T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SEZARYEN İLE DOĞUM YAPAN LOHUSALARA GORDON'UN FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİNE GÖRE VERİLEN TABURCULUK EĞİTİMİNİN ETKİNLİĞİNİN VE POST OPERATİF KOMPLİKASYONLARA OLAN ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Saniye CORUK

Hemşirelik Anabilim Dalı

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

MAYIS 2025
İSTANBUL

T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SEZARYEN İLE DOĞUM YAPAN LOHUSALARA GORDON'UN FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİNE GÖRE VERİLEN TABURCULUK EĞİTİMİNİN ETKİNLİĞİNİN VE POST OPERATİF KOMPLİKASYONLARA OLAN ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Saniye CORUK
(211219008)

Hemşirelik Anabilim Dalı

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Özlem IŞIL

İstanbul 2025

T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Jüri Tez Onay Formu

07.05.2025

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Bu çalışma 07.05.2025 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği (Tezli Yüksek Lisans) Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Dr. Öğr. Üyesi Özlem IŞIL
Danışman
İstanbul Gedik Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Tuba ÇATAK
Üye (İmza)
İstanbul Gedik Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Özlem TANDOĞAN
Üye (İmza)
İstanbul Arel Üniversitesi

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Sezaryen İle Doğum Yapan Lohusalara Gordon’un Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Verilen Taburculuk Eğitiminin Etkinliğinin ve Post Operatif Komplikasyonlara Olan Etkisinin Değerlendirilmesi” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, bu tezdeki bütün bilgilerin akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım (07/05/2025).

Saniye CORUK

“Dünya üzerinde gördüğünüz her şey kadının eseridir”

M. Kemal Atatürk’e

İthafen,

ÖNSÖZ

Tez çalışmamda bana yol gösteren, çalışmaya bilgileri ile yön veren, ışık tutan ve eğitici kimliğiyle rol model olan değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Özlem Işıl'a

Tez çalışmamda her zor duruma düştüğümde bana destek olan çok sevgili Dr. Öğrt. Üyesi Tuba Çatak'a

Hemşirelik hayatım boyunca tecrübesiyle ve duruşuyla her zaman rol model aldığım İstanbul Medipol Üniversitesi Pendik Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hemşirelik Hizmetleri Müdürü Aysun Say'a

Her zaman eğitici kimliğiyle bana destek olan İstanbul Medipol Üniversitesi Pendik Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Eğitim Gelişim Hemşiresi Neslihan Durdu'ya

Hemşirelik mesleğinde kimlik kazanmam için bana her zaman destek olan, yol gösteren ve bilgisine sonsuz güvendiğim Uzman Hemşire Günay Körklü'ye

Her zaman bilgisini takdir ettiğim, güvendiğim ve bilgisiyle bana ve Tıp Camiasına ışık olan Sayın Dr. Öğrt. Üyesi Saadet Ünsal'a

Ve bugünlere gelmemi sağlayan, eğitim ve öğretim hayatım boyunca hep benimle olan canım aileme sonsuz teşekkür ediyorum.

Nisan 2025 Saniye CORUK

(Hemşire)

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

ÖNSÖZ ..... **v**

İÇİNDEKİLER ..... **vi**

KISALTMALAR ..... **x**

ŞEKİL LİSTESİ ..... **xiv**

ÖZET ..... **xv**

ABSTRACT ..... **xvii**

1. GİRİŞ **1**

1.1 Araştırmanın Konusu ve Önemi 1

1.2 Araştırmanın Amacı 3

1.3 Araştırmanın Hipotezleri 3

2. GENEL BİLGİLER **4**

2.1 Gebeliğin Tanımı ve Etiyolojisi 4

2.2 Vajinal Doğum Tanımı 5

2.3 Sezaryen ile Doğumun Tanım 5

2.4 Dünyada ve Türkiye'de Sezaryen ile Doğum Oranları 7

2.5 Sezaryen Endikasyonları 9

2.6 Cerrahi Teknik 10

2.6.1 Laporatomi 10

2.6.1.1 Cilt insizyonları 11

2.6.1.1.1 Transvers insizyonlar 11

2.6.1.1.2 Transvers insizyonlar 13

2.7 Sezaryen Sonrası Komplikasyonlar 14

2.7.1 Doğum sonu kanama 14

2.7.1.1 Uterus atonisi 15

2.7.1.2 Plasentanın retansiyonu 16

2.7.1.3 Uterus inversiyonu 16

2.7.1.4 Uterus subinvolüsyonu 18

2.7.1.5 Hemorajik şok 18

2.7.2 Doğum sonu enfeksiyon 19
2.7.2.1 Septisemi 20
2.7.2.2 Üriner sistem enfeksiyonları 21
2.7.2.3 Yara yeri efeksiyonu 21
2.7.3 Meme sorunları 23
2.7.3.1 Meme dolgunluğu engorjman 23
2.7.3.2 Mastisis (meme enfeksiyonu) 23
2.7.4 Tromboembolik durumlar 24
2.7.4.1 Tromboflebitis 24
2.7.4.2 Femoral tomboflebitis 24
2.7.4.3 Pelvik tromboflebitis 25
2.7.4.3.1 Pulmoner emboli 25
2.7.5 Doğum sonu ruhsal sorunlar 26
2.8 Sezaryen ile Doğum Kontreendikasyonları 27
2.9 Postpartum Dönem 27
2.9.1 Postpartum dönemin fizyolojisi 28
2.9.1.1 Üreme sisteminde involüsyon süreci 28
2.9.1.1.1 Uterus involüsyonu 28
2.9.1.1.2 Serviks 33
2.9.1.1.3 Vulva ve vajina 34
2.9.1.1.4 Abdomen 34
2.9.1.1.5 Memeler 35
2.9.1.2 Diğer organ ve sistemlerdeki değişiklikler 36
2.9.1.2.1 Üriner sistem 36
2.9.1.2.2 Gastrointestinal sistem 36
2.9.1.2.3 Endokrin sistem 37
2.9.1.2.4 Kardiyovasküler sistem 38
2.9.1.2.5 Yaşam bulguları 38
2.9.1.2.6 Nörolojik sistem 39
2.9.1.2.7 Psikolojik değişiklikler 39
2.10 Preoperatif Hemşirelik Bakımı 40
2.11 Pre-Operatif Hemşirelik Bakımı Kanıta Dayalı Çalışmalar 42
2.12 Sezaryen İle Doğum Sonrası Hemşirelik Bakımı 45
2.12.1 Postpartum dönemde hemşirenin sorumlulukları 45

2.12.2 Temel değerlendirme paremetreleri 45
2.13 Sezaryen ile Doğum Sonrası Kanıta Dayalı Çalışmalar 48
2.14 Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri 50
3.GEREÇ VE YÖNTEM 53
3.1 Araştırmanın Tipi 53
3.2 Araştırmanın Yeri 53
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 53
3.4 Araştırmanın Etik Yönü 54
3.5 Veri Toplama Araçları 54
3.5.1 Veri toplama formu 55
3.5.2 Fonksiyonel sağlık örüntülerini değerlendirme kontrol listesi 55
3.5.3 Komplikasyon izlem çizelgesi 55
3.5.4 Eğitim broşürü 55
3.5.5 Edinburg postpartum depresyon ölçeği 56
3.6 Araştırmanın Uygulanması- Verilerin Toplanması 56
3.7 Araştırmanın Bağımlı- Bağımsız Değişkenleri 58
3.7.1 Bağımlı değişkenleri 58
3.7.2 Bağımsız değişkenleri 58
3.8 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri 58
3.9 Araştırmadan Dışlanma Kriterleri 58
3.10 Araştırmanın Sınırlılıkları: 59
3.11 Verilerin Değerlendirilmesi 59
4. BULGULAR 61
5. TARTIŞMA 102
5.1 Eğitim ve Kontrol Grubunda Yer Alan Lohusaların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması 102
5.1.1 Fonksiyonel sağlık örüntüleri ile ilişkili parametrelerin tartışılması 105
5.1.1.1 Sağlığın algılama-sağlığın yönetimi 105
5.1.2 Beslenme ve metabolik 109
5.1.3 Eliminasyon 112
5.1.4 Aktivite- egzersiz 114
5.1.5 Uyku-dinlenme 116
5.1.6 Bilişsel-algısal 117
5.1.7 Kendini algılama ve benlik 121

5.1.8 Roller ve ilişkiler 121
5.1.9 Cinsellik ve üreme 123
5.1.10 Baş etme- stres toleransı 125
5.1.11. Değer ve inançlar 126
5.2 Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğine Ait Bulguların Tartışılması 127
5.3 Komplikasyon İzlem Çizelgesine Ait Bulguların Tartışılması 128
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 132
6.1 Sonuçlar 132
6.2 Öneriler 135
KAYNAKÇA 137
EKLER 146
Ek-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu 146
Ek-2: Veri Toplama Formu 148
Ek-3: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Değerlendirme Kontrol Listesi 149
Ek-4: Komplikasyon İzlem Çizelgesi 154
Ek-5: Eğitim 155
Ek-6: Broşür 158
Ek-7: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği 159
Ek-8: Etik Kurul Onayı ..... **Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**
Ek-9: Çalışma İzni ..... **Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**
ÖZGEÇMİŞ 162

KISALTMALAR

ACNM : Amerikan Hemşire Ebeler Derneği (American College of Nurse-Midwives)

ACOG : Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Derneği (American College of Obstetricians and Gynaecologists)

ANA : Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association)

ANOVA : Varyans Analizi (Analysis of Variance)

CDC : Hastalık Kontrol ve Öneleme MerkezleriCenters of Disease Control and Prevention

CETAD : Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği

DMAH : Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

DVT : Derin Ven Trombozu

ERAC : Sezaryen Sonrası Hızlı İyileşme Protokolü (Enhanced Revocery After C- Section)

ERAS : Erken Rehabilitasyon ve Hızlı İyileşme Protokolü (Enhanced Recovery After Surgery)

ERAS-CD : Ameliyat Sonrası Geliştirilmiş İyileşme -Sezaryen Doğum (Enhanced Recovery After Surgery-Cesarean Delivery)

FSÖ : Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri

HCT : Hematokrit

HGB : Hemoglobin

MANA : Kuzey Amerika Ebeler Birliği (Midwives Alliance North America)

NACPM : Ulusal Sertifikalı Profesyonel Ebeler Derneği (National Asssociation Certified Professional Midwives)

NICE : Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (Natioanl İnstitutr for Health anda Care Excellence

NSAİİ : Steroid Olmayan Anti-inflamatuar İlaçlar (Non- Stroidal Antiinflamatuar Drug)

NST : Stressiz Test (Non Stress Test)

OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organisation for Economic Co-Operation and Development)
PLT	: Trombosit (Platelet)
SPSS	: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı (Statistical Package for the Social Sciences)
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
VAS	: Görsel Analog Skala (Visual Analog Skala)
WBC	: Beyaz Kan Hücresi (White Blood Count)
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

ÇİZELGE LİSTESİ

Sayfa No:

Çizelge 2.1: Sezaryen Endikasyonları 10
Çizelge 2.2: Cerrahi Alan Enfeksiyonlarıyla İlişkili Değiştirilebilen ve Değiştirilemeyen Hastayla ve Operasyonla İlgili Faktörler 22
Çizelge 2.3: Loşia Tipleri ve Özellikleri 33
Çizelge 2.4: Doğum Sonu İlk 24 Saatte Hastayı Değerlendirme 46
Çizelge 2.5: On Bir Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri 51
Çizelge 3.1: Randomizasyon Çizelgesi 54
Çizelge 4.1: Tanımlayıcı Özellikler 61
Çizelge 4.2: Laboratuvar Bulguları Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşma Durumu 63
Çizelge 4.3: Sağlığı Algılama-Sağlık Yönetimi Örüntüsünün Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşma Durumu 64
Çizelge 4.4: Beslenme Durumu 69
Çizelge 4.5: Beslenme ve Metabolik Sağlık Örüntüsünün Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşma Durumu 70
Çizelge 4.6: Eliminasyon Örüntüsünün Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşma Durumu 74
Çizelge 4.7: Aktivite- Egzersiz Örüntüsünün Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşma Durumu 77
Çizelge 4.8: Uyku -Dinlenme Örüntüsünün Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşma Durumu 79
Çizelge 4.9: Bilişsel-Algısal Örüntünün Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşma Durumu 82
Çizelge 4.10: Ağrı ile Baş Etmede Kullanılan Yöntemlerin Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşması 83
Çizelge 4.11: Kendini Algılama Örüntüsünün Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşma Durumu 86

Çizelge 4.12: Roller ve İlişkiler Örüntüsünün Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşma Durumu 87
Çizelge 4.13: Destek Faktörlerinin Belirlenmesi 90
Çizelge 4.14: Cinsellik ve Üreme Örüntüsünün Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşma Durumu 91
Çizelge 4.15: Kullanılacak Aile Planlanması Yöntemlerinin Gruplara ve Zaman Göre Farklılaşma Durumu 93
Çizelge 4.16: Stres ile Başetme Örüntüsünün Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşma Durumu 95
Çizelge 4.17: Stresle Baş Etme Yöntemlerinin Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşma Durumu 96
Çizelge 4.18: Değer ve İnançlar Örüntüsünün Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşma Durumu 98
Çizelge 4.19: Edinburgh Depresyon Ölçeği Puanlarının Zamana ve Gruplara Göre Farklılaşma Durumu 99
Çizelge 4.20: Doğum Sonrası Gerçekleşen Komplikasyonların Zamana ve Gruplara Göre Farklılaşma Durumu 100

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No:

Şekil 2.1: Sezaryen Ameliyatının Canlı Doğumlar İçindeki Oranının Uluslararası Karşılaştırması, % 7
Şekil 2.2: Ülke Bazında Güncel Sezaryen Oranları Dünya Haritası 9
Şekil 2.3: Abdominal İnsizyon Çeşitleri 11
Şekil 2.4: Uterus İnvolüsyonu 31
Şekil 2.5: Gebelik Öncesi Serviks-Doğum Sonrası Serviks 33
Şekil 3.1: Veri Toplama Şeması 60

SEZARYEN İLE DOĞUM YAPAN LOHUSALARA GORDON'UN FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİNE GÖRE VERİLEN TABURCULUK EĞİTİMİNİN ETKİNLİĞİNİN VE POST OPERATİF KOMPLİKASYONLARA OLAN ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZET

Sezaryen ile doğum yapan lohusalara "Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne" göre verilen taburculuk eğitiminin etkinliğinin ve post operatif komplikasyonlara olan etkisinin değerlendirilmek amacıyla planlanan bu çalışma prospektif ve yarı deneyseldir. 1 Ağustos-30 Kasım 2024 tarihleri arasında İstanbul Medipol Üniversitesi Pendik Medipol Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde sezaryen ile doğum yapmış araştırmaya gönüllü lohusalarda yapılan bu çalışmanın verileri yüz yüze görüşme tekniği ve WhatsApp uygulaması aracılığıyla toplanmıştır. Çalışmanın evrenini İstanbul Medipol Üniversitesi Pendik Medipol Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde 2023 yılında sezaryen ile doğum yapan tüm lohusalar (2044), örneklemini ise araştırma sınırlılıkların uyan ve 1 Kasım- 30 Ağustos tarihleri arasında elektif sezaryen ameliyatı yapılan 40 eğitim ve 40 kontrol olmak üzer 80 lohusa oluşturmuştur. Veri toplama araçları olarak, örneklemi oluşturan hastaların özeliklerine ilişkin bilgi elde edebilmek amacıyla araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulan Veri Toplama Formu, hastaların taburculuk öncesi ve evdeki süreçlerinde (10. ve 40. Gün) Fonksiyonel Sağlık Örüntülerini değerlendirmek üzere (FSÖ) araştırmacı tarafından hazırlanan Fonksiyonel Sağlık Örüntülerini Değerlendirme Kontrol Listesi, literatür bilgisi doğrultusunda sezaryen sonrası en sık görülen komplikasyonlarının değerlendirildiği Komplikasyon İzlem Çizelgesi, Cox ve diğerleri (1987) tarafından doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemek amacıyla geliştirilen Edinburgh Depresyon Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Bağımsız gruplarda kategorik değişkenlerin oranları arasındaki farklar Ki-Kare ve Fisher exact testleri ile analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov veya Shapiro-Wilk testleri ile değerlendirilmiştir. Gruplar arasındaki farkları belirlemek için Bağımsız Gruplar t-Testi uygulanmış, grupların zamana bağlı değişimlerini incelemek amacıyla Karışık Ölçümler için ANOVA Testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Eğitim durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=0,487$). Eğitim grubundaki bireylerin %77,5'i lisans mezunu, %17,5'i lise mezunu, %5'i ön lisans mezunu iken, kontrol grubunda lisans mezunu oranı %70, lise mezunu oranı %17,5 ve ön lisans mezunu oranı %12,5'tir. Hekime ulaşılması gereken durumları bilme, hemşireye ulaşılması gereken durumları bilme, hijyen ve temizlik uygulamalarını yaparken yaşanılan zorluklar, doğum sonrası dönemde dikkat edilmesi gereken uygulamalar, yara yeri hijyeni konusunda dikkat edilmesi gerekenleri bilme, doğum sonrası dönemde kontrol yaptırma zamanlarını bilme, doğum sonrası dönemde oluşabilecek acil durumların bilgisi, korku puanı, günlük su tüketim miktarı, doğum sonrası dönemde beslenme bilgisi, doğum sonrası dönemde beslenme, ayağa kalkma için desteğe ihtiyaç duyma değişikliği yaşama, aktivite

durumu , uyku kalitesi , yaşanılan ağrı düzeyi, ağrı ile yeterli baş etme durumu , doğum sonrası dönemde eş ile iletişim, cinsel sağlık ile ilgili hissedilen endişe durumu, aile planlaması yöntemlerini bilme, stres düzeyi açısından yapılan değerlendirmelerde eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar tespit edildi ($p<0,05$). Hazımsızlık yaşama, konstipasyon yaşama, diyare yaşama, idrar ve dışkılama rahatsızlığı yaşama, yorgunluk puanı, yeterli düzeyde uyuyabilme durumu, ağrı ile baş etme yöntemleri, yara yerinin dış görünümü etkilemesi, aile içindeki sorumlulukların etkilenme durumu, dua ile rahatlatma durumunda, postoperatif depresyon düzeyleri, cerrahi alan enfeksiyonları, emboli, mastit ve ileus açısından gruplar arasından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Araştırmanın sonuçlarına dayanarak; sezaryen ile doğum yapan lohusalara Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine göre verilen eğitimin etkinliğinin olumlu olduğu fakat eğitimin cerrahi alan komplikasyonları üzerinde değerlendirilmesinde örneklemin yetersiz kaldığı söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: *Sezaryen, Gordon, Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri, Taburculuk Eğitmi, Postpartum Komplikasyon*

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF DISCHARGE EDUCATION GIVEN TO POST-OPERATIVE WOMEN WHO GAVE BIRTH BY CESAREAN SECTION ACCORDING TO GORDON'S FUNCTIONAL HEALTH PATTERNS AND ITS EFFECT ON POST-OPERATIVE COMPLICATIONS

ABSTRACT

This prospective and quasi-experimental study was planned to evaluate the effectiveness of discharge education given to puerperal women who gave birth by Caesarean section according to "Gordon's Functional Health Patterns" and its effect on postoperative complications. The data of this study, which was conducted on volunteer puerperal women who gave birth by cesarean section at Istanbul Medipol University Pendik Medipol Hospital Health Application and Research Center between August 1 and November 30, 2024, were collected through face-to-face interview technique and WhatsApp application. The universe of the study consisted of all puerperal women who gave birth by cesarean section in 2023 at the Istanbul Medipol University Pendik Medipol Hospital Health Application and Research Center (2044), and the sample consisted of 80 puerperal women, 40 training and 40 controls, who met the research limitations and underwent elective cesarean section between November 1 and August 30. As data collection tools, the Data Collection Form, which was developed by the researcher after reviewing the literature in order to obtain information about the characteristics of the patients constituting the sample, the Functional Health Patterns Assessment Checklist (FHS) prepared by the researcher to evaluate the Functional Health Patterns of the patients before discharge and during their home periods (10th and 40th days), the Complication Follow-up Schedule, which evaluates the most common complications after cesarean section according to literature information, and the Edinburgh Depression Scale, developed by Cox et al. (1987) to determine the risk of depression in women in the postpartum period, were used. Descriptive statistical methods such as number, percentage, mean, and standard deviation were used to evaluate the data. Differences between the proportions of categorical variables in independent groups were analyzed using the Chi-Square and Fisher exact tests. The conformity of the data to normal distribution was assessed using the Kolmogorov-Smirnov or Shapiro-Wilk tests. Independent Groups t-Test was applied to determine the differences between the groups, and ANOVA Test for Mixed Measures was used to examine the time-dependent changes of the groups. The significance level was accepted as $p<0.05$. No statistically significant difference was found between the groups in terms of educational status ($p=0.487$). While 77.5% of the individuals in the education group had a bachelor's degree, 17.5% had a high school degree, and 5% had an associate's degree, in the control group the bachelor's degree rate was 70%, the high school degree rate was 17.5%, and the associate's degree rate was 12.5%. In the evaluations made in terms of knowing when to reach a doctor, knowing when to reach a nurse, difficulties experienced in performing hygiene and cleaning practices, practices to be considered in the postpartum period, knowing what to consider regarding wound hygiene, knowing when to have check-ups in the postpartum period, knowledge of

emergencies that may occur in the postpartum period, fear score, daily water consumption amount, nutrition knowledge in the postpartum period, nutrition in the postpartum period, experiencing a change in need of support to stand up, activity status, sleep quality, level of pain experienced, adequate coping with pain, communication with the spouse in the postpartum period, anxiety about sexual health, knowing family planning methods, and stress level, significant differences were detected between the education and control groups ($p<0.05$). There was no significant difference between the groups in terms of experiencing indigestion, constipation, diarrhea, urinary and defecation discomfort, fatigue score, ability to sleep adequately, methods of coping with pain, the wound affecting the external appearance, the impact on family responsibilities, comforting with prayer, postoperative depression levels, surgical site infections, embolism, mastitis and ileus ($p>0.05$).

Based on the results of the study, it can be said that the effectiveness of the education given to puerperal women who gave birth by cesarean section according to Gordon's Functional Health Patterns was positive, but the sample was insufficient to evaluate the education on surgical site complications.

Keywords: *Cesarean Section, Gordon, Functional Health Patterns, Discharge Education, Postpartum Complication*

1. GİRİŞ

1.1 Araştırmanın Konusu ve Önemi

Dünyada anne ve bebek sağlığının korunması, sürdürülebilirliği ve iyileştirilmesi, sağlıklı bir toplumun inşasında temel bir rol oynamaktadır. Pek çok kadın için gebelik ve doğum, komplikasyonlar gelişmeden gerçekleşen doğal bir süreçtir. (Şener,2019). Postpartum dönem, yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişiklikler ile kendini gösteren, maternal-neonatal mortalite ve morbiditenin en çok meydana geldiği süreç olması sebebiyle anne yasamı için oldukça büyük öneme sahiptir (Karaahmet vd., 2020). Anne ölümlerinin büyük bir çoğunluğunun lohusalık sürecinde meydana gelmesi, bu dönemde sunulan bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin önemini vurgulamaktadır (Şener,2019).

Sezaryen, bebeğin uterus kavitesinden kesi ile doğurtulması işlemidir. Sezaryen modern tıbbi medikalizasyon tarihçesine bakıldığında ölü-anne, ölü-fetüs şeklinde sonlanan operasyon iken 19. yüzyılda anne hayatı tehlike altında olduğunda, 20. yüzyılın sonlarına doğru ise bebeğin hayatını kurtarmak için yapılmaya başlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün bildirdiği ve olması gereken ortalama sezaryen doğum oranı %10-15'dir. Fakat günümüzde sezaryen ile doğum oranı bu oranın oldukça üzerindedir (Yurdal ve Öter, 2021). Sezaryen sırasında ve sonrasında karşılaşılan komplikasyonlar; anestezi riskleri, kanama ve kan transfüzyonu gereksinimi, komşu organ yaralanmaları, emboli, neonatal morbidite, bebekte yaralanma, neonatal respiratuar distres sendrom, enfeksiyonlar (endometrit, yara yeri infeksiyonları), annede psikolojik problemler, tekrarlayan sezaryen ve buna bağlı riskler (plasenta previa, uterus rüptürü, batın içi yapışıklıklar) şeklinde özetlenebilir. Sezaryen sonrası en sık görülen komplikasyon sepsistir (Çağlayan vd.,2011).

Sezaryen sonrası dönemde en sık karşılaşılan sorunlar ağrı, gaz problemleri, kanama, emzirme ile ilgili sorunlar, öksürük ve hareket kısıtlaması olarak belirlenmiştir.

Killien et al. (2001) çalışmasında, postpartum dönemde birçok kadında yorgunluk, baş ağrısı, göğüs ağrısı, sırt ağrısı, eklem ağrıları, titreme veya terleme, iştahsızlık, bulantı, anksiyete ve depresyon gibi semptomlar görülmüştür. Mousavi et al. (2013) çalışmalarında, postpartum dönemdeki morbiditeler incelenmiş ve meme enfeksiyonu, meme ucu çatlakları, ağrılı meme, yorgunluk, gerginlik ve cinsel istekte azalma gözlenmiştir (Şener,2019).

American Nurses Association (ANA) taburculuk planlamasını annenin hastaneden ayrılması ve bakımın evde devam edebilmesi için sistemli bir yaklaşımla anne ve ailenin hazırlanması ve bu aşama için gerekli düzenlemelerin yapılması olarak tanımlamıştır. Doğum sonrası hastaneden eve geçiş süreci, olası yan etkileri nedeniyle oldukça hassas bir dönemdir. Evde, doğum sonrası bakımın sorumluluğunu üstlenen anne ve ailesi için birtakım güçlükler ve buna bağlı olarak yoğun stres yaşanmaktadır (Güleç ve Çoban, 2019). Cerrahi girişim sonrasında oluşabilecek komplikasyonlardan korunma ve iyileşme sürecine uyumunun kolaylaşması iwçin taburculuk eğitimi önemlidir. Yapılan çalışmalarda ameliyat sonrası taburculuk eğitiminin önemli bir yere sahip olduğu, hasta iyileşmesine olumlu katkı sağladığı, komplikasyonları önlediği, hastaların genel durumları ile ilgili değişiklikleri daha kolay fark etmesine olanak sağladığı belirtilmektedir (Ercan,2020). Çam ve Asar'ın (2019) yaptığı "Total Kalça Protezli Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi" çalışmasında, total kalça protezi ameliyatı sonrasında verilen taburculuk eğitimi ile müdahale grubu hastalarının SF-36 ölçeği puan ortalamasında ve Kartz GYA ölçeği puan ortalamasında artış olduğu, günlük yaşam aktivitelerini daha bağımsız yerine getirdiği belirlenmiştir (Çam ve Asar,2019)

Hemşireler taburculuk eğitimini planlamada yapılan bilimsel araştırmalar ve güncel kaynaklardan, sistematik ve profesyonel bir yaklaşımla eğitimi vermek için hemşirelik kuram ve kuramcılarından faydalanmalıdırlar. Kuramlar hastaya kaliteli bakım sunmak için, hemşirelik girişimlerini geliştirmeyi amaçlamaktadır. (Çam ve Asar,2019) Gordon 1987'de hemşirelik tanıları üzerinde yaptığı çalışmalarında güçlü hemşirelik bakışı ile bilgiyi toplamak ve organize etmek için 'Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ)' adını verdiği bir bakış açısı ileri sürmüştür. Gordon'un belirli bir zaman dilimindeki davranışların sırası olarak tanımladığı FSÖ hemşirelik süreci, kritik düşünme ve klinik karar vermenin üzerinde durmaktadır. FSÖ insan sağlığı ve

yaşam süreci ile ilişkili 11 başlık altında sınıflandırmıştır. Bunlar; sağlığı algılama-sağlığın yönetimi, beslenme-metabolik durum, boşaltım, aktivite-egzersiz, bilişsel-algısal, uyku-dinlenme, kendini algılama, rol- ilişki, cinsellik-üreme, başetme-stres toleransı, değer -inanç örüntüleridir (Erbaş ve Demirel,2016).

Yapılan çalışma Türkiye' deki ve Dünya'ki çalışmalar incelenerek

1.2 Araştırmanın Amacı

Sezaryen ile doğum yapan lohusalara "Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne" göre verilen taburculuk eğitiminin etkinliğinin ve post operatif komplikasyonlara olan etkisinin değerlendirilmek amacıyla yapıldı.

1.3 Araştırmanın Hipotezleri

H10: Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkili değildir.

H11: Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkilidir.

H20: Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitimin post operatif komplikasyonlara etkisi yoktur.

H21: Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitimin post operatif komplikasyonlara etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Gebeliğin Tanımı ve Etiyolojisi

Tüm canlıların nesillerinin devamının sağlanabilmesi için üreme, çoğalma ve gelişme gereklidir (Güngör, 2021). Sperm ve olgunlaşmış ovumun birleşmesi ve döllenmesi ile oluşan embriyo, rahim iç tabakasına yerleştikten sonra gebelik süreci başlamaktadır. Gebelik, son menstrüel kanamadan itibaren yaklaşık 40 hafta (280 gün) süren fizyolojik bir olaydır (Özkan,2019). Gebeliğin oluşabilmesi için erkeğin üreme sisteminin sperm üretebilmesi, depolayabilmesi ve depolanan bu spermlerin vücut dışına ejekülasyon yolu ile iletebilmesi gereklidir (CETAD, 2023). Cinsel birleşme (koitus) sonrasında vajinaya boşalan yaklaşık 300 milyon sperm hücresi, arka fornikse dökülür. Yaklaşık 90 saniye içinde servikal mukusu geçmeye başlar. Spermin döllenme yeteneği kazanabilmesi için birkaç saat rahim ve tuba uterine (fallop tüpleri) salgıları ile temas etmesi gerekir. Bu süreçte spermin akrozom başlığını örten glikoproteinlerden kurtulması önemlidir. Vajina, serviks, uterus ve fallop tüplerini aşarak ilerleyen spermler, yumurtlama döneminde fallop tüplerinde bulunan olgunlaşmış oosit (oosit-II) ile buluşur. Ancak bu milyonlarca spermden sadece birkaç yüz tanesi (300-500 kadar) fallop tüplerinin ampulla adı verilen bölümüne ulaşabilir. Bu spermlerden yalnızca biri, oosit-II'nin dış zarını (zona pellucida) aşarak hücre içerisine girme şansına sahip olur. Spermin oosite girişi, zona pellucida'nın üzerinde bulunan reseptörlere bağlanmasıyla başlar. Sperm hücresinin başında bulunan akrozom adı verilen yapıda, zona pellucida'yı parçalayacak enzimler salgılanır. Bu enzimler sayesinde sperm, oositin hücre membranını aşabilir ve sperm ile oositin çekirdekleri birleşir. Kromozomların kaynaşması sonucunda fertilizasyon gerçekleşir. İnsan oluşumu zigot ile başlayan birbirini takip eden bir süreçtir. Zigot, daha sonra fallop tüplerinden rahme doğru ilerleyerek yerleşir ve gebelik süreci başlar (Taşkın,2016; Özkan,2019; Pehlivan,2023).

2.2 Vajinal Doğum Tanımı

Vajinal doğum, rahim ağzının (serviks) incelmesi ve genişlemesiyle (dilatasyon) fetüsün dış dünyaya geçişini sağlayan doğum yoludur. Bu süreç, bebeğin ve plasenta gibi diğer fetal eklerin vajinal kanal yoluyla dışarı atılmasıyla tamamlanır (Taşkın,2016). Dünya Sağlık Örgütü (WHO), normal doğumu şu şekilde tanımlamaktadır: ‘‘Doğumun kendiliğinden başlaması, doğumun başlangıcında düşük riskte olan ve doğum boyunca böyle kalması, gebeliğin 37. ve 42. haftaları arasında spontan bir şekilde tamamlanması, doğum sonrası ise annenin ve bebeğin durumunun iyi olması şeklinde tanımlamaktadır” (WHO, 1997). American College of Nurse-Midwives (ACNM), Midwives Alliance North America (MANA) ve National Asssociation Certified Professional Midwives (NACPM)’nin beraberliğinde hazırlanan normal doğumu destekleme beyanında normal doğum; “Doğumu teşvik eden biyolojik ve psikolojik faktörlerle beraber doğum kendiliğinden başlayarak, bebeğin ve plasentanın vajinal doğumuyla birlikte fizyolojik kan kaybıyla doğum eyleminin tamamlanması” şeklinde tanımlamaktadır (ACNM, MANA ve NACPM, 2012).

Vajinal doğum, kadın fizyolojisine en uygun doğum şekli olarak kabul edilir. Bunun başlıca nedenleri şunlardır:

- Vajinal doğum, kadın bedeninin biyolojik yapısına ve fizyolojik süreçlerine uygun olarak gerçekleşen doğum şeklidir. Doğal kasılmalar (kontraksiyonlar) ve doğum hormonları (özellikle oksitosin) doğumu destekler ve süreçte annenin ve bebeğin fizyolojisini en iyi şekilde yönetir.
- Sezaryen ile doğuma göre daha hızlı iyileşme sağlar. Doğum sonrasında annenin günlük aktivitelerine daha çabuk dönmesine imkân tanır.
- Vajinal doğum sırasında bebeğin doğum kanalından geçmesi, akciğerlerindeki sıvının dışarı atılmasına yardımcı olur. Bu durum solunum fonksiyonlarının doğum sonrasında daha sağlıklı olmasını sağlar (Taşkın,2016).

2.3 Sezaryen ile Doğumun Tanım

Bir veya daha fazla fetüsün, fetal membranların ve plasentanın doğumu için karın ön duvarına yapılan cerrahi kesi (laparotomi) ve uterus duvarına yapılan cerrahi

kesi (histerektomi) yoluyla gerçekleştirilen doğum yöntemine sezaryen ile doğum denir (Gabbe, Niebly & Simpson,2009).

Sezaryen doğum, vajinal doğumun güvenli olmadığı ya da anne ve bebek sağlığını riske atan durumlarda tercih edilen bir yöntemdir. Bu cerrahi müdahale, anne veya bebeğin hayatını tehdit eden çeşitli komplikasyonlar olduğunda hayat kurtarıcı bir rol oynar. Sezaryen doğum, hem planlı hem de acil durumlarda uygulanabilir. Annenin ya da bebeğin sağlığını korumak için önemli bir seçenektir. Cerrahi bir müdahale olarak tıbbi gerekçelerle gerçekleştirilmesi gereken bir prosedürdür. Vajinal doğumun alternatif bir yöntemi olarak değerlendirilmemelidir. Sezaryen planlanırken hem annenin hem de bebeğin sağlığı açısından yararları ve riskleri dikkatlice değerlendirilmelidir. Geçmişte sezaryenin amacı genellikle annesi ölen bir kadından bebeği kurtarmak iken, günümüzde esas hedef hem anne hem de fetüsün sağlığını korumaktır (Özkan, 2019; Özcan 2016).

Sezaryen ile doğumun 1500'lü yıllardan beri kullanıldığına dair iddialar olmasına karşın; obstetrik uygulamanın bir parçası olması 19. yüzyılı bulmuştur. Ülkemizde ilk başarılı sezaryen ameliyatı saray cerrahı olan Cemil Topuzlu tarafından gerçekleştirilmiştir. Abdülhamit'in Maliye nazırı Hüseyin Sabri Bey'in eşi Aslı Melek Hanıma yapılmıştır. 11.12.1902 tarihinde saat 09.00'da yapılan doğumda Haydarpaşa Numune Hastanesi Cerrahi klinik şefi Kudret Üye doğmuştur (Cücü, 2021).

Sezaryen doğumun türleri arasında şu terimler de yer alır:

- Primer Sezaryen: İlk kez yapılan sezaryen ile doğum.
- Sekonder, Tersiyer: İlk sezaryenden sonra yapılan doğumlar; bunlar sırasıyla ikinci ve üçüncü sezaryenlerdir.
- Mükerrer Sezaryen: Tekrarlayan sezaryen doğumları ifade eder (Pernoll,1994).

Sezaryen doğumun hem avantajları hem de dezavantajları vardır. Avantajları arasında hızlı müdahale imkânı, anne ve bebeğin sağlığını koruma gibi faktörler sayılabilir. Dezavantajları arasında cerrahi riskler, iyileşme sürecinin uzaması ve gelecekteki doğumlarda komplikasyon riski yer alır. Sezaryen doğumun gerçekleştirilmesi, dikkatli bir değerlendirme ve gerekli tıbbi gerekçeler ışığında karar verilmesi gereken bir süreçtir (Sezaryen Klinik Prtokolü,2022).

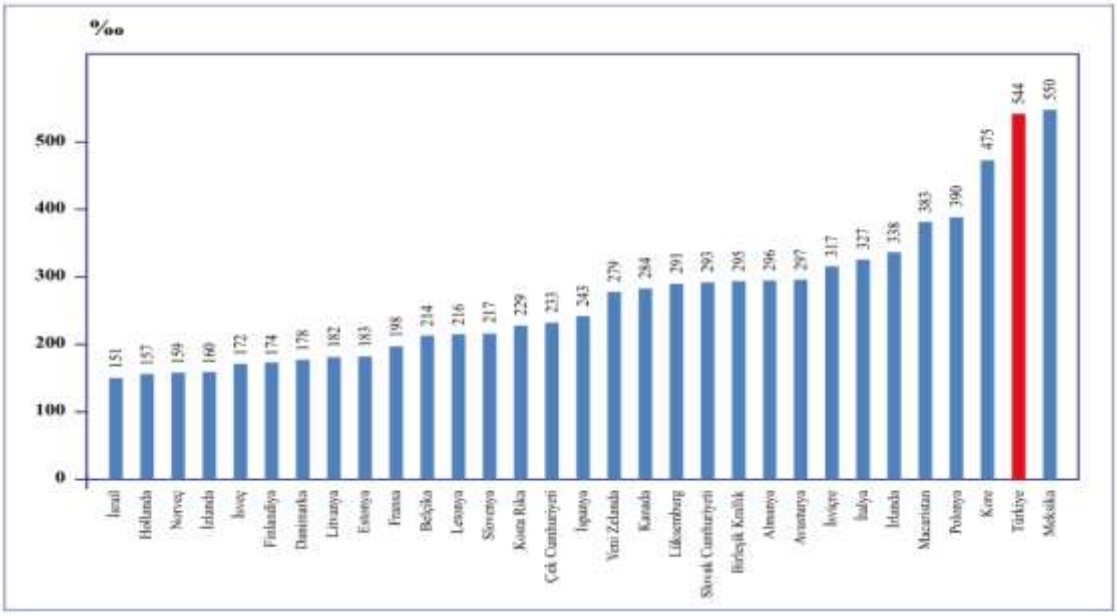
2.4 Dünyada ve Türkiye'de Sezaryen ile Doğum Oranları

Sezaryen oranı, sezaryen ile yapılan doğumların toplam canlı doğum sayısına bölünmesiyle elde edilen ve yüzde olarak ifade edilen bir orandır. Bu oran, daha sonra iki alt gruplara ayrılır:

- Primer sezaryen oranı: İlk kez sezaryen ile doğum yapan kadınların oranını ifade eder.
- Sekonder sezaryen oranı: Tekrarlayan sezaryen ile doğum oranını ifade eder.

Son on yıllarda özellikle orta ve yüksek gelirli ülkelerde sezaryen ile doğum oranlarında ciddi bir artış yaşanmıştır. Bu artış, sezaryenin tercih edilen bir doğum yöntemi haline gelmesinin yanı sıra sağlık politikaları ve medikal uygulamalarla da ilişkilidir (Koç,2024).

Türkiye'de sezaryen ile doğum sayısı, vajinal doğumlardan daha fazladır. 2021 yılına ait Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) raporuna göre, Türkiye'de her 1000 canlı doğumdan 544'ü sezaryen ile gerçekleşmektedir. OECD verilerine göre, Meksika, Türkiye ve Kore, en yüksek sezaryen oranlarına sahip ülkeler arasında yer almaktadır (Sezaryen Klinik Prtokolü,2022).



Şekil 2.1: Sezaryen Ameliyatının Canlı Doğumlar İçindeki Oranının Uluslararası Karşılaştırması, %

Kaynak: OECD Health Data 2021 Not: 31 ülke verisi mevcuttur. Türkiye verisi 2019 yılına aittir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 (TNSA) verilerine göre sezaryen oranı %21,2 iken, 2008 TNSA'da bu oran %36,7'ye yükselmiştir. Dünya Sağlık Örgütü, anne ve bebek sağlığını göz önünde bulundurarak hedeflediği sezaryen oranını %15 olarak belirlemiştir (Sezaryen Klinik Prtokolü,2022).

Türkiye’de sezaryen doğum oranındaki artış, son yıllarda dikkat çeken bir sağlık trendi haline gelmiştir. 2020 Sağlık Bakanlığı verilerine göre, tüm doğumların %98’i sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilirken, doğumların %59.6’sı sezaryen ile, %40.4’ü ise vajinal yolla gerçekleşmiştir. Ayrıca, primer sezaryen oranının %30 olduğu belirtilmiştir. Bu veriler, sezaryen doğumun tercih edildiğini ve vajinal doğuma kıyasla daha yaygın hale geldiğini göstermektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu,2022).

Amerika'da sezaryen doğum oranları 1965'te %4,5 iken, 2009 yılında %32,9'a yükselmiştir. Türkiye'de ise 1993 yılında %7 olan sezaryen oranı, 1998'de %14'e ulaşarak iki katına çıkmıştır. Bu hızlı artış 2013'e kadar devam etmiş, sonrasında ise nispeten yavaşlamıştır. Günümüzde Türkiye'deki sezaryen doğum oranı %57,55'tir ve bu oranla Türkiye, dünyada sezaryen doğum sıklığı açısından ikinci sırada yer almaktadır. Bu veriler, sezaryen doğumun Türkiye'de yaygın bir uygulama haline geldiğini ve sıklıkla tercih edilen bir yöntem olduğunu ortaya koymaktadır (Yüksel,2024).

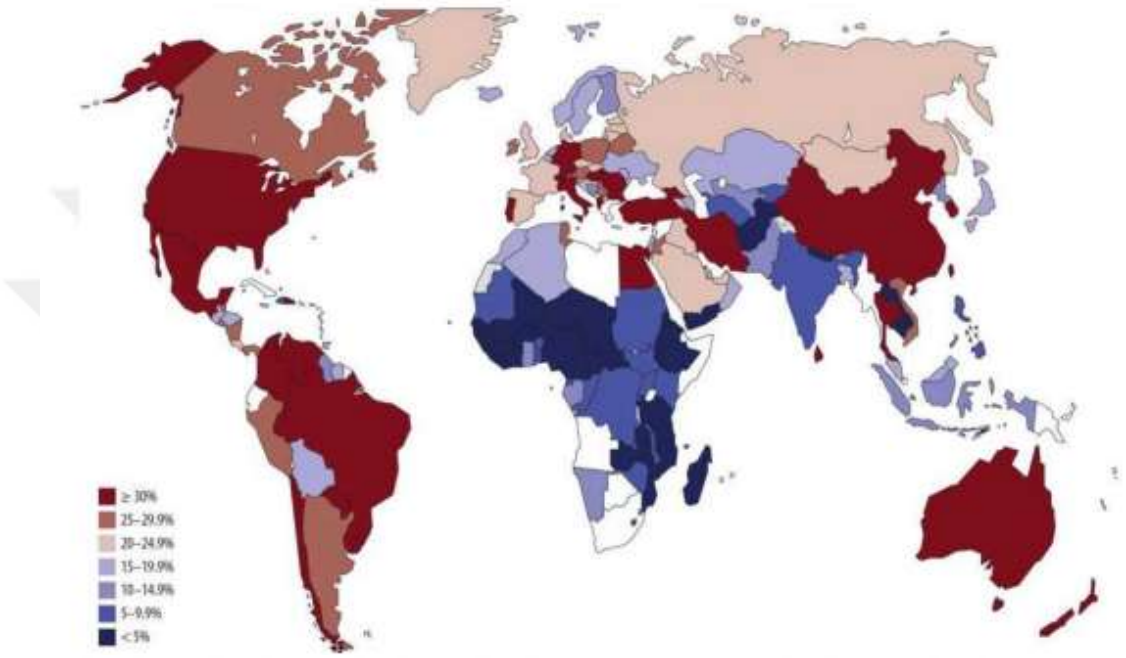
Dünya genelinde canlı doğum verilerine dayalı hesaplamalar, sezaryen oranlarının ülkeler arasında büyük farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır. Az gelişmiş ülkelerde sezaryen oranları %6 seviyelerinde kalırken, gelişmiş ülkelerde bu oran %27,2’ye kadar çıkabilmektedir. Global ortalama ise %18,6 olarak belirlenmiştir. Bölgesel farklılıklara bakıldığında, en düşük sezaryen oranı %7,3 ile Afrika’da, özellikle %3 ile Batı Afrika’da tespit edilirken, en yüksek oran %42,9 ile Güney Amerika'dadır (Koç,2024).

Her bölgedeki en yüksek sezaryen oranlarına sahip ülkelere bakıldığında:

- Latin Amerika ve Karayipler'de Brezilya %55,6 ve Dominik Cumhuriyeti %56,4 ile,
- Afrika'da Mısır %51,8 ile,
- Asya'da İran %47,9 ve Türkiye %47,5 ile,
- Avrupa'da İtalya %38,1 ile,

- Kuzey Amerika'da ABD %32,8 ile,
- Okyanusya'da Yeni Zelanda %33,4 ile öne çıkmaktadır.

Bu veriler, özellikle bazı bölgelerde sezaryen oranlarının çok yüksek olduğunu ve bu oranın bölgesel sağlık politikaları ve uygulamalarıyla yakından ilişkili olduğunu göstermektedir (Koç,2024).



Şekil 2.2: Ülke Bazında Güncel Sezaryen Oranları Dünya Haritası

Kaynak: (Koç,2024)

2.5 Sezaryen Endikasyonları

Doğum eyleminin gecikmesinin anneyi, bebeği veya ikisinin sağlığını sıkıntıya sokacağı düşünülen veya vajinal yolla gerçekleşecek doğumun tehlikesiz olarak gerçekleşmesinin ihtimali olmayan durumlar sezaryen için endikasyon oluşturmaktadır. İlerleyen süreçlerde sezaryen endikasyonlarında da bazı değişimler meydana gelmiştir. Sezaryen endikasyonları 4 temel başlıkta incelenebilir. Bunlar; fetüsa bağlı nedenler , maternal kaynaklı nedenler, kordon ve kordon eklerine bağlı nedenler, doğum eylemine bağlı nedenlerdir (Karakaya, 2022). Sezaryen ile doğum endikasyonları aşağıdaki çizelge 2.1'de belirtilmiştir. Bu endikasyonlar kesin kurallar değildir. Doğum şekli, gebenin özelliklerine ve mevcut koşullara göre bireyselleştirilerek değerlendirilmeli ve karar verilmelidir (Taşkın, 2016).

