



T.C

MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SEZARYEN VE NORMAL DOĞUM YAPAN ANNELERE
DOĞUM SONU HASTANEDE VERİLEN BAKIM HİZMETLERİ
VE KONFORLARINA ETKİSİ**

GÜLCAN HARAL
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ A.D.

DANIŞMAN
Doç. Dr. HATİCE YILDIZ

2018-İSTANBUL

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Programın seviyesi : Yüksek Lisans
Anabilim Dalı : Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Tez Sahibi : Gülcan HARAL
Tez Başlığı : Sezaryen ve Normal Doğum Yapan Annelere Doğum Sonu Hastanede Verilen Bakım Hizmetleri ve Konforlarına Etkisi
Sınav Yeri : Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Sınav Tarihi : 16.02.2018

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

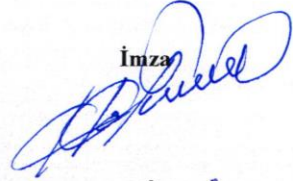
Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Doç. Dr. Hatice YILDIZ

Kurumu

Marmara Üniversitesi

İmza



Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ

İstanbul Aydın Üniversitesi

Yrd. Doç. Dr. Özlem CAN GÜRKAN

Marmara Üniversitesi



Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 12/04/2018 tarih ve 41 sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Göksel ŞENER
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

I. BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Gülcan HARAL



II. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve çalışmanın her aşamasında büyük emeği olan, sabır, anlayış ve şevkat ile bilimsel ve manevi desteğini esirgemeyen, Değerli Danışman Hocam Sn. Doç. Dr. Hatice YILDIZ’a,

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalındaki Saygıdeğer Hocalarıma,

Yoğun çalışma temposu içinde yardım ve desteğini esirgemeyen GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Doğum ve Kadın Hastalıkları servis hemşirelerine ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzm. Dr. Ayben KILIÇ’a,

Verilerin analizinde ve tezin yazım aşamasında yardım ve desteğini esirgemeyen, benimle birlikte emek harcayan sevgili arkadaşım Arş. Gör. Sevcan TOPÇU’ya,

Yardımlarından dolayı Murat MUTLU’ya,

Hayattaki tüm zorlu yollarda her ne koşulda olursa olsun beni yalnız bırakmayan, maddi, manevi her konuda destek olan Babam Mehmet Akif HARAL’a, Annem Güler HARAL’a ve Kardeşim Gökhan HARAL’a

Zorlu ve güzel olan bu yolda desteğini esirgemeyen herkese, çok ***Teşekkür Ederim.***

III. İÇİNDEKİLER

IV. KISALTMA VE SİMGELER -----	ix
V. ŞEKİL, RESİM VE TABLOLARIN LİSTESİ -----	x
1. ÖZET -----	1
2. ABSTRACT -----	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ -----	3
4. GENEL BİLGİLER -----	9
4.1. Doğum Eylemi ve Doğum Şekilleri -----	9
4.1.1 Doğum eylemi -----	9
4.1.2 Doğum şekilleri -----	9
4.1.2.1 Normal spontan/vajinal doğum -----	9
4.1.2.2 Müdahaleli doğumlar -----	10
4.1.2.2.1 Vakum ekstraksiyonu -----	10
4.1.2.2.2 Forseps uygulaması -----	10
4.1.2.2.3 Epizyotomi uygulanması -----	10
4.1.2.2.4 Sezaryen -----	11
4.1.2.2.4.1 Sezaryenin tarihçesi -----	11
4.1.2.2.4.2 Sezaryenin sıklığı -----	11
4.1.2.2.4.3 Sezaryen endikasyonları -----	12
4.1.2.2.4.4 Sezaryenin kontrendikasyonları -----	13
4.1.2.2.4.5 Preoperatif hazırlık ve bakım -----	13
4.1.2.2.4.6 Sezaryende anestezi -----	14
4.1.2.2.4.6.1 Genel anestezi -----	14
4.1.2.2.4.6.2 Rejyonel anestezi -----	14
4.1.2.2.4.6.2.1 Spinal anestezi -----	15
4.1.2.2.4.6.2.2 Epidural anestezi -----	15
4.1.2.2.4.6.2.3 Kombine spinal -----	15
epidural anestezi	
4.1.2.2.4.7 Sezaryende postoperatif	
komplikasyonlar-----	15
4.1.2.2.4.8 Postoperatif bakım -----	16

4.2. Normal Vajinal Doğum ve Sezaryen Doğumun-----	17
Olumlu/Olumsuz Yönleri	
4.2.1 Normal doğuma ilişkin olumlu/olumsuz yönler-----	17
4.2.2 Sezaryen doğuma ilişkin olumlu/olumsuz yönler-----	18
4.3. Doğum Sonu Dönem -----	19
4.3.1 Doğum sonu dönemin tanımı ve önemi -----	19
4.3.2 Doğum sonu fizyolojik adaptasyon -----	20
4.3.2.1 İnvolüsyon süreci -----	20
4.3.2.1.1 Uterus involüsyonu -----	20
4.3.2.1.2 Endometrium rejenerasyonu -----	21
4.3.2.1.3 Loşia -----	21
4.3.2.1.4 Serviks -----	21
4.3.2.1.5 Vajina, vulva ve perine -----	22
4.3.2.1.6 Endokrin sistemdeki değişiklikler -----	22
4.3.2.1.7 Göğüslerdeki gelişmeler -----	22
4.3.2.1.8 Solunum sistemindeki değişiklikler -----	22
4.3.2.1.9 Kardiyovasküler sisteme ait değişiklikler -----	23
4.3.2.1.10 Üriner sisteme ait değişiklikler -----	23
4.3.2.1.11 Gastrointestinal sisteme ait değişiklikler -----	24
4.3.2.1.12 Deri -----	24
4.4. Doğum Şekillerine Göre Görülen Doğum Sonu Komplikasyonlar -----	24
4.4.1 Doğum sonu kanama -----	24
4.4.2 Uterus atonisi -----	25
4.4.3 Plasentanın ayrılma ve atılma bozuklukları -----	25
4.4.4 Doğum yolu yaralanmaları -----	25
4.4.5 Uterus rüptürü -----	25
4.4.6 Uterin inversiyon -----	26
4.4.7 Pelvik hematoma -----	26
4.4.8 Koagülasyon sistemindeki bozukluklar -----	26
4.4.9 Distosi (Zor doğum) -----	26
4.4.10 Doğum sonu ateş -----	26
4.4.11 Yara enfeksiyonları -----	27

4.4.12 Pelvik abse	27
4.4.13 Üriner sistem enfeksiyonları	27
4.4.14 Pelvik taban bozuklukları	27
4.4.15 Anesteziye bağlı komplikasyonlar	27
4.4.16 Cerrahi komplikasyonlar	28
4.5. Doğum Şekillerinin Doğum Sonu Sürece Etkisi	28
4.6. Doğum Sonu Dönemde Bakım ve Önemi	30
4.6.1 Doğum sonu taburculuğun planlanması	33
4.7. Konfor Kavramı ve Doğum Sonu Konfor	35
4.7.1 Konfor kavramı ve kuramı	35
4.7.2 Konfor kavramının gelişimi	36
4.7.2.1 Ferahlama (Relief)	36
4.7.2.2 Rahatlama (Ease)	36
4.7.2.3 Üstünlük (transcendence)	36
4.7.2.4 Fiziksel Konfor	37
4.7.2.5 Psikospiritüel Konfor	37
4.7.2.6 Çevresel Konfor	37
4.7.2.7 Sosyokültürel Konfor	37
4.7.3 Konfor kuramı ve temel hemşirelik kavramları	38
4.7.4 Doğum sonu konfor ve önemi	39
4.7.5 Doğum sonu bakım ve konforda hemşirenin rolü	40
4.8. Konforunu Etkileyen Doğum Sonu Sorunlar ve Konforu	
Destekleyici Hemşirelik Bakımı	41
4.8.1 Doğum sonu dönemde fiziksel faktörü etkileyen sorunlar	
ve hemşirelik bakımı	41
4.8.1.1 Ağrı	41
4.8.1.2 Perineal – rektal ağrı	41
4.8.1.3 Hemoroid	41
4.8.1.4 Uterus kontraksiyonlarına bağlı ağrıda	42
4.8.1.5 Sezaryen insizyonuna bağlı ağrıda	42
4.8.1.6 Anestezinin etkisi; baş ağrısı	42
4.8.1.7 Meme ve meme sorunlarına bağlı ağrıda	42

4.8.1.8 Meme engojmanı (meme dolgunluğu) -----	42
4.8.1.9 Meme ucu çatlakları ve ağrısı -----	43
4.8.1.10 Eliminasyon -----	43
4.8.1.10.1 Üriner Eliminasyon -----	43
4.8.1.10.2.1 Barsak Eliminasyonu -----	44
4.8.1.11 Aktivite Egzersiz ve Dinlenme -----	44
4.8.1.12 Vücut Bakımı ve Banyo -----	45
4.8.2 Psikospiritüel Konfor -----	45
4.8.2.1 Emosyonel Değişiklikler ve Anne Bebek Etkileşiminin Değerlendirilmesi -----	45
4.8.3 Çevresel Konfor -----	46
4.8.4 Sosyokültürel Konfor -----	47
5. GEREÇ ve YÖNTEM -----	48
5.1. Araştırmanın Tipi -----	48
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı -----	48
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi -----	50
5.3.1 Araştırmanın evreni -----	50
5.3.2 Araştırmanın örnekleme -----	50
5.3.2.1 Örnekleme alınma kriterleri -----	50
5.3.2.2 Dışlama kriterleri -----	51
5.4. Veri Toplama Araçları -----	51
5.5. Araştırmanın Etik Yönü -----	53
5.6. Verilerin Toplanması (çalışmanın uygulanması) -----	53
5.7. Verilerin Analizi -----	55
5.8. Araştırmacının Yaşadığı Olumsuzluklar/Sıkıntılar -----	55
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları -----	56
6. BULGULAR -----	57
6.1. Çalışmanın Yapıldığı Klinikteki Doğum Sonu Hemşirelik Bakım Hizmetine İlişkin Bulgular -----	57
6.2. Olguların Tanımlayıcı Özellikleri, Doğum ve Doğum Sonu Dönemleri İle Bakıma İlişkin İfadelerine Yönelik Bulgular -----	59
6.3. Doğum Sonu Hemşirelik Bakımını Değerlendirme Ölçeğine	

(DSHBDÖ) Yönelik Bulgular -----	65
6.4. Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) ve Annelerin Konforlarına İlişkin İfadelerine Yönelik Bulgular -----	71
7. TARTIŞMA ve SONUÇ -----	77
7.1 Tartışma -----	77
7.1.1 Çalışmanın Yapıldığı Klinikteki Doğum Sonu Hemşirelik Bakım Hizmetine İlişkin Bulguların Tartışılması -----	77
7.1.2 Olguların Tanımlayıcı Özellikleri, Doğum ve Doğum Sonu Dönemleri İle Bakıma İlişkin İfadelerine Yönelik Bulguların Tartışılması-----	79
7.1.3 Normal ve sezaryen doğum yapan annelerin DS rahatsızlık, destek hissetme, emzirme ve kendine güven durumlarına ait bulguların tartışılması -----	81
7.1.4 Normal ve sezaryen doğum yapan annelerin DS bakıma ilişkin ifadelerine ait bulguların tartışılması -----	83
7.1.5 Normal ve Sezaryen Doğum Yapan Annelerin Doğum Sonu Hemşirelik Bakımını Değerlendirme Ölçeğine (DSHBDÖ) Yönelik Bulguların Tartışılması -----	84
7.1.6 Normal ve sezaryen doğum yapan annelerin Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) ve Konforlarına ilişkin ifadelerine yönelik bulguların Tartışılması -----	86
7.2 Sonuç -----	89
7.2.1 Çalışmanın yapıldığı klinikte doğum sonu hemşirelik bakım hizmetine ilişkin sonuçlar -----	89
7.2.2 Olguların tanımlayıcı özellikleri, doğum ve doğum sonu (DS) dönemleri ile bakıma ilişkin sonuçlar -----	90
7.2.3 Doğum sonu hemşirelik bakımını değerlendirme ölçeğine (DSHBDÖ) yönelik sonuçlar -----	91
7.2.4 Doğum sonu konfor ölçeği (DSKÖ) ve annelerin konforlarına ilişkin ifadelerine yönelik sonuçlar -----	92
7.3 Öneriler -----	94
8. KAYNAKLAR -----	95
9. EKLER -----	104



IV. KISALTMA VE SİMGELER

AAP	American Academy of Pediatrics
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
C/S	Sezaryen Sectio
DS	Doğum Sonu
DSHBDÖ	Doğum Sonu Hemşirelik Bakımını Değerlendirme Ölçeği
DSKÖ	Doğum Sonu Konfor Ölçeği
DVT	Pıhtılaşma Bozukluğu
GATA	Gülhane Askeri Tıp Akademisi
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NOC	Nursing Outcome Classification / beklenen hemşirelik sonucunu sınıflama sistemi)
PN	Postnatal
PPCS	Postnatal Comfort Scale
PPNCS	Postnatal Nursing Care Scale
SB	Sağlık Bakanlığı
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

V. ŞEKİL, RESİM ve TABLOLARIN LİSTESİ

Bulgular

Tablo 6.1.1 Annelerin DS serviste yatış sürelerine ilişkin bulgular

Tablo 6.1.2 Çalışmanın yapıldığı klinikte doğum sonu uygulanan bakım girişimleri ve sayısı

Tablo 6.1.3 Gündüz-gece vardiyasında uygulanan bakım girişimlerine ayrılan total süre/dk

Tablo 6.1.4 Annelerin DS toplam yatış süreleri ile hemşirelerin bakıma ayırdığı toplam süre korelasyonu

Tablo 6.2.1 Olguların tanımlayıcı özellikler

Tablo 6.2.2 Normal ve sezaryen doğum yapan annelerin doğumlarına ilişkin özellikler

Tablo 6.2.3 Normal ve sezaryen doğum yapan annelerin DS hissettikleri ve kaygı durumları

Tablo 6.2.4 Normal ve sezaryen doğum yapan annelerin DS rahatsızlık, destek hissetme, emzirme ve kendine güven durumları

Tablo 6.2.5 Normal ve sezaryen doğum yapan annelerin DS bakıma ilişkin ifadeleri

Tablo 6.3.1 Doğum şekline göre DSHBDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları

Tablo 6.3.2 Normal/sezaryen doğum yapan annelerin DS aldıkları bakıma verdikleri puan ile DSHBDÖ total ve alt boyut puan ortalamaları korelasyonu

Tablo 6.3.3 Normal/sezaryen doğum yapan annelerin sosyo-demografik özelliklerine göre DSHBDÖ total ve alt boyut puan ortalamaları

Tablo 6.3.4 Normal/sezaryen doğum yapan annelerin DS aldıkları bakımı değerlendirme düzeylerine göre DSHBDÖ total ve alt boyut puan ortalamaları

Tablo 6.3.5 Normal/sezaryen doğum yapan annelerin hemşirelerin DS bakım için yanlarına gitme sıklığını değerlendirmelerine göre DSHBDÖ total ve alt boyut puan ortalamaları

Tablo 6.3.6 Normal/sezaryen doğum yapan annelerin hemşirelerin DS bakım için ayırdıkları süreyi değerlendirmelerine göre DSHBDÖ total ve alt boyut puan ortalamaları

Tablo 6.4.1 Doğum şekline göre DSKÖ toplam ve altboyut puan ortalamaları

Tablo 6.4.2 Normal/sezaryen doğum yapan annelerin DS konforlarına ilişkin değerlendirmeler

Tablo 6.4.3 Normal/sezaryen doğum yapan annelerin DS aldıkları bakıma verdikleri puan ile DSKÖ total ve alt boyut puan ortalamaları korelasyonu

Tablo 6.4.4 Normal/sezaryen doğum yapan anelerin sosyo-demografik özelliklerine göre DSKÖ total ve alt boyut puan ortalamaları

Tablo 6.4.5 Normal/sezaryen doğum yapan annelerin DS aldıkları bakımı değerlendirme düzeylerine göre DSKÖ total ve alt boyut puan ortalamaları

Tablo 6.4.6 Normal/sezaryen doğum yapan annelerin hemşirelerin DS bakım için yanlarına gitme sıklığını değerlendirmelerine göre DSKÖ total ve alt boyut puan ortalamaları

Tablo 6.4.7 Normal/sezaryen doğum yapan annelerin hemşirelerin DS bakım için ayırdıkları süreyi değerlendirmelerine göre DSKÖ total ve alt boyut puan ortalamaları

1. ÖZET

Sezaryen ve Normal Doğum Yapan Annelere Doğum Sonu Hastanede Verilen Bakım Hizmetleri ve Konforlarına Etkisi

Öğrencinin Adı : Gülcan HARAL

Danışmanı : Doç. Dr. Hatice YILDIZ

Anabilim Dalı : Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Amaç: Çalışma sezaryen (C/S) ve normal doğum (ND) yapan annelere doğum sonu (DS) hastanede verilen bakım hizmeti ve bu hizmetin annelerin konforlarına etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, tanımlayıcı ve gruplar arası karşılaştırmalı olarak, İstanbul'un anadolu yakasındaki bir kamu hastanesinin DS kliniğinde 152 annede (ND: n=61; C/S: n=91) gerçekleştirildi. Veriler; Tanılama Formu, Bakım Hizmetleri Kayıt Formu, Doğum Sonu Hemşirelik Bakımını Değerlendirme Ölçeği (DSHBDÖ) ve Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) ile toplandı. Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) IBM 20,0 programı kullanıldı.

Bulgular: Annelerin yaş ortalamasında farklılık yoktu (ND:28,8; C/S:31,1), ND yapanların genellikle ikinci, C/S ise ilk doğumlarıydı. Hemşirelerin DS en fazla ANT uyguladıkları, C/S annelere sayı olarak daha fazla bakım girişiminde bulundukları, bir mesaide bakıma ayrılan sürenin toplamda 1/1,5 saati geçmediği belirlendi. Anneler DS aldıkları bakımı “çok iyi” (ND: %50,8; C/S: %47,3) ve “iyi” (ND: %49,2; C/S: %41,8) olarak değerlendirmişti ve DS aldıkları bakıma 10 üzerinden verdikleri puan benzerdi (ND: 8,91; C/S: 8,17). Annelerin DSHBDÖ total puan ortalaması (ND: 128,13; C/S: 131,67) orta düzeydeydi ve DSKÖ genel konfor puanları (ND: 166,0±16,7; C/S: 133,8±21,6) arasında fark yoktu ($p>0,05$). Annelerin DS aldıkları bakıma verdikleri puanla DSHBDÖ ve DSKÖ total ve alt boyut puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır ($p<0,001$).

Sonuç: Hemşirelerin DS bakıma ayırdıkları sürenin yetersiz olduğu, annelerin genel olarak aldıkları bakımı orta düzeyde değerlendirdikleri, DS konfor açısından doğum şekline göre farklılık olmadığı; verilen bakım hizmeti ne kadar iyi ise bakım puanları ve konforun o düzeyde arttığı söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Doğum Sonu, Hemşirelik Bakımı, Konfor

2. ABSTRACT

The Postnatal Services To Mothers Who Cesarean And Normaly Giving Birth At The End Of Birth İn The Hospital And The Effect Of For Mother's Comfort.

Student's name : Gülcan HARAL

Advisor : Assoc. Prof. Hatice YILDIZ

Department : Obstetrics and Gynaecology Nursing

Aim: This study; the postnatal (PN) services to mothers who cesarean (C/S) and normaly giving (ND) birth at the end of birth in the hospital and in order to determine the effect of for mother's comfort.

Materials and Methods: This study was conducted; descriptive and comparatively to between groups at the PN clinic in one of the public hospital from Anatolian side in İstanbul and in total 152 mothers (ND: n=61; C/S: n=91). In gathering the data; care service registration form, diagnosis form, postnatal nursing care scale (PPNCS) and postnatal comfort scale (PPCS) were used SPSS (Statistical Package for Social Sciences) IBM 20,0 program was used for analysis of datas.

Results: There was no difference in the average age of the mothers (ND: 28,8; C/S: 31,1). Usually were the first births of mothers who gave ND, were the second births of mothers who gave birth C/S. Nurses most measured of fever, pulse and blood pressure; mothers who delivered by C/S were given more care as number (Mean ND: 9,4 times; C/S: 13 times) and a visit to maximum of 1/1,5 hours for a maintenance in a shift. Mothers told that the PN care they received "good" and "very good" the points they gave were similar over 10. Mother's PPNCS total point avarage was moderate (ND: 128,13; C/S: 131,67) and there was no difference between PPCS (ND: 166,0±16.7; C/S: 133,8±21,6) and general comfort ($p>0,05$). There is a significant positive correlation between the postnatal nursing care score and the PPNCS and the PPCS total and subscale scores of the mothers ($p<0,001$).

Conclusion: It can be said the time spent by nurses for was insufficient; the mothers evaluated medium-levely the care they received in general there was no difference in comfort according to the birth style and maintenance scores and comfort increase as the care provided increases.

Keywords: Postnatal Period, Postnatal Comfort, Postnatal Care

3. GİRİŞ ve AMAÇ

İnsanlığın var oluşundan bu yana toplumun ana unsuru olan kadınlar, doğurganlık özellikleri ile insanoğlunun devamını sağlamış, üretkenlikleri ile de ekonomiye katkıda bulunmuşlardır. Kadının özel deneyimleri olan gebelik ve doğum sürecinin de sağlığı olumsuz yönde etkilemeden devam etmesinde ve sonlanmasında birçok etken rol oynamaktadır. Bu süreci sağlıklı sürdürmenin yanı sıra sağlıklı sonlandırmakta oldukça önemlidir (Lowdermilk ve ark., 2000; Özer, 2011; Pınar ve ark., 2009).

Normal vajinal doğum; annenin ve bebeğin sağlığı açısından tercih edilen doğum şeklidir ve yaşama şansı kazanmış olan fetüsün doğum kanalından geçerek dış dünyaya çıkmasıdır. Vajinal doğumun en önemli avantajı da doğumun normal ve fizyolojik olmasıdır. Bunun yanında anne birkaç saat içinde normal aktivitelerini yapabilmekte, bebeğini en kısa sürede emzirebilmektedir. Anne ve bebek arasında duygusal bağ kısa sürede başlamaktadır ve hastanede daha kısa süre kalmaktadır. Bu avantajların yanı sıra vajinal doğum bazı riskleri de beraberinde taşımaktadır ve bu riskli durumlar anne ve bebekte bazı komplikasyonlara neden olabilir. Bu nedenle vajinal doğum mutlaka hastane koşullarında olmalı ve herhangi bir endikasyon durumunda en kısa sürede sezaryene geçilebilecek bir ortamda yapılmalıdır (Ceylantekin, 2006).

Doğum olarak her zaman önerilen doğal yolla ve doğal süreçle gerçekleşmesidir. Ancak doğum eyleminin anne ve fetüs için tehlikeli kabul edilmesi, eylemin ilerlemesinde yetersizlik, sefelopelvik uygunsuzluk, malpozisyon ve malprezentasyonlar, fetal distres, plesanta previa ve ablasio plesanta, kordon sarkması, genital kanalda aktif herpes lezyonlarının varlığı gibi koşullarda anne ve fetüs sağlığı tehlikeye girdiğinde sezaryen yolla doğum kurtarıcı olmaktadır. Sezaryen doğum ise, dışarıda yaşayabilecek olgunluğa gelmiş fetüsün, karın ve uterus ön duvarına yapılan insizyonlar ile doğurtulmasıdır. Bu doğum şeklinde uygulanan anestezi, genel ve rejonel (epidural anestezi, spinal anestezi, kombine spinal + epidural anestezi) olmak üzere ikiye ayrılır (Ceylantekin, 2006; Özer, 2011; Şener, 2000).

Doğum sonu (DS) dönemde özellikle normal vajinal doğum yapan annenin enerji ihtiyacının ve fiziksel yorgunluğun artması, doğumda yumuşak doku travması ve artan kan kaybı, doğum sonrası dönemde komplikasyonlar yönünden risk altında olmasına ve sağlık sorunlarının artmasına neden olmaktadır. Anneler DS dönemdeki hızlı fizyolojik değişimlere uyum sağlamanın yanında kendi bakımlarını ve yenidoğanın gereksinimlerini karşılayabilme, yeni rollere adaptasyon süreci içindedirler. Tüm bunlar annelerde stres yaratan etkenlerdendir. Stresli durumların arttığı bu dönemde annelere yeterli destek sağlanmalı, fiziksel ve ruhsal sağlıkları yakından takip edilmelidir. Sezaryenle doğumda da genellikle bebek fiziksel olarak etkilenmemektedir ancak annenin DS karşılaşılabileceği sorun ve sıkıntılar daha fazladır. Sezaryenden sonra ayağa kalkamayan, barsak hareketleri başlamadan oral beslenmeye geçemeyen, operasyona bağlı ağrılar yaşayan annenin doğum sonu dönemin ilk günlerinde sıkıntı yaşayacağı, kendi öz bakımını, günlük yaşam aktivitelerini ve yeni doğanın bakımını karşılamakta zorlanacağı, emzirme problemleri yaşayabilecekleri bilinmektedir (Karakaplan, 2007; Pınar ve ark., 2009). Ayrıca sezaryenle doğum anne sağlığı üzerinde enfeksiyon, kanama, transfüzyon, diğer organların hasarı, anestezi komplikasyonları, psikolojik komplikasyonlar gibi tıbbi risklere yol açıp, vajinal doğuma göre dört kat daha fazla anne ölümüne neden olmaktadır (Yıldız, 2011). Psikososyal sorunlar arasında en yaygın olanlar, bebeğini görmede gecikmeye bağlı rahatsızlık, bebeğine bağlanmada güçlük, üzülmeye ve suçluluk duyma, beden imajında bozulma, evde rollerini sürdürememe endişesidir. Sezaryen doğum yapan kadınların erken dönemde fiziksel ve psikososyal sorunları oldukça yaygındır. Sezaryenle doğum ayrıca anne ile yenidoğan arasındaki etkileşimi geciktirmekte, emzirme ve aile bağlarının sağlanmasında sorunlara neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalara göre sezaryen ile doğum yapan annelerin doğum sonu sorun yaşama düzeylerinin normal doğum yapanlara oranla daha fazla olduğu saptanmıştır (Yıldız, 2011). Sezaryende anestezi komplikasyonları, pıhtılaşma bozuklukları, yara enfeksiyonu, üriner sistem enfeksiyonları, çok az hastada da mide ve barsak problemleri oluşturmaktadır. Pıhtılaşma bozukluğuna sezaryende vajinal doğuma göre 3-5 kat daha fazla görülmektedir. Bu nedenle verilen hemşirelik bakım hizmetleri arasında post-operatif bakım da yer almaktadır (Ceylantekin, 2006; Karakaplan, 2007; Depp, 2002; Güngör ve ark., 2004).

İster normal ister sezaryenle olsun doğum gerçekleştiğinde anne DS süreci girmektedir. Bu dönemin en iyi şekilde geçirilebilmesi için doğum öncesi başlatılan, doğum eyleminde süregelen ve doğum sonrası devam eden iyi bir hemşirelik bakımına gereksinim vardır. Sezaryen ve vajinal doğumdaki farklılıklara karşın doğum sonrası fizyolojik adaptasyon ve hemşirelik bakımı benzerdir. Ancak sezaryende ek olarak anne anestezi almıştır ve abdominal insizyonu vardır. Bu nedenle normal DS bakıma ek olarak postoperatif bakımı da gerektirir. Verilen DS bakımın anne ve bebek sağlığında annenin DS döneme uyumunu kolaylaştırmada, laktasyonun erken başlaması ve devam etmesinde, anne ve bebek etkileşiminin sağlanmasında, iyileşme sürecinin hızlanmasında, komplikasyonların önlenmesinde ve doğum sonu konforda çok önemlidir. Bu rolde ebe ve hemşireler anahtar rol oynamaktadır (Ceylantekin, 2006; Akay, 2003; Kömürcü, 1992; Özer, 2011; Pınar ve ark., 2009).

Doğum sonu dönemde verilecek kapsamlı, standardize, kaliteli bir bakım ve eğitim; anneye bilinçli bir öz bakım ile annelik, kendi ve bebeğin bakımında ve geliştirilmesinde yeterlilik, olumlu sağlık davranışları, sağlık statüsü, bakım kalitesi, memnuniyet, kendine güven, sorunlarla başa çıkma, yeni yaşama ve rollere uyum ile emzirme başarısında artmaya neden olmaktadır. Böylece sorunsuz, rahat, konforlu ve sağlıklı bir doğum sonu dönem ve de daha güvenli bir gelecek sağlanabilmektedir (Karakaplan, 2007; Yıldız, 2011).

Annenin DS ilk saatlerde, ağrısının azaltılması, kanamanın kontrol altına alınması, hijyen gereksiniminin sağlanması, mobilizasyonu, normal beslenme düzenine geçebilmesinin sağlanması vb. için yapılan hemşirelik girişimlerinin annenin kendi ihtiyaçlarını karşılayabilmesinde önemli bir etkisi vardır. Doğum sonrası ilk saatlerin en etkin şekilde geçirebilmesi için annenin rahatlamış, ağrısız ve bu dakikaların önemi hakkında daha önceden bilgilendirilmiş olması gerekmektedir (Karakaplan, 2007; Yılmaz, 2002; Özer, 2011).

Profesyonel bir disiplinin temel amacı mesleğin uygulamalarında kullanılacak bilimsel bilgi içeriği ile hizmet sunmaktır. Bu amaç doğrultusunda hemşirelik disiplininde uygulamaları destekleyen kavram ve kuram çalışmaları uzun yıllardır

süre gelmektedir. Felsefe, kuram, uygulama ve araştırma üzerine kurulmuş bir sağlık disiplini olan hemşirelikte model/ kuramların disiplin içindeki rolü; temel kavramlar arasındaki ilişkiyi ortaya koymak ve bireyin sorunlarının çözümünde kullanılan hemşirelik süreci sistemine rehberlik etmektir. Bu bağlamda disiplin uygulamalarını destekleyici, kolaylaştırıcı ve rehberlik edici nitelikte olan model/kuramlar bakımın amacını ve nasıl gerçekleştirileceğini göstermektedir. Konfor kuramı da bunlardan biridir (Karakaplan, 2007; Karakaplan ve Yıldız, 2010; Arslan ve Şener, 2009; Özer, 2011).

Katharine Kolcaba, hemşirelik disiplininin fonksiyonları arasında yer alan rahatlama işlevi üzerine temellendirdiği konforu ele alarak konfor kuramını geliştirmiştir ve konforu “bireyin gereksinimleri ile ilgili yardım, huzur sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde kompleks yapıya sahip beklenen bir sonuç” olarak tanımlamıştır. Hemşirelik süreci doğrultusunda sürdürülecek bakımda, Katharine Kolcaba’nın geliştirdiği konfor kuramı rehber alınarak, bireyin gereksinimlerine ilişkin veri toplanması, karşılanamayan gereksinimlere yönelik konforu arttırıcı hemşirelik girişimlerinin planlanarak uygulanması ile optimum düzeyde konforun sağlanarak bireyin yaşam kalitesine katkı sağlanması bir yaklaşım olarak ele alınmalıdır (Karakaplan, 2007; Karakaplan ve Yıldız, 2010; Bilgin ve Potur 2010; Arslan ve Şener, 2009; Özer, 2011; Pınar ve ark., 2009).

Sezaryen doğum sonrası ağrı, halsizlik, anestezinin olumsuz etkileri vb. nedenlerle annelerin konforunda normal vajinal doğum yapanlara oranla belirgin azalmanın olduğu saptanmıştır. Bunun yanında hem doğum sonu dönemin, hem de geçirilmiş operasyonun neden olduğu sıkıntıları bir arada yaşayan annenin yenidoğan bakımında daha fazla sorun yaşayacağı ve anne-yenidoğan iletişiminin geç başlayacağı kaçınılmaz bir gerçektir ve literatürlerde sezaryen doğum yapan kadınların vajinal doğum yapanlardan farklı olan fiziksel ve psikososyal sorunlarının dikkate alınması ve kadına ameliyat geçirmiş bir hasta olarak da bakım verilmesi gerekliliği üzerinde durulmaktadır (Ceylantekin, 2006; Karakaplan, 2007; Özer, 2011; Pınar ve ark., 2009). Ancak tüm bunlara karşın normal vajinal yolla doğum yapan annelerin bakım gereksinimlerinin de sezaryen doğum yapan annelerden

standart postoperatif bakım dışında fark olmadığı gerçeğini değiştirmez. Yani doğum sonrası anne ve bebeğe yönelik yapılacak tüm bakım girişimleri bireye özgü farklılıklar ve bakım gereklilikleri atlanmamak üzere benzerdir.

Hasta memnuniyetinin ve konforun sağlanmasında hasta beklentilerinin karşılanması çok hassas bir belirleyicidir ve bu durumun hasta konforu üzerinde de etkisinin olabileceği düşünülmektedir (Karakaplan, 2007). Bu açıdan bakıldığında klinikteki durumun sezaryen doğum yapan anneler lehine olduğu görülür. Herhangi bir komplikasyon olmaması durumunda sezaryen doğum yapan anne Sağlık Bakanlığının protokolünde belirtilen en erken 48 saat içinde taburcu olurken normal doğum yapan anne 24 saat içinde taburcu olmaktadır. Normal vajinal doğum yapan annelerin erken taburcu olmalarının olumlu tarafının yanında diğer yandan verilecek DS bakımında eksikliklerin doğmasına neden olmaktadır.

Diğer yandan klinikte sezaryen doğum yapan annelerin yanına post-operatif takip gibi farklı gereksinimleri nedeni ile normal vajinal doğum yapan annelere göre daha sık gidilmekte ve izlemleri daha sık yapılmaktadır. Bu durum annelerin hemşireyi daha sık görebilmesini ve de gereksinim, sorun, kaygı ya da beklentilerini daha fazla ifade edebilme olanağını vermektedir. Oysaki normal vajinal doğum yapan annelerin izlemleri klinik rutinleri ya da tespit edilen sorun olmadıkça daha seyrek yapılmaktadır. Annenin aldığı bakım bilinçli, girişken olduğu ölçüde ya da talep ettiği doğrultuda değişebilmektedir.

Kliniklerde verilen bakımdaki bu farklılıklar dışında konfor açısından da sezaryen ve normal vajinal doğum yapan annelerde farklılıklar görülmektedir. Ancak bu farklılıklar genel anestezi ile sezaryen olan annelerde daha belirgindir. Doğum şekline göre konforun incelendiği Karakaplan'ın yaptığı tez çalışmasında anestezi şekillerinin DS konfor üzerinde etkili olduğu ancak rejyonel anestezi ile doğum yapan annelerin konforunun normal vajinal doğum yapan annelerle yakın değerlerde olduğu belirtilmiştir (Karakaplan, 2007).

