney U testi kullanıldı. Pearson korelasyon katsayısı ile sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler incelendi. Çoklu grupların ortancalarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi sonrasında ise Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi kullanıldı. Tüm istatistiksel veriler için $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

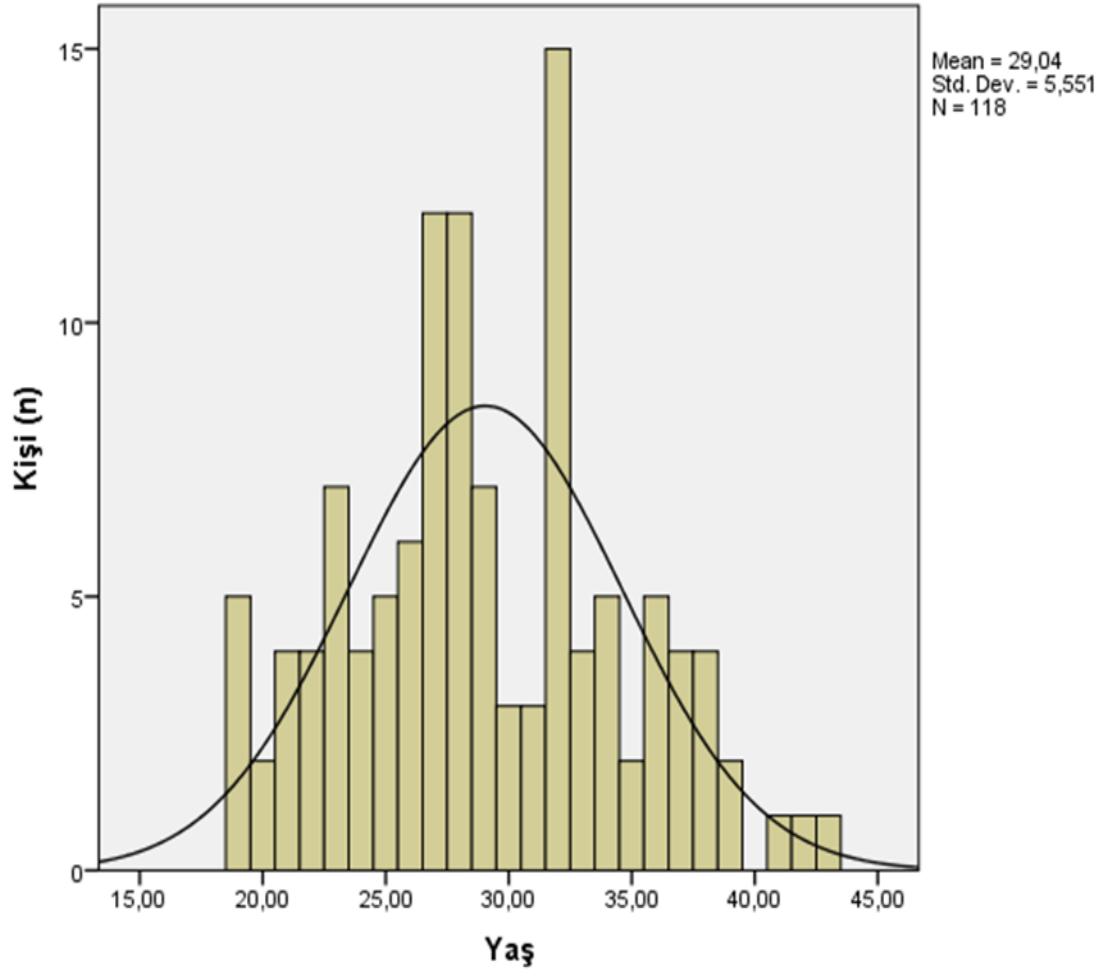
Çalışmamız, Ekim 2018-Mart 2019 ayları arasında Hatay ili Antakya ilçesinde bulunan ve Hatay İl Sağlığı Müdürlüğü tarafından izin verilen 4 ASM'ye kayıtlı bireylere gözlem altında anket uygulama yöntemiyle gerçekleştirildi. Dışlama kriterlerini taşımayan, postpartum dönemin 24.-42. günleri arasında olan 18-49 yaş arası lohusalar çalışmaya dahil edildi.



Şekil 4. Ankete Katılım Durumu

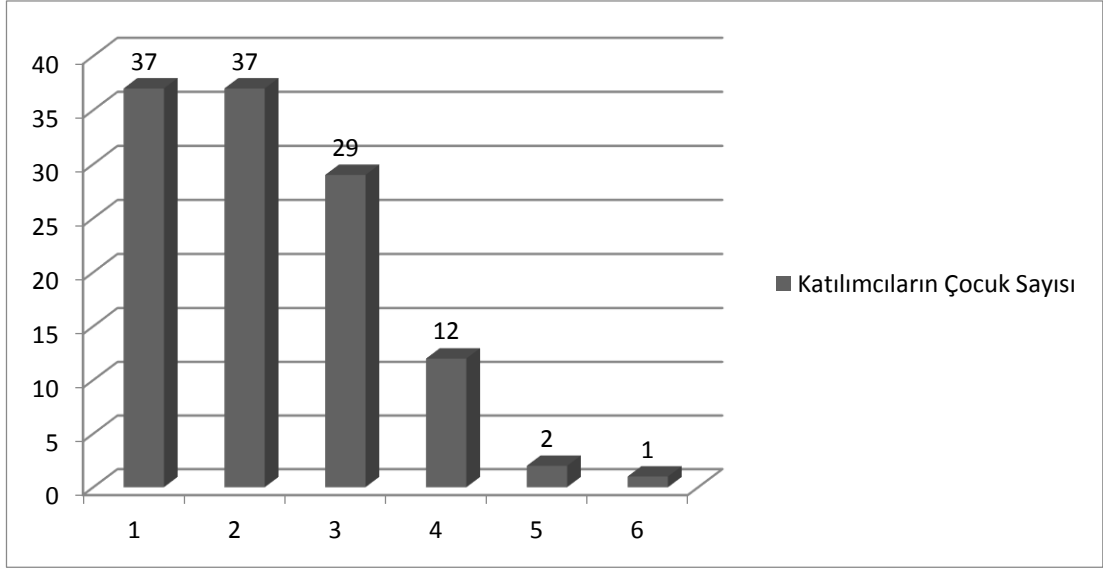
Çalışma süresi boyunca 4 ASM'ye kayıtlı 279 lohusa bulunmaktaydı. 231 lohusaya ulaşıldı fakat 89 lohusa çalışmaya katılmayı kabul etmedi. Kalan 142 lohusaya anket uygulandı. Anketlerin değerlendirilmesi sürecinde 24 lohusanın

cevapladığı anket eksik veya tutarsız olması nedeniyle çalışma dışı bırakıldı. Toplamda 118 anket değerlendirmeye alındı (Şekil 4).



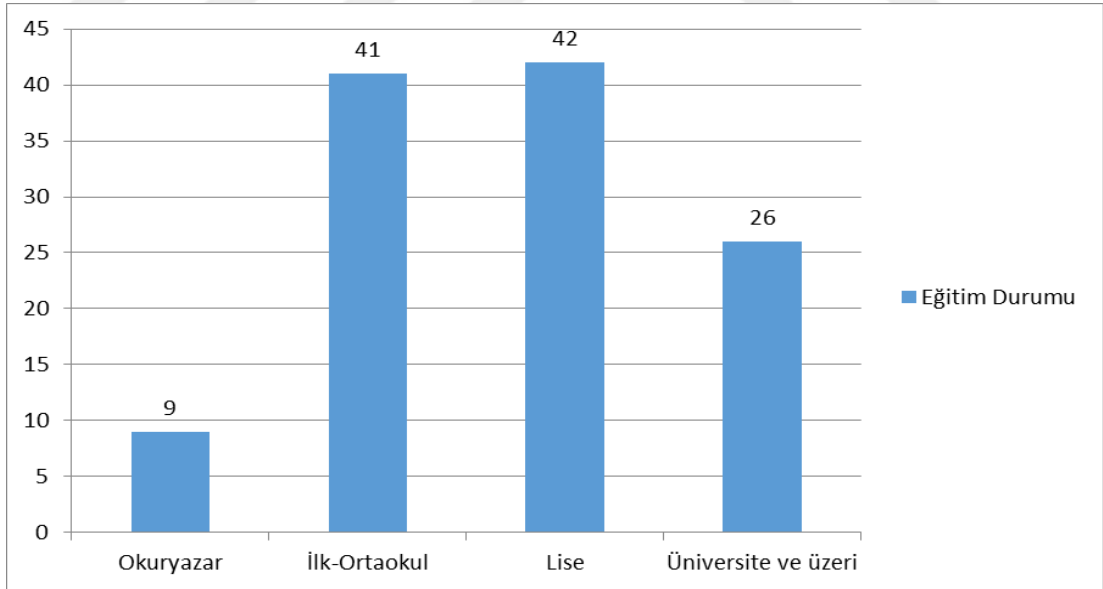
Şekil 5. Katılımcıların Yaş Grafiği

Çalışmaya alınan toplam 118 lohusanın yaş ortalaması $29,04 \pm 5,55$ (Min:19,0- Max:43,0) idi (Şekil 5).



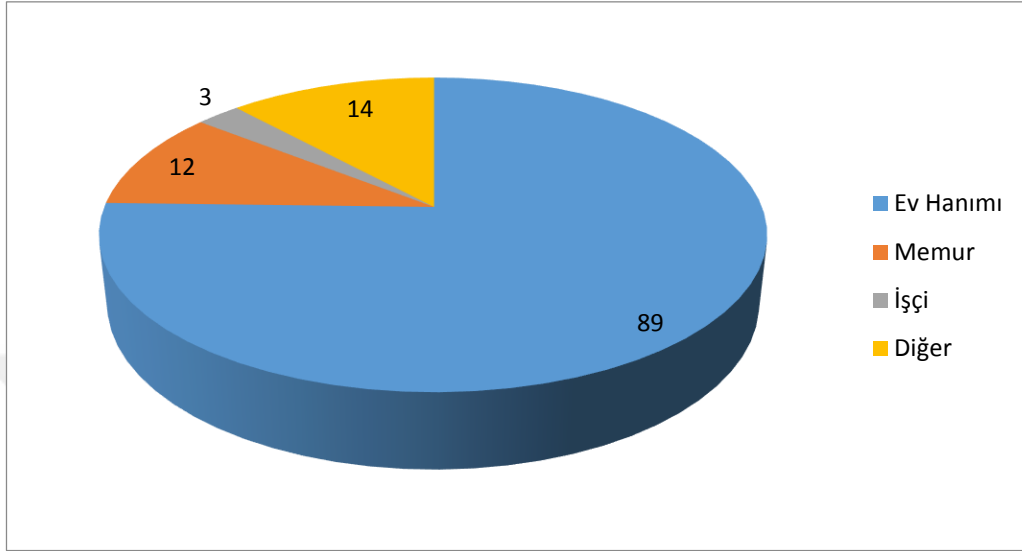
Şekil 6. Katılımcıların Çocuk Sayısı

Katılımcıların çocuk sayısı ortalaması $2,22 \pm 1,10$ (Min:1,0-Max:6,0) olarak bulundu. Katılımcıların 37'si 1 çocuk, 37'si 2 çocuk, 29'u 3 çocuk, 12'si 4 çocuk 2'si 5 çocuk sahibiydi (Şekil 6).



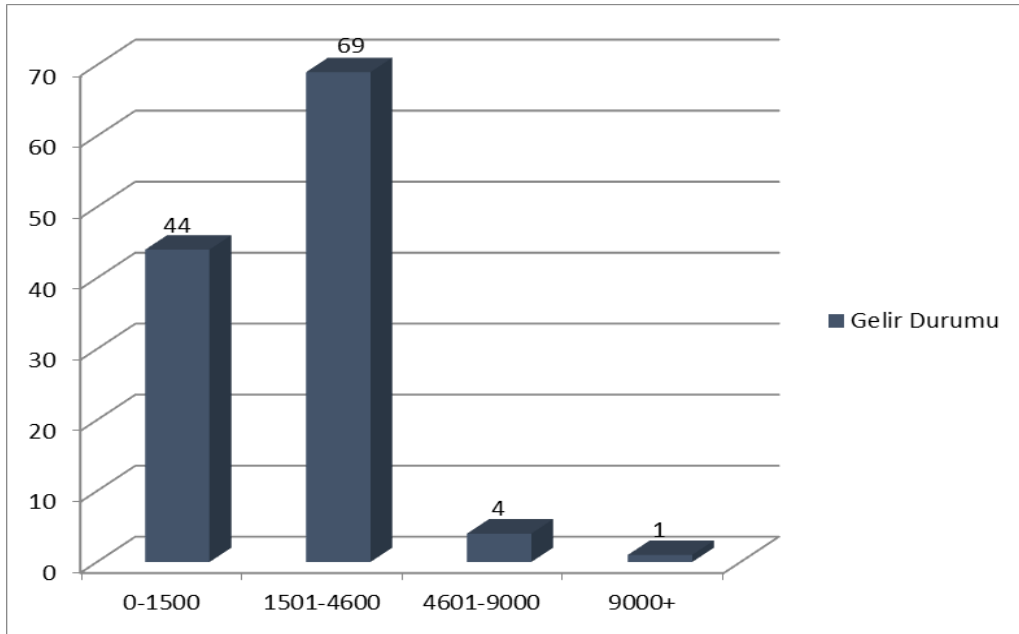
Şekil 7. Katılımcıların Eğitim Durumu

Çalışmaya alınan kadınların 9 (%7,6)'u okuryazar, 41 (%34,7)'i ilk-orta öğretim mezunu, 42 (%35,6)'si lise mezunu, 26 (%22,0)'sı ise üniversite mezunu idi (Şekil 7).



Şekil 8. Katılımcıların Meslek Dağılımı

Meslek dağılımlarını incelediğimizde %75,4'ü ev hanımı, %10,2'si memur, %2,5'i işçi, %11,9'u ise diğer meslek gruplarına mensup idi (Şekil 8).



Şekil 9. Katılımcıların Gelir Durumu

Katılımcıların 44 (%37,3)'ünün aylık geliri 0-1500 TL, 69 (%58,5)'unun 1501-4600 TL, 4 (%3,4)'ünün 4601-9000 TL, 1 (%0,8)'inin de 9000 TL üzeri gelire sahip idi (Şekil 9).

Tablo 1. Katılımcıların Obstetrik Verileri

Gebelik sayısı	n	%
1	32	27,1
2	32	27,1
3	38	32,2
4	9	7,6
5 ve üzeri	7	5,9
Doğum sayısı		
1	37	31,4
2	37	31,4
3	28	23,7
4	11	9,3
5 ve üzeri	5	4,2
Gebelikteki kontrol sayısı		
1	1	0,8
2	6	5,1
3	9	7,6
4	22	18,6
5 ve üzeri	80	67,8
Doğum yeri		
Özel hastane	41	34,7
Devlet veya üniversite	76	64,4
Ev	1	0,8
Doğum şekli		
Vajinal	51	43,2
Sezaryen	67	56,8
Postpartum kontrol sayısı bilinme		
Evet	42	35,6
Hayır	76	64,4

Katılımcıların 32 (%27,1)'si 1, 32 (%27,1)'si 2, 38 (%32,2)'i 3, 9 (%7,6)'u 4 ve 7 (%5,9)'u 5 ve üzeri gebelik geçirmiştir. Katılımcıların 37 (%31,4)'si 1, 37

(%31,4)'si 2, 28 (%23,7)'i 3, 11 (%9,3)'ü 4 ve 5 (%4,2)'si 5 ve üzeri doğum yapmıştır (Tablo 1).

Gebelerin %67,8'i gebeliği süresince beş ve daha fazlası, %18,6'sı dört kez, %7,6'sı üç kez, %5,1'i iki kez, %0,8'i bir kez kontrole gitmişti. Çalışmaya alınan kadınların %34,7'si özel hastanede, %64,4'ü devlet-üniversite hastanesinde, %0,8'i de evde doğum yapmış idi. Gebelerin %43,2'si vajinal, %56,8'i sezaryen yolu ile doğum yaptıklarını ifade etti (Tablo 1).