Çizelge 2.1: Sezaryen Endikasyonları

Fetal Endikasyonlar	Maternal Endikasyonlar	Travay ve Doğuma Ait Endikasyonlar	Umblikal Kord ve Doğuma Ait Endikasyonlar
Fetal sıkıntı	Geçirilmiş uterus cerrahisi (Sezaryen ve diğer operasyonlar)	Baş-Pelvis uyumsuzluğu	Kordon Sarkması
Fetal prezantasyon anomalileri (Makat, transever geliş yüz geliş vb.)	Sistemik Hastalıklar (diabetius mellitius, hipertansiyon vb.	Uzamış eylem	Ablasyo Plasenta
Çoğul gebelikler	Vertikal Geçişli Maternal Enfeksiyonlar (HIV, HSV-2 vb.)	Fetal Makrozomi	Plasenta Previa
Fetal anomaliler (Hidrosefali, sakrokoksigeal teratom vb)			Vasa Previa

Kaynak: (Taşkın, 2016)

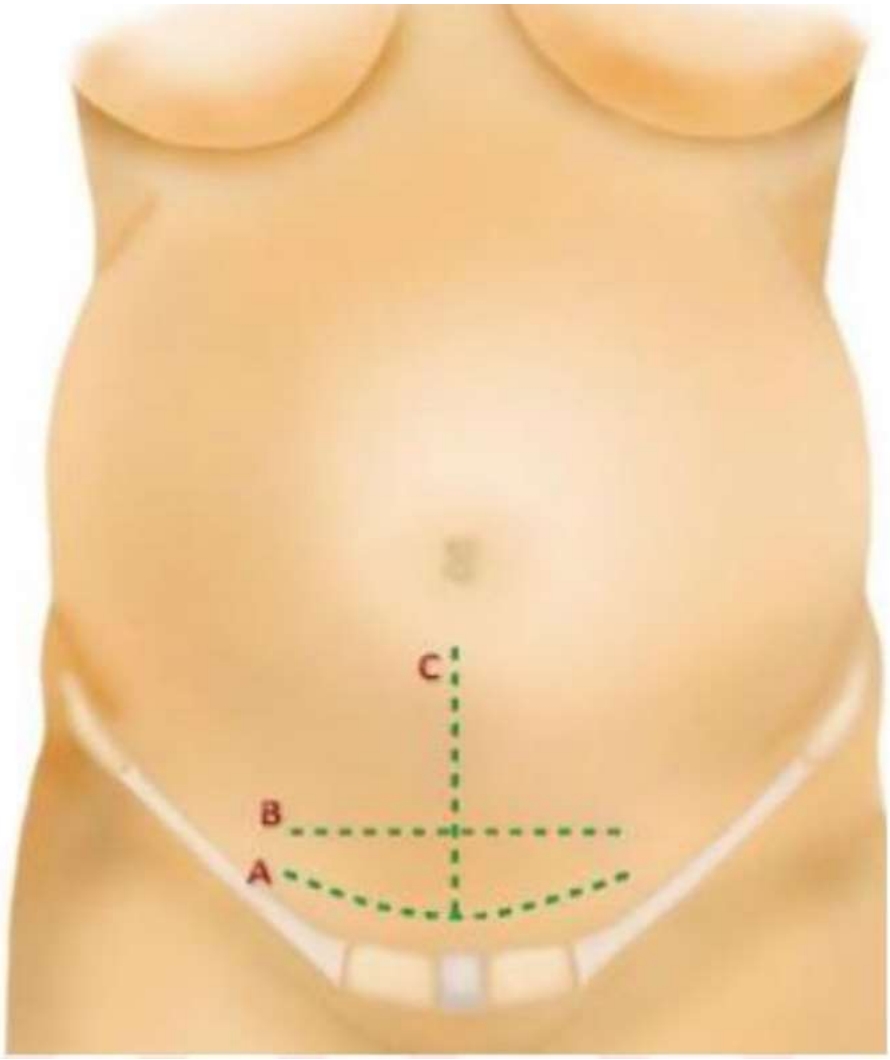
2.6 Cerrahi Teknik

2.6.1 Laporatomi

Sezaryen ile doğum kompleks bir ameliyattır. Ameliyatın her bir adımında ve doku katmanlarında farklı teknikler kullanılabilir. Cerrahların teknikle ilgili kararlarını birçok faktör etkilemektedir. Cerrahların aldığı bu kararların kanıtlara dayandırılması önerilmektedir (Karakaya, 2022). Uterus üç tabakadan oluşur. Bunlar; serozal dış tabaka (perimetriyum), kas tabakası (miyometriyum) ve iç mukozal tabakadır (endometriyum). Bu katmanların üçü de uterus insizyonu veya histerektomi yapmak için kesilir (Palmer et al.,1992).

Sezaryen ile doğumda laparotomi, suprapubik transvers insizyon ya da orta hat vertikal insizyon yapılarak gerçekleştirilir. Klasik sezaryen, uterusun korpusuna dikey (vertikal) bir insizyon yapılarak gerçekleştirilir. Klasik sezaryen karın boşluğuna hızlı erişim sağlar. Böylece cerrahın abdominal organları ve uterusun iç yapısını iyi bir şekilde incelemesine olanak tanır. Ancak klasik sezaryenin dezavantajları da vardır. Bu yöntem, horizontal insizyona göre daha fazla kan kaybı riski taşır ve gelecekteki gebeliklerde rahim rüptürü olasılığını artırabilir. Abdominal cerrahi nedeniyle barsak yapışıklıkları riski yükselir, bu da ileride sindirim

sorunlarına yol açabilir. Sonuç olarak, klasik sezaryenin avantajları ve dezavantajları dikkate alınarak, en uygun doğum yöntemi için cerrahlar hastanın durumunu titizlikle değerlendirmelidir (Taşkın 2016).



A) Pfannenstiel B) Joel-Cohen; C) Vertikal (Yüksel,2024)

Şekil 2.3: Abdominal İnsizyon Çeşitleri

2.6.1.1 Cilt insizyonları

2.6.1.1.1 Transvers insizyonlar

2.6.1.1.1.1 Pfannenstiel insizyon

Pubis kemiğinin üst sınırının yaklaşık 3 cm yukarısından, yatay olarak ve dışarı tarafta kalan uçları yukarı bakacak biçimde yaklaşık olarak 10-12 cm'lik bir kesi yapılır. Bu insizyonun uçları hafif yukarıya eğimlidir ve bu nedenle "gülen yüz" şekline benzetilir (Karakaya,2022; Hofmeyr & Mathai,2013) .

İnsizyon işlemi şu adımlarla devam eder:

- Cilt altı yağ dokusu künt ve keskin olarak ayrılır.
- Fasya, cilt insizyonuna paralel olacak şekilde orta hattan kesilir.
- Fasya, üst ve alt kenarlardan kaldırılarak, künt ve keskin diseksiyonlarla rektus kasından ayrılır.
- Fasya ayrıldıktan sonra, yaklaşık yarı çapı 8 cm olan yarım daire şeklinde bir alan oluşturulur.
- Kanayan damarlar bağlanır veya koterize edilerek kanama kontrol edilir.
- Rektus kasları lateralize edilerek peritona ulaşılır.
- Peritoneal insizyon yapılmadan önce, umblikus çevresinde mesane, bağırsak veya omentum olmadığı teyit edilir ve ardından periton açılarak batın boşluğuna girilir.

Bu insizyon yöntemi, genellikle daha az komplikasyon ve daha iyi kozmetik sonuçlar sağladığı için tercih edilmektedir (Hofmeyr & Mathai,2013).

2.6.1.1.1.2 Joel-Cohen insizyonu

Joel-Cohen insizyonu, iliak kanatların ön ve üst çıkıntıları arasındaki hattın 2-3 cm aşağısından başlayarak düz bir kesi şeklinde uygulanır. Pfannenstiel insizyonuna benzer şekilde fasya seviyesine kadar açılır. Ancak fasya seviyesinden sonra Joel-Cohen insizyonunun farkı, keskin diseksiyon yerine künt diseksiyon ile batın boşluğuna girilmesidir (Ahmad, Ahmed,2011; İncedere 2020).

Joel-Cohen insizyonunun avantajları şunlardır:

- Daha hızlı batına ulaşılabilmesi, dolayısıyla işlem süresinin kısalması.
- Künt diseksiyon ile peritonun açılması, bağırsak ve mesane yaralanmalarını azaltma potansiyeline sahiptir.

Bu insizyon türünün fetal fayda sağladığına dair herhangi bir kanıt bulunmamıştır. Joel-Cohen insizyonunun dezavantajı ise, Pfannenstiel insizyona kıyasla daha kötü kozmetik sonuçlar ile ilişkilendirilmesidir. Bu nedenle estetik sonuçların ön planda olduğu durumlarda Pfannenstiel insizyon daha fazla tercih

edilirken, zaman tasarrufu veya acil durumlarda Joel-Cohen insizyonu tercih edilebilir (Ahmad & Ahmed,2011).

2.6.1.1.1.3. Maylard

Maylard insizyonu**,** Pfannenstiel insizyonunun biraz üzerinden, ona paralel şekilde yapılır. Pfannenstiel insizyonundan farklı olarak, ön rektus kılıfı transvers olarak kesilerek operasyon alanının genişletilmesine olanak tanır. Ayrıca, inferior epigastrik arterlerin izolasyonu ve ligasyonu da bu prosedürün bir parçasıdır. Bu özellikler, cerrahın daha geniş bir alana erişimini sağlar ve cerrahi müdahale sırasında daha iyi bir görüş sunar. Ancak bu insizyon türü de kozmetik sonuçlar açısından bazı dezavantajlar taşıyabilir (Mathai , Hofmeyr , Mathai,2013).

2.6.1.1.2 Transvers insizyonlar

Vertikal orta hat cilt insizyonları, transvers insizyonun yeterli görüş alanı sağlayamayacağı, kanama diatezi olan veya subkutan ya da subfasyal hematom riski taşıyan durumlarda tercih edilmektedir. İnsizyon, simfizis pubisinin 2-3 cm üzerinden başlatılır ve fetal doğuma izin verecek uzunlukta, genellikle yaklaşık 12-15 cm olmalıdır.

İnsizyon süreci şu adımlarla devam eder:

- Cilt altı dokular keskin bir bisturi ya da koter ile diseke edilir ve ardından rektus fasyası görünür hale gelir.
- Linea albanın üst kısmına bisturi ile küçük bir kesi yapılır; mesanenin korunması açısından üst taraftan kesim yapmak önemlidir.
- İşaret ve orta parmaklar kullanılarak fasya kaldırılır ve ardından yukarıya ve aşağıya doğru makasla kesilerek insizyon genişletilir.
- Rektus kaslarının ayrılması ve peritona giriş yöntemi, Pfannenstiel insizyonuyla benzerlik gösterir.

Bu insizyon türü, özellikle komplikasyon riski yüksek durumlarda ve daha geniş bir cerrahi alan gerektiren vakalarda avantaj sağlar (Yüksel,2024).

2.7 Sezaryen Sonrası Komplikasyonlar

Sezaryen, günümüzde güvenli bir cerrahi prosedür olarak uygulanmasına rağmen, önemli bir girişimdir. Bazı belirgin komplikasyonları beraberinde getirebilir. Sezaryen sırasında ve sonrasında karşılaşılabilecek komplikasyonlar şunlardır:

- Anestezi riskleri
- Kanama
- Kan transfüzyonu gereksinimi
- Komşu organ yaralanmaları
- Emboli
- Neonatal morbidite
- Bebekte yaralanma
- Neonatal respiratuvar distres sendromu
- Endometrit
- Cerrahi alan enfeksiyonları
- Annelik hüznü
- Tekrarlayan sezaryenlerde: plasenta previa, uterus rüptürü, batın içi yapışıklıklar
- Sepsis

Bu komplikasyonlar, her hastada farklılık gösterebilir ve dikkatli bir değerlendirme gerektirir.

Vajinal doğum sonrası anne ölümü oranı 1/10,000'den daha az iken, sezaryenle doğumda bu risk yaklaşık 1/2,500 civarındadır. Acil durumlarda gerçekleştirilen sezaryenlerde ölüm oranı, elektif (planlı) sezaryenlere göre daha yüksektir. Bu nedenle, sezaryen uygulamaları dikkatli bir şekilde değerlendirilmeli ve gereklilik durumuna göre yapılmalıdır (Çağlayan, Kara ve Gürel,2011).

2.7.1 Doğum sonu kanama

Doğum sonu kanama dünyada lohusa için morbidite ve mortalitenin en önemli nedeni olarak sayılmaktadır. Ülkemizde yıllık doğum sayısı yaklaşık olarak 1.5 milyondur. Bu doğumların %3,9'unda doğum sonu kanama görülmekte ve maternal mortalite oranı yüz binde 49,2 olarak kaydedilmektedir. (T.C. Sağlık

Bakanlığı Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü, 2010). Doğum sırasında olan kan kaybını tolere etmek için plazma hacminde %42'lik ve eritrosit hacminde %24'lük artış ile fizyolojik adaptasyon sağlanır. Gebeliğin son trimestırına doğru uterus 500–750 ml/dak hızla kanlanmaya başlar. Sezaryen ile doğumda ortalama kanama miktarı 1000 ml kadardır. Primer sezaryen doğumlarının yüzde 18'inde kanama miktarı 1500 ml üzerine çıkabilir. Sezaryen olan kadınların %6,8'i kan transfüzyonu gerektirecek kadar kanama geçirirler. Kan kaybının azaltılması için fetusun doğumundan hemen sonra rutin olarak oksitosin uygulanmaya başlanır (Kayıkçı,2024; Djalo, 2024).

Doğum sonu ilk 12-24 saat içinde 500 ml'nin üzerindeki kan kaybı, postpartum kanama olarak tanımlanır. Postpartum kanamalar, erken ve geç postpartum kanama olmak üzere ikiye ayrılır. Erken postpartum kanamalar, genellikle uterin atoni (uterusun kasılamaması) ve doğum yolundaki yırtıklar (laserasyonlar) nedeniyle meydana gelir. Geç postpartum kanamalar ise genellikle plasentanın rahim içinde kalması (retansiyonu) ve uterusun yeterince küçülmemesi (subinvolüsyon) gibi nedenlerden kaynaklanır. Sezaryen ile doğum sırasındaki kan kaybı birçok faktörden etkilenmektedir. Bu faktörler; uterusun boyutu, gebenin kilo durumu, intrapartum oksitosin kullanımı, uterin kesi yeri, ameliyatın süresi, plasentanın yerleşimi, cerrahın deneyimi, enfeksiyon, medikal hastalıklar ve intraoperatif komplikasyonlardır. (Taşkın,2016; Djalo,2024).

2.7.1.1 Uterus atonisi

Doğum eyleminden sonra, uterusun kas kasılmaları, plasentanın ayrıldığı alandaki açık kalan damar uçlarını sıkıştırarak kanamayı durdurur. Ancak, myometrium (rahim kas tabakası) yeterince kasılamadığında, bu damarlar kapanamaz, pıhtılaşma sağlanamaz ve kanama meydana gelir. Uterusun yeterli kasılma gösteremediği bu duruma uterus atonisi denir. Uterus atonisi doğum sonrası kanamanın (postpartum hemoraji) en yaygın nedenlerinden biridir (Taşkın,2016).

Sezaryen eyleminden hemen sonra gelişen uterus atonisine neden olan en önemli faktör, aşırı dozda kullanılan halojenli anestezik ajanlardır. Çünkü bu ajanlar uterusu gevşetir. Ayrıca, sezaryen sırasında yapılan intrauterin manipülasyonlar da operasyon sonrasında uterusun gevşemesine yol açabilir. Uterus atonisine bağlı olarak gelişen kanamalarda, uterus palpe edildiğinde gevşek, geniş ve büyük bir

şekilde hissedilir. Bu durumda, kanama genellikle açık kırmızı renkte olur ve dikkatle izlenmesi gerekir (Erbaş,2013).

2.7.1.2 Plasentanın retansiyonu

Sezaryen doğum sırasında plasenta ve membranların uterustan yeterince çıkarılmaması, plasenta retansiyonuna yol açar. Doğum sonrası dönemde loşianın içeriğinde pıhtıya benzer bütük parçalar, koyu kırmızı renkli ve aşırı miktarda kanama gözlemleniyorsa, bu plasenta retansiyonunu düşündürmelidir. Plasenta retansiyonunun oluşumunu önlemek için sezaryen sırasında uterusun dikkatlice küret edilmesi ve plasentanın eksik kotiledonlar veya parçalar açısından titizlikle kontrol edilmesi önemlidir (Erbaş,2013).

Ufak bir plasenta parçasının bile uterusta kalması, kan damarlarının sıkışmasını engelleyerek involüsyon sürecini olumsuz etkiler. Plasenta retansiyonuna neden olan faktörler şunlardır:

- Plasentanın uterustan ayrılması ve atılması için yetersiz kasılmaların gelişmesi,
- Plasentanın tamamen ayrılmadan el manipülasyonu ile çıkarılması ya da çıkarılmaya çalışılması
- Desidua defektleri rahim iç tabakasındaki bozukluklar.

Plasenta parçalarının retansiyonu, doğum sonrası erken dönemde uterus atonisine ve buna bağlı kanamalara, geç dönemde ise uterus subinvolüsyonuna ve enfeksiyona yol açabilir. Bu nedenle, doğumdan sonra plasenta dikkatlice kontrol edilmeli, eksik kotiledon veya membran gözlemlenirse bu durum rapor edilmeli ve müdahale edilmelidir.

Uterus içinde plasenta parçaları tespit edilirse, manuel müdahale ile bu parçaların çıkarılması gereklidir. Uygulanan müdahaleden sonra enfeksiyon ve kanama riski artacağından, antibiyotik tedavisi ve uterus kontraksiyonlarını teşvik etmek için oksitosin tedavisi verilir. Bu uygulamalar, potansiyel komplikasyonları önlemek açısından önemlidir (Taşkın,2016)

2.7.1.3 Uterus inversiyonu

“Fundusun iç kısmının eldiven parmağı gibi dışarı çıkması” olarak tanımlanır. Sezaryen ile doğumlardan sonra uterus inversiyonuna neden olan en önemli faktör,

plasenta akreatasıdır. Akut olarak doğumdan sonra ilk 24 saatte, subakut olarak 24 saat ile dört hafta arasında ve kronik olarak ise dördüncü haftadan sonra gelişmektedir. İnversiyonun belirtileri; ağrı, kanama ve ani şok olarak sayılabilir. Uterus inversiyonu, acil bir durumdur ve hızlı müdahale gerektirir (Menacker & Macdorman, 2006).

Başlıca nedenler şunlardır:

- Plasentanın erken çıkarılması, uterusun yapısal bütünlüğünü bozarak inversiyon riskini artırabilir.
- Fundusa aşırı baskı uygulanması, uterusun içe doğru dönmesine neden olabilir. Bu baskı, uterusun normalden farklı bir pozisyona geçmesine yol açar.
- Plasentanın çıkarılması sırasında umblikal kordun çekilmesi, uterusun gerilmesine ve inversiyonuna yol açabilir.
- Kısa umblikal kord, plasentanın düzgün bir şekilde çıkmasını engelleyerek uterusun tersine dönme riskini artırabilir (Taşkın, 2016).

2.7.1.6 Uterus Rüptürü

Sezaryen doğumlarda uterus rüptürü riskinin en sık görülme nedeni, önceki sezaryen kesisi nedeniyle oluşan skar dokusunun ayrılmasıdır. Başlıca nedenleri;

- Sezaryen sonrası oluşan skar dokusu, bir sonraki doğumda uterusun zayıf bir noktasını oluşturur. Bu alan, vajinal doğum girişimi sırasında stres altında kalabilir ve rüptür riski taşır.
- Literatürde, transvers sezaryen kesisi ile doğum yapan kadınların sonraki gebeliklerinde vajinal doğum denemeleri sonrasında rüptür yaşama olasılığı daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Transvers kesinin, dik kesiye göre daha az risk taşıdığı düşünülse de, her iki durumda da dikkatli bir izleme gereklidir.
- Uterus rüptürü için diğer risk faktörleri arasında gebelik süresinin uzaması, aşırı doğum sayısı, fetal büyüklük ve doğum sırasında meydana gelen komplikasyonlar yer alabilir (Cunningham et al., 2005).

Uterus rüptürünün belirtileri aşağıdaki gibidir;

- Doğum sonrası gelişen aşırı vajinal kanama
- Fetal kalp seslerinin alınamaması

- Yırtılma hissi
- Uterus kontraksiyonlarının aniden kesilmesi
- Ağrının hissedilmemesi

Bu bulguların bir arada bulunması, acil tıbbi müdahale gerektiren bir durumu işaret eder. Uterus rüptürü, hem anne hem de bebek için ciddi komplikasyonlara yol açabileceğinden, bu belirtilerle karşılaşan kadınların derhal sağlık kuruluşuna başvurması önemlidir (Smith, 2008).

2.7.1.4 Uterus subinvolüsyonu

Doğum sonrası dönemde kanamanın en sık nedenlerinden biri, uterus involüsyonundaki bozukluktur. Plasentanı ayrıldığı kısımdaki endometrium 6 hafta içinde iyileşir. Bu iyileşmeyi sağlanması için, uterusun myometrial kaslarının düzenli ve etkili kasılması, uterusun normal boyutuna dönmesine yardımcı olur. Uterus içindeki venlerin trombose olması, kan akışını sınırlayarak kanamanın azalmasına katkıda bulunur.Doğum sonrası dönemde, beslenme sağlamak amacıyla bazı dokuların dökülmesi normaldir. Dökülen endometrium, uterusun basal tabakasından yeniden yapılanarak uterusun iç yüzeyini onarır. Doğum sonunda bu involüsyonun gerçekleşmediği durumlarda subinvolüsyondan bahsedilir.

Subinvolüsyonun iki temel nedeni;

- Plasenta parçalarının retansiyonu
- Endometriozistir (Taşkın,2016).

2.7.1.5 Hemorajik şok

Hemorajik şok, anne ölümlerinin en önemli nedenlerinden biridir. Bu durum, ciddi kan kaybı olduğunda ortaya çıkar ve başlangıçta vücut, kaybedilen kan hacmini geçici olarak tolere edebilir. Gebelikte artan kan hacmi ve sempatik sinir sisteminin vazokonstriksiyon yanıtı, bu şokun etkilerini bir süre gizleyebilir. Şokun gelişme hızı, kaybedilen kan miktarına ve hızına bağlıdır; hızlı bir kan kaybı, şokun daha çabuk ortaya çıkmasına neden olurken, daha yavaş bir kayıp, vücudun bu duruma yanıt verme süresini uzatabilir (Taşkın,2016). Supravajinal hematom, uterus rüptürü,uterus subinvolüsyonu ve insizyon kanamaları hemorajik şokun en önemli nedenleri arasındadır (Cunningham et al., 2005).

Total kan volümünün yaklaşık %5'ini (yaklaşık 750 ml) kaybedene kadar kalp atım hacmi genellikle yeterli kalır. Ancak bu miktarın üzerine çıkıldığında, kalp kaslarının kanlanması bozulur. Bu durum, kalp kaslarının zayıflamasına ve dolayısıyla kalp atım hacminin düşmesine neden olur. Şok durumu bu aşamada gelişmeye başlar.Yeterli kanlanma sağlanamadığında beyin, özellikle vazomotor ve solunum merkezleri zarar görebilir. Bu da periferik perfüzyonun bozulmasına yol açar. Sonuç olarak, organlara ve dokulara giden kan akışı azalır, bu da yaşamı tehdit eden durumların ortaya çıkmasına neden olabilir. Şokun önlenmesi ve yönetimi için hızlı müdahale şarttır (Taşkın,2016).

2.7.2 Doğum sonu enfeksiyon

Doğum sonrası dönemde, oluşan enfeksiyonların en yaygın olanı endometritistir. Bu enfeksiyon, genellikle uterin kavite ile sınırlı kalmakla birlikte, enfeksiyonun lenfatik ve kan damarları aracılığıyla yayılması durumunda peritonit ve pelvik sellülitise yol açabilir.

Nedenleri:

- Annede beslenme bozukluğu
- Annenin anemik olması
- Tedavi edilmemiş vajinal enfeksiyon
- Diyabet varlığı
- Zor doğum eylemi
- Uzamış membran rüptürü
- Fazla kanama:

Belirtiler:

- Ateş: Doğumu izleyen ilk 24 saatten sonra 38 derece ve üzerinde ateş olması ve bu ateşin 24 saatten uzun sürmesi, puerperal enfeksiyonu işaret edebilir. Ancak ciddi enfeksiyonlar, ilk 24 saat içinde de görülebilir veya düşük seviyede, sürekli ateşle seyredebilen bir tablo oluşturabilir.
- Diğer Belirtiler: Ateşe ek olarak, insizyon yerinde ödem, kızarıklık, pürülan (irinli) akıntı, genel halsizlik, rahatsızlık, karın şişliği (abdominal distansiyon) ve karın bölgesinde hassasiyet görülebilir (Taşkın,2016).

2.7.2.1 Septisemi

Üreme organlarındaki lokal enfeksiyon erken dönemde teşhis edilip tedavi edilmezse, enfeksiyon hızla yayılıp septisemi ve septik şok gibi hayatı tehdit eden komplikasyonlara yol açabilir.

Belirtileri:

- Hızlı solunum: Enfeksiyonun yayılmasıyla birlikte solunum hızlanır ve solunum alkalozu gelişebilir.
- Ateş ve üşüme: Vücut, enfeksiyona karşı savunma tepkisi olarak ateş yükselir ve titreme görülür.
- Taşikardi: Kalp hızlanarak enfeksiyonla baş etmeye çalışır.
- Oligüri: İdrar miktarı azalır, böbreklerin yeterince kanlanamaması nedeniyle sıvı dengesi bozulur.
- Anne rahatsız ve konfüzedir: Anne huzursuz ve kafası karışmış (konfüze) bir durumda olabilir, bu da beyne yeterli oksijen gitmemesiyle ilişkilidir.

Septik Şok Gelişimi:

- Başlangıçta Kardiyak Output Artışı: Şokun erken evresinde kalbin pompaladığı kan miktarı artar, çünkü vücut enfeksiyonla başa çıkmaya çalışır. Ancak bu süreçte, vazodilatasyon (damar genişlemesi) nedeniyle kan basıncı düşük kalabilir.
- İlerlemiş Evrede Kardiyak Output Düşer: Vazodilatasyon sürdükçe kardiyak output azalmaya başlar, bu da kanın organlara yeterince ulaşmasını engeller. Düşük santral venöz basınç ve hipotansiyon gelişir, yani kan basıncı düşer.
- Şokun Ağırlaşması: Bu durumda şok ilerler ve metabolik asidoz gelişir. Hücrelerde asit birikmesi, arteriyel kapiller sfinkterlerin gevşemesine neden olur. Bu, kapiller yatakta kanın yavaşlamasına ve organların kanlanmasının bozulmasına yol açar.
- Sonuç: Arteriyel kan basıncı düşer ve kalp yetmezliği gelişir. Bu aşamada vücuttaki doku ve organlara yeterli kan ve oksijen ulaşmadığı için hayati riskler artar.

Erken tanı ve tedavi, septik şoku önlemek ve anne sağlığını korumak için kritik öneme sahiptir.

Enfeksiyonun yayılmasını önlemek ve septik şoku engellemek için, enfekte bölgenin tedavi edilmesi gerekebilir. Bu durumda, enfekte alanın drenajı, küretaj veya bazı ciddi vakalarda histerektomi (rahmin alınması) gibi cerrahi müdahaleler yapılabilir.

Postpartum dönemde hemşirenin, lohusayı enfeksiyon belirtileri açısından yakından takip etmesi çok önemlidir. Hemşire, enfeksiyonun erken belirtilerini fark ederek zamanında müdahale edilmesine yardımcı olabilir, böylece komplikasyonlar önlenmiş olur (Taşkın,2016).

2.7.2.2 Üriner sistem enfeksiyonları

Üriner sistem enfeksiyonları, doğum sonrası dönemde sık görülen komplikasyonlardan biridir ve postpartum morbiditenin önemli nedenlerinden biri olarak kabul edilir. Postpartum dönemde bakteriüri, yani idrarda bakteri bulunma insidansı %2-4 arasında değişmektedir. Lohusalarda sezaryen ile doğum sonrasında %2-16 oranında ve etkeni %75 oranında E. Coli olan üriner sistem enfeksiyonu görülmektedir (Taşkın 2016; Erbaş 2013).

Postpartum dönemde, mesane kapasitesinde artış ve mesane tonüsündeki azalma, doğum travması nedeniyle idrar yapma hissinin azalmasına yol açabilir. Bu durum, idrar retansiyonuna (idrarın tam boşaltılamaması) sıkça neden olur. Eğer lohusa mesanesini tam olarak boşaltamazsa, mesanede kalan idrar, bakterilerin üremesi için uygun bir ortam sağlar ve bu da sistit (mesane enfeksiyonu) riskini artırır. Bakteriler mesaneden yukarı doğru assendan yol ile yayılarak böbreklere ulaştığında ise pyelonefrit (böbrek enfeksiyonu) gelişebilir. (Taşkın, 2016).

2.7.2.3 Yara yeri efeksiyonu

Yara yeri enfeksiyonu, cerrahi işlem yapılan bölgedeki yara veya kesi yerinde gelişen bir enfeksiyondur. Bu enfeksiyonlar, hastaların %0,5 ile %3'ünde görülür ve hastane kaynaklı en yaygın enfeksiyonlar arasında yer alır. Özellikle cerrahi alan enfeksiyonları, ABD'de sağlık sistemine yıllık 3,5 ila 10 milyar dolar ek maliyet yüklemektedir. Yara yeri enfeksiyonu gelişen hastalar, enfeksiyon yaşamayanlara kıyasla ortalama 7 ila 11 gün daha uzun süre hastanede kalmaktadır (Gürler,2024). Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC: Centers for Disease Control and Prevention); “Cerrahi alan enfeksiyonlarını yapılan girişimden itibaren 30-90

gün süresince (bir organa implant yerleştirilmiş ise bir yıl içinde) gelişen ameliyat bölgesinde oluşan enfeksiyon" olarak tanımlamaktadır. Ülkemizde sağlık sistemi ilişkili enfeksiyonların türlerinin görülme oranına bakıldığında; ilk sırada %40 ile üriner sistem enfeksiyonu, ikinci sırada %30.3 ile ventilatör ilişkili pnömoni ve üçüncü sırada %20.1 ile cerrahi alan enfeksiyonları yer almaktadır (Toru,2024).

Sezaryen sonrası insizyon yeri enfeksiyonu, özellikle acil sezaryen yapılan kadınlarda sık görülmektedir. Enfeksiyon insidansı %3 ile %15 arasında değişmekte olup, genellikle doğum sonrası üçüncü ve sekizinci günler arasında ortaya çıkmaktadır. Yapılan bir araştırmada, sezaryenden sonraki 30 gün içinde %7-20 oranında enfeksiyon geliştiği belirtilmiştir (Erbaş,2013).İnsizyon yeri enfeksiyonuna neden olan patojenler arasında en yaygın olanları Streptokoklar, E. coli, ve Stafilokoklar (özellikle *S. aureus* ve *S. albus*) bulunmaktadır. Bu organizmaların enfeksiyon oluşturma riski, hastada obezite, diyabet, steroid tedavisi, immünsupresyon, anemi, yetersiz hemostaz ve hematom gibi predispozan faktörler olduğunda artmaktadır. Yapılan bir çalışmada, doğum sonrası lohusaların üçte birinin anemik olduğu ve sezaryen ile doğum yapan lohusalarda , enfeksiyon nedeniyle anemi görülme oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Enfeksiyonun genel belirtileri olan ateş, ağrı, hassasiyet, kızarıklık, ödem ve pürülan akıntı insizyon hattında oluşmaktadır (Erbaş, 2013).

Çizelge 2.2: Cerrahi Alan Enfeksiyonlarıyla İlişkili Değiştirilebilen ve Değiştirilemeyen Hastayla ve Operasyonla İlgili Faktörler

Cerrahi Alan Enfeksiyonlarıyla İlişkili Değiştirilebilen ve Değiştirilemeyen Hastayla İlgili Faktörler	**Cerrahi Alan Enfeksiyonlarıyla İlişkili Değiştirilebilir Operasyonla İlgili Faktörler**
Diyabet	Hava Yoluyla Kontaminasyon
İmmünsupresif İlaçlar	Antikoagülasyon, Kan transfüzyonu
Yetersiz Beslenme	Doku Oksijenlenmesinin Azalması
Obezite	Yabancı Madde, Operasyon Süresi, Perioperative Hipotermi
Ameliyat Öncesi Enfeksiyonlar	Ameliyat Sonrası Hiperglisemi
Sigara Kullanımı	Cerrahi Teknik
Yaş	Yara Bakımı
Daha Önceden Geçirilen Cilt ve Yumuşak Doku Enfeksiyonları	Hastanın Kendi Florasından Yara Kontaminasyonu
Radyasyon	Ameliyathane Personelinden Kontaminasyon
	Cerrahi Aletlerden Kontaminasyon

Kaynak: (Gürler, 2024)

2.7.3 Meme sorunları

2.7.3.1 Meme dolgunluğu engorjman

Meme engorjmanının nedeni, laktasyon döneminin başlangıcında memelerde meydana gelen venöz ve lenfatik dolgunluğun aşırı olması ve buna bağlı olarak gelişen ödemdir. Bu ödem, meme alveollerine ve kanallarına dolan sütün yeterince boşaltılamamasına neden olur. Bu durum "meme tıkanıklığı" olarak da bilinir. Meme engorjmanına bağlı olarak bazı kadınlarda ateş 38-39°C'ye kadar yükselir ve bu duruma "puerperal ateş" denir. Meme engorjmanı, özellikle primiparalarda (ilk kez doğum yapan kadınlar) multiparalardan (birden fazla doğum yapmış kadınlar) daha sık görülmektedir.

Memenin bir kısmında gergin, hassas, küçük ve kırmızı alanların görülmesi, bu bölgedeki süt kanallarının tıkanmış olabileceğini düşündürmelidir. Eğer bu tıkanıklık tedavi edilmezse, enfeksiyon gelişme riski artar (Taşkın,2016).

2.7.3.2 Mastisis (meme enfeksiyonu)

Doğum sonu dönemde karşılaşılan bir diğer önemli meme sorunu ise mastittir. Mastit, sıklıkla ilk kez doğum yapıp emziren (primipar) kadınlarda meydana gelen meme bezinin parankim dokusunun enfeksiyonudur. Genellikle doğum sonrası ikinci ve dördüncü haftalarda ortaya çıkar.

Mastitin belirtileri şunlardır:

- Yüksek ateş
- Memede sıcaklık artışı
- Kızarıklık, şişme, gerginlik
- Ağrı ve hassasiyet
- Bulantı, titreme
- Koltuk altı lenf bezlerinde şişme ve ağrı

Mastit tedavi edilmezse, bir komplikasyon olarak meme absesi gelişebilir. Meme absesinin belirtileri mastit ile benzerlik gösterse de, meme üzerinde lokalize kızarıklık ve şişmiş alanlar daha belirgindir. Bu durumda, abse daha ciddi bir müdahale gerektirebilir ve erken tanı önemlidir (Erbaş,2013).

2.7.4 Tromboembolik durumlar

Venöz trombozis, yüzeyel veya derin venlerde pıhtı oluşumu olarak tanımlanır. Derin ven trombozu (DVT) en yaygın formudur ve genellikle bacakların derin damarlarında meydana gelir. Bu durumun en ciddi komplikasyonu, trombüsün damar duvarından koparak venöz dolaşımla kalbe ve oradan da akciğerlere gitmesi sonucunda pulmoner emboli oluşmasıdır (Taşkın,2016). Doğum sonu trombofilebitin sezaryen doğumlarda 2-5 kat arttığı, tromboembolik durumların ise sezaryen doğumdan sonra geç mobilize olan kadınlarda daha sık olarak görüldüğü bildirilmektedir. Doğum sonu tromboembolik durumlar, saphenous ve popliteal venleri de içine alan femoral trombofilebit, septik pelvik ven trombofilebiti ve doğum sonu pulmoner embolizmdir (Kanadalı, 2006).

2.7.4.1 Tromboflebitis

Tromboflebitis, pıhtının oluştuğu bölgede ven duvarının inflamasyonla tepki vermesi durumudur. Bu tür trombozda, pıhtı damar duvarına sıkıca bağlandığı için emboli riski daha düşüktür. Ancak nonenflamatuvar tipte, pıhtı gevşek olduğu için emboli riski daha yüksektir. Doğum sonrasında tromboflebitis riski, vajinal doğum yapan kadınlarda %1, sezaryen doğum yapanlarda ise %2-5 arasında değişmektedir.

Tromboflebitis nedenleri:

- Annede varis mevcudiyeti
- Geç mobilizasyon (hareketsizlik)
- Obezite, ileri anne yaşı, yüksek parite (çok sayıda doğum)
- Venöz tromboz hikayesi
- Annede anemi, hipotermi ve kalp hastalığı varlığı
- Laktasyonu baskılamak için östrojen kullanımı (Taşkın,2016)

2.7.4.2 Femoral tomboflebitis

Tromboflebit “damar içinde pıhtı oluşumuna bağlı olarak ven duvarının enflamasyonu” olarak tanımlanmaktadır (Carey & Rayburn, 2006). Oluşma nedenleri arasında sezaryen ile doğum, postpartum kanama, geç mobilizasyon, varis ve enfeksiyonlar sayılabilmektedir (Erbaş,2013). Venlerde oluşan pıhtı nedeniyle etkilenmiş bacakta ağrı, ödem, sıcaklık artışı ve vücut ısısında yükselme gibi belirtiler görülür. Doğumdan 10-20 gün sonra ortaya çıkan üşüme, halsizlik ve ateş

belirtilerini, etkilenmiş bacakta ağrı ve sertlik takip eder. İlk 24 saat içinde bacak şişer ve ödemli bölgenin derisi beyazlaşır. Akut belirtiler genellikle bir hafta sürer ve 4-6 hafta içinde bacak tamamen normale döner (Taşkın,2016).

2.7.4.3 Pelvik tromboflebitis

Doğumdan yaklaşık iki hafta sonra ortaya çıkan bu ciddi komplikasyon, septik pelvik tromboflebit olarak bilinir. Plasentanın ayrıldığı bölgede yer alan myometrial venlerde tromboz oluşur ve bu ortam, anaerobik bakterilerin çoğalması için uygun hale gelir. Teşhis koymak oldukça zor olabilir, çünkü semptomlar genellikle belirsiz ve diğer postpartum komplikasyonlarla karışabilir (Taşkın,2016).

Pelvik tromboflebiti, sezaryen doğum sonrası nadir görülen (%1'den az) fakat ciddi bir komplikasyondur. Bu durumda, en sık sağ over veni etkilenir. Bulgular genellikle doğumdan sonraki beşinci ve altıncı günlerde ortaya çıkar. Özellikle endometrit tedavisi için verilen antibiyotiğe rağmen 2-3 günden uzun süren ateş, septik pelvik ven tromboflebitini düşündürmelidir. Pelvik tromboflebitin belirtileri arasında kasık, abdomen ve yan ağrısı, ateş, taşikardi, gastrointestinal rahatsızlık barsak seslerinin azalması sayılabilir.

Doğum sonrası annenin tekrar hastaneye yatmasını gerektiren durumlardır. En büyük komplikasyon, pıhtının akciğere ulaşarak pulmoner emboli oluşturmasıdır, bu da yaşamı tehdit eden ciddi bir durumlardan biridir (Erbaş,2013).

2.7.4.3.1 Pulmoner emboli

Pulmoner emboli, uterin ve pelvik venlerden kopan trombüslerin sağ kalbe taşınarak pulmoner arteri tıkaması sonucunda ortaya çıkan ciddi bir komplikasyondur. Akciğer sirkülasyonunun bu tıkanma nedeniyle kısmen veya tamamen engellenmesi durumunda, hasta birkaç dakika içinde asfiksiden hayatını kaybedebilir. Pulmoner embolinin tekrarlaması, mortalite riskini daha da artırır.

Emboli geliştiğinde kadında izlenmesi gereken önemli bulgular şunlardır:

- Ani göğüs ağrısı
- Hemoptizi (kanlı balgam)
- Ciddi nefes darlığı (dispne)
- Hava açlığı
- Cilt ve mukozalarda morarma (siyanoz)

- Kalp atış hızında artış (taşikardi)
- Yoğun endişe ve konfüzyon

Pelvik venöz inflamasyon sürdüğü sürece, emboli diğer organlara yayılabilir ve pyemi gelişme riski vardır. Bu nedenle, pelvik inflamasyonun kontrolü ve emboli belirtilerinin dikkatle izlenmesi, komplikasyonların önlenmesi için kritik öneme sahiptir (Green, 2011).

2.7.5 Doğum sonu ruhsal sorunlar

Doğum sonrası süreç kişinin yaşamında fiziksel, anatomik ve psikolojik olarak belirgin değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir. Kadının bu değişen durumlara karşı adaptasyon sürecine girdiği ve yoğun bir stres yaşaması kaçınılmazdır. Kadınların biyolojik yapısı ve hormonal etkiler göz önünde bulundurulduğunda bu dönem çoğu kadın için güçlükle geçirilen bir dönem olmaktadır (Yılmaz ve Yar, 2021). Doğum sonrası ruhsal bozuklular, doğumdan sonra ilk 2 haftada başlayıp ilk 1 yıla kadar devam edebilmektedir. Postpartum dönemde ruhsal sorunlar annelik hüznü doğum sonrası depresyon ve doğum sonrası psikoz olmak üzere üç grupa ayrılır (Akbarzadeh vd., 2017).

Postpartum depresyon, yeni anne olmuş kadınlarda düşük ruh hali ve daha az değerlilik hissi, mutsuz edecek üzücü duygular ve umutsuzlukla karakterize bir duygudurum bozukluğudur (Balkan, 2020). Kadın, bebek ve aile sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratan bu durum, yaygın ve önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilir. Yapılan çalışmalara göre, doğum depresyon prevalansı genel olarak %10-15 arasında değişmekte olup, ortalama %13 olarak rapor edilmektedir (Erbaş,2013).

Uluslararası alanda bazı ülkelerdeki doğum sonu depresyon oranları şu şekildedir:

- Kanada: %20
- İngiltere: %31
- İtalya: %30
- Çin: %15.5
- Hong Kong: %37
- Amerika: %38

Türkiye'de yapılan çeşitli çalışmalarda ise doğum sonu depresyon prevalansı farklı oranlarla saptanmıştır:

- Çelikel (2012), doğum sonu 6 hafta ile 24 hafta arasında depresyon oranını %20.5 olarak bulmuştur.
- Durat ve Kutlu (2010), doğum sonu 4. haftada depresyon oranını %23.8 olarak rapor etmiştir.
- Arslantaş ve diğerleri (2009), doğum sonu 6. haftada %12.5 oranında depresyon saptamıştır.
- Özdemir ve diğerleri (2008), doğum sonu 2 ile 6 ay arasında depresyon prevalansını %19.4 olarak belirlemiştir.

Bu veriler, doğum sonu depresyonun yaygın ve ülkeler arasında farklılık gösteren bir bozukluk olduğunu ortaya koymaktadır (Erbaş,2013).

2.8 Sezaryen ile Doğum Kontreendikasyonları

Gebe için büyük riskler taşıyan bazı durumlar, sezaryenle doğum için kontrendikasyon oluşturur. Bu durumlar arasında fetal ölüm, yaşama şansı olmayan immatür fetüs ya da ciddi anormallikler, gebedeki koagülasyon bozuklukları, abdominal duvarın pyojenik enfeksiyonu ve uygun ekipman, personel ve olanakların bulunmadığı durumlar yer alır. Bu faktörler, sezaryen kararı üzerinde belirleyici etkiye sahiptir (Özcan,2016).

2.9 Postpartum Dönem

Postpartum dönem, "lohusalık" olarak bilinen ve doğumdan hemen sonra üreme organlarının üreme öncesi halindeki döneme kadar geçen yaklaşık 6 haftalık bir süreyi kapsamaktadır. Bu dönem "lohusalık dönemi", "puerperium " ya da "postnatal dönem" olarak da adlandırılır. Ayrıca günümüzde bu dönem "gebeliğin dördüncü trimesteri" olarak da kabul edilmektedir. Bu sürecin, annenin fiziksel, hormonal ve psikolojik olarak toparlanma süreci olup, bebekle bağ kurma ve bakımın önemi, kritik bir öneme sahiptir (Arslan,2019).

Bebek, plasenta ve membranların doğumuyla postpartum dönem başlamaktadır. Bu süreç, üreme sistemi de dahil olmak üzere tüm vücut sistemlerinin

gebelik öncesi durumuna dönmesini sağlayan yaklaşık 6 haftalık bir dönemi içerir. Postpartum dönemde lohusalarda hem gerileyici hem de ilerleyici değişiklikler görülür. Uterus ve vajina gibi üreme organlarının eski haline dönmesi gerileyici değişikliklere örnekken, laktasyona hazırlanan memelerdeki değişiklikler ilerleyici kabul edilir. Bu hızlı değişimlere uyum sağlamaya çalışan lohusalarda bazı psikolojik ve davranışsal değişiklikler de ortaya çıkabilir. Bu nedenle, postpartum dönemde sunulan hemşirelik bakımları, bu fizyolojik ve psikolojik değişimleri dikkate almalıdır.

Postpartum dönem üçe ayrılır.

1. Doğumdan Hemen Sonraki Dönem (Doğum sonrası ilk 24 Saat)
2. Erken Doğum Sonu Dönem (Doğum Sonrası ilk bir hafta)
3. Geç Doğum Sonu Dönem (Doğumun 2. haftası ile başlar ve 6.haftaya kadar sürer. Bazı yeni kaynaklarda 3 aya kadar sürmesi nedeni ile 4. trimestr olarak da adlandırılır.)

Doğumdan hemen sonraki dönem ilk 24 saati içeren, akut anestezi sonrası ya da doğum sonrası komplikasyonların en fazla görüldüğü dönemdir.

Geç postpartum dönem ise, adet kanamalarının başladığı ve genital organların involüsyonunun olması gereken zamanı kapsayan genellikle emzirmeyen kadınlarda 6 hafta kadar süren dönemdir. Bununla birlikte, kardiovasküler ve fizyolojik fonksiyonların geri dönmesi ise ayları bulur.

2.9.1 Postpartum dönemin fizyolojisi

2.9.1.1 Üreme sisteminde involüsyon süreci

Doğumdan sonraki 6 hafta içinde üreme organlarının hamilelik öncesi normal boyutlarına ve işlevlerine geri dönmesine "involüsyon" denir. Bu süreç, doğum sonrası dönemde, özellikle ilk 3-4 gün içinde belirgin ve hızlı değişimlerin yaşandığı bir dönemi kapsar (Taşkın,2016).

2.9.1.1.1 Uterus involüsyonu

Uterusun doğumdan sonra gebelik öncesi durumuna dönmesine uterus involüsyonu denir (Arslan,2019). Doğum eyleminin üçüncü evresinde, yani plasentanın doğumundan sonra, rahmin üst kısmı göbek seviyesinde veya biraz

altında bulunur. Rahim, sert ve greyfurt büyüklüğünde olup yaklaşık 1000 gram ağırlığındadır. Kas tabakası kasılmış durumdadır ve duvar kalınlığı 4-5 cm civarındadır. Bu, kan damarlarının sıkışmış halde olduğu anlamına gelir. Rahmin iç yüzeyi, plasentanın ayrıldığı bölge büyük bir yara görünümündedir ve burada yüzeyel venlerde pıhtılaşma (tromboz) meydana gelmiştir (Taşkın,2016). Doğum sonrası ilk bir saat içinde uterin fundus genellikle umblikus seviyesinde veya hemen üzerinde ve serttir (Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi,2009). Doğum sonrası dönemin sonunda (yaklaşık 6. haftada) rahim 50-80 gram ağırlığa kadar küçülür. Bu süreç tamamlandığında, rahmin iç yüzeyi epitel tabakasıyla kaplanır ve normal üreme fonksiyonlarına geri dönmeye hazır hale gelir. .(Taşkın,2016) Myometrial hücrelerde sayıca azalma ve boyutlarında gerileme ile yaklaşık postpartum 6.haftada involüsyon tamamlanmaktadır (Çelikel,2012).

İnvolüsyonun mekanizması şöyledir;

Uterin Hücrelerde Atrofi:. Uterusun myometrium tabakası gebelikte plasentadan salgılanan östrojen hormonun etkisiyle hipertrofiye uğrar. Doğumdan sonra plasentanın ortadan kalkmasıyla ve östrojenin kandan çekilmesiyle otolitik bir süreç başlar (Turhan,2017). Plasenta ayrıldığında, östrojen seviyeleri belirgin şekilde düşer ve bu durum, uterusun desidua tabakasının atrofiye uğramasına neden olur. Desidua, yeni endometriyumun oluşumunu sağlamak üzere bazal tabakayı terk eder ve dökülme süreci başlar. Plasenta ayrıldıktan sonrası dönemde, uterusun desiduası düzensiz ve çeşitli kalınlıklara sahip olabilir. Bu değişiklikler, uterusun yeniden şekillenmesi ve normal döngüsel işleyişine geri dönüşü açısından kritik öneme sahiptir. Bu süreç, kadın vücudunun doğurganlık döngüsünü sürdürebilmesi için gereklidir (Taşkın,2016).