Tüm bu veriler ışığında ve kliniklerde normal vajinal doğum yapan ve sezaryenle doğum yapan annelere verilen bakım ve bakım için ayrılan süreden yola çıkılarak bu çalışma, normal vajinal ve rejyonel anestezi ile sezaryen doğum yapan

annelere hastanede verilen bakım hizmetlerini ve bu hizmetlerin doğum sonu konforlarına etkisini belirlemek **amacıyla** yapılmıştır. Bu çalışmada; normal vajinal ve sezaryen ile doğum yapan annelere verilen doğum sonrası bakım hizmetlerini, annelerin doğum sonu aldığı bakıma yönelik değerlendirmelerini ve konforunu bilimsel verilerle ortaya koymak, bu veriler ışığında klinikte verilen bakıma özgü iyileştirme ve bakım standardı geliştirme çalışmalarına katkı sağlamak hedeflenmiştir.

Literatürde doğum şekline göre doğum sonu bakım ve konfora ilişkin farklı boyutlarda yapılmış çalışmalar vardır. Ancak kliniklerde normal ve sezaryen ile doğum yapan annelere doğum sonu verilen bakım girişimleri, annenin yanına gitme sayısı, hemşirelerin bakıma ayırdıkları süre, genel olarak doğum sonu verilen bakım hizmetleri vb. değerlendirilmesine ve bunun annelerin doğum sonu konforuna etkisi bir arada inceleyen çalışmalara pek rastlanmamıştır. Bu çalışma sonuçlarının literatüre bu yönde katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Doğum Eylemi ve Doğum Şekilleri

4.1.1 Doğum eylemi

Fizyolojik bir süreç olan doğum eylemi uterusun daha fazla büyüyemediği, fetüsün dış ortamda yaşayabilecek olgunluğa eriştiği bir sürede; son menstrüel periyottan 40 hafta ya da 280 gün sonra düzenli, sancılı uterus kasılmalarının serviksin incelmesine (efasman) ve genişlemesine (dilatasyon) yol açarak gebelik ürünü olan fetüs ve eklerinin uterustan dış ortama atılması ile gerçekleşir (Kızılkaya, 1995; Taşkın, 2012).

4.1.2 Doğum şekilleri

4.1.2.1 Normal spontan/vajinal doğum

Normal doğum eylemi son menstrual periyottan ortalama 40 hafta olarak kabul edilen gebelik süresi tamamlandıktan sonra herhangi bir müdahale yapılmadan fetüsün vajinadan geçerek dış dünyaya çıkmasıdır (Taşkın, 2012; Ceylantekin, 2006; Karakaplan, 2007).

Normal doğum eylemi 4 evrede gerçekleşir. Bunlar; (Özer, 2011; Ceylantekin, 2006; Karakaplan, 2007; Williams ve ark., 2007).

Evre 1- Gerçek doğum ağrısının başlamasından tam dilatasyona (10 cm) kadar geçen süredir. Dilatasyon evresi (travay) olarak da adlandırılır. Latent, aktif ve geçiş olmak üzere 3 fazda gerçekleşir. Latent faz primiparlarda ortalama 8-9 saat, multiparlarda ise 5-6 saat sürebilmektedir. Aktif faz dilatasyon 3 cm olmasıyla başlar (bazı kaynaklar 4cm kabul etmektedir) ve 8 cm gelince biter. Geçiş fazı ise dilatasyonun 8-10 cm olduğu dönemdir. Bu faz uterin kontraksiyonların en sık ve yoğun yaşandığı süreçtir. Süresi değişmekle birlikte primiparlarda maksimum 3 saat, multiparlarda ise 1 saattir.

Evre 2- Tam dilatasyondan fetüsün dışarı çıkışının tamamlanmasına kadar geçen süredir. Expulsiyon evresi olarak da adlandırılır.

Evre 3- Plasenta ve eklerinin ayrılması ve atılması sürecidir. Süresi 5-30 dakika arasında değişmektedir.

Evre 4- Doğumun gerçekleşmesi için oluşan üç evrelerden sonra doğumun 4. evresi olan kanama kontrol evresi başlar. Bu evre 1-2 saatlik süreci kapsar. Bazı kaynaklarda plasentanın doğumundan sonraki 4 saat olarak da kabul edilmektedir.

4.1.2.2 Müdahaleli doğumlar

Bu müdahaleler, doğum eylemi anne ve fetüs için tehlikeli kabul edilen durumlarda gerçekleştirilen vakum ekstraksiyonu, forseps uygulaması, epizyotomi uygulaması ve sezaryen gibi uygulamalardır.

4.1.2.2.1 Vakum ekstraksiyonu

Normal doğum (ND) eyleminde bebeğin doğum kanalından geçemediği durumlarda servikal dilatasyon tamamlandıktan sonra doğumu yaptıran kişinin doğumu hızlandırmak amacıyla başı üzerine vakum aletinin yerleştirilerek bebeğin dışarı doğru çekilmesi işlemidir.

4.1.2.2.2 Forseps uygulaması

Son yıllarda pek kullanılmayan forseps bir traksiyon aletidir. Doğumun son safhasında fetüsün başını tutarak rotasyonu sağlayarak doğuma yardımcı olmak amacıyla kullanılır.

4.1.2.2.3 Epizyotomi uygulanması

Fetüs başının tehlikesiz doğumunu sağlamak, perineal laserasyonları önlenmek amacıyla fetüsün başı doğarken perinede bulbo-kavernos kasına vulvar orifisin genişletilmesi için yapılan insizyondur (Taşkın, 2012; Pernoll, 2002).

4.1.2.2.4 Sezaryen

Sezaryen doğum (C/S), dışarıda yaşayabilecek olgunluğa gelmiş fetüsün, plasenta ve membranların karın ve uterus ön duvarına yapılan insizyonlar ile doğurtulmasıdır (Taşkın, 2012; Şener, 2000).

4.1.2.2.4.1 Sezaryenin tarihçesi

Canlı bir kadında ilk başarılı sezaryen 1610'da Wittenberg' de Trautmann ve Seest tarafından yapılmıştır. Ülkemizde anne ve bebeğin her ikisinin de yaşamını devam ettirdiği kayıtlara geçmiş ilk başarılı sezaryen ameliyatı saray cerrahi olan Cemil Topuzlu tarafından yapılmıştır. Yapılan sezaryende ileride Haydarpaşa Numune Hastanesi Cerrahi klinik şefi olarak görev yapacak Kudret Üye doğmuştur. Zaman içerisinde cerrahi ve anestezi tekniklerindeki değişimler, ilaç sektöründeki buluşlar ve dikiş malzemeleri gibi pek çok faktörün etkisi ile sezaryende, maternal ölüm oranı gittikçe düşürülerek günümüze kadar gelinmiştir (Kara, 2004; Şevket, 2005).

4.1.2.2.4.2 Sezaryenin sıklığı

Sezaryen operasyon sıklığı ülkeden ülkeye farklılık gösterse de genel olarak bütün dünyada önemli artış göstermiştir. Türkiye 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına (TNSA) (<http://www.hips.hacettepe.edu.tr>, Erişim tarihi: 16.09.2015) göre bölgeler arası farklılık göstermekle birlikte %21,2 olan sezaryen oranına sahip iken, bu oran, 2008 TNSA (<http://www.hips.hacettepe.edu.tr>, Erişim tarihi: 16.09.2015) raporuna göre %36,7 ye yükselmiştir. 2013 yılı itibari ile ise oran, %48,1 olarak açıklanmıştır (<http://www.hips.hacettepe.edu.tr>, Erişim tarihi: 18.08.2017). Bu oran Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) maternal ve perinatal mortalite oranlarını dikkate alarak koyduğu hedefin (%15) üzerindedir (Niino, 2011; Eskicioğlu ve ark., 2014).

Sezaryen oranlarındaki artış nedenleri:

- Çoğul gebelikler
- İleri yaş gebeliklerin artması

- Fetal elektronik monitörizasyonun kullanımında artış
- Doğumlarda forseps uygulamalarının komplikasyonlarda artışı nedeniyle daha az kullanılması ve sezaryenin tercih edilmesi
- Sezaryenle doğum yapan kadınların bir sonraki doğumlarını yine sezaryenle yapmaları gerektiği anlayışı
- Doğum konusunda gebelerin yeteri kadar bilgilendirilmemesi
- Gebelerin doğum ağrısı ve doğumhaneden korkmaları
- Doğumlarda psikolojik desteğin göz ardı edilmesi
- Epidural anestezi alternatifinin yaygın olarak sunulmaması
- Doktorların doğumda risk almak istememeleri, hatalı tıbbi uygulamalar sonucunda dava edilme korkusu
- Doğumun daha kısa sürmesi
- Sezaryenin bebek ve anne için daha güvenli olduğu inancıdır (Eskicioğlu, 2014; Özkan ve ark., 2013; Hefner ve ark., 2003; Şahin ve ark., 2007; Cunnigham ve ark., 2001).

4.1.2.2.4.3 Sezaryen endikasyonları

Vajinal doğumun anneye ya da fetüse zarar verebileceği durumlarda doğum sürecini kısaltmak, her ikisinin de sağlığını korumak amaçlı sezaryen operasyonu yapılmaktadır. Anne yaşının ilerlemiş olması, geçirilmiş sezaryen, annenin sistemik hastalıkları, fetal distres, miad aşımı, makrozomi, ablatio plesanta, plesanta previa sezaryen endikasyonları arasındadır. Annenin isteğine bağlı olarak ya da kıymetli bebek olması dolayısı ile de sezaryen yapılmaktadır (Özer, 2011; Ceylantekin, 2006; Karakaplan, 2007; Kara, 2004) .

Sezaryen endikasyonlarının çoğu artık genelleşmiş ve yerleşmiş olmasına rağmen bir kısmı kişiseldir veya hastaya göre selektif olarak uygulanır. Bazı endikasyonlar da tartışılmaktadır. Ancak vajinal yoldan doğumun mümkün olmadığı anne ve bebeğin sağlığının tehlikeye girdiği durumlarda sezaryen hayat kurtarıcı olmaktadır (Pernoll, 2002; Akay, 2003).

4.1.2.2.4.4 Sezaryenin kontrendikasyonları

En önemli kontrendikasyon uygun bir nedenin olmayışıdır. Karın duvarının enfeksiyonları, anormal ya da ölü fetüs, sezaryen işlemi için uygun koşulların bulunmaması gibi faktörler sezaryenin yapılmamasını gerektiren durumlardır (De Cherney ve ark., 2003).

4.1.2.2.4.5 Preoperatif hazırlık ve bakım

Preoperatif dönem, ameliyata karar verilmesinden ameliyatın gerçekleşmesine kadar olan zamanda, sağlık ekibinin hastayı operasyona hazırladığı önemli bir dönemdir (Karakaplan, 2007).

Preoperatif dönemde bireyler, ameliyat gibi yaşamı tehdit eden bir olayı beklerken pek çok şeyden korkmakta ve anksiyete yaşamaktadır.

Sezaryen operasyonu planlı ya da acil olarak gerçekleşebilir. Her iki durumda da annenin ve ailenin bilgi ve duyguları araştırılmalı, gerekli destek sağlanmalıdır. Preoperatif dönemde verilen etkin hemşirelik bakımı hastanın anksiyetesini azaltmakla beraber iyileşme sürecini hızlandırarak ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesi sağlamaktadır (Akay, 2003; Yılmaz, 2002).

Bireyler için travmatik bir dönem olarak ele alınması gereken preoperatif hazırlıkta; gebe ve eşi, sezaryenin neden gerekli olduğu, bebeğin durumu, yapılacak operasyonun özellikleri, operasyonda ve operasyon sonrası dönemde neler olacağı, gelişebilecek komplikasyonlar konusunda bilgilendirilir. Gebenin vital bulguları, fetal kalp sesleri değerlendirilir ve öyküsü alınır (Taşkın, 2012). Gebenin operasyondan 8 saat önce oral alımı durdurulur ve intravenöz solüsyonlarla desteklenir. Bağırsak boşaltımı için lavman yapılır. Foley katater ile mesanenin boş kalması sağlanır. Protezleri varsa çıkartılır. Hazırlıkların tam olduğundan emin olduğunda gebeye ameliyat önlüğü giydirilir, uygun ve güvenli bir şekilde ameliyathaneye ulaşması sağlanır (Kızılkaya, 1995; Yılmaz, 2002; Atasoy ve Aygin, 2001).

4.1.2.2.4.6 Sezaryende anestezi

Sezaryen ameliyatlarında kullanılan anestezi yöntemi, anne ve fetüsün sağlığı için önemlidir. Anestezist anestezi yöntemine karar verirken anne için en emniyetli ve rahat, yenidoğan için en az depresan olduğuna inandığı ve cerrahi için optimal çalışma koşullarını sağlayan bir yöntem seçmek zorundadır.

Sezaryen ameliyatlarında Genel Anestezi ve Rejyonel Anestezi (epidural anestezi, spinal anestezi, kombine spinal + epidural anestezi) olmak üzere iki anestezi uygulanabilir (Özer, 2011; Karakaplan, 2007; Sungur ve ark., 2012, Korkmaz, 2004).

4.1.2.2.4.6.1 Genel anestezi

Genel anestezi vital fonksiyonlarda bir değişiklik olmadan geçici olarak; bilinç kaybı (mental blok), analjezi (sensoryel blok), arefleksi (refleks blok) ve motor blok oluşturulmasıdır.

Genel anestezi indüksiyonun hızlı olması nedeniyle zamana karşı yarışılan acil durumlarda, rejyonel anestezi kontrendikasyonlarının varlığında ve başka bir kontrendikasyonu olmayan hastanın rejyonel yöntemleri reddetmesi durumunda tercih edilir.

Genel anestezinin, hava yolu ve ventilasyonun kontrolü, acil durumlarda hızlı indüksiyon gibi avantajları olmasına karşın, gebelerde daha sık görülen entübasyon güçlüğü, mide içeriğinin aspirasyonu ve fetüste solunum depresyonu gibi dezavantajları vardır (Sungur, 2012; Korkmaz, 2004; Aksoy ve ark., 2014, Erdem ve ark., 1996).

4.1.2.2.4.6.2 Rejyonel anestezi

Rejyonel anestezi bilinç kaybına yol açmadan vücudun belli bölgelerindeki sinir iletilisinin ve ağrı duyusunun ortadan kaldırılmasıdır. Diğer adı da bölgesel anestezi olan rejyonel anestezinin üç kullanım tekniği vardır (Korkmaz, 2004).

4.1.2.2.4.6.2.1 Spinal anestezi

Spinal anestezi, subaraknoid aralık içerisine lokal anestezi solüsyon uygulaması ile sağlanan bölgesel blok oluşturma tekniğidir.

4.1.2.2.4.6.2.2 Epidural anestezi

Epidural anestezi, spinal sinirlerin duradan çıkıp, intervertebral foramenlere uzanırken epidural aralıkta anestetize edilmesiyle meydana gelen bir tür anestezi yöntemidir (Korkmaz, 2004; Korfallı, 2003).

4.1.2.2.4.6.2.3 Kombine spinal epidural anestezi

Sezaryen için, epidural ve intratekal anestezinin bir arada kullanıldığı teknikler de uygulanabilir. Uygun şekilde yerleştirilen epidural iğnenin içinden spinal iğne ilerletilir ve subaraknoid alana lokal anestezi enjekte edilir. Epidural mesafeye bırakılan katater postoperatif analjezi için kullanılabilir (Korkmaz, 2004; Aksoy ve ark., 2014).

4.1.2.2.4.7 Sezaryende postoperatif komplikasyonlar

Sezaryen major bir girişim olduğu için herhangi bir abdominal operasyonda görülebilecek tüm komplikasyonlar; tıbbi, anesteziye ve cerrahiye bağlı komplikasyonlar görülebilir.

Anne için; annenin mesanesine, barsağına travma, uterin arter kesisi, serviks ya da vajen kesisi, uterin atoni, geçirilmiş cerrahiye bağlı ciddi yapışıklıklar, plasentanın yapıştığı yerden kanama, uterin rüptür, endometrit yara enfeksiyonu, yarada hematoma, septik pelvik tromboflebit, pulmoner emboli gibi tromboembolik durumlar, pıhtılaşma bozuklukları, şiddetli sepsis, cerrahi komplikasyonlar, anestezi komplikasyonlarıdır.

Fetus için; İlk birkaç gün içinde solunum sıkıntısı, uterusu yapılan insizyon esnasında yaralanma, respiratuar distres sendromu anestezi komplikasyonlarıdır.

Bu komplikasyonlar nadir görülse de, vajinal doğum sağlıklı bir anne için daha güvenli olup, genel olarak sezaryene bağlı ölüm riskinin vajinal doğuma göre fazla olduğunu kabul etmek gerekmektedir (Ceylantekin, 2006; Erkıran, 2009; Günüşen ve ark., 2009).

4.1.2.2.4.8 Postoperatif bakım

Postoperatif dönemde verilen bakım anne ve yenidoğanın sağlığının korunması ve yükseltilmesi açısından oldukça önemlidir. Annenin yaşı, geçirilen sezaryenin ilk olup olmadığı, kronik hastalığının olup olmadığı vb. değişkenler postoperatif bakımı etkilemektedir (Decherney, 2003).

Anne ve bebeğin kalacakları odanın fiziki koşulları önceden ayarlanmalıdır. Operasyondan çıkan annenin mahremiyetine özen gösterilmeli, kendisini ifade etmesi için desteklenmeli ve her aşamada bilgilendirilmelidir. Doktor istemine göre analjezikler verilerek annenin ağrısı giderilmelidir.

Annenin ve bebeğin yaşam bulguları yakından takip edilmeli, bebek ilk 30 dakika içinde emzirilmelidir. Uterusun önce sertlik, yumuşaklık açısından muayenesinin yapılması ardından uterus masajının yapılması ayrıca doktor istemine göre intravenöz oksitosin infüzyonu uygulanması, kanama kontrolünün ve loşia takibinin (renk, koku, miktar) yapılması oldukça önemlidir.

Diğer cerrahi operasyonlarda olduğu gibi bağırsak sesleri aktifleşinceye kadar anne oral almaya başlayamaz, sıvı elektrolit dengesini korumak amaçlı intravenöz solüsyonlarla desteklenir. Böbrek fonksiyonlarının takibi için aldığı çıkardığı takibi yapılır. İdrar sondası çıkarıldıktan sonra spontan idrar çıkışı olup olmadığı kontrol edilir. Vital bulguları takip edilir, en az 8 saatte bir fundus ve loşia kontrolü yapılır. İnsizyon bölgesi kanama, enfeksiyon açısından takip edilir.

Postoperatif dönemde anneye ilk 24 saat içinde derin soluk alma, öksürme egzersizleri, ilk 10 saat için yatak içi egzersizler ve 8-10 saat sonunda ambulasyon önemlidir. Annenin postoperatif dönemde gelişebilecek komplikasyonlar ve bebek bakımı ile ilgili eğitimi verilerek taburculuk dönemi için hazırlanmalıdır. Hem

preoperatif dönemde hem de postoperatif dönemde verilen tüm bakım ve tedavilerin geliştirilen standartlara uygun olarak verilmesi ve gerekli kayıtların tutulması oldukça önemlidir (Özer, 2011; Eker, 2006).

4.2. Normal Vajinal Doğum ve Sezaryen Doğumun Olumlu/Olumsuz Yönleri

Kadınlar doğum şekline karar verirken arkadaş çevreleri, medya ve sağlık personeli gibi birçok faktörden etkilenebilmektedirler. Bazen isteyerek, bazen de istemeyerek planladıklarından farklı bir şekilde doğum yapabilmektedirler. Burada önemli olan gebe kadınların doğru kaynaklar tarafından, yeterli düzeyde bilgilendirilerek, uygun doğum şekline yönlendirilmeleri ve doğum eyleminin sağlıklı bir anne ve bebekle sonlanmasıdır.

Sağlık çalışanları gebe kadınları ve ailelerini yeterli düzeyde ve doğru bilgilendirmeli, tüm seçenekleri aile ile tartışabilmeli, kararlarda yönlendirici olmamalı ve danışmanlık sorumluluğunu yerine getirebilmelidir (Karabulutlu, 2012; Gözükara ve Eroğlu, 2008).

4.2.1 Normal doğuma ilişkin olumlu/olumsuz yönler

Vajinal doğumun en önemli avantajı normal ve fizyolojik olmasıdır. Bunun yanında anne birkaç saat içinde normal aktivitelerini yapabilmekte, bebeğini en kısa sürede emzirebilmektedir. Anne ve bebek arasında duygusal bağ kısa sürede başlamaktadır ve hastanede daha kısa süre kalmaktadır. Hastanede kalış süresi de kısa olmaktadır. Ayrıca normal doğumda fetüsün akciğerleri soluk alıp vermeye daha hazırlıklıdır. Bu avantajların yanı sıra vajinal doğum bazı riskleri de beraberinde taşımaktadır ve bu riskli durumlar anne ve bebekte bazı komplikasyonlara neden olabilir. Bu komplikasyonlar anne ve bebeğin hayatını tehlikeye sokabilir. Doğum esnasında eylemin fazla uzaması bebeğin oksijensiz kalmasına ve bu gerek mental gerekse motor fonksiyonlarında geriliğe neden olabilir (Ceylantekin, 2006).

Anne açısından riskler arasında doğum yolunda yırtıklara neden olabilir ve buna bağlı gaita inkontinansı, mesane sarkması ve idrar inkontinansı şikayetlerinin oluşmasıdır. Bunun yanında bazı psikolojik nedenler anneleri normal doğumdan

uzaklaşmaya itmektedir. Bunların başında uzun sürebilen doğum sancıları, doğumun ne zaman başlayacağını bilememesi, hastaneye yetişememe düşüncesi ve bunlara bağlı yaşadıkları korku gelmektedir.

Normal doğumda anne ve bebek sağlığını tehlikeye sokan durumlarda epizyotomi uygulanabilmektedir. Epizyotomi uygulanmadığı zaman vajina ve perinede parçalı laserasyonlar meydana gelebilir. Bu durum epizyotomi insizyonunun onarımından daha zordur ve daha geç iyileşir. Son zamanlarda epizyotominin sağladığı avantajlar tartışılmaya başlamıştır. Hatta epizyotominin perinede doku hasarını arttırdığı iddia edilmektedir. Bu nedenle her doğumda rutin uygulamak yerine sadece bazı gerekli durumlarda kullanılması önerilmektedir.

Doğum sırasında oluşabilecek kayıpları ve komplikasyonları azaltmak için müdahale ile doğum eylemi gerçekleştirilmektedir. Bu nedenle vajinal doğum mutlaka hastane koşullarında olmalı ve herhangi bir endikasyon durumunda en kısa sürede sezaryene geçilebilecek bir ortamda yapılmalıdır (Ceylantekin, 2006).

4.2.2 Sezaryen doğuma ilişkin olumlu/olumsuz yönler

Sezaryenle doğumda genellikle bebek fiziksel olarak etkilenmemektedir ancak annenin DS karşılaşılabileceği sorun ve sıkıntılar daha fazladır. Sezaryenden sonra annelerin doğum sonu dönemin ilk günlerini sıkıntılı geçireceği, kendi öz bakımını, günlük yaşam aktivitelerini ve yeni doğanın bakımını karşılamakta zorlanacağı, emzirme problemleri yaşayabilecekleri bilinmektedir. Ayrıca sezaryenle doğum anne sağlığı üzerinde enfeksiyon, akciğer embolisi, kanama, transfüzyon, diğer organların hasarı, anestezi komplikasyonları, psikolojik komplikasyonlar gibi tıbbi risklere yol açıp, vajinal doğuma göre dört kat daha fazla anne ölümüne neden olmaktadır (Karakaplan, 2007; Pınar ve ark., 2009; Yıldız, 2011).

Sezaryen sonrası bebeğin bakımını üstlenmede güçlük, özbakımını sürdürmede güçlük, yorgunluk, uykusuzluk, emzirmedi güçlük, karında gerginlik ve gaz, entübasyona bağlı boğazda tahriş ve meme problemleri gibi fiziksel sorunlar sık yaşanan problemler arasındadır. Bebeğini geç görmeye bağlı rahatsızlık, beden imajında bozulma, evde rollerini sürdürememe endişesi ise sık yaşanan psikososyal

problemlerdir. Yapılan çalışmalara göre sezaryen ile doğum yapan annelerin doğum sonu sorun yaşama düzeylerinin normal doğum yapanlara oranla daha fazla olduğu saptanmıştır (Ceylantekin, 2006; Karakaplan, 2007; Pınar ve ark., 2009; Yıldız, 2011).

Sezaryende anestezi komplikasyonları, pıhtılaşma bozuklukları, yara enfeksiyonu, üriner sistem enfeksiyonları, çok az hastada da mide ve barsak problemleri oluşturmaktadır. Pıhtılaşma bozukluğuna (DVT) sezaryende vajinal doğuma göre 3-5 kat daha fazla görülmektedir. Bu nedenle verilen hemşirelik bakım hizmetleri arasında post-operatif bakım da yer almaktadır (Deep, 2002).

4.3. Doğum Sonu (DS) Dönem

4.3.1. Doğum sonu dönemin tanımı ve önemi

Plesentanın doğumdan başlayarak (doğum eyleminin 4. fazı) anne vücudunda meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişikliklerin ortadan kalkması, genital ve ekstra genital organların gebelikten önceki şekillerine dönmesi ile son bulan döneme DS dönem bu dönemdeki kadına da puerpera ya da lohusa denilmektedir. Normale dönüş ilk iki hafta çok hızlıdır, daha sonra yavaşlar (Karakaplan, 2007). DS dönem altı haftalık bir süreyi kapsar ve kendi içinde üç döneme ayrılır;

1. Kritik (acil, immediate) : Doğumdan ilk 24 saati kapsar.
2. Erken DS dönem: Doğumdan sonraki ilk haftayı kapsar.
3. Geç DS dönem: İlk haftadan sonraki haftaları kapsar. (1–6. haftalar)

Doğum sonu dönemde çoğu potansiyel tehlikeli değişimler doğumdan sonraki ilk dönemde meydana geldiği için bu dönem tüm DS riskler açısından daha önemli bir dönemdir. Doğumdan sonraki ilk saatlerde ve günlerde kadınlarda, vücutlarının her sistemini etkileyen fizyolojik değişimler meydana gelir. Bu hızlı fizyolojik değişimlere uyum sağlamaya çalışan annede psikolojik ve davranışsal değişiklikler gözlenebilir. Anne sağlığı açısından çok önemli olan bu döneme annenin uyumu nitelikli bir bakımla kolaylaştırılabilir. DS dönemde hemşire; annenin, bebeğin,

ailenin bu yeni duruma fiziksel ve psikososyal yönden uyum sağlayabilmesi için bakım, eğitim gereksinimlerinin karşılanmasına yardımcı ve rehber olmak üzerine odaklanır. Bu dönemde annenin nitelikli, titiz, dikkatli ve kapsamlı bir bakıma ihtiyacı vardır. Hemşirenin DS döneme ait özellikleri, normal ve normalden sapmaları değerlendirebilmesi, gerekli girişimlerde bulunabilmesi, önlem alabilmesi ve gereksinimleri doğrultusunda kişileri bilgilendirip destek olabilmesi gerekir. Çünkü kadının ileriki yaşamındaki sağlık düzeyi aldığı bakımın niteliği, kalitesi ile yakından ilgilidir (Yıldız, 1999).

4.3.2 Doğum sonu fizyolojik adaptasyon

Sezaryenle doğum ve vajinal doğum sonrası fizyolojik adaptasyon ve hemşirelik bakımı birbiri ile benzerdir. Sezaryende ek olarak anne anestezi almıştır ve abdominal insizyonu vardır. Hemşire annenin ek ihtiyaçları konusunda dikkatli olmalıdır (Akay, 2003).

4.3.2.1 İnvölüsyon süreci

Gebelik sırasında organlarda meydana gelen fizyolojik değişikliklerin tekrar eski haline dönmesi involüsyon olarak adlandırılır. Gebelik sırasındaki değişiklikler yavaş yavaş olurken, involüsyon süreci çok hızlıdır ve 3-4 günde belirgin değişiklikler gözlenir. İnvölüsyon süreci plasantanın ayrılmasıyla birlikte ilk 7-10 gün hızlı olarak devam eder, bundan sonraki değişiklikler daha yavaştır. İnvölüsyon süreci normal ve fizyolojik bir süreçtir ve en belirgin involüsyon uterusunda olur (Taşkın, 2012; Coşkun, 2003; Akay, 2003; Bektaş ve ark., 2001).

4.3.2.1.1 Uterus İnvölüsyonu

Gebelikte hem östrojen ile progesteronun hem de büyüyen fetüsün etkisi ile myometriumda kollajen sentezi artar ve gebelikte uterus boyut ve ağırlık yönünden 10-12 katına çıkar. Doğumdan sonra ise hızla eski halini alır. DS uterus kontrakte dir ve myometrial kontraksiyonlar DS ilk 24 saat içinde uterus ölçülerini hızla küçültür ve uterus 20 haftalık bir gebelik cesametinde globüler sert bir kitle halini alır. Uterusun boyu 14 cm, genişliği 12 cm, kalınlığı 10 cm, ağırlığı ise 1000 gramdır.

Uterusun fundusu sert ve umblikus seviyesinde hissedilir. Doğumu izleyen ilk günden itibaren ölçüleri düzenli olarak azalan uterus küçülür ve pelvise girer. Birinci günde fundus umblikusun 2 cm, ikinci günde ise 4 cm altındadır. 10-12. günlerde uterus artık karın duvarından palpe edilmez. İlk haftada 500 gram, ikinci haftada 200 gram ağırlığında olan uterus lohusalık döneminin sonunda 50–60 gram ağırlığına ulaşır. Uterus kaslarının daha elastik ve kontraktıl olması ve emzirme sırasında salınan oksitosin hormonunun uterus kaslarında kontraksiyona neden olmasından dolayı primiparlarda ve emziren annelerde uterus involüsyonu (Taşkın, 2012; Coşkun, 2003; Akay, 2003; Yılmaz, 2002; Yıldız, 1999).

4.3.2.1.2 Endometriumun Rejenerasyonu

Plesentanın ayrılmasından hemen sonra spongioza tabakasındaki hücreler, beslenemediği ve şiddetli uterin kontraksiyonlar olduğu için soyularak dışarı atılır. Myometrium tabakası küçülürken, endometrium tabakası bazal tabaka kalacak şekilde dökülür. Altta kalan sağlam tabakadan endometrium rejenerasyonu gerçekleşir. Endometrium rejenerasyonu tam olarak 6-8 hafta sürer (Yılmaz, 2002).

4.3.2.1.3 Loşia

Loşia involüsyon ve endometriumun rejenerasyonu sonucu oluşan ve lohusalık dönemi boyunca devam eden vajinal akıntıdır. Başlangıçta miktarı fazla olup, lohusalığın ilerleyen günlerinde azalır ve özelliği değişir. Lohusalığın ilk 3 gününde kırmızı renkli (rubra), 4-10. günlerde pembemsi (seroza), 10. günden sonra kirli beyaz-sarımtırak renkli, bazen renksiz görünümde akıntı görülür.

4.3.2.1.4 Serviks

Serviks involüsyonu da uterus gibi 6 hafta sürer. Serviks, doğumu takiben kısalır ve kalınlaşmaya başlar. Doğumdan sonra ikinci güne kadar eksternal os 2–3 cm. kadar açıktır. Birinci haftanın sonunda ise 1 cm' ye kadar küçülür. Altı hafta sonunda ise bu açıklık kapanır ve transfers bir çizgi halini alır (Yılmaz, 2002; Yıldız, 1999; Bektaş ve ark., 2001).

4.3.2.1.5 Vajina, vulva ve perine

Gebelik boyunca baskı altında olan ve doğum sırasında da gerilerek zorlanmış olan vulva ve perine, ilk 1-2 hafta içinde involüsyona uğrar ancak hiçbir zaman gebelikten önceki haline dönemez. Doğumdan sonra yumuşamış, ödemli ve tonüsü azalmış olan vajina, lohusalığın sonlarına doğru eski halini alır (Yılmaz, 2002; Beksaç ve ark., 2001).

4.3.2.1.6 Endokrin sistemdeki değişiklikler

Doğumdan sonra östrojen ve progesteron seviyesinin hızla düşmesi sonucu ön hipofizden prolaktin, arka hipofizden ise oksitosin salgılanmaya başlar. Prolaktin süt yapımında, oksitosin süt salınımında etkilidir. Oksitosin uterus kontraksiyonları üzerine etki ederek involüsyonu hızlandırır. Prolaktin düzeyi emzirmeyen kadınlarda düşer ve iki hafta içinde doğum öncesi düzeye gelir. Emziren kadınlarda ise günlük emzirme sıklığı ve süresine göre değişir. İlk menstruasyon emzirmeyen kadınlar için 7-9. haftalarda başlar. Prolaktin FSH'ı baskıladığı için emziren kadınlarda menstruasyon geç başlar ve yaklaşık 12-35 haftalar arasındadır. İlk menstruasyonlar genelde ovulasyonsuzdur (Coşkun, 2003; Akay, 2003; Yıldız, 1999).

4.3.2.1.7 Göğüslerdeki gelişmeler

Gebelikte memelerde büyüme ve süt salgısına hazırlık başlayarak doğumdan sonraki ikinci haftaya kadar devam eder. Yenidoğanın beslenmesini sağlamak için gebelik süresince hazırlanan meme bezleri, östrojen ve progesteronun düşmesi ve baskılanmakta olan prolaktin hormonunun aktive olması ile laktasyona başlar. Laktasyon başlamadan önce memelerde ödem, lokal ısı artışı, sertleşme ve hafif ağrı görülür (Coşkun, 2003; Yılmaz, 2002).

4.3.2.1.8 Solunum sistemindeki değişiklikler

Gebelikteki mekanik ve hormonal etkenler solunum sisteminde değişikliklere neden olur. Diafram yaklaşık 4cm yükselir. Tidal volüm ve dakikadaki ventilasyon sayısı artar. Hava yollarında dilatasyon ve konjesyon azalması mevcuttur. Rezidüel volüm azalır, solunum merkezinin karbodioksite duyarlılığı artar. Bu değişiklikler doğumdan sonra hızla normale döner. Uterusun küçülmesi ile birlikte diyafragma normal

respiratuar görevine geri döner, annenin solunumu rahatlar. Akciğerlerin gebelik öncesi haline dönmesi ise yaklaşık 6 aylık bir süreyi bulur (Yılmaz, 2002; Coşkun ve ark., 2007).

4.3.2.1.9 Kardiyovasküler sisteme ait değişiklikler

Travay ve doğum sırasında sempatik aktivite artmıştır. Doğumdan sonra ilk 24–48 saatte bradikardi olur. Dakikada ortalama atım sayısı 60’dır. Gebelikte ortaya çıkan dolaşıma ait değişiklikler doğumdan sonra normale döner. Bunların başlıcaları; kardiyak output ve kan volümündeki artış ve periferel vasküler dirençte olan düşmedir. Bu değişiklikler DS 6 hafta içinde normale döner. Kan volümünde olan değişiklikler hızla meydana gelir. DS birkaç gün ekstraselüler sıvının dolaşıma geçmesi nedeniyle kan volümü %15–30 artar. Bu durum ise diürezin artmasına ve hemotokritin düşmesine sebep olur. Doğumdan sonra 3–7 gün içinde kan volümündeki %16’lık azalma ile birlikte hemotokritte artış gözlenir. Eritrosit sayısı ve hemoglobin seviyesi besinci haftadan itibaren normale döner. Buna ek olarak kalp atım sayısı, kan basıncı, oksijen tüketimi ve total vücut suyu birkaç gün içinde normale döner (Taşkın, 2012; Beksaç ve ark., 2001).