Tablo 2. Birinci İzlemde Yapılan Değerlendirmeler

15 dakikada bir vital takibi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	67	56,8
Hayır	14	11,9
Hatırlamıyorum	37	31,4
15 dakikada bir kanama kontrolü ve risk tespiti		
Evet	67	56,8
Hayır	15	12,7
Hatırlamıyorum	36	30,5
Kan grubu bakılması veya sorulması		
Evet	85	72,0
Hayır	11	9,3
Hatırlamıyorum	22	18,6
15 dakikada bir rahim muayenesi		
Evet	55	46,6
Hayır	29	24,6
Hatırlamıyorum	34	28,8
Emzirme eğitimi ve başlatılması		
Evet	92	78,0
Hayır	18	15,3
Hatırlamıyorum	8	6,8
Vajinal-rektal muayene		
Evet	38	74,5
Hayır	3	5,9
Hatırlamıyorum	10	19,6
Anne yakınmalarının sorgulanması		
Evet	90	76,3
Hayır	12	10,2
Hatırlamıyorum	16	13,6

Birinci izlem değerlendirmelerinden (ilk 1 saatte yapılan) 15 dakikada bir vital takibi lohusaların %56,8'ine, 15 dakikada bir kanama kontrolü ve risk tespiti

%56,8'ine, kan grubu bakılması veya sorulması %72'sine, 15 dakikada bir rahim muayenesi %46,6'sına, emzirme eğitimi ve başlatılması %78'sına, vajinal-rektal muayene %74,5'una ve anne yakınmalarının sorgulanması %76,3'üne uygulanmıştır (Tablo 2).

Tablo 3. İkinci İzlemde Yapılan Değerlendirmeler

Genel durum değerlendirmesi-vital takibi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	91	77,1
Hayır	9	7,6
Hatırlamıyorum	18	15,3
Tetanoz aşılması		
Evet	54	45,8
Hayır	27	22,9
Hatırlamıyorum	37	31,4
Rh IG yapılması		
Evet	42	35,6
Hayır	46	39,0
Hatırlamıyorum	30	25,4
Saatte bir kanama kontrolü-rahim muayenesi		
Evet	64	54,2
Hayır	36	30,5
Hatırlamıyorum	18	15,3
Genel sistem muayenesi		
Evet	64	54,2
Hayır	36	30,5
Hatırlamıyorum	18	15,3
Mobilizasyon		
Evet	108	91,5
Hayır	4	3,4
Hatırlamıyorum	6	5,1
Hb ölçümü		
Evet	80	67,8
Hayır	8	6,8
Hatırlamıyorum	30	25,4
Anne yakınma sorgulama		
Evet	94	79,7
Hayır	12	10,2
Hatırlamıyorum	12	10,2

İkinci izlem değerlendirmelerinden (doğum sonrası 1.-6.saat arasında) genel durum değerlendirmesi-vital takibi lohusaların %77,1'i, tetanoz aşılması %45,8'ine, Rh IG yapılması %35,6'sına, saatte bir kanama kontrolü-rahim muayenesi %54,2'sine, genel sistem muayenesi %54,2'sine, mobilizasyon %91,5'ine, Hb ölçümü %67,8'ine ve anne yakınma sorgulama %79,7'sine yapılmıştır (Tablo 3).

Tablo 4. Üçüncü İzlemde Yapılan Değerlendirmeler

Genel durum değerlendirmesi-vital takibi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	84	71,2
Hayır	22	18,6
Hatırlamıyorum	12	10,2
Rahim değerlendirme		
Evet	62	52,5
Hayır	36	30,5
Hatırlamıyorum	20	16,9
Psikolojik durum değerlendirme		
Evet	37	31,4
Hayır	66	55,9
Hatırlamıyorum	15	12,7
İnsizyon hattı-epizyotomi		
Evet	82	69,5
Hayır	18	15,3
Hatırlamıyorum	18	15,3
Anne yakınma sorgulama		
Evet	92	78,0
Hayır	18	15,3
Hatırlamıyorum	8	6,8
Lohusalıkla ilgili bilgilendirme		
Evet	88	74,6
Hayır	24	20,3
Hatırlamıyorum	6	5,1

Üçüncü izlem değerlendirmelerinden (doğum sonrası 6.-24.saat arasında) genel durum değerlendirmesi-vital takibi lohusaların %71,2'sine, rahim

değerlendirme %52,5'ine, psikolojik durum değerlendirme %31,4'üne, insizyon hattı-epizyotomi değerlendirme %69,5'una, anne yakınma sorgulama %78'ine ve lohusalıkla ilgili bilgilendirme %74,6'sına yapılmıştır (Tablo 4).

Tablo 5. Dördüncü İzlemde Yapılan Değerlendirmeler

Genel durum değerlendirmesi-kanama takibi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	58	49,2
Hayır	54	45,8
Hatırlamıyorum	6	5,1
Vital takibi		
Evet	56	47,5
Hayır	54	45,8
Hatırlamıyorum	8	6,8
Yakınmaların sorgulanması		
Evet	68	57,6
Hayır	45	38,1
Hatırlamıyorum	5	4,2
Emzirme sorgulama		
Evet	80	67,8
Hayır	36	30,5
Hatırlamıyorum	2	1,7
Genel vücut muayene		
Evet	55	46,6
Hayır	53	44,9
Hatırlamıyorum	10	8,5
Lohusalıkla ilgili bilgilendirme		
Evet	70	59,3
Hayır	42	35,6
Hatırlamıyorum	6	5,1

Dördüncü izlem değerlendirmelerinden (doğum sonrası 2.-5.gün arası) genel durum değerlendirmesi-kanama takibi lohusaların %49,2'sine, vital takibi %47,5'ine yakınmaların sorgulanması %57,6'sına, emzirme sorgulama %67,8'ine, genel vücut %46,6'sına ve lohusalıkla ilgili bilgilendirme %59,3'sine yapılmıştır (Tablo 5).

Tablo 6. Beşinci İzlemde Yapılan Değerlendirmeler

Genel durum değerlendirmesi-kanama takibi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	57	48,3
Hayır	55	46,6
Hatırlamıyorum	6	5,1
Vital takibi		
Evet	41	34,7
Hayır	60	50,8
Hatırlamıyorum	17	14,4
Yakınmaların sorgulanması		
Evet	63	53,4
Hayır	47	39,8
Hatırlamıyorum	8	6,8
Emzirme sorgulama		
Evet	78	66,1
Hayır	35	29,7
Hatırlamıyorum	5	4,2
Genel vücut muayene		
Evet	42	35,6
Hayır	67	56,8
Hatırlamıyorum	9	7,6
Lohusalıkla ilgili bilgilendirme		
Evet	57	48,3
Hayır	51	43,2
Hatırlamıyorum	10	8,5

Beşinci izlem değerlendirmelerinden (doğum sonrası 13.-17.gün arası) genel durum değerlendirmesi-kanama takibi %48,3'üne, vital takibi %34,7'sine, yakınmaların sorgulanması %53,4'üne, emzirme sorgulama %66,1'ine, genel vücut muayene %35,6'sına ve lohusalıkla ilgili bilgilendirme %48,3'üne yapılmıştır (Tablo 6).

Tablo 7. Altıncı İzlemde Yapılan Değerlendirmeler

Genel durum değerlendirmesi-kanama takibi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	50	42,4
Hayır	55	46,6
Hatırlamıyorum	13	11,0
Vital takibi		
Evet	52	44,1
Hayır	53	44,9
Hatırlamıyorum	13	11,0
Kontrasepsiyon bilgilendirme		
Evet	54	45,8
Hayır	50	42,4
Hatırlamıyorum	14	11,9
Genel vücut muayene		
Evet	43	36,4
Hayır	65	55,1
Hatırlamıyorum	10	8,5
Anne bilgilendirme		
Evet	42	35,6
Hayır	67	56,8
Hatırlamıyorum	9	7,6
Lohusalıkla ilgili bilgilendirme		
Evet	57	48,3
Hayır	51	43,2
Hatırlamıyorum	10	8,5

Altıncı izlem değerlendirmelerinden (doğum sonrası 30.-42.gün arası) genel durum değerlendirmesi-kanama takibi %42,4'üne, vital takibi %44,1, kontrasepsiyon

bilgilendirme %45,8'ine, genel vücut muayene %36,4'üne, anne bilgilendirme %35,6'sına ve lohusalıkla ilgili bilgilendirme %48,3'üne yapılmıştır (Tablo7).

Tablo 8. DSYKÖ Memnuniyet Bölümü Değerlendirme

	Hiç memnun değil n (%)	Orta derece memnun değil n (%)	Biraz memnun değil n (%)	Biraz memnun n (%)	Orta derece memnun n (%)	Çok memnun n (%)
Sağlık	4 (3,4)	9 (7,6)	14 (11,9)	13 (11,0)	46 (39,0)	32 (27,1)
Ağrı düzeyi	8 (6,8)	13 (11,0)	17 (14,4)	31 (26,3)	37 (31,4)	12 (10,2)
Günlük aktivite enerjisi	3 (2,5)	11 (9,3)	19 (16,1)	31 (26,3)	42 (35,6)	12 (10,2)
Yaşamını kontrol edebilme	4 (3,4)	9 (7,6)	22 (18,6)	28 (23,7)	37 (31,4)	18 (15,3)
Yardım almadan kendine bakım verme yeterliliği	5 (4,2)	9 (7,6)	13 (11,0)	25 (21,2)	36 (30,5)	30 (25,4)
Fiziksel görünüş	11 (9,3)	12 (10,2)	23 (19,5)	24 (20,3)	33 (28,0)	15 (12,7)
Uyku düzeyi	17 (14,4)	24 (20,3)	30 (25,4)	16 (13,6)	27 (22,9)	4 (3,4)
Meme	7 (5,9)	10 (8,5)	25 (21,2)	33 (28,0)	34 (28,8)	9 (7,6)
Dikiş	14 (11,9)	9 (7,6)	27 (22,9)	32 (27,1)	26 (22,0)	10 (8,5)
Cinsel yaşam	5 (4,2)	16 (13,6)	20 (16,9)	31 (26,3)	37 (31,4)	9 (7,6)
İç huzur	1 (0,8)	10 (8,5)	17 (14,4)	26 (22,0)	41 (34,7)	23 (19,5)
Genel olarak mutluluk	1 (0,8)	5 (4,2)	17 (14,4)	21(17,8)	44 (37,3)	30 (25,4)
Genel olarak yaşam	1 (0,8)	5 (4,2)	14 (11,9)	27 (22,9)	49 (41,5)	22 (18,6)
Yaşamdaki kaygı düzeyi	6 (5,1)	12 (10,2)	28 (23,7)	32 (27,1)	28 (23,7)	12 (10,2)
Eşten alınan duygusal destek	7 (5,9)	7 (5,9)	5 (4,2)	16 (13,6)	33 (28,0)	50 (42,4)
Aileden alınan duygusal destek	3 (2,5)	5 (4,2)	5 (4,2)	13 (11,0)	35 (29,7)	57 (48,3)
Arkadaştan alınan duygusal destek	2 (1,7)	5 (4,2)	7 (5,9)	28 (23,7)	39 (33,1)	37 (31,4)
Eş ile ilişki	2 (1,7)	6 (5,1)	8 (6,8)	11 (9,3)	39 (33,1)	52 (44,1)
Aile sorumluluklarını yerine getirme	1 (0,8)	6 (5,1)	10 (8,5)	13 (11,0)	40 (33,9)	48 (40,7)
Bebeğin sağlığı	1 (0,8)	3 (2,5)	4 (3,4)	5 (4,2)	29 (24,6)	76 (64,4)
Çocukların	4 (3,4)	4 (3,4)	11 (9,3)	26 (22,0)	33 (28,0)	40 (33,9)

bakımında yardım alma						
Çocuklar için ayrılan zaman	1 (0,8)	3 (2,5)	4 (3,4)	16 (13,6)	46 (39,0)	48 (40,7)
Ev işleri için ayrılan zaman	7 (5,9)	11 (9,3)	24 (20,3)	32 (27,1)	23 (19,5)	21 (17,8)
Arkadaşlar ve akrabalar için ayrılan zaman	7 (5,9)	20 (16,9)	26 (22,0)	31 (26,3)	19 (16,1)	15 (12,7)
Eş için ayrılan zaman	2 (1,7)	17 (14,4)	17 (14,4)	34 (28,8)	30 (25,4)	18 (15,3)
Kendi için ayrılan zaman	16 (13,6)	22 (18,6)	20 (16,9)	24 (20,3)	24 (20,3)	12 (10,2)
Bebğin beslenme yeterliliği	1 (0,8)	6 (5,1)	5 (4,2)	11 (9,3)	41 (34,7)	54 (45,8)
Eş sağık	1 (0,8)	4 (3,4)	1 (0,8)	8 (6,8)	42 (35,6)	62 (52,5)
Yaşamdaki günlük işler	3 (2,5)	9 (7,6)	24 (20,3)	30 (25,4)	36 (30,5)	16 (13,6)
Yaşanılan ev	2 (1,7)	8 (6,8)	14 (11,9)	20 (16,9)	47 (39,8)	27 (22,9)
Komşular	3 (2,5)	5 (4,2)	16 (13,6)	30 (25,4)	36 (30,5)	28 (23,7)
Ekonomik bağımsızlık	20 (16,9)	15 (12,7)	25 (21,2)	14 (11,9)	32 (27,1)	12 (10,2)
Ekonomik harcamaları karşılamaya yeterlilik	15 (12,7)	12 (10,2)	22 (18,6)	21 (17,8)	34 (28,8)	14 (11,9)
Tıbbi hizmete ulaşım	3 (2,5)	4 (3,4)	16 (13,6)	24 (20,3)	42 (35,6)	29 (24,6)
İstenildiği zaman herhangi bir araca ulaşım	7 (5,9)	5 (4,2)	13 (11,0)	18 (15,3)	34 (28,8)	41 (34,7)
Malvarlığı	7 (5,9)	16 (13,6)	19 (16,1)	19 (16,1)	39 (33,1)	18 (15,3)
Mali durum	8 (6,8)	13 (11,0)	17 (14,4)	20 (16,9)	42 (35,6)	18 (15,3)
Çevresel koşullar	5 (4,2)	5 (4,2)	19 (16,1)	30 (25,4)	40 (33,9)	19 (16,1)
Eşin işi	6 (5,1)	8 (6,8)	11 (9,3)	22 (18,6)	47 (39,8)	24 (20,3)
Kendi işi	20 (16,9)	17 (14,4)	19 (16,1)	14 (11,9)	30 (25,4)	18 (15,3)

Lohusalar; DSYKÖ memnuniyet bölümünde hiç memnun değil cevabında kendi işi ve ekonomik bağımsızlık, orta derecede memnun değil cevabında uyku düzeyi, biraz memnun değil cevabında uyku düzeyi, biraz memnun cevabında göğüs, orta derecede memnun cevabında genel olarak yaşam ve çok memnun cevabında en çok eş sağlık maddelerini işaretlemişlerdir (Tablo 8).