Myometriumun kontraktilitesi: Bir başka etken de uterin kontraksiyonların doğumdan sonra da sürmesidir. Bu kontraksiyonlar yalnızca uterus involüsyonunu sağlamakla kalmaz, aynı zamanda doğum sonu kanamaları önlemek ve desiduanın atılmasında da önemli rol oynamaktadır (Nurhan,2017). Doğum sonrası uterusun (rahmin) kasılması ve involüsyonu, postpartum dönemde kanamayı kontrol etmek ve gebelikte büyüyen organın eski haline dönmesini sağlamak için kritik bir süreçtir. Doğumdan sonra plasenta atıldığında, uterus hızla kasılarak küçülür ve duvarları kalınlaşır. Bu

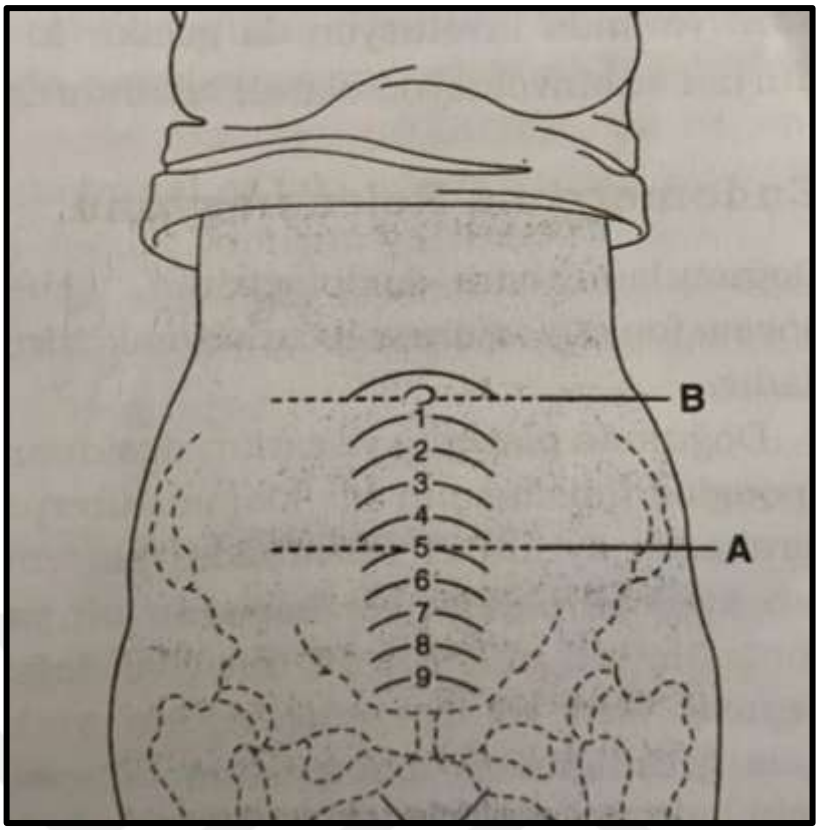
kasılmalar, rahimdeki kan damarlarını sıkıştırarak kanamanın durmasına yardımcı olur. Özellikle doğumdan sonra karın duvarı üzerinden palpe edildiğinde, uterus sert bir kitle olarak hissedilebilir. Uterus atonisi, yani uterusun yeterince kasılamaması durumunda ise kanama riski artar. Ancak, uterus kontraksiyonları güçlü ve düzenli olduğunda, bu risk büyük ölçüde azalır. Özellikle ilk kez doğum yapan kadınlarda (primiparlar) ve emziren annelerde, oksitosin hormonunun salgılanması uterusun daha hızlı kasılmasına ve involüsyonun daha hızlı gerçekleşmesine katkı sağlar. Emzirme, oksitosin hormonunu artırarak uterusun kasılmasına yardımcı olur ve bu süreçte kanama kontrolü sağlanır. Primipar kadınların uterus kasları daha elastik ve kontraktil olduğu için involüsyon süreci daha hızlı gerçekleşir. Bu fizyolojik adaptasyon, doğum sonrası iyileşmenin önemli bir parçasıdır (Taşkın,2016).

2.9.1.1.1.1 Uterus involüsyonunu geciktiren durumlar

- Zor ve uzun doğum eylemi
- Doğumda uygulanan anestetik maddeler
- Yaşlı multiparlar
- Dolu mesane
- Plasenta ve membranların kısmi atılması
- Enfeksiyon
- Çoğul gebelik

2.9.1.1.1.2 Fundusun pozisyonundaki değişim

Plasentanın atılmasından sonra uterus kasılarak sertleşir ve yaklaşık bir greyfurt büyüklüğüne ulaşır. Fundus kısmı, simfizis ile umblikus arasındaki hattın üçte iki üst kısmında yer alır. Kontrakte olan uterusun duvar kalınlığı 4-5 cm'dir ve bu kalınlık, myometriyumun kan damarlarını sıkıştırmasıyla sağlanır. Doğumdan 6-12 saat sonra, uterus içinde kan ve pıhtı kalması nedeniyle fundus seviyesi umblikus seviyesine yükselir. Bu, uterusun normal involüsyon sürecinin bir belirtisidir ve kanamanın kontrol altına alınmasına yardımcı olur (Taşkın,2016).



Şekil 2.4: Uterus İnvolüsyonu

"(A) Plasentanın doğumdan hemen sonra fundusun tepe noktası simfizis ile umblikus arasında, orta hatta yer alır. (B) Doğumdan 6-12 saat sonra fundus ımblikus seviyesinde.Fundusun yüksekliği her gün yaklaşık 1 cm/ bir parmak aşağı iner" (Taşkın,2016).

Fundusun umblikusun üzerinde ve gevşek olarak palpe edilmesi, intrauterin aşırı kanamaya işaret eder. Kanama ve pıhtı uterusun içinde biriktiğinde fundus yükselir ve uterus kaslarının kasılması engellenir, bu durum uterusun gevşemesi ile sonuçlanır. Ayrıca, mesane dolu olduğunda da fundus beklenen seviyeden yüksekte ve orta hattın genellikle sağında palpe edilir. Doğumdan sonra yaklaşık yarım gün fundus umblikus seviyesinde kalırken, doğumu izleyen birinci gün fundus umblikusun 1 cm altına iner. İlk 2 hafta içinde fundus, yaklaşık her gün 1 cm ya da bir parmak aşağı inerek iki hafta sonunda karından palpe edilemez hale gelir. Bu süreç, uterusun normal involüsyonunu gösterir ve postpartum iyileşmenin bir parçasıdır.

Eğer anne emziriyorsa, emme refleksine cevap olarak salgılanan hipofiz arka lob hormonu olan oksitosin, involüsyon sürecini hızlandırır. Enfeksiyon ve plasenta retansiyonu gibi komplikasyonlar olmadığı takdirde uterus, 4 hafta içinde gebelik

öncesi boyutlarına ulaşır. Ancak, gebelikte uterusun aşırı büyümesine neden olan hidroamniyoz, ikiz gebelik veya iri fetus gibi durumlar, involüsyon sürecini uzatabilir. Eğer enfeksiyon mevcutsa, ateş ve taşikardi gibi klinik belirtiler ortaya çıkar; bu durumda involüsyon süreci gecikir ve bu durum subinvolüsyon olarak adlandırılır. Bu nedenle, emzirme ve komplikasyonların varlığı, uterusun geri dönüş sürecinde önemli bir rol oynar (Taşkın,2016).

2.9.1.1.1.3 Endomterium rejenereasyonu

Doğumdan sonra 2-3 gün içinde plasentanın ayrıldığı endometrium yüzeyi iyileşmeye başlar ve iki tabakaya ayrılır. Yaralanan desidua tabakasına lökositler gelir ve desiduanın nekroze olan ve dökülen tabakasını, sağlam olan alt tabakadan ayıran bir granülasyon dokusu oluştururlar. Bu granülasyon dokusu, enfeksiyonlardan korunmak için koruyucu bir görev üstlenir. Desiduanın yüzeyel tabakası daha sonra loşia olarak atılırken, alttaki sağlam tabakadan endometrium yeniden yapılanır (rejeneresyon). Endometriumun rejenerasyonu, yaklaşık 6-8 hafta sürer (Taşkın,2016).

2.9.1.1.1.4 Loşia

Doğumdan sonra genellikle bütün postpartum dönem boyunca süren vajinal akıntıya loşia denir. Loşianın miktarı ve rengi, uterusun involüsyonu ve yenilenme sürecinin bir göstergesi olduğundan, bunların normal olup olmadığının gözlenmesi hayati önem taşır. Loşia kan, küçük desidua parçaları, mukus, verniks kaseoza, lanugo ve mekonyum gibi maddeleri içerir (İldan, 2007). Loşiada her zaman mikroorganizmalar bulunur ve doğumu takip eden 2. günde uterus, vajinal mikroorganizmalar tarafından kontamine olur. Ancak bu mikroorganizmalar, genellikle hastalık yapma yeteneğine sahip olmayan türlerdir. Başlangıçta loşianın miktarı fazladır, ancak zaman geçtikçe azalır. İlk 8 saatten sonra loşia, normal menstrual akıntıdan fazla değildir. Total loşia miktarı, genellikle 150-400 cc arasında değişir. Multipar kadınlarda, primipar kadınlara göre daha fazla loşia görülür. Emziren annelerde loşia miktarı daha az olur; ancak bebek emerken geçici bir artış meydana gelebilir. Bu durum, emzirmenin uterus kasılmalarını tetikleyici etkisiyle ilişkilidir. Loşianın miktarı çok fazla olmamalı ve rengi parlak kırmızı olmamalıdır. Normalde, loşia vajinal akıntıdan ince bir sızıntı şeklinde olmalıdır. Eğer loşia bu

özellikleri taşımıyorsa, yani aşırı miktarda geliyorsa veya rengi parlak kırmızı ise, bu durum uterus atonisi veya başka bir komplikasyonun belirtisi olabilir.

Loşia, pis kokulu olmamalıdır. Eğer kötü bir koku varsa, bunun kaynağı enfeksiyon, vajna içinde kalmış sünger veya tampon ya da değiştirilmeyen pedler olabilir. Ayrıca loşia içinde büyük doku parçaları olmamalıdır; büyük doku parçalarının varlığı plasenta retansiyonuna işaret edebilir. Eğer bu plasenta parçaları çıkarılamazsa, uterus atonisine neden olabilir, bu da postpartum kanama riskini artırır. Bu durumlar, dikkatli bir değerlendirme gerektirir ve gerekirse tıbbi müdahale yapılmalıdır (Taşkın,2016).

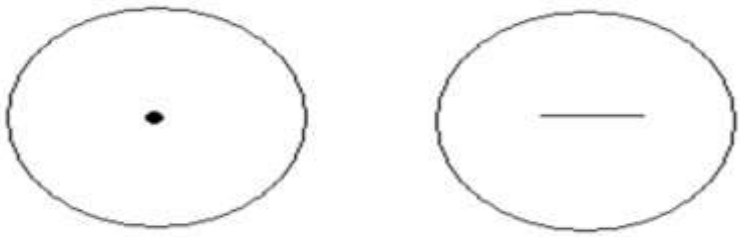
Çizelge 2.3: Loşia Tipleri ve Özellikleri

Loşia Tipi	Rengi	Süresi	Özelliği
LOŞİA RUBRA	Koyu Kırmızı	1-3 gün	Kan, desidual ve trofoblastik dokuları içeriri. Kanama pıhtılı olabilir. Taze bir kokusu vardır. Orta düzeyde bir kanama olur.
LOŞİA SEROZA	Pembe-Kahverengi	3-10 gün	Kan, serum, lökosit ve doku artıklarını içeririr. Loşia Rubraya göre daha az miktarda olur.. Et kokusuna benzerdir.
LOŞİA ALBA	Sarımtırak-Beyaz	10-14 gün	Lökosit, desidua, epitelyum hücreleri, müküs, serum ve bakteri içerir. Kokusu yoğun değildir.

Kaynak: (Arslan, 2019)

2.9.1.1.2 Serviks

Serviks involüsyonu 6 hafta sürer. Doğumdan sonra kısalır ve kalınlaşır. Eksternal os 2-3 parmak girecek şekilde açıktır ve 6 haftanın sonunda kapanır. Serviks mor renkli ve ödemlidir. Dilatasyon sırasında meydana gelen yırtıklar nedeniyle serviks hiçbir zaman gebelik öncesi durumuna dönemez. Gebelik öncesinde servikal os yuvarlaktır. Doğumdan sonra ise düz çizgi şeklindedir (İldan, 2007).



Şekil 2.5: Gebelik Öncesi Serviks-Doğum Sonrası Serviks

2.9.1.1.3 Vulva ve vajina

Doğumdan hemen sonra vulva ve vajinanın ödemli ve bereli bir görünümü vardır. Yumuşak ve gevşek olan vajende ekimoz alanları vardır. Bu durum, bebeğin doğumu sırasında önemli derecede baskı altında kalmış ve gerilmesinden kaynaklanır. Üçüncü haftadan sonra, vulva ve vajina neredeyse gebelik öncesi haline geri döner. Ancak hiçbir zaman gebelikten önceki halini alamaz. Vajinadaki rugae yeniden belirginleşir ve labialar daha az çıkıntılı hale gelir. Emzirmeyen annelerde, overlerin baskılanmasına bağlı hipoestrojenik periyod nedeniyle vajinal mukoza soluk ve rugae belirsiz hale gelir. Bu durum, vajinal kuruluk ve dispareunya (ağrılı cinsel ilişki) gibi sorunlara yol açabilir; bu nedenle, rahatlama sağlamak için suda eriyen lubrikantlar önerilir. Vajinal orifis doğumdan sonra hafif açık kalır. Vajen epiteli, over fonksiyonları ve östrojen salgılanması başlayana kadar menopoz sonrası dönemdeki gibi düz, ince yumuşak görünümdedir (Taşkın, 2016; İldan 2007).

2.9.1.1.4 Abdomen

Gebelik sırasında gerilen uterin ligamentlerin, özellikle de round ve broad ligamentlerin iyileşmeleri zaman alır. Doğumu takiben, gebelikte gerilen abdominal duvar gevşek ve sarkık bir görünümde olabilir. Ancak, gevşemiş durumda olan karın kasları, ilk üç ay içinde yapılan egzersizlere iyi yanıt verir ve tonusunu hızlı bir şekilde kazanabilir.

Abdominal kasları fazla gerilen kadınlarda (ikiz gebelik veya iri fetus gibi), yaşlı multipar kadınlarda veya abdominal kas tonüsü zayıf olanlarda, karın sarkık ve gevşek kalabilir. Bu durumlarda diastazis rekti (abdominal kaslarda ayrılma) ortaya çıkabilir. Eğer rektus kasları tonusunu kazanmazsa, sonraki gebeliklerde desteklemede yetersiz kalabilir ve bu durumda pendulus abdomen gelişebilir. Pendulus abdomen gelişen anneler sırt ağrılarından yakınabilir.

Doğum sonrası karın egzersizleri, diastazis için iyi bir çözüm sunar ve abdominal kas tonusunu önemli ölçüde düzeltebilir. Ayrıca, stria (çatlaklar), derinin elastik fibrinlerinin gerilmesi ve rüptür olması sonucu ortaya çıkar. Doğumda kırmızı olan bu çizgilerin rengi zamanla açılır ve görünümü azalır (Taşkın,2016).

2.9.1.1.5 Memeler

Doğum sonrası pelvik organlarda meydana gelen atrofik değişiklikler geri dönüşümlüdür. Memeler, laktasyon süresince tam olgunluğa ulaşır (Taşkın,2016). Laktasyon, doğum sonrası süt üretimi ve salgılanması sürecidir. Laktasyonun başlaması, doğum sonrası plasentanın ayrılmasıyla başlar ve prolaktin hormonu tarafından kontrol edilir. Prolaktin, hipofiz bezinin ön lobundan salgılanır ve süt bezlerini süt üretimi için uyarır . Oksitosin, hipofiz bezinin arka lobundan salgılanır ve süt kanallarının kasılmasını sağlayarak sütün meme başına taşınmasını sağlar. Östrojen ve progesteron hormonları gebelik boyunca yüksek seviyelerde bulunur ve süt bezlerinin gelişimini destekler. Doğumdan sonra östrojen ve progesteron seviyeleri düşerken, prolaktin ve oksitosin seviyeleri artar, bu da süt üretiminin başlamasına ve sürdürülmesine olanak tanır (Mutlu,2024).

Laktasyon başlamadan önce memeler yumuşak olup, meme uçlarından kolostrum adı verilen sarımsı bir sıvı salgılanır. Bu ön süt, bebeğin ihtiyaç duyduğu besin maddelerini içerir. Laktasyonun başlamasıyla birlikte hormonal değişikliklere yanıt olarak memeler genişler, sertleşir ve başlangıçta gergin, sıcak ve hassas hale gelir. Bu hassasiyet genellikle doğumun ilk 48 saati boyunca devam eder. Bu süreç, süt üretimi ve emzirme için hazırlık aşamasıdır.

Emzirmeyen annelerde memelerde genellikle nodüller hissedilebilir. Emzirme refleksi ile artan prolaktin düzeyi, bu annelerde hızla düşer. Kolostrum, ilk birkaç gün salgılanır; daha sonra memeler palpe edildiğinde meme uçlarından süt gelir. 3-4. günlerde memeler şişkin, hassas, gergin ve sıcak hissedilir. Bu durum, venöz ve lenfatik sistemdeki tedrici konjesyon nedeniyle gelişir.

Engorgement, emzirme sürecinde memelerin aşırı dolması sonucu ortaya çıkan bir durumdur. Memeler, süt üretiminin artmasıyla birlikte şişer, gerginleşir ve hassas hale gelir. Bu durum genellikle doğumun 24-36 saat sonrası kendiliğinden düzelir. Engorgement rahatsızlığı yaşayan memelerde rahatsızlığı gidermek için meme bandajı, buz paketi veya hafif analjezikler kullanılabilir. Bu yöntemler, süt salgılanmasını teşvik ederek rahatsızlığı azaltmaya yardımcı olur (Taşkın,2016).

2.9.1.2 Diğer organ ve sistemlerdeki değişiklikler

2.9.1.2.1 Üriner sistem

Yeni doğum yapmış bir lohusanın, genellikle 4-6 saat içinde idrarını spontan olarak yapması beklenir**.** Gebelik boyu ekstrasellüler kompartmanda sıvı retansiyonu ile volüm artmıştır. Doğumdan sonra ekstrasellüler ve intravasküler sıvı, glomerüler filtrasyonla dışarı atılır. İlk yedi-sekiz günde artan, diürez ile günlük idrar 3000 ml'yi bulabilir. Doğumdan ancak üç-dört hafta sonra glomerüler filtrasyon normale döner. İlk hafta üre, ürik asit Gebelik boyu ekstrasellüler kompartmanda sıvı retansiyonu ile volüm artmıştır. Dolu bir mesane acil müdahale gerektirir. Çünkü dolu mesane, uterus kontraksiyonlarını geciktirir. Bu durum, uterin atoniye yol açabilir ve bu da postpartum kanama riskini artırır. Dolayısıyla, mesanenin düzenli olarak boşaltılması, doğum sonrası iyileşme sürecinde önemlidir. Doğum sonu bir-iki gün hafif proteinüri, hafif glikozüri ve laktozüri görülebilir. İdrarda artan nitrojen konsantrasyonunun nedeni, uterus duvarındaki protein katabolizması veya otolizdir. Katabolize olan proteinlerin yıkım ürünlerinden bazıları emilirken, bazıları idrarla atılır. Genellikle 3. günden sonra proteinüri durur ve artık görülmez. Doğumdan sonraki ilk günlerde idrarda görülen glikozun nedeni meme bezlerinden kan dolaşımına geçen laktozdur. Laktoz, laktaz enzimi tarafından glukoz ve galaktoza parçalanır ve bu parçalanma ürünleri idrarla atılabilir. Bu durum, doğum sonrası hormonal değişikliklerin bir sonucudur. Steroid hormonlarının tonüs düşüren etkisiyle ve gebe uterusunun baskısıyla gebelikte yerleşen hidroüreter ve pelvis renalis dilatasyonu ancak üç-altı hafta sonra eski tonüsüne kavuşur. Mesane hipotonik ve travmatizedir. İdrarı tam boşaltamaz. Ödemli üretrada idrar akışını zorlaştırabilir. İlk günlerde diürezle dolan hipotonik ve travmatize mesane da idrar retansiyonu sık görülür. Sonda ile idrar alınacaksa, sistit ve piyelonefrit riski unutulmamalıdır (Taşkın, 2016; Kurnaz,2007).

2.9.1.2.2 Gastrointestinal sistem

Postpartum dönemde sindirim, annenin beslenmeye başlamasıyla birlikte aktifleşir. Doğumdan önce anneye besin ve sıvı alımının kısıtlanması, doğumdan sonra kuvvet ve kas gücü kaybı, progesteron hormonu etkisiyle bağırsaklarda tonüs azalması, doğumdan kaynaklanan laserasyon varlığı ile oluşan ağrılar konstipasyon sorununa yol açar (Chauhan & Tadi, 2022;Turhan, 2017). Bağırsak fonksiyonları

genellikle doğumdan 3-4 gün sonra normale döner. Doğum sonrası progesteron seviyesinin düşmesine rağmen, doğum öncesi uygulanan lavman, doğum sonrası 1-2 gün boyunca az besin alımı, beden hareketlerinin kısıtlanması, karın duvarının gevşemesi ve bağırsaklar üzerindeki basıncın azalması nedeniyle bağırsak peristaltizminin yavaşlamasına yol açar. Bu durum, konstipasyon ve gaz birikimine neden olabilir. Ayrıca, hemoroidler ve fetus başının rektuma yaptığı travma, annede ağrıya sebep olabilir ve bu da annede defakasyondan çekinmeye yol açar (Taşkın,2016).

2.9.1.2.3 Endokrin sistem

Doğu eyleminde plasentanın ayrılmasıyla birlikte salgınana horman seviyelerinde hızlı düşmeler meydana gelir. Seviyeleri düşen bu hormonlar östrojen, progesteron, plasental laktojenik hormon ve koryonik gonadotropindir. Aldosteron hormonu ve tiroit hormonları yaklaşık 1-2 hafta içinde normale dönerek gebelik öncesi seviyeye geriler. Annenin bebeğini emzirmesiyle birlikte prolaktin hormonu salgılanmaya devam eder. İnsülin hormonuna duyarlılık geri dönerek annenin diyabet olma riski ortadan kalkar (Chauhan & Tadi, 2022).

2.9.1.2.3.1 Ovulasyon ve menstruasyonun geri dönüşü

Ovulasyon ve menstrüasyonun geri dönüşü kadınlar arasında farklılık gösterir. Öncelikle kadının fiziksel özelliklerine bağlı olmakla birlikte, emzirme süresi, bebeğin emme gücü, emzirme sıklığı ve ek besinlerin kullanımından da etkilenir. Doğum sonrası dönemde, FSH ve LH hormonlarının ilk 2-3 hafta boyunca düşük seviyelerde olması, kadınlarda amenoreye (adet görmeme) yol açar. Doğum sonrası ilk adet döngüsü, tüm kadınlarda ya anovulatuvar (yumurtlama olmayan) bir siklus ya da corpus luteum içeren bir siklus ile başlar. Emzirmeyen kadınların yaklaşık yarısında menstrüasyon, doğumdan yaklaşık 6-8 hafta sonra geri döner. Emziren annelerde ise ovulasyon ve menstrüasyonun geri dönüş süresi genellikle daha uzundur ve bu süre, bebeğin ek gıdaya geçişine kadar uzayabilir. Bu durum, hormonal değişikliklerin ve emzirmenin etkilerinden kaynaklanmaktadır (Taşkın,2016;Arslan, 2019).

Laktasyonel amenoreye neden olan etkili emzirme, doğum sonrası dönemde kontraseptif bir yöntem olarak kullanılabilir. Ancak, etkili emzirmenin her zaman sağlanamayacağı ve ovulasyonun menstrüasyondan önce gerçekleşebileceği göz

önünde bulundurulduğunda, emzirmenin kontrasepsiyon açısından güvenilirliği özellikle ilk 3 haftadan sonra düşük olabilir. Bu nedenle, ek korunma yöntemleri düşünülmelidir (Taşkın,2019).

2.9.1.2.4 Kardiyovasküler sistem

Gebelikte hücre dışı sıvının birikmesi ve plasenta alanında biriken kanın anne vücuduna dönmesiyle doğum sonu ilk 24-48 saatte total kan volümü yüksektir. Değişen plasental hormonlar ve oksitosin hormonu etkisiyle kan volümü doğumdan sonraki 1 ila 2 saat içinde doğum öncesi değerlere ve doğumdan sonraki iki hafta içinde gebelik öncesi değerlere hızla geriler. Hematokrit, trombositler, fibrinojen ve lökosit değerleri ortalama 9 hafta içinde normal değerlerine ulaşır. Hemoglobinin eski değerine dönüşü 4-6 ayı bulur (Chauhan & Tadi, 2022).

2.9.1.2.5 Yaşam bulguları

2.9.1.2.5.1 Ateş

Doğum sonrası dönemde, genellikle ilk 24 saat dışında ateş yükselmesi beklenmez. İlk 24 saatte dehidratasyona bağlı olarak ateşin 38 dereceye çıkması normaldir. Bu süre sonrasında laktasyonun başlamasıyla birlikte ateş yine 38 derece civarında olabilir Fakat bu ateşin 12 saatten uzun sürmemesi gerekir. 38 dereceyi aşan ateş, enfeksiyon riski açısından dikkatle değerlendirilmelidir (Taşkın,2016; Arslan, 2019).

2.9.1.2.5.2 Kan basıncı

Doğum sonu ölçülen kan basınç değeri kadının her zamanki kan basınç değerlerine göre karşılaştırılır. Ayrıca, düşük kan basıncı intrapelvik basıncın azalmasından kaynaklanabileceği gibi, uterin hemoraji ile de ilişkili olabilir. Ayrıca, ödem ve proteinüri ile birlikte ya da bağımsız olarak gelişen yüksek kan basıncı dikkatlice değerlendirilmelidir. Bu durumlar, annenin sağlık durumu açısından önemli ipuçları sunar ve gerektiğinde müdahale gerektirebilir. Kan basıncı kadının pozisyonlarından etkilenebilmektedir. Bu nedenle kadının kan basıncı her zaman aynı pozisyonda ölçülmelidir. Doğumdan sonra vasküler direnç düşük olduğu için ortastatik hipotansiyon görülebilir (Arslan,2019; Taşkın 2016).

2.9.1.2.5.3 Nabız

Doğum sonrası 6-12 gün içinde, 50-70 bpm arasında seyreden bradikardi sıkça rastlanan bir durumdur. Bu durum kan hacminin ve kardiyak yükün azalmasına bağlı olarak gelişir. Taşikardi ise daha seyrek görülür ve genellikle kan kaybı, zor veya uzun doğum eylemi ile ilişkilidir. Bu durumlar, annenin kalp sağlığını izlemek açısından önemli olduğu için dikkatle değerlendirilmelidir (Taşkın,2016). Nabız genellikle gebelik öncesi düzeyine postpartum 10. günde döner (Arslan,2019).

2.9.1.2.5.4 Solunum

Gebeliğin son aylarında büyüyen bebekle birlikte karın içi ve diyafragmatik basıncın artması gebenin solunum sıkıntısı yaşamasına neden olur. Doğumdan sonra bu bölgelere olan basının ortadan kalkması ve progesteron hormonu seviyesinin düşmesi annenin solunumunu rahatlatır (Dişli ve Mecdi Kaydırak, 2021).

2.9.1.2.6 Nörolojik sistem

Doğum sonrası dönemde kadınlar insizyon ağrısı, kas ağrıları ve memelerde engorjman (şişlik) gibi rahatsızlıklar yaşayabilirler. Bu durumlar uyumayı zorlaştırabilir. Ayrıca, doğum sırasında kullanılan analjezi ve anestezi, geçici olarak ayaklarda his kaybına ve baş dönmesine neden olabilir, bu nedenle düşmelere ve yaralanmalara karşı dikkatli olunmalıdır. Doğum sonrası baş ağrıları da dikkatle değerlendirilmelidir. Özellikle frontal ya da bilateral (iki taraflı) baş ağrıları, doğumdan sonraki ilk hafta içinde sıkça görülebilir ve genellikle sıvı ve elektrolit dengesizliklerinden kaynaklanır. Ancak, baş ağrısına fotofobi (ışığa duyarlılık), proteinüri (idrarda protein), bulanık görme ve karın ağrısı eşlik ediyorsa, preeklampsi belirtisi olabilir.

Gebelik sırasında ortaya çıkan bazı nörolojik rahatsızlıklar, doğumdan sonra hafifleyebilir. Özellikle ödemin çözülmesiyle karpal tünel sendromu semptomlarında da bir azalma görülür (Arslan,2019).

2.9.1.2.7 Psikolojik değişiklikler

Yeni doğum yapmış annenin hormonal durumundaki ani ve dramatik değişiklikler, normalde kolaylıkla başa çıkabileceği durumlara karşı duyarlılığını artırabilir. Bu dönemde plasental hormonların yokluğu ve yüksek prolaktin

seviyesinin overleri baskılaması nedeniyle östrojen ve progesteron düzeyleri en alt seviyeye düşer. Bu durum, anneyi menopoz benzeri bir etki altında bırakır ve özellikle östrojen eksikliği, depresyona yatkınlığı artırabilir.

Postpartum hafif depresyon (hüzün), birçok yeni annenin en küçük sorunlar karşısında bile ağlamasına neden olabilir. Uyku bozukluğu ve depresyon 1-2 günden daha uzun sürerse, annenin postpartum psikoza girmesini önlemek için mutlaka profesyonel psikiyatrik yardım alınmalıdır. Bu durum, annenin hem psikolojik hem de fiziksel sağlığını korumak için kritik öneme sahiptir (Taşkın,2016).

Ebeveyn olmak, insan yaşamındaki en önemli kararlardan biridir ve gebelik, bireylerin bu role adım attığının bir göstergesidir. Ancak, ebeveyn olma kararı her zaman planlı ve bilinçli bir şekilde verilmez, hatta her zaman bireylerin kendi isteklerine bağlı da olmayabilir. Pek çok kişi, çocuk sahibi olma arzularının arkasındaki motivasyonların tam olarak farkında olmayabilir. Bu durumda, ebeveynlik rolüne uyum sağlamak daha zor olabilir. Eşler, bazen toplumda statü kazanmak, ailede bir boşluğu doldurmak, cinsel yeteneklerini kanıtlamak ya da kültürel baskılar nedeniyle çocuk sahibi olmayı tercih edebilirler (Arslan,2019).

Doğum sonrası ruhsal bozuklular, doğumdan sonra ilk 2 haftada başlayıp ilk 1 yıla kadar devam edebilmektedir. Postpartum dönemde ruhsal sorunlar , doğum sonrası depresyon ve doğum sonrası psikoz olmak üzere üç Gruplara ayrılır. Ruhsal bozuklukların sınırları tam olarak çizilmemekle birlikte her birinin ayrı ayrı değerlendirildiği, çoğu zaman da birbiriyle ilişkili karmaşık bir tabloyu oluşturduğu düşünülmektedir. (Akbarzadeh vd., 2017).

2.10 Preoperatif Hemşirelik Bakımı

1. Sezaryen ile doğum için servise gelen gebenin, klinik prosedürlere uygun şekilde yatış işlemleri yapılır. Bu süreç, hastanın sağlık durumu değerlendirilerek, gerekli belgelerin doldurulması ve gerekli testlerin yapılması gibi adımları içerir. Ayrıca, hasta bilgilendirilir ve rahat bir ortam sağlanır.
2. Hastanın kimlik bilgileri doğrulanarak hasta bilekliği takılır. Ayrıca, ameliyathanede bebeğin cinsiyetine göre değişecek olan bilekliğin, bebeğin

kolundaki bilekliğin aynı seri numarasına sahip olacağı bilgisi verilir. Bu işlem, anne ve bebeğin güvenliğini sağlamak amacıyla yapılmaktadır.

3. Gebenin hekimi, sezaryen eyleminin neden gerekli olduğunu, olası riskleri, komplikasyonları, ne kadar süreceğini ve doğum sonrası süreçte yaşanabilecek durumları ayrıntılı bir şekilde açıklar. Ayrıca, gebe ve ailesinin soruları varsa, bunlar titizlikle yanıtlanır.
4. Gebenin kan ve idrar tetkikleri yapılmalı ve kan grubu belirlenmelidir. Kan grubu belirlemesi, gerektiğinde acil durumlarda hızlı müdahale için önemlidir.
5. Gebenin tıbbi ve obstetrik öyküsü alınır. Bu süreçte, hastanın geçmiş sağlık durumları, önceki gebelikleri ve doğumları hakkında ayrıntılı bilgi toplanarak, mevcut durumu değerlendirilir. Bu bilgiler, uygun bir tedavi planı oluşturmak ve olası riskleri belirlemek için önemlidir.
6. Vital bulgular ölçülerek hemşire tarafından gözlem kaydına geçirilir. Bu bulgular, hastanın genel sağlık durumunu değerlendirmek ve olası değişiklikleri izlemek için önemlidir. Ölçülen vital bulgular arasında nabız, kan basıncı, solunum hızı ve ateş yer alır.
7. Fetüsün durumunu değerlendirmek için NST (non stress test) çekilmeldir.
8. Gebenin işlem öncesi açlık süresinin belirlenmesi için en son oral aldığı saat kaydedilir. Bu bilgi, anestezi güvenliği için önemlidir. İşlem sonrasında, gebenin ne kadar süre aç kalacağı ve beslenme şekli hakkında eğitim verilir
9. İntravenöz yol açılarak damardan sıvı desteği başlanmalıdır. Bu süreçte, hekim istemi kontrol edilerek doğru sıvı ve dozajın uygulanması sağlanmalıdır. Sıvı desteği, hastanın hidrasyon durumunu korumak ve ameliyat öncesi hazırlıkları desteklemek için önemlidir.,
10. Venöz tromboemboli riskini azaltmak için hekim isteğine ve hastanın değerlendirmesine göre anti emboli çorabı giydirilmelidir.
11. Gebenin üzerinde bulunan metal takılar, toka ve aksesuarların çıkarılması sağlanır. Ayrıca, ojelerin temizlenmesi de önemlidir. Bu uygulama, cerrahi işlemler sırasında anestezi ve cerrahinin güvenliğini artırmak amacıyla yapılır.

12. Mesanenin boşaltılması amacıyla üretral kateter uygulanmalıdır. Bu uygulama, cerrahi işlem sırasında mesanenin düzgün bir şekilde boşaltılmasını sağlamakta ve olası üriner sistem yaralanmalarını önlemeye yardımcı olmaktadır. Ayrıca, postoperatif dönemde idrar çıkışını izlemek için de önemlidir.
13. Postoperatif komplikasyonların azaltılması için yapılması gereken girişimler hakkında gebeye bilgi verilmesi, anksiyetesini azaltarak psikososyal konforunu artırmaya yardımcı olacaktır.
14. Gebeye derin solunum ve öksürük egzersizleri öğretilmelidir.
15. Doğum sonrası ağrı yönetimi için gerçekleştirilecek farmakolojik ve non-farmakolojik uygulamalar hakkında gebeye eğitim verilir. Bu eğitim, gebeye ağrı kontrol yöntemlerini anlaması ve kendi ihtiyaçlarına uygun seçenekleri değerlendirmesi için bilgi sağlar. Farmakolojik yöntemler arasında ağrı kesiciler bulunurken, non-farmakolojik yöntemler arasında gevşeme teknikleri ve destekleyici uygulamalar yer alır. Bu yaklaşım, annenin doğum sonrası sürecini daha konforlu geçirmesine katkıda bulunur.
16. İşlemler sırasında gebenin mahremiyetine özen gösterilir. Anamnez alınırken, üretral kateter takılırken ve NST bağlanırken, hasta yakınlarının dışarı çıkarılması gibi önlemler alınır. Bu yaklaşım, gebenin rahat hissetmesini sağlamak ve mahremiyetini korumak amacıyla önemlidir.
17. Hasta ameliyathaneye inmeden önce, hasta dosyası içinde bulunması gereken evrakların tam ve eksiksiz olduğundan emin olunmalıdır. Bu evraklar, ameliyatın güvenliği ve etkinliği için kritik öneme sahiptir. (Alkaş, 2019)

2.11 Pre-Operatif Hemşirelik Bakımı Kanıta Dayalı Çalışmalar

- Planlı sezaryen eyleminde, operasyon öncesinde hastanın detaylı bir öyküsünün alınması, fizik muayene ve gerekli kan ile idrar testlerinin değerlendirilmesi önemlidir. Bu süreç, olası komplikasyonların önlenmesi ve hastanın genel sağlık durumunun değerlendirilmesi için kritik rol oynar. Acil sezaryen eyleminde ise durumun aciliyeti göz önünde bulundurularak, operasyon sonrasında da ek değerlendirmeler ve planlamalar yapılabilir. Acil

durumlarda, hızlı karar verme ve uygun tedavi stratejileri geliştirmek için önem arz etmektedir. (Sayın , Erzincan ve Çilingir,2018).

- Sezaryen ile doğum öncesi, riskli grupta olmayan gebelerde fetal izlem rutin olarak önerilmez. Ancak, sezaryen ile doğum öncesinde fetal kalp seslerinin dinlenmesi ve kaydedilmesi önemlidir. Fetal kalp seslerinin normal olması, ameliyat öncesi güvenli bir durum olduğunu gösterir ve sürecin daha sağlıklı ilerlemesine katkı sağlar (Sayın , Erzincan ve Çilingir,2018).
- Ameliyat alanının temizlenmesi için traşın bir gece önce yapılması enfeksiyon riskini artırabileceğinden önerilmez. Eğer ameliyat bölgesi traşı isteniyorsa, elektrikli bıçak kullanarak operasyondan hemen önce temizlik yapılması daha uygun bir yöntemdir (Sayın , Erzincan ve Çilingir,2018).
- ACOG 2011'de sezaryen öncesi pnömotik kompresyon kullanımını önermiştir; ancak tromboemboli riski taşımayan hastalarda bu uygulama tartışmalıdır. Bazı uzmanlar, sadece erken mobilizasyonun yeterli olduğunu savunmaktadır. (Sayın, Erzincan ve Çilingir,2018). ERAS protokolü, venöz tromboemboli riski olan gebelere preoperatif dönemde mekanik yöntemlerle birlikte düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) verilmesini önermektedir. Sezaryen ile doğum , venöz tromboembolizm açısından risk faktörlerinden biri olduğundan, ERAS-CD ve ERAC protokollerinde tromboemboli profilaksisi için pnömotik kompresyon çoraplarının rutin olarak kullanılması önerilmektedir. (Özkeçeci ve Yavan,2020).
- Profilaktik antibiyotik kullanımı, postoperatif enfeksiyon riskini azaltmada etkili bulunmuştur. (Sayın, Erzincan ve Çilingir,2018). ERAS protokollerinde, antibiyotik profilaksisi için 1. kuşak sefalosporinlerin cilt kesisi öncesi 60 dakika içinde uygulanması gerektiği vurgulanmaktadır. NICE, sezaryen ameliyatlarında da cilt kesisi açılmadan önce antibiyotik profilaksisini önermektedir. Cochrane veritabanında 2014 yılında yapılan bir derlemede, cerrahi kesi öncesinde antibiyotik uygulanmasının, yenidoğanın kordunun klemplenmesinden sonraki antibiyotik uygulamasına kıyasla postpartum maternal enfeksiyon insidansını daha fazla düşürdüğü belirtilmiştir. (Özkeçeci ve Yavan ,2020).

- Klorheksidin veya povidon iyot ile sezaryen ile doğum öncesi alanın temizlenmesi, cerrahi alan enfeksiyonunu önlemek için etkili bir yöntem olarak bulunmuş ve önerilmektedir. Bu antiseptiklerin kullanımı, ciltteki mikroorganizma yükünü azaltarak cerrahi alan enfeksiyon riskini minimize eder (Sayın, Erzincan ve Çilingir,2018).
- Sezaryen sırasında, üriner sistem yaralanmalarını erken dönemde fark edebilmek, onarabilmek ve operasyon sonrası oluşabilecek üriner retansiyonu en aza indirmek amacıyla mesane sonda uygulaması tercih edilmektedir. Ancak yapılan çalışmalar, mesane sondasının üriner enfeksiyon ve postpartum kanama insidansını değiştirmediğini göstermiştir. Bu bulgular, mesane sonda kullanımının bazı durumlarda faydalı olabileceğini, ancak enfeksiyon ve kanama risklerini artırmadığını ortaya koymaktadır. (Sayın, Erzincan ve Çilingir,2018).
- 2013 yılında yapılan Cochrane analizi, vena cava basısını azaltmak amacıyla sol yan tarafa eğimli pozisyonun supin pozisyona göre net bir avantaj sağlamadığını göstermiştir. (Sayın , Erzincan ve Çilingir,2018).
- ERAS-CD rehberinde, sezaryen ile doğum öncesi oral veya mekanik bağırsak hazırlığının önerilmediği belirtilmektedir. Bağırsak hazırlığına yönelik uygulamaların, postoperatif iyileşme sürecine olumlu bir katkı sağlamadığı düşünülmektedir (Özkeçeci ve Yavan,2020).
- ERAS-CD rehberinde, preoperatif sedasyon kullanımının anne ve yenidoğan üzerinde potansiyel zararlı etkileri olabileceği için önerilmediği belirtilmektedir. (Özkeçeci ve Yavan 2020).
- Sezaryen ile doğum öncesinde, posasız meyve suyu, sütsüz kahve veya çay gibi berrak sıvıların 2 saate kadar tüketilmesine izin verildiği, ayrıca hafif yiyeceklerin 6 saate kadar alınabileceği belirtilmektedir. Bu uygulama, hastaların konforunu artırmayı ve anestezi sırasında güvenliği sağlamayı amaçlamaktadır (Özkeçeci ve Yavan 2020).
- ERAS-CD rehberinde, sezaryen ameliyatlarında tercih edilecek anestezi yönteminin rejyonel (spinal) anestezi olması önerilmektedir. Bu yaklaşım, anne konforunu artırırken, postoperatif iyileşmeyi de desteklemeyi

amaçlamaktadır. Rejyonel anestezi, genellikle daha az komplikasyon ve yan etki ile ilişkilendirilir (Özkeçeci ve Yavan 2020).

2.12 Sezaryen İle Doğum Sonrası Hemşirelik Bakımı

2.12.1 Postpartum dönemde hemşirenin sorumlulukları

Postpartum dönemde hemşirelik bakımının amacı, annenin ve bebeğin fiziksel, psikososyal sağlığını desteklemek, potansiyel riskleri belirleyip önlemektir. Bu bakım, doğum sonrası dönemde annenin ve yenidoğanın iyileşme süreçlerini güvence altına almak, gerekli eğitimleri vererek annenin yeni rolüne uyum sağlamasına yardımcı olmak ve aileyi bütünsel bir şekilde desteklemeyi içerir.

Doğumdan sonraki ilk iki saat, anne ve bebek için kritik bir dönemdir. Bu sürede:

1. Maternal organlar gebelik öncesi fonksiyonlarına dönmeye başlar. Hemşirenin görevlerinden biri, annenin vital bulgularını izlemek, kanama miktarını değerlendirmek, uterus tonusunu kontrol etmek ve olası komplikasyonları erken dönemde fark etmektir. Ayrıca, annenin emzirme konusunda desteklenmesi, doğru tekniklerin öğretilmesi, meme sağlığı ve psikolojik durumunun izlenmesi önemlidir.
2. Yenidoğan, intrauterin ortamdan ekstrauterin hayata geçiş yapmaktadır. Bu geçiş, bebek için kritik bir adaptasyon sürecidir. Hemşire, bebeğin solunum, kalp atışı, vücut ısısı, renk, kas tonusu gibi temel yaşam bulgularını değerlendirir. Ayrıca, bebekle anne arasındaki bağın kurulmasına yardımcı olmak ve anne-bebek bağlanmasını desteklemek için cilt teması (kanguru bakımı) önerilebilir (Turhan,2017).

2.12.2 Temel değerlendirme paremetreleri

Bu kriterler, postpartum dönemde, hastanın genel durumunu izlemek ve olası komplikasyonları erken tespit etmek için kritik öneme sahiptir.

Çizelge 2.4: Doğum Sonu İlk 24 Saatte Hastayı Değerlendirme

Fiziksel Değerlendirme/Normal Bulgular	**Değişiklikler/Olası Nedenler**	**Değerlendirme Ölçütleri/Girişimler**
Kan Basıncı: -Stabil seyretmelidir. -Doğum öncesi dönem ile aynı olmalıdır. -(120/80 mmHg)	-Yüksek kan basıncı (130/90mm Hg üzeri) (preeklampsi, esansiyel hipertansiyon, böbrek hastalığı, anksiyete) -Kan basıncında düşme (normal ya da uterin kanamaya bağlı)	-Daha önce var olan sorunlar ve preeklampsinin diğer bulguları değerlendirilir. (ödem, proteinüri)
Nabız: 50-90 atım/dk. 50-70 olursa bradikardi olabilir.	Taşikardi (Ağrı, kanama)	Kanamanın diğer bulguları değerlendirilir. (yüksek nabız, soğuk nemli cilt, ped miktarı, utersun sertlği ve involusyonu)
Solunum: 16-24/dk.	Belirgin taşipne (solunum hastalığı) Azalmış solunum (uzun etkili epidural anestezikler)	-Solunum hastalıklarının diğer belirtileri açısından hasta değerlendirili. -Anestezi komplikasyonları açısından hasta yakından gözlenir.
Sıcaklık: 36.2-38°	İlk 24 saatten sonra vücut sıcaklığının 38°C ve üstünde olması (infeksiyon belirtisi)	Enfeksiyon belirti ve bulguları yönünden takip edilmelidir.
Akciğerler: Steteskopla akciğerlerin dinlenmesi sırasında seslerin temiz olarak duyulması gerekir.	Seslerde azalma (sıvı yüklenmesi, astım, pulmoner emboli, pulmonerödem)	Diğer solunum sorunlarına ilişkin belirtiler aranır.
Abdomen Kası: Abdomen hamursu tarzda yumuşak olabilir. Rektus kası bozulmamıştır.	-Kas yapısında ayrılma (Rektus abdominisin ayrılması)	-Ayrılmanın derecesi belirlenir, ayrılmayı azaltmak için uygun egzersizler önerilebilir.
Abdomen: Dokunulduğunda hassasiyet olabilir.	-Sürekli hassasiyet (infeksiyon)	-Endometriyozis belirtileri aranır
Abdomen: Sezaryenle doğumda yara yeri pansumanı temiz ve kuru olmalıdır. Süturlar temiz ve kuru olmalıdır.	-Pansumana orta ve fazla miktarda kanama veya seröz sıvı akışının olması (süturların açılması ve enfeksiyon)	-Kanama değerlendirilir. Var ise baskılı pansuman uygulanabilir -İnsizyon yeri iyileşme belirtileri, drenaj, koku ve kızarıklığı içeren enfeksiyon belirtileri gözlenir.

Çizelge 2.4: (Devamı) Doğum Sonu İlk 24 Saatte Hastayı Değerlendirme

Fiziksel Değerlendirme/Normal Bulgular	**Değişiklikler/Olası Nedenler**	**Değerlendirme Ölçütleri/Girişimler**
Fundus: Sert, orta hatta, beklenen involüsyon seviyesindedir.	Uterus yumuşak kıvamda, orta hattan kayma (dolu mesane, uterin kanama)	-Sertleşene kadar uterus masajı uygulanır, -Mesane değerlendirilir ve idrar yapma isteği var ve mesane dolu ise mesane boşaltılması sağlanır. -Pıhtıların atılması sağlanır, -Oksitosin yapımını uyarmak için meme ucu stimulasyonu tekniği ya da bebeğin emzirilmesi sağlanarak uterusun kontraksiyonu sağanabilir. -Uterusun yeterince sertleşmediği ve uterin kanamanın fazla olduğu durumda atoni protokolü uygulanmalıdır.
Loşia: -Miktarı giderek azalır -Kendine has bir kokusu vardır -Pıhtı içermez.	-Fazla miktarda, pıhtı içerir. (kanama)	-Uterusun yeri ve sertliği değerlendirilir -Fazla ped kullanımı sorgulanır -Ped sayımı yapılır.
Loşia Rubra: İlk 1-3 gün, kırmızı **Loşia Seroza:** 4-10 gün, açık kırmızı **Loşia Alba:** 11-21 gün, krem renginde	-Pis kokulu loşia (enfeksiyon) - Serozadan rubraya dönüş (subinvolüsyon)	-Diğer infeksiyon belirtileri açısından değerlendirilir. -Atoni açısından değerlendirilir hekime haber verilir.
Eliminasyon/İdrar yapma: -Üriner kateter çıkarıldıktan sonraki 6 saat içinde idrar çıkışının olması ve sonraki her 4-6 saatte bir kez idrar çıkışının olması -Mesanenin el ile palpe edilememesi	-İdrar yapamama (üriner retansiyon), -Sıkışma, sık idrara gitme, ağrılı idrar yapma (üriner infeksiyon)	-Annenin yeterli sıvı alması sağlanır, -Anneye su sesi dinletilir, elleri sıcak suya sokulur, -Vulvanın üzerine ılık su dökülür, sıcak içecekler verilir. -İdrar kateteri çıkarıldıktan sonraki 6 saat içinde idrar yapmadıysa idrar kateterizasyonu yeniden uygulanır. -Üriner infeksiyon belirtileri hekime bildirilir. -Aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapılmalıdır.