4.3.2.1.10 Üriner sistemdeki değişiklikler

Doğumu izleyen ilk 24 saatte kadın idrar yapmada zorlanabilir. Bunun nedenleri gebelikte üreterlerin tonüsünde azalma olması, doğumda fetüs başı ve pubis kemiği arasında sıkışma sonucu mesane boynunda ödem, sfinkterlerde spazm meydana gelmesi ve perinenin sıyrıklarından dolayı hassas olması gibi faktörlerdir. Sezaryen olan hastalarda ise mesane kateteri olabilir. DS erken dönemde üreter ve renal pelviste hipotoni ve dilatasyon nedeniyle lohusa kadın erken dönemlerde üriner retansiyon, mesane distansiyonu, üriner staz ve üriner sistem enfeksiyonuna yatkındır. Böbrek fonksiyonları doğumu takiben 4–6 hafta içinde normale döner (Taşkın, 2012; Coşkun 2003).

4.3.2.1.11 Gastrointestinal sistemdeki değişiklikler

Gebelikte tonüsü ve peristaltizmi azalan mide ve bağırsaklar, doğumdan sonraki 1-2 haftalık süre içinde normale döner. İlk bağırsak hareketleri DS birinci veya en geç ikinci günde başlar. İlk dışkılama 2-3 gün içinde olur. Ancak ilk günlerde konstipasyon gelişmemesi için erken mobilizasyon, yeterli beslenme ve sıvı alımı çok önemlidir (Taşkın, 2012; Coşkun 2003).

4.3.2.1.12 Deri

Derideki hiperpigmentasyon hızla açılır, solar. Gebeliğin 5. ayından itibaren karın, meme, kalçalarda intradermal elastik lif değişmelerine bağlı olarak gelişen kırmızı renkli (stria distensa = stria gravidarium) alanların rengi solar, yerlerinde zamanla sedef gibi beyaz, parlak sürekli nedbeler kalır.

4.4. Doğum Şekillerine Göre Görülen Doğum Sonu Komplikasyonlar

Doğum sonu dönem annede fizyolojik ve psikolojik değişimlerin olduğu bir süreçtir. Bu dönemde risk faktörlerinin bilinmesi oldukça önemlidir.

4.4.1 Doğum sonu kanama

Doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde kan kaybı 500 ml'den fazla ise DS hemoraji olarak adlandırılır. Bu dönemdeki kanama primer veya akut olarak nitelendirilir. İlk 24 saatten sonraki hemoraji ise sekonder veya geç DS hemoraji olarak adlandırılır (Khan ve ark., 2006; Mirak ve ark., 2004).

Geç DS kanama plasentanın inversiyon bölgesinin yetersiz involüsyonu ve plasenta retansiyonu sonucu ortaya çıkarlar. Geç DS kanama durumunda ultrasonografi ile kavite retansiyon açısından değerlendirilmelidir. Uterusun korunması açısından kanama intravenöz oksitosin, ergonovin, metilergonovin ve prostoglandinlerle kontrol altına alınmaya çalışılmalıdır. Kanama azalana ve kesilene dek hasta gözlem altında tutulmalı ve uterus masajı yapılmalıdır. Ancak kanama belirgin bir şekilde devam ediyorsa ve medikal tedavi sonrası tekrar başlamış ise olası bir histerektomi için de koşullar hazırlanmalıdır (Erdemoğlu, 2006).

Maternal mortalite ve morbiditenin önemli nedenlerinden DS hemorojide erken teşhis ve tedavi hayat kurtarıcıdır. DS kanama nedenleri; uterus atoni ve hipotonisi, doğum yolu yaralanmaları, plasenta ayrılma ve atılma bozuklukları, uterus rüptürü, inversiyo uteri, pelvik hematomlar, koagülasyon sistemindeki anormalliklerdir (Khan ve ark., 2006; Mirak ve ark., 2004).

4.4.2 Uterus atonisi

Doğumdan sonra uterus yeteri kadar kasılmayarak ciddi kanamalara neden olabilir. Uterus atonisi doğumda DS kanamaların en sık nedenidir (%75-90). Uterin atoni; uterus masajı, uterotonik oksitosin kullanılması ile tedavi edilir, etkili olmazsa hipogastrik arter ligasyonu hatta histerektomi yapılması gerekebilir (Özer, 2011).

4.4.3 Plasentanın ayrılma ve atılma bozuklukları

Plasenta parçalarının uterus içerisinde kalması kanamaya neden olur. Genellikle geç dönemde ortaya çıkar. Doğumdan sonra plasenta eksik parça olup olmadığı yönünden dikkatli bir şekilde incelenmeli, plasenta eksik bir parça tespit edildiğinde uterus kavitesi kontrol edilmelidir (Özer, 2011).

4.4.4 Doğum yolu yaralanmaları

Bazen şiddetli kanamalara da yol açabilen servikal, vajinal ve perineal yaralanmalar DS kanamanın en sık nedenlerindendir. Epizyotomi insizyonunun olmaması ya da uzaması sonucu perineal yaralanmalar görülür. Uterus kontrakte ve normal şekilde iken kanama devam ediyorsa doğum yolu yaralanması ve plasenta parçalarının retansiyonu düşünülmelidir (Erdemoğlu ve ark., 2006).

4.4.5 Uterus rüptürü

Uterin rüptür; uterus duvarının fetus doğmadan önce veya doğumda tamamen ayrılmasıdır. Bu durum anne ve fetüsün hayatını tehlikeye sokabilir. Uterus rüptürüne yol açan en sık neden önceki sezaryene bağlı uterin skardır. Kontraksiyonların yeterli olmasına rağmen açılma olmaması, geçirilmiş sezaryen, uterusu yönelik direkt travmalar, doğum esnasında dışarıdan uterusu fazla basınç

uygulanması, müdahaleli doğumlar, baş pelvis uygunsuzluğu olmasına rağmen normal doğumda ısrar edilmesi diğer nedenler arasındadır (Özer, 2011).

4.4.6 Uterin inversiyon

Doğumdan sonra uterusun eldiven parmağı gibi ters dönerek dışarı doğru çıkmasıdır ve bu durumda acil olarak geri çevrilmeye çalışılmalıdır. Nadir görülür ancak ciddi bir komplikasyondur (Özer, 2011).

4.4.7 Pelvik hematom

Pelvik hematom, kan damarlarının rüptürü veya yaralanmasında meydana gelir. Epizyotomi en sık görülen risk faktörüdür (Özer, 2011).

4.4.8 Koagülasyon sistemindeki bozukluklar

Sık görülen nedenler; yaygın damar içi pıhtılaşma bozukluğu, Von Willibran's hastalığı, trombosit sayı ve fonksiyon bozukluğudur (Özer, 2011).

4.4.9 Distosi (Zor doğum)

Annenin doğum kanalı, fetüs ve rahimdeki anormalliklere bağlı olarak gelişebilir.

4.4.10 Doğum sonu ateş

Doğumdan 24 saat sonra en az iki ölçümde vücut ısısının 38 dereceden yüksek ölçülmesine DS ateş denir. Sırasıyla genital sistem, üriner sistem ve daha az olarak meme ve akciğer enfeksiyon kaynaklı olabilir. Antibiyotik tedavisine rağmen devam eden ateş plasenta retansiyonu, pelvik abse, yara enfeksiyonu, septik pelvik tromboflebit gibi durumları düşündürmelidir.

Doğum sonrası sezaryen operasyonlarında 5-10 kat daha yüksek görülmektedir (Özer, 2011).

4.4.11 Yara enfeksiyonları

Sezaryen sonrası obezite, diyabet, steroid tedavisi, immünsüpresyon, anemi, yetersiz hemostaz ve hematoma yara yerinde enfeksiyon gelişmesini kolaylaştıran risk faktörleridir. Erken tanı önem taşır.

4.4.12 Pelvik abse

Uygun ve etkin antimikrobik tedaviye rağmen, parametrium flegmonu inguinal alana doğru büyüyen bir kitle oluşturabilir. Semptomlar kötüleşmeye de, ateş persiste eder. Abse rüptürü olursa hayatı tehdit eden peritonite yol açabilir. Abse anteriora doğru ilerlerse tomografi altında iğne ile drenajı mümkün hale gelebilir (Bektaş ve ark., 2001).

4.4.13 Üriner sistem enfeksiyonları

Doğum sonrası mesane ve alt üriner sistemin hipotonik halde olması, rezidüel idrar ve reflü sonucu enfeksiyona yatkınlık oluşur. Bununla birlikte kateterizasyon, doğum travması, sık vajinal muayene kontaminasyonu kendini enfeksiyonla gösterir.

Üriner enfeksiyonu önlemenin en iyi yolu üriner kateterin mümkün olduğunca az kullanılması, kullanıldıysa en kısa zamanda çıkarılmasını içermektedir (Özer, 2011).

4.4.14 Pelvik taban bozuklukları

Pelvik organları destekleyen dokuların yapı veya fonksiyonlarındaki bozukluğa bağlı pelvik tabanda güçsüzlük oluşur. Daha sonra karın içi basınçta artışların olması ise pelvik organ prolapsusu ile sonuçlanır (Özer, 2011).

4.4.15 Anesteziye bağlı komplikasyonlar

Genel anestezi sonrası en sık görülen komplikasyonlar laringospazm ve aspirasyondur. Spinal anestezi sonrası hipoventilasyon ve hipotansiyon açısından dikkatli olunmalıdır (Özer, 2011).

4.4.16. Cerrahi komplikasyonlar

Sezaryen, majör cerrahi girişim olduğundan herhangi bir abdominal operasyonda görülebilecek tüm komplikasyonlar görülebilir.

4.5. Doğum Şekillerinin Doğum Sonu Sürece Etkisi

Doğum eylemi sonrası anne, bebek ve aile sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli bir dönüm noktası olan ve ailenin yaşamında kısa bir periyodu içeren DS dönem başlamaktadır. Bu dönem çok hızlı ve kompleks bir dizi yenilenme sürecinin yaşandığı psikososyal dengelerin bozulduğu ve bu değişikliklere uyumda anne ve ailenin yoğun stres yaşadığı kriz dönemidir (Yıldız, 1999).

DS dönemde aileye yeni bir üyenin katılımı nedeniyle anne ve babanın yeni rol ve sorumluluklara hazırlanması ve uyumu gerekir. DS dönemde babanın ve annenin yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişikliklere uyum sağlaması, annelik rolü, bebeğini kabullenmesi ve eve gittiğinde kendine ve bebeğine bakabilmesi için gerekli bilgi ve becerileri kazanması gerekir. Bu dönemde annenin ve bebeğin bakımına yönelik gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu gereksinimler doğrultusunda bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi önemlidir (Pınar ve ark., 2009; Yıldız, 1999; Bilgin ve Potur, 2010; Başer ve ark., 2005; Mucuk ve Güler, 2002).

Doğum sonu dönemde özellikle normal vajinal doğum yapan annenin enerji ihtiyacının ve fiziksel yorgunluğun artması, doğumda yumuşak doku travması ve artan kan kaybı, doğum sonrası dönemde komplikasyonlar yönünden risk altında olmasına ve sağlık sorunlarının artmasına neden olmaktadır. Anneler DS dönemdeki hızlı fizyolojik değişimlere uyum sağlamanın yanında kendi bakımlarını ve yenidoğanın gereksinimlerini karşılayabilme, yeni rollere adaptasyon süreci içindedirler. Tüm bunlar annelerde stres yaratan etkenlerdendir. Stresli durumların arttığı bu dönemde annelere yeterli destek sağlanmalı, fiziksel ve ruhsal sağlıkları yakından takip edilmelidir. Sezaryenle doğumda da genellikle bebek fiziksel olarak etkilenmemektedir ancak annenin DS karşılaşılabileceği sorun ve sıkıntılar daha fazladır. Sezaryenden sonra 6–12 saat gibi bir süre ayağa kalkamayan, ancak barsak hareketleri başladıktan bir süre sonra oral almaya başlayabilen, şiddetli ağrılar

yaşayan, mesane kateteri olan annenin doğum sonu dönemin ilk günlerini sıkıntılı geçireceği, kendi öz bakımını, günlük yaşam aktivitelerini ve yeni doğanın bakımını karşılamakta zorlanacağı, emzirme problemleri yaşayabilecekleri bilinmektedir (Karakaplan, 2007; Pınar ve ark., 2009; Yıldız, 2011).

Sezaryen doğum yapan kadınların erken dönemde fiziksel ve psikososyal sorunları oldukça yaygındır. Sezaryenle doğum ayrıca anne ile yenidoğan arasındaki etkileşimi geciktirmekte, emzirme ve aile bağlarının sağlanmasında sorunlara neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalara göre sezaryen ile doğum yapan annelerin doğum sonu sorun yaşama düzeylerinin normal doğum yapanlara oranla daha fazla olduğu saptanmıştır (Karakaplan, 2007).

İster normal ister sezaryenle olsun doğum gerçekleştiğinde anne DS sürece girmektedir. Bu dönemin en iyi şekilde geçirilebilmesi için doğum öncesi başlatılan, doğum eyleminde süregelen ve doğum sonrası devam eden iyi bir hemşirelik bakımına gereksinim vardır. Sezaryen ve vajinal doğumdaki farklılıklara karşın doğum sonrası fizyolojik adaptasyon ve hemşirelik bakımı benzerdir. Ancak sezaryende ek olarak anne anestezi almıştır ve abdominal insizyonu vardır. Bu nedenle normal DS bakıma ek olarak post-operatif bakımı da gerektirir. Verilen DS bakımın anne ve bebek sağlığında annenin DS döneme uyumunu kolaylaştırmada, laktasyonun erken başlaması ve devam etmesinde, anne ve bebek etkileşiminin sağlanmasında, iyileşme sürecinin hızlanmasında, komplikasyonların önlenmesinde ve doğum sonu konforda çok önemlidir. Bu rolde ebe ve hemşireler anahtar rol oynamaktadır (Yıldız, 1999; Yılmaz, 2002; Kömürcü, 1992).

Doğum sonu dönemde verilecek kapsamlı, standardize, kaliteli bir bakım ve eğitim; anneye bilinçli bir öz bakım ile annelik, kendi ve bebeğin bakımında ve geliştirilmesinde yeterlilik, olumlu sağlık davranışları, sağlık statüsü, bakım kalitesi, memnuniyet, kendine güven, sorunlarla başa çıkma, yeni yaşama ve rollere uyum ile emzirme başarısında artmaya neden olmaktadır. Böylece sorunsuz, rahat, konforlu ve sağlıklı bir doğum sonu dönem ve de daha güvenli bir gelecek sağlanabilmektedir (Akay, 2003; Yıldız, 1999).

Annenin DS ilk saatlerde, ağrısının azaltılması, kanamanın kontrol altına alınması, hijyen gereksiniminin sağlanması, mobilizasyonu, normal beslenme düzenine geçebilmesinin sağlanması vb. için yapılan hemşirelik girişimlerinin annenin kendi ihtiyaçlarını karşılayabilmesinde önemli bir etkisi vardır. Doğum sonrası ilk saatlerin en etkin şekilde geçirebilmesi için annenin rahatlamış, ağrısız ve bu dakikaların önemi hakkında daha önceden bilgilendirilmiş olması gerekmektedir (Yılmaz, 2002).

4.6. Doğum Sonu Dönemde Bakım ve Önemi

Doğum sonu dönem, annelerin genital sistem ve diğer sistemlerdeki değişikliklerin etkisi ile birçok fiziksel ve psikolojik sorunları bir arada yaşamaları, yaşanan değişiklikler, aile düzeninde meydana gelen değişimler ve anne ölümlerinin yarısından fazlasının doğum sonu dönemde meydana gelmesi açısından önemlidir. WHO birçok annenin ve yenidoğanın doğum sonu bakım alamadığını ve her yıl 500 binden fazla kadının gebelik ve doğum sonuçları nedeni ile ölmekte olduğunu belirtilmektedir. DS dönemde yaşanan sorunlar göz önünde bulundurulduğunda DS dönemde verilen bakım hizmetleri büyük önem taşımakta ve sağlık profesyonellerinin doğum sonu bakım uygulamalarını en iyi kanıt üzerine temellendirilmesine gereksinim giderek artmaktadır (Gölbaşı, 2003; Can, 2015).

Sağlık hizmeti kalitesini yükseltmek, gereksiz, etkinliği kanıtlanmamış veya zararlı olabilecek klinik uygulamaları azaltmak, hastaların tedavisini en az risk ile en yararlı şekilde ve kabul edilebilir ekonomik yüklerle sağlayabilmek amacıyla klinik uygulama rehberleri hazırlanmıştır. Tıbbın ana prensibi olan ‘hastalık değil hasta vardır’ ilkesi doğrultusunda her hastanın durumunun özel olarak değerlendirilmesi gerektiği kabul edilir. Rehberler hukuki standartları oluşturmazlar ve çalışmalar ile güncellenebilirler (Can, 2015).

Doğum Sonu Bakıma Genel Bakış (NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence: Postnatal care overview: National institute for health and care excellence) rehberinde her izlemde; annenin fiziksel ve emosyonel sağlık ve iyilik halini, destek faktörleri ve baş etme mekanizmalarını, sık görülen sağlık problemlerindeki deneyimleri hakkında soru sorulmasını, baş ağrısı belirtilerini,

vajinal kan kaybını, perinenin durumunu, annenin mental durumuna ilişkin belirtilerini, sağlığı geliştirme, yorgunluk, diyet, egzersiz ve planlı aktiviteleri değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Can, 2015).

Doğum Sonu Bakım Programı Rehberi (Postnatal care program guidelines for victorian health services-2012, Australia) kadın ve ailelerine doğum sonrası dönemde en iyi bakımı sunmayı, toplum tabanlı bakım verenleri ve kadınların sağlık hizmetleri sorumluluklarını belirlemeyi, kadın-sağlık hizmetleri ve toplum arasında iletişimi geliştirmeyi, doğum hizmetlerinde kadınlar için bakımın sürekliliğini sağlamayı ve yerel politikaları oluşturulması için kapsamın genişletilmesini hedeflemektedir (Can, 2015).

Dünya sağlık örgütünün Doğum Sonu Anne ve Yenidoğan Bakımı Uygulama Kılavuzunda (WHO-World Health Organization- Technical consultation on postpartum and postnatal care-2010) rutin doğum sonu bakım ile gözlem ve vajinal kanama, uterin involüsyon ve yaşam bulgularının değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Yenidoğan için ise, kord bakımı, hijyen ve kilo takibi ve beslenme, aşılama ve sistematik olmayan tanılama ve bakımı içeren uygulamalara yer verilmiştir. Doğum sonrası bakımın amacını, kadın ve bebeğinin sağlığını korumak ve geliştirmek, sağlık ve sosyal ihtiyaçlarını gidermeye yardımcı olmak için aile ve toplum desteğini geliştirmek olarak belirtilmiştir (Can, 2015).

Etkili doğum sonu bakım ile hedeflenen;

- Anne ve yenidoğanın doğum sonu bakıma güvenli ve etkili olarak ulaşılabilmesi,
- Her bir anne için bireyselleştirilmiş bakım uygulanması,
- Kişiselleştirilmiş doğum sonu bakımın, doğum öncesi veya doğumdan hemen sonra başlatılması,
- Kadınlara kendi doğum deneyimleri hakkında konuşma olanağının sağlanması,
- Kadınlara, kendi ve yenidoğanlarının iyilik halini ve sağlıklarının devamı için kendilerini tanımalarının sağlanması,

- Annenin ve yenidoğanın sağlık durumuna, iyilik haline göre hastanede kalma süresinin belirlenmesi,
- Sağlık bakım vericiler ve ilgili diğer sektörler arasında protokollerin hazırlanması,
- Sağlık personelinin anne ve yenidoğana ilişkin kayıtları tutması olarak belirtilmiştir.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı (SB) Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan Bakanlığın Bilim Komisyonu ve uzman dernekler tarafından ulusal ve uluslararası güncel literatür bilgileri ışığında gözden geçirilerek 2014 güncellenen Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi 2008/80 sayılı genelge ile uygulamaya konulmuştur. Bu rehber her lohusanın doğum sonrası ilk 42 gün süresince izleminin yapılması, komplikasyonlara karşı korunması, erken teşhis ve tedavisinin sağlanması, gerektiğinde sevk edilmesi ve annenin ilgili konularda bilgilendirilmesi amacı ile geliştirilmiştir. Bakım rehberinde genel olarak hastanede kalma süresi komplikasyon gelişmeyen vakalar için vajinal doğumdan sonra en az 24 saat, sezaryen ile doğumdan sonra ise en az 48 saat olarak kabul edilmektedir (Can, 2015; Çelik ve ark., 2014).

Lane ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmada hastanede bir gece kalan annelerde yorgunluk, yenidoğan sağlığı ile ilgili kaygılar, emzirmeye başlamada yetersizlik ve emzirmeyi erken sonlandırma gibi sorunların uzun kalanlara göre daha sık yaşandığı bildirilmiştir. Sağlık personelinin doğum sonrası dönemde bakımda anneden çok yenidoğan sağlığına öncelik verdiği ve bu durumun annelerin ihmal edilmesine neden olabildiği bildirilmektedir. Annelerin doğum sonrası dönemde ise genellikle yakınları ve aile üyelerinden yardım aldığı, yaşadıkları sorunların doğumun normal bir sonucu olduğu, bunlarla başa çıkmada kendilerine yardım edilemeyeceğini düşündüğü bildirilmektedir (Çelik ve ark., 2014).

Çelik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada annelerin doğum şekillerinin taburculuğa hazır oluşluğu etkilemediği belirlense de sezaryen doğum normal doğumla karşılaştırıldığında doğum sonu dönemde görülen hemoraji, puerperal ateş, üriner sistem enfeksiyonları, meme sorunları ve tromboembolizm gibi

komplifikasyonlar sezaryen doğum yapanlarda daha fazla görülmektedir (Çelik ve ark., 2014; Çelik ve ark., 2014).

Duran ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise kadınların önemli bir bölümü doğumun normal bir süreç olduğu ve doğum aşamasının da normal bir şekilde tamamlanması gerektiğini, normal doğum yapan kadınların doğum sonrası dönemde daha rahat hareket edebildikleri, bebeğe daha rahat bakım verebildikleri gibi düşünceler belirtilmiştir. Ayrıca farklı olarak, normal doğum yapan kadının annelik duygusunu daha iyi hissedebileceği ve bazı jinekolojik rahatsızlıkların normal doğumla birlikte vücuttan uzaklaştığı düşüncesi belirtilmiştir. Bazı kadınların ise normal doğum ağrısı ile ilgili endişe yaşadıkları ve daha güvenli olduğunu düşündükleri için sezaryen doğumu tercih ettikleri belirtilmiştir (Duran ve Atan, 2011).

Doğum sonu hastanede kalma sürelerine ilişkin yapılan çalışmalarda MadlonKay ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada vajinal doğum yapan annelerin bebeklerinin %74'ünün en fazla 2 gün (48 saat ve altı), sezaryenla doğum yapan annelerin bebeklerinin %30'unun en fazla 4 gün (96 saat ve altı) hastane desteği gördüğü tespit edilmiştir (Çelik ve ark., 2014; Çelik ve ark., 2014).

4.6.1 Doğum sonu taburculuğun planlanması

Doğum sonu hastanede yatış süresi değerlendirilirken annenin hastaneye yattığı zaman değil, doğum yaptığı saatten taburcu olduğu saate kadar geçen zaman süresi dikkate alınmaktadır. Literatürde DS erken taburculuğu ifade eden değişik zaman sınırları bulunmaktadır. Genel olarak, doğumdan sonra 48 saat ya da daha az süre hastanede yatma erken taburculuk olarak ifade edilmektedir. Doğum şekillerine göre tanımlandığında ise; normal vajinal doğumdan sonra 6-24 saat ve sezaryen doğumdan sonra 48-72 saat içinde olan taburculuklar erken taburculuk olarak nitelendirilmektedir. Gözüm ve Kılıç'ın (2005) yaptığı çalışmada ülkemizde normal vajinal doğumlarda doğum sonrası hastane desteği ortalama $7,1 \pm 7,0$ saattir. Doğum sonu erken taburculuğun güvenli olabilmesi için, doğum sonu dönemde hem anne hem de bebeğin önceden belirlenen bazı ölçütleri taşınması gerekmektedir. AAP (American Academy of Pediatrics) ve ACOG (American College of Obstetricians

and Gynecologists) DS döneminde erken taburcu edilebilecek anne ve bebeklerin taşınması gereken temel kriterleri belirlemişlerdir. Bu kriterleri taşıyan bireylerin erken taburcu edilebileceğini, ancak taburculuktan sonraki 24 saat içinde evlerinde ziyaret edilmelerini ve değerlendirilmeleri gerektiğini önermektedirler.

Bu kriterler;

1. Anne normal ve termde bir gebeliği takiben komplikasyonsuz bir vajinal doğum yapmış olmalı ve DS döneminde de herhangi bir sorun yaşamamış olmalıdır. Örneğin; mesanesini boşaltabilmeli, fundus doğumdan sonra geçen süreye göre normal yerinde ve sertlikte olmalı, loşia miktarı normal olmalı ve anne herhangi bir enfeksiyon belirtisi göstermemelidir,

2. Anne ve bebek için gerekli görülen laboratuvar testlerinin değerleri normal sınırlarda olmalıdır,

3. Taburculuğu takip edecek ilk 1-2 gün anneye destek olacak bir birey olmalıdır,

4. Anne olası komplikasyonların farkında olmalı ve gerektiğinde hekimi uyarmak için eğitilmiş olmalıdır,

5. Taburculuk sonrası anne ve bebekte meydana gelebilecek sorunları saptayabilmek için sağlık kurumunun bazı olanakları olmalıdır (örneğin; evde bakım hizmetleri, telefon destek hizmetleri vb.),

6. Sezaryenla doğum yapan anneler için yukarıdaki ölçütlere ek olarak; yenidoğanın vital bulguları stabil olmalı, ısı dengesi sağlanmış olmalı, güçlü bir şekilde emebilmeli, güçlü bir şekilde ağlayabilmeli, emme, arama, yakalama gibi refleksleri olmalı ve boşaltımını yapmış olmalıdır.

Bunlar, erken taburcu olacak anne ve bebeklerin taşınması gereken temel ölçütlerdir. Bununla birlikte gerektiğinde, kurumun amacı ve felsefesine göre genişletilebilir ya da değiştirilebilir (Gölbaşı, 2008).

Tüm konularda annenin eğitimi yapılmış, yazılı materyal sağlanmış ise;

- DS evdeki bakım ihtiyaçları belirlenir.
- Aile planlaması, jinekolojik kontrol randevuları planlanır.
- Ailenin DS destek sistemleri değerlendirilir. Annenin kendi bebek bakımına ilişkin bilgi alıp almama durumu değerlendirilir.
- Annenin kendi ve bebek bakımına güveni ve kaygıları değerlendirilir.
- Gerekli yazılı materyal sağlanır. Bir sorunu olduğunda ya da aile planlaması, jinekolojik kontrolü için sağlık bakımı alabileceği yerler hakkında danışmanlık yapılır.
- Evde bakım sistemi var ise DS ziyaret için uygun tarih ve saat belirlenir. Verilen tüm hizmet ve bakım sonrası anne, bebeği ve ailesi rahat ve konforlu bir şekilde taburcu edilir (Karakaplan, 2007).

4.7. Konfor Kavramı ve Doğum Sonu Konfor

4.7.1 Konfor kavramı ve kuramı

Kökeni Fransızca olan ve sözlük anlamıyla günlük hayatı kolaylaştıran rahatlık olarak tanımlanan konfor hemşirelikte; hasta, aile ya da toplumun konfor gereksinimlerinin tanınması, gereksinimlerine yönelik önlemlerin alınması, temel konfor düzeyi ile uygulama sonrası konfor düzeyinin değerlendirilmesi süreci basamaklarını oluşturmaktadır. Kolcaba da geliştirdiği konfor kuramında konforu; “bireyin gereksinimleri ile ilgili yardım, huzur sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psikospirituel, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde kompleks yapıya sahip beklenen bir sonuç” olarak tanımlamıştır (Kolcaba, 2003).

Profesyonel bir disiplinin temel amacı mesleğin uygulamalarında kullanılacak bilimsel bilgi içeriği ile hizmet sunmaktır. Bu amaç doğrultusunda hemşirelik disiplininde uygulamaları destekleyen kavram ve kuram çalışmaları uzun yıllardır süre gelmektedir.

Katharine Kolcaba, hemşirelik disiplininin fonksiyonları arasında yer alan rahatlama işlevi üzerine temellendirdiği konforu ele alarak konfor kuramını

geliştirmiştir. 1965 yılında Cleveland’da St. Luke’s Hospital School of Nursing’den hemşire diploması alan ve değişik ünitelerde çalışan Kathrine Kolcaba, öncelikle konfor kavramını ve daha sonra hasta konforunun sağlanması ile ilgili çalışmalarını yaklaşık 15 yıl sürdürmüştür. Çalışmaları sonucunda 1988 yılında konfor kavramını üç düzey ve dört boyuttan oluşan taksonomik yapısını oluşturmuştur (Karabacak ve Acaroğlu 2011).

Kolcaba konforun kavramsal çalışmalarını tamamladıktan sonra oluşturduğu taksonomik yapıyı test etmek üzere hastada beklenen konfor sonucunu ölçmek için 48 maddeden oluşan, 4’lü likert tipte General Comfort Questionary (GCQ) geliştirme çalışmalarına başlamış ve sonuçlarını 1992 yılında yayınlamıştır (Karabacak ve Acaroğlu 2011; Kolkaba, 2003).

Katharine Kolcaba, konfor konusu üzerine yaptığı ve halen sürdürdüğü çalışmalarının ardından 1994 yılında Konfor kuramını geliştirerek 2003 yılında da Comfort theory and practice a vision for holistic care and research (konfor kuramı ve uygulama: bütüncül sağlık bakımı ve araştırma için bir görüş) adlı kitabı yayınlamıştır (Kolkaba, 2003).

4.7.2 Konfor kavramının gelişimi

Kolcaba, bütüncül görüşle açıkladığı konfor kavramını, ferahlama, huzura kavuşma ve sorunların üstesinden gelebilmek için temel insan gereksinimlerini karşılayan o andaki deneyimi olarak ifade eder. Kavramın taksonomik yapısını iki aşamada inceleyen Kolcaba, birinci aşamada; tarihi ve çağdaş hemşirelik literatürünü analiz ederek bireysel konfor gereksinimlerinin karşılanma yoğunluğuna göre konfor düzeylerini belirlemiştir. Bu düzeyler;

4.7.2.1 Ferahlama (Relief); bireyin konfor gereksinimleri karşılanmaya başladığında sıkıntıdan kurtulması ile hissettiği durum.

4.7.2.2 Rahatlama (Ease); sakinlik hoşnutluk durumu, huzur ya da rahatlık.

4.7.2.3 Üstünlük (transcendence); bireyin sorunlarının üstesinden gelebilmesidir.

İkinci aşamada ise bütüncül görüşe temellendirdiği konfor boyutlarını oluşturmuştur. Bu boyutlar;

4.7.2.4 Fiziksel konfor: Bedensel algılarla ilgilidir. Bireyin fiziksel durumunu etkileyen dinlenme ve gevşeme, hastalığa karşı yanıtları, beslenme ve hidrasyon düzeyi ile atıkların elimine edilmesi gibi fizyolojik faktörleri içermektedir.

Kolcaba uyaran oluşturulsun ya da oluşturulmasın fiziksel konforun bireyin hastalığa karşı yanıtlarından kaynaklandığını belirtmektedir. Bu anlamda fiziksel konfor için gerekli fizyolojik göstergeler; sıvı elektrolit dengesi, düzenli ve dengeli kan biyokimyası, yeterli oksijen saturasyonu vb. metabolik fonksiyonları içeren sağlık göstergeleridir. Kolcaba bu fizyolojik göstergelerin birinde var olan normalden sapmanın konforu da etkileyeceğini vurgulamaktadır.

4.7.2.5 Psikospiritüel konfor: Psikospiritüel konfor akılsal, ruhsal ve manevi bileşenlerden oluşmaktadır. Bireyin yaşamına anlam veren; öz-saygı, benlik kavramı, cinsellik ve kendinin farkında olma ile ilgili duyguları kapsamaktadır.

4.7.2.6 Çevresel konfor: Hastaneye yatırılan bireylerin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarını destekleyen çevresel konfor öncelikli boyut olarak ele alınmıştır. Çevresel konforun tanımı dış etkenler, durumlar ve bunların üzerindeki etkilerini kapsamaktadır. Bu kapsamda aydınlık, gürültü, renk, ısı, pencerelerden görülen manzara vb. gibi insanın dış ortamı ile ilgili kavramlar yer almaktadır.

4.7.2.7 Sosyokültürel konfor: Kolcaba'ya göre hemşireler, diğer sağlık ekibi üyeleri, aile ve evde önemli kişiler becerikli ve duyarlı davranarak sosyal konforu kolaylaştırabilirler. Finansal destek sistemlerinden yararlanma, bilgi ve danışmanlık verme ile taburculuğun planlanması sosyal konfor kapsamında yer almaktadır. Bu boyutun tanımında kişilerarası, aile ve sosyal ilişkiler ağırlık kazanmıştır. Kolcaba daha sonra sosyal boyutta aile hikâyesi, gelenekler, giyinme biçimi vb. özellikleri içeren kültürel boyutu da eklenmiştir. Çalışmaları sonucu konfor kavramını 3 düzey ve 4 boyutta açıklayan Kolcaba sağlıklı/ hasta bireyin konfor gereksinimlerinin belirlenmesinde ve bu gereksinimleri karşılamaya yönelik girişimler sonrası konforun değerlendirilmesinde beklenen sonucun somut bir göstergesi olarak

kullanmak üzere Genel Konfor Ölçeğini geliştirmiştir. Nitekim son yıllarda hemşirelik bakımının birey üzerindeki etkilerini değerlendirmede yaygın kabul gören NOC (Nursing Outcome Classification / beklenen hemşirelik sonucunu sınıflama sistemi) sistemi ile beklenen hasta sonuçlarının bir kriter olarak kullanımının yararı üzerinde durulmaktadır (Karabacak ve Acaroğlu, 2011; Kolkaba 2003).

4.7.3 Konfor kuramı ve temel hemşirelik kavramları

Kolcaba Kuramında hemşirelik disiplininin temel kavramlarını aşağıda açıklandığı biçimde ele almıştır;

Hemşirelik; hasta, aile ya da toplumun konfor gereksinimlerinin tanınması, konfor gereksinimlerine yönelik konfor önlemleri oluşturulması, temel konfor düzeyi ile uygulama sonrası konfor düzeyinin değerlendirilmesi,

İnsan; primer, sekonder ve tersiyer ya da koruyucu düzeyde sağlık bakım gereksinimi olan birey, aile ya da toplum,

Çevre; birey, aile ve toplumu çevreleyen, konforu etkileyebilen ve konforu arttırmak için manipüle edilebilen durum,

Sağlık; konforun artırılması ile birey, aile ve toplumun optimum düzeyde fonksiyonlarının kolaylaştırılması olarak tanımlamaktadır. Kuramda hastalık tanımı yapılmamıştır.