Tablo 9. DSYKÖ Önemlilik Bölümü Değerlendirme

	Hiç memnun değil n (%)	Orta derece memnun değil n (%)	Biraz memnun değil n (%)	Biraz memnun n (%)	Orta derece memnun n (%)	Çok memnun n (%)
Sağlık	1 (0,8)	2 (1,7)	1 (0,8)	5 (4,2)	15 (12,7)	94 (79,7)
Ağrı düzeyi	1 (0,8)	2 (1,7)	5 (4,2)	17 (14,4)	35 (29,7)	58 (49,2)
Günlük aktivite enerji	1 (0,8)	0 (0)	8 (6,8)	21 (17,8)	42 (35,6)	46 (39,0)
Yaşamını kontrol edebilme	0 (0)	3 (2,5)	5 (4,2)	16 (13,6)	39 (33,1)	55 (46,6)
Yardım almadan kendine bakım verme yeterliliği	1 (0,8)	2 (1,7)	1 (0,8)	15 (12,7)	33 (28,0)	66 (55,9)
Fiziksel görünüş	0 (0)	0 (0)	9 (7,6)	25 (21,2)	37 (31,4)	47 (39,8)
Uyku düzeyi	1 (0,8)	4 (3,4)	8 (6,8)	19 (16,1)	38 (32,2)	48 (40,7)
Meme	1 (0,8)	2 (1,7)	11 (9,3)	32 (27,1)	41 (34,7)	31 (26,3)
Dikiş	1 (0,8)	5 (4,2)	16 (13,6)	21 (17,8)	39 (33,1)	36 (30,5)
Cinsel yaşam	1 (0,8)	4 (3,4)	11 (9,3)	32 (27,1)	41 (34,7)	29 (24,6)
İç huzur	0 (0)	3 (2,5)	6 (5,1)	11 (9,3)	29 (24,6)	69 (58,5)
Genel olarak mutluluk	1 (0,8)	1 (0,8)	4 (3,4)	11 (9,3)	27 (22,9)	74 (62,7)
Genel olarak yaşam	0 (0)	4 (3,4)	3 (2,5)	10 (8,5)	31 (26,3)	70 (59,3)
Yaşamdaki kaygı düzeyi	1 (0,8)	4 (3,4)	9 (7,6)	19 (16,1)	39 (33,1)	46 (39,0)
Eşten alınan duygusal destek	0 (0)	2 (1,7)	1 (0,8)	5 (4,2)	26 (22,0)	84 (71,2)
Aileden alınan duygusal destek	0 (0)	1 (0,8)	4 (3,4)	6 (5,1)	28 (23,7)	79 (66,9)
Arkadaştan alınan duygusal destek	0 (0)	1 (0,8)	8 (6,8)	27 (22,9)	38 (32,2)	44 (37,3)
Eş ile ilişki	0 (0)	2 (1,7)	3 (2,5)	10 (8,5)	29 (24,6)	74 (62,7)
Aile sorumluluklarını	2 (1,7)	1 (0,8)	2 (1,7)	11 (9,3)	35 (29,7)	67 (56,8)

yerine getirme						
Bebeğin sağlığı	0 (0)	0 (0)	1 (0,8)	4 (3,4)	15 (12,7)	98 (83,1)
Çocukların bakımında yardım alma	1 (0,8)	2 (1,7)	5 (4,2)	15 (12,7)	44 (37,3)	51 (43,2)
Çocuklar için ayrılan zaman	0 (0)	0 (0)	1 (0,8)	8 (6,8)	32 (27,1)	77 (65,3)
Ev işleri için ayrılan zaman	1 (0,8)	5 (4,2)	12 (10,2)	37 (31,4)	35 (29,7)	28 (23,7)
Arkadaşlar ve akrabalar için ayrılan zaman	5 (4,2)	9 (7,6)	14 (11,9)	30 (25,4)	38 (32,2)	22 (18,6)
Eş için ayrılan zaman	1 (0,8)	3 (2,5)	8 (6,8)	13 (11,0)	39 (33,1)	54 (45,8)
Kendi için ayrılan zaman	1 (0,8)	2 (1,7)	10 (8,5)	19 (16,1)	41 (34,7)	45 (38,1)
Bebeğin beslenme yeterliliği	0 (0)	1 (0,8)	1 (0,8)	4 (3,4)	20 (16,9)	92 (78,0)
Eş sağlığı	1 (0,8)	1 (0,8)	8 (6,8)	9 (7,6)	25 (21,2)	74 (62,7)
Yaşamdaki günlük işler	0 (0)	4 (3,4)	14 (11,9)	32 (27,1)	35 (29,7)	33 (28,0)
Yaşanılan ev	1 (0,8)	4 (3,4)	10 (8,5)	21 (17,8)	44 (37,3)	38 (32,2)
Komşular	2 (1,7)	6 (5,1)	28 (23,7)	29 (24,6)	27 (22,9)	26 (22,0)
Ekonomik bağımsızlık	1 (0,8)	7 (5,9)	11 (9,3)	10 (8,5)	34 (28,8)	55 (46,6)
Ekonomik harcamaları karşılamaya yeterlilik	2 (1,7)	0 (0)	6 (5,1)	17 (14,4)	39 (33,1)	54 (45,8)
Tıbbi hizmete ulaşım	0 (0)	1 (0,8)	2 (1,7)	15 (12,7)	31 (26,3)	69 (58,5)
İstenildiği zaman herhangi bir araca ulaşım	0 (0)	2 (1,7)	4 (3,4)	13 (11,0)	37 (31,4)	62 (52,5)
Mal varlığı	1 (0,8)	3 (2,5)	9 (7,6)	28 (23,7)	38 (32,2)	39 (33,1)
Mali durum	1 (0,8)	4 (3,4)	5 (4,2)	24 (20,3)	42 (35,6)	42 (35,6)
Çevresel koşullar	1 (0,8)	1 (0,8)	7 (5,9)	23 (19,5)	44 (37,3)	42 (35,6)
Eşin işi	0 (0)	1 (0,8)	1 (0,8)	10 (8,5)	42 (35,6)	64 (54,2)
Kendi işi	6 (5,1)	3 (2,5)	12 (10,2)	15 (12,7)	35 (29,7)	47 (39,8)

Lohusalar; DSYKÖ önemlilik bölümünde hiç memnun değil cevabında kendi işi, orta derecede memnun değil cevabında arkadaşlar ve akrabalar için ayrılan zaman, biraz memnun değil cevabında komşular, biraz memnun cevabında ev işleri için ayrılan zaman, orta derecede memnun cevabında çocukların bakımında yardım

alma ve yaşanan evle çevresel koşullar ile çok memnun cevabında en çok eşin işi maddelerini işaretlemişlerdir (Tablo 9).

Tablo 10. Yaş, Çocuk Sayısı ve Gelir Durumunun DSYKÖ'nin Korelasyonu

		DSYKÖ
Yaş	p* R**	0,73 0,03
Çocuk sayısı	p R	0,509 -0,061
Gelir Durumu	p R	0,003 0,269
* Pearson Korelasyon Testi ** Korelasyon Katsayısı		

Tüm katılımcıların DSYKÖ skor ortalaması $19,70 \pm 3,90$ (Min:10,63-Max:27,56) olarak hesaplandı. Gelir ile DSYKÖ arasında düşük düzeyde pozitif korelasyon tespit edildi ($p=0,003$). Yaş ve çocuk sayısı ile DSYKÖ arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 10).

Tablo 11. Sosyodemografik ve Obstetrik Verilere Göre DSYKÖ Skor Dağılımı

Meslek (n)	DSYKÖ Median (Min-Max)	p
Ev hanımı (89)	19,32 (10,63-26,96)	0,117*
Memur (12)	21,93 (16,69-27,30)	
İşçi (3)	21,53 (20,71-27,70)	
Diğer (14)	20,58 (12,39-27,56)	
Eğitim Durumu (n)		
Okur-Yazar (9)	18,82 (14,50-22,95)	0,224*
İlk-Orta Öğretim (41)	19,53 (10,90-26,96)	
Lise (42)	19,33 (10,63-24,15)	
Üniversite ve üstü (26)	20,61 (12,39-27,56)	

Gebelik Sayısı (n)		
1 (32)	19,30 (11,44-27,56)	0,083*
2(32)	20,67 (11,84-27,30)	
3 (38)	20,86 (10,63-26,78)	
4 (9)	18,51 (10,90-23,69)	
5 ve üzeri (7)	16,52 (15,10-23,69)	
Doğum Sayısı (n)		
1 (37)	19,38 (11,44-27,56)	0,085*
2 (37)	20,78 (11,84-27,30)	
3 (28)	20,36 (10,63-26,78)	
4 (11)	16,52 (10,90-23,69)	
5 ve üzeri (5)	18,51 (13,04-23,69)	
Gebelikte Gidilen Kontrol Sayısı (n)		
3 (16)	17,58 (10,90-26,09)	0,115*
4 (22)	19,35 (15,23-23,69)	
5 ve üzeri (80)	20,53 (10,63-27,56)	
	DSYKÖ (Ortalama± Standart Sapma)	
Doğum Şekli (n)		
Vajinal	19,59±3,33	0,095**
Sezaryen	19,77±4,29	
Postpartum Kontrol Sayısını Bilme (n)		
Evet	21,15±3,77	0,919**
Hayır	18,89±3,74	
Doğum Yeri (n)		
Özel	21,04±3,78	0,006**
Devlet-Üniversite	18,98±3,80	
*Kruskal Wallis ** Student's t testi		

Sosyodemografik ve obstetrik verilerle DSYKÖ puanı arasındaki ilişkiyi incelediğimizde meslek, eğitim durumu, gebelik sayısı, doğum sayısı, gebelikte gidilen kontrol sayısı, doğum şekli ve postpartum kontrol sayısını bilme ile DSYKÖ puanı arasında anlamlı ilişki saptanmazken doğum yeri ile DSYKÖ arasında anlamlı ilişki bulundu ($p=0,006$) (Tablo 11).

Tablo 12. Birinci İzlemdeki Değerlendirmelere Göre DSYKÖ Skoru Karşılaştırması

	DSYKÖ Skoru Median (Min- Max)	p*	İkili gruplarda p**
Genel durum değerlendirme-vital takibi (n)			
Evet (67)	20,71 (10,90-27,30)	0,016	1-3—0,005 (p<0,0167)
Hayır (14)	20,90 (13,49-23,50)		
Hatırlamıyorum (37)	17,82 (10,63-27,56)		
15 dakikada bir kanama kontrolü ve risk tespiti (n)			
Evet (67)	20,66 (11,76-27,30)	0,056	
Hayır (15)	20,83 (11,44-23,66)		
Hatırlamıyorum (36)	18,23 (10,63-27,56)		
Kan grubu bakılması veya sorulması (n)			
Evet (85)	19,83 (11,44-26,96)	0,25	
Hayır (11)	22,40 (13,04-27,30)		
Hatırlamıyorum (22)	18,86 (10,63-27,56)		
15 dakikada bir rahim muayenesi (n)			
Evet (55)	20,77 (11,44-26,96)	0,02	1-3—0,008 (p<0,0167)
Hayır (29)	20,56 (10,90-27,30)		
Hatırlamıyorum (34)	17,90 (10,63-27,56)		
Emzirme eğitimi ve başlatılması (n)			
Evet (92)	19,37 (10,63-26,96)	0,687	
Hayır (18)	20,25 (10,90-27,30)		
Hatırlamıyorum (8)	18,32 (15,48-27,56)		
Vajinal-rektal muayene (n)			
Evet (38)	19,61 (13,49-26,96)	0,076	
Hayır (3)	21,62 (20,84-22,46)		
Hatırlamıyorum (10)	17,70 (16,00-20,79)		
Anne yakınmalarının sorgulanması (n)			
Evet (90)	19,37 (10,63-27,30)	0,887	
Hayır (12)	20,45 (11,44-25,98)		
Hatırlamıyorum (16)	20,37 (11,39-27,56)		
*Kruskal Wallis **Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U Testi, Evet (1) Hayır (2) Hatırlamıyorum (3)			

Birinci izlemde (doğum sonrası ilk bir saat içinde yapılan) değerlendirmelerle DSYKÖ skorunu kıyasladığımızda; genel durum değerlendirme-15 dakikada bir vital takibi ile DSYKÖ skoru arasında anlamlı ilişki bulunmuş olup; evet ve hatırlamıyorum arasındaki fark önemli idi ($p=0,005$) (Tablo 12).

Tablo 13. İkinci İzlemdeki Değerlendirmelere Göre DSYKÖ Skoru Karşılaştırması

	DSYKÖ Skoru Median (Min- Max)	p*	İkili gruplarda p**
Genel durum değerlendirmesi-vital takibi (n)			
Evet (91)	19,95 (10,90-27,56)	0,081	
Hayır (9)	22,07 (15,10-23,93)		
Hatırlamıyorum (18)	17,75 (10,63-25,63)		
Tetanoz aşılması (n)			
Evet (54)	20,53 (11,44-27,56)	0,357	
Hayır (27)	19,36 (10,90-26,03)		
Hatırlamıyorum (37)	19,23 (10,63-26,09)		
Rh IG yapılması (n)			
Evet (42)	19,31 (11,44-27,56)	0,930	
Hayır (46)	19,86 (10,90-26,09)		
Hatırlamıyorum (30)	20,10 (10,63-25,63)		
Saatte bir kanama kontrolü-rahim muayenesi (n)			
Evet (64)	20,63 (11,44-26,96)	0,012	1-3—0,002 (p<0,0167)
Hayır (36)	20,29 (10,90-27,56)		
Hatırlamıyorum (18)	17,34 (10,63-27,30)		
Genel sistem muayenesi (n)			
Evet (64)	20,68 (10,63-27,56)	0,166	
Hayır (36)	18,85 (10,90-25,98)		
Hatırlamıyorum (18)	18,66 (15,46-27,30)		
Mobilizasyon (n)			
Evet (108)	19,86 (10,63-27,56)	0,279	
Hayır (4)	15,84 (11,44-22,73)		
Hatırlamıyorum (6)	20,05 (15,10-25,63)		
Hb ölçümü (n)			
Evet (80)	20,53 (11,76-27,56)	0,040	1-2—0,016 (p<0,0167)
Hayır (8)	15,52 (10,90-25,98)		
Hatırlamıyorum (30)	19,36 (10,63-27,30)		
Anne yakınma sorgulama (n)			
Evet (94)	20,10 (10,63-27,56)	0,344	
Hayır (12)	19,58 (11,44-25,98)		
Hatırlamıyorum (12)	17,50 (15,10-22,75)		
*Kruskal Wallis ** Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U Testi, Evet (1) Hayır (2) Hatırlamıyorum (3)			

15 dakikada bir rahim muayenesi ile de DSYKÖ skoru arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli olup, evet-hatırlamıyorum grupları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0,008$).İkinci izlemdeki (doğum sonrası 1.-6.saat arasında yapılan) değerlendirmelerle DSYKÖ skorunu kıyasladığımızda; saatte bir kanama muayenesi-

rahim kontrolü ile DSYKÖ skoru arasında anlamlı ilişki bulunmuş olup; evet ve hatırlamıyorum arasındaki fark önemli idi ($p=0,002$). Hb ölçümü ile de DSYKÖ skoru arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli olup, evet-hayır grupları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0,016$) (Tablo 13).

Tablo 14. Üçüncü İzlemdeki Değerlendirmelere Göre DSYKÖ Skoru Karşılaştırması

	DSYKÖ Skoru Median (Min- Max)	p*	İkili gruplarda p**
Genel durum değerlendirmesi-vital takibi (n)			
Evet (84)	19,61 (10,63-27,30)	0,195	
Hayır (22)	20,95 (13,04-27,56)		
Hatırlamıyorum (12)	17,23 (13,49-25,63)		
Rahim değerlendirme (n)			
Evet (62)	20,43 (11,44-27,56)	0,324	
Hayır (36)	20,29 (10,63-25,98)		
Hatırlamıyorum (20)	18,78 (14,50-25,63)		
Psikolojik durum değerlendirme (n)			
Evet (37)	19,95 (11,44-27,30)	0,469	
Hayır (66)	19,60 (10,63-27,56)		
Hatırlamıyorum (15)	18,97 (13,04-25,63)		
İnsizyon hattı-epizyotomi (n)			
Evet (82)	20,38 (10,63-27,56)	0,182	
Hayır (18)	19,37 (11,44-23,93)		
Hatırlamıyorum (18)	18,31 (13,90-25,63)		
Anne yakınma sorgulama (n)			
Evet (92)	19,71 (10,63-27,56)	0,640	
Hayır (18)	19,58 (11,44-23,93)		
Hatırlamıyorum (8)	19,06 (16,08-22,75)		
Lohusalıkla ilgili bilgilendirme (n)			
Evet (88)	19,86 (10,63-27,56)	0,416	
Hayır (24)	19,33 (11,76-26,03)		
Hatırlamıyorum (6)	20,46 (15,10-25,98)		
* Kruskal Wallis **Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U Testi, Evet (1) Hayır (2) Hatırlamıyorum (3)			

Üçüncü izlemdeki (doğum sonrası 6-24.saat arasında yapılan) değerlendirmelerle DSYKÖ toplam skoru arasında önemli ilişki bulunamadı (Tablo 14).