Çizelge 2.4: (Devamı) Doğum Sonu İlk 24 Saatte Hastayı Değerlendirme

Fiziksel Değerlendirme/Normal Bulgular	Değişiklikler/Olası Nedenler	Değerlendirme Ölçütleri/Girişimler
Eliminasyon/Dışkılama: -Sezaryen ile doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde gaz çıkışının olması beklenir. -Doğum sonrası sonra 2-3. gün normal bağırsak hareketlerinin olması	-Dışkının çıkamaması veya zorluk çekilmesi, az miktarda dışkılama (cerrahi alan bölgesi ağrısı olacak kaygısıyla kabızlık, hemoroidler,)	-Erken mobilizasyon sağlanmalı, -Posalı ve sellülozlu yiyecekler, taze meyveler yenmeli Özellikle meyve suları ya da kompostolar içilmeli ve sıvı alımı artılmalı -Hareket etmeyi artırması önerilir, -Perineyi rahatlatacak, oturma banyosu yaptırılır, -Gerekirse dışkı yumuşatıcılar verilir. -Doğum sonrası 2–3. gün defekasyon gerçekleşmemişse lavmanla barsak boşaltılması yapılmalıdır.

Kaynak: (Taşkın, 2016)

2.13 Sezaryen ile Doğum Sonrası Kanıta Dayalı Çalışmalar

- Yapılan araştırmalar, erken oral beslenmenin bağırsak fonksiyonlarının geri dönüşünü artırdığını, enfeksiyon riskini azalttığını ve emzirme süresini kısalttığını göstermektedir. Ayrıca, erken ambulasyon sağlanarak hastanede kalış süresinin de azaldığı belirtilmektedir. Sezaryen sonrası komplikasyon yaşamayan kadınlar, NICE protokolüne göre istedikleri zaman yiyecek ve içecek tüketebilirler. ERAS-CD rehberinde ise sezaryen ameliyatından 2 saat sonra düzenli diyet ile oral alımın önerildiği ifade edilmektedir. ERAC protokolü de benzer şekilde, düzenli diyetle oral alımın ameliyat sonrası 4. saatte başlayabileceğini belirtmektedir. Bu yaklaşımlar, hastaların iyileşme süreçlerini hızlandırmayı hedeflemektedir (Özkeçeci ve Yavan,2020).
- Sezaryen ameliyatlarında postoperatif bulantı ve kusmanın tedavisinde antiemetik ajanların etkili olduğu gösterilmiştir. Bu durumda, multimodal bir yaklaşım önerilmektedir. Multimodal yaklaşım, birden fazla tedavi yönteminin bir arada kullanılmasıyla hem bulantı ve kusma riskini azaltmayı hem de hastaların konforunu artırmayı amaçlar. Bu, antiemetik ilaçların yanı

sıra, diğer destekleyici önlemleri de içerebilir, örneğin, uygun anestezi teknikleri ve postoperatif bakım stratejileri. Bu tür yaklaşımlar, hastaların iyileşme süreçlerini daha konforlu hale getirir (Özkeçeci ve Yavan,2020).

- ERAS programında, en uygun analjezi dozunun yanı sıra yan etkileri az olan farklı analjeziklerin bir arada kullanımı tercih edilmektedir. Bu yaklaşım, yan etkilerin azaltılmasına ve opioidden korunmaya yardımcı olur. Sezaryen ameliyatları sonrasında ağrının yönetiminde ise NSAİİ (non-steroid anti-inflamatuar ilaçlar) ve parasetamolün kombine kullanımının önerildiği görülmektedir. Bu kombinasyon, etkili ağrı kontrolü sağlarken, opioid kullanımını da en aza indirir, bu sayede hastaların iyileşme süreçlerini destekler (Özkeçeci ve Yavan,2020).
- Cerrahi sonrası hızlı iyileşmenin sağlanmasında erken mobilizasyonun önemi büyük. Postoperatif dönemde erken hareket, atalektezi, pnömoni ve venöz tromboembolizm gibi komplikasyonları azaltmakla kalmayıp, insülin rezistansını da düzenlemektedir. ERAC (Erken Rehabilitasyon ve Hızlı İyileşme) protokolü, postoperatif 8-24 saat içinde hastanın tolere edebildiği kadar ambulasyonu önermektedir. Bu uygulamalar, hastanın iyileşme sürecini hızlandırarak genel sağlık durumunu iyileştirmektedir. (Özkeçeci ve Yavan,2020). Ayrıca erken mobilizasyon, hem fiziksel hem de psikolojik açıdan hastalara katkı sağlamaktadır. ERAS protokolü sezaryen sonrasında 7 saat sonra erken mobilizasyon ile üriner kateterin çıkarılmasında bir komplikasyon olmadığını ifade eder. Uzun süreli mesane sondası kullanımı, üriner sistem enfeksiyonları, üretral ağrı, yanma hissi ve dizüri gibi istenmeyen etkilere neden olabilir. Bu nedenle, erken mobilizasyonun teşvik edilmesi, hastaların iyileşme sürecini hızlandırmakta ve komplikasyon risklerini azaltmaktadır. Bu yaklaşım hem konforu artırmakta hem de genel sağlık durumunu iyileştirmektedir (Yıldız, 2023).
- Erken taburculuk, cerrahi sonrası hızlı iyileşmenin bir göstergesidir. NICE rehberi, sezaryen sonrası iyi bir şekilde iyileşen, ateşi olmayan ve komplikasyon gelişmemiş kadınların hastaneden 24 saat sonra taburcu edilebileceğini ve evde takip edilebileceğini belirtmektedir. ((Özkeçeci ve Yavan,2020). Ayrıca, T.C. Sağlık Bakanlığı'nın Doğum Sonu Bakım Yönetimi Rehberi de sezaryen sonrası kadınların 48 saat içinde taburcu

edilmesini önermektedir. Bu yaklaşımlar, hem hastaların iyileşme süreçlerini hızlandırmakta hem de hastanede kalma süresini minimize ederek sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmaktadır (Doğum Sonu Yönetim Rehberi 2018).

2.14 Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri

1950 yılların Lydia Hall tarafından hemşirelik, bir süreç olarak kavramsallaştırılmıştır. Bu kavramsallaştırmanın ardından birçok hemşire bilimci, hemşirelik aktivitelerini bu süreç çerçevesinde tanımlamaya başlamıştır. 1967'de Yura ve Walh, hemşirelik sürecinin aşamalarını veri toplama, planlama, uygulama ve değerlendirme olarak belirlemişlerdir. Bu tarihten itibaren, hemşirelik sürecinin her bir aşaması, bağımsız bir disiplin olarak, hemşirelik bilimi kapsamında genişletilerek tartışılmıştır. Bu süreç, hemşirelik pratiğinde sistematik bir yaklaşım geliştirilmesine yardımcı olmakta ve hasta bakımının kalitesini artırmaktadır (Çiftçi, 2006).

Marjory Gordon, hemşirelik alanında önemli katkılarda bulunmuş bir isimdir. 1973 yılında hemşirelik kavramları ile ilgili fenomenleri isimlendirmek ve tanımlamak için çalışmalar yapmaya başlamıştır. Bu süreçte müfredat programları, klinik araştırmalar ve standart hemşirelik uygulamaları için gerekli temelleri atmıştır. Hemşirelik uygulama alanlarındaki hasta değerlendirme formlarının çeşitliliği nedeniyle yaşanan sorunları gözlemlemesi, onu hemşirelik sınıflama sistemlerinin önemine inanmaya yönlendirmiştir. Bu inanç doğrultusunda, 1987 yılında Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ni geliştirmiştir. Bu model, hemşirelik veri toplama sürecini standardize ederek, hasta değerlendirmelerinde daha sistematik ve etkili bir yaklaşım sağlamıştır. Gordon'un çalışmaları, hemşirelik uygulamalarının kalitesini artırmayı ve hemşirelerin hasta bakımında daha iyi kararlar almasını desteklemeyi amaçlamaktadır (Temel,2015).

Gordon tarafından geliştirilmiş olan model profesyonel bir meslek olan hemşireler için rehber özelliği taşımaktadır. Kuramsal ve bilimsel temellere dayalı olarak hemşirelere hemşirelik bakımının standart, sistematik ve planlı olarak uygulanmasını sağlanmaktadır. Bireyleri fiziksel, sosyolojik ve psikolojik açılardan değerlendirir. Hemşirelik sürecine kritik düşünmeye ve klinik karar vermeye dayalıdır. Sorun çözme odaklı düşünme, eleştirel düşünmeye yönlendirme ve karar verme yetisini güçlendirme gibi hemşireler üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır (Gürkan,2023).

Marjory Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ), hemşirelik tanısını daha etkin hale getirmek için geliştirilmiş önemli bir modeldir. FSÖ, hemşirelik sürecinde kritik düşünme ve klinik karar verme süreçlerine odaklanarak, hemşirelerin hasta değerlendirmelerinde sistematik bir yaklaşım benimsemelerine yardımcı olur (Erbaş ve Demirel ,2016).

Gordon, hem sağlıklı hem de hasta bireylerle, onların aileleri ve toplumla olan etkileşimlerine dayanan Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri adında bir bakım yaklaşımı geliştirmiştir. Bu örüntüler, insanın yaşamsal ihtiyaçlarına ve genel sistemler teorisine dayanarak bireyi bir bütün olarak ele almayı amaçlar. "Sağlığın Algılanması ve Yönetimi" adlı başlık, diğer 10 fonksiyonel sağlık örüntüsünü bir arada toplar. Gordon, bireyin ihtiyaçlarının Maslow'un hiyerarşik ihtiyaçları ve sistemler teorisiyle etkileşim halinde olduğunu, bu nedenle hemşirelik bakımının bu gereksinimlere göre şekillendirilmesi gerektiğini savunur (Aştı ve Karadağ,2019).Bu örüntüler birbirleriyle ilişkili ve bağımlı olduğundan, bir örüntüdeki sorun, diğer bir örüntüdeki bir problemin nedeni olabilmektedir. Bu nedenle, her bir örüntü, diğerlerinin bağlamında değerlendirilmelidir (Temel,2015).

Gordon, insan sağlığı ve yaşam süreci ile ilişkili 11 başlık altında bu örüntüleri sınıflandırmıştır. Örüntüler aşağıdaki Çizelge 4.5'te verilmiştir (Erbaş ve Demirel, 2016).

Çizelge 2.5: On Bir Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri

	Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri	**Tanım**
1	Sağlığı Algılama-Sağlığın Yönetimi Örüntüsü	Sağlığın yönetim biçimi; bireyin sağlığı ve iyilik halini nasıl algıladığını ve nasıl yönettiğini tanımlar.
2	Beslenme ve Metabolik Örüntüsü	Metabolik gereksinimlerle ilişkili olarak besin ve sıvı tüketimi örüntüsünü tanımlar.
3	Boşaltım Örüntüsü	Barsak, mesane ve cilt yoluyla sekresyon biçimini tanımlar.
4	Aktivite-Egzersiz Örüntüsü	Bireyin aktivitelerini, yaptığı egzersizleri, boş vakitlerini değerlendirme ve eğlence biçimini tanımlar.
5	Bilişsel -Algısal Örüntüsü	Bireyin duygusal algılama ve biliş durumunu tanımlar.
6	Uyku-Dinlenme Örüntüsü	Bireyin uyku, dinlenme ve gevşeme biçimini tanımlar.
7	Kendini Algılama-Benlik Kavramı Örüntüsü	Beden imgesi, duygu durumu, kontrolün yeterliliğin algılanması gibi kendini algılama ve kavrama şeklini tanımlar.

Çizelge 2.5: (Devamı) On Bir Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri

	Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri	**Tanım**
8	Rol-İlişki Örüntüsü	Bireyin üstlendiği rol ve ilişkileri tanımlar.
9	Cinsellik -Üreme Örüntüsü	Bireyin cinsellik örüntüsü ile ilgili doyum ve doyumsuzluk örüntülerini, üreme örüntülerini tanımlar.
10	Başetme-Stres Toleransı Örüntüsü	Bireyin genelde stresle baş etme ve stresi tolere etmedeki etkinliğini tanımlar.
11	Değer-İnanç Örüntüsü	Spirütüel inançlar da dahil, inançlar, değerler, seçimlere/kararlara rehberlik eden amaçlarla ilgili örüntüleri tanımlar.

Kaynak: (Erbaş ve Demirel,2016)

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, sezaryen ile doğum yapan lohusalara "Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne" göre verilen taburculuk eğitiminin etkinliğinin ve post operatif komplikasyonlara olan etkisini değerlendirilmek amacıyla prospektif ve yarı deneysel olarak yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yeri

Araştırmanın uygulaması İstanbul Medipol Üniversitesi Pendik Medipol Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Ağustos 2024- 30 Kasım 2024 tarihleri arasında sezaryen ile doğum yapmış lohusalarda gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın verileri araştırmaya katılmaya gönüllü lohusalara yüz yüze görüşme tekniği ve verilerin sağlıklı toplanılması amacıyla süre kazanılabilmesi için kontrol muayenesi sonrası WhatsApp uygulaması aracılığıyla toplanmıştır. Görüşmenin ilk bölümünde çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek gönüllü onam formu alınmıştır. Lohusa ve yenidoğanın vital bulgularının stabil olduğu ve barsak fonksiyonlarının başladığı, laboratuvar testlerinin normal sınırlarda olduğu, yenidoğanın emme refleksinin güçlü olduğu durumda doğumdan eyleminin üzerinde 48 saat geçtikten sonra taburcu edilmektedir.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 2023 yılında ilgili hastanede sezaryen ameliyatı ile doğum yapan tüm lohusalar (2044), örneklemini ise araştırma sınırlılıklarına uyan ve 1 Ağustos- 30 Kasım tarihleri arasında elektif sezaryen ameliyatı yapılan 40 eğitim ve 40 kontrol olmak üzere 80 lohusa oluşturmuştur. Araştırmaya alınacak kişi sayısını belirlemek üzere güç (power) analizi yapılmıştır. Testin gücü, G*Power 3.1 programı ile hesaplanmıştır. Etki büyülüğü Cohen(1988) tarafından belirlenen bağımsız gruplar arasındaki farka göre yüksek düzeyde olarak 0.8 alınmıştır.

Çalışmanın gücünün belirlenmesinde %95 değerini geçmesi için; %5 anlamlılık düzeyinde ve 0,8 etki büyüklüğünde gruplarda 35 kişi olmak üzere 70 kişiye ulaşılması gerekmektedir. (df=68; t=1,668). Araştırmada testin gücünün yüksek olması ve kayıplar göz önünde bulundurularak gruplarda 40 kişi olmak üzere toplam 80 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir.

Araştırma kapsamında yanlılık olmaması için bireyler randomizasyon yapılarak alınmıştır. Randomizasyon çizelgesi "https://www.calculatorsoup.com" adresinden faydalanılarak oluşturulmuştur.

Çizelge 3.1: Randomizasyon Çizelgesi

Grup 1 (Eğitim Grubu)	**Grup 2 (Kontrol Grubu)**
49, 71, 62, 58, 55, 22, 36, 16, 7, 6, 45, 43, 42, 73, 47, 63, 34, 11, 51, 39, 61, 59, 53, 80, 10, 5, 74, 27, 54, 17, 30, 21, 64, 41, 69, 77, 67, 19, 60, 13	14, 15, 40, 38, 26, 72, 20, 52, 18, 56, 57, 31, 68, 4, 70, 29, 3, 9, 35, 23, 50, 46, 2, 76, 1, 25, 66, 79, 8, 75, 78, 24, 37, 12, 65, 28, 33, 48, 44, 32

Araştırmacının yatan hasta biriminde olduğu gün ve saatlerde taburculuk sırasına göre ve dahil edilme kriterlerine uyan gebeler belirlenen sayılara göre gruplara ayrılmıştır. Eğitim ve kontrol gruplarına atanan lohusalar kişiye özel odalarda takip edildiği ve aynı hafta içinde tek bir gruba eğitim verildiği için birbirleriyle olan iletişimi engellenmiştir.

3.4 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın her aşaması etik ilkelere uygun olarak yürütülmüştür. Etik kuruldan (27.02.2024 tarihli, 2024/2 sayılı) (Ek-8) ve araştırmanın yapılacağı kurumdan (1.03.2024 tarihli, 48430706-162 saylı (Ek-9) yazılı izin alınmıştır. Çalışma öncesinde araştırmaya katılacak olan lohusalara araştırmanın amacı açıklanmış ve araştırmaya katılımları konusunda yazılı ve sözlü onamları alınmıştır (Ek-2).

3.5 Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada veriler aşağıda belirtilen form ve ölçekler kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1 Veri toplama formu

Örneklemi oluşturan hastaların özeliklerine ilişkin bilgi elde edebilmek amacıyla araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulan veri formudur. Veri toplama formu hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, geçmişte tanı konulmuş kronik hastalıkları, sezaryen ameliyatında kullanılan anestezi türü ve hastanede kalış süresini içeren sorular yer almaktadır (Ek-2) (Erbaş ,2016; Karakaplan, 2007; Topçu, 2011).

3.5.2 Fonksiyonel sağlık örüntülerini değerlendirme kontrol listesi

Hastaların taburculuk öncesi ve evdeki süreçlerinde (10. ve 40. Gün) Fonksiyonel Sağlık Örüntülerini değerlendirmek üzere (FSÖ) araştırmacı tarafından hazırlanan bir izlem formudur. Form FSÖ'de yer alan değişkenleri içermektedir. Formda 0-10 Analog Skala (VAS) ve açık uçlu sorulardan oluşan 50 soru yer almaktadır. Geliştirilen form, araştırmaya dahil edilmeyen 10 kişilik bir hasta grubuna uygulanarak, anlaşılıp anlaşılmadığı test edilmeştir (Ek-3) (Erbaş, Demirel 2016).

3.5.3 Komplikasyon izlem çizelgesi

Literatür bilgisi doğrultusunda sezaryen sonrası en sık görülen, Doğum Sonu Depresyon, Cerrahi Alan Enfeksiyonları, İleus, Emboli ve Mastit komplikasyonlarının değerlendirildiği bir formdur (Ek-4). Doğum Sonu Depresyonu değerlendirmek için Edinburgh Depresyon Ölçeği kullanıldı. Cerrahi Alan Enfeksiyonu için araştırmacı tarafından inspeksiyon, palpasyon yöntemleri ve hastanın hekim epikriz notları ile değerlendirmesi yapıldı. İleus ve Emboli için araştırmacının gözlemleri ve hekim epikriz notlarına göre değerlendirildi. Mastit için araştırmacı tarafından gözlem ile ve gerekli durumlarda laktasyon hemşiresinden konsültasyon ile değerlendirilmeleri yapıldı. Bu form lohusalar 10. ve 42. Gün rutin kontrolleri için hastaneye geldiklerinde araştırmacı tarafından anemnez, gözlem, epikriz ve gerekli durumlarda konsültasyon yapılarak dolduruldu (Ek-4)(Çağlayan vd.,2011).

3.5.4 Eğitim broşürü

Eğitim grubundaki hastalara araştırmacı tarafından Gordon'un FSÖ Modeline uygun olarak bir eğitim planı hazırlandı. Eğitim planı, modele uygun olarak sağlığın

algılanması ve sağlık yönetimi, beslenme ve metabolik durum, boşaltım, aktivite ve egzersiz, uyku ve dinlenme, bilişsel algılama, kendini algılama ve benlik, rol ve ilişkiler, cinsellik ve üreme, baş etme ve stres, değer ve inançlar adı altında 11 alt başlıktan oluşturuldu. İlgili literatürden yararlanarak sezaryen sonrası hastalara verilecek olan eğitim içeriği tıbbı terminolojiye yer verilmeden ve en fazla 4-5 kelimeden oluşan kısa ve net cümleler kullanılarak, resim ve görseller ile destekli şekilde bilgisayar ortamında hazırlandı (Ek-5). Geliştirilen eğitim planının anlaşılırlığı ve uygunluğu konusunda hemşirelik alanından 5 öğretim elemanı ile, ilgili hastanede bu ameliyatları yapan 5 hekimden görüş alındı. Alınan geri bildirimler doğrultusunda eğitim planına son şekli verildi ve gerekli düzenlemeler yapıldı. Hazırlanan eğitim planı eğitim grubundaki hastaların taburculukları sırasında kendilerine verilmek üzere Publisher programı kullanılarak broşür şekline dönüştürüldü ve renkli olarak bastırıldı (Ek -6) (Taşkın,2016).

3.5.5 Edinburg postpartum depresyon ölçeği

Cox ve diğerleri (1987) tarafından doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. EDPS'nin ülkemizde Engindeniz ve diğerleri (1996) tarafından geçerlilik güvenirliği yapılmış ve ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0.87 olarak saptanmıştır. 10 sorudan oluşan 4'lü likert tipteki ölçeğin yanıtları 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçek kesme puanı 12/13 olarak salınmıştır. Elde edilen puan 12 ve altı ise hasta postpartum depresyon açısından riskli değil olarak, 13 ve üstünde ise postpartum depresyon açısından riskli olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten 0-30 arasında puan almaktadır. (Engindeniz vd.,1996). Bu çalışmada EDPS'nin Cronbach Alfa değeri 0,85 olarak hesaplanmıştır. Hesaplanan Cronbach Alpha değeri bu çalışmada EDPS ölçeğinin kullanabilir olduğunu göstermektedir (Ek-7).

3.6 Araştırmanın Uygulanması- Verilerin Toplanması

Çalışmaya dahil edilen lohusaların tümüne araştırmanın amacı ve katılımın gönüllülük esasına dayandığı açıklandı. Her bir katılımcıya 'Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu' imzalatıldı ve çalışmadan istedikleri zaman çıkabilecekleri söylendi. Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine göre hazırlanan taburculuk eğitimi araştırmaya katılmaya gönüllü lohusalara yüz yüze görüşme tekniği ile postoperatif 1. günde,

eğitim grubundaki her bir lohusa için ortalama 15-20 dakika olacak şekilde verildi. Hazırlanan broşür de taburculuk sırasında evlerine götürmek üzere eğitim grubundaki hastaların hepsine verildi. Verilerin toplanma günleri lohusanın hastaneden taburcu olmadan önceki gün ve rutin kontrol zamanları olarak belirlendi. Hem eğitim hem de kontrol grubundaki lohusalara veri toplama formu post operatif 1. gün yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından dolduruldu. Komplikasyon izlem çizelgeleri postoperatif 1.,10.ve 42. gün yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından dolduruldu. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Değerlendirme Kontrol Listesi ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği lohusalara uzun zaman tanımlayabilmek adına elden teslim edildi. Post operatif 1. gün evraklar elden teslim alındı. Post operatif 10. Ve 42. gün formlar WhatsApp uygulaması aracılığıyla teslim alındı. Etik uygunluk açısından kontrol grubundaki lohusalara 42. gün kontrollerinin sonunda eğitim broşürü verildi.

Post operatif 1. Gün Değerlendirme: Lohusa ile tanışıldı, araştırma ile ilgili bilgi verildi. Gönüllü onam formu alındı. Lohusaya sözel sorularak araştırmacı tarafından veri toplama formu dolduruldu, sistem üzerinden kontrol edilmesi gereken bilgiler hasta bilgi sistemi üzerinden kontrol edilmiştir. Eğitim grubundaki lohusalara bilgisayar üzerinden 15-20 dakika süresince eğitim verilmiştir. Eğitim sonrasında lohusaların soruları yanıtlanmıştır. Kontrol grubundaki lohusalara eğitim verilmemiştir. Sezaryen ile doğum sonrası en çok görülen komplikasyonlar (mastit, ileus, emboli ve cerrahi alan enfeksiyonu) palpasyon ve inspeksiyon yöntemleri kullanılarak her iki grup içinde değerlendirmiş komplikasyon izlem çizelgesine kaydedilmiştir. Her iki gruptaki lohusalara doldurması için Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Değerlendirme Kontrol Listesi, Edinburgh Depresyon Ölçeği verilmiştir. Aynı gün içinde formlar lohusalardan teslim alınmıştır.

Post operatif 10. Gün Değerlendirme: Doğum sonrası kontrole gelen lohusaların 10. Gün görüşmeleri emzirme odalarında gerçekleşmiştir. Doğum sonrası komplikasyonlar palpasyon ve inspeksiyon yöntemi ile değerlendirilmiştir. Komplikasyon tespit edildiğinde lohusaya bilgi verilip yönlendirmeler sağlanmıştır. Her iki gruptaki lohusalara doldurması için Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Değerlendirme Kontrol Listesi, Edinburg Depresyon Ölçeği verilmiştir. Formlar içindeki bilgiler lohusalardan WhatsApp uygulaması aracılığıyla teslim alınmıştır.

Post operatif 42. Gün Değerlendirme: Doğum sonrası kontrole gelen lohusaların 42. Gün görüşmeleri emzirme odalarında gerçekleşmiştir. Doğum sonrası komplikasyonlar palpasyon ve inspeksiyon yöntemi ile değerlendirilmiştir. Komplikasyon tespit edildiğinde lohusaya bilgi verilip yönlendirmeler sağlanmıştır. Her iki gruptaki lohusalara doldurması için Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Değerlendirme Kontrol Listesi, Edinburg Depresyon Ölçeği verilmiştir. Eğitim grubundaki lohusalardan formlar içindeki bilgiler WhatsApp uygulaması aracılığıyla teslim alınmıştır. Kontrol grubundaki lohusalara formlar elden teslim alındıktan sonra eğitim verilmiş ve broşürler teslim edilmiştir.

3.7 Araştırmanın Bağımlı- Bağımsız Değişkenleri

3.7.1 Bağımlı değişkenleri

- Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Kontrol Listesi
- Komplikasyon İzlem Çizelgesi
- Edinburg Depresyon Ölçeği

3.7.2 Bağımsız değişkenleri

- Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Verilen Sezaryen Sonrası Taburculuk Eğitimi

3.8 Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- İstanbul Medipol Üniversitesi Pendik Hastanesinde elektif sezaryen ile doğum yapmak
- Türkçe konuşabilmek ve anlayabilmek
- En az ilkokul mezunu olmak
- 18-35 yaş arasında olmak

3.9 Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Acil Sezaryen operasyonuna alınmak
- 18-35 yaş altı ve 35 yaş üstü olmak
- Diğer riskli gebelik grubunda olmak
- Hemoglobin değeri post-op dönemde 10'un altında olmak

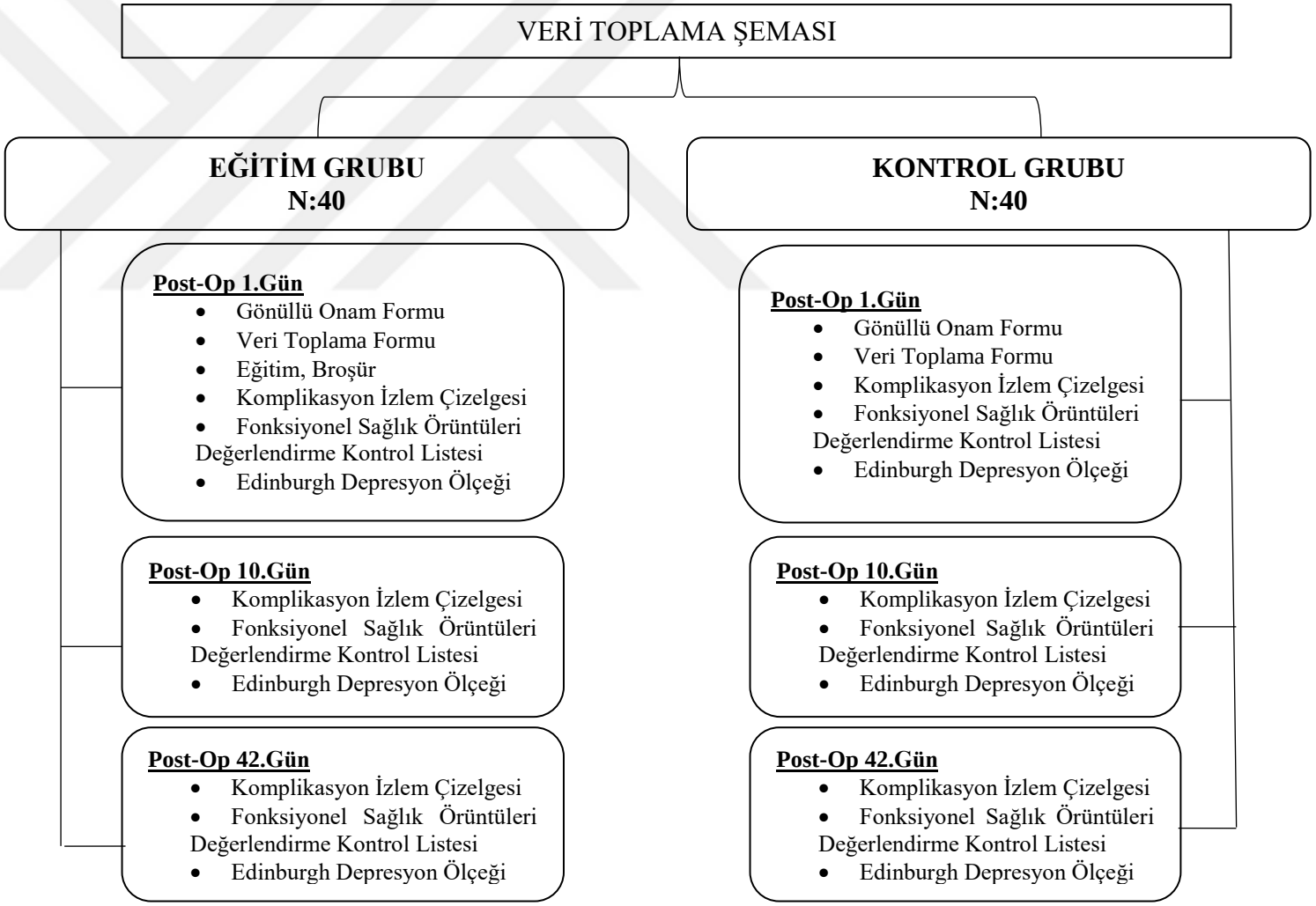
- Beden kitle indeksi zayıf ve obez olmak
- Kendi bakımına engel olacak fiziksel engeli olmak (görme, işitme, hareket etme gibi) olmak
- Psikiyatrik bir hastalık tanısı almış olmak,
- Riskli doğum sonrası dönemde bulunma,
- Kronik hastalık öyküsü olmak
- Gebeliğinde hastanede yatmış olmak

3.10 Araştırmanın Sınırlılıkları:

Araştırma sonuçları sadece İstanbul Üniversitesi Pendik Hastanesinde elektif olarak sezaryen ile doğumu gerçekleşen, riskli gebelik ve riskli doğum sonu dönem öyküsü olmayan lohusaları kapsamaktadır.

3.11 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Bağımsız gruplarda kategorik değişkenlerin oranları arasındaki farklar Ki-Kare ve Fisher exact testleri ile analiz edilmiştir. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında bağımsız gruplar t-testi kullanılmıştır. Bu bölümde, çalışmada elde edilen verilerin analizi için kullanılan istatistiksel yöntemler açıklanmaktadır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov veya Shapiro-Wilk testleri ile değerlendirilmiştir. Gruplar arasındaki farkları belirlemek için Bağımsız Gruplar t-Testi uygulanmış, grupların zamana bağlı değişimlerini incelemek amacıyla Karışık Ölçümler için ANOVA Testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.



Şekil 3.1: Veri Toplama Şeması

4. BULGULAR

Çizelge 4.1: Tanımlayıcı Özellikler

		Eğitim Grubu		Kontrol Grubu		P
		n	%	n	%	
Eğitim Durumu	Lise	7	17,5	7	17,5	X^2=1,438 P =0,487[a]
	Ön Lisans	2	5	5	12,5	
	Lisans	31	77,5	28	70	
Meslek	Ev Hanımı	16	40	19	47,5	X^2=0,457 P =0,326[b]
	Sigortalı Çalışan	24	60	21	52,5	
Medeni Durum	Evli	40	100	40	100	-
Aylık Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	8	20	5	12,5	X^2=0,828 P =0,661[a]
	Gelir Gidere Eşit	20	50	22	55	
	Gelir Giderden Fazla	12	30	13	32,5	
Daha Önce Ameliyat Geçirme Durumu	Var	Var	9	22,5	12	X^2=0,581 P =0,306[b]
	Yok	Yok	31	77,5	28	
Sezaryen Operasyonunda Kullanılan Anestezi Türü	Genel	7	17,5	8	20	X^2=0,082 P =0,500[b]
	Spinal	33	82,5	32	80	
		Ort	Ss	Ort	Ss	t/p[c]
Yaş		28,800	3,421	29,800	3,040	-1,382/0,171
Kilo		66,500	4,309	66,050	3,961	0,486/0,628
Boy		166,350	6,066	168,100	4,797	-1,431/0,156
Gebelik Sayısı		1,480	0,640	1,700	0,791	-1,399/0,166
Doğum Sayısı		1,250	0,588	1,400	0,591	-1,138/0,259
Düşük Sayısı		0,100	0,304	0,200	0,405	-1,249/0,216
Küretaj Sayısı		0,050	0,221	0,070	0,267	-0,457/0,649
Yaşayan Çocuk Sayısı		1,320	0,474	1,400	0,591	-0,626/0,533

aKi-Kare Analizi; bFisher Exact; cBağımsız Gruplar T-Testi

Çizelge 4.1'de sunulan tanımlayıcı özellikler incelendiğinde, eğitim durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi (p=0,487). Eğitim grubundaki lohusaların %77,5'i lisans mezunu, %17,5'i lise mezunu, %5'i ön lisans mezunu iken, kontrol grubunda lisans mezunu oranı %70, lise mezunu oranı %17,5 ve ön lisans mezunu oranı %12,5'tir.

Meslek dağılımı açısından eğitim grubundaki lohusaların %60'ı sigortalı bir işte çalışırken, %40'ı ev hanımıdır. Kontrol grubunda ise %52,5 sigortalı çalışan,

%47,5 ev hanımı olarak belirlendi. Ancak meslek dağılımı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmadı (p=0,326). Medeni durum açısından tüm katılımcılar evli olup, medeni durum açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı. Aylık gelir durumu incelendiğinde, gelir-gider dengesi açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,661). Eğitim grubundaki lohusaların %20'sinin gelirinin giderinden az olduğu, %50'sinin gelir-gider dengesinin eşit olduğu ve %30'unun gelirinin giderinden fazla olduğu belirlendi. Kontrol grubunda ise sırasıyla bu oranlar %12,5, %55 ve %32,5 olarak bulundu.

Daha önce ameliyat geçirme durumu açısından eğitim grubunun %22,5'i daha önce ameliyat geçirdiğini belirtirken, kontrol grubunda bu oran %30'dur. Ancak daha önce ameliyat geçirme durumu açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,306). Kronik hastalığı olan lohusalar çalışmaya dahil edilmedi. Sürekli ilaç kullanımı, sigara, alkol ve madde kullanımı açısından da her iki gruptaki lohusaların alışkanlıklarının olmadığı görüldü. Son doğum şekli tüm lohusalar için sezaryen olup, doğum sonrası hastanede kalış süresi 48 saat olarak belirlendi. Sezaryen operasyonunda kullanılan anestezi türü açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,500). Eğitim grubundaki bireylerin %82,5'i spinal anestezi, %17,5'i genel anestezi alırken, kontrol grubunda spinal anestezi oranı %80 ve genel anestezi oranı %20 olarak belirlendi.

Sürekli değişkenler incelendiğinde, yaş açısından eğitim grubunun ortalama yaşı 28,80 ± 3,421 iken kontrol grubunun ortalama yaşı 29,80 ± 3,040 olup, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,171). Beden ağırlığı açısından eğitim grubunun ortalama ağırlığı 66,50 ± 4,309 kg, kontrol grubunun ise 66,05 ± 3,961 kg olup, fark anlamlı bulunmadı (p=0,628). Boy uzunluğu açısından eğitim grubunun ortalama boyu 166,35 ± 6,066 cm, kontrol grubunun ise 168,10 ± 4,797 cm olarak hesaplanmış ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0,156). Beden kitle indeksi açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark gözlenmedi (p=0,107).

Gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük ve küretaj sayısı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05). Eğitim grubunda gebelik sayısı ortalama 1,48 ± 0,640, doğum sayısı ortalama 1,25 ± 0,588, düşük sayısı 0,10 ± 0,304, küretaj sayısı ise 0,05 ± 0,221 olarak belirlendi. Kontrol grubunda ise bu değerler sırasıyla 1,70 ± 0,791, 1,40 ± 0,591, 0,20 ± 0,405 ve 0,07 ± 0,267 olarak hesaplandı. Yaşayan çocuk sayısı açısından da eğitim grubunun ortalama değeri 1,32

± 0,474, kontrol grubunun ise 1,40 ± 0,591 olup, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0,533).

Çizelge 4.2: Laboratuvar Bulguları Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşma Durumu

Gruplar	Eğitim Grubu (n=40)		Kontrol gubu (n=40)		t[a]	p	Zaman	Grup	Grup*Zaman
	Ort	Ss	Ort	Ss					
Preoperatif HGB	12,213	0,753	12,220	1,071	-0,036	0,971	**F=88,275 p=0,000 η^2=0,531**	**F=0,257; p=0,614; η^2=0,003**	**F=1,481; p=0,227; η^2=0,019**
Postoperatif HGB	11,391	0,851	11,587	1,127	-0,878	0,383			
Preoperatif WBC	12,170	3,564	11,844	2,857	0,452	0,652	**F=53,111; p=0,000; η^2=0,405**	**F=0,001; p=0,980; η^2=0,000**	**F=0,104; p=0,748; η^2=0,001**
Postoperatif WBC	15,481	3,629	14,873	4,530	0,662	0,510			
Preoperatif HCT	35,737	2,452	35,383	3,729	0,502	0,617	**F=104,883; p=0,000; η^2=0,573**	**F=0,001; p=0,980; η^2=0,000**	**F=6,767; p=0,011; η^2=0,080**
Postoperatif HCT	32,382	2,779	32,769	3,484	-0,549	0,584			
Preoperatif PLT	245,530	64,623	218,820	60,463	1,908	0,060	**F=30,485; p=0,000; η^2=0,281**	**F=1,849; p=0,178; η^2=0,023**	**F=6,767; p=0,011; η^2=0,080**
Postoperatif PLT	217,150	56,782	208,620	57,815	0,665	0,508			
Bağımlı Gruplar T-Testi; Karışık Ölçümler Anova Testi									

Eğitim ve kontrol grupları arasında preoperatif HGB değerleri açısından anlamlı bir fark bulunmadı (t = -0,036, p = 0,971). Postoperatif HGB değerlerinde de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi (t = -0,878, p = 0,383). ANOVA sonuçlarına göre zaman faktörü önemli bir etken olarak sonuçlandı (F = 88,275, p < 0,001, η^2 = 0,531), bu da HGB'nin zaman içinde önemli ölçüde azaldığını göstermektedir. Ancak grup faktörü (F = 0,257, p = 0,614, η^2 = 0,003) ve grup ile zaman etkileşimi (F = 1,481, p = 0,227, η^2 = 0,019) anlamlı çıkmadı.

Eğitim ve kontrol grupları arasında preoperatif WBC seviyeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (t = 0,452, p = 0,652). Postoperatif dönemde WBC seviyeleri her iki grupta da artış gösterdi, ancak bu artış gruplar arasında anlamlı bir farklılık oluşturmadı (t = 0,662, p = 0,510). ANOVA analizine göre zaman faktörü anlamlı bir etkiye sahip olarak sonuçlandı(F = 53,111, p < 0,001, η^2 = 0,405), bu da cerrahi sonrası beyaz kan hücrelerinin arttığını gösterdi. Ancak grup faktörü (F = 0,443, p = 0,508, η^2 = 0,006) ve grup ile zaman etkileşimi (F = 0,104, p = 0,748, η^2 = 0,001) anlamlı sonuçlanmadı.

Eğitim ve kontrol grupları arasında preoperatif HCT seviyeleri açısından anlamlı bir fark bulunmadı (t = 0,502, p = 0,617). Postoperatif HCT seviyeleri her iki grupta da düşüş gösterdi, ancak gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı (t = -0,549, p = 0,584). ANOVA sonuçlarına göre zaman faktörü oldukça anlamlı bir etkiye sahip olarak sonuçlandı (F = 104,883, p < 0,001, η^2 = 0,573), bu da postoperatif dönemde hematokrit seviyelerinin belirgin şekilde azaldığını gösterdi. Ancak grup faktörü (F = 0,001, p = 0,980, η^2 = 0,000) ve grup ile zaman etkileşimi (F = 1,617, p = 0,207, η^2 = 0,020) anlamlı bulunmadı.

Eğitim ve kontrol grupları arasında preoperatif PLT seviyeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark sınırda bulundu (t = 1,908, p = 0,060). Postoperatif trombosit seviyeleri her iki grupta da düşüş gösterdi, ancak gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmadı (t = 0,665, p = 0,508). ANOVA analizine göre zaman faktörü anlamlı bir etken olarak sonuçlandı (F = 30,485, p < 0,001, η^2 = 0,281), bu da trombosit seviyelerinin postoperatif dönemde önemli ölçüde azaldığını gösterdi. Grup faktörü anlamlı bulunmadı (F = 1,849, p = 0,178, η^2 = 0,023), ancak grup ile zaman etkileşimi anlamlı sonuçlandı. (F = 6,767, p = 0,011, η^2 = 0,080).

Çizelge 4.3: Sağlığı Algılama-Sağlık Yönetimi Örüntüsünün Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşma Durumu

Gruplar	Eğitim Grubu (n=40)		Kontrol Grubu(n=40)		t[a]	p	Zaman	Grup	Grup*Zaman
	Ort	Ss	Ort	Ss					
Genel Durum 1. Gün	7,720	1,724	7,580	1,466	0,419	**0,676**	**F=40,989; p=0,000; η^2=0,344**	**F=0,001; p=0,970; η^2=0,000**	**F=0,276; p=0,757; η^2=0,004**
Genel Durum 10. Gün	7,750	1,736	7,880	1,453	-0,349	**0,728**			
Genel Durum 42. Gün	9,200	0,758	9,250	0,981	-0,255	**0,799**			
Hekim Bilgisi 1. Gün	8,750	1,276	7,470	2,309	3,056	**0,003**	**F=28,699; p=0,000; η^2=0,269**	**F=21,393; p=0,000; η^2=0,215**	**F=3,481; p=0,047; η^2=0,043**
Hekim Bilgisi 10. Gün	9,820	0,594	8,250	1,597	5,845	**0,000**			
Hekim Bilgisi 42. Gün	9,530	0,877	8,720	1,086	3,626	**0,001**			
Hemşire Bilgisi 1. Gün	8,780	1,423	7,530	2,428	2,809	**0,007**	**F=28,603; p=0,000; η^2=0,268**	**F=16,952; p=0,000; η^2=0,179**	**F=4,086; p=0,025; η^2=0,050**
Hemşire Bilgisi 10. Gün	9,820	0,594	8,380	1,596	5,384	**0,000**			
Hemşire Bilgisi 42. Gün	9,530	0,877	8,930	0,917	2,992	**0,004**			

Çizelge 4.3: (Devamı) Sağlığı Algılama-Sağlık Yönetimi Örüntüsünün Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşma Durumu

Gruplar	Eğitim Grubu (n=40)		Kontrol Grubu(n=40)		t[a]	p	Zaman	Grup	Grup*Zaman
	Ort	Ss	Ort	Ss					
Hijyen Zorluk 1. Gün	3,950	3,012	5,780	3,262	-2,600	**0,011**	**F=36,800; p=0,000; η²=0,321**	**F=20,315; p=0,000; η²=0,207**	**F=3,137; p=0,062; η²=0,039**
Hijyen Zorluk 10. Gün	1,900	2,384	5,050	3,273	-4,920	**0,000**			
Hijyen Zorluk 42. Gün	1,180	1,708	3,920	3,452	-4,516	**0,000**			
Uygulamalar Bilgisi 1. Gün	8,250	2,010	7,170	2,726	2,008	**0,048**	**F=12,480; p=0,000; η²=0,138**	**F=13,860; p=0,000; η²=0,151**	**F=0,750; p=0,458; η²=0,010**
Uygulamalar Bilgisi 10. Gün	9,300	0,911	7,900	2,158	3,780	**0,000**			
Uygulamalar Bilgisi 42. Gün	9,650	0,770	8,000	2,774	3,626	**0,001**			
Yara Yeri Hijyeni Bilgisi 1. Gün	9,070	1,228	6,000	3,581	5,138	**0,000**	**F=18,765; p=0,000; η²=0,194**	**F=28,871; p=0,000; η²=0,270**	**F=1,921; p=0,165; η²=0,024**
Yara Yeri Hijyeni Bilgisi 10. Gün	9,800	0,516	6,650	3,570	5,523	**0,000**			
Yara Yeri Hijyeni Bilgisi 42. Gün	9,850	0,362	7,330	3,569	4,452	**0,000**			
Kontrol Zamanı Bilgisi 1. Gün	9,030	1,561	6,030	3,886	4,531	**0,000**	**F=16,876; p=0,000; η²=0,178**	**F=25,210; p=0,000; η²=0,244**	**F=1,749; p=0,188; η²=0,022**
Kontrol Zamanı Bilgisi 10. Gün	9,850	0,662	6,800	3,603	5,265	**0,000**			
Kontrol Zamanı Bilgisi 42. Gün	9,850	0,362	7,470	3,595	4,158	**0,000**			
Acil Durum Bilgisi 1. Gün	8,620	1,735	6,300	2,409	4,953	**0,000**	**F=15,076; p=0,000; η²=0,162**	**F=48,418; p=0,000; η²=0,383**	**F=3,753; p=0,031; η²=0,046**
Acil Durum Bilgisi 10. Gün	9,680	0,764	6,880	2,244	7,470	**0,000**			
Acil Durum Bilgisi 42. Gün	9,320	1,023	7,580	1,852	5,232	**0,000**			
Acil Durum Bilgisi 1. Gün	8,620	1,735	6,300	2,409	4,953	**0,000**	**F=15,076; p=0,000; η²=0,162**	**F=48,418; p=0,000; η²=0,383**	**F=3,753; p=0,031; η²=0,046**
Acil Durum Bilgisi 10. Gün	9,680	0,764	6,880	2,244	7,470	**0,000**			
Acil Durum Bilgisi 42. Gün	9,320	1,023	7,580	1,852	5,232	**0,000**			
Korku Puanı 1. Gün	2,850	2,851	5,650	3,060	-4,234	**0,000**	**F=15,076; p=0,000; η²=0,162**	**F=48,418; p=0,000; η²=0,383**	**F=3,753; p=0,031; η²=0,046**
Korku Puanı 10. Gün	0,570	0,781	4,350	3,577	-6,520	**0,000**			
Korku Puanı 42. Gün	0,350	0,580	4,000	3,471	-6,559	**0,000**			

Bağımsız Gruplar T-Testi; Karışık Ölçümler Anova Testi

Genel durum değerlendirmesinde, eğitim ve kontrol grupları arasında 1., 10. ve 42. gün ölçümleri açısından anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). İlk gün ölçümlerinde eğitim grubu ortalama 7,720 ± 1,724 puan alırken, kontrol grubunun

ortalaması 7,580 ± 1,466 olarak kaydedildi. (t=0,419; p=0,676). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalaması 7,750 ± 1,736, kontrol grubunun ise 7,880 ± 1,453 puan olduğu görüldü (t=-0,349; p=0,728). 42. gün ölçümlerinde ise eğitim grubunun ortalama puanı 9,200 ± 0,758, kontrol grubunun ise 9,250 ± 0,981 olarak hesaplandı (t=-0,255; p=0,799). Zaman etkisi anlamlı bulundu (F=40,989; p=0,000; η^2=0,344) ancak grup etkisi (F=0,001; p=0,970; η^2=0,000) ve grup-zaman etkileşimi (F=0,276; p=0,757; η^2=0,004) istatistiksel olarak anlamlı olarak sonuçlanmadı.

Hekime ulaşılması gereken durumları bilme açısında incelendiğinde ise eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar olduğu gözlemlendi. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalaması 8,750 ± 1,276 iken, kontrol grubunun ortalaması 7,470 ± 2,309 olarak hesaplandı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (t=3,056; p=0,003). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalaması 9,820 ± 0,594'e yükselirken, kontrol grubunun ortalaması 8,250 ± 1,597 oldu (t=5,845; p=0,000). 42. gün ölçümlerinde ise eğitim grubunun ortalaması 9,530 ± 0,877, kontrol grubunun ise 8,720 ± 1,086 olarak hesaplandı (t=3,626; p=0,001). Zaman etkisi (F=28,699; p=0,000; η^2=0,269) ve grup etkisi (F=21,393; p=0,000; η^2=0,215) anlamlı bulunurken, grup-zaman etkileşimi de istatistiksel olarak anlamlı olarak sonuçlandı (F=3,481; p=0,047; η^2=0,043).