Kolcaba'nın Konfor Kuramı özetlendiğinde öncelikle;

- Hastanın var olan destek sistemleri ile karşılanmayan konfor gereksinimleri belirlenir,
- Hastanın belirlenen gereksinimlerini karşılamak üzere girişimler planlanır,
- Girişimlerin başarıya ulaşmasını etkileyen değişkenler dikkate alınır
- Girişim değerlendirilir, beklenen sonuç konforda artıştır.

Bu süreç içinde birey ve ailenin katılımıyla ile belirlenen uygun ve gerçekçi hedefler doğrultusunda, bireyin konforunda artma sağlandığında, sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlar güçlenmektedir (Karabacak ve Acaroğlu, 2011; Kolkaba 2003).

Konfor sağlamaya yönelik hemşirelik bakımı vermenin yanı sıra beklenen konfor sonucunun değerlendirilmesinin bakımın kalitesi, hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesi üzerine etkili olduğu çalışmalarda belirtilmektedir (Karabacak ve Acaroğlu, 2011).

Hemşirelik araştırmalarında, konfor kavramı geçmişte holistik bakışla beklenen sonuç değişkeni olarak kullanılmamıştır. Kolcaba Konfor Kuramını geliştirdikten sonra kuramın taksonomik yapısını oluşturan boyutların rehber olarak kullanımı ile konforun değerlendirildiği çalışmalar giderek yaygınlaşmaya başlamıştır (Karabacak ve Acaroğlu, 2011).

4.7.4 Doğum sonu konfor ve önemi

Profesyonel bir disiplinin temel amacı mesleğin uygulamalarında kullanılacak bilimsel bilgi içeriği ile hizmet sunmaktır. Bu amaç doğrultusunda hemşirelik disiplininde uygulamaları destekleyen kavram ve kuram çalışmaları uzun yıllardır süre gelmektedir. Felsefe, kuram, uygulama ve araştırma üzerine kurulmuş bir sağlık disiplini olan hemşirelikte model/kuramların disiplin içindeki rolü; temel kavramlar arasındaki ilişkiyi ortaya koymak ve bireyin sorunlarının çözümünde kullanılan hemşirelik süreci sistemine rehberlik etmektir. Bu bağlamda disiplin uygulamalarını destekleyici, kolaylaştırıcı ve rehberlik edici nitelikte olan model/kuramlar bakımın amacını ve nasıl gerçekleştirileceğini göstermektedir. Konfor kuramı da bunlardan biridir (Arslan ve Şener, 2009).

Katharine Kolcaba, hemşirelik disiplininin fonksiyonları arasında yer alan rahatlama işlevi üzerine temellendirdiği konforu ele alarak konfor kuramını geliştirmiştir ve konforu “bireyin gereksinimleri ile ilgili yardım, huzur sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde kompleks yapıya sahip beklenen bir sonuç” olarak tanımlamıştır. Hemşirelik süreci doğrultusunda sürdürülecek bakımda, Katharina Kolcaba’nın

geliştirdiği konfor kuramı rehber alınarak, bireyin gereksinimlerine ilişkin veri toplanması, karşılanamayan gereksinimlere yönelik konforu arttırıcı hemşirelik girişimlerinin planlanarak uygulanması ile optimum düzeyde konforun sağlanarak bireyin yaşam kalitesine katkı sağlanması bir yaklaşım olarak ele alınmalıdır (Karabacak ve Acaroğlu, 2011).

4.7.5 Doğum sonu bakım ve konforda hemşirenin rolü

Doğum sonu dönemdeki hemşirelik bakımının amacı; annenin ve ailenin bu yeni duruma fiziksel ve psikososyal yönden uyum sağlayabilmesi için bakım ve eğitim gereksinimlerinin karşılanmasına yardımcı ve rehber olmaktır (Baybek ve ark., 2014).

Doğum sonu dönemdeki sağlık bakımı annelerin fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin karşılanmasını kapsar. Annelerin ilk günlerden itibaren kendilerini rahat hissetmeleri, kendi ve bebek bakımlarına aktif olarak katılmaları ve bakımlarını sürdürmede başarılı olmaları, fiziksel ve ruhsal sağlıkları üzerinde olumlu etki yaratır. Bu nedenle, ebe ve hemşireler annelerin DS dönemdeki bakım gereksinimlerini değerlendirmeli, bu konuda gerekli bakım ve desteği sağlayarak annelik rolüne uyumlarını kolaylaştırmalı ve DS dönemdeki sorunların azalmasına yardımcı olmalıdır (Beydağ, 2007). Verilecek olan hemşirelik bakımında; bireyin gereksinimlerine yönelik veri toplanması, konforu arttıracak girişimlerin planlanarak uygulanması ile yüksek düzeyde konfor sağlanarak bireyin bakım kalitesine, memnuniyetine ve doğum sonu yaşam kalitesine katkı sağlanır. Bunun için de hemşirelerin annelerin ihtiyaçlarına ve beklentilerine yönelik bakım vermesi son derece önemlidir. Çünkü DS alınan bakımın niteliği ve kalitesi kadının ileriki yaşamındaki sağlık düzeyi ile yakından ilgilidir (apık ve ark., 2014).

4.8. Konforunu Etkileyen DS Sorunlar ve Konforu Destekleyici Hemşirelik Bakımı

4.8.1 Doğum sonu dönemde fiziksel faktörü etkileyen sorunlar ve hemşirelik bakımı

4.8.1.1 Ağrı: Doğum sonunda ağrı uterus involüsyonu, epizyotomi, sezaryen insizyonu, hemoroidler, meme ucu çatlakları ve göğüslerdeki engojmana bağlı olarak gelişebilir. İlk 24–48 saat içinde hafifler. DS dönemde ağrı giderilerek annenin fiziksel rahatlığının sağlanması önemlidir. Ağrının süresi, şiddeti, sıklığı ve lokalizasyonu değerlendirilir. Annelere doğum öncesi verilen eğitimlerde postoperatif ağrının önlenebileceğinin açıklanması DS anksiyete ve ağrıyı azaltmaktadır. Ağrının giderilmesi için yapılan girişimler yeterli değilse reçete edilen ilaçlar kullanılır. Amaç ağrı etkeninin ortadan kaldırılması, baskılanması, annenin ağrısının hafiflediğini ya da olmadığını ifade etmesi, annenin rahatlatılması ve konforunda artış sağlamaktır. (Coşkun, 2003; Yıldız, 1999).

4.8.1.2 Perineal – rektal ağrıda: vajinal doğum yapan annelerde perine genellikle hassas ve ağrılıdır. Özellikle primigravidalarda genellikle epizyotomi olduğundan rahatsızlık daha fazladır. Amacımız annenin doğum sonrası oluşan perineal doku travmasının sorunsuz iyileşmesi için perine bakımını sağlamak, konforunu arttırmak, sağlığı güvenceye almak, enfeksiyon oluşumunun ve diğer problemlerin gelişmesini önlemektir. Anneye yapılan tüm işlemlerin nedeni ve nasıl yapılacağı açıklanmalı ve kendisinin yapması konusunda desteklenmelidir. Anne sağlıklı ve herhangi bir problem yoksa sadece hijyenik kurallara dikkat etme ve perinenin antiseptik solüsyonlarla temizliği yeterli olacaktır. Annenin kendisini temiz hissetmesi hem fiziksel hem de psikolojik konforu önemli ölçüde artırır (Yıldız, 1999).

4.8.1.3 Hemoroid: Doğum önce ve DS dönemde sık görülen bir problemdir. Fetüs başının pelvik tabana baskı yapması ve zorlama hemoroid oluşmasını hızlandırır veya önceden oluşmuş hemoroidleri artırır. Doğum sonrası ilk günlerde daha ağrılıdır ancak günler ilerledikçe küçülür ve ağrıları azalır. Anneyi rahatsız eden hemoroide bağlı ağrı azaltılmalıdır. Ağrı ve yangıyı azaltmak için 15-20 dakika süreli buz torbası uygulaması yapılır. Bu işlem 4 saatte bir tekrarlanır. Soğuk ped

uygulaması da yapılabilir. Sitz banyosu önerilir. Konstipasyon önlenmelidir. Hemoroidler üzerine basınç önlenmeli, anne uzun süre oturmaktan kaçınmalıdır. Pedler rektumu tahriş etmeyecek şekilde yerleştirilmelidir. Ağrıyı azaltacak özel lanolinli pedler, kremler ya da pomatlar kullanılabilir (Yıldız, 1999).

4.8.1.4 Uterus kontraksiyonlarına bağlı ağrıda: Doğum sonu annenin yüzükoyun yatması önerilir ve karın sıcak tutulur (ısıtılır). Dolu mesane uterus pozisyonunu bozar, kontraksiyonu yavaşlatır ve relaksasyona sebep olur bu yüzden mesanenin boş olması sağlanır. Şiddetli ağrılarda emzirmeden 15-30 dakika önce ilaç uygulanabilir (Yıldız, 1999).

4.8.1.5 Sezaryen insizyonuna bağlı ağrıda: Postoperatif insizyonel ağrı, cerrahi olgularda majör problemlerdendir. Sezaryen sonrası insizyon ağrısının yoğunluğu; anestezinin türü, hastanın anksiyete düzeyi, ameliyat süresi, hastanın mental durumu ile ilişkilidir. Hastanın bilincini kazanması ağrı hissi ile beraberdir. Ağrı süresi, lokalizasyonu ve yoğunluğu değerlendirilir (Karakaplan, 2007).

4.8.1.6 Anestezinin etkisi; baş ağrısı: Anestezinin etkilerinden olan baş ağrısı, rejyonal anestezi ile sezaryan operasyonu geçiren pek çok gebenin yasadığı bir sorun olarak dikkat çekmektedir. Sıklıkla birkaç gün içinde frontal veya oksipital bölgelerde, boyuna ve omuzlara da yayılabilen, zonklayıcı ve postüral nitelikte bir ağrı meydana gelir. Ağrıya sıklıkla bulantı-kusma veya kraniyal sinir semptomları eşlik eder. Bu ağrı annelerin konforunu olumsuz yönde etkilemektedir. Annelere non-opioid analjezikler, yeterli hidrasyon, yatak istirahati, sulu diyet ve konstipasyonun önlenmesi önerilir (Karakaplan, 2007).

4.8.1.7 Meme ve meme sorunlarına bağlı ağrıda: Doğum sonunda meme ucu çatlakları ve engojmana bağlı olarak ağrı meydana gelebilir.

4.8.1.8 Meme engojmanı (meme dolgunluğu): Doğum sonu 3-4. günlerde laktasyon döneminin başlangıcında memelerde ortaya çıkan venöz ve lenfatik dolgunluğun ve buna bağlı ödemin aşırı olması ile meme alveollerine ve kanalına dolan sütün boşalamaması sonucu görülür. Semptomlar 24-48 saat içinde kendiliğinden azalır. DS memeler iri, sert ve hassastır. Meme uçları oluşan gerginlik

ve basınçtan düzleşmiş ve yassılaşmıştır. Bu durum bebeğin emmesini zorlaştırır. Memelerdeki süt emzirme ile tam boşalmıyorsa boşaltılması ve ardından ağrıyı azaltmak ve rahatlığı sağlamak için soğuk uygulama yapılması sağlanır ve kendisinin uygulaması konusunda da desteklenir. Memelerdeki gerginliği, ağrıyı azaltmak, süt akımını sağlamak, süt retansiyonunu önlemek için anne sık emzirmeye teşvik edilmeli ve emzirme desteklenmelidir. Ayrıca gevşek ve göğüsleri sıkmayan, destekleyen sütyen kullanılmalıdır.

4.8.1.9 Meme ucu çatlakları ve ağrısı: Doğumdan sonra bebeğin çok güçlü emmesi, yanlış emzirme tekniği, meme ucunun temiz ve kuru tutulmaması gibi nedenlere bağlı olarak meme ucunda çatlak oluşabilir ve buna bağlı olarak da ağrı meydana gelebilir. Meme ucu çatlaklarından korunmak için doğru emzirme teknikleri anneye anlatılmalı ve bebeğin yalnız meme ucunu değil areolayı tam olarak kavraması gerektiği vurgulanmalıdır. Anneye meme ucunun kuru tutulması bebeğin isteğine göre sık aralıklarla emzirmesi önerilmeli. Bebeği memeden çekerken, parmakla emmesini bıraktıracak memeden çekmesi desteklenmeli ve uygulatılmalı, emzirme ile memeler tam boşalmıyorsa, sağarak boşaltımı desteklenerek öğretilmelidir. Meme ucu çatlağı gelişmişse; Anne sütüyle meme ucu ve areolaya masaj yapma, günün farklı zamanlarında 15–30 dakika havayla temas etmesi için açık bırakması önerilerek, bu işlemleri nasıl uygulayacağı konusunda anneyi bilgilendirmek gerekmektedir. Tüm bu girişimlerin yapılmasındaki amaç kadının emzirme ve laktasyonda sorun yaşamamasını sağlamak, meme komplikasyonlarının gelişiminin önlenmesini sağlamak, anneyi bilgilendirmek, ağrıyı azaltmak, anneyi rahatlatmak ve konforu arttırmaktır (Yıldız, 1999).

4.8.1.10 Eliminasyon

4.8.1.10.1 Üriner eliminasyon: DS anne sıvı kaybettiği için annenin DS idrar yapma durumu, mesaneyi boşaltma yeteneği değerlendirilmelidir. DS üriner fonksiyonlarda yetersizlik; doğumdaki travmaya bağlı olarak mesane, üretra ve üriner meatüste ödem, mesane tonüsünde azalma, mesane kapasitesindeki artış, idrar yapma hissinde azalma, karın kaslarını yeterli kullanamama, sezaryen insizyonu nedeniyle hareket kısıtlılığı ve ağrı, epizyotomi ve buna benzer nedenlere bağlı ağrı, rahatsızlık v.b.

nedenlerle idrar yapmadan kaçınma olabilir. Kadının normal eliminasyonunun yeniden başlayıp, spontan olarak mesaneyi boşaltabilmesini sağlamak, idrar retansiyonu, mesane distansiyonu, üriner yol enfeksiyonu gelişmesini önlemek gerekir. DS annede üriner katater olması hareket ve konforu etkiler. Foley kateter varsa idrar miktarı ve karakteri izlenir. Katater çekildikten sonra 6-8 saat içinde annenin idrar yapması sağlanır. Foley katateri olmayan hastalarda da bu süre doğumdan sonra 6-8 saattir. Spontan idrar yapamama perineal rahatsızlık, ağrı nedeniyle ise hafifletilir ve kadın cesaretlendirilir (Yıldız, 2011; Yıldız, 1999).

4.8.1.10.2 Barsak eliminasyonu: DS barsak problemlerinin gelişmesini önlemek için annenin barsak sesleri, hareketleri, gaz çıkarma, abdominal distansiyon, konstipasyon, diare açısından değerlendirilmelidir. DS dönemde özellikle sezaryen olan annelerde barsaklarda meydana gelen konstipasyon, gaz ve ağrı konforunu düşüren faktörler arasındadır. Bu nedenle doğum sonu dönemde DS barsak hareketleri için anne erken ayağa kalkma konusunda desteklenip, cesaretlendirilir. Sıvı alımı, liften zengin ve kepekli yiyecekler tüketimi konusunda bilgilendirilir ve desteklenir. Anneye defekasyon gereksiniminde hemen yapması, bekletmemesi önerilir ve yaparken fazla ıkınmaması söylenir (Yıldız, 2011; Yıldız, 1999).

4.8.1.11 Aktivite egzersiz ve dinlenme: Doğum eyleminden sonra annelerin fiziksel ve emosyonel rahatlığının sağlanması gerekir. Bunun için annenin DS dönemde dinlenmesi, uyku düzenin sağlanması, doğum eyleminin verdiği yorgunluğun giderilmesi gerekir. Ancak kalabalık hasta odaları, muayeneler, tedaviler bunu zor hale getirmektedir. DS dönemin başlamasıyla yeni bir yorucu döneme giren annenin yeterli istirahatının sağlanması gerekir. Bunun hasta odalarına gereksiz girişler engellenmeli, hemşirelik bakım ve girişimleri mümkün olduğunca bebeğin uyumadığı saatlere denk getirilmeli, ziyaretçi sayısı ve kalma süreleri düzenlenmelidir. Annenin istirahatının sağlanmasının yanında DS erken ambulasyonun önemi de anneye anlatılmalı ve DS ilk 6-8 saatte anne ayağa kaldırılmalıdır. Erken mobilizasyon; trombo-emboli riskini azaltır, barsak, mesane fonksiyonlarını düzenler, retroversio uteriği önler ve annenin psikolojik rahatlığını, kendini yeterli hissetmesini sağlar.

Doğumdan 2 hafta sonra günlük aktivitelerine basitten başlaması, ağır yorucu işlerden kaçınması önerilir. Sonra dereceli olarak normal aktivitelerine dönebileceği açıklanır. DS kendini iyi hissettiğinde basitten karmaşığa doğru egzersizlere başlayabileceği ve önemi anlatılır (Taşkın, 2012; Yıldız, 2011; Yıldız, 1999).

4.8.1.12 Vücut bakımı ve banyo: Doğumdan sonra annenin konforunu arttırmak önemlidir. Vücut bakımı ve banyo annenin kendisini temiz hissetmesini sağlar ve hem fiziksel hem de psikolojik konforunu önemli ölçüde artırır. Doğumdan sonra ayağa kaldırılan annenin duş şeklinde banyo yapması önerilir (Coşkun, 2003).

4.8.2 Psikospiritüel konfor:

DS anne emosyonel değişiklik, anne bebek etkileşimi, annelik rolüne adaptasyon, mevcut ya da olası sorun, korku ve kaygı yaşama durumları açısından değerlendirilmelidir.

4.8.2.1 Emosyonel değişiklikler ve anne bebek etkileşiminin değerlendirilmesi:

Anneler DS dönemdeki hızlı fizyolojik değişimlere uyum sağlamanın yanında kendi bakımlarını ve yenidoğanın gereksinimlerini karşılayabilme, yeni rollere adaptasyon süreci içindedirler. Tüm bunlar annelerde stres yaratan etkenlerdendir. Stresli durumların arttığı bu dönemde annelere yeterli destek sağlanmalı, fiziksel ve ruhsal sağlıkları yakından takip edilmelidir.

Doğum sonu dönemde ortaya çıkan duygusal sorunlar, annelik hüznü (maternity blues), DS depresyon, postpartum psikoz olmak üzere üç grupta toplanmaktadır. Annelik hüznü, normal postpartum değişiklikler olarak kabul edilmektedir. Annelerin %50-80'inde görülmektedir. Genellikle doğum sonu 2-4.günlerde ortaya çıkan, uyku bozukluğu, ağlama, yorgunluk, sıkıntı, endişe gibi belirtilerin görüldüğü bir durumdur (Beydağ, 2007).

Doğum sonu dönemde ortaya çıkan duygusal değişimler konusunda anne ve eşine eğitim verilmelidir. Annenin duygularını ifade etmesi sağlanır ve gereksinimleri doğrultusunda yaklaşım planlanır. İstirahat ve dinlenmenin duygusal

dinlenmede etkili olabileceği açıklanır. DS aile üyelerinde günlük hayatlarındaki değişikliklere alışma, yeni rol ve sorumluluklara adaptasyon çabalarının olduğu dönemdir. Ebeveynliğe geçiş, DS dönem boyunca devam etmesine rağmen, annenin anne olma ve yeni doğan ile ilgili ilk deneyimleri, yeni doğanın bakımını ve kendi öz-bakımını yapabilme gücü ve bilgi edinme, öğrenme kaynakları yaşanan bu kriz olayının boyutunu etkileyen önemli faktörlerdir. Bu dönemde anneye ve aile üyelerine gerekli destek sağlanmalıdır. Annenin bu süreçte adaptasyonunda bebekle olan etkileşiminin sağlıklı başlayıp devam etmesi önemlidir. Aile ve bebek bağının gelişiminde hemşirelere büyük roller düşmektedir. Anne-bebek ilişkisi başlangıçta çok stresli ve zor olmasına rağmen, şefkat gösterme, öpme, bebeği kucaklama, onunla konuşma gibi davranışlar olumlu bir bağlanma başlatır ve bağlanma yaşam boyu devam eder. Bu nedenle hemşirenin özellikle yaşamın ilk günlerinde anne ve bebeğe olan desteği çok önemlidir. Hemşire bütüncül bir yaklaşımla erken dönemde aile-bebek bağının doğmasını sağlamalıdır (Taşkın, 2012; Sungur ve ark., 2012; Korkmaz, 2004; Beydağ, 2007; Dağ ve ark., 2014).

4.8.3 Çevresel konfor

Hastanenin ulaşılabilirliği, ortamı, çalışma saatleri, otopark, temizlik, yiyecek hizmetlerinin kalitesi gibi konular çevresel ve kurumsal faktörleri içermektedir. Hastanelerin fiziksel veya sosyal yönden sağlayacağı rahatlık hastaların memnuniyeti arttırmaktadır.

Doğum yapılan ünitenin rahat ve güvenli olması, hasta odasının ısısı, yatağı, yastıkları, bebek yatağı, refakatçi yatağının bulunması, banyo ve duş imkanının olması, telefon bulunması, ıslıklandırma ve aydınlatmanın iyi olması, iyi havalandırılmış ve temiz bir çevreye sahip olması gerekir. Bunun yanında sessiz ve gürültüden uzak olmalı, hasta odasında bulunan yatak sayısı konforu etkilemeyecek şekilde düzenlenmelidir. Doğum yapılan servisin içinde bebek bakım odası olmalı ve hastanın bulunduğu üniteye gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır (Karakaplan, 2007).

4.8.4 Sosyokültürel Konfor:

Hastaneye yatan birey hastaneye yattığı andan itibaren hasta rolündedir. Hastaneye yatan birey günlük yaşantısından, evinden ve kendisi için önemli birçok uyarandan uzaklaşmakta, hastalıkları nedeniyle gelecek kaygısı yaşamaktadır. İnsanı anlamak için onun sosyal, fiziksel, biyolojik, duygusal ve kültürel yönleriyle bir bütün olduğunu kavramak gerekir. Sağlık personelinin annelerin yalnızlık problemi yaşama durumlarını önceden fark etmesi ve girişimde bulunması önemlidir. Sağlık personeli tarafından fark edilmediğinde ve hasta gerekli yardımı almadığında primer hastalık olgusuna sekonder sorun olarak yalnızlık problemi de eklenecektir. Özellikle annelere hastanede bulundukları sürede ve taburcu olduktan sonra evde verilecek desteğin önemi büyüktür. Hastanedeki sağlık çalışanlarının iletişimi, tavır ve davranışları da DS konforu etkileyebilir. Sağlık personelinin kişilik özellikleri, gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri, özellikle hasta-hemşire ilişkisi hasta memnuniyeti üzerinde önemli rol oynamaktadır. Hasta ziyareti ve ziyaretçiler de DS konforu etkiler. Bu nedenle ziyaret saatleri ve ziyaret günleri anne için yorucu olmayacak şekilde düzenlenmeli ve ziyaret günlerinde anne daha sık gözlenmelidir.

DS dönem annenin birçok konuda eğitim ihtiyacının olduğu bir dönemdir. Doğum sonrası hastanede kalma süresi kısa olduğu için annenin eğitim ihtiyaçları sorularak saptanmalı ve daha sonra eğitimi verilmelidir. Annelerin bireysel ihtiyaçlarına yönelik verilen eğitim annelerin memnuniyetini arttırmaktadır. Eğitimin verimli olması için eğitim öncesi annenin fizik ve emosyonel rahatlığı değerlendirilmeli ve uygun ortam sağlanmalıdır (Karakaplan, 2007; Beydağ, 2007; Dağ, 2014).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, sezaryen ve normal doğum yapan annelere doğum sonu hastanede verilen bakım hizmetleri ve konforlarına etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve gruplar arası karşılaştırmalı bir çalışma olarak planlanıp uygulanmıştır.

Çalışma başlığı: öncesi “Vajinal ve reijyonel anestezi ile sezaryen doğum yapan annelere doğum sonu hastanede verilen bakım hizmetleri ve konforlarına etkisi” olarak planlanan ve bu şekilde etik onayı alınan (Ek 1) çalışma başlığında, daha sonra başlıktaki “vajinal” ifadesinin anestezi şekli olarak algılanma olasılığı fark edilmesi üzerine düzenlemeye gidilmiş, “Sezaryen ve normal doğum yapan annelere doğum sonu hastanede verilen bakım hizmetleri ve konforlarına etkisi” olarak değiştirilmiş ve gerekli onay alınmıştır (Ek 2).

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 05.09.2013-05.05.2014 tarihleri arasında İstanbul ili GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi (Şimdiki adı: İstanbul Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi), Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde, araştırmanın yapılabilmesi için gerekli kurumsal izin (Ek 3) ve etik onay (Ek 1) alındıktan sonra yapılmıştır. Bu kurumun seçilme nedeni; araştırmacının bu kurumda çalışıyor olması, kurumun araştırma için onay vermesi ve çalışmanın yürütülmesinin daha etkili olacağı düşüncesidir.

Çalışmanın yapıldığı hastane İstanbul ili Anadolu yakasında olup, kuruma başvuran hastalara tüm branşlarda hizmet veren köklü bir kuruluştur. Hastanenin Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde; yatan hasta bölümü 19 yataklıydı ve yatarak tedavi ve bakım gören tüm kadınlar aynı serviste yatmaktaydı. Doğumhane bölümünde travay odasında 4 yatak ve doğumun gerçekleştiği odada 2 yatak olmak üzere toplam 25 yatak vardı. Yatan hasta bölümündeki oda sayısı 5 ti. Bunların ikisi

6 yataklı, biri 4, biri 2 ve biri de tek yataklıydı. Tüm odalarda tuvalet ve banyo bulunmaktaydı.

Doğum sonu dönemdeki anneler ve bebekleri kadın hastalıkları ve doğum servisinde tedavi gören hastalarla aynı serviste tedavi ve bakım görmekteydi, ancak kadın hastalıkları ile ilgili bakım hizmeti alan diğer hastalardan ayrı odalarda yatırılmaktaydı. Annelerin yanında isterlerse refakatçi kalmasına izin verilmekteydi. Sezaryen doğumlar servis dışında hastanenin ameliyathane bölümünde gerçekleştirilmekteydi. Sezaryenden sonra anne ameliyathanenin uyandırma ünitesinde takip edildikten sonra durumuna göre servise alınmaktaydı. Doğum sonrası dönemde anne ve yenidoğanda herhangi bir komplikasyon yoksa, genel durumları iyi ise ND yapan anneler 24 saat, sezaryen doğum yapan anneler 48-72 saat içinde taburcu edilmekteydi.

Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinin hemşire kadro sayısı toplam 9 du. Kadroda bulunan hemşireler poliklinikte, yatan hasta servisinde ve ameliyathanede aylık rotasyonlar yapılarak görevlendirilmekteydi. Hemşireler hafta içi 08-16 ve 16-08 saatleri, hafta sonu 09-09 saatleri olmak üzere 24 saatlik nöbet şeklinde çalışmaktaydı. Serviste gündüz çalışan hemşire sayısı 4 ile 2 arasında değişmekle birlikte gece ve hafta sonu nöbetlerinde 1 hemşire görevlendirilmekteydi. Hemşireler yatan hasta servisi, travay ve doğumhanede yatan tüm hastaların hemşirelik bakım ve uygulamalarından sorumluydu. Doğumhane için ayrı bir hemşire görevlendirilse de doğumhanede hasta olmaması durumunda görevli hemşire yatan hasta bölümünde görevlendirilmekteydi. Serviste doğum sonu dönemdeki annelere yönelik yapılan bakım ve uygulamalar; doğum sonu takip ve bakım, doktor istemine göre ilaç uygulama, annelere kendi ve bebek bakımında yardım, bilgilendirme, rutin kan alma, tüm hasta kabul ve taburculuk işlemlerini yürütme, taburculuk eğitimi (emzirme tekniği, süresi, sıklığı, kontroller, aşılar, evde takip ve bakım) ve gereksinim duyan annelere talebe göre aile planlaması konusunda eğitim vb. işlemleri içermekteydi. Bebeklere yönelik ise; servisteki hemşireler tarafından bebek bakımı, göbek bakımı verme, anne sütü ve emzirmenin desteklenmesi vb. girişimlerini içermekteydi. Anneler hastaneden ayrılmadan önce bebeklerin ilk muayenesi çocuk doktoru tarafından kadın doğum servisinde, daha sonra hastanenin çocuk hastalıkları

polikliniğinde çocuk doktoru tarafından yapılmaktaydı. Topuk kanın alınması ve aşı uygulaması da çocuk polikliniğinde çocuk doktorunun muayenesinden sonra çocuk polikliniğindeki hemşireler tarafından yapılmaktaydı.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

5.3.1 Araştırmanın evreni;

Çalışmanın evrenini, 05.09.2013-05.05.2014 tarihleri arasında, belirtilen kurumun Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde normal vajinal ve sezaryen doğum yapan annelerin tümü oluşturmuştur.

5.3.2 Araştırmanın örnekleme;

Çalışmanın örnekleme alınacak anne sayısını belirlemek amacıyla, çalışmanın yapılacağı kurumda normal ve sezaryenle doğum yapan annelerin bir önceki yıla ait sayıları alınmıştır. Elde edilen hastane verilerine göre; normal vajinal doğum yapan anne sayısının 196, sezaryen ile doğum yapan annelerin sayısının da 270 olduğu belirlenmiştir. Ancak kurumda yıllık olarak normal ve sezaryen doğum sayılarının düşük olması nedeni ile örnekleme alınacak kadın sayısını belirlemek için evreni belirli örneklem formülü vb. kullanılmamıştır. Mümkün olduğunca fazla sayıda vaka alabilmek için planlama aşamasında çalışmanın 6 ay sürdürülmesine karar verilmiştir. Böylece bir yarıyıl içinde bu kurumda doğum yapan ve çalışmanın örneklem kriterlerine uyan tüm annelerin araştırma kapsamına alınması hedeflenmiştir. Ancak başlangıçta 6 ay sürdürülmesi planlanan çalışma, planlanan zamanda örneklem için yeterli vaka sayısı elde edilemediğinden 2 ay daha uzatılmış ve çalışma verileri toplam 8 aylık süreçte toplanmıştır.

5.3.2.1 Örneklem alınma kriterleri

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve onam (Ek 4) alınan,
- Çalışmanın yapıldığı tarihler arasında belirtilen kurumda normal ve sezaryen doğum yapan, anestezi ile sezaryen doğum yapan,
- Canlı doğum gerçekleşen,

- Sağlıklı yenidoğana sahip olan,
- Annede ve yenidoğanda komplikasyon gelişmemiş olan,
- Hospitalizasyon süresi sağlık bakanlığının belirlediği saatler paralelinde (normal vajinal doğum için 24, sezaryen doğum için 48 saat) olan,
- İletişim kurulabilen, dil sorunu olmayan anneler oluşturmıştır.

5.3.2.2 Dışlama kriterleri;

- Genel anestezi ile sezaryen doğum yapan,
- Ölü doğum gerçekleştiren,
- Bebek ya da annede komplikasyon gelişen,
- Hospitalizasyon süresi uzun olan ve
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan anneler **örnekleme alınmamıştır.**

Örneklem kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü tüm anneler çalışmaya alınmıştır. Sonuçta araştırmanın örneğini; normal doğum yapan (n=61) rejyonel anestezi ile sezaryen doğum yapan (n=91) anne olmak üzere toplam N=152 anne oluşturmıştır. Çalışma sürecinde örneklem kriterlerine uyup çalışmaya katılmak istemeyen anne sayısı 15 dir. Çalışmaya katılmak istemeyen 15 anne eve gitmek istemeleri, aile üyelerinin beklemesi, bebeklerinin ağlaması gibi nedenlerle gönüllü olamamıştır.

Çalışma kapsamına alınan anneler;

1. Normal vajinal doğum yapan anneler (**1. Grup- n=61**) ve

2. Rejyonel anestezi ile sezaryen doğum yapan anneler (**2. Grup-n=91**) olarak **2 gruba** ayrılmıştır. **Toplamda 152 anne** ile çalışma yürütülmüştür.

5.4. Veri toplama Araçları

Verilerin toplanmasında dört form kullanılmıştır.

1. Tanılama Formu (Ek 5): Bu form iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm annelerin sosyo-demografik, obstetrik özelliklerini içeren ve 7 sorudan oluşan

bölümdür. İkinci bölüm annelerin doğum, doğum sonuna ilişkin görüşleri ile aldıkları bakıma ve konforlarına yönelik yorumlarını içeren 16 sorudan oluşan bölümdür.

2. Bakım Hizmetleri Kayıt Formu (Ek 6): Araştırmacı tarafından geliştirilen bu form; doğum sonu servise gelen annelere verilen hemşirelik bakım hizmetlerinin kayıt edildiği formdur. Bu formda, doğum sonu servise gelen annelere verilen bakım hizmetlerinin tarih ve zamanı/süresi, annenin yanına gitme sıklığı (sayı olarak), yapılan hemşirelik bakım girişimlerinin kayıtları vb. yer almaktadır.

3. Doğum Sonu Hemşirelik Bakımını Değerlendirme Ölçeği (DSHBDÖ) (Ek 7): Yıldız tarafından geliştirilen ve geçerlilik güvenilirliği yapılmış bir ölçektir. Toplam 45 maddeden oluşmaktadır. Tüm maddelerde ifadeler pozitifdir. Dörtlü likert tipi olan bu ölçekte her bir madde için belirlenen en yüksek puan 4 en düşük puan 1 dir (Hiç katılmıyorum 1, Kısmen katılıyorum 2, Katılıyorum 3, Tamamen katılıyorum 4 olarak kodlanmaktadır). DSHBDÖ' nin bakım ve eğitim olmak üzere iki alt boyutu vardır. Toplamda ölçekten alınabilecek en düşük toplam puan 45, en yüksek toplam puan 180 dir. Ölçeğin bakım alt boyutundan alınacak en yüksek puan 84, eğitim alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 96'dır. Ölçekten alınan toplam puan genel olarak doğum sonu verilen hemşirelik bakımının düzeyini gösterir. Toplam ve alt ölçek puanları arttıkça DS hemşirelik bakımının o düzeyde iyi olduğunu, düştüğü ölçüde de kötü olduğunu göstermektedir. Cronbach Alpha değeri .88'dir (Yıldız, 1999). Bu çalışma benzer grupta (doğum yapan kadınlar) yapıldığından ölçeğin iç tutarlılığına (Cronbach Alpha katsayısı) bakılmamıştır.

4. Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) (Ek 8): Karakaplan ve Yıldız (2010) tarafından doğum sonu konforun değerlendirilmesini belirlemek amacıyla geliştirilmiş ve geçerlilik güvenilirliği yapılmış bir ölçektir. DSKÖ 34 maddeden oluşmaktadır ve 5' li likert tipi ölçek puanlama sistemine sahiptir. Her bir madde için geçerli olmak üzere “tamamen katılıyorum” (5 puan), ve “kesinlikle katılmıyorum” (1 puan) arasında değişen ifadelendirme ve puanlama yapılmıştır. Olumlu cümlelerde tamamen katılıyorum ifadesi en iyi konforu (5 puan), olumsuz cümlelerde ise düşük konforu (1 puan) göstermektedir. Ölçek üç faktör altında toplandığından DS konforu

3 boyutta (fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel) değerlendirebilmektedir. Toplamda ölçekten alınacak en düşük puan 34, en yüksek puan 170 dir. Ölçekten elde edilen toplam puan madde sayısına bölünerek ortalama değer saptanır ve sonuç 1-5 dağılımında gösterilir. Temelde düşük konfor 1, yüksek konfor 5 ile ifade edilmektedir. DSKÖ Cronbach Alpha değeri için .78'dir (Karakaplan ve Yıldız, 2010). Bu çalışma benzer grupta yapıldığından ölçeğin iç tutarlılığına (Cronbach Alpha katsayısı) bakılmamıştır.