Tablo 15. Dördüncü İzlemdeki Değerlendirmelere Göre DSYKÖ Skoru Karşılaştırması

	DSYKÖ Skoru Median (Min- Max)	p*	İkili gruplarda p**
Genel durum değerlendirmesi-kanama takibi (n)			
Evet (58)	20,38 (12,39-27,56)	0,237	
Hayır (54)	19,60 (10,63-27,30)		
Hatırlamıyorum (6)	18,18 (15,10-22,63)		
Vital takibi (n)			
Evet (56)	20,38 (11,44-26,96)	0,226	
Hayır (54)	19,58 (10,63-27,56)		
Hatırlamıyorum (8)	16,69 (15,10-25,63)		
Yakınmaların sorgulanması (n)			
Evet (68)	20,38 (11,84-27,56)	0,299	
Hayır (45)	19,33 (10,63-27,30)		
Hatırlamıyorum (5)	18,58 (15,10-22,63)		
Emzirme sorgulama (n)			
Evet (80)	19,71 (11,44-27,56)	0,125	
Hayır (36)	19,89 (10,63-27,30)		
Hatırlamıyorum (2)	15,18 (15,10-15,28)		
Genel vücut muayene (n)			
Evet (54)	20,58 (11,44-27,56)	0,011	1-3—0,003 (p<0,0167)
Hayır (53)	19,95 (10,63-27,30)		
Hatırlamıyorum (11)	16,57 (15,10-19,59)		
Lohusalıkla ilgili bilgilendirme (n)			
Evet (70)	20,38 (11,44-27,56)	0,375	
Hayır (42)	19,35 (10,63-27,30)		
Hatırlamıyorum (6)	17,31 (13,04-25,63)		
* Kruskal Wallis **Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U Testi, Evet (1) Hayır (2) Hatırlamıyorum (3)			

Dördüncü izlemdeki (doğum sonrası 2-5.gün arasında yapılan) değerlendirmelerle DSYKÖ skorunu kıyasladığımızda; genel vücut muayenesi ile DSYKÖ skoru arasında anlamlı ilişki bulunmuş olup; evet ve hatırlamıyorum arasındaki fark önemli idi ($p=0,003$) (Tablo 15).

Tablo 16. Beşinci İzlemdeki Değerlendirmelere Göre DSYKÖ Skoru Karşılaştırması

	DSYKÖ Skoru Median (Min- Max)	p*	İkili gruplarda p**
Genel durum değerlendirmesi-kanama takibi (n)			
Evet (57)	20,51 (10,63-27,56)	0,510	
Hayır (55)	19,33 (11,76-25,63)		
Hatırlamıyorum (6)	19,43 (18,81-22,63)		
Vital takibi (n)			
Evet (41)	20,71 (10,63-26,96)	0,158	
Hayır (60)	19,60 (11,76-27,56)		
Hatırlamıyorum (17)	18,51 (13,04-25,63)		
Yakınmaların sorgulanması (n)			
Evet (63)	20,60 (10,63-27,56)	0,032	1-3 —0,012 (p<0,0167)
Hayır (47)	19,32 (11,76-25,98)		
Hatırlamıyorum (8)	16,59 (12,78-20,08)		
Emzirme sorgulama (n)			
Evet (78)	19,46 (10,63-27,56)	0,216	
Hayır (35)	20,78 (10,90-25,98)		
Hatırlamıyorum (5)	16,03 (12,78-20,08)		
Genel vücut muayene (n)			
Evet (42)	21,10 (10,90-27,56)	0,008	1-2—0,005 (p<0,0167)
Hayır (67)	18,51 (10,63-26,78)		
Hatırlamıyorum (9)	18,81 (15,83-22,14)		
Lohusalıkla ilgili bilgilendirme (n)			
Evet (57)	20,26 (10,90-27,56)	0,690	
Hayır (51)	19,83 (10,63-26,03)		
Hatırlamıyorum (10)	18,65 (13,90-25,63)		
* Kruskal Wallis **Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U Testi, Evet (1) Hayır (2) Hatırlamıyorum (3)			

Beşinci izlemdeki (doğum sonrası 13-17.gün arasında yapılan) değerlendirmelerle DSYKÖ skorunu kıyasladığımızda; yakınmaların sorgulanması ile DSYKÖ skoru arasında anlamlı ilişki bulunmuş olup; evet ve hatırlamıyorum arasındaki fark önemli idi ($p=0,032$) (Tablo 16). Genel vücut muayenesi ile de

DSYKÖ skoru arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli olup, evet-hayır grupları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p=0,008$).

Tablo 17. Altıncı İzlemdaki Değerlendirmelere Göre DSYKÖ Skoru Karşılaştırması

	DSYKÖ Skoru Median (Min- Max)	p*	İkili gruplarda p**
Genel durum değerlendirmesi-kanama takibi (n)			
Evet (50)	20,68 (10,63-26,96)	0,346	
Hayır (55)	19,21 (10,90-27,56)		
Hatırlamıyorum (13)	19,33 (13,90-24,23)		
Vital takibi (n)			
Evet (52)	20,53 (10,63-26,96)	0,769	
Hayır (53)	19,23 (10,90-27,56)		
Hatırlamıyorum (13)	19,36 (13,90-25,63)		
Kontrasepsiyon bilgilendirme (n)			
Evet (54)	20,41 (10,63-27,56)	0,003	1-3—0,001 2-3—0,001 (p<0,0167)
Hayır (50)	20,55 (11,44-27,56)		
Hatırlamıyorum (14)	16,20 (11,84-23,25)		
Genel vücut muayene (n)			
Evet (43)	20,60 (12,39-27,56)	0,602	
Hayır (65)	19,33 (10,63-27,30)		
Hatırlamıyorum (10)	19,35 (12,78-24,23)		
Anne bilgilendirme (n)			
Evet (73)	20,51 (10,63-27,56)	0,446	
Hayır (38)	19,28 (10,90-27,30)		
Hatırlamıyorum (7)	19,36 (15,10-25,63)		
Lohusalıkla ilgili bilgilendirme (n)			
Evet (25)	21,02 (12,39-27,56)	0,119	
Hayır (81)	19,36 (10,63-27,30)		
Hatırlamıyorum (12)	17,85 (11,84-24,23)		
* Kruskal Wallis **Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U Testi, Evet (1) Hayır (2) Hatırlamıyorum (3)			

Altıncı izlemdaki (doğum sonrası 30-42.gün arasında yapılan) değerlendirmelerle DSYKÖ skorunu kıyasladığımızda; kontrasepsiyon hakkında bilgilendirme ile DSYKÖ skoru arasında anlamlı ilişki bulunmuş olup;

hatırlamıyorum seçeneğini işaretleyenlerin skoru diğer iki gruptan daha düşük bulundu ($p=0,001$, $p=0,001$) (Tablo 17).



5. TARTIŞMA

Bu çalışmada Hatay'ın merkez ilçesi Antakya'daki lohusaların sağlık kuruluşlarından postpartum izlem alma durumunu ve izlemlerin yaşam kalitesine etkisi değerlendirmiştir. Lohusalara verilen postpartum izlemlerin belirlenmesi ve izlemlerin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi açısından önemli olup daha önce bu izlemleri sorgulayan herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada özellikle geç postpartum dönem izlemlerinin içeriğinde bulunan eğitim, bilgilendirme ve muayenenin tam olarak uygulanmadığı görülmektedir. Postpartum izlemlerin eksik veya niteliksiz uygulanması; lohusa sağlığını olumsuz etkilemekte, anne ölüm oranını ve komplikasyonları arttırmaktadır. Bu olumsuz durumları önlemenin yanısıra tıbbi bakımın bir parçası olan postpartum izlemlerin bir diğer amacı da yaşam kalitesini yükseltmektir.

Bu çalışmaya katılan lohusaların yaşı ile DSYKÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamakla beraber en yüksek DSYKÖ puanı 25-34 yaş grubunda idi. Yılmaztürk'ün çalışmasında, lohusa yaşı ile DSYKÖ puan ortalaması arasında negatif korelasyona sahip anlamlı bir ilişki bulunmuştur (92). Akın ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise 35 yaş üstündeki lohusaların yaşam kaliteleri düşük olarak saptanmıştır (93). Bizim çalışmamızda yaşla DSYKÖ puanı arasında anlamlı çıkmaması diğer çalışmalara göre çalışmaya katılım sayısının az olması ve yaş ortalamasının yüksek olmasından kaynaklanmaktadır. Birçok çalışmada lohusa yaşı ile DSYKÖ puanı arasında anlamlı ilişki bulunması yaşla beraber doğum komplikasyonlarını ve postpartum döneme uyum zorluğunun artmasını düşündürmektedir.

Bu çalışmada gebelik, doğum ve çocuk sayısı ile DSYKÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Bağcı'nın çalışmasında gebelik ve çocuk sayısı ile DSYKÖ puanı arasında negatif yönde zayıf korelasyonlu anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (94). Doğum sayısındaki artışla beraber anne sağlığı olumsuz

etkilenmekte; postpartum kanama ve infeksiyon gibi komplikasyonlarda artış görülmektedir (95). Akın ve arkadaşları, yaptığı araştırmada çocuk sayısı ile DSYKÖ puan ortalaması arasında pozitif korelasyon olduğu belirtmiştir (95). Yılmaztürk'ün çalışmasında ise bir kez hamile kalan kadınlarda DSYKÖ puan ortalamasının en yüksek, 3'ten fazla hamile kalanlarda en düşük olduğu ifade edilmiştir (92). Bizim çalışmamızda 4 ve üzeri gebelik ve doğum sayısı olan lohusaların DSYKÖ ortalama puanı her ne kadar düşük bulunsa da istatistik olarak anlamlı bulunmamıştır. Literatüre baktığımızda yaşam kalitesindeki düşüş, çok sayıda çocuk sahibi olan annelerde hem yenidoğan hem diğer çocukların bakımındaki güçlük ve çok sayıda gerçekleşen doğuma bağlı olarak komplikasyon oranlarının artmasıyla açıklanabilir.

Gelir durumu ile DSYKÖ puanı arasında pozitif yönde zayıf korelasyonlu bulundu. Hill ve Symon'ın araştırmalarında; düşük sosyoekonomik statüde bulunan lohusalarda DSYKÖ puan ortalamasının düşük olduğu tespit edilmiştir (97,98). Kızılcı tarafından gerçekleştirilen araştırmada geliri az olan lohusaların düşük yaşam kalitesine sahip olduğu saptanmıştır (98). Gelir durumu iyi olan lohusaların zorluklarla baş edebilme özelliğinin daha iyi olduğu söylenebilir.

Çalışmamıza katılan lohusaların eğitim durumu ile DSYKÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamakla beraber mezuniyet durumu üniversite ve üstü olanlarda DSYKÖ puanı daha yüksek idi. Bağcı'nın çalışmasında eğitim durumu ile DSYKÖ puanı arasında ilişki bulunmamakla beraber lise ve üstü gruplarda DSYKÖ puan ortalaması daha yüksek saptanmıştır (94). Öztürk'ün çalışmasında eğitim durumu ile DSYKÖ puanı arasında bir ilişki olduğu belirtilmiştir (99). Altuntuğ ve Ege tarafından yapılan araştırmada ise bu çalışmada olduğu gibi eğitim durumu ile DSYKÖ puanı arasında anlamlı ilişki bulunmamasına karşın eğitim durumu arttıkça DSYKÖ puan ortalamasının arttığı ifade edilmiştir (28). Yılmaztürk'ün araştırmasında da eğitim durumu arttıkça DSYKÖ puanının arttığı ifade edilmiştir (92). Birçok çalışmada eğitim durumu ile DSYKÖ puanı arasında ilişki bulunması eğitim düzeyinin artmasıyla postpartum izlemler hakkındaki bilinç ve farkındalığın artmasıyla açıklanabilir.

Sezaryenle gerçekleşen doğumlarda komplikasyon görülme oranındaki artışa bağlı olarak postpartum izlemlerin içeriğinde de artış olmaktadır. İçerik artışı,

postpartum izlemlerin uygulanabilirlik ve kalitesini etkilemektedir. Postpartum izlemlerdeki içerik artışına rağmen bu çalışmada son doğumunu sezaryenle yapanlar ile vajinal yolla gerçekleştirenler arasında DSYKÖ puanları açısından anlamlı bir fark yoktur. Bağcı'nın araştırmasında da doğum son doğumunu sezaryenle gerçekleştirenler ile vajinal yolla yapanlar arasında DSYKÖ arasında anlamlı bir fark olmadığı ifade edilmiştir (94). Diğer araştırmalara bakıldığında; Mousavi ve arkadaşları ile Torkan ve arkadaşlarının yaptığı iki çalışma başta olmak üzere pek çok çalışmada ise vajinal yolla doğum yapan lohusalarda sezaryenle doğum gerçekleştiren lohusalara göre DSYKÖ puan ortalamaları daha yüksekti (100,101). Vajinal yolla gerçekleşen doğumlarda komplikasyonların daha az ve iyileşmenin daha hızlı olmasına bağlı olarak lohusanın yeni duruma ve yenidoğana daha çabuk alışmasıdır.

Bu çalışmada katılımcılara meslekleriyle ilgili soru da yöneltilmiş olup lohusaların meslekleri ile DSYKÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Obstetrik veriler açısından son gebeliğinde gittiği antenatal kontrol sayısı ve postpartum kontrol sayısını bilip bilmediğine yönelik sorular yöneltilmiş ancak bu kriterlerle DSYKÖ arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Sadece lohusanın son doğumunu gerçekleştirdiği yer ile DSYKÖ arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Lohusaların obstetri geçmişini sorguladığımız bu sorularla ilgili literatürde veri bulunmamaktadır

Postpartum izlemlerin içeriğinde muayene, kontrol ve bakımın kapsamının değişmesinde en önemli faktör doğum şeklidir. Sezaryen, vajinal yolla gerçekleşen doğuma göre daha fazla komplikasyon içermesine rağmen dünyada ve ülkemizde sezaryenle gerçekleşen doğum oranı artmaktadır. Postpartum izlemlerin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirildiği bu çalışmada lohusaların %56,7'si doğumlarını sezaryenle gerçekleştirmiştir. 2000'li yılların başlarında Isparta'da üniversite hastanesinde yapılan retrospektif bir araştırmada sezaryen oranı %53,7 olarak saptanmıştır (102). Kahramanmaraş'ta 2006 yılında yapılan araştırmada ise sezaryen oranı %40,2 olarak tespit edilmiştir (103).

Son doğumun gerçekleştiği yer ile sezaryen arasında ilişkiye bakıldığında; bu çalışmada sezaryenle doğum oranı özel hastanede %80,4 iken üniversite ve devlet

hastanesinde %44,7 idi. Sağlık Bakanlığı'nın 2016 yılındaki verilerine göre sezaryen oranı %53,7 iken özel hastane, üniversite hastanesi ve devlet hastanelerinde sırasıyla %70,5, %69,1 ve %38,2'dir (104). 2005 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı çok merkezli bir çalışmada ise Latin Amerika'da sezaryen oranı %33 iken bu oranın özel hastanelerde %51 olduğu belirtilmiştir (105).