Hemşireye ulaşılması gereken durumları bilme açısından incelendiğinde eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar bulundu. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalaması 8,780 ± 1,423, kontrol grubunun ise 7,530 ± 2,428 olarak hesaplanmış ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (t=2,809; p=0,007). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalaması 9,820 ± 0,594, kontrol grubunun ise 8,380 ± 1,596 olarak kaydedildi (t=5,384; p=0,000). 42. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 9,530 ± 0,877, kontrol grubunun ise 8,930 ± 0,917 olarak hesaplandı (t=2,992; p=0,004). Zaman etkisi (F=28,603; p=0,000; η^2=0,268), grup etkisi (F=16,952; p=0,000; η^2=0,179) ve grup-zaman etkileşimi (F=4,086; p=0,025; η^2=0,050) istatistiksel olarak anlamlı olarak sonuçlandı.

Hijyen ve temizlik uygulamalarını yaparken yaşanılan zorluklar açısından incelendiğinde, eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar tespit edildi. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalaması 3,950 ± 3,012, kontrol grubunun ise 5,780 ± 3,262 olarak hesaplanmıştır ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (t=-2,600; p=0,011). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalaması 1,900 ±

2,384, kontrol grubunun ise 5,050 ± 3,273 olarak kaydedildi (t=-4,920; p=0,000). 42. gün ölçümlerinde ise eğitim grubunun ortalaması 1,180 ± 1,708, kontrol grubunun ise 3,920 ± 3,452 olarak hesaplandı (t=-4,516; p=0,000). Zaman etkisi (F=36,800; p=0,000; η^2=0,321) ve grup etkisi (F=20,315; p=0,000; η^2=0,207) anlamlı bulunurken, grup-zaman etkileşimi sınırda anlamlılık gösterdi (F=3,137; p=0,062; η^2=0,039).

Doğum sonrası dönemde dikkat edilmesi gereken uygulamalar konusundaki bilgi düzeyi açısından bakıldığında eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar gözlemlendi. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalaması 8,250 ± 2,010, kontrol grubunun ise 7,170 ± 2,726 olarak hesaplandı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (t=2,008; p=0,048). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalaması 9,300 ± 0,911, kontrol grubunun ise 7,900 ± 2,158 olarak belirlendi ve anlamlı bir fark tespit edildi (t=3,780; p=0,000). 42. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 9,650 ± 0,770, kontrol grubunun ise 8,000 ± 2,774 olarak hesaplandı (t=3,626; p=0,001). Zaman etkisi (F=12,480; p=0,000; η^2=0,138) ve grup etkisi (F=13,860; p=0,000; η^2=0,151) anlamlı bulunurken, grup-zaman etkileşimi ise anlamlı çıkmadı (F=0,750; p=0,458; η^2=0,010).

Yara yeri hijyeni konusunda dikkat edilmesi gerekenler bilgi düzeyi açısından incelendiğinde de gruplar arasında anlamlı farklar tespit edildi. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 9,070 ± 1,228 iken, kontrol grubunun ortalama puanı 6,000 ± 3,581 olarak hesaplanmış ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (t=5,138; p=0,000). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubu 9,800 ± 0,516, kontrol grubu ise 6,650 ± 3,570 puan aldı. (t=5,523; p=0,000). 42. gün ölçümlerinde eğitim grubu 9,850 ± 0,362, kontrol grubu ise 7,330 ± 3,569 puana sahip olup, gruplar arasındaki fark anlamlı bulundu (t=4,452; p=0,000). Zaman etkisi (F=18,765; p=0,000; η^2=0,194) ve grup etkisi (F=28,871; p=0,000; η^2=0,270) anlamlı çıkarken, grup-zaman etkileşimi anlamlı bulunmadı (F=1,921; p=0,165; η^2=0,024).

Doğum sonrası dönemde kontrol yaptırma zamanlarını bilme durumu açısından da eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar bulundu. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalaması 9,030 ± 1,561, kontrol grubunun ise 6,030 ± 3,886 olarak hesaplandı ve fark anlamlı sonuçlanmadı (t=4,531; p=0,000). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubu 9,850 ± 0,662 puan alırken, kontrol grubu 6,800 ± 3,603 puan almış ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (t=5,265; p=0,000). 42. gün

ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 9,850 ± 0,362, kontrol grubunun ise 7,470 ± 3,595 olarak hesaplandı ve fark anlamlı sonuçlandı. (t=4,158; p=0,000). Zaman etkisi (F=16,876; p=0,000; η^2=0,178) ve grup etkisi (F=25,210; p=0,000; η^2=0,244) anlamlı bulunurken, grup-zaman etkileşimi anlamlı bulunmadı (F=1,749; p=0,188; η^2=0,022).

Doğum sonrası dönemde oluşabilecek acil durumların bilgisi açısından eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklar bulundu. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalaması 8,620 ± 1,735, kontrol grubunun ise 6,300 ± 2,409 olarak hesaplanmış ve fark anlamlı bulundu (t=4,953; p=0,000). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 9,680 ± 0,764, kontrol grubunun ise 6,880 ± 2,244 olarak hesaplanmış ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (t=7,470; p=0,000). 42. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalaması 9,320 ± 1,023, kontrol grubunun ise 7,580 ± 1,852 olarak hesaplandı (t=5,232; p=0,000). Zaman etkisi (F=15,076; p=0,000; η^2=0,162) ve grup etkisi (F=48,418; p=0,000; η^2=0,383) anlamlı bulunurken, grup-zaman etkileşimi de anlamlı sonuçlandı. (F=3,753; p=0,031; η^2=0,046).

Korku puanı açısından incelendiğinde, eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar bulundu. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 2,850 ± 2,851, kontrol grubunun ise 5,650 ± 3,060 olarak hesaplanmış ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (t=-4,234; p=0,000). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 0,570 ± 0,781, kontrol grubunun ise 4,350 ± 3,577 olarak hesaplanmış ve fark anlamlı bulundu (t=-6,520; p=0,000). 42. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama korku puanı 0,350 ± 0,580 iken, kontrol grubunun ortalama puanı 4,000 ± 3,471 olarak hesaplanmış ve fark anlamlı bulundu (t=-6,559; p=0,000). Zaman etkisi (F=32,645; p=0,000; η^2=0,295) ve grup etkisi (F=45,118; p=0,000; η^2=0,366) anlamlı bulunurken, grup-zaman etkileşimi ise anlamlı çıkmadı (F=1,817; p=0,178; η^2=0,023).

Çizelge 4.4: Beslenme Durumu

Gruplar		Eğitim		Kontrol		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Günlük Öğün Sayısı 1. Gün	2 Öğün	12	30	3	7,5	15	18,8	X^2=7,591 **p=0,022**[a]
	3 Ara Öğün 3 Ana Öğün	6	15	12	30,0	18	22,5	
	3 Öğün	22	55	25	62,5	47	58,8	
Günlük Öğün Sayısı 10. Gün	2 Öğün	4	10	3	7,5	7	8,8	X^2=7,389 **p=0,025**[a]
	3 Ara Öğün 3 Ana Öğün	23	57,5	12	30,0	35	43,8	
	3 Öğün	13	32,5	25	62,5	38	47,5	
Günlük Öğün Sayısı 42. Gün	2 Öğün	2	5	3	7,5	5	6,2	X^2=10,087 **p=0,006**[a]
	3 Ara Öğün 3 Ana Öğün	24	60	10	25,0	34	42,5	
	3 Öğün	14	35	27	67,5	41	51,2	
[a]Ki-Kare Analizi; [b]Fisher Exact								

Çizelge 4.4'de, eğitim ve kontrol gruplarındaki bireylerin günlük öğün sayılarının 1., 10. ve 42. günlerde nasıl değiştiği incelendi. Analiz sonuçlarına göre, 1. gün itibariyle eğitim grubundaki bireylerin %30'u günde 2 öğün tüketirken, kontrol grubunda bu oran %7,5'tir. Buna karşılık, 3 ara öğün ve 3 ana öğün tüketen bireylerin oranı eğitim grubunda %15, kontrol grubunda ise %30 olarak bulundu. Ayrıca, 3 öğün tüketen bireylerin oranı eğitim grubunda %55, kontrol grubunda ise %62,5 olarak tespit edildi. Yapılan Ki-kare testi sonucunda (X^2=7,591, p=0,022), gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p<0,05$).

10. gün sonuçları incelendiğinde, eğitim grubunda 2 öğün tüketen bireylerin oranı %10'a düşerken, kontrol grubunda %7,5 olarak sabit kaldı, eğitim grubundaki bireylerin büyük bir kısmı artık 3 ara öğün ve 3 ana öğün tüketmeye başlamış ve bu oran %57,5'e ulaştı. Kontrol grubunda ise bu oran %30'a düşmüştür. 3 öğün tüketen bireylerin oranı eğitim grubunda %32,5, kontrol grubunda ise %62,5 olarak tespit edildi. Ki-kare analizi sonucunda (X^2=7,389, p=0,025), gruplar arasındaki fark yine istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,05$).

42. gün sonuçları, eğitim grubundaki bireylerin büyük ölçüde daha sık öğün tüketmeye başladığını gösterdi. 2 öğün tüketen bireylerin oranı %5'e düşerken, 3 ara öğün ve 3 ana öğün tüketenlerin oranı %60'a yükseldi. Buna karşılık, kontrol grubunda 3 ara öğün + 3 ana öğün tüketen bireylerin oranı %25'te kaldı. 3 öğün

tüketen bireylerin oranı eğitim grubunda %35, kontrol grubunda ise %67,5 olarak bulundu Ki-kare analizi sonuçlarına göre (X^2=10,087, p=0,006), 42. günde gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak daha belirgin hale geldi (p<0,01)

Çizelge 4.5: Beslenme ve Metabolik Sağlık Örüntüsünün Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşma Durumu

Gruplar	Eğitim Grubu(n=40)		Kontrol (n=40)		t[a]	p	Zaman	Grup	Grup*Zaman
	Ort	Ss	Ort	Ss					
Günlük Su Tüketimi 1. Gün	2,612	0,755	2,375	0,658	1,500	0,138	**F=3,359; p=0,055; η²=0,041**	**F=15,577; p=0,000; η²=0,166**	**F=9,187; p=0,001; η²=0,105**
Günlük Su Tüketimi 10. Gün	2,812	0,563	2,212	0,465	5,198	**0,000**			
Günlük Su Tüketimi 42. Gün	2,888	0,513	2,325	0,474	5,094	**0,000**			
Çiğneme Yutma Sorunu 1. Gün	0,420	1,412	0,050	0,316	1,639	0,109	**F=4,075; p=0,046; η²=0,050**	**F=2,979; p=0,088; η²=0,037**	**F=2,507; p=0,117; η²=0,031**
Çiğneme Yutma Sorunu 10. Gün	0,000	0,000	0,000	0,000	1,000	0,323			
Çiğneme Yutma Sorunu 42. Gün	0,030	0,158	0,000	0,000	0,000	**0,000**			
Beslenme Bilgisi 1. Gün	8,780	1,441	6,380	1,675	6,871	**0,000**	**F=19,528; p=0,000; η²=0,200**	**F=92,006; p=0,000; η²=0,541**	**F=1,870; p=0,165; η²=0,023**
Beslenme Bilgisi 10. Gün	9,380	0,979	6,900	1,630	8,233	**0,000**			
Beslenme Bilgisi 42. Gün	9,800	0,911	7,500	1,695	7,560	**0,000**			
Beslenme Değişikliği 1. Gün	6,620	2,425	5,300	2,729	2,295	**0,024**	**F=0,647; p=0,498; η²=0,008**	**F=9,558; p=0,003; η²=0,109**	**F=1,870; p=0,165; η²=0,023**
Beslenme Değişikliği 10. Gün	6,650	3,060	5,100	2,790	2,367	**0,020**			
Beslenme Değişikliği 42. Gün	6,830	3,029	4,500	3,138	3,372	**0,001**			

Çizelge 4.5: (Devamı) Beslenme ve Metabolik Sağlık Örüntüsünün Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşma Durumu

Gruplar	Eğitim Grubu(n=40)		Kontrol (n=40)		t[a]	p	Zaman	Grup	Grup*Zaman
	Ort	Ss	Ort	Ss					
Mide Bulantısı 1. Gün	1,700	2,534	1,100	1,336	1,325	0,190	**F=28,479; p=0,000; η^2=0,267**	**F=0,097; p=0,756; η^2=0,001**	**F=5,607; p=0,016; η^2=0,067**
Mide Bulantısı 10. Gün	0,100	0,304	0,700	1,018	-3,573	**0,001**			
Mide Bulantısı 42. Gün	0,000	0,000	0,170	0,385	-2,876	**0,006**			
Sindirim Güçlüğü 1.Gün	1,680	2,495	2,600	2,560	-1,637	0,106	**F=25,709; p=0,000; η^2=0,248**	**F=25,709; p=0,000; η^2=0,248**	**F=25,709; p=0,000; η^2=0,248**
Sindirim Güçlüğü 10. Gün	0,780	0,974	2,330	2,515	-3,634	**0,001**			
Sindirim Güçlüğü 42. Gün	0,550	1,632	0,380	0,925	0,590	0,557			
Saç Tırnak Cilt Değişiklikleri 1. Gün	0,450	1,467	0,930	2,422	-1,061	0,292	**F=10,710; p=0,000; η^2=0,121**	**F=0,007; p=0,932; η^2=0,000**	**F=1,466; p=0,235; η^2=0,018**
Saç Tırnak Cilt Değişiklikleri 10. Gün	1,300	2,334	0,970	2,423	0,611	0,543			
Saç Tırnak Cilt Değişiklikleri 42. Gün	0,070	0,267	0,000	0,000	1,778	0,083			

Bağımsız Gruplar T-Testi; Karışık Ölçümler Anova Testi

Günlük su tüketimi açısından eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar gözlemlendi. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalaması 2,612 ± 0,755, kontrol grubunun ise 2,375 ± 0,658 olarak hesaplandı, ancak fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (t=1,500; p=0,138). 10.gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama su tüketimi 2,812 ± 0,563'e yükselirken, kontrol grubunun ortalaması 2,212 ± 0,465 olarak kaydedildi ve fark anlamlı bulunmadı (t=5,198; p=0,000). 42. gün ölçümlerinde ise eğitim grubunun ortalama su tüketimi 2,888 ± 0,513, kontrol grubunun ise 2,325 ± 0,474 olarak hesaplandı ve fark anlamlı çıkmadı (t=5,094; p=0,000). Zaman etkisi anlamlılık sınırında bulundu (F=3,359; p=0,055; η^2=0,041), grup etkisi anlamlı olarak sonuçlandı (F=15,577; p=0,000; η^2=0,166) ve grup-zaman etkileşimi de anlamlı bulundu (F=9,187; p=0,001; η^2=0,105).

Çiğneme ve yutma sorunu açısından yapılan değerlendirmede, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalaması 0,420 ± 1,412, kontrol grubunun ise 0,050 ± 0,316 olarak hesaplandı ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (t=1,639; p=0,109). 10. gün ölçümlerinde

her iki grubun da ortalaması 0 olup, anlamlı bir fark gözlenmemiştir (t=1,000; p=0,323). 42. gün ölçümlerinde ise eğitim grubunun ortalaması 0,030 ± 0,158, kontrol grubunun ise 0,000 ± 0,000 olarak hesaplandı. Zaman etkisi anlamlı bulunurken (F=4,075; p=0,046; η^2=0,050), grup etkisi (F=2,979; p=0,088; η^2=0,037) ve grup-zaman etkileşimi (F=2,507; p=0,117; η^2=0,031) istatistiksel olarak anlamlı olarak sonuçlanmadı.

Doğum sonrası dönemde beslenme bilgisi açısından bakıldığında ise eğitim grubunun kontrol grubuna göre anlamlı bir şekilde daha yüksek bilgi düzeyine sahip olduğu belirlendi. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 8,780 ± 1,441 iken, kontrol grubunun ortalama puanı 6,380 ± 1,675 olarak hesaplandı ve fark anlamlı bulundu (t=6,871; p=0,000). 10.gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 9,380 ± 0,979'a yükselirken, kontrol grubunun ortalama puanı 6,900 ± 1,630 olarak hesaplandı (t=8,233; p=0,000). 42. gün ölçümlerinde ise eğitim grubunun ortalama puanı 9,800 ± 0,911, kontrol grubunun ise 7,500 ± 1,695 olarak belirlenmiş ve fark anlamlı bulundu (t=7,560; p=0,000). Zaman etkisi (F=19,528; p=0,000; η^2=0,200) ve grup etkisi (F=92,006; p=0,000; η^2=0,541) anlamlı çıkarken, grup-zaman etkileşimi anlamlı bulunmadı (F=0,130; p=0,846; η^2=0,002).

Doğum sonrası dönemde beslenme değişikliği açısından yapılan değerlendirmede, eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklar bulundu. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 6,620 ± 2,425, kontrol grubunun ise 5,300 ± 2,729 olarak hesaplandı ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (t=2,295; p=0,024). 10.gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 6,650 ± 3,060, kontrol grubunun ise 5,100 ± 2,790 olarak kaydedildi ve fark anlamlı olarak sonuçlandı (t=2,367; p=0,020). 42. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalaması 6,830 ± 3,029, kontrol grubunun ise 4,500 ± 3,138 olarak hesaplandı ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (t=3,372; p=0,001). Zaman etkisi anlamlı bulunmazken (F=0,647; p=0,498; η^2=0,008), grup etkisi anlamlı olarak sonuçlandı (F=9,558; p=0,003; η^2=0,109). Grup-zaman etkileşimi ise anlamlı bulunmadı (F=1,870; p=0,165; η^2=0,023).

Mide bulantısı yaşama açısından bakıldığında ise zaman içinde belirgin farklılıklar gözlemlendi. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalaması 1,700 ± 2,534, kontrol grubunun ise 1,100 ± 1,336 olarak hesaplanmış, ancak fark anlamlı çıkmadı (t=1,325; p=0,190). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalaması 0,100

± 0,304, kontrol grubunun ise 0,700 ± 1,018 olarak hesaplanmış ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (t=-3,573; p=0,001). 42. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalaması 0,000 ± 0,000 iken, kontrol grubunun ortalama puanı 0,170 ± 0,385 olarak belirlendi ve fark anlamlı bulundu (t=-2,876; p=0,006). Zaman etkisi anlamlı bulundu (F=28,479; p=0,000; η^2=0,267), ancak grup etkisi anlamlı çıkmadı (F=0,097; p=0,756; η^2=0,001). Grup-zaman etkileşimi ise anlamlı bulundu (F=5,607; p=0,016; η^2=0,067).

Sindirim güçlüğü yaşama durumu açısından incelendiğinde eğitim ve kontrol grupları arasında zaman içinde anlamlı farklar gözlemlendi. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 1,680 ± 2,495, kontrol grubunun ise 2,600 ± 2,560 olarak hesaplandı ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (t=-1,637; p=0,106). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalaması 0,780 ± 0,974'e düşerken, kontrol grubunun ortalaması 2,330 ± 2,515 olarak hesaplanmış ve fark anlamlı bulundu (t=-3,634; p=0,001). 42. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 0,550 ± 1,632, kontrol grubunun ise 0,380 ± 0,925 olarak hesaplandı, fark istatistiksel olarak anlamlı sonuçlanmadı (t=0,590; p=0,557). Zaman etkisi anlamlı bulundu (F=25,709; p=0,000; η^2=0,248), grup etkisi de istatistiksel olarak anlamlı sonuçlandı (F=4,836; p=0,031; η^2=0,058). Ayrıca, grup-zaman etkileşimi de anlamlı bulundu (F=6,787; p=0,003; η^2=0,080).

Saç, tırnak ve ciltte oluşan değişiklikler açısından eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunmadı. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 0,450 ± 1,467, kontrol grubunun ise 0,930 ± 2,422 olarak hesaplanmış ve fark anlamlı çıkmadı (t=-1,061; p=0,292). 10.gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 1,300 ± 2,334, kontrol grubunun ise 0,970 ± 2,423 olup, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (t=0,611; p=0,543). 42. gün ölçümlerinde ise eğitim grubunun ortalama puanı 0,070 ± 0,267 iken, kontrol grubunun ortalaması 0,000 ± 0,000 olarak belirlenmiş ve fark anlamlı çıkmadı (t=1,778; p=0,083). Zaman etkisi anlamlı bulunurken (F=10,710; p=0,000; η^2=0,121), grup etkisi (F=0,007; p=0,932; η^2=0,000) ve grup-zaman etkileşimi (F=1,466; p=0,235; η^2=0,018) anlamlı olarak sonuçlanmadı.

Çizelge 4.6: Eliminasyon Örüntüsünün Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşma Durumu

Gruplar	Eğitim Grubu (n=40)		Kontrol (n=40)		t[a]	p	Zaman	Grup	Grup*Zaman
	Ort	Ss	Ort	Ss					
Konstipasyon 1. Gün	2,450	3,312	1,980	1,860	0,791	0,432	**F=19,945; p=0,000; η²=0,204**	**F=0,880; p=0,351; η²=0,011**	**F=3,602; p=0,040; η²=0,044**
Konstipasyon 10. Gün	1,300	1,588	2,230	1,968	-2,314	**0,023**			
Konstipasyon42. Gün	0,400	0,709	0,800	0,853	-2,280	**0,025**			
Diyare1. Gün	0,280	1,109	1,180	2,716	-1,940	0,058	**F=7,736; p=0,001; η²=0,090**	**F=2,136; p=0,148; η²=0,027**	**F=2,153; p=0,129; η²=0,027**
Diyare10. Gün	0,570	1,920	1,050	2,650	-0,918	0,361			
Diyare 42. Gün	0,030	0,158	0,000	0,000	1,000	0,323			
İdrar Dışkılama Rahatsızlığı 1. Gün	3,100	3,342	3,230	2,722	-0,183	0,855	**F=40,328; p=0,000; η²=0,341**	**F=0,310; p=0,580; η²=0,004**	**F=1,103; p=0,331; η²=0,014**
İdrar Dışkılama Rahatsızlığı 10. Gün	2,150	2,338	2,880	2,794	-1,259	0,212			
İdrar Dışkılama Rahatsızlığı 42. Gün	0,400	0,810	0,120	0,335	1,984	0,053			
İdrar Kaçırma 1. Gün	0,550	1,260	0,680	1,269	-0,442	0,660	**F=13,608; p=0,000; η²=0,149**	**F=3,019; p=0,086; η²=0,037**	**F=3,919; p=0,026; η²=0,048**
İdrar Kaçırma 10. Gün	0,150	0,427	0,800	1,305	-2,995	**0,004**			
İdrar Kaçırma 42. Gün	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	**0,000**			
Dışkı Kaçırma 1. Gün	0,070	0,474	0,000	0,000	1,000	0,323	**F=1,000; p=0,320; η²=0,013**	**F=1,000; p=0,320; η²=0,013**	**F=1,000; p=0,320; η²=0,013**
Dışkı Kaçırma 10. Gün	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	**0,000**			
Dışkı Kaçırma 42. Gün	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	**0,000**			
Genital Hijyen Bilgisi 1. Gün	9,200	1,682	7,350	2,923	3,470	**0,001**	**F=11,802; p=0,000; η²=0,131**	**F=15,855; p=0,000; η²=0,169**	**F=1,711; p=0,190; η²=0,021**
Genital Hijyen Bilgisi 10. Gün	9,450	1,694	8,280	2,136	2,726	**0,008**			
Genital Hijyen Bilgisi 42. Gün	9,880	0,463	8,680	1,685	4,342	**0,000**			
Bağımsız Gruplar T-Testi; Karışık Ölçümler Anova Testi									

Konstipasyon yaşama durumu açısından incelendiğinde eğitim ve kontrol grupları arasında zaman içinde belirgin farklılıklar gözlemlendi. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 2,450 ± 3,312, kontrol grubunun ise 1,980 ± 1,860 olarak hesaplandı ve fark anlamlı çıkmadı (t=0,791; p=0,432). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 1,300 ± 1,588'e düşerken, kontrol

grubunun ortalaması 2,230 ± 1,968 olarak hesaplanmış ve fark anlamlı bulundu (t=-2,314; p=0,023). 42. gün ölçümlerinde ise eğitim grubunun ortalama puanı 0,400 ± 0,709, kontrol grubunun ise 0,800 ± 0,853 olup, fark anlamlı bulunmuştur (t=-2,280; p=0,025). Zaman etkisi anlamlı bulunmuş (F=19,945; p=0,000; η^2=0,204), ancak grup etkisi anlamlı çıkmamıştır (F=0,880; p=0,351; η^2=0,011). Grup-zaman etkileşimi ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=3,602; p=0,040; η^2=0,044).

Diyare yaşama durumu açısından incelendiğinde gruplar arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmedi. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 0,280 ± 1,109, kontrol grubunun ise 1,180 ± 2,716 olarak hesaplanmış ve fark anlamlı bulunmadı (t=-1,940; p=0,058). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 0,570 ± 1,920, kontrol grubunun ise 1,050 ± 2,650 olarak hesaplanmış ve fark anlamlı çıkmadı (t=-0,918; p=0,361). 42. gün ölçümlerinde ise eğitim grubunun ortalaması 0,030 ± 0,158, kontrol grubunun ise 0,000 ± 0,000 olup, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (t=1,000; p=0,323). Zaman etkisi anlamlı bulundu (F=7,736; p=0,001; η^2=0,090), ancak grup etkisi (F=2,136; p=0,148; η^2=0,027) ve grup-zaman etkileşimi (F=2,153; p=0,129; η^2=0,027) anlamlı çıkmadı.

Doğum sonu dönemde idrar ya da dışkılama rahatsızlığı açısından yapılan değerlendirmede eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklar tespit edilmedi. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalaması 3,100 ± 3,342, kontrol grubunun ise 3,230 ± 2,722 olarak hesaplanmış ve fark anlamlı çıkmadı. (t=-0,183; p=0,855).10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalaması 2,150 ± 2,338, kontrol grubunun ise 2,880 ± 2,794 olarak hesaplandı ve fark anlamlı bulunmadı (t=-1,259; p=0,212). 42. gün ölçümlerinde ise eğitim grubunun ortalama puanı 0,400 ± 0,810, kontrol grubunun ise 0,120 ± 0,335 olup, fark anlamlı çıkmadı (t=1,984; p=0,053). Zaman etkisi anlamlı bulunmuş (F=40,328; p=0,000; η^2=0,341), ancak grup etkisi (F=0,310; p=0,580; η^2=0,004) ve grup-zaman etkileşimi (F=1,103; p=0,331; η^2=0,014) anlamlı çıkmadı.

İdrar kaçırma açısından bakıldığında ise zaman içinde belirgin farklılıklar gözlemlenmiştir. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalaması 0,550 ± 1,260, kontrol grubunun ise 0,680 ± 1,269 olarak hesaplandı ve fark anlamlı çıkmadı (t=-0,442; p=0,660). 10.gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 0,150 ± 0,427'e düşerken, kontrol grubunun ortalaması 0,800 ± 1,305 olarak hesaplanmış ve fark anlamlı bulunmuştur (t=-2,995; p=0,004). 42. gün ölçümlerinde her iki grubun

ortalaması 0,000 olup, fark gözlenmemiştir. Zaman etkisi anlamlı bulundu (F=13,608; p=0,000; η^2=0,149), ancak grup etkisi anlamlı çıkmadı (F=3,019; p=0,086; η^2=0,037). Grup-zaman etkileşimi ise anlamlı bulundu (F=3,919; p=0,026; η^2=0,048).

Dışkı kaçırma durumu açısından incelendiğinde ilişkin analiz sonuçları incelendiğinde, eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmektedir. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 0,070 ± 0,474 iken, kontrol grubunun puanı 0,000 ± 0,000 olarak hesaplandı ve fark anlamlı bulunmadı (t=1,000; p=0,323). 10. ve 42. gün ölçümlerinde her iki grubun da puanı 0,000 ± 0,000 olup, anlamlı bir farklılık gözlenmedi.Zaman etkisi (F=1,000; p=0,320; η^2=0,013), grup etkisi (F=1,000; p=0,320; η^2=0,013) ve grup-zaman etkileşimi (F=1,000; p=0,320; η^2=0,013) istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı

Genital bölge hijyeni ve temizliği için yapılması gerekenler bilme durumu açısından incelendiğinde ise eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar bulundu. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 9,200 ± 1,682, kontrol grubunun ise 7,350 ± 2,923 olarak hesaplandı ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (t=3,470; p=0,001). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 9,450 ± 1,694, kontrol grubunun ise 8,280 ± 2,136 olup, fark anlamlı olarak sonuçlandı (t=2,726; p=0,008). 42. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 9,880 ± 0,463'e ulaşırken, kontrol grubunun ortalaması 8,680 ± 1,685 olarak hesaplandı ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (t=4,342; p=0,000). Zaman etkisi (F=11,802; p=0,000; η^2=0,131) ve grup etkisi (F=15,855; p=0,000; η^2=0,169) anlamlı bulunurken, grup-zaman etkileşimi anlamlı çıkmadı (F=1,711; p=0,190; η^2=0,021.

Çizelge 4.7: Aktivite- Egzersiz Örüntüsünün Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşma Durumu

Gruplar	Eğitim Grubu (n=40)		Kontrol (n=40)		t[a]	p	Zaman	Grup	Grup*Zaman
	Ort	Ss	Ort	Ss					
Yorgunluk Puanı 1. Gün	5,900	2,697	5,720	2,978	0,275	0,784	**F=53,651; p=0,000; η²=0,408**	**F=1,086; p=0,301; η²=0,014**	**F=1,513; p=0,224; η²=0,019**
Yorgunluk Puanı 10. Gün	4,750	2,799	5,620	3,019	-1,344	0,183			
Yorgunluk Puanı 42. Gün	2,300	2,053	3,000	1,867	-1,595	0,115			
Ayağa Kalkma Desteği 1. Gün	5,900	2,716	6,220	2,887	-0,519	0,605	**F=102,355; p=0,000; η²=0,568**	**F=6,137; p=0,015; η²=0,073**	**F=7,150; p=0,002; η²=0,084**
Ayağa Kalkma Desteği 10. Gün	3,080	2,576	5,530	2,792	-4,079	**0,000**			
Ayağa Kalkma Desteği 42. Gün	1,320	1,457	1,700	2,399	-0,845	0,401			
Günlük Aktiviteleri Yapabilme 1. Gün	6,600	2,110	6,650	2,143	-0,105	0,917	**F=39,254; p=0,000; η²=0,335**	**F=2,259; p=0,137; η²=0,028**	**F=2,147; p=0,130; η²=0,027**
Günlük Aktiviteleri Yapabilme 10. Gün	8,250	1,481	7,400	1,736	2,356	**0,021**			
Günlük Aktiviteleri Yapabilme 42. Gün	8,780	1,330	8,300	1,091	1,747	0,085			
Aktivite Durumu 1. Gün	6,450	2,207	5,700	1,713	1,698	0,093	**F=57,505; p=0,000; η²=0,424**	**F=6,830; p=0,011; η²=0,081**	**F=6,280; p=0,003; η²=0,075**
Aktivite Durumu 10. Gün	7,550	1,709	6,050	1,782	3,842	**0,000**			
Aktivite Durumu 42. Gün	8,300	1,400	8,300	1,091	0,000	1,000			
Bağımsız Gruplar T-Testi; Karışık Ölçümler Anova Testi									

Yorgunluk puanı açısından yapılan değerlendirmede eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmedi. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 5,900 ± 2,697, kontrol grubunun ise 5,720 ± 2,978 olarak hesaplandı ve fark anlamlı bulunmadı (t=0,275; p=0,784). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 4,750 ± 2,799, kontrol grubunun ise 5,620 ± 3,019 olarak hesaplanmış ve fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmadı (t=-1,344; p=0,183). 42. gün ölçümlerinde ise eğitim grubunun ortalama puanı 2,300 ± 2,053, kontrol grubunun ise 3,000 ± 1,867 olup, fark anlamlı bulunmadı (t=-1,595; p=0,115). Zaman etkisi anlamlı bulunmuş (F=53,651; p=0,000; η^2=0,408), ancak grup etkisi (F=1,086; p=0,301; η^2=0,014) ve grup-zaman etkileşimi (F=1,513; p=0,224; η^2=0,019) istatistiksel olarak anlamlı olarak sonuçlanmadı.

Doğum sonrası dönemde ayağa kalkarken desteğe ihtiyaç duyma durumu açısından yapılan değerlendirmede, gruplar arasında anlamlı farklılıklar tespit edildi. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 5,900 ± 2,716, kontrol grubunun ise 6,220 ± 2,887 olarak hesaplanmış ve fark anlamlı bulunmadı (t=-0,519; p=0,605). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 3,080 ± 2,576'a düşerken, kontrol grubunun ortalama puanı 5,530 ± 2,792 olarak hesaplandı ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (t=-4,079; p=0,000). 42. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 1,320 ± 1,457, kontrol grubunun ise 1,700 ± 2,399 olup, fark anlamlı olarak sonuçlanmadı (t=-0,845; p=0,401). Zaman etkisi (F=102,355; p=0,000; η^2=0,568), grup etkisi (F=6,137; p=0,015; η^2=0,073) ve grup-zaman etkileşimi (F=7,150; p=0,002; η^2=0,084) anlamlı bulundu

Günlük aktiviteleri gerçekleştirebilme açısından incelendiğinde ise eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar bulunmadı. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 6,600 ± 2,110, kontrol grubunun ise 6,650 ± 2,143 olarak hesaplandı ve fark anlamlı çıkmadı (t=-0,105; p=0,917). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 8,250 ± 1,481, kontrol grubunun ise 7,400 ± 1,736 olup, fark anlamlı bulundu (t=2,356; p=0,021). 42. gün ölçümlerinde ise eğitim grubunun ortalama puanı 8,780 ± 1,330, kontrol grubunun ise 8,300 ± 1,091 olarak hesaplandı ve fark anlamlı çıkmadı (t=1,747; p=0,085). Zaman etkisi anlamlı bulunmuş (F=39,254; p=0,000; η^2=0,335), ancak grup etkisi (F=2,259; p=0,137; η^2=0,028) ve grup-zaman etkileşimi (F=2,147; p=0,130; η^2=0,027) istatistiksel olarak anlamlı çıkmadı.

Doğum sonrası dönemde aktivite durumu açısından bakıldığında ise eğitim grubu lehine anlamlı farklılıklar bulundu. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 6,450 ± 2,207, kontrol grubunun ise 5,700 ± 1,713 olarak hesaplanmış ve fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmadı (t=1,698; p=0,093). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 7,550 ± 1,709'a yükselirken, kontrol grubunun ortalama puanı 6,050 ± 1,782 olarak hesaplanmış ve fark anlamlı bulundu (t=3,842; p=0,000). 42. gün ölçümlerinde her iki grubun da ortalama puanı 8,300 olup, anlamlı bir fark gözlenmedi (t=0,000; p=1,000). Zaman etkisi (F=57,505; p=0,000; η^2=0,424), grup etkisi (F=6,830; p=0,011; η^2=0,081) ve grup-zaman etkileşimi (F=6,280; p=0,003; η^2=0,075) istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Çizelge 4.8: Uyku -Dinlenme Örüntüsünün Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşma Durumu

Gruplar	Eğitim Grubu (n=40)		Kontrol (n=40)		t[a]	p	Zaman	Grup	Grup*Zaman
	Ort	Ss	Ort	Ss					
Uyku Düzeni Değişikliği 1. Gün	7,350	2,131	7,700	1,682	-0,815	0,417	**F=2,115; p=0,129; η²=0,026**	**F=6,857; p=0,011; η²=0,081**	**F=10,878; p=0,000; η²=0,122**
Uyku Düzeni Değişikliği 10. Gün	8,700	1,636	7,300	2,090	3,336	**0,001**			
Uyku Düzeni Değişikliği 42. Gün	8,650	2,007	7,000	2,112	3,582	**0,001**			
Uyku Pozisyon Problemi 1. Gün	7,780	2,270	6,950	3,170	1,338	0,185	**F=60,074; p=0,000; η²=0,435**	**F=0,371; p=0,544; η²=0,005**	**F=8,355; p=0,000; η²=0,097**
Uyku Pozisyon Problemi 10. Gün	4,850	3,034	6,200	2,757	-2,083	**0,041**			
Uyku Pozisyon Problemi 42. Gün	4,200	2,821	2,850	2,032	2,456	**0,017**			
Uyku Yeterliliği 1. Gün	4,970	2,567	5,800	3,040	-1,311	0,194	**F=24,462; p=0,000; η²=0,239**	**F=2,256; p=0,137; η²=0,028**	**F=1,395; p=0,251; η²=0,018**
Uyku Yeterliliği 10. Gün	5,280	2,184	5,300	2,875	-0,044	0,965			
Uyku Yeterliliği 42. Gün	6,700	2,090	7,670	1,185	-2,566	**0,013**			
Dinlenme Yeterliliği 1. Gün	5,250	2,239	6,350	2,413	-2,113	**0,038**	**F=28,178; p=0,000; η²=0,265**	**F=7,623; p=0,007; η²=0,089**	**F=1,662; p=0,194; η²=0,021**
Dinlenme Yeterliliği 10. Gün	5,750	1,691	6,120	2,652	-0,754	0,454			
Dinlenme Yeterliliği 42. Gün	6,950	1,694	8,250	1,127	-4,042	**0,000**			
Mevcut Yorgunluk Düzeyi 1. Gün	5,030	2,547	6,220	2,434	-2,154	**0,034**	**F=17,521; p=0,000; η²=0,183**	**F=14,562; p=0,000; η²=0,157**	**F=2,200; p=0,120; η²=0,027**
Mevcut Yorgunluk Düzeyi 10. Gün	4,220	2,423	5,830	2,459	-2,931	**0,004**			
Mevcut Yorgunluk Düzeyi 42. Gün	2,730	2,025	5,120	3,148	-4,055	**0,000**			
Uyku Kalitesi 1. Gün	5,250	2,570	5,200	2,928	0,081	0,936	**F=42,321; p=0,000; η²=0,352**	**F=5,835; p=0,018; η²=0,070**	**F=6,312; p=0,004; η²=0,075**
Uyku Kalitesi 10. Gün	7,150	1,733	5,100	2,678	4,065	**0,000**			
Uyku Kalitesi 42. Gün	8,150	1,460	7,600	1,516	1,653	0,102			

Bağımsız Gruplar T-Testi; Karışık Ölçümler Anova Testi

Uyku düzeni değişikliği açısından eğitim ve kontrol grupları arasında zaman içinde anlamlı farklılıklar gözlemlendi. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 7,350 ± 2,131, kontrol grubunun ise 7,700 ± 1,682 olarak hesaplanmış ve fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmadı(t=-0,815; p=0,417). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 8,700 ± 1,636'ya yükselirken, kontrol grubunun ortalama puanı 7,300 ± 2,090 olarak hesaplanmış ve fark anlamlı bulundu

(t=3,336; p=0,001). 42. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 8,650 ± 2,007, kontrol grubunun ise 7,000 ± 2,112 olup, fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (t=3,582; p=0,001). Zaman etkisi anlamlı çıkmazken (F=2,115; p=0,129; η^2=0,026), grup etkisi anlamlı bulundu (F=6,857; p=0,011; η^2=0,081). Grup-zaman etkileşimi de istatistiksel olarak anlamlı olarak sonuçlandı (F=10,878; p=0,000; η^2=0,122).

Uyku pozisyon problemi açısından bakıldığında eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar gözlemlendi. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 7,780 ± 2,270, kontrol grubunun ise 6,950 ± 3,170 olarak hesaplandı ve fark anlamlı bulunmadı (t=1,338; p=0,185). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 4,850 ± 3,034, kontrol grubunun ise 6,200 ± 2,757 olarak hesaplanmış ve fark anlamlı bulundu (t=-2,083; p=0,041). 42. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 4,200 ± 2,821, kontrol grubunun ise 2,850 ± 2,032 olup, fark istatistiksel olarak anlamlı olarak sonuçlandı (t=2,456; p=0,017). Zaman etkisi (F=60,074; p=0,000; η^2=0,435) ve grup-zaman etkileşimi (F=8,355; p=0,000; η^2=0,097) anlamlı bulunurken, grup etkisi anlamlı olarak sonuçlanmadı (F=0,371; p=0,544; η^2=0,005).

Uyku yeterliliği açısından yapılan değerlendirmede, eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar bulunmadı. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 4,970 ± 2,567, kontrol grubunun ise 5,800 ± 3,040 olarak hesaplandı ve fark anlamlı bulunmadı (t=-1,311; p=0,194). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 5,280 ± 2,184, kontrol grubunun ise 5,300 ± 2,875 olarak hesaplandı ve fark istatistiksel olarak anlamlı olarak sonuçlanmadı (t=-0,044; p=0,965). 42. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 6,700 ± 2,090, kontrol grubunun ise 7,670 ± 1,185 olup, fark anlamlı bulunmadı (t=-2,566; p=0,013). Zaman etkisi anlamlı bulundu (F=24,462; p=0,000; η^2=0,239), ancak grup etkisi (F=2,256; p=0,137; η^2=0,028) ve grup-zaman etkileşimi (F=1,395; p=0,251; η^2=0,018) istatistiksel olarak anlamlı olarak sonuçlanmadı.

Dinlenme yeterliliği açısından incelendiğinde ise eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar tespit edildi. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 5,250 ± 2,239, kontrol grubunun ise 6,350 ± 2,413 olarak hesaplandı ve fark anlamlı bulundu (t=-2,113; p=0,038). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 5,750 ± 1,691, kontrol grubunun ise 6,120 ± 2,652 olarak hesaplandı

ve fark istatistiksel olarak anlamlı olarak sonuçlandı (t=-0,754; p=0,454). 42. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 6,950 ± 1,694, kontrol grubunun ise 8,250 ± 1,127 olup, fark anlamlı bulunmadı (t=-4,042; p=0,000). Zaman etkisi (F=28,178; p=0,000; η^2=0,265) ve grup etkisi (F=7,623; p=0,007; η^2=0,089) anlamlı bulunurken, grup-zaman etkileşimi anlamlı olarak sonuçlanmadı (F=1,662; p=0,194; η^2=0,021).

Mevcut yorgunluk düzeyi açısından yapılan değerlendirmede, eğitim grubunun kontrol grubuna kıyasla daha fazla iyileşme gösterdiği gözlemlendi. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 5,030 ± 2,547, kontrol grubunun ise 6,220 ± 2,434 olarak hesaplanmış ve fark anlamlı bulundu (t=-2,154; p=0,034). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 4,220 ± 2,423, kontrol grubunun ise 5,830 ± 2,459 olarak hesaplandı ve fark anlamlı bulundu (t=-2,931; p=0,004). 42. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 2,730 ± 2,025, kontrol grubunun ise 5,120 ± 3,148 olup, fark istatistiksel olarak anlamlı olarak sonuçlandı (t=-4,055; p=0,000). Zaman etkisi (F=17,521; p=0,000; η^2=0,183) ve grup etkisi (F=14,562; p=0,000; η^2=0,157) anlamlı bulunurken, grup-zaman etkileşimi anlamlı olarak sonuçlanmadı (F=2,200; p=0,120; η^2=0,027).

Uyku kalitesi açısından incelendiğinde eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar gözlemlendi. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 5,250 ± 2,570, kontrol grubunun ise 5,200 ± 2,928 olarak hesaplandı ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (t=0,081; p=0,936). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 7,150 ± 1,733'e yükselirken, kontrol grubunun ortalama puanı 5,100 ± 2,678 olarak hesaplandı ve fark anlamlı bulundu (t=4,065; p=0,000). 42. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 8,150 ± 1,460, kontrol grubunun ise 7,600 ± 1,516 olup, fark istatistiksel olarak anlamlı olarak sonuçlanmadı (t=1,653; p=0,102). Zaman etkisi (F=42,321; p=0,000; η^2=0,352), grup etkisi (F=5,835; p=0,018; η^2=0,070) ve grup-zaman etkileşimi (F=6,312; p=0,004; η^2=0,075) anlamlı bulundu.

Çizelge 4.9: Bilişsel-Algısal Örüntünün Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşma Durumu

Gruplar	Eğitim Grubu (n=40)		Kontrol (n=40)		t[a]	p	Zaman	Grup	Grup*Zaman
	Ort	Ss	Ort	Ss					
Ağrı Düzeyi 1. Gün	3,050	2,581	4,220	2,465	-2,082	**0,041**	**F=89,734; p=0,000; η^2=0,535**	**F=12,772; p=0,001; η^2=0,141**	**F=12,744; p=0,000; η^2=0,140**
Ağrı Düzeyi 10. Gün	0,820	0,844	3,120	2,691	-5,158	**0,000**			
Ağrı Düzeyi 42. Gün	0,350	0,622	0,070	0,267	2,569	**0,013**			
Ağrı İle Baş Etme 1. Gün	6,280	2,727	4,550	2,480	2,960	**0,004**	**F=43,549; p=0,000; η^2=0,358**	**F=40,622; p=0,000; η^2=0,342**	**F=7,703; p=0,001; η^2=0,090**
Ağrı İle Baş Etme 10. Gün	8,750	1,706	5,120	2,972	6,691	**0,000**			
Ağrı İle Baş Etme 42. Gün	9,070	1,670	6,200	1,897	7,194	**0,000**			

Bağımsız Gruplar T-Testi; Karışık Ölçümler Anova Testi

Ağrı düzeyi açısından incelendiğinde ise eğitim grubunun kontrol grubuna kıyasla belirgin bir şekilde daha fazla iyileşme gösterdiği belirlendi. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 3,050 ± 2,581, kontrol grubunun ise 4,220 ± 2,465 olarak hesaplandı ve fark anlamlı bulundu (t=-2,082; p=0,041). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 0,820 ± 0,844'e düşerken, kontrol grubunun ortalama puanı 3,120 ± 2,691 olarak hesaplandı ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (t=-5,158; p=0,000). 42. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 0,350 ± 0,622, kontrol grubunun ise 0,070 ± 0,267 olup, fark anlamlı olarak sonuçlandı (t=2,569; p=0,013). Zaman etkisi (F=89,734; p=0,000; η^2=0,535), grup etkisi (F=12,772; p=0,001; η^2=0,141) ve grup-zaman etkileşimi (F=12,744; p=0,000; η^2=0,140) istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Ağrı ile etkili baş etme durumu açısından eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar bulundu. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 6,280 ± 2,727, kontrol grubunun ise 4,550 ± 2,480 olarak hesaplanmış ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (t=2,960; p=0,004). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 8,750 ± 1,706'ya yükselirken, kontrol grubunun ortalama puanı 5,120 ± 2,972 olarak hesaplandı ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu

(t=6,691; p=0,000). 42. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 9,070 ± 1,670, kontrol grubunun ise 6,200 ± 1,897 olup, fark anlamlı olarak sonuçlandı (t=7,194; p=0,000). Zaman etkisi (F=43,549; p=0,000; η^2=0,358), grup etkisi (F=40,622; p=0,000; η^2=0,342) ve grup-zaman etkileşimi (F=7,703; p=0,001; η^2=0,090) istatistiksel olarak anlamlı olarak bulundu.