5.5. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alındıktan sonra (Ek 3). Çalışmanın uygulanabilmesi için Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kuruldan etik kurul onayı alınmıştır (Ek 1). Çalışmanın uygulama aşamasında; örneklem kriterlerine uyan annelere önce çalışmanın amacı açıklanmış, kişilerin insan hakları ve hasta haklarına sahip oldukları göz önüne alınarak tüm bilgilerin saklı tutulacağı, yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacağı hakkında kendilerine güvence verilmiş ve daha sonra çalışmaya gönüllü olan annelerden yazılı onam alınmıştır.

5.6. Verilerin Toplanması (Çalışmanın Uygulanması)

Çalışmada kullanılacak olan veri toplama araçlarının uygulanabilirliklerini ölçmek için ilk etapda 10 annede ön çalışma yapılmıştır.

Verilerin toplanmasında yukarıda belirtilen dört form kullanılmıştır. Verilerin toplanması; çalışmanın yapılması planlanan tarihler arasında araştırmanın örneklemine uygun olduğu tespit edilen ve çalışmaya gönüllü olan annelere, haftanın 7 günü mesai saatleri içinde ve mesai saatleri dışında yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından veri toplama araçlarının doldurulması şeklinde yapılmıştır.

İlk adımda öncelikle çalışmanın yapılacağı kurumdaki doğum sonu bakım hizmetleri değerlendirilmiştir. Bunun için Bakım Hizmetleri Kayıt Formu kullanılmıştır. Formun serviste görevli hemşireler tarafından çalışmaya katılan her vakada uygulanması planlanmıştır ancak hemşirelerle bu konuda işbirliği sağlanamamıştır. Serviste görevli hemşireler tarafından iletilen olumsuzluklar

hemşirelerin kadro sayılarının az olması, uygulamanın iş yükünü arttıracak vb. yönlerde olmuştur. Bunun sonucunda servis hemşireleri ile ortak karar ile çalışmanın yapıldığı klinikteki bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi için tüm anneler değil, servisteki bakım hizmeti hakkında karar verebilmeyi sağlayacak 10 normal doğum, 10 rejiyonel anestezi ile sezaryen doğum yapan anneye verilen bakım hizmetleri Bakım Hizmetleri Kayıt Formuna kaydedilmiştir. Toplamda 20 anneye verilen bakım hizmeti detayları serviste çalışan ve DS anneye bakım veren hemşireler ve bazıları da araştırmacı tarafından kayda alınmıştır. Araştırmacı tüm çalışma periyotlarında (08-16, 16-08, 09-09) gözlem yapmış ve her bir çalışma periyodunda 1 tane olmak üzere hemşireler ile birlikte 3 normal doğum, 3 rejiyonel anestezi ile sezaryen doğum yapan anneye verilen bakımın bakım kayıtlarını forma kaydetmiştir. 7 normal doğum, 7 rejiyonel anestezi ile sezaryen doğum olmak üzere 14 form hemşireler tarafından kayıt edilmiştir. Bakım Hizmetleri Kayıt Formuna; annelerin doğum sonu servise alındıktan sonra taburcu olana kadar verilen hemşirelik hizmetleri kaydedilmiştir. Forma; servise alınma saati hemşirelerin yaptıkları bakım uygulamaları, uygulamaların saati, annenin yanına kaç kez gidildiği ve her gidildiğinde ayrılan süre vb. kayıt edilmiştir. Her bir vakaya verilen bakım hizmetleri ayrı bir forma kaydedilmiştir.

İkinci adımda aldıkları bakım hizmeti detaylı kaydedilen 20 anne ile normal vajinal doğum ve rejiyonel anestezi ile sezaryen doğum yapan, örneklem kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan diğer annelere araştırma verilerinin toplandığı formlar araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Çalışmaya katılan annelere taburcu olduktan sonra servisten ayrılmadan önce sırasıyla “Hasta Tanılama Formu”, “Doğum Sonu Hemşirelik Bakımını Değerlendirme Ölçeği (DSHBDÖ)”, “Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ)” araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Görüşmeler, annelerin odalarında, yanlarında soruları cevaplamalarını engelleyecek kişilerin olmadığı zamanlarda gerçekleştirilmiştir. Formların doldurulması 15 dakika ile 20 dakika arasında sürelerde tamamlanmıştır. Ancak bazen uygulama sırasında annelerin bebeklerini emzirme durumunun oluşması nedeniyle uygulamalara anne ve araştırmacı tarafından ortak karar ile ara verilmiş, uygulamaya emzirme işlemi sonrası tekrar devam edilmiştir. Verilerin

toplanma sürecinde araştırmacı doğum sonu servisinde çalışan hemşirelerle sürekli iletişim halinde olmuştur.

5.7. Verilerin Analizi

Çalışmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) IBM 20,0 programı kullanılmıştır. Önce tüm değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov Smirnov Testi ile test edilmiş ve normal dağılım gösterdikleri saptanmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, standart sapma, frekans) yanı sıra Varyans Analizi, Kruskal Wallis Testi, Bağımsız Gruplarda t Testi, Mann Whitney U testi ve Ki-kare testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin birbiriyle ilişkisi için ise korelasyon yapılmış ve Pearson Korelasyon testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95 lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Hipotezleri:

H₀: Normal vajinal doğum ve rejyonel anestezi ile sezaryen doğum yapan annelere doğum sonu hastanede verilen bakım hizmetleri aynıdır ve konforlarına etkisi açısından fark yoktur.

H₁ : Normal vajinal doğum ve rejyonel anestezi ile sezaryen doğum yapan annelere doğum sonu hastanede verilen bakım hizmetleri aynı değildir ve verilen bakımın konforlarına etkisi vardır.

5.8. Araştırmacının Yaşadığı Olumsuzluklar/Sıkıntılar

Araştırmacının doğum servisi dışında farklı birimde çalışması verilerin toplanması için doğum servisine gitmede sıkıntı yaratmıştır. Çalışmanın yapılacağı kurumda bir önceki doğum oranlarına göre, araştırmanın belirlenen tarihlerdeki doğum sayılarının az olmasından dolayı hedeflenen vaka sayısına ulaşmak planlanan süreden daha uzun zaman almış, bu nedenle çalışmada veri toplama süresi uzamıştır. Servis hemşirelerinin sayıca az olması ve iş yükü fazlalığı nedeniyle Bakım Hizmetleri Kayıt Formunun uygulama planı değişmiş, çalışma kapsamına alınan tüm vakalarda

değil sadece 20 vakada bu form doldurulabilmiştir. Ayrıca kriterlere uygun annelerin bir kısmının (15 anne) araştırmaya katılmak istememeleri de sıkıntı oluşturmuştur.

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma bir kurumun DS servisinde yatan annelerde gerçekleştirildiğinden kesitsel bir çalışmadır ve elde edilen veriler ülke genelini yansıtmaz.



6. BULGULAR

Çalışmadan elde edilen bulgular;

1. Çalışmanın yapıldığı klinikte doğum sonu hemşirelik bakım hizmetine,
2. Olguların tanımlayıcı özellikleri, doğum ve doğum sonu (DS) dönemleri ile bakıma ilişkin ifadelerine,
3. Doğum sonu hemşirelik bakımını değerlendirme Ölçeği (DSHBDÖ) ve
4. Doğum sonu konfor ölçeği (DSKÖ)'ne ilişkin veriler olmak üzere 4 başlık altında sunulacaktır.

6.1. Çalışmanın Yapıldığı Klinikteki Doğum Sonu Hemşirelik Bakım Hizmetine İlişkin Bulgular

Bu başlık altında serviste normal ve sezaryen ile doğum yapan annelere doğum sonu hemşirelerin yapmış oldukları bakım girişimleri, sayısı, gündüz ve nöbet çalışma şekline göre girişimler, ayrılan süre, annelerin doğum sonu kalış süreleri gibi verilere yer verilmiştir. Bu parametrelerin değerlendirilmesi için normal doğum (ND) yapan n=10, sezaryen doğum (C/S) yapan n=10 anne olmak üzere toplam 20 vaka izlenerek yapılan tüm girişimler, veriler kayıt altına alınmıştır.

Tablo 6.1.1 Annelerin DS serviste yatış sürelerine ilişkin bulgular (N=20)

Yatış süresi/saat	ND* (n=10)		C/S* (n=10)		p
	Ort.	SD	Ort.	SD	
Gündüz	9.80	2.78	17.40	3.33	.000
Gece	12.10	1.19	23.20	1.39	.000
Toplam	21.90	3.63	40.60	3.65	.000

*: ND: Normal doğum, C/S: Sezaryen doğum
Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

Annelerin yatış süreleri açısından beklenen ve bilinen bir sonuç olarak normal vajinal doğum yapan annelere göre sezaryen doğum yapanların anlamlı olarak daha uzun süre hospitalize edildiği görülmektedir ($p<0,001$) (Tablo 6.1.1).

Tablo 6.1.2 Çalışmanın yapıldığı klinikte doğum sonu uygulanan bakım girişimleri ve sayısı (N=20)

Bakım girişimleri	Bakım girişimleri sayısı				p
	ND (n=10)		C/S (n=10)		
	Ort.	SD	Ort.	SD	
ANT	9.40	1.26	13.00	1.41	.000
Kanama takibi	3.50	0.52	6.10	1.52	.000
Emzirme eğitimi	1.40	0.69	2.00	1.05	.15
İlaç uygulama	1.00	1.25	4.10	1.19	.001
Gaz takibi	0.30	0.48	2.20	0.78	.000
Diürez takibi	2.80	0.78	6.20	1.03	.000
Mobilizasyon	1.10	0.31	2.10	0.73	.002
Diğer uygulamalar*	1.40	0.69	3.60	2.67	.01
TOPLAM	9.70	1.25	14.90	2.37	.000

*: Pansuman, taburculuk eğitimi, annelerin sorularını yanıtama vb.
Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

Hemşirelerin her iki gruptaki annelere en fazla yaptıkları girişimin ANT almak olduğu ve bakım girişimleri uygulama sayısı açısından sezaryen doğum yapan annelere normal doğum yapan annelerden daha fazla ANT, kanama takibi, ilaç uygulama, diürez takibi, mobilizasyon vb. uygulamaları yaptıkları görülmüş, farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,01$ - $p<0,001$). Emzirme eğitimi uygulama sayısı açısından ise doğum şekline göre anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6.1.2).

Tablo 6.1.3 Gündüz-gece vardiyasında uygulanan bakım girişimlerine ayrılan total süre/dk (N=20)

Bakım süresi/dk	ND (n=10)		C/S (n=10)		p
	Ort.	SD	Ort.	SD	
Gündüz	53.50	16.67	79.00	19.83	.000
Gece	26.00	7.74	41.50	13.13	.006
Toplam	79.50	16.90	120.00	15.98	.006

Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

Hemşirelerin doğum sonrası annelere gündüz çalışma saatlerinde bakım için daha fazla zaman ayırdıkları görülse de bu sürenin toplamda 1/1,5 saati geçmediği belirlenmiş (ND yapanlar için ortalama 54 dk., C/S için 79 dk.) ve gündüz, gece vardiyası ile toplamda bakım için sezaryen doğum yapan annelere normal doğum yapan annelerden daha fazla süre ayırdıkları görülmüştür ($p<0,01$ - $p<0,001$) (Tablo 6.1.3).

Tablo 6.1.4 Annelerin DS toplam yatış süreleri ile hemşirelerin bakıma ayırdığı toplam süre korelasyonu (N=20)

Hemşirelerin bakıma ayırdığı toplam süre	N=20	
	Annelerin DS toplam yatış süreleri	
	r	p
	0.768	0.000

Pearson Korelasyon Testi kullanılmıştır

Annelerin DS serviste toplam yatış süreleri ile hemşirelerin bu annelerin DS servise alınmasından taburcu olana kadar ayırdığı toplam bakım süreleri arasında pozitif yönde, yüksek korelasyon olduğu ve ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği ($p<0,001$) tespit edilmiştir (Tablo 6.1.4).

6.2. Olguların Tanımlayıcı Özellikleri, Doğum ve Doğum Sonu Dönemleri İle Bakıma İlişkin İfadelerine Yönelik Bulgular

Bu başlık altında serviste normal ve sezaryen ile doğum yapan annelerin yaş, eğitim durumu, çalışma durumu gibi tanımlayıcı özelliklerine ait bulgulara, doğum sayısı, doğumu hakkındaki ifadelerine ve doğum sonu dönemlerine ait bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 6.2.1 Olguların tanımlayıcı özellikleri

Özellikler		N=152					
		ND (n=61)		C/S (n=91)		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Yaş grupları	20-24 yaş	14	23.0	7	7.7	21	13.8
	25-29 yaş	24	39.3	34	37.4	58	38.2
	30-35 yaş	15	24.6	28	30.8	43	28.3
	≥36 yaş	8	13.1	22	24.2	30	19.7
Eğitim durumu	Okuryazar	2	3.3	2	2.2	4	2.6
	İlköğretim	26	42.6	11	12.1	37	24.3
	Lise	17	27.9	32	35.2	49	32.2
	Y.okul/fakülte	16	26.2	46	50.5	62	40.8
Çalışma durumu	Çalışan	16	24.2	39	42.9	55	36.2
	Çalışmayan	45	73.8	52	57.1	97	63.8
Sosyal güvence	Var	59	96.7	90	98.9	149	98.0
	Yok	2	3.3	1	1.1	3	2.0
Gebeliğin istenen/ planlı olma durumu	Evet	47	77.0	74	81.3	121	79.6
	Hayır	14	23.0	17	18.7	31	20.4
Yaş ortalaması		Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD
		28.88	5.2	31.13	5.5	30.25	5.5

ND yapan annelerin yaş ortalamasının 28,8, C/S ile doğum yapanların ise 31,13 olduğu, her iki gruptaki yaşların 25-29 yaş grubunda yoğunluk kazandığı (ND annelerde %39,3; C/S annelerde %37,4), C/S ile doğum yapan annelerde eğitim düzeyinin ve çalışan oranının daha yüksek olduğu, neredeyse tamamı yakınının sosyal güvencesinin var olduğu ve her iki grupta da bu gebeliklerinin çoğunlukla (ND annelerde %77,0; C/S annelerde %81,3) istenen gebelik olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.2.1).

Tablo 6.2.2 Normal ve sezaryen doğum yapan annelerin doğumlarına ilişkin özellikler

Özellikler		N=152					
		ND (n=61)		C/S (n=91)		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Doğum sayısı	Birinci	18	29.5	47	51.6	65	42.8
	İkinci	26	42.6	27	29.7	53	34.9
	Üçüncü	11	18.0	11	12.1	22	14.5
	Dördüncü	6	9.8	6	6.6	12	7.9
Doğumlarına ilişkin ifadeler*							
Olumlu / pozitif ifadeler	İyi çok iyi/güzel çok güzel	20	32.8	43	47.3	63	41.4
	Sıkıntısız/rahat	12	19.7	16	17.6	28	18.4
	Kolay	6	9.8	8	8.8	14	9.2
	Başarılı	0	0	12	13.2	12	7.9
Olumsuz / negatif ifadeler	Beklediğim gibi/normal	2	3.3	6	6.6	8	5.3
	Sancısız	2	3.3	6	6.6	8	5.3
	Ağrılı, acılı, sancılı, sıkıntılı, zor ama güzel, memnunum	19	31.1	10	11.6	29	19.1
	Acılı ama sağlıklı	1	1.6	0	0	1	0.7
	Ağrılı	2	3.3	0	0	2	1.3
	Zor, çok zor	16	26.2	9	9.9	25	16.4
	sıkıntılı	6	9.8	0	0	6	3.9
	Ağrılı, çok ağrılı, sancılı	4	6.6	2	2.2	6	3.9
	Beklediğimden/bilinenin aksine ağrılı	0	0	5	5.5	5	3.3
Doğum sayısı ortalaması		Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD
		2.08	0.93	1.73	0.91	1.87	0.93

Not: Anneler doğumlarına ilişkin birden fazla ifade kullandıklarından “n” katlanmıştır.

*: C/S doğum yapan annelerden 2 kişi doğumuna ilişkin hiçbir değerlendirme yapmamıştır.

C/S olan annelerin yarısından fazlasının (%51,6) ilk, ND yapan annelerin %42,6’nın ikinci doğumları olduğu, doğumlarını “iyi çok iyi/güzel çok güzel” olarak yorumlamanın %47,3 oranıyla C/S ile doğum yapan annelerde, “zor, çok zor” olarak yorumlamanın da %26,2 oranıyla ND yapan annelerde ifade edildiği saptanmıştır (Tablo 6.2.2).

Tablo 6.2.3 Normal ve sezaryen doğum yapan annelerin DS hissettikleri ve kaygı durumları

DS hissedilenler ve kaygı durumu		N=152					
		ND (n=61)		C/S (n=91)		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Annelerin doğum sonrası hissettiklerine ilişkin ifadeler*							
Olumlu/pozitif duygular		55	90.2	79	86.8	134	88.2
Olumsuz duygular		6	9.8	10	11.0	16	10.5
İfade edilen olumlu ve olumsuz duygular							
Olumlu/ pozitif ifadeler	Mutluyum, çok mutluyum, sevinçliyim	25	41.0	45	49.5	70	46.1
	İyiym, çok iyiym	6	9.8	17	18.7	23	15.1
	Anne olmak çok güzel, heyecanlı, harika bir duygu	26	42.6	32	35.2	58	38.2
	Rahatladım	6	9.8	6	6.6	12	7.8
Olumsuz/ negatif ifadeler	Ağrı, acı	4	6.6	18	19.8	22	14.5
	Yorgun, uykusuz, rahatsızlık, korku	2	3.3	8	8.8	10	6.6
	Anne olmak çok zor, annemin kıymetini yeni anladım	4	6.6	2	2.2	6	3.9
Annelerin kendisi ve bebeği hakkında kaygı durumları							
Kaygısı olanlar		8	13.1	20	22.0	28	18.4
Kaygısı olmayanlar		53	86.9	71	78.0	124	81.6
Kaygı nedenleri							
Emzirmeyle ilgili		2	3.3	4	4.4	6	3.9
Bebekle ilgili (bakımı, büyümesi, geleceği, hak ettiği bakımı verebilme)		6	9.8	12	13.2	18	11.8
Kendi rahatsızlıkları ve iyileşmeyle ilgili		0	0	4	4.4	4	2.6

Not: Anneler birden fazla ifade kullandıklarından “n” katlanmıştır.

*: C/S doğum yapan annelerden 2 kişi doğum sonrası hissettiklerine ilişkin herhangi bir şey ifade etmemiştir.

Doğum şekli ne olursa olsun doğumdan sonra annelerin çoğunlukla (ND %90,2; C/S %86,8) olumlu/pozitif duyguları daha yoğun yaşadıkları, her iki grupta da hissedilen olumlu yöndeki duyguların en fazla “Mutluyum, çok mutluyum, sevinçliyim” ve “Anne olmak çok güzel, heyecanlı, harika bir duygu” olduğu, doğum sonrası annelerin çoğunluğunun kaygı yaşamadığı (ND %86,9; C/S %78,0) belirlenmiştir (Tablo 6.2.3).

Tablo 6.2.4 Normal ve sezaryen doğum yapan annelerin DS rahatsızlık, destek hissetme, emzirme ve kendine güven durumları

DS ihtiyaç, rahatsızlık, emzirme		N=152					
		ND (n=61)		C/S (n=91)		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
DS yardıma/desteğe ihtiyaç duyma							
İhtiyaç duyduğunu ifade edenler		40	65.6	65	71.1	105	69.1
İhtiyaç duymadığını ifade edenler		21	34.4	26	28.6	47	30.9
Yardıma/desteğe ihtiyaç duyulan konular*							
İhtiyaç duyulan konular	Emzirme	24	39.3	35	38.5	59	38.8
	Ayağa kalkma	18	29.5	51	56	69	45.4
	Kişisel hijyen	8	13.1	13	14.3	21	13.8
	Perine hijyeni	4	6.6	11	12.1	15	9.9
	Bebek bakımı	24	39.3	33	36.3	57	37.5
	Beslenme	10	16.4	9	9.9	19	12.5
	Tuvalet ihtiyacını karşılama	18	29.5	13	14.3	31	20.4
Annelerin DS rahatsızlık hissetme durumları ve nedenleri							
Rahatsızlık hissedenenler		12	19.7	9	20.9	31	20.4
Rahatsızlık hissetmeyenler		49	80.3	72	79.1	121	79.6
Rahatsızlık nedenleri							
Rahatsızlık nedenleri	Dikişler	8	13.1	2	2.2	10	6.6
	Ağrı (Dikişler, ayağa kalkma, yürüme vb. bağlı)	2	3.3	11	12.1	13	8.3
	Uyku düzensizliği	2	3.3	0	0	2	1.3
	Odalarındaki hasta ve ziyaretçi fazlalığı	0	0	4	4.4	4	2.6
	Bilgi, bakım vb. konularda anneye yönelik güvensizlik	0	0	2	2.2	2	1.3
Annelerin bebeklerini ilk emzirmeye başlama zamanları							
İlk yarım saat içinde		38	62.3	6	6.6	44	28.9
İlk yarım- bir saat içinde		17	27.9	10	11.0	27	17.8
≥ Bir saat		6	9.8	75	82.4	81	53.3
DS kendi ve bebek bakımına ilişkin annelerin kendine güven düzeyleri (Min:1- Max:10)		Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD
		9.01	1.86	8.24	1.88	8.55	1.91

*: Anneler birden fazla ifade kullandıklarından “n” katlanmıştır.

Annelerin çoğunlukla doğumdan sonra yardıma desteğe ihtiyaç duyduğu (ND %65,6, C/S %71,1), C/S ile doğum yapan annelerin en çok “ayağa kalkma” konusunda (%56) yardıma/desteğe ihtiyaç duyduğu, her iki grubunda çoğunlukla DS rahatsızlık hissetmediği (ND %80,3, C/S %79,1), ilk emzirmeye başlama sürelerinin ND yapan

annelerde ilk yarım saat içinde, C/S ile doğum yapan annelerde ise ilk bir saat ve üzerinde olduğu, DS kendi ve bebek bakımına ilişkin güven düzeylerinin (Min:1-Max:10) ND yapanlarda 9,01, C/S ile doğum yapanlarda 8,24 olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6.2.4).

Tablo 6.2.5 Normal ve sezaryen doğum yapan annelerin DS bakıma ilişkin ifadeleri

DS Bakıma ilişkin ifadeler	N=152						
	ND (n=61)		C/S (n=91)		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Annelerin DS aldıkları bakıma ilişkin değerlendirmeleri							
Çok iyi	31	50.8	43	47.3	74	48.7	
İyi	30	49.2	38	41.8	68	44.7	
Orta	0	0	8	8.8	8	5.3	
Kötü	0	0	2	2.2	2	1.3	
DS bakım için hemşirelerin annelerin yanına gitme sıklığındaki yeterliliğe ilişkin görüşler							
Yeterli	45	73.8	75	82.4	120	78.9	
Kısmen yeterli	16	26.2	12	13.2	28	18.4	
Yetersiz	0	0	4	4.4	4	2.6	
Annelerin hemşirelerin kendilerine verdikleri DS bakıma ayırdıkları süreye ilişkin görüşleri							
Çok iyi / yeterli	21	34.4	43	47.3	64	42.1	
İyi sayılır/ fena değil	40	65.6	40	44.4	80	52.6	
Yetersiz	0	0	8	8.8	8	5.3	
Annelerin “Hemşireler ne sıklıkla yanınıza gelmeli ve bakımınıza ne kadar süre ayırmalı?” sorularına yanıtları							
Sıklıkla ilgili	Yarım /1 saat ara ile	6	9.8	25	27.4	31	20.4
	Günde 4-8 kez	8	13.1	16	17.6	24	15.8
	İhtiyacım olduğu kadar/her istediğimde	20	32.8	11	12.1	31	20.4
	Mevcut durum yeterli	15	24.6	33	36.3	48	31.6
	Yanıt vermeyen	12	19.7	6	6.6	18	11.8
Süreyle ilgili	5-10 dakika	8	13.1	18	19.1	26	17.1
	İhtiyacım olduğu kadar	10	16.4	41	45.1	51	33.6
	Mevcut durum yeterli	33	54.1	26	28.6	59	38.8
	Yanıt vermeyen	10	16.4	6	6.6	16	23.0
Annelerin DS aldıkları bakıma verdikleri puan ort. (Min:1-Max:10)		Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD
		8.91	1.22	8.17	2.10	8.47	1.83

Annelerin neredeyse tamamı DS aldıkları bakımı “çok iyi” ve “iyi” olarak değerlendirdiği, hemşirelerin DS bakım için annelerin yanlarına gitme sıklığını çoğunlukla (ND %73,8, C/S %82,4) yeterli buldukları, hemşirelerin DS bakıma ayırdıkları süreye ilişkin ND yapanların %65,6 oranıyla “iyi sayılır/fena değil”, C/S

ile doğum yapanların da %47,3 oranıyla “çok iyi/yeterli” olarak değerlendirdikleri, ND yapan annelerin %32,8’i “İhtiyacım olduğu kadar/her istediğimde” hemşireler yanıma gelsin derken , C/S ile doğum yapan annelerin %36,3’ü mevcut durumu yeterli bulduğu, hemşirelerin bakım için ayırdıkları süre açısından ND yapan annelerin %54,1’i mevcut süreyi yeterli bulduğunu ifade ederken, C/S ile doğum yapan annelerin %45,1’i “İhtiyacım olduğu kadar” süre ayırmaları gerektiği ifadesinde bulunmuştur. DS aldıkları bakıma verdikleri puanın ortalamalarının (Min:1-Max:10) ND yapanlarda 8,91, C/S ile doğum yapanlarda 8,17 olarak benzer olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6.2.5).

6.3. Doğum Sonu Hemşirelik Bakımını Değerlendirme Ölçeğine (DSHBDÖ) Yönelik Bulgular

Bu başlık altında serviste normal ve sezaryen ile doğum yapan annelerin DSHBDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarına, normal ve sezaryen doğum yapan annelerin DS hemşirelerden aldığı bakıma verdikleri puan ile DSHBDÖ total ve alt boyut puan ortalamalarına ilişkin bulgulara yer verilecektir.

Tablo 6.3.1 Doğum şekline göre DSHBDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları

DSHBDÖ	N=152						t , p	
	Doğum şekline göre ortalamalar							
	ND (n=61)		C/S (n=91)		Toplam			
	Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD		
Bakım alt boyutu	68.86	8.70	67.36	15.14	67.96	12.93	0.70	0.48
Eğitim alt boyutu	59.26	16.06	64.30	23.68	62.28	21.05	-1.45	0.14
DSHBDÖ total	128.13	22.69	131.67	36.85	0.25	31.89	-0.66	0.50

Bağımsız Gruplarda t-testi kullanılmıştır.

DSHBDÖ den alınabilecek en yüksek puan 180 dir ve puan ne kadar yüksekse DS alınan bakımda o derece iyi olarak yorumlanır. Annelerin DSHBDÖ total puan ortalamasına göre (ND 128,13; C/S 131,67) aldıkları DS bakımı orta düzeyde değerlendirildikleri görülmüştür. DSHBDÖ total puan ortalaması C/S ile doğum yapan annelerde normal doğum yapan annelere göre biraz daha yüksek saptansa da fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Alt boyutlarda da sonuçların farklılık göstermediği belirlenmiştir (Tablo 6.3.1).

Tablo 6.3.2 Normal/sezaryen doğum yapan annelerin DS aldıkları bakıma verdikleri puan ile DSHBDÖ total ve alt boyut puan ortalamaları korelasyonu

Annelerin DS aldıkları bakıma verdikleri puanın ortalaması (Min:1-Max:10)	N=152					
	DSHBDÖ Bakım		DSHBDÖ eğitim		DSHBDÖ toplam	
	r	p	r	p	r	p
	0.540	0.000	0.338	0.000	0.442	0.000

Pearson Korelasyon Testi kullanılmıştır.

Annelerin DS hemşirelerden aldıkları bakıma verdikleri puan ile DSHBDÖ alt boyut ve total puan ortalamaları arasında pozitif yönde, eğitim boyutunda zayıf, bakım ve toplamda orta düzeyde ve ileri derecede anlamlı ($p<0,001$) ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 6.3.2).

Tablo 6.3.3 Normal/sezaryen doğum yapan annelerin sosyo-demografik özelliklerine göre DSHBDÖ total ve alt boyut puan ortalamaları

DSHBDÖ		ND (n=61)			C/S (n=91)			TOPLAM (N=152)		
		Bakım Altboyutu Ort± SD	Eğitim Altboyutu Ort± SD	Toplam Ort± SD	Bakım Altboyutu Ort± SD	Eğitim Altboyutu Ort± SD	Total Ort± SD	Bakım Altboyutu Ort± SD	Eğitim Altboyutu Ort± SD	Toplam Ort± SD
Yaş	20-24 Yaş	67.71±9.91	64.00±10.01	131.71±18.48	68.28±14.70	58.42±30.36	126.71±44.63	67.90±11.34	62.14±18.68	130.04±28.73
	25-29 Yaş	71.16± 6.00	59.66±15.60	130.83±19.58	71.82±11.59	69.55±21.89	141.41±31.14	71.56±9.61	65.46±19.99	137.03±27.27
	30-35 Yaş	67.93±10.40	50.00±15.26	127.06±29.68	62.64±15.42	56.25±19.50	118.89±32.51	64.48±13.98	57.25±19.69	121.74±31.44
	36 Yaş ve üstü	65.75±9.91	56.26±16.06	115.75±22.99	66.13±18.42	68.31±27.18	134.45±44.49	66.03±16.41	63.43±25.67	129.46±40.39
		p=0.381	p=0.277	p=0.383	p=0.116	p=0.111	p=0.110	p=0.039	p=0.278	p=0.126
Eğitim	Okur yazar	72.50±0.70	45.00±0.00	117.50±0.70	82.50±0.70	90.50±4.94	173.00±5.65	77.50±5.80	67.75±26.42	145.25±32.21
	İlköğretim	65.70±8.76	58.61±13.37	124.30±19.66	73.54±10.00	66.63±25.08	140.18±33.25	68.02±9.71	61.00±17.68	129.02±25.09
	Lise	69.70±8.45	55.41±17.19	125.11±24.08	64.81±15.75	63.37±23.94	128.18±38.12	66.51±13.76	60.61±21.99	127.12±33.68
	Yüksek Okul	72.68±7.93	66.18±17.97	138.87±24.95	67.00±15.52	63.26±23.51	130.26±36.93	68.46±14.12	64.01±22.11	132.48±34.25
		p=0.153	p=0.133	p=0.327	p=0.164	p=0.494	p=0.348	p=0.312	p=0.775	p=0.620
Çalışma durumu	Çalışan	71.81±9.34	67.06±17.27	138.87±24.96	66.87±15.41	62.89±23.74	129.76±36.29	68.30±14.02	64.10±21.98	132.41±33.42
	Çalışmayan	67.82±8.32	56.48±14.84	124.31±20.80	67.73±15.07	65.36±23.81	133.09±37.55	67.77±12.34	61.24±20.54	129.02±31.09
		p=0.258	p=0.440	p=0.260	p=0.588	p=0.949	p=0.507	p=0.807	p=0.422	p=0.530
Sosyal güvence	Var	68.89±8.85	59.22±16.19	128.11±22.98	67.18±15.13	63.93±23.73	131.16±36.74	67.77±12.99	62.05±21.12	129.82±32.01
	Yok	68.00	60.50±16.26	128.50±16.26	83.00±	94.00±	177.00±	73.00±8.66	71.66±22.50	144.66±30.27
		p=0.620	p=0.771	p=0.452	p=0.302	p=0.209	p=0.218	p=0.553	p=0.435	p=0.467

Kruskal Wallis Testi, Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

Annelerin yaşları ile DSHBDÖ bakım altboyutu puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), bunun 25-29 yaş grubundaki annelerin puanlarının 30-35 yaş grubundaki annelerden daha yüksek olmasından kaynaklandığı bulunmuştur. Annelerin eğitim, çalışma durumları ve sosyal güvenceleri ile DSHBDÖ total ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6.3.3).

Tablo 6.3.4 Normal/sezaryen doğum yapan annelerin DS aldıkları bakımı değerlendirme düzeylerine göre DSHBDÖ total ve alt boyut puan ortalamaları

Alınan bakımı değerlendirme	Doğum şekline göre DSHBDÖ puanları								
	ND (n=61)			C/S (n=91)			TOPLAM (N=152)		
	Bakım	Eğitim	Toplam	Bakım	Eğitim	Total	Bakım	Eğitim	Toplam
	Altboyutu	Altboyutu		Altboyutu	Altboyutu		Altboyutu	Altboyutu	
	Ort± SD	Ort± SD	Ort± SD	Ort± SD	Ort± SD	Ort± SD	Ort± SD	Ort± SD	Ort± SD
Çok İyi	69.19±8.80	62.48±19.16	131.67±25.94	75.36±9.35	74.18±21.67	149.53±29.70	72.77±9.56	69.28±21.33	142.05±29.37
İyi	68.53±8.73	55.93±11.46	124.46±18.49	64.15±13.79	57.31±23.15	121.47±34.80	66.08±11.95	56.70±18.00	122.79±28.62
Orta	0	0	0	47.75±15.19	49.75±17.97	97.50±32.88	47.75±75.19	49.75±17.97	97.50±32.88
Kötü	0	0	0	35.00±1.41	43.00±0.00	78.00±1.41	35.00±1.41	43.00±0.00	78.00±1.41
Anlamlılık	p=0.770	p=0.112	p=0.218	p=0.000	p=0.001	p=0.000	p=0.000	p=0.001	p=0.000

Kruskal Wallis Ttesti kullanılmıştır.

Normal doğum yapan annelerin aldıkları bakımı çok iyi ve iyi olarak değerlendirdikleri ve DSHBDÖ alt boyut ve total puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık olmadığı, ancak C/S ile doğum yapan anneler ile toplamda tüm annelerde alınan bakımı çok iyi olarak değerlendirenlerin DSHBDÖ göre total ve alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,005$) (Tablo 6.3.4).