Dünyada ve ülkemizde yaşa bağlı olarak sezaryen oranlarında artış görülmektedir. Bu çalışmada vajinal yolla doğum yapanlar ile sezaryen olanlar arasında yaş açısından birbirine benzer bulundu. İstanbul'da yapılan bir araştırmada ise sezaryenle doğum yapan vakaların yaş ortalaması normal doğum yapanlara göre daha yüksek bulunmuştur (106). Sezaryen endikasyonları üzerine yapılan bir çalışmada ise yaş artışıyla beraber sezaryen oranlarında artış olduğu belirtilmiştir (107). Gül tarafından yapılan araştırmada ise yaşa bağlı sezaryenlerde en önemli endikasyon mükerrer sezaryendi (106). Bu çalışmada sezaryen uygulanan lohusaların en fazla bulunduğu yaş aralığı 25-29 'dur. İkinci sırada ise 30-34 yaş aralığı bulunmaktadır. Yumru ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada en fazla sezaryen yapılan yaş grubunun 20-24 yaş arası olduğu belirtilmiştir. İkinci ve üçüncü sırada ise sırasıyla 25-29 yaş ve 30-34 yaş grupları olduğu tespit edilmiştir (108).

Cantekin ve arkadaşlarının araştırmasında, eğitim durumu yükseldikçe sezaryen oranlarında artış görüldüğü saptanmıştır (109). Bunun nedeni, eğitim süresinin artmasıyla birlikte evlilik yaşının ilerlemesi ve buna bağlı olarak ileriki yaşlarda doğum sayısı ve sezaryen endikasyonlarında artış görülmesidir. Fakat bizim çalışmamızda son doğumunu sezaryenle gerçekleştiren lohusalar ile vajinal doğum yapanlar arasında eğitim durumu açısından anlamlı fark saptanmadı.

Çalışmamıza katılan lohusalarda; memur veya işçi olanların ev hanımlarına, postpartum kontrol sayısını bilenlerin de bilmeyenlere göre son doğumlarını sezaryenle gerçekleştirme oranı daha yüksekti. Çalışmamızda doğum şekli ile gelir durumu, çocuk, gravida ve parite sayısı arasında anlamlı fark yoktu. Gül'ün çalışmasında ise doğum şekli ile çocuk, gravida, parite, abortus sayılarında anlamlı fark görülmüştür (106).

Çalışmamızda postpartum izlemlerle DSYKÖ skoru arasındaki ilişki incelenmiştir. Birinci izlemdeki genel değerlendirme-15 dakikada bir vital takibi ve 15 dakikada bir rahim muayenesi, ikinci izlemdeki saatte bir kanama muayenesi-rahim kontrolü ve Hb ölçümü, dördüncü izlemdeki genel vücut muayenesi, beşinci izlemdeki yakınmaların sorgulanması ve genel vücut muayenesi, altıncı izlemdeki kontrasepsiyon hakkında bilgilendirme yapılan lohusaların DSYKÖ'ne göre yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu bulunmuştur. Diğer izlem basamakları ile DSYKÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Bu çalışmada, lohusaların erken postpartum dönemdeki izlemlerin içeriğinde olan muayene, tetkik ve bakım hizmetlerini ortalama alma oran %54 iken geç postpartum dönemde ise %42'dir. TNSA'nın 2013 verilerine göre ülkemizde lohusaların en az bir postpartum izlem alma oranı %93 'tür. En yüksek postpartum izlem alma oranı yüzde 98 ile İstanbul'da iken en düşük ise yüzde 81 ile Kuzeydoğu Anadolu'dur (7). Aydın'da yapılmış bir araştırmada verilen postpartum izlem sayısı ise $2\pm1,7$ olarak tespit edilmiştir (110). Ergin ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise postpartum izlem sayısı ortalaması 1.46 ± 1.13 olarak saptanmıştır (111). “Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü”nün 2006 yılında hazırlanan raporunda lohusalara verilen postpartum izlemlerin ortalaması 0,98 olarak belirtilmiştir (112).

Sosyodemografik bulgular, lohusaların postpartum izlem alma durumunu etkilemektedir. Eğitim durumu, gelir düzeyi, yerleşim yeri, doğumun yapıldığı sağlık kuruluşu, çocuk sayısı ve yaş gibi sosyodemografik veriler alınan postpartum izlem sayısını ve kalitesini etkilemektedir. Aydın'da yapılan bir araştırmada kentsel yerleşim alanında oturan lohusaların postpartum izlem alma oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir (111).

Sosyodemografik ve obstetrik verilerin postpartum izlemlerle ilişkisine bakıldığında; meslek açısından diğer kategorisinde değerlendirilen lohusalara, memur veya işçi olanlardan daha fazla Rhogam injeksiyonu uygulanmıştır. Memur veya işçi olan lohusalara postpartum üçüncü izlemin içeriğinde olan genel durum değerlendirmesi ve vital takipler meslek olarak diğer kategorisinde değerlendirilen lohusalardan daha fazla yapılmıştır. İşçi veya diğer kategorisinde değerlendirilen

mesleğe sahip olan lohusalara ise ev hanımı olan lohusalara göre dördüncü izlemdeki fizik muayene (insizyon yeri, rahim seviyesi, perine) daha fazla uygulanmıştır (p=0,040).

Doğumun sonrasında perinedeki aşırı gerginlikten rektosel, sistosel, sfinkter yırtığı, üriner inkontinans ve laserayona bağlı kanama gelişebilir. Bu komplikasyonları önleyebilmek için doğum esnasında epizyotomi kullanılır. Vajinal doğumun etkisinin araştırıldığı çalışmada epizyotomi açılmayan vakalarda üriner inkontinans oranı %93,3'tür (113). Normal doğum yapan lohusalardaki epizyotomi uygulamalarını araştıran prospektif kohort çalışmasında epizyotomi açılmayan vakalarda, üretral laserasyonların daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (114). Epizyotomi genellikle ilk doğumlarda yapılmaktadır. Bu nedenle doğum esnasında epizyotomi yapılmış vakalarda üçüncü ve dördüncü postpartum izlemin içeriğinde olan epizyotominin değerlendirilmesi önem kazanmaktadır. Bu çalışmada üçüncü ve dördüncü postpartum izlemdeki epizyotomi değerlendirilmesinin daha az yapıldığı saptanmıştır.

Postpartum izlemlerde; hem gebelik sürecine hem de lohusalık dönemine yönelik hastalık ve yakınma sorgulamasını da içeren anamnez alımı ile ayrıntılı fizik muayene ve genel durum değerlendirilmesinin yapılması perinatal mortalite ve morbidite önemli ölçüde azaltacaktır. Ayrıntılı anamnez alımı ve fizik muayene postnatal morbidite ve mortalitede önemli yer tutan kronik hastalıkların yönetiminde önemli yer tutmaktadır. Kronik hastalıklar açısından bu dönemde hipertansiyon ön plana çıkmaktadır. Anne ölümlerin yaklaşık %25'i hipertansif hastalıklara bağlıdır (115). Samsun ilinde üniversite hastanesinde yapılan araştırmada; perinatal mortaliteye sebep olan hastalıklarda ilk sırada hipertansif hastalıklar bulunmaktaydı (116). Gebelik dönemindeki hipertansif bozukluklar ve diyabet gibi kronik hastalıkları olan lohusalarda daha fazla sezaryen tercih edilmiştir (117). Postpartum izlemde sezaryen olan lohusalara yönelik içeriğin önemini artırmaktadır. Bu çalışmada son doğumunda sezaryen olan lohusalara, vajinal yolla doğum yapanlara göre dördüncü izlemdeki fizik muayene daha fazla yapılmıştır.

Gelir düzeyi yüksek olan lohusalara, aylık geliri daha az olan lohusalara göre ikinci izlemdeki genel durum değerlendirmesi, vital parametre (nabız, tansiyon, ateş, solunum sayısı) takibi daha sık yapılmıştır. Beşinci izlemdeki yakınma ile emzirmenin sorgulanması, lohusanın bilgilendirilmesi (perine bakımı, pelvik taban egzersizleri, Demir, D vitamini desteği) ve vital takiplerin yapılması ile altıncı izlemde genel durum değerlendirmesi ve loşi takibi yapılması gelir düzeyi yüksek olan lohusalarda daha fazla yapılmıştır.

5 kez veya üzerinde gebe kalanlarda; az sayıda hamilelik geçirmiş olanlara göre birinci izlemin kapsamında olan perine muayenesi daha fazla, tetanoz immunoprolaksi ve üçüncü izlemin içeriğinde bulunan şikayetlerin sorgulanması daha az uygulanmıştır. 5 ve üzeri doğum yapan lohusalarda; az sayıda doğum gerçekleştirenlere göre üçüncü izlemin kapsamındaki insizyon hattı veya epizyotomi değerlendirilmesi ile yakınmanın sorgulanması ve altıncı izlemin içeriğinde olan genel durum değerlendirmesi ve loşi takibi daha fazla yapılmıştır. Antenatal dönemdeki kontrol sayısı, postpartum izlemlerin uygulamasını etkilememektedir.

Birinci izlemdeki genel durum değerlendirilmesi ile 15 dakikada bir vital takibi özel hastanede gerçekleştiren lohusalarda devlet veya üniversite hastanesinde doğum yapanlara göre daha sık yapılmıştır. Üçüncü izlemdeki insizyon veya epizyotomi hattı değerlendirmesinde, dördüncü ve altıncı izlemdeki fizik muayenenin (perine, kesi yeri ve karın muayenesi, rahim seviyesi değerlendirilmesi, karın) özel hastanede daha fazla uygulanırken dördüncü izlemdeki yakınmaların sorgulanması devlet veya üniversite hastanesinde daha fazla yapılmıştır. Karın muayenesinin yapılması immobiliteden dolayı kabızlık yaşayan lohusaların tespitinde önemlidir. Kaya ve Akdolun'un araştırmasında lohusaların başlıca sağlık sorunlarının konstipasyon ve hemoroid olduğu belirtilmiştir (118). Doğaner ve Bekar'ın araştırmasında lohusaların %4, 5'inde kabızlık ve %16,5'inde basur sorunu olduğu ifade edilmiştir (119). Yıldız ve Küçükşahin'in araştırmasında defekasyon sorunu olan lohusaların %18,2'sinde hafif derecede, %10,9'unda şiddetli derecede olduğu saptanmıştır (120).

Normal doğum yapanlara, doğumunu sezaryenle gerçekleştirenlere göre birinci izlemdeki emzirme eğitimi daha fazla verilmiştir. Üçüncü izlemdeki genel

durum değerlendirilmesi ile 2 saatte bir vital takibi normal doğum yapanlarda daha fazla yapılmıştır. Doğaner ve Bekar'ın araştırmasında lohusalar yenidoğanın gaz ve emme sorunu yaşadığı belirtmiştir (119). Can ve arkadaşlarının araştırmasında ise yenidoğanın %22'sinde emme ve %77'sinde gaz sorunu yaşadığı ifade edilmiştir (121).

Üçüncü izlemdeki insizyon hattı ile epizyotomi alanının değerlendirilmesi ve dördüncü izlemdeki fizik muayene (perine ve insizyon yeri muayenesi, rahim seviyesi değerlendirilmesi) doğumu sezaryenle gerçekleştirenlerde daha fazla yapılmıştır. Normal doğum yapan lohusalarda epizyotomi ve sezaryen yapılan olgularda insizyon yeri bakımı yara yeri enfeksiyonun önlenmesi açısından önemlidir. İstanbul'da araştırma hastanesinde yapılan bir çalışmada, insizyon yeri enfeksiyonu %1,3 oranıyla sezaryen komplikasyonları arasında ilk sırada olduğu belirtilmiştir (122). Adana'da üniversite hastanesinde yapılan sezaryen vakalarının değerlendirildiği başka bir çalışmada ise insizyon yeri enfeksiyonu %2,8 olarak ifade edilmiştir (123). Barbut ve arkadaşlarının yaptığı beş yıllık prospektif bir çalışmada, 1997-98 ve 2000-03 yılları arasındaki karşılaştırmada 1997-98 yıllarında sezaryen sonrası insizyon yeri enfeksiyonu oranı %3,2 iken 2000-03 yıllarında bu oran %1,9 olarak bulunmuştur. Cerrahi alan enfeksiyonların %47'si yüzeysel yara, %20'si derin yara, %33'ü organ enfeksiyonu olarak saptanmıştır. Enfeksiyon oranlarındaki artışa bağlı olarak hastanede kalış süresinde uzadığı tespit edilmiştir (124). Beşinci izlemdeki genel durum değerlendirmesi ile loşi takibi, fizik muayene sezaryen ile doğum yapanlarda daha fazla yapılmıştır. Altıncı izlemdeki genel durum değerlendirilmesi, kanama ile vital (nabız, ateş, solunum sayısı) takibi, fizik muayene, vajinal smear alınması ve lohusanın bilgilendirilmesi (perine bakımı, pelvik taban egzersizleri demir ve D vitamini desteği) sezaryen ile doğum yapanlarda daha fazla uygulanmıştır.

Postpartum kontrol sayısını bilen lohusalara, bilmeyenlere göre birinci izlemdeki genel durum değerlendirilmesi-15 dakikada bir vital takibi, kanama kontrolü, lohusa şikayetinin sorgulanması daha fazla yapılmıştır. Postpartum izlemlerin içeriğinde olan vital parametre takipleri; ateş seyri ve enfeksiyonun saptanması açısından ön plana çıkmaktadır. İkinci izlemdeki yarım saatte bir kanama

kontrolü ile rahim muayenesi, hemoglobin ölçümü ve lohusanın şikayetlerinin sorgulanması kontrol sayısını bilenlerde daha fazla uygulanmıştır (sırasıyla $p=0,040$, $p=0,014$, $p=0,003$). Milasinovic tarafından yapılan çalışmada erken postpartum dönemde lohusaların %35'inin anemik ve lohusaların %10'unda anemi nedeninin postpartum kanama olduğu ifade edilmiştir (125). Üçüncü izlemdeki psikolojik durum, insizyon hattı ve epizyotomi alanı değerlendirmesi, lohusa şikayetlerinin sorgulanması, lohusayı bilgilendirme (demir, D vitamini desteği, emzirme) kontrol sayısını bilenlerde daha fazla yapılmıştır. Dördüncü izlemdeki vital takibi (nabız, ateş, tansiyon, solunum sayısı), fizik muayene (perine, insizyon hattı, rahim seviyesi) ve beşinci izlemdeki genel durum değerlendirmesi ve kanama takibi kontrol sayısını bilenlerde daha fazla uygulanmıştır.

Postpartum izlemlerin içeriği kadar izlemleri kimin verdiği de önemlidir. Burdur'da yapılan bir araştırmada aile hekimleri/aile sağlığı elemanları ile kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının yaptığı postpartum izlemlerin kalite ve nicelik açısından yetersiz olduğu düşünülmektedir (126). Postpartum izlemin niteliğini inceleyen bir araştırmada, hastanede kalınan süre boyunca lohusaların postpartum izlem ve bakım konusunda yeterince bilgilendirilmediği ve lüzumlu kontrollerin yapılmadığı belirtilmiştir. Lohusalara yeterli bilgilendirme yapılmadığından kendilerinin ve bebeklerinin bakımları ile ilgili problemler yaşandığı görülmüştür (127). Yapılan başka bir çalışmada lohusaların % 66.4'üne taburculukla ilgili bilgilendirilmediği, eğitim verenlerin % 31.8'inin hemşire veya stajyer hemşire olduğu saptanmıştır (128).

Yalnızca okur-yazar ve postpartum dönemin dördüncü ve altıncı hafta arasında olan lohusaların çalışmaya dahil edilmesi, çalışmanın yalnız ASM'lere gelen lohusalara yapılması, sosyodemografik bulgulara ve postpartum izlem basamaklarına yönelik daha fazla soru bulunmaması çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Lohusanın yaşam kalitesinin postpartum izlem basamaklarıyla sorgulanması çalışmanın güçlü yanıdır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Doğurganlık çağındaki kadınlarda gelişen anne ölümlerinin yaklaşık yarısı postpartum dönemde gerçekleşmektedir. Doğumdan sonraki ilk 6 haftalık dönemde yapılan izlemler; lohusa sağlığına engel oluşturabilecek tıbbi ve sosyal durumları saptayarak oluşacak komplikasyonları ve infeksiyonları önlemeyi ve bu dönemdeki anne ölümlerini azaltmayı hedeflemektedir. Hatay ili Antakya ilçesinde yapılan bu çalışmada lohusaların postpartum izlemlere ulaşabilme oranları ve DSYKÖ ile izlemlerin yaşam kalitesine etkisi değerlendirildi.