Çizelge 4.10: Ağrı ile Baş Etmede Kullanılan Yöntemlerin Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşması

Gruplar		Eğitim Grubu		Kontrol		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Sıcak Uygulama 1 Gün	Yok	38	95	36	90	74	92,5	X^2=0,721
	Var	2	5	4	10	6	7,5	p=0,338[b]
Sıcak Uygulama 10 Gün	Yok	30	75	25	62,5	55	68,8	X^2=1,455
	Var	10	25	15	37,5	25	31,2	p=0,167[b]
Sıcak Uygulama 42 Gün	Yok	34	85	29	72,5	63	78,8	X^2=1,867
	Var	6	15	11	27,5	17	21,2	p=0,137[b]
Soğuk Uygulama 1 Gün	Yok	38	95	38	95	76	95	X^2=0,000
	Var	2	5	2	5	4	5	p=0,692[b]
Soğuk Uygulama 10 Gün	Yok	37	92,5	38	95	75	93,8	X^2=0,213
	Var	3	7,5	2	5	5	6,2	p=0,500[b]
Soğuk Uygulama 42 Gün	Yok	38	95	38	95	76	95	X^2=0,000
	Var	2	5	2	5	4	5	p=0,692[b]
Hayal Etme 1 Gün	Yok	32	80	35	87,5	67	83,8	X^2=0,827
	Var	8	20	5	12,5	13	16,2	p=0,273[b]
Hayal Etme 10 Gün	Yok	27	67,5	31	77,5	58	72,5	X^2=1,003
	Var	13	32,5	9	22,5	22	27,5	p=0,227[b]
Hayal Etme 42 Gün	Yok	32	80	31	77,5	63	78,8	X^2=0,075
	Var	8	20	9	22,5	17	21,2	p=0,500[b]
Hareket 1 Gün	Yok	11	27,5	19	47,5	30	37,5	X^2=3,413
	Var	29	72,5	21	52,5	50	62,5	p=0,053[b]
Hareket 10 Gün	Yok	11	27,5	11	27,5	22	27,5	X^2=0,000
	Var	29	72,5	29	72,5	58	72,5	p=0,599[b]
Hareket 42 Gün	Yok	12	30	11	27,5	23	28,7	X^2=0,061
	Var	28	70	29	72,5	57	71,2	p=0,500[b]
Pozisyon 1. Gün	Yok	24	60	27	67,5	51	63,7	X^2=0,487
	Var	16	40	13	32,5	29	36,2	p=0,321[b]
Pozisyon 10. Gün	Yok	17	42,5	23	57,5	40	5	X^2=1,800
	Var	23	57,5	17	42,5	40	5	p=0,132[b]
Pozisyon 42. Gün	Yok	22	55	28	70,0	50	62,5	X^2=1,920
	Var	18	45	12	30,0	30	37,5	p=0,124[b]

Çizelge 4.10: (Devamı) Ağrı ile Baş Etmede Kullanılan Yöntemlerin Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşması

Gruplar		Eğitim Grubu		Kontrol		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
İlaç 1. Gün	Yok	13	32,5	17	42,5	30	37,5	X^2=0,853
	Var	27	67,5	23	57,5	50	62,5	p=0,244[b]
İlaç 10. Gün	Yok	23	57,5	24	60,0	47	58,8	X^2=0,052
	Var	17	42,5	16	40,0	33	41,2	p=0,500[b]
İlaç 42. Gün	Yok	21	52,5	27	67,5	48	6	X^2=1,875
	Var	19	47,5	13	32,5	32	4	p=0,127[b]
Ilık Duş 1. Gün	Yok	36	90	33	82,5	69	86,2	X^2=0,949
	Var	4	10	7	17,5	11	13,8	p=0,259[b]
Ilık Duş 10. Gün	Yok	36	90	29	72,5	65	81,2	X^2=4,021
	Var	4	10	11	27,5	15	18,8	**p=0,042[b]**
Ilık Duş 42.Gün	Yok	31	77,5	28	70,0	59	73,8	X^2=0,581
	Var	9	22,5	12	30,0	21	26,2	p=0,306[b]
Loş Bir Odada Uyumak 1. Gün	Yok	39	97,5	39	97,5	78	97,5	X^2=0,000
	Var	1	2,5	1	2,5	2	2,5	p=0,753[b]
Loş Bir Odada Uyumak 10. Gün	Yok	40	100	40	100	80	100	-
Loş Bir Odada Uyumak 42. Gün	Yok	34	85	37	92,5	71	88,8	X^2=1,127
	Var	6	15	3	7,5	9	11,2	p=0,241[b]
Yoga Meditasyon 1. Gün	Yok	40	100	40	100	80	100	-
Yoga Meditasyon 10. Gün	Yok	40	100	40	100	80	100	-
Yoga Meditasyon 42. Gün	Yok	40	100	40	100	80	100	-

[a]Ki-Kare Analizi; [b]Fisher Exact

Çizelge 4.10'da, eğitim ve kontrol gruplarında ağrı ile baş etmede kullanılan yöntemlerin 1., 10. ve 42. günlerdeki dağılımını ve bu yöntemlerin gruplar arasında farklılaşıp farklılaşmadığını göstermektedir. Ki-kare ve Fisher Exact testleri ile yapılan analizlerde istatistiksel anlamlılık seviyeleri değerlendirildi.

Sıcak uygulama açısından değerlendirildiğinde, 1. günde sıcak uygulama kullanan bireylerin oranı eğitim grubunda %5, kontrol grubunda %10'dur. 10. güne gelindiğinde, eğitim grubundaki bireylerin %25'i sıcak uygulama kullanırken, kontrol grubunda bu oran %37,5'e çıktı. 42. günde de sıcak uygulama kullanımının eğitim grubunda %15, kontrol grubunda %27,5 olduğu görüldü. Ancak, tüm zaman noktalarında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05).

Soğuk uygulama yöntemine bakıldığında, her iki grupta da kullanım oranlarının oldukça düşük olduğu ve zamanla değişmediği görülmektedir. 1., 10. ve

42. günlerde soğuk uygulama kullanan bireylerin oranı hem eğitim hem de kontrol gruplarında %5 seviyesinde kaldı. Ki-kare testi sonuçları da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadığını göstermektedir (p>0,05).

Hayal etme yöntemi açısından bakıldığında, 1. günde eğitim grubundaki bireylerin %20'si, kontrol grubundakilerin %12,5'i bu yöntemi kullandı. 10. günde bu oranlar sırasıyla %32,5 ve %22,5 olarak değişti. 42. gün itibariyle eğitim grubundaki bireylerin %20'si, kontrol grubundakilerin %22,5'i hayal etme yöntemini kullanmaktadır. Ancak, gruplar arasındaki farklılık hiçbir zaman diliminde istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05).

Hareket etme yöntemi incelendiğinde, 1. günde hareket eden bireylerin oranı eğitim grubunda %72,5 iken kontrol grubunda %52,5'tir. 10. günde her iki grupta da hareket edenlerin oranı %72,5 olarak aynı kaldı 42. gün itibariyle hareket eden bireylerin oranı eğitim grubunda %70, kontrol grubunda %72,5 olarak ölçüldü. 1. günkü fark istatistiksel olarak anlamlı sınırda olup (p=0,053), 10. ve 42. günlerde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı.

Pozisyon değiştirme yöntemi açısından değerlendirildiğinde, 1. günde eğitim grubundaki bireylerin %40'ı, kontrol grubundakilerin %32,5'i pozisyon değiştirerek ağrıyı yönetmeye çalıştı. 10. gün itibariyle eğitim grubunda bu oran %57,5'e çıkarken, kontrol grubunda %42,5'e düştü. 42. gün itibariyle eğitim grubunda pozisyon değiştiren bireylerin oranı %45'e düşerken, kontrol grubunda bu oran %30'a geriledi. Ancak, tüm zaman noktalarında istatistiksel anlamlılık düzeyi p>0,05 olduğundan gruplar arasında belirgin bir fark olmadığı söylenebilir.

İlaç kullanımı açısından bakıldığında, 1. gün ilaç kullanan bireylerin oranı eğitim grubunda %67,5 iken, kontrol grubunda %57,5'tir. 10. günde eğitim grubundaki bireylerin %42,5'i, kontrol grubundakilerin %40'ı ilaç kullandı 42. gün itibariyle eğitim grubunda ilaç kullanan bireylerin oranı %47,5 iken, kontrol grubunda bu oran %32,5'e düştü. Ancak, tüm zaman dilimlerinde istatistiksel anlamlılık düzeyi p>0,05 olduğundan gruplar arasında fark bulunmadı.

Ilık duş uygulaması açısından değerlendirme yapıldığında, 1. gün eğitim grubundaki bireylerin %10'u, kontrol grubundaki bireylerin %17,5'i bu yöntemi kullandı. 10. günde ılık duş alan bireylerin oranı eğitim grubunda %10 seviyesinde sabit kalırken, kontrol grubunda %27,5'e yükseldi. 42. gün itibariyle ılık duş alan

bireylerin oranı eğitim grubunda %22,5, kontrol grubunda %30 olarak bulunmuştur. 10. gündeki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,042). Bu sonuç, kontrol grubundaki bireylerin 10. günde ılık duş yöntemine daha fazla yöneldiğini göstermektedir.

Loş bir odada uyuma yöntemi açısından değerlendirildiğinde, 1. gün hem eğitim hem de kontrol gruplarında bireylerin %2,5'i bu yöntemi kullandı.10. gün itibariyle her iki grupta da %100'lük bir oranla loş bir odada uyuyan birey bulunmamaktadır. 42. gün itibariyle eğitim grubundaki bireylerin %15'i, kontrol grubundakilerin %7,5'i loş bir odada uyuma yöntemini kullandı. Ancak, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

Yoga ve meditasyon yöntemleri açısından değerlendirildiğinde, 1., 10. ve 42. günlerde hiçbir bireyin bu yöntemi kullanmadığı görülmektedir.

Çizelge 4.11: Kendini Algılama Örüntüsünün Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşma Durumu

Gruplar	Eğitim Grubu (n=40)		Kontrol (n=40)		t^a	p	Zaman	Grup	Grup*Zaman
	Ort	Ss	Ort	Ss					
Endişe Durumu 1. Gün	3,050	3,105	3,670	2,246	-1,032	0,306	**F=19,292; p=0,000; η^2=0,198**	**F=2,698; p=0,104; η^2=0,033**	**F=0,093; p=0,879; η^2=0,001**
Endişe Durumu 10. Gün	2,270	2,320	3,080	2,177	-1,590	0,116			
Endişe Durumu 42. Gün	1,500	1,536	2,100	1,809	-1,599	0,114			
Ameliyat Yeri Görünüm Düşüncesi 1. Gün	1,480	2,900	2,670	3,569	-1,650	0,103	**F=10,623; p=0,000; η^2=0,120**	**F=0,995; p=0,322; η^2=0,013**	**F=2,492; p=0,089; η^2=0,031**
Ameliyat Yeri Görünüm Düşüncesi 10. Gün	1,680	2,731	2,230	3,676	-0,760	0,450			
Ameliyat Yeri Görünüm Düşüncesi 42. Gün	0,800	1,772	0,450	0,677	1,167	0,247			

Bağımsız Gruplar T-Testi; Karışık Ölçümler Anova Testi

Endişe yaşama durumu açısından yapılan değerlendirmede, eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar bulunmadı.İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 3,050 ± 3,105, kontrol grubunun ise 3,670 ± 2,246 olarak

hesaplanmış ve fark anlamlı bulunmadı (t=-1,032; p=0,306). 10.gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 2,270 ± 2,320, kontrol grubunun ise 3,080 ± 2,177 olarak hesaplanmış ve fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmadı (t=-1,590; p=0,116). 42. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 1,500 ± 1,536, kontrol grubunun ise 2,100 ± 1,809 olup, fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır (t=-1,599; p=0,114). Zaman etkisi anlamlı bulunmuş (F=19,292; p=0,000; η^2=0,198), ancak grup etkisi (F=2,698; p=0,104; η^2=0,033) ve grup-zaman etkileşimi (F=0,093; p=0,879; η^2=0,001) istatistiksel olarak anlamlı çıkmadı.

Doğum sonrası dönemde ameliyat yerinizin dış görünüşünüzü etkilemesi açısından eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmedi. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 1,480 ± 2,900, kontrol grubunun ise 2,670 ± 3,569 olarak hesaplanmış ve fark istatistiksel olarak anlamlı olarak sonuçlanmadı (t=-1,650; p=0,103). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 1,680 ± 2,731, kontrol grubunun ise 2,230 ± 3,676 olup fark yine anlamlı bulunmadı (t=-0,760; p=0,450). 42. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 0,800 ± 1,772, kontrol grubunun ise 0,450 ± 0,677 olarak hesaplanmış ve fark istatistiksel olarak anlamlı olarak sonuçlanmadı (t=1,167; p=0,247). Zaman etkisi anlamlı bulundu (F=10,623; p=0,000; η^2=0,120), ancak grup etkisi (F=0,995; p=0,322; η^2=0,013) ve grup-zaman etkileşimi (F=2,492; p=0,089; η^2=0,031) anlamlı bulunmadı

Çizelge 4.12: Roller ve İlişkiler Örüntüsünün Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşma Durumu

Gruplar	Eğitim Grubu (n=40)		Kontrol (n=40)		t[a]	p	Zaman	Grup	Grup*Zaman
	Ort	Ss	Ort	Ss					
Aile Sorumluluk Etkisi 1. Gün	5,670	3,165	5,800	3,911	-0,157	0,876	**F=7,840; p=0,002; η^2=0,091**	**F=0,005; p=0,943; η^2=0,000**	**F=0,149; p=0,812; η^2=0,002**
Aile Sorumluluk Etkisi 10. Gün	6,850	3,401	6,700	3,791	0,186	0,853			
Aile Sorumluluk Etkisi 42. Gün	6,800	3,322	6,970	3,570	-0,227	0,821			

Çizelge 4.12: (Devamı) Roller ve İlişkiler Örüntüsünün Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşma Durumu

Gruplar	Eğitim Grubu (n=40)		Kontrol (n=40)		t[a]	p	Zaman	Grup	Grup*Zaman
	Ort	Ss	Ort	Ss					
Aile Arkadaş İletişim Etkisi 1. Gün	2,830	3,265	2,400	3,264	0,582	0,562	**F=1,103; p=0,332; η²=0,014**	**F=0,369; p=0,545; η²=0,005**	**F=1,616; p=0,204; η²=0,020**
Aile Arkadaş İletişim Etkisi 10. Gün	3,250	3,622	2,250	3,622	1,235	0,221			
Aile Arkadaş İletişim Etkisi 42. Gün	3,000	3,382	3,150	4,016	-0,181	0,857			
Eş İletişim Etkisi 1. Gün	5,280	3,948	3,700	4,008	1,771	0,081	**F=3,207; p=0,049; η²=0,039**	**F=7,992; p=0,006; η²=0,093**	**F=1,038; p=0,350; η²=0,013**
Eş İletişim Etkisi 10. Gün	6,720	3,637	4,120	4,333	2,906	**0,005**			
Eş İletişim Etkisi 42. Gün	6,450	4,120	3,980	4,154	2,676	**0,009**			
Destek Yeterliliği 1. Gün	9,550	0,959	9,680	0,474	-0,739	0,463	**F=1,549; p=0,219; η²=0,019**	**F=2,485; p=0,119; η²=0,031**	**F=5,712; p=0,007; η²=0,068**
Destek Yeterliliği 10. Gün	9,780	0,768	9,550	0,504	1,550	0,125			
Destek Yeterliliği 42. Gün	9,950	0,316	9,550	0,504	4,253	**0,000**			
Sağlık Sorunlarını Paylaşma Zorluğu 1. Gün	0,420	1,375	0,750	1,629	-0,964	0,338	**F=8,361; p=0,001; η²=0,097**	**F=2,017; p=0,160; η²=0,025**	**F=2,243; p=0,124; η²=0,028**
Sağlık Sorunlarını Paylaşma Zorluğu 10. Gün	0,070	0,267	0,600	1,598	-2,049	**0,047**			
Sağlık Sorunlarını Paylaşma Zorluğu 42. Gün	0,050	0,316	0,000	0,000	1,000	0,323			

Aile içindeki sorumlulukların etkilenmesi açısından bakıldığında da eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar bulunmadı. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 5,670 ± 3,165, kontrol grubunun ise 5,800 ± 3,911 olarak hesaplanmış ve fark anlamlı çıkmadı (t=-0,157; p=0,876). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 6,850 ± 3,401, kontrol grubunun ise 6,700 ± 3,791 olarak hesaplanmış ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (t=0,186; p=0,853). 42. gün ölçümlerinde ise eğitim grubunun ortalama puanı 6,800 ± 3,322, kontrol

grubunun ise 6,970 ± 3,570 olarak hesaplandı ve fark yine anlamlı çıkmadı (t=-0,227; p=0,821). Zaman etkisi anlamlı bulundu (F=7,840; p=0,002; η^2=0,091), ancak grup etkisi (F=0,005; p=0,943; η^2=0,000) ve grup-zaman etkileşimi (F=0,149; p=0,812; η^2=0,002) anlamlı çıkmadı

Aile ve arkadaşlar arası iletişimin etkilenmesi açısından incelendiğinde de eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunmadı. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 2,830 ± 3,265, kontrol grubunun ise 2,400 ± 3,264 olarak hesaplanmış ve fark anlamlı çıkmadı (t=0,582; p=0,562). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 3,250 ± 3,622, kontrol grubunun ise 2,250 ± 3,622 olarak hesaplanmış ve fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmadı (t=1,235; p=0,221). 42. gün ölçümlerinde ise eğitim grubunun ortalama puanı 3,000 ± 3,382, kontrol grubunun ise 3,150 ± 4,016 olarak hesaplandı ve fark yine anlamlı çıkmadı (t=-0,181; p=0,857). Zaman etkisi (F=1,103; p=0,332; η^2=0,014), grup etkisi (F=0,369; p=0,545; η^2=0,005) ve grup-zaman etkileşimi (F=1,616; p=0,204; η^2=0,020) anlamlı bulunmadı.

Eş iletişim etkisi açısından eğitim grubunun kontrol grubuna kıyasla daha fazla gelişim gösterdiği gözlemlendi. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 5,280 ± 3,948, kontrol grubunun ise 3,700 ± 4,008 olarak hesaplanmış ve fark anlamlı çıkmadı (t=1,771; p=0,081). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 6,720 ± 3,637, kontrol grubunun ise 4,120 ± 4,333 olarak hesaplandı ve fark anlamlı bulundu (t=2,906; p=0,005). 42. gün ölçümlerinde ise eğitim grubunun ortalama puanı 6,450 ± 4,120, kontrol grubunun ise 3,980 ± 4,154 olup fark anlamlı olarak sonuçlandı (t=2,676; p=0,009). Zaman etkisi (F=3,207; p=0,049; η^2=0,039), grup etkisi (F=7,992; p=0,006; η^2=0,093) anlamlı bulunurken, grup-zaman etkileşimi (F=1,038; p=0,350; η^2=0,013) anlamlı bulunmadı

Destek faktörlerinin yeterliliği açısından yapılan değerlendirmede, eğitim grubunun kontrol grubuna kıyasla belirgin bir iyileşme gösterdiği gözlemlendi. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 9,550 ± 0,959, kontrol grubunun ise 9,680 ± 0,474 olarak hesaplandı ve fark anlamlı çıkmadı (t=-0,739; p=0,463). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 9,780 ± 0,768, kontrol grubunun ise 9,550 ± 0,504 olarak hesaplandı ve fark anlamlı çıkmadı (t=1,550; p=0,125). 42. gün ölçümlerinde ise eğitim grubunun ortalama puanı 9,950 ± 0,316, kontrol grubunun ise 9,550 ± 0,504 olarak hesaplanmış ve fark anlamlı bulundu (t=4,253;

p=0,000). Zaman etkisi (F=1,549; p=0,219; η^2=0,019), grup etkisi (F=2,485; p=0,119; η^2=0,031) anlamlı bulunmazken, grup-zaman etkileşimi anlamlı olarak sonuçlandı (F=5,712; p=0,007; η^2=0,068).

Sağlık sorunlarını paylaşma zorluğu açısından eğitim ve kontrol grupları arasında zaman içinde belirgin değişiklikler gözlemlendi İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 0,420 ± 1,375, kontrol grubunun ise 0,750 ± 1,629 olarak hesaplandı ve fark anlamlı bulunmadı (t=-0,964; p=0,338). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 0,070 ± 0,267'ye düşerken, kontrol grubunun ortalama puanı 0,600 ± 1,598 olarak hesaplanmış ve fark anlamlı bulundu (t=-2,049; p=0,047). 42. gün ölçümlerinde ise eğitim grubunun ortalama puanı 0,050 ± 0,316, kontrol grubunun ise 0,000 ± 0,000 olup, fark anlamlı olarak sonuçlanmadı (t=1,000; p=0,323). Zaman etkisi anlamlı bulundu (F=8,361; p=0,001; η^2=0,097), ancak grup etkisi (F=2,017; p=0,160; η^2=0,025) ve grup-zaman etkileşimi (F=2,243; p=0,124; η^2=0,028) anlamlı olarak sonuçlanmadı.

Çizelge 4.13: Destek Faktörlerinin Belirlenmesi

Gruplar		Eğitim Grubu		Kontrol		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
En Çok Kimin Güven Verdiği 1 Gün	Eş	35	87,5	26	65	61	76,2	X^2=6,946 p=0,139[a]
	Anne	0	0	2	5	2	2,5	
	Eş, Anne	1	2,5	4	10	5	6,2	
	Aile	4	10	7	17,5	11	13,8	
	Eş, Kardeş	0	0	1	2,5	1	1,2	
En Çok Kimin Güven Verdiği 10 Gün	Eş	30	75	27	67,5	57	71,2	X^2=2,602 p=0,457[a]
	Eş, Anne	5	12,5	4	10	9	11,2	
	Aile	5	12,5	7	17,5	12	15	
	Eş, Anne, Kardeş	0	0	2	5	2	2,5	
En Çok Kimin Güven Verdiği 42 Gün	Eş	28	70	29	72,5	57	71,2	X^2=1,169 p=0,557[a]
	Eş, Anne	7	17,5	4	10	11	13,8	
	Aile	5	12,5	7	17,5	12	15	
[a]Ki-Kare Analizi; [b]Fisher Exact								

Çizelge 4.13'de , eğitim ve kontrol gruplarındaki bireylerin en çok kimin desteğini güven verici bulduklarını 1., 10. ve 42. günlerde karşılaştırmaktadır. Ki-kare testi (X^2) ve p değerleri, bu güven algısının gruplar arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini değerlendirmek için kullanılmıştır.

1. gün verilerine göre, eğitim grubundaki bireylerin %87,5'i en çok eşlerinin güven verdiğini belirtirken, kontrol grubunda bu oran %65 olarak tespit edildi. Bununla birlikte, kontrol grubundaki bireylerin %5'i annelerinin, %10'u ise hem eşlerinin hem de annelerinin güven verici olduğunu ifade etti. Aileyi en güven verici destek kaynağı olarak gören bireylerin oranı eğitim grubunda %10, kontrol grubunda ise %17,5'tir. Ki-kare testi sonucuna göre (X^2=6,946, p=0,139), gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05).

10. gün itibariyle, eşlerini en güven verici kişi olarak gören bireylerin oranı eğitim grubunda %75, kontrol grubunda %67,5 olarak belirlendi. Bu oran, 1. güne kıyasla her iki grupta da azalmış görünmektedir. Eş ve anneden güven alan bireylerin oranı eğitim grubunda %12,5, kontrol grubunda %10 olarak ölçüldü. Aileyi en güvenilir destek kaynağı olarak gören bireylerin oranı eğitim grubunda %12,5, kontrol grubunda %17,5'tir. Ayrıca, kontrol grubundaki bireylerin %5'i eş, anne ve kardeşlerini güven kaynağı olarak belirtildi. Ki-kare analizi sonucunda (X^2=2,602, p=0,457), gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

42. gün sonuçları, eğitim grubunda eşlerini en güven verici destek kaynağı olarak gören bireylerin oranının %70'e, kontrol grubunda ise %72,5'e ulaştığını göstermektedir. Bu durum, her iki grupta da eşin güven verici bir figür olarak en sık belirtilen kişi olduğunu ortaya koymaktadır. Eş ve anneden güven alan bireylerin oranı eğitim grubunda %17,5, kontrol grubunda ise %10'dur. Aile desteğini en güven verici bulan bireylerin oranı ise eğitim grubunda %12,5, kontrol grubunda %17,5 olarak tespit edildi. Ki-kare testi sonucunda (X^2=1,169, p=0,557), gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü (p>0,05).

Çizelge 4.14: Cinsellik ve Üreme Örüntüsünün Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşma Durumu

Gruplar	Eğitim Grubu (n=40)		Kontrol (n=40)		t^a	p	Zaman	Grup	Grup*Zaman
	Ort	Ss	Ort	Ss					
Cinsel Sağlık Endişesi 1. Gün	0,550	2,207	1,570	3,463	-1,579	0,119	**F=4,707; p=0,023; η^2=0,057**	**F=2,949; p=0,090; η^2=0,036**	**F=5,110; p=0,018; η^2=0,061**
Cinsel Sağlık Endişesi 10. Gün	0,300	0,791	1,570	3,463	-2,270	**0,028**			
Cinsel Sağlık Endişesi 42. Gün	0,450	0,749	0,400	0,778	0,293	0,770			

Çizelge 4.14: (Devamı) Cinsellik ve Üreme Örüntüsünün Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşma Durumu

Gruplar	Eğitim Grubu (n=40)		Kontrol (n=40)		t^a	p	Zaman	Grup	Grup*Zaman
	Ort	Ss	Ort	Ss					
Menstrüel Problem Yaşam Kalitesi Etkisi 1. Gün	0,200	1,265	0,000	0,000	1,000	0,323	**F=2,308; p=0,114; η^2=0,029**	**F=2,479; p=0,119; η^2=0,031**	**F=2,308; p=0,114; η^2=0,029**
Menstrüel Problem Yaşam Kalitesi Etkisi 10. Gün	0,500	1,797	0,000	0,000	1,759	0,086			
Menstrüel Problem Yaşam Kalitesi Etkisi 42. Gün	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	**0,000**			
Aile Planlaması Bilgisi 1. Gün	8,180	2,099	7,300	2,534	1,682	0,097	**F=14,158; p=0,000; η^2=0,154**	**F=5,742; p=0,019; η^2=0,069**	**F=1,293; p=0,277; η^2=0,016**
Aile Planlaması Bilgisi 10. Gün	8,400	1,736	7,850	2,225	1,232	0,221			
Aile Planlaması Bilgisi 42. Gün	9,400	1,033	8,200	1,636	3,923	**0,000**			

Cinsel sağlık ile ilgili duyulan endişe açısından eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar gözlemlenmedi. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 0,550 ± 2,207, kontrol grubunun ise 1,570 ± 3,463 olarak hesaplanmış ve fark anlamlı çıkmadı (t=-1,579; p=0,119). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 0,300 ± 0,791'e düşerken, kontrol grubunun ortalama puanı 1,570 ± 3,463 olarak hesaplandı ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (t=-2,270; p=0,028). 42. gün ölçümlerinde ise eğitim grubunun ortalama puanı 0,450 ± 0,749, kontrol grubunun ise 0,400 ± 0,778 olup, fark anlamlı çıkmadı (t=0,293; p=0,770). Zaman etkisi anlamlı bulunmuş (F=4,707; p=0,023; η^2=0,057), ancak grup etkisi anlamlı çıkmadı (F=2,949; p=0,090; η^2=0,036). Grup-zaman etkileşimi anlamlı bulundu (F=5,110; p=0,018; η^2=0,061).

Menstrüel problemin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi açısından yapılan değerlendirmede, eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar bulunmadı. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 0,200 ± 1,265, kontrol grubunun ise 0,000 ± 0,000 olarak hesaplanmış ve fark anlamlı çıkmadı (t=1,000; p=0,323). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 0,500 ± 1,797, kontrol grubunun ise 0,000 ± 0,000 olup, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (t=1,759; p=0,086). 42. gün ölçümlerinde her iki grubun ortalama puanı 0,000 olup,

anlamlı bir farklılık gözlenmedi. Zaman etkisi (F=2,308; p=0,114; η^2=0,029), grup etkisi (F=2,479; p=0,119; η^2=0,031) ve grup-zaman etkileşimi (F=2,308; p=0,114; η^2=0,029) anlamlı çıkmadı.

Aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgi durumu açısından incelendiğinde ise eğitim grubunun kontrol grubuna kıyasla daha fazla gelişim gösterdiği belirlendi. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 8,180 ± 2,099, kontrol grubunun ise 7,300 ± 2,534 olarak hesaplandı ve fark anlamlı çıkmadı (t=1,682; p=0,097). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 8,400 ± 1,736, kontrol grubunun ise 7,850 ± 2,225 olarak hesaplandı ve fark anlamlı çıkmadı (t=1,232; p=0,221). 42. gün ölçümlerinde ise eğitim grubunun ortalama puanı 9,400 ± 1,033'e yükselirken, kontrol grubunun ortalama puanı 8,200 ± 1,636 olarak hesaplandı ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (t=3,923; p=0,000). Zaman etkisi (F=14,158; p=0,000; η^2=0,154) ve grup etkisi (F=5,742; p=0,019; η^2=0,069) anlamlı bulunurken, grup-zaman etkileşimi anlamlı çıkmadı (F=1,293; p=0,277; η^2=0,016).

Çizelge 4.15: Kullanılacak Aile Planlanması Yöntemlerinin Gruplara ve Zaman Göre Farklılaşma Durumu

Gruplar		Eğitim Grubu		Kontrol		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Ap Yöntemi 1. Gün	Spiral	12	30	6	15	18	22,5	X^2=5,691 p=0,459[a]
	Ria	13	32,5	16	40	29	36,2	
	Prezervatif	3	7,5	3	7,5	6	7,5	
	Tubal Ligasyon	2	5	1	2,5	3	3,8	
	Kararsızım	10	25	11	27,5	21	26,2	
	Bilgim Yok	0	0	2	5	2	2,5	
	Oral Kontraseptif	0	0	1	2,5	1	1,2	
Ap Yöntemi 10. Gün	Spiral	14	35	9	22,5	23	28,7	X^2=3,083 p=0,687[a]
	Ria	11	27,5	15	37,5	26	32,5	
	Prezervatif	3	7,5	3	7,5	6	7,5	
	Tubal Ligasyon	2	5	1	2,5	3	3,8	
	Kararsızım	10	25	11	27,5	21	26,2	
	Yok	0	0	1	2,5	1	1,2	
Ap Yöntemi 42. Gün	Spiral	17	42,5	12	30	29	36,2	X^2=3,363 p=0,339[a]
	Ria	13	32,5	21	52,5	34	42,5	
	Prezervatif	8	20	6	15	14	17,5	
	Tubal Ligasyon	2	5	1	2,5	3	3,8	

[a]Ki-Kare Analizi; [b]Fisher Exact

Çizelge 4.15'de, eğitim ve kontrol gruplarındaki bireylerin doğum sonu dönemde kullanmayı düşündükleri aile planlaması (AP) yöntemlerinin dağılımını 1., 10. ve 42. günlerde karşılaştırmaktadır. Ki-kare testi (X^2) ve p değerleri, gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını değerlendirmek için kullanılmıştır.

1. Gün Sonuçları: Eğitim grubunda %30'u spiral, %32,5'i RIA (Rahim İçi Araç) tercih ettiğini belirtirken, kontrol grubunda bu oranlar sırasıyla %15 ve %40 olarak ölçüldü. Prezervatif kullanacağını belirten bireylerin oranı her iki grupta da %7,5 olarak aynı kaldı. Eğitim grubundaki bireylerin %25'i kararsız olduğunu belirtirken, kontrol grubunda bu oran %27,5'tir. Bilgisi olmadığını belirten bireylerin oranı eğitim grubunda %0, ancak kontrol grubunda %5'tir. Oral kontraseptif kullanımını düşünen birey eğitim grubunda bulunmazken, kontrol grubunda %2,5 oranında yer almaktadır. Ki-kare testi sonucuna göre (X^2=5,691, p=0,459), gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05).

10. Gün Sonuçları: Eğitim grubunda spiral kullanacağını belirten bireylerin oranı %35'e yükselirken, kontrol grubunda bu oran %22,5'e çıktı. RIA kullanmayı düşünen bireylerin oranı eğitim grubunda %27,5'e düşerken, kontrol grubunda %37,5 olarak kaydedildi. Prezervatif ve tubal ligasyon yöntemlerini tercih eden bireylerin oranları önceki zaman dilimleriyle aynı kaldı. Kararsız olan bireylerin oranı eğitim grubunda %25, kontrol grubunda %27,5 ile sabit kaldı. Ki-kare testi sonucuna göre (X^2=3,083, p=0,687), gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü (p>0,05).

42. Gün Sonuçları: Eğitim grubunda spiral kullanmayı düşünen bireylerin oranı %42,5'e yükselirken, kontrol grubunda bu oran %30 olarak ölçüldü. RIA kullanım oranı eğitim grubunda %32,5'te sabit kalırken, kontrol grubunda %52,5'e yükseldi. Prezervatif kullanmayı düşünen bireylerin oranı eğitim grubunda %20'ye yükselirken, kontrol grubunda %15 olarak ölçüldü. Ki-kare testi sonucuna göre (X^2=3,363, p=0,339), gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi (p>0,05).

Çizelge 4.16: Stres ile Başetme Örüntüsünün Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşma Durumu

Gruplar	Eğitim Grubu (n=40)		Kontrol (n=40)		t[a]	p	Zaman	Grup	Grup*Zaman
	Ort	Ss	Ort	Ss					
Stres Düzeyi 1. Gün	2,420	2,716	4,100	2,193	-3,034	**0,003**	**F=30,643; p=0,000; η²=0,282**	**F=3,949; p=0,050; η²=0,048**	**F=5,956; p=0,003; η²=0,071**
Stres Düzeyi 10. Gün	2,200	2,163	3,050	2,581	-1,596	0,114			
Stres Düzeyi 42. Gün	1,230	2,201	0,930	1,248	0,750	0,456			
Stres Baş Etme 1. Gün	7,220	2,412	4,300	3,220	4,598	**0,000**	**F=11,574; p=0,000; η²=0,129**	**F=34,864; p=0,000; η²=0,309**	**F=0,696; p=0,476; η²=0,009**
Stres Baş Etme 10. Gün	8,050	1,811	5,700	2,356	5,002	**0,000**			
Stres Baş Etme 42. Gün	8,100	1,429	5,700	2,672	5,010	**0,000**			

Stres düzeyi açısından yapılan değerlendirmede, eğitim grubunun kontrol grubuna kıyasla daha fazla iyileşme gösterdiği belirlendi İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 2,420 ± 2,716, kontrol grubunun ise 4,100 ± 2,193 olarak hesaplanmış ve fark anlamlı bulundu (t=-3,034; p=0,003). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 2,200 ± 2,163, kontrol grubunun ise 3,050 ± 2,581 olarak hesaplandı ve fark anlamlı çıkmadı (t=-1,596; p=0,114). 42. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 1,230 ± 2,201, kontrol grubunun ise 0,930 ± 1,248 olarak hesaplandı ve fark istatistiksel olarak anlamlı olarak sonuçlanmadı (t=0,750; p=0,456). Zaman etkisi (F=30,643; p=0,000; η^2=0,282), grup etkisi (F=3,949; p=0,050; η^2=0,048) ve grup-zaman etkileşimi (F=5,956; p=0,003; η^2=0,071) anlamlı bulundu.

Stres ile baş etme açısından yapılan değerlendirmede, eğitim grubunun kontrol grubuna kıyasla belirgin bir gelişim gösterdiği gözlemlendi. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 7,220 ± 2,412, kontrol grubunun ise 4,300 ± 3,220 olarak hesaplandı ve fark anlamlı bulundu (t=4,598; p=0,000). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 8,050 ± 1,811'e yükselirken, kontrol grubunun ortalama puanı 5,700 ± 2,356 olarak hesaplandı ve fark anlamlı bulundu (t=5,002; p=0,000). 42. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 8,100 ±

1,429, kontrol grubunun ise 5,700 ± 2,672 olup fark anlamlı olarak sonuçlandı (t=5,010; p=0,000). Zaman etkisi (F=11,574; p=0,000; η^2=0,129) ve grup etkisi (F=34,864; p=0,000; η^2=0,309) anlamlı bulunurken, grup-zaman etkileşimi anlamlı olarak sonuçlanmadı (F=0,696; p=0,476; η^2=0,009).

Çizelge 4.17: Stresle Baş Etme Yöntemlerinin Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşma Durumu

Gruplar		Eğitim		Kontrol		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Stres Ortamından Uzaklaşma 1. Gün	Yok	6	15	6	15	12	15	X^2=0,000 p=0,622[b]
	Var	34	85	34	85	68	85	
Stres Ortamından Uzaklaşma 10. Gün	Yok	3	7,5	4	0	7	8,8	X^2=0,157 p=0,500[b]
	Var	37	92,5	36	90	73	91,2	
Stres Ortamından Uzaklaşma 42. Gün	Yok	5	12,5	4	10	9	11,2	X^2=0,125 p=0,500[b]
	Var	35	87,5	36	90	71	88,8	
Hayal Etme 1. Gün	Yok	29	72,5	32	80	61	76,2	X^2=0,621 p=0,300[b]
	Var	11	27,5	8	20	19	23,8	
Hayal Etme 10. Gün	Yok	26	65	21	52,5	47	58,8	X^2=1,289 p=0,182[b]
	Var	14	35	19	47,5	33	41,2	
Hayal Etme 42. Gün	Yok	27	67,5	28	70	55	68,8	X^2=0,058 p=0,500[b]
	Var	13	32,5	12	30	25	31,2	
Müzik Dinlenme 1. Gün	Yok	27	67,5	27	67,5	54	67,5	X^2=0,000 p=0,594[b]
	Var	13	32,5	13	32,5	26	32,5	
Müzik Dinlenme 10. Gün	Yok	27	67,5	25	62,5	52	65,0	X^2=0,220 p=0,407[b]
	Var	13	32,5	15	37,5	28	35,0	
Müzik Dinlenme 42. Gün	Yok	25	62,5	24	60	49	61,3	X^2=0,053 p=0,500[b]
	Var	15	37,5	16	40	31	38,8	
Spor Yapma 1. Gün	Yok	40	100	37	92,5	77	96,2	X^2=3,117 p=0,120[b]
	Var	0	0	3	7,5	3	3,8	
Spor Yapma 10. Gün	Yok	40	100	38	95	78	97,5	X^2=2,051 p=0,247[b]
	Var	0	0	2	5	2	2,5	
Spor Yapma 42. Gün	Yok	40	100	39	97,5	79	98,8	X^2=1,013 p=0,500[b]
	Var	0	0	1	2,5	1	1,2	
İlaç Kullanımı 1. Gün	Yok	40	100	40	100	80	100	-
İlaç Kullanımı 10. Gün	Yok	39	97,5	39	97,5	78	97,5	X^2=0,000 p=0,753[b]
	Var	1	2,5	1	2,5	2	2,5	
İlaç Kullanımı 42. Gün	Yok	39	97,5	38	95	77	96,2	X^2=0,346 p=0,500[b]
	Var	1	2,5	2	5	3	3,8	
[a]Ki-Kare Analizi; [b]Fisher Exact								

Çizelge 4.17'de, eğitim ve kontrol gruplarındaki bireylerin stresle baş etme yöntemlerini 1., 10. ve 42. günlerde karşılaştırmaktadır. Verilere göre, stres

ortamından uzaklaşma yöntemi her iki grup tarafından yaygın olarak kullanılmaktadır. 1. gün itibariyle, eğitim ve kontrol grubundaki bireylerin %85'i stres ortamından uzaklaşarak baş etme yöntemi uyguladıklarını belirtti. 10. günde bu oran eğitim grubunda %92,5'e, kontrol grubunda ise %90'a yükseldi. 42. günde ise eğitim grubunda %87,5, kontrol grubunda %90 oranında birey stres ortamından uzaklaşmayı tercih etti. Ancak, tüm zaman dilimlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Hayal etme yöntemi açısından değerlendirildiğinde, 1. gün eğitim grubundaki bireylerin %27,5'i, kontrol grubundaki bireylerin %20'si bu yöntemi kullandı. 10. günde bu oranlar eğitim grubunda %35'e yükselirken, kontrol grubunda %47,5 olarak belirlendi. 42. gün itibariyle eğitim grubunda hayal etme yöntemini kullanan bireylerin oranı %32,5, kontrol grubunda ise %30 olarak ölçüldü. Ancak, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Müzik dinleme yöntemi, her iki grup tarafından benzer oranlarda tercih edildi. 1. gün itibariyle, eğitim ve kontrol gruplarındaki bireylerin %32,5'i müzik dinleyerek stresle baş ettiklerini ifade etti. 10. gün itibariyle eğitim grubundaki oran %32,5'te sabit kalırken, kontrol grubundaki oran %37,5'e yükseldi. 42. gün itibariyle eğitim grubunda müzik dinleme oranı %37,5, kontrol grubunda ise %40 olarak ölçüldü. Ancak, tüm zaman dilimlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Spor yapma yöntemi değerlendirildiğinde, 1. gün eğitim grubundaki bireylerin %100'ü, kontrol grubundakilerin ise %92,5'i spor yapmadığını belirtti. 10. günde de eğitim grubundaki bireylerin tamamı spor yapmadıklarını ifade ederken, kontrol grubunda spor yapmayanların oranı %95'e geriledi. 42. günde eğitim grubundaki bireylerin tamamı (%100), kontrol grubundaki bireylerin ise %97,5'i spor yapmadığını belirtti. Ancak, tüm zaman dilimlerinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

İlaç kullanımı yöntemi açısından bakıldığında, 1. gün itibariyle her iki gruptaki bireylerin tamamı (%100) ilaç kullanmadığını belirtti. 10. günde eğitim ve kontrol gruplarındaki bireylerin %97,5'i ilaç kullanmadığını ifade ederken, yalnızca %2,5'lik bir kesim ilaç kullanmaya başladığını belirtti. 42. günde eğitim grubunda ilaç kullanmayan bireylerin oranı %97,5, kontrol grubunda ise %95 olarak

ölçülmüştür. Ancak, tüm zaman dilimlerinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p>0,05).

Çizelge 4.18: Değer ve İnançlar Örüntüsünün Puan Ortalamalarının Gruplara ve Zamana Göre Farklılaşma Durumu

Gruplar	Eğitim(n=40)		Kontrol (n=40)		t[a]	p	Zaman	Grup	Grup*Zaman
	Ort	Ss	Ort	Ss					
Dini Uygulamalar Zorluk 1. Gün	4,170	3,948	3,700	3,539	0,567	0,573	**F=0,308; p=0,706; η²=0,004**	**F=0,542; p=0,464; η²=0,007**	**F=0,156; p=0,827; η²=0,002**
Dini Uygulamalar Zorluk 10. Gün	4,580	4,199	3,800	3,596	0,887	0,378			
Dini Uygulamalar Zorluk 42. Gün	4,250	4,030	3,800	3,596	0,527	0,600			
Dua Rahatlatma 1. Gün	9,800	0,608	9,900	0,632	-0,721	0,473	**F=4,680; p=0,034; η²=0,057**	**F=0,520; p=0,473; η²=0,007**	**F=0,520; p=0,473; η²=0,007**
Dua Rahatlatma 10. Gün	10,000	0,000	10,000	0,000	0,000	**0,000**			
Dua Rahatlatma 42. Gün	10,000	0,000	10,000	0,000	0,000	**0,000**			
Yaşam Bakış Açısı Değişikliği 1. Gün	3,580	4,181	7,170	3,706	-4,075	**0,000**	**F=0,128; p=0,842; η²=0,002**	**F=2,909; p=0,092; η²=0,036**	**F=11,483; p=0,000; η²=0,128**
Yaşam Bakış Açısı Değişikliği 10. Gün	5,580	3,895	5,580	4,443	0,000	1,000			
Yaşam Bakış Açısı Değişikliği 42. Gün	5,330	4,002	5,720	4,279	-0,432	0,667			

Dini uygulamaları gerçekleştirmede yaşanılan zorluklar açısından eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmedi. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 4,170 ± 3,948, kontrol grubunun ise 3,700 ± 3,539 olarak hesaplandı ve fark anlamlı bulunmadı (t=0,567; p=0,573). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 4,580 ± 4,199, kontrol grubunun ise 3,800 ± 3,596 olup fark yine anlamlı olarak sonuçlanmadı (t=0,887; p=0,378). 42. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 4,250 ± 4,030, kontrol grubunun ise 3,800 ± 3,596 olarak hesaplandı ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (t=0,527; p=0,600). Zaman etkisi (F=0,308; p=0,706; η^2=0,004), grup etkisi

(F=0,542; p=0,464; η^2=0,007) ve grup-zaman etkileşimi (F=0,156; p=0,827; η^2=0,002) anlamlı olarak sonuçlanmadı

Dua ile rahatlatma açısından bakıldığında eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 9,800 ± 0,608, kontrol grubunun ise 9,900 ± 0,632 olarak hesaplandı ve fark istatistiksel olarak anlamlı olarak sonuçlanmadı (t=-0,721; p=0,473). 10. ve 42. gün ölçümlerinde her iki grubun ortalama puanı 10,000 ± 0,000 olup, fark gözlenmedi. Zaman etkisi anlamlı bulundu (F=4,680; p=0,034; η^2=0,057), ancak grup etkisi (F=0,520; p=0,473; η^2=0,007) ve grup-zaman etkileşimi (F=0,520; p=0,473; η^2=0,007) anlamlı çıkmadı.

Sezaryen ile doğum sonrasında yaşama ilişkin bakış açısı değerlendirildiğinde, eğitim ve kontrol grupları arasında başlangıçta anlamlı farklılıklar gözlemlendi. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 3,580 ± 4,181, kontrol grubunun ise 7,170 ± 3,706 olarak hesaplanmış ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (t=-4,075; p=0,000). 10. gün ölçümlerinde her iki grubun ortalama puanı 5,580 olarak hesaplanmış ve fark gözlenmedi (t=0,000; p=1,000). 42. gün ölçümlerinde ise eğitim grubunun ortalama puanı 5,330 ± 4,002, kontrol grubunun ise 5,720 ± 4,279 olup, fark anlamlı çıkmadı (t=-0,432; p=0,667). Zaman etkisi (F=0,128; p=0,842; η^2=0,002) ve grup etkisi (F=2,909; p=0,092; η^2=0,036) anlamlı bulunmazken, grup-zaman etkileşimi anlamlı olarak sonuçlandı (F=11,483; p=0,000; η^2=0,128).

Çizelge 4.19: Edinburgh Depresyon Ölçeği Puanlarının Zamana ve Gruplara Göre Farklılaşma Durumu

Gruplar	Eğitim(n=40)		Kontrol (n=40)		t[a]	p	Zaman	Grup	Grup*Zaman
	Ort	Ss	Ort	Ss					
Depresyon Postop 1.gün	4,900	4,024	4,725	4,237	0,189	0,850	**F=10,541; p=0,001; η^2=0,119**	**F=0,000; p=0,989; η^2=0,000**	**F=0,042; p=0,864; η^2=0,001**
Depresyon Postop 10.gün	5,700	4,564	5,850	5,031	-0,140	0,889			
Depresyon Postop 42.gün	3,150	2,666	3,200	2,821	-0,081	0,935			

[a]Bağımsız Gruplar T-Testi; [b]Tekrarlı Ölçümler Anova Testi

Edinburg depresyon ölçeğinin postoperatif puanları eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. İlk gün ölçümlerinde eğitim grubunun

ortalama puanı 4,900 ± 4,024, kontrol grubunun ise 4,725 ± 4,237 olarak hesaplanmış ve fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmadı (t=0,189; p=0,850). 10. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 5,700 ± 4,564, kontrol grubunun ise 5,850 ± 5,031 olup, fark yine anlamlı bulunmadı (t=-0,140; p=0,889). 42. gün ölçümlerinde eğitim grubunun ortalama puanı 3,150 ± 2,666, kontrol grubunun ise 3,200 ± 2,821 olarak hesaplanmış ve fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmadı (t=-0,081; p=0,935).

Zaman etkisi anlamlı bulunmuştur (F=10,541; p=0,001; η^2=0,119), bu da depresyon düzeylerinin zaman içinde genel olarak azaldığını göstermektedir. Ancak, grup etkisi (F=0,000; p=0,989; η^2=0,000) ve grup-zaman etkileşimi (F=0,042; p=0,864; η^2=0,001) istatistiksel olarak anlamlı çıkmadı.

Çizelge 4.20: Doğum Sonrası Gerçekleşen Komplikasyonların Zamana ve Gruplara Göre Farklılaşma Durumu

Gruplar		Eğitim		Kontrol		p
		n	%	n	%	
Cerrahi Alan Enfeksiyonları Postop 1.gün	Yok	40	100	40	100	-
Cerrahi Alan Enfeksiyonları Postop 10.gün	Var	1	2,5	3	7,5	X^2=1,053 p=0,308[b]
	Yok	39	97,5	37	92,5	
Cerrahi Alan Enfeksiyonları Postop 42.gün	Var	0	0	1	2,5	X^2=1,013 p=0,500[b]
	Yok	40	100	39	97,5	
İleus Postop 1.gün	Yok	40	100	40	100	-
İleus Postop 10.gün	Yok	40	100	40	100	-
İleus Postop 42.gün	Yok	40	100	40	100	-
Emboli Postop 1.gün	Yok	40	100	40	100	-
Emboli Postop 10.gün	Yok	40	100	40	100	-
Emboli Postop 42.gün	Yok	40	100	40	100	-
Mastit Postop 1.gün	Yok	40	100	40	100	-
Mastit Postop 10.gün	Yok	40	100	40	100	-
Mastit Postop 42.gün	Yok	40	100	40	100	-

[a]Ki-Kare Analizi; [b]Fisher Exact

Çizelge 4.20'de, eğitim ve kontrol gruplarında postoperatif dönemde görülen komplikasyonları karşılaştırmaktadır. Cerrahi alan enfeksiyonları açısından postoperatif 1. günde her iki grupta da enfeksiyon gözlenmemiştir (%100 temiz). 10. günde, eğitim grubunda 1 hasta (%2,5) enfeksiyon geçirirken, kontrol grubunda bu sayı 3 hastaya (%7,5) ulaştı. Ancak, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak

anlamlı bulunmadı (X^2 = 1,053, p = 0,308). 42. günde, eğitim grubunda hiç enfeksiyon gelişmezken (%100 temiz), kontrol grubunda 1 hastada (%2,5) enfeksiyon tespit edildi. Bu fark da istatistiksel olarak anlamlı değildir (X^2 = 1,013, p = 0,500). İleus açısından, postoperatif 1., 10. ve 42. günlerde hiçbir hastada ileus gelişmedi (%100 temiz). Benzer şekilde, emboli ve mastit vakalarına da her iki grupta rastlanmadı (%100 temiz).