Tablo 6.3.5 Normal/sezaryen doğum yapan annelerin hemşirelerin DS bakım için yanlarına gitme sıklığını değerlendirmelerine göre DSHBDÖ total ve alt boyut puan ortalamaları

DS bakım için anne yanına gitme sıklığı	Doğum şekline göre DSHBDÖ puanları								
	ND (n=61)			C/S (n=91)			TOPLAM (N=152)		
	Bakım	Eğitim	Toplam	Bakım	Eğitim	Total	Bakım	Eğitim	Toplam
	Altboyutu	Altboyutu		Altboyutu	Altboyutu		Altboyutu	Altboyutu	
	Ort± SD	Ort± SD	Ort± SD	Ort± SD	Ort± SD	Ort± SD	Ort± SD	Ort± SD	Ort± SD
Yeterli	67.57±9.41	59.84±17.93	127.42±25.38	71.04±12.73	68.66±22.87	139.70±33.72	69.74±11.68	65.35±21.50	135.10±31.32
Kısmen yeterli	72.50±4.88	57.62±9.25	130.12±12.77	51.91±12.01	41.66±12.61	93.58±21.16	63.67±13.40	50.78±13.30	114.46±24.74
Yetersiz	0	0	0	44.75±19.34	50.50±23.67	95.25±43.01	44.75±19.34	50.50±23.67	95.25±43.01
Anlamlılık	p=0.039	p=0.670	p=0.422	p=0.000	p=0.001	p=0.000	p=0.004	p=0.002	p=0.002

Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır.

ND yapan annelerde DS bakımları için hemşirelerin yanlarına gitme sıklığını yeterli olarak değerlendirenlerin DSHBDÖ bakım alt boyut puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Sezaryen ile doğum yapan anneler ile genel toplamda tüm annelerde hemşirelerin yanlarına gitme sıklığını yeterli olarak değerlendirenlerin DSHBDÖ total ve alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak ($p<0,01-0,001$) daha yüksek saptanmıştır (Tablo 6.3.5).

Tablo 6.3.6 Normal/sezaryen doğum yapan annelerin hemşirelerin DS bakım için ayırdıkları süreyi değerlendirmelerine göre DSHBDÖ total ve alt boyut puan ortalamaları

Bakım için ayrılan süre	Doğum şekline göre DSHBDÖ puanları								
	ND (n=61)			C/S (n=91)			TOPLAM (N=152)		
	Bakım Altboyutu	Eğitim Altboyutu	Toplam	Bakım Altboyutu	Eğitim Altboyutu	Total	Bakım Altboyutu	Eğitim Altboyutu	Toplam
	Ort± SD	Ort± SD	Ort± SD	Ort± SD	Ort± SD	Ort± SD	Ort± SD	Ort± SD	Ort± SD
Çok iyi / yeterli	71.09±6.52	58.85±19.66	129.95±24.98	75.74±9.27	73.55±19.98	149.30±27.47	74.21±8.69	68.73±20.91	142.95±28.02
İyi sayılır/ fena değil	67.70±9.51	59.47±14.09	127.17±21.66	63.57±13.12	58.17±24.64	121.75±36.06	65.63±11.58	58.82±19.95	124.46±29.68
Yetersiz	0	0	0	41.25±13.38	45.25±16.63	86.50±29.67	41.25±13.38	45.25±16.63	86.50±29.67
Anlamlılık	p=0.370	p=0.605	p=0.802	p=0.000	p=0.001	p=0.000	p=0.000	p=0.001	p=0.000

Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır.

ND yapan anneler bakım için ayrılan süreyi genel olarak yeterli buldukları ve bu bağlamda DSHBDÖ puan ortalamaları açısından farklılık olmadığı görülmüştür. Sezaryen ile doğum yapan anneler ile genel toplamda tüm annelerde bakım için ayrılan süreyi çok iyi/yeterli olarak değerlendiren annelerin DSHBDÖ total ve alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak ($p<0,01-0,001$) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6.3.6).

6.4. Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) ve Annelerin Konforlarına ilişkin ifadelerine yönelik bulgular

Bu başlık altında serviste normal ve sezaryen ile doğum yapan annelerin DSKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarına, konforlarına ilişkin ifadelerine, DS konforlarına ilişkin verdikleri puan ortalamalarına ait bulgulara yer verilecektir.

Tablo 6.4.1 Doğum şekline göre DSKÖ toplam ve altboyut puan ortalamaları

DSKÖ alt boyutları	Doğum şekline göre DSKÖ puan ortalamaları						t	p
	ND (n=61)		C/S (n=91)		Toplam (N=152)			
	Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD		
Fiziksel konfor	69.00	9.05	52.03	9.81	51.60	9.50	-.677	0.500
Psikospritiüel konfor	50.00	4.04	47.10	28.80	46.65	7.28	-.971	0.333
Sosyokültürel konfor	48.00	6.29	36.24	6.84	35.78	6.63	-1.027	0.306
DSKÖ toplam	166.00	16.77	133.80	21.62	132.78	19.80	-.769	0.443

Bağımsız Gruplarda t-testi kullanılmıştır.

DSKÖ den alınabilecek en yüksek puan 170 dir ve puan ne kadar yüksekse konfor düzeyleri de o derece iyi olarak yorumlanır. DSKÖ total ve alt boyut puan ortalamaları normal doğum yapan annelerde biraz daha yüksek bulunsa da doğum şekline göre annelerin DS konfor düzeylerinde anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir (Tablo 6.4.1).

Tablo 6.4.2 Normal/sezaryen doğum yapan annelerin DS konforlarına ilişkin değerlendirmeler

Konfor değerlendirmeleri	ND (n=61)		C/S (n=91)		Toplam n=152		p
	n	%	n	%	n	%	
Annelerin DS servise kabulünden taburculuk öncesine kadar genel olarak konforlarına ilişkin ifadeleri							
Çok İyi/ mükemmel	11	18	34	37.4	45	29.6	0,008
İyi	44	72.1	46.2	46.2	86	56.6	
Orta	6	8.8	12.1	12.1	17	11.2	
Kötü	0	0	4.4	4.4	4	2.6	
Annelerin DS konforlarına ilişkin değerlendirmelerine verdikleri puanların ortalamaları (Min:1-Max:10)							
	Ort.	SD	Ort.	SD	Ort.	SD	
Doğum sonu konfor düzeyi	9.01	1.86	8.24	1.88	8.55	1.91	0.002
Doğum sonu aldığı hemşirelik bakımının konforlarına etki düzeyi	8.65	1.82	7.98	2.13	8.26	2.03	0.047
Bulunduğu ortamdan rahatsız olma düzeyi	4.18	3.23	3.29	2.75	3.65	2.98	0.073

Ki-Kare Testi, Bağımsız Gruplarda t-testi kullanılmıştır.

Annelerin DS servise kabulünden taburculuk öncesine kadar genel olarak konforlarını “iyi” olarak tanımladıkları (ND %72,1, SC %46,2) ve gruplar arası anlamlı olarak farklılık gösterdiği ($p<0,05$), Annelerin DS konfor düzeylerine (ND: $9,01\pm1,86$; C/S: $8,24\pm1,88$) ve DS aldıkları hemşirelik bakımının konforlarını etkileme düzeylerine (ND: $8,65\pm1,82$; C/S: $7,98\pm2,13$) yüksek puan verdikleri ve doğum şekline göre bu puanların ND yapan annelerin lehine anlamlı olarak farklılık gösterdiği ($p<0,05-0,01$) belirlenmiştir (Tablo 6.4.2).

Tablo 6.4.3 Normal/sezaryen doğum yapan annelerin DS aldıkları bakıma verdikleri puan ile DSKÖ total ve alt boyut puan ortalamaları korelasyonu

Annelerin DS aldıkları bakıma verdikleri puan (Min:1-Max:10)	N=152							
	Fiziksel konfor		Psikosprituél konfor		Sosyokültürel konfor		DSKÖ toplam	
	r	p	r	p	r	p	r	p
	0.186	0.022	0.260	0.001	0.099	0.225	0.227	0.005

Pearson Korelasyon Testi kullanılmıştır.

Annelerin DS hemşirelerden aldıkları bakıma verdikleri puan ile DSKÖ fiziksel ve psikosprituél konfor ile genel konfor puan ortalamaları arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($p<0,05-0,01$) (Tablo 6.4.3).

Tablo 6.4.4 Normal/sezaryen doğum yapan anelerin sosyo-demografik özelliklerine göre DSKÖ total ve alt boyut puan ortalamaları

Sosyo- demografik özellikler		Doğum şekline göre DSKÖ puanları											
		ND (n=61)				C/S (n=91)				TOPLAM (N=152)			
		Fiziksel	Psiko-spritiuel	Sosyo-kültürel	Toplam	Fiziksel	Psiko-spritiuel	Sosyo-kültürel	Toplam	Fiziksel	Psiko-spritiuel	Sosyo-kültürel	Toplam
		Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Yaş	20-24	50.50±9.28	46.14±3.73	33.57±3.79	129.5±14.79	48.57±10.90	42.14±5.89	35.71±6.15	125.4±16.31	49.85±9.62	44.80±4.82	34.2±4.67	129.5±15.03
	25-29	51.87±7.79	45.83±3.52	34.58±6.39	131.8±16.52	53.29±10.07	50.08±12.98	37.61±7.59	139.5±26.75	52.70±9.15	48.32±10.34	36.3±7.22	136.3±23.22
	30-35	51.46±11.20	45.80±4.88	36.46±8.32	133.0±21.08	50.07±10.04	45.75±3.12	34.82±6.15	128.6±17.44	50.55±10.35	45.76±3.77	35.3±6.93	130.2±18.66
	≥36	48.12±8.88	46.25±5.06	36.87±5.13	129.37±14.12	53.68±8.65	45.86±4.26	36.09±6.69	134.0±17.34	52.20±8.91	45.96±4.40	36.30±6.24	132.8±16.44
		p=0.783	p=0.990	p=0.517	p=0.932	p=1.059	p=2.532	p=0.873	p=1.718	p=0.550	p=0.150	p=0.610	p=0.289
Eğitim	Okur yazar	38.00±0.00	41.00±0.00	25.00±0.00	103.0±0.00	57.00±0.00	50.00±0.00	39.00±4.24	143.5±3.53	47.50±10.96	45.50±5.19	32.0±8.44	123.2±23.47
	İlköğretim	49.69±8.76	46.23±3.88	33.61±6.93	129.2±15.89	54.81±15.21	46.63±3.59	37.63±6.49	137.2±8.58	51.21±8.58	46.35±3.59	34.8±6.49	131.6±15.21
	Lise	53.47±6.24	45.76±4.65	35.94±3.26	134.1±11.91	51.03±10.31	46.50±10.67	35.06±7.75	131.5±4.12	51.87±9.11	46.24±8.99	35.3±6.52	132.4±20.60
	Üniversite	52.00±11.17	46.31±3.70	37.93±6.32	135.1±20.33	51.87±10.19	47.54±8.58	36.60±6.76	134.1±22.13	51.88±110.36	47.22±7.61	36.9±6.62	134.3±21.52
		p=0.120	p=0.343	p=0.540	p=0.142	p=0.486	p=0.131	p=0.716	p=0.422	p=0.884	p=0.669	p=0.535	p=0.818
Çalışma durumu	Çalışan	55.7±8.36	47.56±2.92	38.6±5.75	140.7±16.25	51.79±10.18	47.28±9.38	35.84±7.58	133.2±23.00	52.94±9.78	47.36±8.02	36.6±7.17	135.4±21.339
	Çalışmayan	49.26±8.76	45.37±4.26	33.8±6.03	127.9±15.78	52.21±9.62	47.00±8.43	36.53±6.29	134.2±20.75	50.84±9.30	46.24±6.83	35.2±6.29	131.2±18.78
		p=0.130	p=0.630	p=0.007	p=0.007	p=0.842	p=0.881	p=0.636	p=0.836	p=0.191	p=0.366	p=0.217	p=0.216
Sosyal güvence	Var	50.9±9.10	45.96±4.02	35.1±6.29	131.3±16.79	51.97±9.85	47.08±8.84	36.16±6.84	133.6±21.70	51.71±9.44	46.65±7.35	35.8±6.61	132.9±19.78
	Yok	50.5±10.60	45.50±6.36	34.00±8.48	130.0±22.62	57.00±0.00	50.00±0.00	43.00±0.00	147.0±0.00	52.66±8.38	47.00±5.19	37.00±7.93	135.6±18.77
		p=0.942	p=0.874	p=0.801	p=0.914	p=0.614	p=0.744	p=0.324	p=0.542	p=0.810	p=0.492	p=0.659	p=0.645

Kruskal Wallis Testi, Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

ND yapan annelerde sadece çalışanların DSKÖ göre sosyo-kültürel ve total konfor puanlarının anlamlı olarak ($p<0,05$) daha yüksek olduğu, bunun dışındaki sosyo-demografik özellikler açısından farklılık olmadığı belirlenmiştir. C/S ile doğum yapan ve de genel olarak tüm annelerde sosyo-demografik özelliklerle DSKÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6.4.4).

Tablo 6.4.5 Normal/sezaryen doğum yapan annelerin DS aldıkları bakımı değerlendirme düzeylerine göre DSKÖ total ve alt boyut puan ortalamaları

Alınan bakımı değerlendirme	Doğum şekline göre DSKÖ puanları											
	ND (n=61)				C/S (n=91)				TOPLAM (N=152)			
	Fiziksel	Psiko-spiritüel	Sosyo-kültürel	Toplam	Fiziksel	Psiko-spiritüel	Sosyo-kültürel	Toplam	Fiziksel	Psiko-spiritüel	Sosyo-kültürel	Toplam
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Çok İyi	54.03±7.76	47.00±3.58	36.32±5.95	136.4±15.63	55.88±8.60	50.09±11.33	38.1±6.06	142.5±22.24	55.10±8.26	48.79±9.02	37.36±6.04	140.0±19.85
İyi	47.80±9.32	44.86±4.26	33.86±6.48	125.9±16.45	49.84±10.04	45.10±3.87	35.71±7.12	129.0±17.52	48.94±9.71	45.00±4.02	34.89±6.85	127.6±17.00
Orta	0	0	0	0	43.75±6.81	41.75±5.72	28.37±4.47	112.6±16.17	43.75±6.81	41.75±5.72	28.37±4.47	112.6±16.17
Kötü	0	0	0	0	44.00±0.00	43.00±0.00	37.50±0.70	120.5±0.70	44.00±0.00	43.00±0.00	37.50±0.70	120.5±0.70
Anlamlılık	p=0.006	p=0.039	p=0.129	p=0.013	p=0.001	p=0.000	p=0.005	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.002	p=0.000

Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır.

ND yapan annelerde aldıkları bakımı “çok iyi” olarak değerlendirenlerin DSKÖ fiziksel ve psikospiritüel alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). C/S ile doğum yapan anneler ile toplamda tüm annelerde alınan bakımı çok iyi olarak değerlendirenlerin DSKÖ göre total ve alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,005$) (Tablo 6.4.5).

Tablo 6.4.6 Normal/sezaryen doğum yapan annelerin hemşirelerin DS bakım için yanlarına gitme sıklığını değerlendirmelerine göre DSKÖ total ve alt boyut puan ortalamaları

DS bakım için anne yanına gitme sıklığı	Doğum şekline göre DSKÖ puanları											
	ND (n=61)				C/S (n=91)				TOPLAM (N=152)			
	Fiziksel	Psiko- spitüel	Sosyo- kültürel	Toplam	Fiziksel	Psiko- spitüel	Sosyo- kültürel	Toplam	Fiziksel	Psiko- spitüel	Sosyo- kültürel	Toplam
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Yeterli	51.00±8.50	45.93±4.05	34.75±6.27	131.1±15.49	53.85±9.49	48.66±8.86	37.14±6.68	138.0±20.91	52.78±9.20	47.64±7.53	36.25±6.61	135.4±19.29
Kısmen yeterli	50.87±10.76	46.00±4.16	36.12±6.43	131.6±20.51	45.00±6.09	40.50±2.74	34.25±5.25	117.9±9.84	48.35±9.39	43.64±4.51	35.32±5.93	125.7±17.91
Yetersiz	0	0	0	0	39.00±4.61	38.00±3.46	25.25±2.06	101.2±2.06	39.00±4.61	38.00±3.46	25.25±2.06	101.2±2.06
Anlamlılık	p=0.742	p=0.987	p=0.393	p=0.634	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.002	p=0.003	p=0.000	p=0.006	p=0.000

Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır.

ND yapan annelerde DS bakımları için hemşirelerin yanlarına gitme sıklığına göre DSKÖ alt boyut ve total puan ortalamaları arasında farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Sezaryen ile doğum yapan anneler ile genel toplamda tüm annelerde hemşirelerin yanlarına gitme sıklığını “yeterli” olarak değerlendirenlerin DSKÖ total ve alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak ($p<0,01-0,001$) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6.4.6).

Tablo 6.4.7 Normal/sezaryen doğum yapan annelerin hemşirelerin DS bakım için ayırdıkları süreyi değerlendirmelerine göre DSKÖ total ve alt boyut puan ortalamaları

Bakım için ayrılan süre	Doğum şekline göre DSKÖ puanları											
	ND (n=61)				C/S (n=91)				TOPLAM (N=152)			
	Fiziksel	Psiko- spitüel	Sosyo- kültürel	Toplam	Fiziksel	Psiko- spitüel	Sosyo- kültürel	Toplam	Fiziksel	Psiko- spitüel	Sosyo- kültürel	Toplam
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD
Çok iyi/Yeterli	52.9±9.72	46.95±3.54	34.33±8.57	133.5±20.68	54.09±8.88	47.25±2.24	37.27±5.62	137.1±15.45	53.70±9.10	47.15±2.71	36.31±6.81	135.9±17.26
İyi	49.9±8.64	45.42±4.23	35.52±4.76	130.1±14.45	51.92±10.33	48.40±12.63	36.57±7.51	135.3±25.70	50.93±9.51	46.91±9.47	36.05±6.27	132.7±20.88
Yetersiz	0	0	0	0	41.50±4.03	40.00±3.20	29.00±5.55	108.2±8.58	41.50±4.03	40.00±3.20	29.00±5.55	108.2±8.58
Anlamlılık	p=0.247	p=0.274	p=0.704	p=0.494	p=0.002	p=0.000	p=0.000	p=0.000	p=0.001	p=0.000	p=0.015	p=0.000

Kruskal Wallis Testi kullanılmıştır.

ND yapan annelerde bakım için ayrılan süre ile DSKÖ alt boyut ve total puan ortalamaları arasında farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Sezaryen ile doğum yapan anneler ile genel toplamda tüm annelerde bakım için ayrılan süreyi “çok iyi/yeterli” olarak değerlendiren annelerin DSKÖ total ve alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak ($p<0,01-0,001$) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4.7).

7. TARTIŞMA ve SONUÇ

7.1. TARTIŞMA

7.1.1 Çalışmanın yapıldığı klinikteki doğum sonu hemşirelik bakım hizmetine ilişkin bulguların tartışılması

Doğum sonu hastanede yatış süresi değerlendirilirken annenin hastaneye yattığı zaman değil, doğum yaptığı saatten taburcu olduğu saate kadar geçen zaman süresi dikkate alınmaktadır. Literatürde postpartum erken taburculuğu ifade eden değişik zaman sınırları bulunmaktadır. Genel olarak, doğumdan sonra 48 saat ya da daha az süre hastanede yatma erken taburculuk olarak ifade edilmektedir. Doğum şekillerine göre tanımlandığında ise; normal vajinal doğumdan sonra 6-24 saat ve sezaryen doğumdan sonra 48-72 saat içinde olan taburculuklar erken taburculuk olarak nitelendirilmektedir. Gözüm ve Kılıç'ın (2005) yaptığı çalışmada ülkemizde normal vajinal doğumlarda doğum sonrası hastane desteği ortalama $7,1 \pm 7,0$ saattir. Doğum sonu hastanede kalma sürelerine ilişkin MadlonKay ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada vajinal doğum yapan annelerin bebeklerinin %74'ünün en fazla 2 gün (48 saat ve altı), sezaryenla doğum yapan annelerin bebeklerinin %30'unun en fazla 4 gün (96 saat ve altı) hastane desteği gördüğü tespit edilmiştir. Altuntuğ ve Ege'nin (2013) sağlık eğitiminin annelerin taburculuğa hazır oluş, doğum sonu güçlük yaşama ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek için yaptığı çalışmada, annelerin vajinal doğumdan bir gün sonra sezaryandan iki gün sonra taburcu edildikleri belirlenmiştir. Bu çalışmada annelerin yatış süreleri açısından sezaryen doğum yapan annelerin anlamlı olarak daha uzun süre hospitalize edildiği belirlenmiştir (Tablo 6.1.1). Bu çalışmanın sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir. Diğer yandan Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan Bakanlığın Bilim Komisyonu ve uzman dernekler tarafından ulusal ve uluslararası güncel literatür bilgileri ışığında gözden geçirilerek 2014 yılında güncellenen 2008/80 sayılı genelge ile uygulamaya konulan Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberinde genel olarak hastanede kalma süresi komplikasyon gelişmeyen vakalar için vajinal doğumdan sonra en az 24 saat, sezaryen ile

doğumdan sonra ise en az 48 saattir (Can, 2015; Çelik ve ark., 2014). Klinikteki uygulamalar bakanlık kararları çerçevesinde yapıldığından C/S ile doğum yapan vakalarda hospitalizasyon süresinin uzun olması beklenen bir sonuçtur.

Çelik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2014) annelerin doğum şekillerinin taburculuğa hazır oluşluğu etkilemediği belirlense de sezaryen doğum normal doğumla karşılaştırıldığında doğum sonu dönemde görülen hemoraji, puerperal ateş, üriner sistem enfeksiyonları, meme sorunları ve tromboembolizm gibi komplikasyonlar sezaryen doğum yapanlarda daha fazla görülmektedir. Sezaryen ve vajinal doğumdaki farklılıklara karşın doğum sonrası fizyolojik adaptasyon ve hemşirelik bakımı benzerdir. Ancak sezaryende ek olarak anne anestezi almıştır ve abdominal insizyonu vardır. Sezaryende anestezi komplikasyonları, pıhtılaşma bozuklukları, yara enfeksiyonu, üriner sistem enfeksiyonları, çok az hastada da mide ve barsak problemleri oluşturmaktadır. Pıhtılaşma bozukluğu sezaryende vajinal doğuma göre 3-5 kat daha fazla görülmektedir (Depp, 2002). Bu nedenle normal DS bakıma ek olarak postoperatif bakımı da gerektirdiği bilinmektedir. Bu çalışmada hemşirelerin her iki gruptaki annelere en fazla yaptıkları girişimin ANT almak olduğu ve bakım girişimleri uygulama sayısı açısından sezaryen doğum yapan annelere normal doğum yapan annelerden daha fazla ANT, kanama takibi, ilaç uygulama, diürez takibi, mobilizasyon vb. uygulamaları yaptıkları görülmüş, farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Emzirme eğitimi uygulama sayısı açısından ise doğum şekline göre anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 6.1.2). Hemşirelerin doğum sonrası annelere gündüz çalışma saatlerinde bakım için daha fazla zaman ayırdıkları görülse de bu sürenin toplamda 1/1,5 saati geçmediği belirlenmiş (ND yapanlar için ortalama 54 dk., C/S için 79 dk.) ve gündüz, gece vardiyası ile toplamda bakım için sezaryen doğum yapan annelere normal doğum yapan annelerden daha fazla süre ayırdıkları görülmüştür (Tablo 6.1.3). Annelerin DS serviste toplam yatış süreleri ile hemşirelerin bu annelerin DS servise alınmasından taburcu olana kadar ayırdığı toplam bakım süreleri arasında pozitif yönde, yüksek korelasyon olduğu ve ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği tespit edilmiştir (Tablo 6.1.4). Bu çalışmadan elde edilen sonuçlarda hemşirelik bakımına ilişkin bulgulardaki anlamlı farklılığın sezaryen doğum yapanlara doğum sonrası bakıma ek olarak verilen postoperatif hemşirelik bakım hizmetlerinin etkisi olduğu düşünülmektedir. Bunun yanında

“bakım” uygulamalarına “1 saat” gibi bir süre ayrılması hatta bu sürenin ND yapan annelerde “1 saat” i bile bulmaması dikkat çekicidir. Hemşirelik mesleğinin temel rolü olan “bakım” için bu kadar az bir süre ayrılmasının en önemli nedenleri arasında servislerdeki hemşire sayısının az olması ve bunun getirileri olarak hemşirelerin iş yükünün fazla olması nedeniyle hemşirelerin bakım için az zaman ayırmış olabilecekleri düşünülmektedir. (Ceylantekin, 2006; Akay, 2003; Özer, 2011).

7.1.2 Olguların tanımlayıcı özellikleri, doğum ve doğum sonu dönemleri ile bakıma ilişkin ifadelerine yönelik bulguların tartışılması

TNSA 2013 (<http://www.hips.hacettepe.edu.tr> Erişim tarihi: 18.08.2017) verilerine bakıldığında tüm kadınların %16’sı 15-19, %14’ü 20-24 yaş aralığında olduğu, evlenmiş kadınların %2’si 15-19 ve %9’u 20-24 yaş aralığındadır. Özcan ve Aslan’ın 2015 yılında normal doğumda ve sezaryen doğumda anne memnuniyetini belirlemek üzere yaptıkları çalışmada normal doğum yapan lohusaların yaş ortalamasını $26,42 \pm 5,7$, sezaryen doğum yapan lohusaların yaş ortalamasını $25,57 \pm 4,5$ olarak belirlemişlerdir. Anne memnuniyetini değerlendirmek üzere Apay ve ark. 2011 yılında yaptıkları çalışmada normal doğum yapan lohusaların yaş ortalamasını $25,49 \pm 5,21$; sezaryen doğum yapan lohusaların yaş ortalamasını ise $27,55 \pm 5,86$ olarak belirlemişlerdir. Bu çalışmada ND yapan annelerin yaş ortalamasının $28,8 \pm 5,2$, C/S ile doğum yapanların ise $31,13 \pm 5,5$ olduğu, her iki gruptaki yaşların 25-29 yaş grubunda yoğunluk kazandığı (ND annelerde %39,3; C/S annelerde %37,4) görülmektedir (Tablo 6.2.1). Bu veriler çalışmanın gruplar arasında homojen dağılım olduğunu göstermektedir.

TNSA 2013 verilerinde tüm kadınların %12’sinin ve başından en az bir evlilik geçmiş kadınların %15’inin hiç eğitimi yoktur ya da ilkokulu tamamlamamışlardır. Diğer taraftan, tüm kadınların %31’i ve evlenmiş kadınların %27’si en az lise mezunudur. Bu yüzdeler daha önceki araştırma sonuçlarıyla karşılaştırıldığında günümüzdeki kadınların daha eğitilmiş oldukları görülmektedir. TNSA 2013 verileri kadınların %31’inin araştırma sırasında çalışmakta olduğunu göstermektedir. Özcan ve Aslan’ın 2015 yılında normal doğumda ve sezaryen doğumda anne memnuniyetini belirlemek üzere yaptıkları çalışmada normal doğum yapan

kadınların %71'i okuryazar; %22'si ilköğretim ve lise mezunu; sezaryen doğum yapanların ise %41'i okuryazar; %41,7'si ilköğretim ve lise mezunu; normal doğum yapan lohusaların %91'inin, eşlerinin ise %91,3'ünün; sezaryen doğum yapan lohusaların ve eşlerinin %98,7'sinin gebeliği istediği belirtilmiştir. Karakaplan'ın (2007) yaptığı çalışmada kadınların büyük çoğunluğunun sosyal güvencesinin olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada C/S ile doğum yapan annelerde eğitim düzeyinin ve çalışan oranının daha yüksek olduğu, neredeyse tamamının sosyal güvencesinin var olduğu ve her iki grupta da bu gebeliklerinin çoğunlukla (ND annelerde %77,0; C/S annelerde %81,3) istenen gebelik olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.2.1). Bu değerlerin literatür verileri ile uyumlu olduğu bulunmuştur. Ekonomik durumun iyi olması, sosyal güvencenin bulunması, sağlık hizmetlerinden yararlanmayı olumlu yönde etkilemektedir.

Karakaplan'ın (2007) yaptığı çalışmada kadınların büyük çoğunluğunun ortalama 2 gebelik geçirdiği bildirilmiştir. Özer'in (2011) doğum şekillerinin annelerin DS ilk 24 saatteki doğum sonu konforuna etkisini belirlemek için yaptığı çalışmasında ND yapanların %42,7'sinin ve C/S olanların %52,0'sinin gebelik sayısı 2 olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada C/S olan annelerin yarıdan fazlasının (%51,6) ilk, ND yapan annelerin %42,6'nın ikinci doğumları olduğu, annelerin doğum sayısı ortalamasının 1,87 olduğu belirlenmiştir. Eryılmaz'ın (1999) ND yapanlara yönelik yaptığı çalışmada kadınların %54,0'ünün doğumlarını “çok zor ve güç” olarak tanımladıkları, Karakaplan'ın (2007) yaptığı çalışmada ND yapan anneler %54,0 oranla doğumlarını “çok /zor güç”, rejyonel anestezi ile C/S olan annelerin ise “çok kolay” (%34,0) olarak tanımladıkları belirlenmiştir. Özer'in (2011) yaptığı çalışmada ND yapanların %58,7'si ve C/S olanların %52,0'si doğumlarını sıkıntılı, ağrılı olarak tanımladığı bildirilmiştir. Bu çalışmada annelerin doğumlarına ilişkin ifadelerinde doğumlarını “iyi çok iyi/güzel çok güzel” olarak yorumlamanın C/S ile doğum yapan annelerde %47,3, ND yapan annelerde %32,8 olduğu ve olumsuz ifadelerle bakıldığında “zor, çok zor” olarak yorumlamanın %26,2 oranıyla ND yapan annelerde ifade edildiği saptanmıştır (Tablo 6.2.2). Çalışma literatürü ile benzer olup; ağrılı, stresli ve sıkıntılı olan doğum sürecini ND yapan anneler daha uzun yaşamakta ve bu sürecin anneleri yorduğu bilinmektedir. C/S olan annelerin, anestezi uygulamalarının rejyonel anestezi olması nedeniyle ağrı gibi rahatsızlık veren

durumların daha az hissedilmesi, annenin daha rahat hareket edebilmesi ve bebeğini daha rahat emzirebilmesi gibi konforu arttırıcı özelliklere sahip olması doğumlarını “iyi, çok iyi/güzel, çok güzel” yönünde tanımlamalarını etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Doğum şekli ne olursa olsun annelerin doğumlarının sağlıklı bir şekilde sonlanmış olması, yenidoğanın sağlıklı olması ve evlerine gidecek olmaları olumlu duygular içinde olmasını sağlamaktadır. Bu çalışmada da doğum şekli ne olursa olsun doğumdan sonra annelerin çoğunlukla (ND: %90,2; C/S: %86,8) olumlu/pozitif duyguları daha yoğun yaşadıkları, her iki grupta da hissedilen olumlu yöndeki duyguların en fazla “Mutluyum, çok mutluyum, sevinçliyim” ve “Anne olmak çok güzel, heyecanlı, harika bir duygu” olduğu, doğum sonrası annelerin çoğunluğunun kaygı yaşamadığı (ND: %86,9; C/S: %78,0) belirlenmiştir (Tablo 6.2.3).

7.1.3 Normal ve sezaryen doğum yapan annelerin DS rahatsızlık, destek hissetme, emzirme ve kendine güven durumlarına ait bulguların tartışılması

Pınar ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada DS dönemde yaşanan sorunlara ilişkin verilerde C/S ile doğum yapanlarda sırayla; “ameliyat bölgesinde ağrı, ayağa kalkmada güçlük, gaz çıkaramama, emzirememe, bebek bakımına yönelik bilgi eksikliği, bulantı-kusma, kişisel hijyenini yerine getirememe” olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada ND yapanlarda yaşanan sorunlar sırayla; “meme ve meme ucu sorunları, epizyotomi bölgesinde ağrı, yatak içinde oturmada güçlük, bebek bakımına yönelik bilgi eksikliği ve perine bakımını yapamama” olarak bildirilmiş ve C/S olan grubun DS sorun yaşama düzeyinin ND yapanlara oranla daha fazla olduğu saptanmıştır. Karakaplan’ın annelerin DS desteğe ihtiyaç duyma ve destek alma durumlarına ait veriler incelendiğinde; tüm gruplar en fazla “ayağa kalkma” (%68,0-%96,0-%82,0) konusunda yardıma /desteğe ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. ND yapan grupta “ yatak içinde oturma” ve “ayağa kalkma” %76,0 oranla ilk sırada yer alırken bunu %72,0 oranla “ meme ve meme ucu sorunları” izlemiştir. C/S ile doğum yapanlarda ise ilk sırayı “ayağa kalkma” da yaşanan sorunun (%98,0-%94,0) aldığı ve bunu “ epizyotomi/ ameliyat yerinde ağrı” sorununun (%94,0-%90,0) izlediği

görülmüştür. Yılmaz'ın çalışmasında da “ayağa kalkma”, ve “emzirme” (%100-%97,3) işlemlerinde C/S ile doğum yapan annelerin tamamına yakınının sorun yaşadığı bildirilmektedir. Özer'in (2011) çalışmasında ND yapan kadınların %52'si ayağa kalkmada sorun yaşamadıklarını ifade etmelerine rağmen C/S olan kadınların %85,3'ü ayağa kalkmada sorun yaşadıklarını bildirmiştir. Bu çalışmada annelerin çoğunlukla doğumdan sonra yardıma desteğe ihtiyaç duyduğu (ND: %65,6, C/S: %71,1), C/S ile doğum yapan annelerin en çok “ayağa kalkma” konusunda (%56) yardıma/desteğe ihtiyaç duyduğu, her iki grubun da çoğunlukla DS rahatsızlık hissetmediği (ND %80,3, C/S %79,1) tespit edilmiştir (Tablo 6.2.4). Sonuçlar bu çalışmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar bize C/S olan kadınların anesteziye ve insizyon yerine bağlı sorunlar yaşamasının erken mobilize olmalarını engellediğini düşündürmektedir.

Güner tarafından (2007) yapılan çalışmada C/S olanların %62,2'si doğumdan 1 saat sonra bebeklerini emzirdiklerini, ND yapan kadınların ise %60,2'si doğum sonrası yarım saat içinde emzirmeye başladıklarını bildirmiştir. Özer'in (2011) yaptığı çalışmada ND ile doğum yapan kadınların %69,3'ü ilk yarım saatte, C/S olan kadınların %41,3'ü 1 saat sonra bebekleri emzirdikleri, emzirmede sorun yaşama durumuna yönelik değerlendirmede ND ile doğum yapan kadınların %72'si emzirmede sorun yaşamadıklarını, C/S olan kadınların ise %52'si emzirmede sorun yaşadıklarını bildirmiştir. Karakaplan'ın çalışmasında DS dönemde kendi bakımı ve bebek bakımı konusunda her üç grupta da annelerin çoğunun (%74,0-%72,0-%70,0) kendisini yeterli/ rahat hissettiklerini ifade ettikleri bildirilmiştir. Bu çalışmada ilk emzirmeye başlama sürelerinin ND yapan annelerde ilk yarım saat içinde, C/S ile doğum yapan annelerde ise ilk bir saat ve üzerinde olduğu tespit edilmiştir. DS kendi ve bebek bakımına ilişkin güven düzeylerinin ise (Min:1-Max:10) ND yapanlarda 9,01, C/S ile doğum yapanlarda 8,24 olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6.2.4). Çalışmadan elde edilen sonuçların literatür ile benzer olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar C/S ile doğum yapan annelerin emzirme sürelerinin gecikmesinde DS yaşadıkları fiziksel sorunların etkili olduğu, ND yapan annelerin bebeklerini kısa sürede emzirdiği ve erken zamanda iletişim kurduğunu göstermektedir.