Bu çalışmaya katılan lohusaların yaşam kalitesi DSYKÖ'ne göre orta-yüksek düzeyde saptanmıştır. Gelir durumu arttıkça DSYKÖ puan ortalamasında artış görülmekteydi. Son doğumu özel hastanede olan lohusaların devlet veya üniversite hastanesinde gerçekleştirenlere göre DSYKÖ puan ortalaması daha yüksek idi. Bu çalışmada; diğer sosyodemografik (yaş, eğitim durumu, çocuk sayısı, meslek) ve obstetrik verilerde (gebelik sayısı, doğum sayısı, son doğum şekli, son doğumda gidilen kontrol sayısı, postpartum izlem sayısını bilme) ile DSYKÖ puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Literatür taraması yaparak oluşturulan postpartum izlemler ile DSYKÖ puanı arasında ise birinci ve ikinci izlemdeki rahim muayenesi ile ikinci izlemdeki Hb kontrolü gibi DSB-YR'nin önem verdiği basamaklar başta olmak üzere 9 basamakta anlamlı bir ilişki bulundu. Lohusaların sağlık kuruluşlarında yatan hasta olduğu erken postpartum dönemde izlemlerin daha sık yapıldığı ancak ayaktan ASM veya sağlık kuruluşlarına başvurmaları gereken geç postpartum dönemdeki izlemlere daha az katıldıkları görülmüştür. Lohusanın geç postpartum dönemde yenidoğanın bakım ve ihtiyaçları meşgul olması ile yeni sorumluluklar yüklenmesinin postpartum izlemlere katılım oranını azalttığı düşünülmektedir.

Düşük olan izlemlerin tümüne katılım oranını yükseltmek ve izlemlerde nitelik artışı sağlayarak izlemlerin yaşam kalitesine etkisini artırmak için sağlık çalışanlarının izlemlerle ilgili bilgi ve yeterliliğini arttırılması gerekmektedir. Bu da mezuniyet öncesi eğitim müfredatında postpartum izlemin daha fazla yer almasıyla ve mezuniyet sonrasında ise izlemlerle ilgili eğitim, kurs verilmesiyle sağlanabilir. Lohusaların katılımını arttırmak için de ASM veya hastanelerde postpartum izlemlerle ilgili broşür, kitapçık ve kılavuz bulundurulabilir. Bu sağlık kuruluşlarında bilgilendirici afiş asılabilir. Ayrıca gebelere doğum öncesinde postpartum izlemlerle ilgili bilgi verilebilir.

Aile hekimleri başta olmak üzere birinci basamak sağlık çalışanlarının postpartum izlemlerle ilgili önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Bununla birlikte lohusaların postpartum izlemlerini ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında gerçekleştirmesiyle aile hekimleri, lohusanın izlemlerden elde edilen veriler hakkında bilgi sahibi olmamaktadır. Türkiye’de postpartum izlem konusunda DSB-YR gibi kılavuzların hazırlanmasıyla önemli adımlar atılmıştır buna rağmen özellikle geç postpartum dönemdeki katılım oranı hala düşüktür. Sağlık çalışanlarına yönelik eğitim verilmesi ile toplum için başta kamu spotları olmak üzere bilgilendirici faaliyetlerin yapılmasıyla katılım oranı yükseltilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Burroughs A, Leifer G. Postpartum Period: Maternity Nursing an Mintroductory Text.8 nd ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 2001. p.212.
2. World Health Organization: WHO Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services; 2010.
3. World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2017.
4. Dünya Sağlık Örgütü Dünya Sağlık Raporu 1998, 21. Yüzyılda Yaşam Herkes İçin Bir Vizyon, Çev. Editörleri B. Metin, A. Akın, İ. Güngör, Ankara, Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Başkanlığı.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Doğum Sonu Bakım Yönetimi Rehberi; 2014.
6. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), “2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
7. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2010). 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara.pp:93.
8. Albers LL.Health problems after childbirth. J. Midwifery&Womens Health. 2000; 45 (1): 55-57.
9. Beydağ KD. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni.2007; 6(6):479-84.
10. Çelik AS, Türkoğlu N, Pasinlioğlu T. Annelerin doğum sonu yaşam kalitesinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.2014;17(3):151-7.

11. Çiçek N, Mungan MT, Özden S. Lohusalık Fizyolojisi ve Bakımı: Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji; 2007. ss 185- 196.
12. TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı; 2009. ss:120-9.
13. Güneri ES. Postpartum Erken Dönem Kanıta Dayalı Uygulamalar. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences. 2013; 4 (3): 482-96.
14. Sağlık Bakanlığı. Sağlık 21, 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık. Çevirenler Aycan S, Afşar O, Özkan S, Demiroren M, Evci D. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Gen. Müd. BMS Matbaacılık; 2000.
15. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Sağlık Politikası Geliştirme Çalışması Mevcut Durum ve Sorunlar Taslak Rapor. Ankara; 2000.
16. World Health Organization. The WHO application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium, IDC MM. Geneva: World Health Organization; 2012.
17. Türkiye Anne Ölümleri Çalışması Ulusal Rapor. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Elma Teknik Basım Matbaacılık: Ankara; 2005; 51-8.
18. Çatak B, Öner C, Sütü S, Kılınç S. Lohusa Bakımının Neresindeyiz? Kesitsel Tipte Toplum Tabanlı Bir Çalışma. TJFMPC. 2017; 11(4): 256264.
19. Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, de Bernis L. Lancet Neonatal Survival Steering Team: Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save?. 2005; 365(9463):977–988.
20. Chen L, Quiong W, van Velthoven MH, Yanfeng Z, Shuyi Z, Ye L, Wang W et al. Coverage, quality of and barriers to postnatal care in rural Hebei, China: a mixed method study. BMC Pregnancy and Childbirth 2014; 14:31. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-31>.
21. Khanal V, Adhikari M, Karkee R, Gavidia T. Factors associated with the utilisation of postnatal care services among the mothers of Nepal: analysis of Nepal Demographic and Health Survey 2011. BMC Women's Health 2014; 14:19. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-19>.

22. Çağlayan EK, Kara M, Gürel YC. Kliniğimizdeki Sezaryen Operasyonlarında Görülen Komplikasyonlar ve Olası Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. Bakırköy Tıp Dergisi 2011;7:64-67. DOI: <https://doi.org/10.5350/BTDMJB201107205>
23. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: A systematic review. Lancet 2006; 367 (9516):1066–1074.
24. Hodnett ED. Nursing support of the laboring woman. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs: JOGNN 1996;25(3):257-264.
25. Balkaya AN. Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. Cumhuriyet Hem Der 2002; 6(2): 42-49.
26. Başer M, Mucuk S, Korkmaz Z, Seviğ Ü. Postpartum dönemde anne ve babaların yenidoğan bakımına ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi 14 (Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı) 2005; 54-58.
27. Şencan İ, Sanisoğlu S, Özcan A, Karaahmetoğlu S et al. 2014 Yılı Türkiye Ulusal Anne Ölümünün Demografik Verilere Göre Değerlendirilmesi Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2016; Volum:13, Sayı:2, Sayfa: 45 – 47
28. Altuntuğ K, Ege E. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012; 15: 3
29. Ergöçmen BA. Anne ve Çocuk Sağlığı: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Ankara, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hac. Ünv. Nüfus Etütleri Enstitüsü, Macro International Inc;1999:105-117.
30. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK. Ankara, Türkiye. pp:154-159.
31. Seviğ Ü, editör. Yaşam, Sağlık ve Çevre. DSÖ Learning material on nursing (LEMON) hemşirelik eğitim materyali.
32. İnanç N, Hatipoğlu S. Sağlıklı Toplumlar İçin Sağlıklı Aile. GATA Hemşirelik Yüksekokulu. Ankara;1995.
33. Santiso R. Güvenli Annelik ve Aile Planlaması. Çev. Fırlı N. THD. 1994; 44:1, 26-29.

34. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/07/20130724-25.htm>. [20.07.2019 tarihinde erişildi].
35. <http://www.baskent-adn.edu.tr/kadin-hastaliklari/>. [20.07.2019 tarihinde erişildi].
36. <http://www.kadininstatusu.gov.tr/uygulamalar/turkiyede-kadin>. [20.07.2019 tarihinde erişildi].
37. Moos MK, Dunlop AL, Jack BW, Nelson L, Coonrod DV, Long R, et al. Healthier women, healthier reproductive outcomes: recommendations for the routine care of all women of reproductive age. *Am J Obstet Gynecol*. 2008; 199: 280-9.
38. Queenan JT, Hobbins JC, Spong CY. *Protocols for high-risk pregnancies*: Wiley Online Library; 2010.
39. Erdinç M, Gülmez İ, editörler. *Tütün Kontrolü ve Sigara Bırakma Tedavisi El Kitabı*. Ankara: Türk Toraks Derneği; 2002.p.7-14.
40. Erdim L, Sevil İ, Bozkurt G. Psikiyatrik Hastalığı Olan Ebeveynle Yaşamının Çocuklar Üzerine Etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2015;2(2):233-40.
41. Thromboembolism in pregnancy. Practice Bulletin No. 123. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2011; 118:718–29.
42. Davis E. *Heart& hands: a midwife's guide to pregnancy&birth*. (4nd. ed) Berkeley, Calif: Celestial Arts; 2004. s:189–217.
43. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. *Obstetrics Normal and Problem Pregnancies*. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone/Elseviers; 2007:456–486, 521–586.
44. Littleton LY, Engbretson JC. *Maternity Nursing Care*. 5nd.ed. Clifton Park, NY: Thomson/ Delmar Learning; 2005. s:617–691, 763-821.
45. Phillips RC. *The Postpartum Family, Family-Centered Maternity and Newborn Care*. St Louis: Mosby Year Book; 1996. s:267–313.
46. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 4. Baskı, Ankara: Sistem Ofset; 2000. s: 351–378.

47. Scott JR, Disaia PJ, Hammond CB, Spellacy WN. Danforth Obstetrik ve Jinekoloji. 7.baskı, İstanbul:Yüce Yayınları; 1997. s:163–173.
48. Decherny AH, Nathan L, Goodwin TM, Laufer N. Current Diagnosis and Treatment: Obstetric&Gynecology. 10nd.ed. Medical London; 2006. s: 212-248.
49. Doğaner G. Vaginal Yolla Doğum Yapan Kadınların Erken Postpartum Dönemde Kendisinin Ve Yenidoğanın Bakımına Yönelik Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi; 2005.
50. Atıcı İ. Doğum Sonu Erken Taburculukta Lohusalara Verilecek Sağlık Eğitimi ve Evde Bakımın Postpartum Komplikasyonlar ve Anksiyete Düzeyine Etkisi (Yüksek Lisans Tezi). Erzurum: A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği ABD; 2000.
51. Kışnişçi AH, Gökşin E, Durukan T ve ark. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Güneş Kitabevi; 1996.
52. Novak J, Broom B. Nursing Care During Postpartum: Maternal and Child Health Nursing. Mosby; 1999. s:337- 360.
53. Yücel M. Puerperium ve laktasyon. In: Sivaslıoğlu AA, editör. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Palme Yayıncılık; 2005. s: 96–104.
54. Pasinlioğlu T. Doğum sonu dönem ve sorunları. In: Çoşkun A, editör. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. İstanbul: Birlik Ofset; 1996. s: 104–119.
55. Lawrence RA, Lawrence RM. Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession. “Medications, Herbal Preparations, and Natural Products in Breast Milk”. 8th Edition. Philadelphia: Elsevier; 2015:364-406.
56. Veiby G, Bjørk M, Engelsen BA, Gilhus NE. Epilepsy and recommendations for breastfeeding. Seizure 2015;28:57–65.
57. Danacı AE, Dinç G, Deveci A, Şen FS, İçelli İ. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. Social psychiatry and Psychiatric Epidemiology; 2002; 37(3): 125-129.
58. Küey L, Güleç C. Depresyonun Epidemiyolojisi.-In: Depresyon Monografileri Serisi. Hekimler Yayın Birliği. Ankara: Medikomat Basım Yayın Sanayi Tic.Ltş; 1993.s.55-68.

59. Flamm BL, Newman LA, Thomas SJ, Fallon D, Yoshida MM. Vaginal birth after cesarean delivery: Results of a 5-year multicenter collaborative study. *Obstet Gynecol.* 1990; 76: 750-754.
60. Koc I. Increased cesarean section rates in Turkey. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2003; 8: 1-10.
61. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; 24: 436-437.
62. Caroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; 2: 81.
63. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Epizyotomi ve Onarım. In: Williams Doğum Bilgisi. 2005: 325-329.
64. Robinson JN, Norwitz ER, Cohen AP, McElrath TF, Lieberman ES. Episiotomy, operative vaginal delivery significant perinatal trauma in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 1999; 181: 1180-1184.
65. Fox H: Pathology of maternal death. In: Fox H, Welis M(eds). *Obstetrical and Gynecological Pathology.* London; 1995: 1837-1851.
66. Özgünen FT. Sezaryen. In: Özgünen FT, Evrücke C (eds). *Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji.* Ankara: Medical Network; 2001: 1322-1330.
67. Mirak T, Özdemir A, Güler A, Atlı Ö, Taner C, Derin G. Hypogastric Artery Ligation for life threatening obstetric hemorrhage. *Medical Journal of Kocatepe.* 2004; 5: 41-44.
68. Yamani Zamzami TY. Indication of emergency peripartum hysterectomy: rewiev of 17 cases. *Arch Gynecol Obstet.* 2003; 268: 131-135.
69. Erdemoğlu M, Kale A, Akdeniz N. Obstetrik nedenlerle acil histerektomi yapılan 52 olgunun analizi. *Dicle Tıp Dergisi.* 2006; 33 (4): 227-230.
70. Appleton B, Targett C, Rasmussen M, Readman E, Sale F, Permezel M. Vaginal birth after cesarean section. *Aust N Z J Obstet Gynecol.* 2000; 40: 87-91.
71. Hostetler Dr, Bosworth MH. Uterin inversiyon: a life threatenig obstetric emergency. *J Am Board Fam Pract* 2000; 13: 120-123.

72. Müdüroğlu M, Öncül M, Demirkıran F, Kösebay D, Eryılmaz HY. Pelvik jinekolojik operasyon sonrası ateş (Febril Morbidite) Görülme Durumu ve Etkileyen Faktörlerin İrdelenmesi. Cerrahpaşa Tıp Dergisi. 2006; 37: 121-125.
73. Watts DH, Eschenbach DA, Denny GE. Early postpartum endometritis. The role of bacteria, genital mycoplasma and chlamydia trachomatis. Obstet Gynecol. 1990; 75: 52.
74. Brown CEL, Stettler RW, Twickler D, Cunningham FG. Puerperal septic pelvic thrombophlebitis: incidence and response to heparin therapy. Am J Obstet Gynecol. 1999; 181; 143.
75. Ramin SM, Ramus RM, Little BB, Gilstrap LC 3rd. Early repair of episiotomy dehiscence associated with infection. Am J Obstet Gynecol. 1992;167(4): 1104-1107.
76. Gren BT, Umana E. Amniotic fluid embolism. South Med J. 2000; 93: 721-723.
77. Ghoreishi J. Indwelling urinary catheters in cesarean delivery. Int J Gynaecol Obstet. 2003; 83(3): 267-270.
78. Dunn LJ. Cesarean Section and Other Obstetric Operations. In: Danforth DN, Scott JR(eds). Obstetrics &Gynecology, Philadelphia: JB Lippincott Company; 1986; 737-754.
79. De Cherney AH, Nathan L. Cesarean section In: Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. 2003: 518-529.
80. Bergholt T, Stenderup JK, Vedsted-Jakobsen A, Helm P, Lenstrup C. Intraoperative surgical complication during cesarean section: an observational study of the incidence and risk factors. Acta Obstet Gynecol Scand. 2003; 82(3): 251-256.
81. Tanrıverdi HA, Aktunç E, Dolen İ. Sezaryen Operasyonlarında Karşılaşılan Cerrahi Komplikasyonlar. Artemis; 2003; 4(1): 27-32.
82. Gill EJ, Hurt WG. Pathophysiology of pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol Clin North Am. 1998; 25: 757-769.
83. Carley ME, Turner RJ, Scott DE, Alexander JM. Obstetric history in women with surgically corrected adult urinary incontinence or pelvic organ prolapse. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 1999; 6: 85-89.

84. Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapse: Observations from the Oxford Family Planning Association study. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997; 104: 579-585.
85. O'Boyle AL, O'Boyle JD, Calhoun B, Davis GD, Ricks RE, Patience TH. Natural history of pelvic organ support in pregnancy. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2003; 14: 46-49.
86. Sultan AH, Stanton SL. Preserving the pelvic floor and perineum during childbirth-elective caesarean section? *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103: 731-734.
87. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S; Norwegian Epincont study. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med.* 2003; 348: 900-907.
88. <http://www.nufusu.com/il/hatay-nufusu>. [15.09.2019 tarihinde erişildi].
89. Nagpal J, Dhar RS, Sinha S, Bhargava V, Sachdeva A, Bhartia A. An Exploratory Study to Evaluate the Utility of an Adapted Mother Generated Index (MGI) in Assessment of Postpartum Quality Of Life in India, Health and Quality of Life Outcomes. 2008;6(1):107.
90. Symon A, McGreavey J, Picken C. Postnatal Quality of Life Assessment: Validation of The Mother-Generated Index. *BJOG.* 2003; 110(9): 865-8.
91. Zubaran C, Foresti K, Schumacher MV, Muller LC, Amoretti AL. An Assessment of Maternal Quality of Life in The Postpartum Period in Southern Brazil: A Comparison of Two Questionnaires. *Clinics.* 2009;64(8):751-6.
92. Yılmaztürk Y. Postpartum dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin ölçülmesi (Yüksek lisans tezi). Eskişehir: Osman Gazi Üniversitesi; 2010.
93. Akın B, Ege E, Koçoğlu D, Demirören N, Yılmaz S. Quality of life and related factors in women, aged 15-49 in the 12-month post-partum period in Turkey. *J Obstet Gynaecol Res.* 2009;32(1):86-93.
94. Bağcı S. Annelerin Doğum Sonunda Yaşadıkları Sorunlar ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi (Yüksek lisans tezi). T.C. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
95. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 8. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2012;275-94.

96. Hill PD, Aldag JC. Maternal perceived quality of life following childbirth. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2007;36:328-34.
97. Simons J, Mannion J, Morison L. How the health visitor can help when problems between parents add to postnatal stres. J Adv Nurs. 2003;44(4):400-9.
98. Kızılcı S. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar Ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler (Doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1997.
99. Öztürk S. Annelerin Doğum Sonu Dönemde Yaşam Kalitesi ve Desteklerinin Değerlendirilmesi (Yüksek lisans tezi). T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
100. Mousavi S, Mortazavi F, Chaman R, Khosravi A. Oman Med J. Quality of life after cesarean and vaginal delivery. 2013;28(4):245-51.
101. Torkan B, Parsay S, Lamniyon M, Kazemnejad A, Muntazeri A. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. BMC Pregnancy and Childbirth. 2009;9:1-7.
102. Özkaya O. Süleyman Demirel Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğindeki 5 yıllık Doğum Oranları ve Sezaryen Endikasyonları. S.D.Ü.Tıp Fak. Derg.2005: 12(4): 36-39.
103. Coşkun A, Köstü B, Ercan Ö, Kıran H, Güven MA, Kıran G. Kahramanmaraş il merkezinde 2004 ve 2006 yıllarındaki doğumların karşılaştırılması. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi. 2007; 4(3): 168-172.
104. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0>. [07.10.2019 tarihinde erişildi].
105. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, et all. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. The Lancet 2006; 367: 1819-1829.
106. Gül N. Normal doğum ve sezaryen doğum uygulanan olguların postpartum komplikaslar yönünden karşılaştırılması (Uzmanlık tezi); 2008.
107. Arslan H, Demirci N, Merih YD, Özgür N, İpekten M, Güneş B ve ark. Sezaryen doğumların seçiminde etkili faktörler. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. 2007; 38:1.

108. Yumru E, Davas İ, Baksu B, Altıntaş A, Altın A, Mert M: 1995-1999 Yılları arasında Sezaryen Operasyonu Endikasyonları ve Oranları. Perinatoloji Dergisi. 2000; 8(3): 94-98.
109. Cantekin D, Hakses M, Tuna M, Sarioğlu F, Çetin A. Otuzbeş yaş üzerindeki kadınlarda doğum olgularının değerlendirilmesi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. 1990; 22: 655-661.
110. Ergin F, Başar P, Karahasanoğlu B ve ark. Güvenli olmayan doğumlar ve doğum sonrası evde bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2005; 4(6): 321-329.
111. Ergin F, Aksu H, Demiröz H. Doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin nicelik ve niteliği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi; 2010; 13: 4.
112. Bölgelere Göre Gebe ve Lohusa Başına Düşen Ortalama İzlem Sayıları, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. <http://ekutuphane.sagem.gov.tr>. [07.10.2019 tarihinde erişildi].
113. Sezginsoy S. Mesane boynu hareketliliği ve stres üriner inkontinansa vajinal doğumun etkisi (Uzmanlık tezi); 2006.
114. Duran EH, Eroğlu D, Sandıkçı N, Lembet A, Bağış T, Zeyneloğlu HB. Vajinal doğumlarda epizyotomi uygulamasının gerekliliği üzerine bir prospektif randomize çalışma. Türkiye Klinikleri Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi. 2002; 12(1); 16-19.
115. Erden AC, Yayla M. Preeklamsi ve eklamside maternal fetal morbidite ve mortalite. Perinatoloji Dergisi. 1993; 1: 24-30.
116. Aygün C, Çetinkaya M, Aydın O, Alper T, Karagöz F, Küçüköyük Ş. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi 2003 yılı perinatal mortalitesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2004; 47: 177-182.
117. Ata B, Ateş U, Sidal B. Diabetes Mellitus in Pregnancy and Perinatal Outcome A Six-Year Experience in a Training Hospital. Artemis. 2003; 4: 3.
118. Kaya B, Akdolun NB. Postpartum evde bakım hizmetleri ve ebe/hemşirenin sorumlulukları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2011;6(16):19-32.
119. Doğaner G, Bekar M. Vajinal yolla doğum yapan kadınların erken postpartum dönemde kendisinin ve yenidoğanın bakımına yönelik yaşadıkları sorunların belirlenmesi. Sağlık ve Toplum. 2006; 16(4):60-70.

120. Yıldız H, Küçükşahin N. Kırsal bölgede annelerin doğum sonu yaşadıkları sorunlar ve bakım gereksinimleri. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. 2011;15(4):159-66.
121. Can R, Ege E, Akın B, Koçoğlu D. Doğum sonu ilk üç aylık dönemde annedeki yorgunluk düzeyi ve ilişkili faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2010;3(2):62-70.
122. Kara FŞ. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde İki Yıllık Sürede Sezaryen Doğumların Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi); 2004.
123. Erdemtok M. Sezaryen sectio uygulanan olguların çeşitli parametreler yönünden irdelenmesi (Uzmanlık Tezi); 1997.
124. Barbut F, Carbonne B, Truchot F, Spielvogel C, Jannet D, Goderel I, et all. Surgical site infections after cesarean section: results of a five-year prospective surveillance. *J Gynecol Obste Biol Reprod*. 2004; 33(1): 487-496.
125. Milasinovic L, Kapamadzija A, Dobric L, Petrovic D. Postpartum anemia incidence and etiology. *Med Pregl*. 2000; 53(7): 394-399
126. Çatak B, Sütlü S, Kılınç AS, Badıllıoğlu O, Zencir M. Burdur’da 2009 yılında doğum yapmış kadınların doğum özellikleri ve doğum sonu bakım hizmetleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2011; 10(5): 579-586.
127. Doğaner G, Bekar M. Vajinal yolla doğum yapan kadınların erken postpartum dönemde kendisinin ve yenidoğanın bakımına yönelik yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*. 2006;16(4): 60–70.
128. Dağ H, Dönmez S, Şen E, Şirin A. Vajinal doğum yapan kadınların hastane taburculuğuna hazır oluşluk durumu. *Gaziantep Medical Journal*. 2013; 19(2): 65-70.

8. EKLER

EK-A: Onam Formu

EK-B: Çalışma Anketi

EK-C: Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği

EK-D: HMKÜ Etik Kurul Onay Belgesi

EK-E: Hatay İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi

EK-A

T.C.

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ

TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur /(Rıza) Formu

ARAŞTIRMANIN KONUSU:“ Lohusaların Aldıkları Postpartum İzlemleri ve İzlemlerin Yaşam Kalitesine Etkisi ”

ARAŞTIRMANIN AMACI: “Lohusaların Aldıkları Postpartum İzlemleri ve İzlemlerin Yaşam Kalitesine Etkisi”nı ortaya koymak

Araştırmaya Katılma Süresi :180 gün

Araştırmaya Katılacak Yaklaşık Gönüllü Sayısı: 60

Bu çalışmada ‘Lohusaların Aldıkları Postpartum İzlemleri ve İzlemlerin Yaşam Kalitesine Etkisi’ni belirlemek amaçlanmıştır.

Bu nedenle size; yaşıınız, mesleğiniz, eğitim durumunuz gibi sosyodemografik bilgileri, gebelik ve postpartum izlemlerle ilgili bilgileri içeren bir anket yöneltilecektir. Ayrıca Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeğini doldurmanız istenecektir. Sizin kimliğiniz tamamen gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılıp katılmamakta tamamen serbestsiniz. Katılmadığınız takdirde herhangi bir yaptırım olmayacaktır. Katılmanız bilim için yapılacak olan çalışmalarda yol gösterici

olabilecektir.

Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana, tanık huzurunda aşağıda konusu belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ	
Adı Soyadı:	
Adresi:	
Bilgi Verebilecek Kişi:	
VELİ, VASİ VEYA VEKİL (18 yaşından küçük olanlar için)	
Adı Soyadı:	
Adresi:	
Yakınlığı:	
ARAŞTIRMACI	
Adı Soyadı:Erhan YENGİL	Telefon : 0 (326) 2291000-2925
Adresi: Aile Hekimliği A.D	Faks : (0)
	İmza

EK-B

LOHUSALARIN ALDIKLARI POSTPARTUM İZLEMLERİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

ANKET FORMU

A.Sosyodemografik Bilgileri

1.Yaşınız:

2.Eğitim Durumunuz:

A) Okur-Yazar B) İlk-Orta Öğretim C) Lise D) Üniversite ve üstü

3.Mesleğiniz:

A) Ev Hanımı B) Memur C) İşçi D) Diğer.....

4.Aylık geliriniz:

A) 0-1500 TL B)1501-4600 TL C)4601-9000 TL D)9000 TL üstü

5.Kaç çocuğunuz var?

B.Gebelikle ve Postpartum İzlemlerle İlgili Bilgiler

1-Kaç kere gebe kaldınız?

A)1 B) 2 C) 3 D) 4 E) 5 ve üzeri

2- Kaç kere doğum yaptınız?

A)1 B) 2 C) 3 D) 4 E) 5 ve üzeri

3- Son Gebeliğiniz boyunca kaç kere kontrole gittiniz?

A)1 B) 2 C) 3 D) 4 E) 5 ve üzeri

4- Son gebeliğinizde doğum eylemi nerede gerçekleşti?

A) Özel Hastane B)Devlet veya Üniversite Hastanesi C) ASM veya sağlık evi D) Ev

5- Son gebeliğinizdeki doğum şekli hangisiydi?

A) Normal B) Sezeryan

6- Doğum sonrası, sağlık kuruluşları tarafından kaç kez izlem (kontrol) yapıldığını biliyor musunuz?

A) Evet B) Hayır

7- Doğum sonrası **ilk 1 saat içerisinde** aşağıdaki muayene ve kontroller doğum yaptığınız sağlık kuruluşunda yapıldı mı?

- Genel durum değerlendirmesi, 15 dakikada bir nabız, tansiyon, ateş takibi yapılması;

A) Evet B) Hayır C) Hatırlamıyorum

- 15 dakikada bir kanama kontrolü ve risk tespiti yapılması;

A) Evet B) Hayır C) Hatırlamıyorum

- Kan grubunuza bakılması veya sorulması;

A) Evet B) Hayır C) Hatırlamıyorum

- 15 dakikada bir rahim seviyesinin değerlendirilmesi ve rahim muayenesi yapılması;

A) Evet B) Hayır C) Hatırlamıyorum

- Emzirmeyle ilgili eğitim verilmesi ve emzirmenin başlatılması;

A) Evet B) Hayır C) Hatırlamıyorum

- Normal (vajinal) doğum yapmışsanız perine (vajinal-rektal) muayene yapılması;

A) Evet B) Hayır C) Hatırlamıyorum

- Anne yakınmalarının sorgulanması;

A) Evet B) Hayır C) Hatırlamıyorum

8- Doğum sonrası **ilk 1.- 6. saatler** arasında aşağıdaki muayene ve kontroller doğum yaptığınız sağlık kuruluşunda yapıldı mı?

- Genel durum değerlendirilmesi, saatte bir nabız, tansiyon, ateş takibi, yapılması;

A) Evet B) Hayır C) Hatırlamıyorum

- Tetanoz bağışıklamanız yoksa tetanoz aşılması ;

A) Evet B) Hayır C) Hatırlamıyorum

- Rh uygunsuzluğu varsa Rh IG (kan iğnesi) yapılması;

A) Evet B) Hayır C) Hatırlamıyorum

- Yarım saatte bir kanama kontrolü yapılması, rahim seviyesinin değerlendirilmesi ve rahim muayenesi yapılması;

A) Evet B) Hayır C) Hatırlamıyorum

- Genel sistem muayenesinin yapılması;

A) Evet B) Hayır C) Hatırlamıyorum

- Mobilizasyonun (Hareket etmenin) sağlanması;

A) Evet B) Hayır C) Hatırlamıyorum

- Hemoglobin ölçümü (Anemi parametrelerine) bakılması;

A) Evet B) Hayır C) Hatırlamıyorum

- Anne yakınmalarının sorgulanması;

A) Evet B) Hayır C) Hatırlamıyorum

9- Doğum sonrası **ilk 6.- 24. saatler** arasında aşağıdaki muayene ve kontroller doğum yaptığınız sağlık kuruluşunda yapıldı ise;

- Genel durum değerlendirilmesi, 2 saatte bir nabız, tansiyon, ateş takibi, ağrı kontrolü yapılması;
A) *Evet* B) *Hayır* C) *Hatırlamıyorum*
- 6 saatte bir kanama kontrolünün yapılması, rahim seviyesinin değerlendirilmesi ve rahim muayenesi yapılması;
A) *Evet* B) *Hayır* C) *Hatırlamıyorum*
- Psikolojik durum değerlendirilmesi;
A) *Evet* B) *Hayır* C) *Hatırlamıyorum*
- Sezaryen yapılmışsa kesi (insizyon) hattı veya normal doğum yapmışsanız doğum kesisi (epizyotomi) hattı değerlendirilmesi;
A) *Evet* B) *Hayır* C) *Hatırlamıyorum*
- Annenin yakınmalarının sorgulanması;
A) *Evet* B) *Hayır* C) *Hatırlamıyorum*
- Lohusalıkla ilgili (beslenme, demir ve D vitamini desteğinin başlanması, emzirme, meme başı infeksiyonları vs.) bilgilendirme;
A) *Evet* B) *Hayır* C) *Hatırlamıyorum*

10- Doğumu takip eden **2.- 5. günler** arasında aşağıdaki muayene ve kontroller herhangi bir sağlık kuruluşunda yapıldı mı?