5. TARTIŞMA

5.1 Eğitim ve Kontrol Grubunda Yer Alan Lohusaların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çizelge 4.1'de sunulan tanımlayıcı özellikler incelendiğinde, eğitim durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi (p=0,487). Eğitim grubundaki bireylerin %77,5'i lisans mezunu, %17,5'i lise mezunu, %5'i ön lisans mezunu iken, kontrol grubunda lisans mezunu oranı %70, lise mezunu oranı %17,5 ve ön lisans mezunu oranı %12,5'tir. Eğitim ve kontrol grubu arasında eğitim durumu açısından anlamlı bir fark bulunmaması bu çalışmanın güvenirliğini artırmaktadır. TNSA 2018 verilerine göre doğurganlık çağındaki kadınların %29'u ilkokul eğitimi, %20'si ortaokul eğitimi, %41'i lise ve üzeri eğitim almıştır (TNSA, 2018). TNSA verilerindeki doğurganlık çağındaki kadınların eğitim durumu bu çalışmayla benzerlik göstermektedir. Çalışmayı destekler nitelikteki diğer bir çalışmaya göre de üniversite ve üzeri eğitim (%61,1) almış kadınların sezaryen ile doğum yapma oranları ilkokul ve ortaokul eğitimi almış (%38,9) kadınlardan daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır (Sayed,Salama, Abumhara All-Obaidly, Al-Qubaisi& Al-Riafi,2023).Literatürde çalışma bulguları ile aynı doğrultuda olmayan çalışmalara bakıldığında sezaryen ile doğum yapan lohusaların %60,6'sının ilkokul mezunu olduğunu %18,2'sinin ortaokul ve %21,2'sinin lise mezunu olduğu bulgularına ulaşılmıştır (Erbaş,2013). Yine başka bir çalışmada sezaryen ile doğum yapan lohusaların %47,7'sinin ilkokul mezunu olduğunu, yüzde %33,8'sinin lise mezunu ve %18,5'inin üniversite ve üzeri mezunu olduğu bulgularına varılmıştır (Daşan,2024). Çalışma bulguları ile aynı doğrultuda olmayan çalışmaların, bulgu farklılıklarının nedeni olarak çalışmaların yapıldığı yerlerin birbirlerinden farklı olması ve o bölgede yaşayan insanların sosyoekonomik düzeyleri ile ilgili olabileceği düşünüldü.

Meslek dağılımı açısından eğitim grubundaki bireylerin %60'ı sigortalı bir işte çalışırken, %40'ı ev hanımıdır. Kontrol grubunda ise %52,5'i sigortalı çalışan, %47,5'i ise ev hanımı olarak belirlenmiştir. Eğitim ve kontrol grubu arasında meslek

dağılımı açısından anlamlı bir fark bulunmaması bu çalışmanın güvenirliğini artırmaktadır. Çalışma bulguları ile aynı doğrultuda olan bir çalışmada sezaryen ile doğum yapan kadınların %58,9'u çalışıyorken %41,1'i ev hanımıdır (Sayad,Salama, Abumhara All-Obaidly, Al-Qubaisi& Al Riafi,2023). TNSA 2013 verilerine göre ise ülkemizde kadınların üçte birinden daha azının gelir getiren bir işte çalıştığı belirtilmiştir (TNSA, 2013). Başka bir çalışmada sezaryen ile doğum yapan kadınların %40,8'inin çalıştığı, %59,2'sinin çalışmadığı bulguları elde edilmiştir (Alkaş,2019.) Yapılan diğer bir çalışmada sezaryen ile doğum yapan kadınların %82,2'sinin çalışmadığı, %17,8'inin çalıştığı sonucuna varılmıştır. Literatürde yapılan çalışmalarda sezaryen ile doğum yapan lohusaların çalışma durumu açısından farklı sonuçları olduğu tespit edilmiştir. Bu durum çalışmanın yanlı olarak yapılmadığı sonucu verir.

Eğitim ve kontrol grubundaki tüm katılımcıların evli olduğu çizelge 4.1'de görülmektedir. Yapılan başka bir çalışmada çalışmaya katılan sezaryen ile doğum yapmış kadınların %91,8'inin evli, %8,2'sinin bekar olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Sayad,Salama, Abumhara All-Obaidly, Al-Qubaisi& Al Riafi,2023). Yapılan diğer bir çalışmada çalışmaya katılan 246 sezaryen ile doğum yapan lohusadan 98,7'si evli iken %1,2'si bekardır (Li,Zhuo, Li, Guo,2024). Literatür incelendiğinde lohusaların medeni durumu açısından yapılan çalışma bulguları benzerlik göstermektedir.

Aylık gelir durumu incelendiğinde, gelir-gider dengesi açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,661). Eğitim grubundaki bireylerin %20'sinin gelirinin giderinden az olduğu, %50'sinin gelir-gider dengesinin eşit olduğu ve %30'unun gelirinin giderinden fazla olduğu belirlendi Kontrol grubunda ise sırasıyla bu oranlar %12,5, %55 ve %32,5 olarak hesaplandı. Eğitim ve kontrol grubu arasında gelir durumu açısından anlamlı bir fark bulunmaması bu çalışmanın güvenirliğini artırmaktadır. Can ve Beydağ (2023) çalışmasında sezaryen hastalarının %80'inin gelir ve gider düzeyinin eşit olduğu bulunmuştur (Can ve Beydağ, 2023). Yapılan diğer bir çalışmada sezaryen ile doğum yapan lohusaların aylık gelir durumunun %3'ünün kötü, %48,2'sinin orta ve %48,8'sinin iyi olduğu bulguları elde edilmiştir (Alkaş,2019). Yapılan diğer bir çalışmada lohusaların gelir durumunun %42,3'ünün gelir giderden az, %57,7'sinin gelir gidere eşit olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Daşan,2024). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2023 yılı eylül ayında

yayınladığı işgücü raporuna göre kadınların işgücüne katılım oranı %36,1'dir (TÜİK, 2023). Literatürdeki veriler bu çalışmayı desteklemektedir.

Daha önce ameliyat geçirme durumu açısından eğitim grubunun %22,5'i daha önce ameliyat geçirdiğini belirtirken, kontrol grubunda bu oran %30'dur. Ancak daha önce ameliyat geçirme durumu açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,306). Eğitim ve kontrol grubu arasında ameliyat geçirme durumu açısından anlamlı bir fark bulunmaması bu çalışmanın güvenirliğini artırmaktadır. Özdemir'in (2024) sezaryen ile doğum yapan lohusalarla yaptığı çalışmada çalışmaya katılan 450 lohusanın %75,6'sının daha önce ameliyat geçirdiği bulgusu elde edilmiştir (Özdemir, 2024).

Sezaryen operasyonunda kullanılan anestezi türü açısından da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,500). Eğitim grubundaki bireylerin %82,5'i spinal anestezi, %17,5'i genel anestezi alırken, kontrol grubunda spinal anestezi oranı %80 ve genel anestezi oranı %20 olarak belirlenmiştir. Eğitim ve kontrol grubu arasında tercih edilen anestezi durumu açısından anlamlı bir fark bulunmaması bu çalışmanın güvenirliğini artırmaktadır. Literatürde yapılan bir çalışmada sezaryen operasyonu sırasında kullanılan anestezi yönteminin %54'ünün spinal %46 'sının genel anestezi altında gerçekleştiği sonucuna varılmıştır (Çağlayan, Kara ve Gürel, 2011). Ağaçayak ve diğerleri tarafından 2019 yılında yapılan çalışmada bir yıl içinde 1610 sezaryen ile doğum gerçekleştiren lohusalardan, 1175 lohusa spinal anestezi (,%72,9), 429 lohusa genel anestezi (%29,4), 6 lohusa da kombine epidural anestezi (%0,4) altında operasyon olmuştur. (Ağaçayak vd., 2019) Yapılan diğer bir çalışmada sezaryen ile doğum yapan lohusalara uygulanan anestezi şeklinin %53.1'i genel anestezi, %46.9 spinal anestezi olduğu görülmektedir (Akkuş ve Çoban,2023). Literatür incelendiğinde sezaryen ile doğum yapan lohusaların spinal ya da genel anestezi tercihinde anlamlı bir fark görülmemiştir.

Gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük ve küretaj sayısı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05). Eğitim grubunda gebelik sayısı ortalama 1,48 ± 0,640, doğum sayısı ortalama 1,25 ± 0,588, düşük sayısı 0,10 ± 0,304, küretaj sayısı ise 0,05 ± 0,221 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise bu değerler sırasıyla 1,70 ± 0,791, 1,40 ± 0,591, 0,20 ± 0,405 ve 0,07 ± 0,267 olarak hesaplanmıştır. Yaşayan çocuk sayısı açısından da eğitim grubunun ortalama değeri 1,32 ± 0,474, kontrol grubunun ise 1,40 ± 0,591 olup, fark istatistiksel olarak anlamlı

bulunmamıştır (p=0,533). Yapılan bir çalışmada lohusaların ortalama gebelik sayısı 2.72±1.49 (en küçük=1, en büyük=9), ortalama düşük/küretaj 0.34±0.68 (en küçük=0, en büyük=3), ortalama yaşayan çocuk sayısı 2.35±1.18 (en küçük=1, en büyük=6)' olarak hesaplanmıştır (Derya, Akça, Hamalak ve Gökbulut 2021). Yapılan diğer bir çalışmada çalışmaya katılan 424 sezaryen ile doğumu gerçekleşen lohusanın %77,2'sinin düşük öyküsü olmadığı ve %72,8'inin çocuk sayısının iki ve üzerinde olduğu belirlenmiştir (Kayhan,2024). Çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir.

Sonuç olarak, tanımlayıcı değişkenler açısından eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamış olup, grupların demografik özellikler açısından benzer dağılıma sahip olduğu görülmektedir. Bu durum, araştırmanın gruplar arasında başlangıçta herhangi bir dengesizlik olmadan yürütüldüğünü ve çalışmanın güvenilirliğini desteklemektedir.

5.1.1 Fonksiyonel sağlık örüntüleri ile ilişkili parametrelerin tartışılması

5.1.1.1 Sağlığın algılama-sağlığın yönetimi

Lohusanın sağlığını ve iyilik halini nasıl algıladığını, nasıl yönettiğini ve herhangi bir sağlık sorunu varlığını tanımlayan örüntüdür. (Erbaş,2013)

Hekime ulaşılması gereken durumları bilme açısından incelendiğinde eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar olduğu gözlemlendi (Çizelge 4.3). Zaman etkisi (p=0,000) ve grup etkisi (p=0,000) anlamlı bulunurken, grup-zaman etkileşimi de istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,047) (Çizelge 4.3). Eğitim grubunun bilgisinin zamana göre artmasının nedeni olarak hastanın 10. ve 42. günlerdeki hekim kontrolleri ve hekim kontrollerinden sonra yapılan tekrar görüşmeleri olduğu düşünüldü. Kontrol grubunun bilgisinin zamanla artmasının nedeni olarak da hastanın kontrol zamanlarında hekim ile görüşerek bilgi alması olduğu düşünüldü. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkilidir" hipotezini (H11) doğrulamaktadır. Ercan'ın 2020 yılında yaptığı çalışmada eğitim ve kontrol grubunun ameliyat sonrası günlerde hekime ulaşılması gereken durumları bilme düzeylerinde günlere göre anlamlı farklar bulunmuştur. Eğitim ve kontrol grubu arasında hekime ulaşılması gereken durumları bilme düzeyinde sadece 1.

günde anlamlı fark bulunmuştur. 7. ve 14. günde anlamlı fark bulunmamıştır (Ercan,2020). Literatür incelendiğinde sezaryen ile doğum sonrası Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne göre verilen taburculuk eğitiminin etkinliği üzerinde çalışılan bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu durum çalışmanın özgün olduğunu göstermektedir.

Hemşireye ulaşılması gereken durumları bilme açısından eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar bulundu. (Çizelge 4.3). Zaman etkisi (p=0,000), grup etkisi (p=0,000) ve grup-zaman etkileşimi (p=0,025) istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Çizelge 4.3). Hemşireye ulaşılması gereken durum bilgisi açısından eğitim grubunun kontrol grubuna kıyasla bilgi düzeyinin fazla olduğu ve zaman içinde bilgi düzeyinin daha fazla arttığı sonucuna ulaşıldı. Hemşireye ulaşılması gereken durumların eğitim grubunda daha fazla bilinmesinin nedeni verilen eğitim olduğu düşünüldü. Özellikle zamanla bilgi düzeyinde artışın eğitim grubunda daha belirgin olduğu görüldü. Bu durumunun nedeni olarak da kontrol zamanlarında yapılan görüşmeler olduğu düşünüldü. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkilidir" hipotezini (H11) doğrulamaktadır. Literatür incelendiğinde eğitim sonrasında hemşireye ulaşılması gereken durumlar konusunda bir araştırma bulunamamıştır. Bu nedenle literatür karşılaştırılması yapılamamıştır.

Hijyen ve temizlik uygulamalarını yaparken yaşanılan zorluklar değerlendirildiğinde, eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar tespit edildi (Çizelge 4.3). Zaman etkisi (p=0,000) ve grup etkisi (p=0,000) anlamlı bulunurken, grup-zaman etkileşimi sınırda anlamlılık gösterdi (p=0,062) (Çizelge 4.3). Bu bulgular, hijyen ve temizlik uygulamaları ile ilgili yaşanılan zorlukların zamanla azaldığını ve eğitim grubunda bu azalmanın daha belirgin olduğunu göstermektedir. Özellikle eğitim grubunda hijyen ve temizlik uygulamalarında yaşanılan zorlukların daha hızlı azaldığı söylenebilir. Bilgi düzeyi arttıkça zorluk düzeyinin azaldığı sonucuna varılabilir. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkilidir" hipotezini (H11) doğrulamaktadır. Apay'ın 2011 yılında yaptığı "Sezaryen ile Doğum Yapan Loğusalara Roy'un Modeline Göre Verilen Bakımın Değerlendirilmesi" çalışmasında doğum sonu dönemde evde bakım alan kadınların altıncı haftadaki değerlendirmelerinde enfeksiyon riskinde azalma

olduğu belirlenmiştir (Apay, 2011). Bu sonuç çalışma bulgularını destekler niteliktedir.

Doğum sonrası dönemde dikkat edilmesi gereken uygulamalar konusundaki bilgi düzeyi açısından eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar olduğu gözlemlendi (Çizelge 4.3). Zaman etkisi (p=0,000) ve grup etkisi (p=0,000) anlamlı bulunurken, grup-zaman etkileşimi ise anlamlı bulunmadı (p=0,458) (Çizelge 4.3). Her iki grupta da bilgi seviyesinin zamanla artmış olduğu, eğitim grubundaki artışın ise daha belirgin olduğu görüldü. Bu durum verilen eğitimin etkinliğini destekleyecek bir sonuçtur. Kontrol grubunun bilgisinin zamanla artmasının nedeni olarak kontrole gelinen günlerde hekim tarafından bilgilendirilme yapılması olduğu düşünüldü. Eğitim grubunun bilgi düzeyinin artmasının nedeni olarak da kontrol zamanlarında yapılan görüşmeler olduğu düşünüldü. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkilidir" hipotezini (H11) doğrulamaktadır. Literatür incelendiğinde Ercan'ın 2020 yılında yapmış olduğu çalışmada eğitim grubundaki hastaların ameliyat sonrasında dikkat edilmesi gereken durumları bilme puanları kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olarak elde edilmiştir (Ercan,2020). Literatürde yapılan benzer çalışmalar çalışmayı desteklemektedir.

Yara yeri hijyeni konusunda dikkat edilmesi gerekenler bilgi düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı farklar tespit edildi (Çizelge 4.3). Zaman etkisi (p=0,000) ve grup etkisi (p=0,000) anlamlı çıkarken, grup-zaman etkileşimi anlamlı bulunmadı. (p=0,165) (Çizelge 4.3). Bu durum yara yeri hijyeni konusunda eğitim grubunun bilgi seviyesinin zaman içinde daha hızlı arttığını ve kontrol grubuna kıyasla daha yüksek kaldığını göstermektedir. Eğitim grubunun bilgi seviyesinin kontrol grubuna kıyasla daha fazla olmasının nedeni doğum sonrası dönemde yapılan 1. gün eğitimi ve 10. ve 42. gün görüşmeleri olduğu düşünüldü. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkilidir" hipotezini (H11) doğrulamaktadır.

Doğum sonrası dönemde kontrol yaptırma zamanlarını bilme durumu açısından da eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar bulundu (p=0,000) (Çizelge 4.3). Zaman etkisi (p=0,000) ve grup etkisi (p=0,000) anlamlı bulunurken, grup-zaman etkileşimi anlamlı bulunmadı. (p=0,188) (Çizelge 4.3). Bu bulgular, eğitim grubunun doğum sonrası dönemde kontrole gelme zamanlarına

ilişkin bilgileri açısından daha fazla gelişme gösterdiğini ortaya koymaktadır. Eğitim grubunun bilgi seviyesinin kontrol grubuna kıyasla daha fazla olmasının nedeni doğum sonrası dönemde yapılan 1. gün eğitimi ve 10. ve 42. gün görüşmeleri olduğu düşünüldü. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkilidir" hipotezini (H11) doğrulamaktadır.

Doğum sonrası dönemde oluşabilecek acil durumların bilgisi açısından eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklar bulundu (Çizelge 4.3). Zaman etkisi (p=0,000) ve grup etkisi (p=0,000) anlamlı bulunurken, grup-zaman etkileşimi de anlamlı çıktı (p=0,031) (Çizelge 4.3). Bu bulgular, eğitim grubunun doğum sonrası dönemde oluşabilecek acil durumlar konusunda kontrol grubuna kıyasla daha fazla bilgi sahibi olduğu ve zamanla bilgi seviyesinin kontrol grubuna göre daha fazla artma gösterdiği sonucuna ulaşıldı. Eğitim grubunun bilgi seviyesinin kontrol grubuna kıyasla daha fazla olmasının nedeni doğum sonrası dönemde yapılan 1. gün eğitimi ve 10. ve 42. gün görüşmeleri olduğu düşünüldü. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkilidir" hipotezini (H11) doğrulamaktadır.

Korku puanı açısından bakıldığında, eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar bulundu (Çizelge 4.3). Zaman etkisi (p=0,000) ve grup etkisi (p=0,000) anlamlı bulunurken, grup-zaman etkileşimi ise anlamlı çıktı (p=0,178) (Çizelge 4.3). Bu bulgular, zamanla korku seviyelerinin azaldığını ve özellikle eğitim grubunda bu azalmanın daha hızlı olduğunu göstermektedir. Eğitim grubunun korku puanlarının azalması nedeni olarak verilen eğitimlerde lohusaların bilgi eksikliklerinin giderilmesi ve kontrol zamanlarında yapılan görüşmelerde psikolojik destek sağlanması olarak düşünüldü. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkilidir" hipotezini (H11) doğrulamaktadır. Güney'in 2021 yılında yaptığı çalışmada müzik dinletilen ve eğitim verilen grubun kısa dönem ve genel cerrahi korkuları, kontrol grubundaki kadınlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olarak, eğitim grubunun uzun dönem cerrahi korku puanları ise müzik ve kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük olarak sonuçlanmıştır (Güney ,2021). Güney'in çalışmasından elde edilen bu sonuçları bu çalışmayı destekler niteliktedir.

Erbaş'ın 2013 yılında yaptığı "Sezaryen Sonrası Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Yapılan Evde Bakımın Annelerin Postpartum Sağlık Durumuna Etkisi" adlı çalışmasında eğitim verilen lohusaların zaman içerisinde sağlığı algılama-sağlık yönetimi örüntüsüne ait sorunların azaldığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada ev ziyaretleri sırasında verilen bakım ve eğitimin lohusaların postpartum dönemde yaşadıkları fiziksel ve psikolojik sorunları azalttığı sonucuna varılmıştır (Erbaş,2013).

Türen'in 2017 yılında yaptığı "Semptomatik Kalp Yetersizliği Hastalarının Hemşirelik Bakımında Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ve Standart Bakımın Karşılaştırılması" çalışmasında Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne göre verilen bakımın yaşam kalitesini artırdığı sonucuna ulaşılmıştır. (Türen,2017)

Ercan'ın 2020 yılında yaptığı Pilonidal Sinüs Ameliyat Olan Hastalara Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne Göre Verilen Taburculuk Eğitiminin Etkisi çalışmasında verilen taburculuk eğitiminin etkisinin olumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. (Ercan,2020)

Çiftçi'nin 2006 yılında yaptığı "Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Bireylerin Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi" çalışmasında çalışmaya katılan 45 hastanın ameliyattan sonraki ilk bir haftada %53,7'sinin sağlığı koruma ve geliştirme yönünde değişiklik yaptığı (sigarayı bırakma, yağsız yemek yeme, kahveye gitmeme, eğzersiz yapma) sonucuna ulaşılmıştır. (Çiftçi,2006)

Literatürde Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri kullanılarak verilen bakım ve eğitim ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda hastaları bütüncül değerlendirmeye olanak sunduğu ve gereksinimlerin daha sistematik bir şekilde belirlenmesine, daha nitelikli bakım ve eğitim imkânı sunduğu yönündedir. (Temel ve Kutlu,2019; Sabancıoğulları vd., 2011; Gürler ve Yılmaz, 2011)

5.1.2 Beslenme ve metabolik

Lohusaların metabolik gereksinimlerle ilişkili olarak postpartum dönemde besin ve sıvı tüketim özelliklerini tanımlayan örüntüdür. (Erbaş ve Demirel,2016)

Çizelge 4.4'de verilen bulgulara göre eğitim grubundaki bireyler zaman içerisinde daha düzenli ve sık öğün tüketmeye yönelirken, kontrol grubundaki bireylerin beslenme düzeninde belirgin bir değişiklik gözlemlenmemiştir. Eğitim grubunda 2 öğün tüketen bireylerin oranı 1. günde %30'dan 42. günde %5'e kadar düşerken, 3 ara öğün + 3 ana öğün tüketenlerin oranı %15'ten %60'a yükselmiştir. Kontrol grubundaki bireyler ise ağırlıklı olarak 3 ana öğün tüketme alışkanlıklarını sürdürmüştür. Bu sonuçlar, eğitim grubuna verilen eğitimin lohusaların öğün düzeni üzerindeki etkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca, 42. gün itibariyle gruplar arasındaki farkın daha güçlü hale gelmesi, zaman içinde eğitim grubundaki değişimin daha belirgin olduğunu göstermektedir. Elde edilen bulgular, beslenme alışkanlıklarının zaman içinde değişebileceğini ve dışarıdan yapılan eğitimlerin bireylerin öğün düzenini olumlu yönde etkileyebileceğini düşündürmektedir. Bu doğrultuda, daha uzun vadeli takip çalışmaları ile bu değişimlerin sürdürülebilirliği araştırılmalıdır. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkilidir" hipotezini (H11) doğrulamaktadır. Ercan'ın 2020 yılında yaptığı Pilonidal Sinüs Ameliyat Olan Hastalara Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne Göre Verilen Taburculuk Eğitiminin Etkisi çalışmasında; eğitim ve kontrol gruplarında zamanla yedikleri öğün miktarlarında bir değişim olmadığı sonucuna varılmıştır. (Ercan,2020) Yapılan çalışmanın sonuçlarının benzerlik göstermemesinin nedeni olarak, sezaryen ameliyatının abdominal bir ameliyat olması nedeniyle diyet değişiminin zorunlu olarak yapılması olduğu düşünüldü.

Günlük su tüketimi açısından eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar gözlemlendi (Çizelge 4.5). Zaman etkisi anlamlılık sınırında bulundu (p=0,055), grup etkisi anlamlı olarak sonuçlandı (p=0,000) ve grup-zaman etkileşimi de anlamlı bulunmuştur (p=0,001) (Çizelge 4.5). Bu bulgular, eğitim grubunda su tüketiminin zamanla daha belirgin bir artış gösterdiğini, kontrol grubunda ise daha düşük seviyelerde kaldığını göstermektedir. Eğitim grubunda su tüketiminin kontrol grubuna göre daha yüksek seviyede olmasının nedeni olarak eğitim grubuna verilen eğitimde anne sütünü artırmak için su tüketiminin önemli olduğu bilgisinin paylaşılmasından kaynaklı olabileceği düşünüldü. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkilidir" hipotezini (H11) doğrulamaktadır. Ercan'ın

2020 yılında yaptığı Pilonidal Sinüs Ameliyat Olan Hastalara Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne Göre Verilen Taburculuk Eğitiminin Etkisi çalışmasında; eğitim ve kontrol gruplarında zamanla içilen su miktarlarında değişimin olmadığını, eğitim ve kontrol grubu arasında 1.günde tüketilen su miktarı açısından anlamlı bir fark olmadığı fakat 7. ve 14.günde anlamlı bir fark olduğu sonucuna varılmıştır (Ercan,2020). Ercan'ın çalışma bulguları ile bu çalışmanın bulguları benzer sonuçlar göstermektedir.

Doğum sonrası dönemde beslenme bilgisi açısından ise eğitim grubunun kontrol grubuna göre anlamlı bir şekilde daha yüksek bilgi düzeyine sahip olduğu belirlendi (Çizelge 4.5). Zaman etkisi (p=0,000) ve grup etkisi (p=0,000) anlamlı çıkarken, grup-zaman etkileşimi anlamlı bulunmadı (p=0,846) (Çizelge 4.5). Bu bulgular, doğum sonrası dönemde beslenme bilgisi konusunda eğitim grubunun zamanla anlamlı bir gelişim gösterdiğini ve kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bilgi seviyesine sahip olduğunu göstermektedir. Eğitim grubunun kontrol grubuna göre doğum sonrası dönemde beslenme bilgisi açısından bilgi seviyesinin fazla olmasında doğum sonrasında 1. günde verilen eğitim,10. ve 42. gün görüşmelerinde verilen eğitimin etkin olduğu düşünüldü. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkilidir" hipotezini (H11) doğrulamaktadır.

Doğum sonrası dönemde beslenme değişikliği yaşama açısından yapılan değerlendirmede, eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklar bulundu (Çizelge 4.5). Zaman etkisi anlamlı bulunmazken (p=0,498) grup etkisi anlamlı olarak sonuçlandı (p=0,003). Grup-zaman etkileşimi ise anlamlı bulunmadı (p=0,165) (Çizelge 4.5). Bu sonuçlar, eğitim grubunun beslenme değişikliği yaşama açısından zamanla daha fazla uyum sağladığını ve kontrol grubuna kıyasla daha olumlu bir gelişim gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu durumun nedeni olarak taburculuk sonrasında verilen eğitimde uyulması gereken beslenme kriterlerinden bahsedilmesi olduğu düşünüldü. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkilidir" hipotezini (H11) doğrulamaktadır. Ercan'ın 2020 yılında yaptığı Pilonidal Sinüs Ameliyat Olan Hastalara Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne Göre Verilen Taburculuk Eğitiminin Etkisi çalışmasında; eğitim ve kontrol gruplarında zamanla beslenme biçimlerinde değişimin olmadığını, eğitim ve kontrol grubu

arasında 1.ve 7.günde beslenme değişimi açısından anlamlı bir fark olduğunu fakat 14.günde bir fark olmadığı sonucuna varılmıştır. (Ercan,2020) Ercan'ın yaptığı çalışma bu çalışma sonuçları ile benzer sonuçlar doğurmuştur.

Hazımsızlık yaşama durumu açısından eğitim ve kontrol grupları arasında zaman içinde anlamlı farklar gözlemlendi (Çizelge 4.5). Zaman etkisi anlamlı bulundu (p=0,000), ancak grup etkisi anlamlı çıkmadı (p=0,756) Grup-zaman etkileşimi ise anlamlı bulundu (p=0,016) (Çizelge 4.5). Bu sonuçlar, hazımsızlığın zamanla azaldığını ve özellikle eğitim grubunda bu azalmanın daha belirgin olduğunu göstermektedir. Eğitim grubunda hazımsızlığın daha fazla azalmasındaki neden olarak verilen eğitimde özellikle ilk 10 gün içinde hazımsızlığa sebebiyet verecek (kızartma, hamur işi vb.) gıdaların tüketilmemesi konusunda bilgi verilmesi olduğu düşünüldü. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkilidir" hipotezini (H11) doğrulamaktadır.

Çifçi'nin 2006 yılında yaptığı "Açık Kalp Ameliyatı Geçirmiş Bireylerin Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Evde Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi" çalışmasında çalışmaya katılan 45 hastanın tamamının beslenmeyle ilişkili bilgi aldığını, %60'ının sıvı alımı ile ilgili bilgi aldığı, bilgi alan hastaların %62.2'sinin hemşire ve hekimden bilgi aldıkları, %69'unun aldığı bilginin yeterli olduğu saptanmıştır. (Çifçi,2006)

5.1.3 Eliminasyon

Lohusanın postpartum dönemde barsak, mesane ve cilt yoluyla sekresyon biçimlerini tanımlayan örüntüdür (Erbaş,2013).

Konstipasyon yaşama durumunda eğitim ve kontrol grupları arasında zaman içinde belirgin farklılıklar gözlemlendi (p=0,040) (Çizelge 4.6). Zaman etkisi anlamlı bulundu (p=0,000), ancak grup etkisi anlamlı bulunmadı (p=0,351). Grup-zaman etkileşimi ise istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p=0,040). Bu bulgular, konstipasyon yaşama probleminin zaman içinde azaldığını ve özellikle eğitim grubunda bu azalmanın daha belirgin olduğunu göstermektedir. Konstipasyon yaşama probleminin eğitim alan grupta daha hızlı iyileşmesinin nedeni olarak verilen eğitimde konstipasyon yapan yiyeceklerden (hamur işi, yağlı kızartma vb) uzak durulması gerekliliğinden, su tüketim miktarının günde en az 2 litre olması

gerekliliğinden ve konstipasyonu önleme için hareketliliğin öneminden bahsedilmesi olduğu düşünüldü. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkilidir" hipotezini (H11) doğrulamaktadır. Apay'ın 2011 yılında yaptığı "Sezaryen ile Doğum Yapan Loğusalara Roy'un Modeline Göre Verilen Bakımın Değerlendirilmesi" çalışmasında konstipasyon tanısı alan lohusaların 6 haftalık postpartum dönemi boyunca konstipasyon tanısının giderek azalmış fakat tam olarak konstipasyon tanısı giderilememiştir (Apay,2011). Aynı şekilde Erbaş'ın yaptığı çalışmada da postpartum süre boyunca konstipasyon tanısı alan lohusaların şikayetlerinin azaldığının fakat tanının devam ettiği sonucuna ulaşılmıştır (Erbaş,2013). Ercan'ın 2020 yılında yaptığı Pilonidal Sinüs Ameliyat Olan Hastalara Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne Göre Verilen Taburculuk Eğitiminin Etkisi çalışmasında; eğitim ve kontrol grubundaki hastaların konstipasyon yaşama durumunun günler arasındaki farkın anlamlı olduğu görüldü. Ameliyat sonrası konstipasyon yaşama durumlarına bakıldığında 1. Ve 7. günde gruplar arasında anlamlı fark görülmezken, 14. günde gruplar arasında anlamlı farklar görülmüştür (Ercan,2020). Literatürde yapılan çalışmalar, çalışmanın sonuçlarını destekler niteliktedir.

Diyare açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmedi (Çizelge 4.6). Zaman etkisi anlamlı bulundu (p=0,001), ancak grup etkisi (p=0,148) ve grup-zaman etkileşimi (p=0,129) anlamlı bulunmadı. Gruplar arasında anlamlı farklılıkların olmamasının nedeni olarak postoperatif dönemde birkaç lohusada diyare şikâyeti gelişmesi olduğu, sonucun anlamlı olarak değerlendirilebilmesi için örneklem sayısının yetersiz olduğu düşünüldü. Bu sonuçlar, diyarenin zaman içinde azaldığını ancak gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkili değildir" hipotezini (H10) doğrulamaktadır. Ercan'ın 2020 yılında yaptığı Pilonidal Sinüs Ameliyat Olan Hastalara Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne Göre Verilen Taburculuk Eğitiminin Etkisi çalışmasında; eğitim ve kontrol gruplarında diyare açısından günlere göre anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Ercan,2020).

İdrar ve dışkılama rahatsızlığı açısından yapılan değerlendirmede eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklar tespit edilmedi. (Çizelge 4.6). Zaman etkisi anlamlı bulundu (p=0,000), ancak grup etkisi (p=0,580) ve grup-zaman etkileşimi (p=0,331) anlamlı çıkmadı. Bu sonuçlar, idrar ve dışkılama rahatsızlıklarının zaman içinde azaldığını ancak gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığını göstermektedir. İdrar ve dışkılama rahatsızlığı nedeni ile gruplar arasında özellikle postoperatif 1. gün anlamlı farklılık olmamasının nedeni, hem eğitim hem de kontrol grubuna operasyon öncesi üriner kateter takılmasına bağlı olarak, idrar yaparken yanma şikayetinin oluşması ve uzun süre oral alımını kapalı olmasından, operasyon sonrasında hareket kısıtlanması yaşanmasından kaynaklı dışkılama rahatsızlığı olabileceği düşünüldü. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkili değildir" hipotezini (H10) doğrulamaktadır. Ercan'ın 2020 yılında yaptığı Pilonidal Sinüs Ameliyat Olan Hastalara Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri 'ne Göre Verilen Taburculuk Eğitiminin Etkisi çalışmasında; eğitim ve kontrol gruplarında dışkılama rahatsızlığında 1.ve 7. Günde anlamlı bir fark olmadığı fakat 14. Günde anlamlı bir fark söz konusun olduğu bulgusu elde edilmiştir (Ercan,2020).

5.1.4 Aktivite- egzersiz

Lohusanın postpartum dönemde aktivitelerini, yaptığı egzersizleri, boş vakitlerini değerlendirme ve eğlence biçimini tanımlayan örüntüdür. (Erbaş ve Demirel,2016)

Yorgunluk puanı açısından yapılan değerlendirmede eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmedi (Çizelge 4.7). Zaman etkisi anlamlı bulundu (p=0,000), ancak grup etkisi (p=0,301) ve grup-zaman etkileşimi (p=0,224) istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Bu bulgular, yorgunluk düzeylerinin zamanla azaldığını, ancak gruplar arasında belirgin bir fark olmadığını göstermektedir. Yapılan çalışmada yorgunluk düzeyleri açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmamasının nedeni olarak; doğum sonu dönemde yenidoğanın bakım ihtiyaçlarını lohusanın karşılaması, yenidoğanın emzirilmesi için gece uykularının bölünmesi ve lohusanın artan sorumluluklarının olması kaynaklı olduğu düşünüldü. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkili değildir" hipotezini (H10) doğrulamaktadır. Ercan'ın 2020 yılında yaptığı Pilonidal

Sinüs Ameliyat Olan Hastalara Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne Göre Verilen Taburculuk Eğitiminin Etkisi çalışmasında; ameliyat sonrası yaşanılan yorgunluğun ameliyat sonrasın 1. günde gruplar arasında anlamlı fark olduğu, kontrol grubundaki hastaların eğitim grubundaki hastalara kıyasla kendilerini yorgun hissettikleri, fakat 7.ve 14. günde gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı sonucu elde edilmiştir (Ercan,2020). Nazik'in 2009 yılında yaptığı çalışmada doğum sonrasında ev ziyaretinde eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmesine rağmen yorgunluk tanısının devam ettiği sonucuna ulaşılmıştır. (Nazik,2009). Yapılan çalışmalar bu çalışma ile benzer niteliktedir.

Ayağa kalkma için desteğe ihtiyaç duyma durumu açısından yapılan değerlendirmede, gruplar arasında anlamlı farklılıklar tespit edildi (Çizelge 4.7). Zaman etkisi (p=0,000), grup etkisi (p=0,015) ve grup-zaman etkileşimi (p=0,002) anlamlı bulundu. Bu bulgular, eğitim grubunda ayağa kalkma için duyulan destek ihtiyacının zamanla daha fazla azaldığını göstermektedir. Ayağa kalkarken destek ihtiyacının eğitim grubunda daha hızlı azalmasının nedeni verilen eğitimin etkinliğinin bir sonucu olduğu düşünüldü. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkilidir" hipotezini (H11) doğrulamaktadır. Ercan'ın 2020 yılında yaptığı "Pilonidal Sinüs Ameliyat Olan Hastalara Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne Göre Verilen Taburculuk Eğitiminin Etkisi" çalışmasında; eğitim ve müdahale grubundaki hastaların oturma-kalkma aktivitesinden etkilenme durumları zaman göre azaldığı fakat gruplar arasındaki farkın anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Ercan,2020). Ercan'ın çalışmasından çıkan sonuç çalışma ile benzer niteliktedir.

Aktivite durumu ise eğitim grubu lehine anlamlı farklılıklar bulundu. (Çizelge 4.7). Zaman etkisi (p=0,000), grup etkisi (p=0,011) ve grup-zaman etkileşimi (p=0,003) istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bu bulgular, eğitim grubunun zamanla aktivite durumunda daha belirgin bir iyileşme gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkilidir" hipotezini (H11) doğrulamaktadır. Kealy ve diğerlerinin 2010 yılında yaptığı çalışmada doğum sonrasında yapılan eğitime karşın kadınların aktivitelerinde azalmanın devam ettiği sonucu elde edilmiştir (Kealy, 2010). Duman'ın 2010 yılında yaptığı çalışmada

doğum sonrası kadınlara ev ziyaretinde verilen eğitim ve danışmanlık yapılmasına karşın aktivite ve egzersiz sorunlarının devam ettiği belirtilmektedir (Duman,2010). Ercan'ın 2020 yılında yaptığı Pilonidal Sinüs Ameliyat Olan Hastalara Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne Göre Verilen Taburculuk Eğitiminin Etkisi çalışmasında; günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede zorlanma süreçleri her iki grupta zamana göre azalmakta fakat gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Ercan,2020).

5.1.5 Uyku-dinlenme

Lohusanın postpartum dönemde uyku, dinlenme ve gevşeme biçimini tanımlayan örüntüdür (Erbaş,2011).

Yeterli düzeyde uyuyabilme durumu açısından yapılan değerlendirmede, eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar bulunmadı (Çizelge 4.8). Zaman etkisi anlamlı bulundu (p=0,000;), ancak grup etkisi (p=0,137) ve grup-zaman etkileşimi (p=0,251) istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Bu sonuçlar, uyku yeterliliğinin zamanla arttığını ancak gruplar arasında belirgin bir fark olmadığını göstermektedir Yeterli düzeyde uyuyabilme durumunun eğitim ve kontrol grubu açısından anlamlı bir fark olmamasının nedeni olarak, yenidoğanın gece emzirmelerinin yenidoğanın bakım ihtiyaçlarının lohusalar tarafından karşılanması ve lohusanın artan sorumlulukları nedeni ile yeterli uykunun sağlanmadığı düşünüldü. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkili değildir" hipotezini (H10) doğrulamaktadır. Hunter ve diğerlerinin postpartum dönem sağlık sorunlarını belirlemek için yaptığı çalışmada en yaygın sağlık sorunun uyku bozukluğu ve yorgunluk olduğu saptanmıştır (Hunter et al., 2009). Erbaş'ın 2013 yılında yaptığı "Sezaryen Sonrası Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Yapılan Evde Bakımın Annelerin Postpartum Sağlık Durumuna Etkisi" adlı çalışmasında: evde verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinden sonra uyku sorunu zamanla azalmıştır (Erbaş,2013).

Uyku kalitesi açısından eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar gözlemlendi (Çizelge 4.8). Zaman etkisi (p=0,000), grup etkisi (p=0,018) ve grup-zaman etkileşimi (p=0,004) anlamlı bulundu. Bu bulgular, uyku kalitesinin zamanla arttığını ve eğitim grubunun kontrol grubuna kıyasla uyku kalitesinin daha çok arttığı

sonucunu ortaya koymaktadır. Eğitim grubunun uyku kalitesinde artış olmasının nedeni verilen eğitimde, yenidoğan uykudayken lohusanın da uyuması gerekliliğinden ve lohusa uykuda iken bebeğin bakımı için destek faktörlerinden destek alınabileceği bilgisinin vurgulanmasından kaynaklı olduğu düşünüldü. Laktasyon döneminde östrojen, progesteron ve prolaktin hormonları seviyesindeki değişimler uykusuzluğa sebebiyet verdiği belirlenmiştir (Taylor ve Johnson,2010). Lohusanın postpartum dönemdeki ilk 8 haftalık süreçte günlük altı saatten daha az uyuyabildikleri sonucuna varılmıştır (Dennis ve Ross,2005). Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkilidir" hipotezini (H11) doğrulamaktadır.

5.1.6 Bilişsel-algısal

Lohusanın doğum sonu dönemde duygusal algılama ve biliş durumunu tanımlayan örüntüdür. (Erbaş ve Demirel,2016). Konfor düzeyini etkileyen en önemli faktörlerden biri ağrıdır (Kolcaba, 1994). Postpartum dönemde verilen eğitimler sezaryen sonrası ağrı ile başa çıkma düzeylerini etkileyebilmektedir (Ceylan ve Apay, 2023).

Yaşanılan ağrı düzeyi açısından incelendiğinde eğitim grubunun kontrol grubuna kıyasla belirgin bir şekilde daha az ağrı hissettiği görüldü (Çizelge 4.9). Zaman etkisi (p=0,000), grup etkisi (p=0,001) ve grup-zaman etkileşimi (p=0,000) istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bu sonuçlar, zaman içinde eğitim grubunun ağrı seviyesinin kontrol grubuna kıyasla daha fazla azaldığını göstermektedir. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkilidir" hipotezini (H11) doğrulamaktadır. Ercan'ın 2020 yılında yaptığı Pilonidal Sinüs Ameliyat Olan Hastalara Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne Göre Verilen Taburculuk Eğitiminin Etkisi çalışmasında; kontrol grubundaki hastaların 1. gün ağrı düzeylerinin ortalaması eğitim grubundan fazla bulunmuştur. 7 ve 14. gün ağrı düzeyleri için gruplar arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (Ercan,2020). Erbaş'ın 2013 yılında yaptığı "Sezaryen Sonrası Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Yapılan Evde Bakımın Annelerin Postpartum Sağlık Durumuna Etkisi" adlı çalışmasında: evde verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinden sonra insizyon yerinde ağrı yaşama taburculuk sonrası 2. günde ve doğum sonu 2. haftada kadınların tamamında olduğu, doğum sonu 8. haftada ise sadece %30,3'ünde devam ettiği

saptanmıştır (Erbaş,2013). Sezaryen sonrası lohusalara verilen planlı eğitimin ağrı düzeylerini azaltmada etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. (Li et al., 2023, Di et al., 2024). Bick ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada postpartum dönemde lohusalara yapılan eğitim ve danışmanlığın ağrı sorununu azalttığı saptanmıştır. (Bick et al., 2009)

Ağrı ile yeterli baş etme açısından eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar bulundu (Çizelge 4.9). Zaman etkisi (p=0,000), grup etkisi (p=0,000) ve grup-zaman etkileşimi (p=0,001) istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bu sonuçlar, eğitim grubunun ağrı ile baş etme konusunda zamanla daha fazla gelişim gösterdiğini ortaya koymaktadır. Eğitim grubunun ağrı ile yeterli baş etmesinin zamanla artmasının nedeni olarak eğitim grubuna verilen eğitimde ağrı ile baş etmede alternatif yöntemlerin anlatılmasından kaynaklı hastaların ağrı ile baş etme yöntemleri hakkında bilgi düzeylerinin artmasından dolayı kendilerini daha iyi hissetmeleri olduğu düşünüldü. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkilidir" hipotezini (H11) doğrulamaktadır. Ercan'ın 2020 yılında yaptığı "Pilonidal Sinüs Ameliyat Olan Hastalara Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne Göre Verilen Taburculuk Eğitiminin Etkisi" çalışmasında; ağrıyı gidermek için uygulama yapma durumlarına bakıldığında 1. günde ve 7. günde gruplar arasında anlamlı fark belirlenmiştir. 14.günde gruplar arasında anlamlı fark görülmemiştir.

Ağrı ile baş etme yöntemleri tercihlerine bakıldığında; sıcak uygulama açısından değerlendirildiğinde, 1. günde sıcak uygulama kullanan bireylerin oranı eğitim grubunda %5, kontrol grubunda %10'dur. 10. güne gelindiğinde, eğitim grubundaki bireylerin %25'i sıcak uygulama kullanırken, kontrol grubunda bu oran %37,5'e çıkmıştır. 42. günde de sıcak uygulama kullanımının eğitim grubunda %15, kontrol grubunda %27,5 olduğu görülmektedir. Ancak, tüm zaman noktalarında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p>0,05) (Çizelge 4.10). Turan'ın 2020 yılında yaptığı çalışmada sezaryen ile doğum yapan lohusaların sıcak su ayak banyosu uygulamasının ağrı düzeyini önemli derecede azalttığı elde edilmiştir (Turan, 2020). Yine aynı şekilde Kaplan'ın 2023 yılında yaptığı çalışmada sıcak su ayak banyosu uygulamasının ağrı düzeyini azalttığı tespit edilmiştir (Kaplan, 2023).

Soğuk uygulama yöntemine bakıldığında, her iki grupta da kullanım oranlarının oldukça düşük olduğu ve zamanla değişmediği görülmektedir.1., 10. ve 42. günlerde soğuk uygulama kullanan bireylerin oranı hem eğitim hem de kontrol gruplarında %5 seviyesinde kaldı (p>0,05).

Hayal etme yöntemi açısından bakıldığında, 1. günde eğitim grubundaki bireylerin %20'si, kontrol grubundakilerin %12,5'i bu yöntemi kullandı. 10. günde bu oranlar sırasıyla %32,5 ve %22,5 olarak değişti. 42. gün itibariyle eğitim grubundaki bireylerin %20'si, kontrol grubundakilerin %22,5'i hayal etme yöntemini kullandı. Ancak, gruplar arasındaki farklılık hiçbir zaman diliminde istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05) (Çizelge 4.10).

Hareket etme yöntemi incelendiğinde, 1. günde hareket eden bireylerin oranı eğitim grubunda %72,5 iken kontrol grubunda %52,5'tir. 10. günde her iki grupta da hareket etmeyi tercih edenlerin oranı %72,5 olarak aynı kalmıştır. 42. gün itibariyle hareket eden bireylerin oranı eğitim grubunda %70, kontrol grubunda %72,5 olarak ölçülmüştür. 1. günkü fark istatistiksel olarak anlamlı sınırda olup (p=0,053), 10. ve 42. günlerde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı (Çizelge 4.10)

Pozisyon değiştirme yöntemi açısından değerlendirildiğinde, 1. günde eğitim grubundaki bireylerin %40'ı, kontrol grubundakilerin %32,5'i pozisyon değiştirerek ağrıyı yönetmeye çalıştı. 10. gün itibariyle eğitim grubunda bu oran %57,5'e çıkarken, kontrol grubunda %42,5 olarak hesaplanmıştır.42. gün itibariyle eğitim grubunda pozisyon değiştiren bireylerin oranı %45'e düşerken, kontrol grubunda bu oran %30'a gerilemiştir. Ancak, tüm zaman noktalarında istatistiksel anlamlılık düzeyi p>0,05 olduğundan gruplar arasında belirgin bir fark olmadığı söylenebilir (Çizelge 4.10).

İlaç kullanımı açısından bakıldığında, 1. gün ilaç kullanan bireylerin oranı eğitim grubunda %67,5 iken, kontrol grubunda %57,5'tir. 10. günde eğitim grubundaki bireylerin %42,5'i, kontrol grubundakilerin %40'ı ilaç kullanmıştır. 42. gün itibariyle eğitim grubunda ilaç kullanan bireylerin oranı %47,5 iken, kontrol grubunda bu oran %32,5'e düşmüştür. Ancak, tüm zaman dilimlerinde istatistiksel anlamlılık düzeyi p>0,05 olduğundan gruplar arasında fark bulunmamaktadır (Çizelge 4.10).