7.1.4 Normal ve sezaryen doğum yapan annelerin DS bakıma ilişkin ifadelerine ait bulguların tartışılması

Hastaların hastanede verilen hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet, tüm hastane hizmetleri ile ilgili memnuniyetlerini etkileyen en önemli faktördür. Anneler ister C/S ister ND yapmış olsun DS sürece girerler ve DS aldıkları bakım benzerdir. C/S doğumda DS bakıma ek olarak postoperatif bakım da verilir. Karakaplan'ın (2007) yaptığı çalışmada %64,3'ü aldıkları bakımı çok iyi değerlendirdiklerini bildirmiştir. Özer'in yaptığı çalışmada da ND yapan kadınların %76'sı ve C/S yolla doğum yapan kadınların da %70,72'si aldıkları bakımı iyi yönde değerlendirdikleri bildirilmiştir. Gürcüoğlu ve Vural'ın (2017) annelerin DS dönemde hastanede verilen ebelik/hemşirelik bakımından memnuniyetlerini değerlendirdikleri çalışmada annelerin tamamına yakının aldıkları bakımından memnun olduklarını ifade ettiği ve sonuçlar doğrultusunda annelerin önemli bir bölümünün ebe/hemşireler tarafından verilen bakımdan memnun olduklarını göstermekle birlikte, önemli bir bölümünün de doğum sonu dönemde en çok ihtiyaç duydukları; egzersiz, aile planlaması, ruhsal değişiklikler konusunda eğitim almadıklarını, DS kliniklerde yatan annelerin kendilerinin ve bebeklerinin bakımında ebe/hemşirelerden daha çok refakatçilerinden yardım aldıkları bildirilmiştir. Annelerin ebe/hemşirelerden yeterli bakım almamalarına rağmen memnuniyet puanlarının yüksek olmasını ise bakım konusunda beklentilerinin düşük olmasına bağlı olabileceği görüşü bildirilmiştir. Bu çalışmada annelerin neredeyse tamamı DS aldıkları bakımı “çok iyi” ve “iyi” olarak değerlendirdiği, hemşirelerin DS bakım için annelerin yanlarına gitme sıklığını çoğunlukla (ND: %73,8, C/S: %82,4) yeterli buldukları, hemşirelerin DS bakıma ayırdıkları süreye ilişkin ND yapanların %65,6 oranıyla “iyi sayılır/fena değil”, C/S ile doğum yapanların da %47,3 oranıyla “çok iyi/yeterli” olarak değerlendirdikleri, ND yapan annelerin %32,8'i “İhtiyacım olduğu kadar/her istediğimde” hemşireler yanıma gelsin derken, C/S ile doğum yapan annelerin %36,3'ü mevcut durumu yeterli bulduğu, hemşirelerin bakım için ayırdıkları süre açısından ND yapan annelerin %54,1'i mevcut süreyi yeterli bulduğunu ifade ederken, C/S ile doğum yapan annelerin %45,1'i “İhtiyacım olduğu kadar” süre ayırmaları gerektiği ifadesinde bulunmuştur. DS aldıkları bakıma verdikleri puanın ortalamalarının (Min:1-Max:10) ND yapanlarda 8,91, C/S ile doğum yapanlarda 8,17 olarak benzer

olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6.2.5) Sezaryen ile doğum, doğum olayının yanında cerrahi bir girişim olması nedeniyle olumsuz etkileri olan bir deneyimdir. Sezaryen olan annelerin ND yapan annelere oranla operasyona bağlı sıkıntıları daha çok yaşadıkları, desteğe olan ihtiyaçlarının daha fazla olduğu bilinmektedir. Bu nedenle DS dönemde sezaryen olan annelere hemşireler tarafından daha fazla bakım verilmektedir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlarda C/S doğum yapan annelerin DS bakımlarında postoperatif bakımın da yer alması nedeniyle hemşirelerin bakım için annelere ayırdıkları süreyi “çok iyi/ yeterli” bulmalarında rol oynadığı düşünülmüştür. ND doğum yapan annelerin çoğunlukla “ihtiyacım olduğu kadar/her istediğimde” hemşirelerin yanına gelmesini istemesine karşın C/S doğum yapan annelerin çoğunlukla “mevcut durum yeterli” ifadesi bu düşüncemizi destekler nitelikte olduğunu düşündürmüştür. Bu düşünce çalışmanın yapılmasında da etkili olmuş ve DS süreçte annelerin aldıkları bakımın konforlarına etkisi değerlendirilmiştir. ND yapan annelerin DS aldıkları bakıma verdikleri puan yüksek olmasına karşın hemşirelerin DS bakıma ayırdıkları süreye ilişkin ND yapanların %65,6 gibi bir oranla “iyi sayılır/fena değil” dedikleri dikkati çekmektedir. Bu durum ND yapan annelerin hemşirelerin yanlarına gitme sıklığını yeterli bulmalarına karşın daha fazla zaman ayrılmasını istediklerini düşündürmüştür.

7.1.5 Normal ve sezaryen doğum yapan annelerin doğum sonu hemşirelik bakımını değerlendirme ölçeğine (DSHBDÖ) yönelik bulguların tartışılması

Yıldız (1999) tarafından doğum sonu bakım yönetimi ile verilen hemşirelik bakımını değerlendirmek amacı ile yapılan deneysel çalışmada DSHBDÖ toplam puan ortalaması deney grubunda $130,98 \pm 18,48$, kontrol grubunda $63,14 \pm 10,44$, bakım alt boyutu puan ortalaması deney grubunda $66,04 \pm 7,94$, kontrol grubunda $37,12 \pm 9,57$, eğitim alt boyutunda deney grubu puan ortalaması $64,94 \pm 14,10$, $26,02 \pm 3,02$ olarak bulunmuştur. Özkan (2002) tarafından normal doğum yapan annelere verilen hemşirelik bakımının DSHBDÖ ile değerlendirildiği çalışmada kadınların DSHBDÖ ölçeği toplam puan ortalaması $70 \pm 12,8$, bakım alt boyutu puan ortalaması $36,7 \pm 8,2$ ve eğitim alt boyutu puan ortalaması $33,3 \pm 6,2$ olarak bulunmuştur. Ertem ve Sevil (2007) tarafından normal doğum yapan kadınlara postpartum dönemde verilen standart hemşirelik bakımının hemşirelik bakımının kalitesine ve hasta

memnuniyetine olan etkisini değerlendirmek amacı ile yapılan çalışmada postpartum dönemde verilen standart hemşirelik bakımının, hasta memnuniyetini yükselttiği ve hedeflenen sonuç kriterlerine ulaşmada etkin olduğu saptanmıştır. DSHBDÖ den alınabilecek en yüksek puan 180 dir ve puan ne kadar yüksekse aldıkları bakımda o derece iyi olarak yorumlanmaktadır. Bu çalışmada annelerin DSHBDÖ total puan ortalamasına göre (ND: 128,13; C/S: 131,67) aldıkları DS bakımı orta düzeyde değerlendikleri görülmüştür. DSHBDÖ total puan ortalaması C/S ile doğum yapan annelerde normal doğum yapan annelere göre biraz daha yüksek bulunsa da, doğum şekline göre verilen DS bakımında anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir (Tablo 6.3.1).

Yıldız (1999) tarafından yapılan çalışmada DSHBDÖ ile annelerin DS aldıkları hemşirelik bakımına verdikleri puanları arasında yapılan korelasyona göre güçlü ve pozitif bir ilişki vardır ve aralarındaki bu ilişki ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur. DSHBDÖ puanı arttıkça annelerin bakıma verdikleri puanda da artma olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada annelerin DS hemşirelerden aldıkları bakıma verdikleri puan ile DSHBDÖ alt boyut ve total puan ortalamaları arasında pozitif yönde, eğitim boyutunda zayıf, bakım ve toplamda orta düzeyde ve ileri derecede anlamlı ($p<0,001$) ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 6.3.2). Sonuçlar bize annelerin aldıkları bakım doğrultusunda ölçek puanlarının aynı yönde arttığını göstermektedir.

Yıldız (1999) tarafından yapılan çalışmada annelerin yaşı ile DSHBDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir içi bulunmamış ve annelerin yaşının DSHBDÖ puanları üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur. zkan (2002) tarafından yapılan çalışmada da annelerin yaş grupları, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, gebelik sayısı, refakatçi durumu, yattıkları oda tipi, verilen doğum sonu bakımından memnun olma durumları ile DSHBDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu çalışmada annelerin yaşları ile DSHBDÖ bakım altboyutu puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur. Annelerin eğitim, çalışma durumları ve sosyal güvenceleri ile DSHBDÖ total ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6.3.3). Bu sonuç bize 25-29 yaş grubundaki

annelerin örnekleme %58 dağılım göstermesinin sonuçlarda etkili olabileceğini düşündürmüştür.

Bu çalışmada ND yapan annelerin aldıkları bakımı “çok iyi” ve “iyi” olarak değerlendirdikleri ve DSHBDÖ alt boyut ve total puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık olmadığı, ancak C/S ile doğum yapan anneler ile toplamda tüm annelerde alınan bakımı çok iyi olarak değerlendirenlerin DSHBDÖ göre total ve alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,005$) (Tablo 6.3.4). ND yapan annelerde DS bakımları için hemşirelerin yanlarına gitme sıklığını yeterli olarak değerlendirenlerin DSHBDÖ bakım alt boyut puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 6.3.5). Sezaryen ile doğum yapan anneler ile genel toplamda tüm annelerde hemşirelerin yanlarına gitme sıklığını yeterli olarak değerlendirenlerin DSHBDÖ total ve alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak ($p<0,01-0,001$) daha yüksek saptanmıştır (Tablo 6.3.5). ND yapan anneler bakım için ayrılan süreyi genel olarak yeterli buldukları ve bu bağlamda DSHBDÖ puan ortalamaları açısından farklılık olmadığı görülmüştür. Sezaryen ile doğum yapan anneler ile genel toplamda tüm annelerde bakım için ayrılan süreyi çok iyi/yeterli olarak değerlendiren annelerin DSHBDÖ total ve alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak ($p<0,01-0,001$) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6.3.6). Bu sonuçlar bize; C/S doğum yapan annelerin DS sürece ek olarak verilen postoperatif bakımın değerlendirmelerinde etkili olabileceğini düşündürmüştür. Bunun yanında annelerin kendilerine sunulan bakımın standartlarının farkında olmadıklarını, ND yapan annelerin sunulan bakımın yeterli olduğunu düşünmüş olabilecekleri, ND yapan annelerde DS sürece ek olarak postoperatif bakımın yer almaması nedeniyle DS verilen bakımın ND yapan annelerin bakım ihtiyaçları için yeterli olduğunu ve hemşirelerin verdikleri mevcut bakımı annelerin yeterli bulmuş olabilecekleri düşünülmüştür.

7.1.6 Normal ve sezaryen doğum yapan annelerin doğum sonu konfor ölçeği (DSKÖ) ve konforlarına ilişkin ifadelerine yönelik bulguların tartışılması

Erkaya ve ark. (2017) tarafından vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan kadınların postpartum dönemde konfor düzeylerini belirlemek için yapılan çalışmada normal

doğum yapan kadınların DSKÖ puanı $82,339 \pm 15,71$, sezeryan doğum yapan kadınların DSKÖ puanı $82,022 \pm 16,99$ olarak saptanmıştır. Çalışmada sezeryan ve normal doğum yapan kadınların DSKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Çapık ve ark. (2014) tarafından yapılan çalışmada normal doğum yapan kadınların DSKÖ puan ortalaması $119,53 \pm 13,93$, sezeryan doğum yapanların puan ortalaması $117,05 \pm 13,24$ olarak saptanmıştır. Normal doğum ve sezaryen doğum yapan kadınların DSKÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olmadığı, sosyokültürel ve fiziksel alt boyutlarında normal doğum yapan kadınların puan ortalamasının sezaryen doğum yapanlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır. Derya (2015) tarafından sezeryan doğum yapan loğusalarda hemşirelik bakımının doğum sonu konfor düzeyini değerlendirmek için yapılan yarı deneysel çalışmada deney grubunda DSKÖ puan ortalaması $138,7 \pm 8,79$, kontrol grubunda ise $131,06 \pm 9,30$ olarak bulunmuştur. Bu çalışmada normal doğum yapan kadınların DSKÖ puan ortalaması $166 \pm 16,77$, sezeryan doğum yapan kadınların DSKÖ puan ortalaması ise $133,80 \pm 21,62$ olarak bulunmuştur (Tablo 6.4.1). Literatür ile karşılaştırıldığında bu çalışmada normal doğum ve sezeryan doğum yapan kadınlarda DSKÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Doğum şekline göre annelerin DS konfor düzeylerinde anlamlı bir farklılık olmamakla ($p > 0,05$) birlikte DSKÖ total ve alt boyu puan ortalamalarının normal doğum yapan annelerde biraz daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 6.4.1) Derya (2015) tarafından yapılan çalışmada konfor kuramı doğrultusunda yapılandırılmış bir bakım alan ve deney grubunda yer alan kadınlarda DSKÖ puan ortalamasının kontrol grubundan anlamlı yüksek olduğu bildirilmiştir. Hemşirelikte gereksinimlerin karşılanması olarak ifade edilen konfor kavramı annenin konforunu etkileyen özellikle de sezaryen sonrası yaşanan ağrı, yorgunluk gibi problemlerden etkilenebilmektedir. Bu nedenle bu çalışmada normal doğum yapan kadınlarda DSKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamasının sezaryen doğum yapan kadınlardan daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Karakaplan'ın çalışmasında annelerin servise kabulünden taburcu olana kadar her açıdan genel konforlarını değerlendirmesi istendiğinde; tüm gruplarda "iyi" olarak değerlendirenlerin yüksek olduğu görülmüştür. Özkan'ın (2002) erken

postpartum dönemde hastanede verilen hemşirelik bakımını değerlendirdiği çalışmada annelerin doğum sonu bakımından memnun olma durumları ile ölçekten aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında; memnun olan annelerin ölçek puan ortalaması 70,3, memnun olmayan annelerin ölçek toplam puan ortalaması 61,5, annelere “Aldığınız bakımdan memnun musunuz?” sorusu sorulmuş ve “evet” “hayır” şeklinde cevap vermeleri istenmiş; annelerin %96,2’sinin bu soruya “evet” dediği bildirilmiştir. Bu çalışmada annelerin DS servise kabulünden taburculuk öncesine kadar genel olarak konforlarını “iyi” olarak tanımladıkları (ND %72,1, SC %46,2) ve gruplar arası anlamlı olarak farklılık gösterdiği ($p<0,05$), annelerin DS konfor düzeylerine (ND: $9,01\pm1,86$; C/S: $8,24\pm1,88$) ve DS aldıkları hemşirelik bakımının konforlarını etkileme düzeylerine (ND: $8,65\pm1,82$; C/S: $7,98\pm2,13$) yüksek puan verdikleri ve doğum şekline göre bu puanların ND yapan annelerin lehine anlamlı olarak farklılık gösterdiği ($p<0,05-0,01$) belirlenmiştir (Tablo 6.4.2). Annelerin DS hemşirelerden aldığı bakıma verdikleri puan ile DSK ölçeği total puan ortalaması arasındaki ilişki istatistiksel açıdan $p<0,01$ düzeyinde pozitif yönde anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,005-0,01$) (Tablo 6.4.3). Bu sonuçlar DS konforun artırılmasında verilecek hemşirelik bakımının önemli olduğunu göstermektedir.

Çapık ve ark. (2014) tarafından yapılan çalışmada doğum yapan kadınların yaş, eğitim düzeyi ve aile tipini içeren sosyo-demografik özellikler ile DSKÖ toplam puanı arasında anlamlı farklılık saptanmamış, sadece gelir düzeyi ile DSKÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Geliri giderinden az olan kadınların geliri giderine denk olanlardan daha düşük puan aldıkları belirtilmiştir. Bu çalışmada ise ND yapan annelerde sadece çalışanların DSKÖ göre sosyokültürel ve total konfor puanlarının anlamlı olarak ($p<0,05$) daha yüksek olduğu, bunun dışındaki sosyo-demografik özellikler açısından farklılık olmadığı belirlenmiştir. C/S ile doğum yapan ve de genel olarak tüm annelerde sosyodemografik özelliklerle DSKÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6.4.4).

Karakaplan’ın çalışmasında DS alınan bakımın annelerin konforunu etkileme durumu incelendiğinde; ND yapan annelerin “hiç etkilemedi” (%52,0) ifadesini, genel anestezi ve rejyonel anestezi ile C/S olan annelerin ise “biraz etkiledi” (%)

44,0-56,0) ifadesini kullandıkları ve aldığı hemşirelik bakımına göre ND yapan annelerin konforunun hiç etkilenmemesine karşın, sezaryen olan annelerin konforunun biraz etkilendiği bildirilmiştir. Bu çalışmada normal doğum yapan annelerin aldıkları bakımı “çok iyi” ve “iyi” olarak değerlendirdikleri, DSKÖ alt boyut ve total puan ortalamaları açısından fiziksel ve psikospiritüel alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). C/S ile doğum yapan anneler ile toplamda tüm annelerde alınan bakımı çok iyi olarak değerlendirenlerin DSKÖ göre total ve alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,005$) (Tablo 6.4.5). Normal doğum yapan annelerde DS bakımları için hemşirelerin yanlarına gitme sıklığını kısmen yeterli buldukları ve bu bağlamda DSKÖ puan ortalamaları açısından farklılık olmadığı görülmüştür. Sezaryen ile doğum yapan anneler ile genel toplamda tüm annelerde hemşirelerin yanlarına gitme sıklığını yeterli olarak değerlendirenlerin DSKÖ total ve alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak ($p<0,01-0,001$) daha yüksek saptanmıştır (Tablo 6.4.6). ND yapan anneler bakım için ayrılan süreyi genel olarak yeterli buldukları ve bu bağlamda DSKÖ puan ortalamaları açısından farklılık olmadığı görülmüştür. Sezaryen ile doğum yapan anneler ile genel toplamda tüm annelerde bakım için ayrılan süreyi “çok iyi/yeterli” olarak değerlendiren annelerin DSKÖ total ve alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak ($p<0,01-0,001$) daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6.4.7). Bu sonuçlar doğum sonunda beklentilerin karşılanması kadınların konforunu ve memnuniyetini de olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.

7.2. Sonuç

7.2.1 Çalışmanın yapıldığı klinikte doğum sonu hemşirelik bakım hizmetine ilişkin sonuçlar

- Sezaryen doğum yapan annelerin ND yapanlara göre anlamlı olarak daha uzun süre hospitalize edildikleri belirlenmiştir (ND: 21,90/saat; C/S: 40,60/saat).
- Hemşirelerin bakım girişimi olarak annelere en fazla ANT uyguladıkları (ND: ortalama 9,4 kez, C/S: 13 kez), sezaryen doğum yapan annelere normal doğum yapan annelerden daha fazla ANT, kanama takibi (ND: 3,5 kez; C/S: 6,1 kez),

ilaç uygulaması, diürez takibi (ND: 2,8 kez; C/S: 6,2 kez), mobilizasyon vb. girişimleri yaptıkları ve farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

- Hemşirelerin doğum sonrası annelere gündüz çalışma saatlerinde bakım için daha fazla zaman ayırdıkları görülse de bu sürenin toplamda 1/1,5 saati geçmediği belirlenmiştir (Gündüz bakım için ayrılan süre: ND yapan anneler için ortalama 54 dk.; C/S için 79 dk.). Annelerin DS serviste toplam yatış süreleri ile hemşirelerin bu annelerin DS servise alınmasından taburcu olana kadar ayırdığı toplam bakım süreleri arasında pozitif yönde, yüksek korelasyon olduğu ve bunun ileri düzeyde anlamlılık gösterdiği ($p<0,001$) belirlenmiştir.

7.2.2 Olguların tanımlayıcı özellikleri, doğum ve doğum sonu (DS) dönemleri ile bakıma ilişkin sonuçlar

- ND yapan annelerin yaş ortalaması 28,8, C/S ile doğum yapanların ise 31,13 olarak bulunmuştur. Sezaryen ile doğum yapan annelerde eğitim düzeyi (üniversite: ND: %26,2; C/S: %50,5) ve çalışan oranı (ND: %24,2; C/S: %42,9) daha yüksek olarak saptanmıştır. Annelerin neredeyse tamamı yakınının sosyal güvencesinin var olduğu ve her iki grupta da bu gebeliklerinin çoğunlukla istenen gebelik olduğu (ND: %77,0; C/S: %81,3) belirlenmiştir.
- Sezaryen olan annelerin yarısından fazlasının ilk, ND yapan annelerin çoğunlukla ikinci doğumları olduğu, ND yapan annelerin %32,8'i, C/S annelerin %47,3'ü doğumlarını “iyi çok iyi/güzel çok güzel” olarak yorumladığı, doğumlarını “zor, çok zor” olarak ifade edenlerin %26,2 oranıyla ND yapan annelerde olduğu belirlenmiştir.
- Doğumdan sonra annelerin çoğunlukla (ND: %90,2; C/S: %86,8) olumlu/pozitif duyguları daha yoğun yaşadıkları, doğum sonrası annelerin çoğunluğunun (ND: %86,9; C/S: %78,0) kaygı yaşamadığı belirlenmiştir.
- ND yapan annelerin %65,6'sı, C/S olanların %71,1'i doğumdan sonra yardıma desteğe ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Her iki gruptaki annelerin çoğunlukla (ND: %80,3; C/S: %79,1) DS rahatsızlık hissetmediği saptanmıştır. ND yapan annelerin %62,3'ü DS ilk yarım saat içinde emzirmeye başladıkları, C/S ile doğum yapan annelerin ise %82,4'nün ilk bir saat ve üzerinde emzirmeye başladıkları belirlenmiştir. Annelerin DS kendi ve bebek bakımına ilişkin güven

düzeylerinin (Min: 1-Max: 10) ND yapanlarda 9,01, C/S ile doğum yapanlarda 8,24 olduğu tespit edilmiştir.

- Annelerin DS aldıkları bakımı “çok iyi” (ND: %50,8; C/S: %47,3) ve “iyi” (ND: %49,2; C/S: %41,8) olarak değerlendirdiği, DS bakım için hemşirelerin yanlarına gitme sıklığını çoğunlukla yeterli buldukları (ND: %73,8; C/S: %82,4), hemşirelerin DS bakıma ayırdıkları süreyi ND yapan annelerin yarısından fazlasının (%65,6) “iyi sayılır/fena değil”, C/S ile doğum yapanların ise yarıya yakınının (%47,3) “çok iyi/yeterli” olarak değerlendirdikleri saptanmıştır. *“Hemşireler ne sıklıkla yanınıza gelmeli ve bakımınıza ne kadar süre ayırmalı?” sorusuna;* ND yapan anneler öncelikle %32,8 oranıyla “İhtiyacım olduğu kadar/her istediğimde” hemşireler yanıma gelsin derken, C/S ile doğum yapan annelerin %36,3’ü mevcut durumu yeterli bulduğunu ifade etmiştir. Hemşirelerin bakım için ayırdıkları süre açısından, ND yapan annelerin yarısından fazlası (%54,1) mevcut süreyi yeterli bulduğunu ifade ederken, C/S ile doğum yapan annelerin yarıya yakını (%45,1) “İhtiyacım olduğu kadar” süre ayırmaları gerektiği ifadesinde bulunmuştur. DS aldıkları bakıma verdikleri puanın ortalamalarının (Min:1-Max:10) ND yapanlarda 8,91, C/S ile doğum yapanlarda 8,17 olarak benzer olduğu tespit edilmiştir.

7.2.3 Doğum sonu hemşirelik bakımını değerlendirme ölçeğine (DSHBDÖ) yönelik sonuçlar

- Annelerin DSHBDÖ total puan ortalamasına göre (ND 128,13; C/S 131,67) aldıkları DS bakımı orta düzeyde değerlendikleri görülmüştür.
- DSHBDÖ total puan ortalaması C/S ile doğum yapan annelerde normal doğum yapan annelere göre biraz daha yüksek saptansa da (ND: 128,13±22,69; C/S: 131,67±36,85) fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p<0,05$). Alt boyutlarda da sonuçların farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p<0,05$).
- Annelerin DS hemşirelerden aldıkları bakıma verdikleri puan ile DSHBDÖ alt boyut ve total puan ortalamaları arasında pozitif yönde, eğitim boyutunda zayıf ($r=,33$), bakım ($r=,54$) ve toplamda ($r=,44$) orta düzeyde ve ileri derecede anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

- Annelerin doğum şekillerine göre değil ancak genel toplamda yaşları ile DSHBDÖ bakım altboyutu puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$) bulunmuştur. Annelerin eğitim, çalışma durumları ve sosyal güvenceleri ile DSHBDÖ total ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Normal doğum yapan annelerin aldıkları bakımı tamamı “çok iyi” ve “iyi” olarak değerlendirdikleri için DSHBDÖ alt boyut ve total puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Ancak C/S ile doğum yapan anneler ile toplamda tüm annelerde alınan bakımı “çok iyi” olarak değerlendirenlerin DSHBDÖ göre total ve alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,01-0,001$).
- ND yapan annelerde DS bakımları için hemşirelerin yanlarına gitme sıklığını yeterli olarak değerlendirenlerin DSHBDÖ bakım alt boyut puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Sezaryen ile doğum yapan anneler ile genel toplamda tüm annelerde hemşirelerin yanlarına gitme sıklığını yeterli olarak değerlendirenlerin DSHBDÖ total ve alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak ($p<0,01-0,001$) daha yüksek saptanmıştır.
- Normal doğum yapan annelerin bakım için ayrılan süreyi genel olarak yeterli buldukları ve bu bağlamda da DSHBDÖ puan ortalamaları açısından farklılık olmadığı görülmüştür ($p<0,05$). Sezaryen ile doğum yapan anneler ile genel toplamda tüm annelerde bakım için ayrılan süreyi çok iyi/yeterli olarak değerlendiren annelerin DSHBDÖ total ve alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,01-0,001$).

7.2.4 Doğum sonu konfor ölçeği (DSKÖ) ve annelerin konforlarına ilişkin ifadelerine yönelik sonuçlar

- DSKÖ total (ND: $166,0\pm16,7$; C/S: $133,8\pm21,6$) ve alt boyut puan ortalamaları (Fiziksel konfor: ND: $69,0\pm9,0$; C/S: $52,03\pm9,8$) normal doğum yapan annelerde daha yüksek bulunsada, doğum şekline göre annelerin DS konfor düzeylerinde bu farklılıkların olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).
- Annelerin DS servise kabulünden taburculuk öncesine kadar genel olarak konforlarını “iyi” olarak tanımladıkları ancak doğum şekline göre oranların (ND

%72,1, SC %46,2) anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) belirlenmiştir. DS konfor düzeylerine (ND: $9,01\pm1,86$; C/S: $8,24\pm1,88$) ve DS aldıkları hemşirelik bakımının konforlarını etkileme düzeylerine annelerin (ND: $8,65\pm1,82$; C/S: $7,98\pm2,13$) yüksek puan verdikleri ve doğum şekline göre bu puanların ND yapan annelerin lehine anlamlı olarak farklılık gösterdiği ($p<0,05-0,01$) saptanmıştır.

- Annelerin DS hemşirelerden aldıkları bakıma verdikleri puan ile DSKÖ göre fiziksel ($r=,18$) ve psikospiritüel konfor ($r=,26$) ile genel konfor ($r=,22$) puan ortalamaları arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır ($p<0,05-0,01$).
- ND yapan annelerde sadece çalışanların DSKÖ göre sosyo-kültürel ve total konfor puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p<0,01$), bunun dışındaki sosyo-demografik özellikler açısından farklılık olmadığı belirlenmiştir. C/S ile doğum yapan ve de genel olarak tüm annelerde sosyo-demografik özelliklerle DSKÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).
- ND annelerde aldıkları bakımı “çok iyi” olarak değerlendirenlerin DSKÖ fiziksel ve psikospiritüel alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). C/S ile doğum yapan anneler ile toplamda tüm annelerde aldıkları bakımı “çok iyi” olarak değerlendirenlerin DSKÖ göre total ve tüm alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,01-0,001$).
- ND yapan annelerde DS bakımları için hemşirelerin yanlarına gitme sıklığı ile DSKÖ puan ortalamaları arasında farklılık olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). C/S ile doğum yapan anneler ile genel toplamda tüm annelerde hemşirelerin yanlarına gitme sıklığını “yeterli” olarak değerlendirenlerde DSKÖ total ve alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,01-0,001$).
- ND yapan annelerde DS bakım için ayrılan süre ile DSKÖ alt boyut ve total puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). S/C ile doğum yapan anneler ile genel toplamda tüm annelerde bakım için ayrılan süreyi “çok iyi/yeterli” olarak değerlendiren annelerin DSKÖ total ve alt boyut puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,01-0,001$).

Çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlar **H₁ Hipotezini** “Normal vajinal doğum ve rejyonel anestezi ile sezaryen doğum yapan annelere doğum sonu hastanede verilen bakım hizmetleri aynı değildir ve verilen bakımın konforlarına etkisi vardır” doğrular niteliktedir.

7.3. Öneriler

- Hastanelerde DS servislerin Doğum ve Kadın Hastalıkları servislerindeki diğer servislerden ayrılarak hemşire sayısını arttırmak verilen bakım hizmeti kalitesini ve beraberinde DS konforu da arttıracaktır.
- Hemşirelere DS bakım ve hasta memnuniyetine yönelik hizmet içi eğitimler verilmeli ve mevcut eğitimlerin sayısı artırılmalıdır.
- Doğum ve DS verilen hemşirelik bakımına yönelik standartlar oluşturulması bakımın kalitesini arttırarak hasta memnuniyetini ve beraberinde konforu arttıracaktır.
- Hemşirelere, hemşireliğin bakım verici rolü ve bu rolün gerek hemşirelik mesleğindeki, gerekse hasta bakım ve tedavisindeki önemi hakkında eğitim verilmeli ve bu alanda çalışmalar yapılarak literatüre katkı sağlanmalıdır.
- Doğum sonu bakımı ve konforu değerlendiren çalışmaların farklı örneklerde yapılarak karşılaştırılması, elde edilen sonuçların değerlendirilerek mevcut uygulamalarda düzenleme yapılması bakımın kalitesini ve konforu arttıracaktır.

8. KAYNAKLAR

1. Akay N. Sezaryen Sonrası Annenin ve Bebeğin İzlenmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003 (Danışman Prof. Dr. N Kömürcü).
2. Aksoy M, Aksoy AN, Dostbil A, Çelik M. G, Ahıskalıoğlu A. Sezaryen Ameliyatlarında Uygulanan Anestezi Teknikleri: Son On Yılın Retrospektif Analizi. Turk J Anaesth Reanim 2014;42:128-32.
3. Altuntuğ K, Ege E. Sağlık Eğitiminin Annelerin Taburculuğa Hazır Oluş, Doğum Sonu Güçlük Yaşama Ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2013;15.2:45-56.
4. Arslan H, Konuk Şener D. Stigma, spiritüalite ve konfor kavramlarının Meleis' in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009;2.1:51-58.
5. Atasoy I, Aygin D. Premedikasyon ve Hemşirelik Bakımı, Hemşirelik Forumu Dergisi, 2001;4:4-5.
6. Başer M, Mucuk S, Korkmaz Z, Seviğ Ü. Postpartum dönemde anne ve babaların yenidoğan bakımına ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi, 2005;14.1:54-58.
7. Baybek H, Oflaslı F, Peker Ö. Muğla Devlet Hastanesinde yatan gebelerin doğum sonu egzersizler hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2003;7.2:28-33.

8. Beksac MS, Demir N, Koç A, Yüksel A. Obstetrik Maternal Fetal Tıp & Perinatoloji. Malatyahoğlu E. Perinatal Enfeksiyonlar. MN Medikal & Nobel, 2001;470-523.
9. Beydağ KD. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007;6.6:479-484.
10. Bilgin NÇ, Potur DC. Doğum sonu dönem kanıt temelli yaklaşımlar ve hemşirelik. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010;3.3,80-87.
11. Can HÖ. Doğum Sonrası Bakım Rehberlerinin Kanıt Temelli Çalışmalarla Gözden Geçirilmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2015;5.2,40-47.
12. Ceylanteğin Y. Sezaryenle ve Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi ve Sonrası Tecrübe ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Afyon (Danışman: Doç. Dr. M Yılmaz).
13. Coşkun A, Köstü B, Ercan Ö, Kıran H, Güven MA, Kıran G. Kahramanmaraş İl Merkezinde 2004-2006 Yıllarındaki Doğumların Karşılaştırılması. Türk Jinekoloji ve Obstetri Dergisi. 2007;4.3:168-172.
14. Coşkun G. Doğum Sonu Bakımın Anneler Tarafından Değerlendirilmesi, Ebelik AD Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, 2003 (Danışman Y.Doç.Dr. M Yurdakul).
15. Cunnigham FG, Gant NF, Leveno KJ. Cesarean Section and Postpartum Hysterectomy In: Williams Obstetrics 21st Ed. 2001;537-565.

16. apık A, zkan H, Apay SE. Loğusaların Doğum Sonu Konfor Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2014;7:3.
17. Çelik AS, Türkoğlu N, Pasinlioğlu T. Annelerin Doğum Sonu Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluk Düzeylerinin ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2014;32:1-7.
18. Çelik AS, Türkoğlu N, Pasinlioğlu T. Annelerin Doğum Sonu Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;17:3.
19. Dağ H, Er Güneri S, Kavlak O, Şirin A. Doğum yapan kadınların doğum sonu öğretim ihtiyaçları ve taburculuğa hazır oluşluğunun belirlenmesi. sstb international refereed academic journal of sports, health & medical sciences, 2014;10.4.
20. De Cherney AH, Nathan L. Cesarean Section In: Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. 2003;9:518-29
21. Decherney HA, Nathan L. The Normal Puerperium, Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Newyork USA Ninth Edition, 2003.
22. Depp R. Obstetrics Normal and Problem Pregnancies (4.ed.) . In:Gabbe S, Niebyl J, Simpson J, (eds). Churchill Livingstone Publishing, 2002;599.
23. Derya YA, Sezaryen İle Doğum Yapan Loğusalara Konfor Kuramına Göre Verilen Hemşirelik Bakımının Doğum Sonu Konfor Düzeyine Etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2012, Erzurum, (Danışman Prof. Dr. T Pasinlioğlu).
24. Duran ET, Atan ŞÜ. Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. Genel Tıp Dergisi, 2011;21:3.