- Genel durum değerlendirmesi ve kanama (loşi) takibinin yapılması;
A) *Evet* B) *Hayır* C) *Hatırlamıyorum*
- Nabız, tansiyon, ateş, solunum sayısı ölçümü yapılması;
A) *Evet* B) *Hayır* C) *Hatırlamıyorum*
- Yakınmaların (ağrı, idrar ve bağırsak problemleri) sorgulanması;
A) *Evet* B) *Hayır* C) *Hatırlamıyorum*
- Emzirmenin sorgulanması;
A) *Evet* B) *Hayır* C) *Hatırlamıyorum*
- Genel vücut muayenesinin (perine ve kesi yeri muayenesi, rahim seviyesi değerlendirilmesi) yapılması;
A) *Evet* B) *Hayır* C) *Hatırlamıyorum*
- Anneye bilgilendirme (perine bakımı, pelvik taban egzersizleri, bebek bakımı, emzirme, demir, D vit. desteği konularla ilgili) yapılması;
A) *Evet* B) *Hayır* C) *Hatırlamıyorum*

11- Doğumu takip eden **13.- 17. günler** arasında aşağıdaki muayene ve kontroller herhangi bir sağlık kuruluşunda yapıldı mı?

- Genel durum değerlendirmesi ve kanama (loşi) takibi yapılması;
A) *Evet* B) *Hayır* C) *Hatırlamıyorum*
- Nabız, tansiyon, ateş, solunum sayısı ölçümü yapılması;
A) *Evet* B) *Hayır* C) *Hatırlamıyorum*
- Yakınmaların (ağrı, idrar ve bağırsak problemleri) sorgulanması ;
A) *Evet* B) *Hayır* C) *Hatırlamıyorum*
- Emzirmenin sorgulanması;
A) *Evet* B) *Hayır* C) *Hatırlamıyorum*
- Genel vücut muayenesinin (perine ve kesi yeri muayenesi, rahim seviyesi değerlendirilmesi);
A) *Evet* B) *Hayır* C) *Hatırlamıyorum*
- Anneye bilgilendirme (perine bakımı, pelvik taban egzersizleri, demir, D vit.desteğiyle ilgili) yapılması ve anne-bebek ilişkisinin değerlendirilmesi ;
A) *Evet* B) *Hayır* C) *Hatırlamıyorum*

12- Doğumu takip eden **30.- 42. günler** arasında aşağıdaki muayene ve kontroller herhangi bir sağlık kuruluşunda yapıldı ise;

- Genel durum değerlendirilmesi ve kanama (loşi) takibi yapılması;
A) *Evet* B) *Hayır* C) *Hatırlamıyorum*
- Nabız, tansiyon, ateş, solunum sayısı ölçümü yapılması;
A) *Evet* B) *Hayır* C) *Hatırlamıyorum*
- Kontrasepsiyon hakkında bilgi verilmesi ;
A) *Evet* B) *Hayır* C) *Hatırlamıyorum*
- Genel vücut muayenesi yapılması;
A) *Evet* B) *Hayır* C) *Hatırlamıyorum*
- Anneye bilgilendirme (perine bakımı, pelvik taban egzersizleri, demir, D vit.desteğiyle ilgili) yapılması;
A) *Evet* B) *Hayır* C) *Hatırlamıyorum*
- Vajinal smear alınması;
A) *Evet* B) *Hayır* C) *Hatırlamıyorum*

EK-C

DOĞUM SONU YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (DSYKÖ)

Bölüm 1

Aşağıdaki her bir madde için yaşamınızın o alanından ne kadar memnun olduğunuzu en iyi açıklayan cevabı seçiniz. Cevabınızı yansıtan numarayı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevaplar yoktur.

1= Hiç memnun değil

2= Orta derecede memnun değil

3= Biraz memnun değil

.....den ne kadar memnunsunuz?

4= Biraz memnun

5=Orta derecede memnun

6= Çok memnun

NE DERECEDE MEMNUNSUNUZ?	Hiç Memnun değil (1)	Orta Derecede (2) Memnun Değil	Biraz Memnun Değil (3)	Biraz Memnun (4)	Orta Derecede Memnun (5)	Çok Memnun (6)
1. Sağlığınız						
2. Ağrı düzeyiniz						
3. Günlük Aktivitelerinizdeki Enerji Düzeyiniz						
4. Yaşamınızı Kontrol Edebilme Düzeyiniz						
5. Yardım Almadan Kendinize Bakım Verme Yeterliliğiniz						
6. Fiziksel Görünüşünüz						
7. Uyku Düzeyiniz						
8. Memeleriniz						
9. Doğum nedeni ile olan dikişleriniz						
10. Cinsel Yaşamınız						
11. İç Huzurunuz						
12. Genel Olarak Mutluluğunuz						
13.Genel Olarak Yaşamınız						
14. Yaşamınızdaki Kaygı Düzeyiniz						
15.Yakınlarınızdan Aldığınız Duygusal Destek						
A) Eşinizden						
B) Ailenizden						
16.Eşiniz İle İlişkiniz						
17. Aile Sorumluluklarını Yerine Getirme yeterliliğiniz						
18. Bebeğinizin Sağlığı						
19. Çocuklarınızın Bakımında Yardım Alma Durumunuz						
20. Çocuklar İçin Ayırdığınız Zaman						
21. Ev İşleri İçin Ayırdığınız Zaman						
22. Arkadaşlarınız/Akrabalarınız İçin Ayırdığınız Zaman						
23. Eşiniz İçin Ayırdığınız Zaman						
24. Kendiniz İçin Ayırdığınız Zaman						
25. Yeni Bebeğinizi Beslenme Yeterliliğiniz						
26. Eşinizin Sağlığı						

27. Yaşamınızdaki Günlük İşleriniz						
28. Yaşadığınız Ev						
29. Komşularınız						
30. Ekonomik Bağımsızlığınız						
31. Ekonomik Harcamalarınızı Karşılama Yeterliliğiniz						
32. Tıbbi Hizmete Ulaşım						
33. İstenildiği Zaman Herhangi Bir Araca Ulaşım						
34. Evdeki Yaşam Koşullarınız						
A) Mal Varlığınız						
B) Mali Durumunuz						
C) Çevresel Koşullarınız						
35. İş/Çalışma						
A) Eşinizin İş						
B) Kendi İşiniz						

Bölüm 2

Aşağıdaki her bir madde için yaşamınızın o alanla ilgili ne kadar önemli olduğunu en iyi açıklayan cevabı seçiniz. Cevabınızı yansıtan numarayı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevaplar yoktur.

1= Hiç önemli değil

2= Orta derecede önemli değil

3= Biraz önemli değil

.....ne kadar önemli?

4= Biraz önemli

5=Orta derecede önemli

6= Çok önemli

NE DERECEDE ÖNEMLİ?	Hiç Önemli Değil (1)	Orta Derecede (2) Önemli Değil	Biraz Önemli Değil (3)	Biraz Önemli (4)	Orta derecede önemli (5)	Çok önemli (6)
1. Sağlığınız						
2. Ağrı Düzeyiniz						
3. Günlük Aktivitelerinizdeki Enerji Düzeyiniz						
4. Yaşamınızı Kontrol Edebilme Düzeyiniz						
5. Yardım Almadan Kendinize Bakım Verme Yeterliliğiniz						
6. Fiziksel Görünüşünüz						
7. Uyku Düzeyiniz						
8. Memeleriniz						
9. Doğum nedeni ile olan dikişleriniz						
10. Cinsel Yaşamınız						
11. İç Huzurunuz						
12. Genel Olarak Mutluluğunuz						
13. Genel Olarak Yaşamınız						
14. Yaşamınızdaki Kaygı Düzeyiniz						
15.Yakınlarınızdan Aldığınız Duygusal Destek						

A) Eşinizden						
B) Ailenizden						
C) Arkadaşınızdan ya da Diğer İnsanlardan						
16.Eşiniz İle İlişkiniz						
17. Aile Sorumluluklarını Yerine Getirme Yeterliliğiniz						
18. Bebeğinizin Sağlığı						
19. Çocuklarınızın Bakımında Yardım Alma Durumunuz						
20. Çocuklar İçin Ayırdığınız Zaman						
21. Ev İşleri İçin Ayırdığınız Zaman						
22. Arkadaşlarınız/Akrabalarınız İçin Ayırdığınız Zaman						
23. Eşiniz İçin Ayırdığınız Zaman						
24. Kendiniz İçin ayırdığınız Zaman						
25. Yeni Bebeğinizi Beslenme Yeterliliğiniz						
26. Eşinizin Sağlığı						
27. Yaşamınızdaki Günlük İşleriniz						
28. Yaşadığınız Ev						
29. Komşularınız						
30.Ekonomik Bağımsızlığınız						
31.Ekonomik Harcamalarınızı Karşılama Yeterliliğiniz						
32. Tıbbi Hizmete Ulaşım						
33. İstenildiği Zaman Herhangi Bir Araca Ulaşım						
34. Evdeki Yaşam Koşullarınız						
A) Mal Varlığınız						
B) Mali Durumunuz						
C) Çevresel Koşullarınız						
35. İş/Çalışma						
A)Eşinizin İşi						
B) Kendi İşiniz						

EK-D

HMKÜ Etik Kurul Onay Belgesi

HATAY MKÜ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Lohusaların aldıkları postpartum izlemleri ve izlemlerin yaşam kalitesine etkisi
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2018/132

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	MKÜ TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	MKÜ Alahan Kampüsü Antakya HATAY
	TELEFON	0326 245 51 14
	FAKS	0326 245 51 14
	E-POSTA	tipetik@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr.Erhan YENGİL
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği Anabilim Dalı
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Hatay MKÜ Tayfur Atat Sökmen Tıp Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 ☐
		FAZ 2 ☐
		FAZ 3 ☐
		FAZ 4 ☐
		Gözlemsel ilaç çalışması ☐
		İlaç dışı klinik araştırma ☐
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ ÇOK MERKEZLİ ☐ ULUSAL ☐ ULUSLAR ARASI ☐

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı Prof.Dr.Nazan SAVAS
İmza:


Etik Kurul Sekreteri

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

HATAY MKÜ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Lohusaların aldıkları postpartum izlemleri ve izlemlerin yaşam kalitesine etkisi
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2018/132

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	17/09/2018-161	1	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		1	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama		
	SIGORTA	☐				
		☐				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐				
	ILAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐				
DİĞER:	☐					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 09	Tarih: 20/09/2018				
	KARAR 09- Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr.Erhan YENGİL'in "Lohusaların aldıkları postpartum izlemleri ve izlemlerin yaşam kalitesine etkisi" isimli çalışması görüşülmüş olup; çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve etik kurallara uygun bulunmuş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.					

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	PROF.DR.NAZAN SAVAŞ

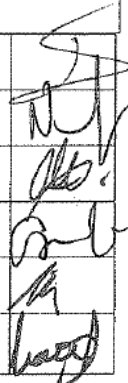
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım	İmza
Prof.Dr..Nazan SAVAŞ	Halk Sağlığı	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Aydiner KALACI	Ortopedi ve Travmatoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Burçin ÖZER	Tıbbi Mikrobiyoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Taşkın DUMAN	Nöroloji Anabilim Dalı	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☒	E ☐ H ☐	E ☒ H ☐	
Yrd.Doç.Dr.Enver Ahmet DEMİR	Tıbbi Fizyoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	Katılmadı
Yrd.Doç.Dr.Neslihan PINAR	Tıbbi Farmakoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı Prof.Dr.Nazan SAVAŞ
İmza:

Prof. Dr. Nazan SAVAŞ
 Etik Kurul Başkanı

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması zorunludur.

HATAY MKÜ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Lohusaların aldıkları postpartum izlemleri ve izlemlerin yaşam kalitesine etkisi							
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		2018/132							
Doç.Dr.Erhan YENGİL	Aile Hekimliği	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E ✓	K ☐	E ☐	H ✓	E ✓	H ☐	
Av.Nefise Yeşil YILDIZ	Hukuk	MKÜ Hukuk Müşavirliği	E ☐	K ✓	E ☐	H ✓	E ✓	H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Rana CAN	Sağlık Hizmetleri	MKÜ Sağlık Yüksekokulu	E ☐	K ✓	E ☐	H ✓	E ✓	H ☐	
Gül Ayşe APAK	Öğretmen	Milli Eğitim Bakanlığı Hacılar İlköğretim Okulu	E ☐	K ✓	E ☐	H ✓	E ✓	H ☐	
İbrahim PARA	Bilgisayar	Esnaf	E ✓	K ☐	E ☐	H ✓	E ✓	H ☐	
Hakan BORAZAN	Öğretmen	Milli Eğitim Bakanlığı İslahiye Yeşilyurt İlköğretim Okulu	E ✓	K ☐	E ☐	H ✓	E ✓	H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

EK-E

Hatay İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HATAY İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

PROJE ÇALIŞMASI/BİLİMSEL ARAŞTIRMA İNCELEME KOMİSYON KARARI

Araştırma/Tez/Proje Konusu	Lohusaların Aldıkları Postpartum İzlemleri ve İzlemleri Yaşam Kalitesine Etkisi
Çalışmanın Yapılacağı Hastane/Kurum	Serinyol 1-2 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Karaali Aile Sağlığı Merkezi ve Anayazı Aile Sağlığı Merkezi,
Araştırmancının Statüsü	Uzmanlık Tez Çalışması
Eğitim Kurumu/Üniversitesi	Mustafa Kemal Üniversitesi
Proje Çalışmasını Yapan Danışman Öğretim Üyesi	Ömer Kerim TOPAKKAYA

KARAR: “25.02.2013 tarih ve 1591 sayılı Döner Sermaye İşletmesi Kapsamında Destekleyici Talebi İle Yürütülecek Çalışmalar İle İlgili Usul ve Esaslar Hakkında Yönerge” gereği, Sağlık Bakanlığı Hatay İl Sağlık Müdürlüğü’nün Proje Çalışması/Bilimsel Araştırma İnceleme Komisyonu Müdürlüğümüze intikal eden Klinik/Proje Çalışmalarını değerlendirmek üzere 08.10.2018 tarihinde eksiksiz olarak toplanmıştır.

Mustafa Kemal Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Arş. Gör. Dr. Ömer Kerim TOPAKKAYA’nın “Lohusaların Aldıkları Postpartum İzlemleri ve İzlemleri Yaşam Kalitesine Etkisi ” konulu uzmanlık tez çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Serinyol 1-2 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Karaali Aile Sağlığı Merkezi ve Anayazı Aile Sağlığı Merkezlerinde yürütmesi uygun görülmüştür.

Komisyon Başkanı
Uzm. Dr. Ali PEKMEZCİ
Kamu Hastaneleri Hizmetleri
Başkanı

Üye
Mehmet DÖNER
Uzman

Üye
Dr. Selçuk ÖNTÜRK
Başkan Yardımcısı

Üye
Dt. Gökçe Tuba DENİZ
Başkan Yardımcısı

Üye
Ummahan ÖZAYDIN
Uzman

ONAY
...../..../2018
Dr. Sebahattin YILMAZ
İl Sağlık Müdürü

ADRES: Odabaşı Mah. Eski SSK Binası ANTAKYA/HATAY
Tel No : 0 (326) 290 11 41 Dahili:1136 Fax : 0(326) 290 11 30 Bilgi için: F. TIRYAKI
E-MAIL: hatayism.egitim@gmail.com

9. ÖZGEÇMİŞ

Dr.Ömer Kerim TOPAKKAYA, 11.11.1990 tarihinde Kahramanmaraş'ın Elbistan ilçesinde doğmuştur. İlkokulu ve ortaokulu 1997-2005 yılları arasında Yenimahalle Avni Akyol İlköğretim Okulu'nda ve Yenimahalle Ziya Gökalp İlköğretim Okulu'nda liseyi 2005-2009 yılları arasında Özel Samanyolu Anadolu Lisesi'nde okumuştur. 2009 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tıp eğitimine başlayıp 2016 yılında bu üniversiteden mezun olmuştur. Aynı yıl Taşova Devlet Hastanesi'nde pratisyen hekimliğe başlamıştır. 03.04.2017 tarihinde Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitime başlayıp hala burada araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.