25. Eker A. Sezaryen Sonrası Verilen Bakımın Hasta Memnuniyetine Etkisi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Mersin, (Danışman Y.Doç. Dr. M Yurdakul).
26. Erdem MK, Özgen S, Coşkun F. Obstetrik Anestezi ve Analjezi. Kişnişci H, Gokşin E (Eds.) Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Melisa Matbaacılık, 1996;173-186.
27. Erdemoğlu M, Kale A, Akdeniz N. Obstetrik Nedenlerle Acil HisterotomiYapılan 52 Olgunun Analizi. Dicle Tıp Dergisi, 2006;33:227-230.
28. Erkaya R, Türk R, Sakar T. Determining Comfort Levels of Postpartum Women after Vaginal and Caesarean Birth. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 2017;237:1526-1532.
29. Erkıran AA. Spontan Vajinal Doğum Ve Sezaryen İle Doğum Yapan Hastaların Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Hematolojik Değerlerinin Kan Kaybı Açısından Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, 2009, İstanbul (Tez Danışman: Prof. Dr. A Göçmen).
30. Ertem G, Sevil Ü. Geliştirilen Standartlar Doğrultusunda Verilen Hemşirelik Bakımının Bakım Kalitesine ve Hasta Memnuniyetine Olan Etkisinin İncelenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2007;4:2.
31. Eskicioğlu F, Hasdemir PS, Çelik H, Koyuncu FM. Sağlık politikalarının, hekimlerin sezaryen kararı almalarında etkisi: ikinci basamak sağlık kuruluşu değerlendirilmesi. Pamukkale Tıp Dergisi 2014;7.2:119-123.
32. Gölbaşı Z. Postpartum Dönemde Erken Taburculuk, Evde Bakım Hizmetleri ve Hemşirelik. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003;7.2:15-22.

33. Gözükarar AGF, Eroğlu K. İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2008;15.1:032-046.
34. Güner T. Annelerin Postpartum Dönemde Kendilerinin ve Bebeklerinin Bakımında Yaşadıkları Sorunların Karşılaştırılması, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik, Yüksek Lisans Tezi, 2007, Sivas, (Danışman: Prof. A Çetin).
35. Güngör İ, Gökyıldız Ş, Nahçıvan NÖ. Sezeryan doğum yapan bir grup kadının doğuma ilişkin görüşleri ve doğum sonu erken dönemde yaşadıkları sorunlar. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 2004;13.53:185-198.
36. Günüşen İ, Karaman S, Akercan F, Fırat V, Akdemir A, Yılmaz F, Çırpan T. Elektif sezaryenlerde farklı anestezi yöntemlerinin yenidoğan üzerine etkileri: retrospektif çalışma. Ege Tıp Dergisi, 2009;48.3:189-94.
37. Gürcüoğlu EA., Vural G. Annelerin Doğum Sonu Dönemde Hastanede Verilen Ebelik/Hemşirelik Bakımından Memnuniyetleri. Gazi Medical Journal, 2017; 29.1.
38. Hefner L, Eklin E, Fretts R. Impact of LaborInduction, GestastionalAge and MaternalAge on Cesarean Delivery Rates. Obstetrics-Gynecology, 2003;102:287-293.
39. Kara FS. Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğindeki İki Yıllık Sürede Sezaryen Doğumların Değerlendirilmesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2004 (Danışman: Prof. Dr. M Yayla).

40. Karabacak Ü, Acaroğlu R, Konfor Kuramı, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 2011;4.1:197-202.
41. Karabulutlu Ö. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 2012;20.3.
42. Karakaplan S. Doğum Şeklinin Annelerin Doğum Sonu Konforuna ve Yenidoğan Üzerine Etkileri, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, İstanbul (Danışman: Yar. Doç. Dr. H Yıldız Eryılmaz).
43. Karakaplan S, Yıldız H. Doğum Sonu Konfor Ölçeği Geliştirme Çalışması, Maltepe Üniversitesi, Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 2010;3,1:55-65.
44. Khan KS, Wojdyla D, Say L et al. WHO Analysis of Causes of Maternal Death: a Systematic Review. Lancet 2006;367:1066-1074
45. Kızılkaya N. Seksiyo Sezaryenle Doğum Yapan Kadınların Bu Yönteme Karşı Tepkilerinin Belirlenmesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 1995;9.36:41-48.
46. Kolcaba K. Comfort Theory and Practice: a Vision for Holistic Health Care and Research. Springer Publishing Co, New York, 2003.
47. Korfalı G, Kahveci F, Yılmazlar A, Bilgin H, Yavaşcağlu B. Lokal Anestezikler, Anestezide Temel Konular. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2003;117-129.
48. Korkmaz HF. Elektif Sezeryanlarda Genel Anestezi veya Kombine Spinal Epidural Anestezinin Anne ve Yenidoğan Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, 2004, İstanbul, (Danışman: Uzm. Dr. A Hancı).

49. K  m  rc   N. Bakırk  y SSK Doğum Hastanesinde İlk Doğumunu Yapan Annelerin Doğum Eylemlerine İlişkin Duygu Ve D ş nceleri, M. . Meslek Y ksek Okulu, 1989;263-267.
50. Lowdermilk DL, Pery SE, Bobok IM. MaternityWomen’s Healty Care, Mosby, 2000, London.
51. Madlon-Kay DJ, DeFor TA. Maternal postpartum health care utilization and the effect of Minnesota early discharge legislation. The Journal of the American Board of Family Practice,2005;18.4:307-311.
52. Mirak T,   zdemir A, G  ler A, Atlı  , Taner C, Derin G. Hypogastric Artery Ligation For Life Threatening Obstetric Hemorrhage. Medical Journal of Kocatepe, 2004;5:41-44
53. Mucuk S , G  ler N. Annelerin Doğum Sonu D  nmede Bakım Beklentileri ve Bu Beklentilerin Hemşireler Tarafından Karşılanma Durumu, Erciyes  niversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2002;11.1:21-30.
54. NiinoY. The increasing cesarean rate globally and what we can do about it. Bioscience trends, 2011;5.4:139-150.
55.   zcan ř, Aslan E. Normal Doğumda ve Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetinin Belirlenmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 2015;23.1:41-48.
56.   zer HT. Doğum şeklinin Annelerin Postpartum İlk 24 Saatteki Doğum Sonu Konforuna Etkisi, İstanbul  niversitesi Sağlık Bilimleri Enstit s , Y ksek Lisans Tezi, İstanbul, 2011, (Danışman: Doç. Dr. G Rathfisch).

57. Özkan OH. Erken Postpartum Dönemde Hastanede Verilen Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2002, (Danışman: Doç. Dr. T Pasinlioğlu).
58. Özkan S, Aksakal FN, Avcı E, Civil EF, Tunca MZ. Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler/Delivery methods: choices for women and related factors. Turkish Journal of Public Health, 2013;11.2:59-71.
59. Pernoll M.L. Çağdaş Obstetrik ve Jinekoloji El Kitabı, Palme Yayıncılık, Ankara, 2002;126-129.
60. Pınar G, Doğan N, Algier L, Kaya N, Çakmak F. Annelerin Doğum Saonu Konforunu Etkileyen Faktörler, Dicle Tıp Dergisi, 2009;36.3:184-190.
61. Sungur MO, Havas F, Karadeniz , Acar U, Altun D, Seyhan TÖ. Elektif Sezaryen Ameliyatlarında Anestezi Seçiminin Ameliyat Odası Kullanım Süresine Etkisi: Spinal mi Genel mi?. Türk Anest Rean Der Dergisi, 2012;40: 136-43.
62. Şahin NH, Güngör İ, Sömek A. Kadınların doğum yöntemlerine ilişkin görüşleri ve erken postpartum dönemdeki sorunlarının belirlenmesi: Bir Özel Hastane Örnekleme. Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi, 2007;21.4:197-204.
63. Şener EB. Sezaryende Genel ve Epidural Anestezinin Anne Anestezi Konforu ve Yeni Doğan Üzerine Etkileri, Uzmanlık Tezi, Samsun, 2000 (Doç. Dr. F Göldoğan).
64. Şevket O. Primer Sectio Caesarea Abdominalis Olgularında Per – Operatuar Servikal Dilatasyon ile Erken Uterin insizyon Stabilesi Arasındaki İlişki, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2005 (Danışman: Doç. Dr. S Sönmez).

65. Taşkın L., Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği , Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2012.
66. Williams A, Herron Marx S, Knibb R. The Prevalence of Enduring Postnatal Perineal Morbidity And Its Relationship To Type Of Birth Risk Factors. J Clin Nurs 2007;16.3:549-561
67. Yıldız H. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Geliştirme Çalışması, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 2011, 4.1.
68. Yıldız H., Doğum Sonu Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesinde Ölçek Geliştirilmesi ve Uygulanan Bakım Yönteminin (Pathway) Etkilerinin Belirlenmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1999 (Danışman: Prof. Dr. H Arslan).
69. Yılmaz M. Ameliyat Öncesi Öğretimin Ameliyat Sonrası Komplikasyonlara ve Hasta Memnuniyetine Etkisi, Hemşirelik Araştırma Dergisi, 2002;4.1:40-51.
70. Yılmaz S. Vajinal Yol ve Sezaryenle Doğum Yapan Kadınların Doğumdan Sonra Kendi ve Yeni Doğan Bakımında Yaşadığı Sorunlar, Yüksek Lisans Tezi, 2002, Sivas (Danışman: Prof. Dr. Ü Seviğ).

9. EKLER

9.1. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Onayı (Ek1)



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

PROJENİN ADI: Vajinal ve Rejyonel Anestezi ile Sezaryan Doğum Yapan Annelere Doğum Sonu Hastanede Verilen Bakım Hizmetleri ve Konforlarına Etkisi
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Yrd.Doç.Dr. Hatice Yıldız
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR: Gülcan Haral
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI: 05.04.2013-4

Sayın Yrd.Doç.Dr. Hatice Yıldız

40 protokol nolu "Vajinal ve Rejyonel Anestezi ile Sezaryan Doğum Yapan Annelere Doğum Sonu Hastanede Verilen Bakım Hizmetleri ve Konforlarına Etkisi" isimli projeniz Enstitümüzün Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.

F. Arıcıoğlu
Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Komisyon Başkanı

Y. Alıcan
Prof. Dr. İnci ALICAN

L. Kabasakal
Prof. Dr. Levent KABASAKAL

N. Bahçecik
Doç. Dr. Nefise BAHÇECİK

A. Cingi
Doç. Dr. Asım CİNGİ

M. Çekir
Yrd. Doç. Dr. Murat ÇEKİR

S. Akköz
Prof. Dr. Serap AKYÜZ

A. Pehlivan
Prof. Dr. Aysel PEHLİVAN

O. Deymeli
Doç. Dr. Oğuzhan DEYMELİ

P. Ay
Doç. Dr. Pinar AY

Z. SARI
Yrd. Doç. Dr. Zübeyir SARI

Yrd. Doç. Dr. Tolga GÜVEN

2011
EFQM
Hükümetçe Yönelik
★★★★

EUA
European University Association

IPB

Marmara Üniversitesi Göztepe
Kampusu Sağlık Bilimleri
Enstitüsü 34688 Kadıköy /
İSTANBUL

0 (216) 414 44 23/12 (Faks)
0 (216) 414 44 23
Ayrıntılı bilgi için:

saglik.ogrenci@marmara.edu.tr
<http://saglik.marmara.edu.tr>

ASLI GIBİDİR
Op. Dr. S. Tolga BERİCİ
Hva Tıp. Enk. (2008-F-51)
Dış. No: 01725-104936
Dış. No: 01725-104936

9.2. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Tez Başlığı Değişiklik Onayı (Ek 2)

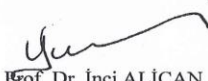


T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

PROJENİN ADI: Sezaryen ve Normal Doğum Yapan Annelere Doğum Sonu Hastanede Verilen Bakım Hizmetleri ve Konforlarına Etkisi
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ: Yrd.Doç.Dr. Hatice Yıldız
PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR: Gülcan Haral
ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI:03.09.2013-7

Sayın Yrd.Doç.Dr. Hatice Yıldız

05.04.2013-4 tarih ve onay sayılı, 40 protokol no.lu Etik Kurul Onayı bulunan “Vajinal ve Rejyonel Anestezi ile Sezaryen Doğum Yapan Annelere Doğum Sonu Hastanede Verilen Bakım Hizmetleri ve Konforlarına Etkisi” isimli projenin başlığının “Sezaryen ve Normal Doğum Yapan Annelere Doğum Sonu Hastanede Verilen Bakım Hizmetleri ve Konforlarına Etkisi” olarak değiştirilmesi uygun görülmüştür.

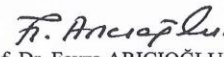

Prof. Dr. İnci ALİCAN

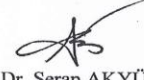

Prof. Dr. Levent KABASAKAL


Doç. Dr. Neftiye BAHÇECİK

Doç. Dr. Asım CİNGİ

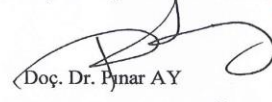
Yrd. Doç. Dr. Murat ÇEKİN

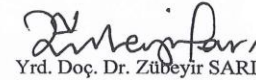

Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU
Komisyon Başkanı


Prof. Dr. Serap AKYÜZ

Prof. Dr. Aysel PEHLİVAN

Doç. Dr. Oğuzhan DEYNELİ


Doç. Dr. Pınar AY


Yrd. Doç. Dr. Zübeyir SARI

ASLI GİBİDİR

Op. Dr. Feriye DERİCİ
Hr. Tıp. Fak. (2003-51)
Genel Cerrahi Uzmanı
Bilg. No: 10172/191936
GATA H. H. H. H.

Yrd. Doç. Dr. Tolga GÜVEN

2011 EFQM
Marmara University Yabancı
★★★

EUA
European University Association

IPRO

Marmara Üniversitesi Göztepe
Kampüsü Sağlık Bilimleri
Enstitüsü 34688 Kadıköy /
İSTANBUL

0 (216) 414 44 23/12 (Faks)
0 (216) 414 44 23

Ayrıntılı bilgi için:

saglik.ogrenci@marmara.edu.tr
<http://saglik.marmara.edu.tr>

9.3. Kurum Onay Yazısı (Ek 3)

TASNİF DIŞI

**T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GATA HAYDARPAŞA EĞİTİM HASTANESİ BAŞTABIPLIĞI
İSTANBUL**

BŞTBP.BLMS.YRD. : 3730-134 -13/Cerr.Hst.Kadın Doğum

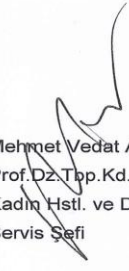
17 Haziran 2013

KONU : Svl.Me.(Hemşire) Gülcan HARAL Hk.

İLGİLİ MAKAMA

Svl.Me.(Hemşire) Gülcan HARAL (G-2008-79)'ın "Vajinal ve Rejyonel Anestezi ile Sezaryen Doğum Yapan Annelere Doğum Sonu Hastanede Verilen Bakım Hizmetleri ve Konforlarına Etkisi" konulu tez çalışması için kliniğimizde anket çalışması yapması uygundur.

Arz ederim.


Mehmet Vedat ATAY
Prof.Dz.Tıp.Kd.Alb.
Kadın Hstl. ve Doğum
Servis Şefi

TASNİF DIŞI

9.4. Hasta Bilgilendirme ve Onam Formu (Ek 4)

Sayın katılımcı bu çalışma ‘Normal vajinal ve rejyonel anestezi ile sezaryen doğum yapan annelere doğum sonrası hastanede verilen bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi ve bu bakım hizmetlerinin doğum sonu konforlarına etkisini’ belirlemek için hazırlanmıştır. Araştırma kapsamında vereceğiniz tüm bilgiler araştırmacı tarafından bilimsel veri olarak değerlendirilecek ve gizli tutulacaktır. Yalnızca çalışma için kullanılacaktır. Çalışmaya ancak gönüllü olarak katılabilirsiniz. Ayrıca çalışma süresince istediğiniz anda çalışmaya katılmaktan ve/veya çalışmayı sürdürmekten vazgeçebilirsiniz. Bu durumda araştırmacı ve hastane olarak sizin için hiçbir aksaklık olmayacaktır. Vereceğiniz cevaplar doğum sonrası annelere hastanede verilen bakım hizmetlerini ve bu hizmetlerin doğum sonu konforlarına olan etkisini belirleyecektir. Sorulara objektif ve samimi cevaplar vermenizi rica ederim. Lütfen sorulara size en uygun cevabı veriniz.

Katkılarınız için teşekkür ederim.

Katılımcı İmza

Araştırmacı Adı Soyadı-İmza

Yük. Hem. Gülcan HARAL

9.5. Tanılama Formu (Ek 5)

HASTA TANILAMA FORMU

1) Doğum şekliniz : () 1. Normal vajinal () 1. Sezaryen (Rejyonel)
2) Yaşınız :
3) Eğitim durumunuz: () 1. Okur yazar () 2. İlköğretim () 3. Lise () 4. Yüksek okul / Fakülte () 5. Okur yazar değil
4) Çalışıyor musunuz? () 1. Evet () 2. Hayır
5) Sosyal güvenciniz var mı? () 1. Var () 2. Yok
6) Doğum sayınız (Son doğum dahil)
7) Şimdiki gebeliğiniz istediğiniz/planladığınız bir gebelik mi? () 1. Evet () 2. Hayır
8) Genel olarak doğumunuz hakkındaki ne söylersiniz? (Doğumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?) -
Aşağıdaki sorular doğumdan sonraki sürece ilişkindir.
9) Doğum sonrası neler hissettiniz / hissediyorsunuz? -
10) Kendiniz ve bebeğiniz hakkında kaygılarınız var mı? () 1. Evet (Hangi konularda belirtiniz) () 2. Hayır

11) Yardıma/desteğe ihtiyaç duyduğunuz durumlar nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.) ☐ 0.Yardıma/desteğe ihtiyaç duymuyorum. ☐ 1. Emzirme ☐ 2. Ayağa kalkma ☐ 3. Kişisel hijyen ☐ 4. Perine hijyeni ☐ 5. Bebek bakımı ☐ 6. Beslenme ☐ 7. Tuvalet ihtiyacını karşılama ☐ 8. Diğer (belirtiniz.....)
12) Sizi rahatsız eden durum var mı? (en çok rahatsız eden durum) ☐ 1. Evet (belirtiniz) ☐ 2. Hayır
13) Bebeğinizi ilk ne zaman emzirmeye başladınız? ☐ 1. İlk yarım saat içinde ☐ 2. Yarım saat sonra ☐ 3. Bir saat ve üstü zaman sonra ☐ 4. Hiç emzirmediğim çünkü
14) Hemşirelerden aldığınız bakımı nasıl değerlendiriyorsunuz? ☐ 1. Çok iyi ☐ 2. İyi ☐ 3. Orta ☐ 4. Kötü ☐ 5. Çok kötü
15) Doğum sonu hemşirelerin sizin bakımınız için yanınıza gelme sıklığı sizce yeterlimiydi? ☐ 1. Evet yeterli ☐ 2. Kısmen yeterli ☐ 3. Yetersiz
16) Hemşirelerin sizin bakımınız için ayırdığı süreyi nasıl değerlendiriyorsunuz? ☐ 1. Çok iyi/yeterli ☐ 2. İyi ☐ 3. Yetersiz
17) Size göre hemşireler ne kadar sıklıkla sizin yanınıza gelmeli ve ne kadar süre ayırmalı? <u>SIKLIK</u> <u>SİZE NE KADAR ZAMAN AYIRSIN</u>

Aşağıdaki sorular 1 ile 10 puan arasında derecelendirilmiştir. 1 en kötüyü/azı 10 en iyi göstermektedir. Size sorulan sorulara yönelik düşüncenizi en iyi yansıtan puanı çizgi üzerini işaretleyerek gösteriniz.	
18) Doğum sonu hemşirelerden aldığınız bakımı 1 den 10 a kadar puanlasanız kaç puan verirsiniz?	
Çok kötü	1 _____ 10 çok iyi
19) Doğum sonu konfor düzeyinize kaç puan verirsiniz?	
Çok kötü	1 _____ 10 çok iyi
20) Doğum sonu aldığınız hemşirelik bakımının doğum sonu konforunuza etkisi nedir?	
Hiç yok	1 _____ 10 çok iyi
21) Bulunduğunuz ortamın sizi rahatsız etme düzeyi nedir?	
Çok Az	1 _____ 10 çok fazla
22) Doğum sonu kendi ve bebek bakımına ilişkin kendinize güveniniz nedir?	
Çok az	1 _____ 10 çok fazla
23) Doğum sonu servise kabulünüzden şu ana kadar her açıdan düşündüğünüzde konforunuzu nasıl değerlendirirsiniz? () 1. Çok iyi/mükemmel () 2. İyi () 3. Orta () 4. Kötü () 5. Çok kötü	

9.5. Bakım Hizmetleri Kayıt Form (Ek 6)

BAKIM HİZMETLERİ KAYIT FORMU										
ADI SOYADI										
DOĞUM ŞEKLİ: ☐ ND - ☐ REJYONEL ANESTEZİ İLE C/S										
YATAĞINA ALINMA TARİH - SAATİ:										
TABUCU OLMA TARİH - SAATİ :										
	GÜN SAAT	AYRILAN SÜRE /dk	ANT	KANAMA TAKİBİ	EMZİRME EĞİTİMİ	İLAÇ UYGULAMA	GAZ TAKİBİ	DIÜREZ TAKİBİ	MOBİLİZASYON	DiĞER UYGULAMALAR NOTLAR
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

9.6. Doğum Sonu Hemşirelik Bakımını Değerlendirme Ölçeği (DSHBDÖ) (Ek 7)

Doğum Sonu Hemşirelik Bakımını Değerlendirme Ölçeği (DSHBDÖ)

(Annelere yönelik ölçek formu)

Sayın Katılımcı,

Aşağıdaki maddelerin tamamı doğum sonrası hemşirelik bakımına yönelik ifadeleri içermektedir. Lütfen bu ifadeleri herhangi bir etki altında kalmadan ve bu serviste aldığınız bakımı düşünerek yanıtlayınız. Cevaplarınız bizim için son derece önemlidir ve gizli kalacak, yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Teşekkür ederim

<i>Aşağıdaki her ifadeye ne derece katıldığınızı, sağ tarafta size uygun olan maddenin altına (x) işareti koyarak belirtiniz.</i>	<i>Tamamen katılıyorum</i>	<i>Katılıyorum</i>	<i>Kısmen katılıyorum</i>	<i>Hiç katılmıyorum</i>
1. Hayati belirtilerim (Tansiyon, nabız, ateş) hemşireler tarafından düzenli kontrol edildi.				
2. Servisteki hemşireler, kanama durumumu düzenli olarak kontrol ettiler.				
3. Cinsel bölgenin temizliği hemşireler tarafından yapıldı ve kendimin yapması konusunda bana destek verildi.				
4. Hemşireler dikişlerimin durumunu kontrol edip bakım verdiler ve beni rahatlattılar.				
5. Servisteki hemşireler, kendimle ilgili ihtiyacım olan konularda bana yardımcı oldular.				
6. Hemşireler, oluşabilecek enfeksiyon riskine karşı; ateş, kanama şekli, dikişler vb. durumumu kontrol ettiler.				
7. Serviste yattığım süre içinde kendim ve bebeğimle ilgili ihtiyacım ya da sorunlarım olduğunda hemşireler benimle ilgilendiler.				

<i>Aşağıdaki her ifadeye ne derece katıldığınızı, sağ tarafta size uygun olan maddenin altına (x) işareti koyarak belirtiniz.</i>	<i>Tamamen katılıyorum</i>	<i>Katılıyorum</i>	<i>Kısmen katılıyorum</i>	<i>Hiç katılmıyorum</i>
8. İdrarım/ büyük abdestim/ hemoroidlerimle (basur) ilgili oluşan ya da oluşabilecek sorunlarda servisteki hemşirelerin gösterdiği yaklaşım beni rahatlattı.				
9. Servise geldiğimde hemşireler giysi, vücut temizliği, dinlenme ve beslenmemi sağlayarak beni rahatlattılar.				
10. Servisteki hemşireler, doğumdan sonra erken ayağa kalkmamı desteklediler ve bana yardımcı oldular.				
11. Doğumdan sonra kendim ve bebeğimle ilgili konularda en çok servisteki hemşirelerden yararlandım.				
12. Servisteki hemşireler, bebeğimi kucağıma alırken ve emzirirken nasıl tutmam gerektiği konusunda bana yardımcı oldular.				
13. Servisteki hemşireler, beni bebeğimi emzirmeye teşvik ederek yardımcı oldular.				
14. Hemşireler bebeğimi beslemek için gösterdiğim çabaları anladılar ve beni desteklediler.				
15. Bebeğimi emzirirken karşılaştığım sorunlarda (memeyle ve emzirmeyle ilgili) servisteki hemşirelerden aldığım yardım yeterliydi.				
16. Hemşireler bebeğime (göbek bakımı, alt temizliği, giydirme, banyo vb. konularda) bakım vererek benim yapmamı desteklediler.				

<i>Aşağıdaki her ifadeye ne derece katıldığınızı, sağ tarafta size uygun olan maddenin altına (x) işareti koyarak belirtiniz.</i>	<i>Tamamen katılıyorum</i>	<i>Katılıyorum</i>	<i>Kısmen katılıyorum</i>	<i>Hiç katılmıyorum</i>
17. Hemşireler, benim ve bebeğimin bakımına yönelik sorularımı cevaplamak için zaman ayırdılar/ ayırırlar.				
18. Bebeğimle aramda bağlılık/ilişki gelişmesini sağlayacak davranışlar hakkında (tutma, dokunma, kucaklama, göz-tensel temas, konuşma vb.) hemşirelerden yeterli yardım ve destek aldım.				
19. Servisteki hemşirelerden, ihtiyacım olan bakımı yeterli düzeyde aldım.				
20. Hemşireler, kendim ve bebeğimle ilgili yapılacak uygulamaları (işlemleri), nedenini ve sonucunu bana açıkladılar.				
21. Hemşireler, hayati belirtilerimi aldıktan sonra sonuçları hakkında bana bilgi verdiler.				
22. Hemşireler, doğum sonrası kanamamla ilgili olarak (süre, miktar, renk, koku) normal ve anormal durumları nasıl ayırt edebileceğimi bana açıkladılar.				
23. Loğusalık döneminde, gebelikte esneyen kaslarımın normale dönmesini sağlayacak egzersizler ve ne şekilde yatmam gerektiği hakkında hemşirelerden bilgi aldım.				
24. Hemşirelerden, doğumdan sonra yaşayabileceğim bedensel değişiklikler ve gebelik öncesi bedenime kavuşmamla ilgili bilgi aldım.				

<i>Aşağıdaki her ifadeye ne derece katıldığınızı, sağ tarafta size uygun olan maddenin altına (x) işareti koyarak belirtiniz.</i>	<i>Tamamen katılıyorum</i>	<i>Katılıyorum</i>	<i>Kısmen katılıyorum</i>	<i>Hiç katılmıyorum</i>
25. Hemşireler, cinsel bölgem, el ve vücut temizliğim hakkında dikkat etmem gereken noktaları bana açıkladılar.				
26. Hemşireler, dikişlerimin bakımını evde nasıl sürdüreceğimi, anormal durumları ve yapmam gerekenleri bana açıkladılar.				
27. Hemşirelerden, loğusalık döneminde enfeksiyonlardan korunmak için yapmam gerekenler ve enfeksiyon belirtileri hakkında yeterli bilgi aldım.				
28. Servisteki hemşirelerden, doğumdan sonra cinsel ilişkiye başlama zamanı, yaşayabileceğim sorunlar ve çözümüne yönelik bilgi aldım.				
29. Servisteki hemşirelerden, gebelikten korunmaya başlama zamanı, durumuma uygun doğum kontrol yöntemleri hakkında yeterli bilgi aldım.				
30. Servisteki hemşirelerden, doğumdan sonra yaşayabileceğim ruhsal değişiklikler hakkında bilgi aldım.				
31. Servisteki hemşireler, kendi bakımımıyla ilgili yapmam gerekenleri yeterli düzeyde ve anlayabileceğim şekilde bana açıkladılar.				
32. Servisteki hemşirelerden, adetimin ve yumurtlamamın doğumdan sonra ne zaman başlayabileceği (emzirme ve emzirmemeye göre) hakkında bilgi aldım.				

<i>Aşağıdaki her ifadeye ne derece katıldığınızı, sağ tarafta size uygun olan maddenin altına (x) işareti koyarak belirtiniz.</i>	<i>Tamamen katılıyorum</i>	<i>Katılıyorum</i>	<i>Kısmen katılıyorum</i>	<i>Hiç katılmıyorum</i>
33. Servisteki hemşireler bana emzirmeyle ilgili konularda (süresi, tekniği, gaz çıkarma vb.) yeterli bilgi verdiler.				
34. Hemşireler, bebeğimin beslenmesinde anne sütünün önemini bana anlattılar.				
35. Servisteki hemşirelerden, bebeğimi emzirirken karşılaşılabileceğim sorunlar (meme ve emzirmeyle ilgili) hakkında yeterli bilgi aldım.				
36. Hemşireler, bebeğimi emzirdiğim sürece yeterli, dengeli beslenme ve bol sıvı almanın önemini bana anlattılar.				
37. Hemşireler, bebeğimin bakımıyla ilgili (göbek bakımı, alt temizliği, banyo, giydirme vb. konularda) yapmam gerekenler hakkında beni bilgilendirdiler.				
38. Hemşireler, bebeğimin ateşini nasıl ölçüp değerlendirebileceğimi bana öğrettiler.				
39. Servisteki hemşireler, bebeğimde normalin dışında oluşabilecek/hastalık belirtileri (ateş, kusmada farklılık, sarılık, havale vb.) hakkında bana bilgi verdiler.				
40. Servisteki hemşirelerden, eve gitmeden önce bebeğimin bakımı hakkında yeterli bilgi aldım.				
41. Doğum sonrası kontrole gitmemin önemi ve ne zaman gitmem gerektiği hemşireler tarafından bana anlatıldı.				

<i>Aşağıdaki her ifadeye ne derece katıldığınızı, sağ tarafta size uygun olan maddenin altına (x) işareti koyarak belirtiniz.</i>	<i>Tamamen katılıyorum</i>	<i>Katılıyorum</i>	<i>Kısmen katılıyorum</i>	<i>Hiç katılmıyorum</i>
42. Hemşireler, bebeğimin aylık kontrollerinin önemi ve nerelerde yaptırabileceğim hakkında bana bilgi verdiler.				
43. Bebeğim için gerekli aşılar ve ne zaman, nerede yaptırabileceğim hakkında hemşirelerden yeterli bilgi aldım.				
44. Hemşirelerden, kendim ve bebeğimle ilgili ihtiyacım olan bilgiyi yeterli düzeyde aldım.				
45. Servisteki hemşireler tarafından bana verilen bilgiler, tavsiyeler arasında farklılık yoktu.				

9.7. Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) (Ek 8)

DOĞUM SONU KONFOR ÖLÇEĞİ (DSKÖ)

YÖNERGE: Aşağıda şu andaki rahatlık durumunuzu tanımlayan bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifade için “**tamamen katılıyorum**”dan “**kesinlikle katılmıyorum**”a kadar giden beş seçenek vardır. Lütfen **şu andaki** rahatlık durumunuzu en iyi ifade eden seçeneği belirtiniz.

	İTEMLER VE İFADELENDİRME	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1.	Bebеğimi rahatlıkla kucağıma alıp iletişim kurabiliyorum					
2.	Doğumdan sonra kendimi rahatlamış hissediyorum					
3.	Mahremiyetimi rahatlıkla koruyup sürdürebiliyorum					
4.	Şu andaki durumumla başa çıkamamak beni bunaltıyor					
5.	Bebеğim yanımda olduğunda kendimi daha rahat hissediyorum					
6.	Karnımdaki gerginlik ve gaz beni rahatsız ediyor					
7.	Kendimi çok mutlu hissediyorum					
8.	Kanamam ve pet değişiminde sıkıntı yaşamam beni rahatsız ediyor					
9.	Doğumdan sonra sosyal hayatımın ve işimin etkileneceği kaygısını yaşıyorum					
10.	Çok kederli ve alınganım, sürekli ağlamak istiyorum					
11.	Ağrıyla başa çıkabiliyorum, beni rahatsız etmiyor					
12.	Baş dönmeleri beni rahatsız ediyor					
13.	Kendimi çok yorgun hissediyor ve sürekli uyumak istiyorum					
14.	Kendimi rahat hareket edebilecek kadar iyi hissediyorum					

15.	Sağlığım ve yapılacak işlemler hakkında bilgi verilmesi beni rahatlatıyor					
16.	Kolumda serum, iğne olması beni rahatsız ediyor					
17.	Epizyotomi / ameliyat bölgesiyle ilgili rahatsızlık hissediyorum					
18.	Eşim ve bebeğimle daha çok birlikte olmak beni rahatlatıyor					
19.	Önemli ve değerli olduğumu hissediyorum					
20.	Bebeğimin bakımıyla ilgilenilmesi beni rahatlatıyor					
21.	Bebeğimi emzirmede sorun yaşıyorum					
22.	Kendimle ilgili tüm sorularıma yanıt bulabileceğim bir rehber/kitapçığa ihtiyaç duyuyorum					
23.	Eşimin iyi bir baba olabileceği düşüncesi beni rahatlatıyor					
24.	Rahat uyuyup dinlenebiliyorum					
25.	İhtiyacım olan bakımı almam beni rahatlatıyor					
26.	Bebeğime bakım vermede zorlanıyorum					
27.	Maddi sıkıntı yaşayacağımız endişesini taşıyorum					
28.	Hastanede verilen yemekler çok kötü yiyemiyorum					
29.	Bebeğim ve/veya diğer çocuklarımla yeterince ilgilenemeyeceğim kaygısını yaşıyorum					
30.	Banyo/duş yapamamak beni rahatsız ediyor					
31.	Eşimin ilgi, sevgi ve desteğini hissediyorum					
32.	Doğum sonu dönemde yaşayabileceklerim ve yapmam gerekenler konusunda yeterli bilgiye sahibim					
33.	Tuvaletlerin kirli olması beni rahatsız ediyor					
34.	Bebeğimle ilgili tüm sorularıma yanıt bulabileceğim bir rehber/kitapçığa ihtiyaç duyuyorum					

10.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	GÜLCAN	Soyadı	HARAL
Doğum Yeri	İZMİR	Doğum Tarihi	18.05.1987
Uyruğu	T.C.	Tel	0 506 563 2868
E-mail	gulcanharal@yahoo.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	GATA Hemşirelik Yüksek Okulu	2008
Lise	Buca Gürçeşme Lisesi	2004
İlköğretim	Buca Vali Rahmi Bey İ.Ö.O	2001

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Klinik Hemşiresi	Ankara GATA Çocuk Hastalıkları ve Çocuk Onkoloji/Hematoloji Servisi	2009-2010 (6 Ay)
Klinik Hemşiresi	Ankara GATA Ortopedi ve Travmatoloji Servisi	2009-2010 (6 Ay)
Klinik Hemşiresi	Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Çocuk Hastalıkları servisi ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	2010-2015
Klinik Hemşiresi	Gata Haydarpaşa Eğitim Nefroloji ve Hipertansiyon servisi ve Diyaliz Ünitesi	2015-2016
İşyeri Hemşiresi	ARKAS Holding	2016-Halen

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	İyi	İyi

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	66.031	60.762	51.986

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MS Word	Çok İyi
MS Powerpoint	Çok İyi
MS Excel	Çok İyi
SAP	Çok İyi

KATILDIĞI KURSLAR, KONGRELER

13-17 Nisan 2009	Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kursu
11-15 Mayıs 2009	İlk ve Acil Yardım Kursu
5-9 Mart 2012	Tsk 7. Yönetici Hemşire Kursu
4-8 Nisan 2011	VIII. Ulusal Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Kongresi