Ilık duş uygulaması açısından değerlendirme yapıldığında, 1. gün eğitim grubundaki bireylerin %10'u, kontrol grubundaki bireylerin %17,5'i bu yöntemi kullanmıştır. 10. günde ılık duş alan bireylerin oranı eğitim grubunda %10 seviyesinde sabit kalırken, kontrol grubunda %27,5'e yükselmiştir. 42. gün itibariyle ılık duş alan bireylerin oranı eğitim grubunda %22,5, kontrol grubunda %30 olarak bulunmuştur. 10. gündeki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,042). Bu sonuç, kontrol grubundaki bireylerin 10. günde ılık duş yöntemine daha fazla yöneldiğini göstermektedir. (Çizelge 4.10).

Loş bir odada uyuma yöntemi açısından değerlendirildiğinde, 1. gün hem eğitim hem de kontrol gruplarında bireylerin %2,5'i bu yöntemi kullanmıştır. 10. gün itibariyle her iki grupta da %100'lük bir oranla loş bir odada uyuyan birey bulunmamaktadır. 42. gün itibariyle eğitim grubundaki bireylerin %15'i, kontrol grubundakilerin %7,5'i loş bir odada uyuma yöntemini kullanmıştır. Ancak, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0,05) (Çizelge 4.10).

Yoga ve meditasyon yöntemleri açısından değerlendirildiğinde, 1., 10. ve 42. günlerde hiçbir bireyin bu yöntemi kullanmadığı görülmektedir (Çizelge 4.10).

Genel olarak değerlendirildiğinde, eğitim ve kontrol grupları arasında ağrı ile baş etme yöntemleri açısından anlamlı farklar bulunmamaktadır. (Çizelge 4.10) Tek istisna, 10. günde ılık duş yöntemini kullanan bireyler arasında kontrol grubunda anlamlı bir artışın olmasıdır (p=0,042). Diğer yöntemlerin kullanım oranlarında gruplar arasında belirgin farklar olmaması, eğitim grubunda uygulanan eğitimin ağrı yönetim yöntemleri üzerinde belirgin bir etki oluşturmadığını göstermektedir. Özellikle hareket etme ve pozisyon değiştirme gibi yöntemlerin her iki grupta da yaygın olduğu, ancak bu yaygınlığın eğitim grubunda anlamlı bir artış göstermediği söylenebilir. Elde edilen bulgular, katılımcıların büyük çoğunluğunun ilaç kullanımı, pozisyon değiştirme ve hareket etme gibi klasik yöntemleri tercih ettiğini ve eğitim grubunda belirgin bir farklılaşma olmadığını göstermektedir. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkili değildir" hipotezini (H10) doğrulamaktadır.

5.1.7 Kendini algılama ve benlik

Lohusanın doğum sonu dönemde beden imgesi, duygu durumu, kontrolün ve yeterliliğin algılanması gibi kendini algılama, kavrama şeklini tanımlayan örüntüdür. (Erbaş ve Demirel,2016).

Sezaryen ile doğum sonrası yara yerinin dış görünümü etkilemesi açısından eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmedi (Çizelge 4.11). Zaman etkisi anlamlı bulundu (p=0,000) ancak grup etkisi (p=0,322) ve grup-zaman etkileşimi (p=0,089) anlamlı bulunmadı. Bu bulgular, ameliyat sonrası bireylerin zamanla görünüm düşüncelerinin olumlu yönde değiştiğini, ancak eğitim ve kontrol grupları arasında belirgin bir fark olmadığını göstermektedir. Bu durumunun nedeni olarak zaman içinde insizyon hattının kendiliğinden küçülmesi olduğu düşünüldü. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkili değildir" hipotezini (H10) doğrulamaktadır. Erbaş'ın 2013 yılında yaptığı "Sezaryen Sonrası Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Yapılan Evde Bakımın Annelerin Postpartum Sağlık Durumuna Etkisi" adlı çalışmasında, kendini algılama sorununun lohusaların taburculuk sonrası 2. günde %30,3 ünde olduğu, doğum sonu 2. haftada ve 8. haftada ise devam etmediği sonucu elde edilmiştir. Apay'ın 2011 yılında yaptığı "Sezaryen ile Doğum Yapan Loğusalara Roy'un Modeline Göre Verilen Bakımın Değerlendirilmesi" çalışmasında da durumsal düşük benlik saygısı ve beden bilincinde bozulma sorunlarında azalma olduğu elde dilmiştir. (Apay,2011)

5.1.8 Roller ve ilişkiler

Lohusanın doğum sonu dönemde üstlendiği rol ve ilişkileri tanımlamaktadır.(Erbaş ve Demirel, 2016).

Doğum sonrası dönemde aile içindeki sorumlulukların etkilenme durumu açısından eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar bulunmadı (p=0,943) (Çizelge 4.12). Doğum sonrası dönemde zaman içinde lohusaların sorumluklarında etkilenme oldu (p=0,002). Bu sonuçlar, ameliyat sonrası dönemde aile içindeki sorumlulukların zamanla değiştiğini ancak eğitim ve kontrol grupları arasında belirgin bir fark olmadığını göstermektedir. Bu durumun nedeni olarak yenidoğanın aileye katılması ile ilgili yeni bir dönemin başlamasından kaynaklı olduğu düşünüldü. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan

lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkili değildir" hipotezini (H10) doğrulamaktadır. Ercan'ın 2020 yılında yaptığı "Pilonidal Sinüs Ameliyat Olan Hastalara Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne Göre Verilen Taburculuk Eğitiminin Etkisi" çalışmasında, ameliyat sonrası aile içindeki sorumlulukların etkilenme durumu, ameliyat sonrası 7. ve 14. günde gruplar arasında anlamlı fark görülürken, 1. günde anlamlı fark görülmedi. Eğitim grubunun puan ortalamaları 7.ve 14. günlerde kontrol grubundan düşük olarak sonuçlandı. Erbaş'ın 2013 yılında yaptığı "Sezaryen Sonrası Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Yapılan Evde Bakımın Annelerin Postpartum Sağlık Durumuna Etkisi" adlı çalışmada aile içi sorumlulukların etkilenmesi sorunu lohusalarda taburculuk sonrası 2. günde %33.3'ünde olduğu, doğum sonu 2. haftada %54.5'inde, doğum sonu 8. haftada ise sadece %18.2'sinde devam ettiği belirlenmiştir. Eğitimden sonra aile içindeki sorumlulukların etkilenme durumunun azaldığı sonucuna varılmaktadır. (Erbaş,2013)

Doğum sonrası dönemde eş ile iletişim konusunda eğitim grubunun daha az etkilenme durumu yaşadığı elde edildi (p=0,006) (Çizelge 4.12). Bu durumun nedeni olarak verilen eğitimlere eşlerinde dahil edilerek, doğum sonu dönemde eş desteğinin öneminin ve eşin rol ve sorumluluklarının üzerinde durulması olduğu düşünüldü. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkilidir" hipotezini (H11) doğrulamaktadır. Postpartum dönem eşler açısında kriz dönemi olarak tanımlanır ve lohusanın bu dönemi rahat geçirebilmesi için eş desteği kritik önem taşımaktadır. (Artuvan,2018). Yapılan çalışmalarda lohusaların doğum sonu destekçisinin büyük bir oranla eş olduğu görülmektedir (Metin ve Altınkaynak 2020; Kumral, 2021).

Çizelge 4.13'de, destek faktörlerinin belirlenmesi açısından incelendiğinde her üç zaman diliminde de gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Her iki grupta da en çok güven veren kişi eş olarak belirtildi ve bu oran zaman içinde az da olsa değişiklik gösterdi Özellikle eğitim grubunda 1. günde %87,5 olan eşin güven verici olarak görülme oranı, 42. gün itibariyle %70'e düşmüştür. Kontrol grubunda ise bu oran 1. günde %65 iken, 42. gün itibariyle %72,5'e yükselmiştir. Bu bulgular, eğitim ve kontrol gruplarındaki bireylerin destek alma algılarının zaman içinde değişim gösterebileceğini, ancak genel olarak eşin en güven verici figür olarak öne çıktığını göstermektedir. Anneden, aileden veya birden fazla kişiden güven alan

bireylerin oranı düşük kalmış ve zamanla belirgin bir değişim göstermemiştir. Literatür incelendiğinde kadınların eş desteği algısının genellikle yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir (Mirabzadeh et al., 213; Sokoya, Farotimi ve Ojewole, 2014; Bernard et al., 2018). Ökmen'in 2024 yılında yaptığı çalışmada eş desteği puan ortalamalarının yüksek olarak sonuçlandığı görülmektedir (Ökmen, 2024).

5.1.9 Cinsellik ve üreme

Lohusanın cinsellik ve üremeye yönelik doyum ve doyumsuzluk durumunu tanımlayan örüntüdür. (Erbaş, Demirel,2016). Sezaryen ile doğum sonrasında lohusanın cinsel ilişkiye başlaması, doğumdan sonra sekiz hafta sonra olmaktadır. Eğitimlerde cinselliğe ilişkin tutum ve davranışları değerlendirilmelidir (Eckman, 2012). Bebeğin doğumundan sonra lohusanın eşi ile olan ilişkisinde yenilikler oluşmaya başlar. Vücudunda meydana gelen hormonsal ve anatomik değişimler cinsel sağlığını ve cinsel davranışlarını etkiler. Cinsel fonksiyon; yenidoğanın bakımı, emzirme, yorgunluk, üriner semptomlar cinsel ilişki esnasında ağrı korkusu, postpartum depresyon ve beden algısında değişikliler gibi sebeplerden etkilenebilir (Şan,2024).

Doğum sonrası dönemde cinsel sorunlar ve cinsel sağlık endişeleri yüksek oranda yaşanmasına rağmen cinsellik sağlık personeli tarafından bir tabu olarak kabul edilmekte ve bu konuda lohusalar yeterince desteklenememektedir. Lohusayı bütünsel yaklaşımda, insan sağlığının bir bütün olarak ele alınması ve sağlığını etkileyen bütün faktörlerin değerlendirilmesi önerilmektedir. Bu nedenle cinsel sorunlarında diğer sağlık sorunları gibi ele alınıp değerlendirilmesi önemli ve gereklidir (Sezer,2013).

Cinsel sağlık ile ilgili hissedilen endişe durumu açısından eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar gözlemlendi (p=0,018) (Çizelge 4.14). Yapılan çalışmada 1.ve 42. gün grupların endişe durumları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmezken, 10 gün ölçümlerinde gruplar arasında endişe durumları açısından anlamlı farklılık tespit edildi (p=0,028). Postoperatif 10. günde eğitim grubunun endişe puanı kontrol grubuna kıyasla daha düşüktü. Zaman etkisi anlamlı bulundu (p=0,023), ancak grup etkisi anlamlı bulunmadı. (p=0,090). Grup-zaman etkileşimi anlamlı bulundu (p=0,018). Bu durum eğitim grubunun endişe puanın zaman içinde daha fazla azaldığını ortaya koymaktadır. Eğitim grubunun cinsel sağlık endişesinin

zaman içinde daha fazla azalmasının nedeni olarak verilen eğitimde cinsel sağlığın etkilenmemesi için yapılması gerekenlerden, doğum sonrası cinsel birleşmenin en az 40 gün sonra olması gerekliliğinden bahsedilmesinden kaynaklı olduğu düşünüldü. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkilidir" hipotezini (H11) doğrulamaktadır.

Aile planlaması yöntemlerini bilme açısından ise eğitim grubunun kontrol grubuna kıyasla zaman içinde bilgi seviyesinin daha fazla arttığı sonucuna varılmıştır (p=0,019) (Çizelge 4.14). Eğitim grubunun aile planlaması konusunda zaman içinde bilgi seviyesinin artmasının nedeni olarak verilen eğitimde aile planlaması yöntemlerinden bahsedilmesi olduğu düşünüldü. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkilidir" hipotezini (H11) doğrulamaktadır. Bu bulgular, eğitim grubundaki bireylerin aile planlaması bilgisi açısından zamanla daha fazla gelişim gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Genel olarak, spiral ve RIA en sık tercih edilen aile planlaması yöntemleri oldu (Çizelge 4.15). Eğitim grubunda spiral kullanmayı planlayan bireylerin oranı zamanla %30'dan %42,5'e yükselirken, kontrol grubunda bu oran %15'ten %30'a çıkmıştır. RIA kullanımı kontrol grubunda daha yaygın hale gelmiştir ve 42. günde %52,5'e ulaşmıştır. Prezervatif ve tubal ligasyon kullanım oranları her iki grupta da sabit kalmış, kararsız bireylerin oranı değişmemiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05), bu da eğitim grubundaki bireylerin aile planlaması tercihleri açısından kontrol grubuna göre belirgin bir değişim göstermediğini göstermektedir. Ancak, 42. gün itibariyle spiral kullanımında eğitim grubunda bir artış gözlemlenmiştir, bu eğilimin uzun vadeli sürdürülebilirliği incelenebilir.

Naçar ve diğerlerinin 2003 yılında yaptığı "Doğum Sonrası Dönemde Verilen Aile Planlaması Eğitiminin Yöntem Kullanmaya Etkisi" adlı çalışmasında, postpartum dönemde aile planlaması konusunda bireysel danışmanlık verilen lohusaların doğumdan altı ay sonra aile planlaması yöntemi kullanma durumunun %62'den %88,3'e yükseldiği; bu oranın kontrol grubundaki kadınlarda ise %61'den %71,6'ya yükseldiği saptanmıştır. (Naçar vd.,2003) Verim ve Sohbet'in 2012 yılında yaptığı "Kadınların Sezaryen Sonrası Seçtikleri aile Planlaması Yöntemlerin ve Bu

Yöntemleri Seçme Nedenlerinin Dağılımı" çalışmasında 218 kadın üzerinden en fazla tercih edilen aile planlaması yönteminin RİA olduğu sonucuna varılmıştır (Verim, Sohbet ,2013). Mahmoudi'nin 2001 yılında yaptığı çalışmada da en fazla tercih edilen aile planlanması yönteminin RİA olduğu sonucuna varılmıştır. (Mahmoudi, 2001). Ülkemizde evli kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada en sık kullanılan yöntemin RİA, kondom ve KOK olduğu tespit edilmiştir Yapılan çalışmalar bu çalışmanın bulguları ile aynı doğrultuda sonuçlanmıştır.

5.1.10 Baş etme- stres toleransı

Lohusaların doğum sonrası dönemde stresle baş etme etkinliğini tanımlayan örüntüdür **(**Erbaş,2011). Ameliyat kavramı hastalarda stres kaynağıdır (Güz vd., 2001: Karayağız vd., 2011). Ağrı, hareket kısıtlılığı, yara iyileşme sürecinin uzaması gibi faktörler hastalarda strese yol açmaktadır (Stewart & Elliot, 2013). Hasta merkezli yapılan taburculuk eğitimlerinin hastaların endişesini azaltmada bir unsur olarak görülmektedir (Ercan,2020). Geçirilen ameliyat sonrasında dini inanç gereklerini yerine getirme konusunda endişe yaşanmaktadır. (Ercan, 2020)

Stres düzeyi açısından yapılan değerlendirmede, eğitim grubunun stres düzeyinin zaman içinde kontrol grubuna kıyasla daha fazla azaldığı belirlendi (p=0,050) (Çizelge 4.16). Stres ile baş etme açısından yapılan değerlendirmede, eğitim grubunun kontrol grubuna kıyasla belirgin bir şekilde daha fazla başa çıkabildiği ve başa çıkma becerilerinin zamanla daha çok arttığı görüldü (p=0,000;) (Çizelge 4.16). Eğitim grubunda bulunan lohusaların stresle daha etkin baş etmelerinin nedeni olarak almış oldukları eğitimin onları rahatlatmasından ve bilgi eksikliklerini gidermesinden kaynaklı olduğu düşünüldü. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkilidir" hipotezini (H11) doğrulamaktadır. Razuel ve diğerlerinin 2011 yılında yaptığı çalışmada doğum sonu dönemi kadınları bir stresör olarak algıladığını ve bu durumla başa çıkma stratejilerini geliştirmek için eğitim ve danışmanlığın çok önemli olduğunu vurgulamıştır. (Razuel ve et al., 2011). Literatürdeki çalışmalarda doğum sonu dönemde stresle ile etkili baş etme yöntemlerini için eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin çok önemli olduğunu vurgulamıştır. (Webb et al., 2008)

Çizelge 4.17'de, eğitim ve kontrol gruplarındaki bireylerin stresle baş etme yöntemlerini 1., 10. ve 42. günlerde karşılaştırmaktadır. Verilere göre, stres ortamından uzaklaşma yöntemi her iki grup tarafından yaygın olarak kullanıldı. 1. gün itibariyle, eğitim ve kontrol grubundaki bireylerin %85'i stres ortamından uzaklaşarak baş etme yöntemi uyguladıklarını belirtti. 10. günde bu oran eğitim grubunda %92,5'e, kontrol grubunda ise %90'a yükselmiştir. 42. günde ise eğitim grubunda %87,5, kontrol grubunda %90 oranında birey stres ortamından uzaklaşmayı tercih etmiştir. Ancak, tüm zaman dilimlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$). Stres ortamından uzaklaşma en yaygın kullanılan yöntem olurken, müzik dinleme ve hayal etme gibi yöntemlerin tercih edilme oranları zaman içinde küçük değişiklikler göstermiştir. Ancak, spor yapma ve ilaç kullanımı gibi yöntemlerin kullanım oranı düşük kalmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi. Bu bulgular, eğitim grubuna uygulanan eğitimin stresle baş etme yöntemleri üzerinde belirgin bir etki yaratmadığını göstermektedir. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkili değildir" hipotezini (H10) doğrulamaktadır.

5.1.11. Değer ve inançlar

Lohusaların manevi inançlarına , değerlerine , seçimleri ve kararlarına rehberlik eden amaçlarla ilgili örüntülerdir. (Erbaş,2013)

Dua ile rahatlatma durumunda eğitim ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0,473$) (Çizelge 4.18). Bulgular, dua etmenin rahatlatıcı etkisinin her iki grupta da benzer şekilde yüksek olduğunu ve zamanla değişim göstermediğini ortaya koymaktadır. Dua ve ibadet etmek gibi kavramların ailenin ve toplumun yapısal faktörlerinden etkilendiği için verilen eğitim ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı düşünüldü. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkili değildir" hipotezini (H10) doğrulamaktadır. Literatür incelendiğinde Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Verilen Taburculuk Eğitiminin dua ile rahatlama durumu üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Sezaryen ile doğum sonrasında yaşama ilişkin bakış açısı değerlendirildiğinde, eğitim ve kontrol grupları arasında başlangıçta anlamlı

farklılıklar gözlemlendi. (Çizelge 4.18). Bu bulgular, eğitim grubunun zamanla yaşama ilişkin bakış açısında değişim gösterdiğini ve başlangıçtaki farklılığın zamanla dengelendiğini ortaya koymaktadır (p=0,000). Bu durumun nedeni olarak postoperatif 1. gün verilen taburculuk eğitiminin, lohusanın rol ve sorumluluklarını eğitimde farkına varması, kontrol grubunun ise rol ve sorumluklarını yaşayarak öğrenmesinden kaynaklandığı düşünüldü. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitim Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri üzerinde etkilidir" hipotezini (H11) doğrulamaktadır.

5.2 Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğine Ait Bulguların Tartışılması

Doğum sonu dönemde en sık görülen psikiyatrik hastalıklardan biri postpartum depresyondur. Postpartum depresyon (PPD) DSM-IV'te "Duygudurum Bozukluklar" içinde yer almakta ve "Postpartum Başlangıç Belirleyicisi" başlığı altında postpartum , hafta içinde epizodun başlaması, non-psikotik majör depresyon olarak tanımlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda, postpartum depresyon prevelansı %6-16, Postpartum depresyon insidansı %20-15 arasında bulunduğu ifade edilmektedir (Marakoğlu, Özdemir, Çivi,2009). 80 farklı ülkede 565 çalışma dahil edilerek yapılan bir meta-analizde PPD prevalansının dünya çağında %17,22 olduğu elde edilmiştir. (Wang et al., 2021)

Bu çalışmada, postoperatif depresyon düzeyleri ameliyat sonrası süreçte zamanla azaldı, ancak bu azalma eğitim ve kontrol grupları arasında farklılık göstermedi. Bu durum, uygulanan eğitimlerin depresyon düzeylerinde grup bazında belirgin bir etki yaratmadığını, ancak zaman içinde doğal olarak depresyon seviyelerinin düştüğünü ortaya koymaktadır (p=0,989) (Çizelge 4.19). Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitimin post operatif komplikasyonlara etkisi yoktur" hipotezini (H20) doğrulamaktadır. Literatür incelendiğinde Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline göre verilen taburculuk eğitiminin postpartum depresyon ile ilişkisini belirleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Fırat'ın 2025 yılında yaptığı çalışmada psikoeğitim grubunda eğitim alan kadınları EPDÖ puanları kontrol grubuna kıyasla daha düşük bulunmuş fakat her iki grubun da EPDÖ puanları ölçek değerlendirmesine göre kesme puanının altında kaldığı için anlamlı bir sonuca ulaşılamamıştır (Fırat, 2025).

Rouhe et al., (2015) çalışmasında şiddetli doğum korkusu olan gebelere verilen psikoeğitimin doğum sonu depresyon etkisi incelenmiş ve psikoeğitim alan kadınların, kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha az şiddetli doğum sonrası depresif semptomları olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Rouhe et al., 2015).

5.3 Komplikasyon İzlem Çizelgesine Ait Bulguların Tartışılması

Cerrahi akan enfeksiyonu (CAE), 1992 yılında "The Surgical Wound İnfection Task Force tarafından tanımlanmıştır. Cerrahi alan enfeksiyonu ameliyattan sonraki 30 gün içinde insizyon alanı ve uterusu etkileyen enfeksiyon olarak tanımlanmaktadır (Yavuz, Öçelik,2019). Amerikan Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC; Centers for Disease Control and Prevention) CAE'nu; cerrahi girişimi takiben (cerrahi girişim günü birinci gün olarak alınır) 30 ve 90 gün içinde gelişen, ameliyat bölgesinde gözlenen enfeksiyon olarak tanımlanmaktadır. (Aygin, Marul, 2016). Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyans Ağı (USHİESA) verilerine göre 2023 yılında 186978 sezaryen ile doğum gerçekleşmiş olup 463 tanesinde enfeksiyon gelişmiştir ve sezaryen ile doğum sonrası gelişen cerrahi alan enfeksiyon hızı 0,25 olarak hesaplanmıştır (USHİESA Özet Raporu,2023). 2022 yılı verilerine göre 192281 sezaryen ile doğum gerçekleşmiş olup 421 tanesinde cerrahi alan enfeksiyon tespit edilmiştir ve cerrahi alan enfeksiyon hızı 0,22 olarak hesaplanmıştır. (USHİESA Özet Raporu,2022). Literatüre bakıldığında Amerika'da yapılmış bir çalışmada sezaryen ile doğum sonrasında insizyon hattında gelişen enfeksiyon oranı %3,4 olarak tespit edilmiştir. (Keskin,2017)

Çizelge 4,20'de, eğitim ve kontrol gruplarında postoperatif dönemde görülen komplikasyonlar karşılaştırılmaktadır. Cerrahi alan enfeksiyonları açısından postoperatif 1. günde her iki grupta da enfeksiyon gözlenmedi. (%100 temiz). 10. günde, eğitim grubunda 1 hasta (%2,5) enfeksiyon geçirirken, kontrol grubunda bu sayı 3 hastaya (%7,5) ulaşmıştır. Ancak, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (X^2 = 1,053, p = 0,308). 42. günde, eğitim grubunda hiç enfeksiyon gelişmezken (%100 temiz), kontrol grubunda 1 hastada (%2,5) enfeksiyon tespit edildi. Bu fark da istatistiksel olarak anlamlı değildir (X^2 = 1,013, p = 0,500). Eğitim grubunda 1 hastada cerrahi alan enfeksiyonu gerçekleşirken, kontrol grubunda toplam 4 hastada cerrahi alan enfeksiyonu gerçekleşti. Eğitimin cerrahi

alan enfeksiyonu üzerinde etkili olduğunu söyleyebilmek için örneklem grubu daha fazla olan yeni bir çalışma yapılması gerekli olduğu düşünüldü. Yine de eğitim grubunda sayıca daha az cerrahi alan enfeksiyonu gerçekleştiği görüldü. Ve ortaya çıkan bu sonuç eğitimin etkinliğini destekler niteliktedir. Literatür incelendiğinde bazı çalışmalarda doğum sonrasında eğitim alan lohusalarda insizyon yeri sorunlarının düzeltilebileceği saptanmıştır. (Erbaş,2017). Literatürde çalışmayla paydaş bir çalışma örneği bulunamamıştır.

Abdominal girişimlerden sonra gelişen komplikasyonlardan bir kısmı da gastroitestinal sistem ile ilişkilidir (Taşdemir, Şenol Çelik,2011). Abdominal cerrahilerden sonra gelişmesi olası gastrointestinal sistem hareketliliğine yönelik komplikasyonlar; intestinal hareketlerin yavaşlaması ya da durması, abdominal distansiyon gelişmesi, gaz ve gaita çıkışının gecikmesi, bulantı-kusma ve bunlarla ilişkili olarak oral alımın tolere edilememesi şeklinde sıralanabilir (İzveren ve Dal,2011). İleus ve bağırsak tıkanıklığı terimleri genellikle benzer terimlerdir. Fakat tam anlamıyla birbirilerini karşılamamaktadır. Bağırsak tıkanıklığı bağırsağın mekanik bir engel ile tıkanması durumunu ifade eder. İleus ise, bağırsak hareketlerinde bir tıkanma veya bozulma sonucu meydana gelen bağırsak hareketlerinin normal şekilde çalışmasının bozulmasıdır. İleus hastane başvurularında morbidite ve mortalitenin önemli bir nedenidir (Hatipoğlu, 2024)

İleus açısından, postoperatif 1., 10. ve 42. günlerde hiçbir hastada ileus gelişmedi. (%100 temiz) (Çizelge 4.20) 687 lohusa ile yapılan bir çalışmada sezaryen sonrası %0,7 oranında ileus komplikasyonu gelişmiştir. (Çağlayan, Kara ve Gürel, 2011) Literatür incelendiğinde Apay'ın 2011 yılında yaptığı ve Koç'un 2005 yılında yaptığı çalışmalarda doğum sonu dönemde verilen altı haftalık dönemde yapılan eğitim ve bakımla konstipasyon sorunun azaldığı saptanmıştır (Apay 2011; Koç 2005). İleus komplikasyonu üzerinde eğitimin etkisini değerlendirmek amacıyla kesin bir sonuca varılması için çalışmanın örneklemi yetersiz kalmaktadır. Örneklemi geniş, yeni bir çalışma ile taburculuk sonrası verilen eğitimin ileus komplikasyonu üzerindeki etkisi değerlendirebilir.

Venöz trombozis, yüzeyel veya derin venlerde pıhtı oluşumu olarak tanımlanır. Derin ven trombozu (DVT) en yaygın formudur ve genellikle bacakların derin damarlarında meydana gelir. Bu durumun en ciddi komplikasyonu, trombüsün damar duvarından koparak venöz dolaşımla kalbe ve oradan da akciğerlere gitmesi

sonucunda pulmoner emboli oluşmasıdır. (Taşkın,2016) Doğum sonu trombofilebitin sezaryen doğumlarda 2-5 kat arttığı, tromboembolik durumların ise sezaryen doğumdan sonra geç mobilize olan kadınlarda daha sık olarak görüldüğü bildirilmektedir. Doğum sonu tromboembolik durumlar, saphenous ve popliteal venleri de içine alan femoral trombofilebit, septik pelvik ven trombofilebiti ve doğum sonu pulmoner embolizmdir (Kanadalı, 2006).

Emboli açısından, postoperatif 1., 10. ve 42. günlerde hiçbir hastada emboli gelişmedi. (%100 temiz) (Çizelge 4.20). Dünya Sağlık Örgütü gelişmiş ülkelerde pulmoner emboliye bağlı maternal mortalite oranını %14.9 olarak verirken, pulmoner emboli İngiltere'de tromboemboliye bağlı maternal mortalitenin %31.1'ini, Amerika Hastalık ve Kontrol Merkezi (CDC) verilerine göre de %9.3'ini oluşturmaktadır. Türkiye'de ise tromproboflaksi yapılmadan PE'ye bağlı maternal mortalite %7.58 olarak bulunmuştur (Bıyık,2020). Literatürde hemşirelik eğitimi sonrasında değerlendirilen emboli çalışmalarına rastlanılmamıştır.

Doğum sonu dönemde karşılaşılan bir diğer önemli meme sorunu ise mastittir. Mastit, sıklıkla ilk kez doğum yapıp emziren (primipar) kadınlarda meydana gelen meme bezinin parankim dokusunun enfeksiyonudur. Genellikle doğum sonrası ikinci ve dördüncü haftalarda ortaya çıkar. Mastit oluşmaması için bebek sık sık emzirtilmeli ve meme yeterince boşalmıyorsa sağılmalıdır. (Eryılmaz,2008)

Benzer şekilde, mastit vakalarına da her iki grupta rastlanmadı (%100 temiz) (Çizelge 4.20). Bick ve diğerleri tarafından 2009 yılında yapılan çalışmada postpartum dönemde verilen eğitim ve danışmanlığın mastit gibi meme sorunlarını azalttığı sonucuna varılmıştır (Bick et al.,2009). Türkiye'de yapılan sistematik bir derleme çalışmasında kadınların memeleri ile ilgili kızarıklık/ısı değişimi (%28,8), çatlak/yara/kanama (%26,1), şişlik/dolgunluk/engorjman (%10,8), düz/çökük/küçük meme ucu (%7,7), ağrı/ hassasiyet (%3,9) ve mastit (%5,6) sorunlarını bildirdikleri görüldü (Karaçam, Sağlık,2018). Demirtaş'ın 2012 yılında yaptığı bir çalışmada emzirme sorunu olarak ebelere ve hemşirelere ulaşım sorunu ve uygulama konusunda destek alamama sorunu elde edilmiştir (Demirtaş,2012). Swerts ve diğerlerinin yaptığı çalışmada ebenin sorumluluklarının önemli bir parçası olarak emzirme eğitimi ve desteği olduğu vurgulanmıştır. (Swerts et al.,2016) Bu sonuçlar

lohusaların emzirme ve meme bakımı konusunda hemşire ve ebelerden eğitim almaları konusunda çalışmamızı desteklemektedir.

Sonuçlar değerlendirildiğinde, cerrahi alan enfeksiyonları dışında hiçbir komplikasyon gözlenmedi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Bu bulgular, eğitim ve kontrol gruplarının komplikasyon gelişimi açısından benzer sonuçlar verdiğini ve eğitim grubunun ek bir avantaj sağlamadığını göstermektedir. Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde "Sezaryen ile doğum yapan lohusalara verilen planlı eğitimin post operatif komplikasyonlara etkisi yoktur" hipotezini (H20) doğrulamaktadır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Sezaryen ile doğum yapan lohusalara Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri' ne göre verilen taburculuk eğitiminin etkinliğinin ve post operatif komplikasyonlara olan etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Hekime ulaşılması gereken durum bilgisi açısından eğitim grubunun kontrol grubuna kıyasla bilgi düzeyinin fazla olduğu ve zaman içinde bilgi düzeyinin daha fazla arttığı(p=0,047), hemşireye ulaşılması gereken durum bilgisi açısından eğitim grubunun kontrol grubuna kıyasla bilgi düzeyinin fazla olduğu ve zaman içinde bilgi düzeyinin daha fazla arttığı (p=0,000), hijyen ve temizlik uygulamaları ile ilgili yaşanılan zorlukların zamanla azaldığı ve eğitim grubunda bu azalmanın daha belirgin olduğu (p=0,000), doğum sonrası dönemde dikkat edilmesi gereken uygulamalar konusunda her iki grupta da bilgi seviyesinin zamanla artmış olduğu, eğitim grubundaki artışın ise daha belirgin olduğu (p=0,000), yara yeri hijyeni konusunda eğitim grubunun bilgi seviyesinin zaman içinde daha hızlı arttığı ve kontrol grubuna kıyasla daha yüksek kaldığı (p=0,000), eğitim grubunun doğum sonu dönemde kontrol yaptırma zamanlarını kontrol grubuna kıyasla daha fazla bildiği (p=0,000), eğitim grubunun doğum sonrası dönemde oluşabilecek acil durumlar konusunda kontrol grubuna kıyasla daha fazla bilgi sahibi olduğu ve zamanla bilgi seviyesinin kontrol grubuna göre daha fazla artma gösterdiği (p=0,000), her iki grupta da zamanla korku seviyelerinin azaldığı ve özellikle eğitim grubunda bu azalmanın daha hızlı olduğu sonuçlarına ulaşıldı (p=0,000) (Çizelge 4.3).
- Eğitim grubuna verilen eğitimin lohusaların öğün düzeni üzerinde etkili olduğu (p<0,005), eğitim grubundaki bireylerin zaman içerisinde daha düzenli ve sık öğün tükettiği, kontrol grubundaki bireylerin beslenme

düzeninde belirgin bir değişiklik olmadığı, doğum sonrası dönemde beslenme bilgisi konusunda eğitim grubunun zamanla bilgi seviyesinin arttığı ve kontrol grubuna kıyasla daha fazla bilgiye sahip olduğu (p=0,000), eğitim grubunda su tüketiminin zamanla daha belirgin bir artış gösterdiği , kontrol grubunda ise daha düşük seviyelerde kaldığı (p=0,000) ,eğitim grubunun beslenme değişikliği yaşama açısından doğum sonrası döneme daha fazla uyum sağladığı (p=0,003), eğitim grubunda hazımsızlık yaşama durumunun zaman içinde kontrol grubuna kıyasla daha fazla azaldığı sonuçlarına ulaşıldı (p=0,016) (Çizelge 4.5).

- Konstipasyon probleminin zaman içinde azaldığı ve özellikle eğitim grubunda bu azalmanın kontrol grubuna kıyasla daha belirgin olduğu (p=0,040), idrar ve dışkılama rahatsızlıklarının zaman içinde azaldığı ancak gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı (p=0,580) sonuçlarına ulaşıldı (Çizelge 4.6).
- Yorgunluk düzeylerinin zamanla azaldığı, ancak gruplar arasında belirgin bir fark olmadığı (p=0,301), eğitim grubunda ayağa kalkmak için duyulan destek ihtiyacının kontrol grubuna kıyasla zaman içinde daha fazla azaldığı(p=0,015), eğitim grubunun aktivite durumunun kontrol grubuna kıyasla daha iyi olduğu (p=0,011) sonuçlarına ulaşıldı (Çizelge 4.7).
- Uyku yeterliliğinin zamanla arttığı ancak gruplar arasında belirgin bir fark olmadığı (p=0,137) uyku kalitesinin zamanla arttığı ve eğitim grubunun kontrol grubuna kıyasla uyku kalitesinin daha çok arttığı sonuçlarına ulaşıldı (p=0,018) (Çizelge 4.8).
- Eğitim grubunun kontrol grubuna kıyasla belirgin bir şekilde daha az ağrı hissettiği (p=0,001), eğitim grubunun ağrı ile baş etme durumunun kontrol grubuna göre daha fazla gelişim gösterdiği (p=0,000) (Çizelge 4.9), eğitim ve kontrol grupları arasında ağrı ile baş etme yöntemleri açısından anlamlı fark olmadığı sonuçlarına ulaşıldı (Çizelge 4.10).
- Ameliyat sonrası bireylerin zamanla dış görünüm düşüncelerinin olumlu yönde değiştiği, ancak eğitim ve kontrol grupları arasında belirgin bir fark olmadığı sonuçlarına ulaşıldı (p=0,322) (Çizelge 4.11).

- Ameliyat sonrası dönemde aile sorumlulukları üzerindeki etkilerin zamanla değiştiği, ancak eğitim ve kontrol grupları arasında belirgin bir fark olmadığı (p=0,002), doğum sonrası dönemde eş ile iletişim konusunda eğitim grubunun daha az etkilendiği (p=0,006) (Çizelge 4.12), her iki grupta da en çok güven veren kişinin eş olduğu sonuçlarına ulaşıldı (Çizelge 4.13).
- Cinsel sağlık ile ilgili hissedilen endişenin eğitim grubunda kontrol grubuna kıyasla daha fazla azaldığı (p=0,018), aile planlaması yöntemlerini bilme açısından ise eğitim grubunun kontrol grubuna kıyasla zaman içinde bilgi seviyesinin daha fazla arttığı (p=0,019) (Çizelge 4.14), spiral ve RIA'nın en sık tercih edilen aile planlaması yöntemleri olduğu, prezervatif ve tubal ligasyon uygulama oranlarının her iki grupta da sabit kaldığı , kararsız bireylerin oranının değişmediği, eğitim grubundaki bireylerin aile planlaması tercihleri açısından kontrol grubuna göre belirgin bir değişim göstermediği sonuçlarına ulaşıldı (p>0,05) (Çizelge 4.15).
- Eğitim grubunun stres düzeyinin zaman içinde kontrol grubuna kıyasla daha fazla azaldığı (p=0,050), eğitim grubunun kontrol grubuna kıyasla belirgin bir şekilde daha fazla stresle başa çıkabildiği ve başa çıkma becerilerinin zamanla daha çok arttığı(p=0,000) (Çizelge 4.16), stres ortamından uzaklaşma en yaygın kullanılan yöntem olurken, müzik dinleme ve hayal etme gibi yöntemlerin tercih edilme oranları zaman içinde küçük değişiklikler gösterdiği, spor yapma ve ilaç kullanımı gibi yöntemlerin kullanım oranlarının düşük kaldığı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmediği, eğitim grubuna uygulanan eğitimin stresle baş etme yöntemleri üzerinde belirgin bir etki yaratmadığı sonuçlarına ulaşıldı (p>0,05) (Çizelge 4.17).
- Eğitim grubunun zamanla, yaşama ilişkin bakış açısında değişim olduğu ve başlangıçtaki eğitim ve kontrol grubu arasındaki farkın zamanla dengelendiği (p=0,000) (Çizelge 4.18), dua etmenin rahatlatıcı etkisinin her iki grupta da benzer şekilde yüksek olduğu ve zamanla değişim göstermediği sonuçlarına ulaşıldı (p=0,473) (Çizelge 4.18).
- Postoperatif depresyon düzeyleri ameliyat sonrası süreçte zamanla azaldı, ancak bu azalma eğitim ve kontrol grupları arasında farklılık göstermediği,

uygulanan eğitimlerin depresyon düzeylerinde grup bazında belirgin bir etki yaratmadığı, ancak zaman içinde doğal olarak depresyon seviyelerinin düştüğü sonucu elde edilmiştir (p=0,989) (Çizelge 4.19).

- Eğitim grubunda 1 hastada cerrahi alan enfeksiyonu gerçekleşirken, kontrol grubunda toplam 4 hastada cerrahi alan enfeksiyonu gerçekleşti. İleus açısından, postoperatif 1., 10. ve 42. günlerde hiçbir hastada ileus gelişmedi (%100 temiz). Emboli açısından, postoperatif 1., 10. ve 42. günlerde hiçbir hastada emboli gelişmedi (%100 temiz) Benzer şekilde, mastit vakalarına da her iki grupta rastlanmadı (%100 temiz). Sonuç olarak, cerrahi alan enfeksiyonları dışında hiçbir komplikasyon gözlenmedi ve postoperatif komplikasyonlar açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşıldı. (Çizelge 4.20)

6.2 Öneriler

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

- Ağrı yönetiminde alternatif yöntemlerin etkinliğini artırmak için ek müdahalelerin yapılması gerekebilir. Özellikle, eğitim grubunda farklı tekniklerin uygulanıp uygulanmadığı ve katılımcıların bu yöntemleri nasıl benimsediği daha ayrıntılı olarak incelenebilir. Daha ileri analizlerle bireylerin hangi yöntemleri tercih ettikleri ve bu tercihlerde hangi faktörlerin etkili olduğu detaylandırılabilir.
- Eğitim grubundaki bireylerin belirli stres yönetimi tekniklerini benimseme eğilimleri detaylı analizlerle daha kapsamlı bir şekilde incelenebilir.
- Hemşirelerin bağımsız rollerinden biri olan eğitim ve danışmanlık rolünü sezaryen sonrası verilen taburculuk eğitiminde ön plana çıkaran çalışmalar yapılabilir.
- Sezaryen ile doğum sonrası görülen komplikasyonlar için taburculuk eğitiminin etkinliğini değerlendirmek amacıyla her bir komplikasyon için örneklem sayısı artırılarak ayrı ayrı değerlendirilebilir.
- Sezaryen ile doğum yapan lohusalara farklı hemşirelik modelleri kullanarak eğitim verilip ve eğitim sonuçlarının karşılaştırılabilir.

- Sezaryen sonrası taburculuk eğitimi bir standart haline getirilip, tüm hastanelerde taburcu olunurken lohusalara verilebilir. Sezaryen sonrası verilen taburculuk eğitiminin post operatif 1. gün lohusalara verilip taburcu olmadan önce standart haline gelmiş olan broşürlerin lohusalara verilmesi sağlanabilir.
- Sezaryen sonrası lohusalar için bakım ve danışmanlık hattı kurulabilir.

KAYNAKÇA

ACNM, MANA, NACPM. (2012). Supportıng Healthy And Normal Physıologıc Chıldbırth: A Consensus Statement By ACNM, MANA, And NACPM. https://mana.org/pdfs/Physiological-Birth-Consensus-Statement.pdf

Ağaçayak, E., Yavuz, M., Yaman Tunç, S., Akın, G., Ertuğrul, S., Baysal Yıldırım Z. ve Gül, T. (2019). Spinal veya genel anestezi ile yapılan elektif sezaryenler ve anestezi verilmeye normal doğumların neonatal sonuçlarının karşılaştırılması. *Dicle Tıp Dergisi,* 46 (2), 299-305

Ahmad N. Z. & Ahmed A. (2011). Meta-analysis of theeffectiveness of surgicalscalpelordiathermy in making abdominal skin incisions. *Annals of surgery,* 253(1), 8-13

Akbarzadeh, M., Rad, SK., Moattari, M. ve Zare, N. (2017). Investigation of breastfeeding training based on BASNEF model on the intensity of postpartum blues. *Eastern Mediterranean, 23(12),830-835*

Akkuş, H. ve Çoban, A. (2023). Sezaryen doğum sonrası emzirmenin başlatılmasında yaşanan sorunlar. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilileri Fakültesi Dergisi,*7(2), 380-3920 doi:10.46237/amusbfd.1241863

Alkaş, S. (2019). Sezaryen ile doğum yapan annelerde doğum sonu konfor, Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara

Apay, ES. (2011). Sezaryen ile Doğum Yapan Loğusalara Roy'un Modeline Göre Verilen Bakımın Değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum.

Artuvan, H. (2018). Son trimestıırdeki gebelerin doğum tutumunun karşılaştırılması: İki şehir örneği, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek LisansTezi , Manisa.

Aştı, T. ve Karadağ A. (2019). *Hemşirelik esasları- bilgiden uygulamaya: kavramlar-ilkeler- beceriler,* İstanbul: Akademi Basın Evi

Aygin, D. ve Marul, F. (2016). Cerrahi alan enfeksiyonu tanımlarında yenilikler ve ameliyat öncesi tüy temizliğinde güncel uygulamalar. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi (OTSBT),* 1(3), 28-36

Balkan, S. (2024). Erken postpartum dönemde annelik hüznü görülmesini etkileyen faktörler. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Muğla.

Bernard, O., Gibso, RC., McCaw-Binns, A., Reece, J., Coore-Desai, C., Shakespeare Pellington, S. & Samms-Vaughan, M. (2018). Antenatal depressive symptoms in Jamaica associated with limited perceived partner and other social support: A cross-sectional study. *Plos One,* 13(3),1-19

Bıyık, İ.(2020). Sezaryen sonrası tromboflaksisinin uygulanan olguların değerlendirilmesi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi,* 11(4), 641-645

Bick, D., Murrells, T., Weavers, A., Rose, V., Wray, J. & Beake, S. (2009).Revising acute care systems and processes to improve breastfeeding and maternal postnatal health: a pre and post intervention study in one English maternity unit, *Midwifery*, 25, 392-402.

Carey, JC. and Rayburn, WF. (2006). *Obstetrik and jinekoloji*. Ankara : Öncü Basımevi

Ceylan, G. ve Apay, SE. (2023). Sezaryende pre,peri,post-op ebelik bakımı. *Artuklu Journal of Healath Sciences, 2,246-252* https://doi.org/10.58252/artukluder.1284451

Chauhan, G. ve Tadi, P. (2022). Physiology, postpartum changes. *Statpearls*. Erişim Adresi: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555904/

Cunningham, F.G., Gant, NF.& Leveno, KJ. (2005). Williams Doğum Bilgisi (Çeviren: Aysegül Cengiz Akman), İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 672-685s.

Cücü, A. (2021). Sezaryen doğum sonrası vajinal doğum olasılığının tolac hesaplama yöntemi ile değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Uluslararası Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Çağlayan, EK., Kara, M., Gürel, Y. (2011). Kliniğimizdeki sezaryen operasyonlarında görülen komplikasyonlar ve olası risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*. (7),64-67 DOİ: 10.5350/BTDMJB201107205

Çam, R. ve Asar, A. (2019). Total kalça protezi hastalara verilen taburculuk eğitiminin günlük yaşam aktivitelerine ve yaşam kalitesine etkisi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 12(4),220-233*

Çelikel, AS, (2012). Doğum sonrası dönemde fonksiyonel durum ile postpartum depresyon ilişkisinin incelenmesi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, s.5-8

Çifçi, E. (2006). Açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin fonksiyonel sağlık örüntülerine göre evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sivas.

Daşan, Z.(2024). Sezaryende verilen duygusal desteğin ağrı, anksiyete ve cerrahi korku üzerine etkisi. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

Demirtaş, B. (2012). Breastfeeding support received by Turkish first-time mothers. *International Nursing Review,* 59, 338–344.

Dennis, CL. and Ross, L. (2005). Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue and development of depressive symptomatology. *Birth,* 32,187-193.

Derya, Y.,Akça E., Kamalak H. ve Gökbulut N.(2021). Doğum Sayısı, Doğum Şekli ve Gebeliğin Planlı Olma Durumunun Lohusalarda Posttravmatik

Gelişim ve Konfora Etkisi.Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 14(3):366-377 doi: 10.26559/mersinsbd.828603

Di, X., Ge, X.L., Wang, D. (2024). Effect of care intervention with a health education form for breastfeeding on breast distension, pain, and lactation in postpartum mothers. *World J Clin Cases,* 12(22), 5059-5066.

Dişli, D. ve Mecdi Kaydırak, M .(2021). Kanıt temelli yaklaşım perspektifinde postpartum bakımın optimizasyonu. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(2),1 43-151. Erişim Adresi: https://dergipark.org.tr/tr/pub/ikcusbfd/issue/62599/868339#article_cite Doı: 10.38136/jgon.1111186

Emine, C., Beydağ, K. D. (2023). Sezaryen Hastalarının Cerrahi Korku Düzeyini EtkileyenFaktörler. Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 5(2),121-131.

Erbaş, N. (2013). Sezaryen sonrası fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline göre yapılan evde bakımın annelerin postpartum sağlık durumuna etkisi. Doktora Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

Erbaş, N. ve Demirel, G. (2016). Kadın sağlığının değerlendirilmesinde bir model: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 5(2),84-91

Ercan, N. (2020). Pilonidal Sinüs Ameliyatı olan Hastalara Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntelerine Göre verilen Taburculuk Eğitiminin Etkisi, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilimdalı, Balıkesir

Eryılmaz, G. (2008). Laktasyon ve emzirme. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık Ltd Şti.

Fırat, B. (2025). Travmatik doğum algısına sahip gebelere uygulanan psikoeğitim programının maternal bağlanma, emzirme ve postpartum depresyon düzeyine etkisi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul

Gengo, R., Butcher S.& Jones, D. (2021). An integrative review of comprehensive nursingassessment tools developed based on Gordon's Eleven Functional Health Patterns. *International Journal Of Nursıng Knowlodge,*1-14 https://doi.org/10.1111/2047-3095.12321

Green, CJ. (2011). Maternal Newborn Nursing Care Plans, Jones and Bartlett Learning, 2,9-22.

Güleç, T. ve Çoban, A. (2019). Sezaryen doğum sonrası taburculuk eğitiminin annelerin taburculuğa hazır oluşuklarına etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslek Dergisi,* 6(3),461-469

Güney, D. (2021). Sezaryen ameliyatı öncesi dinletilen müziğin ve verilen planlı eğitimin cerrahi korku, anksiyete ve depresyon üzerine etkisi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi,Sivas.

Güngör, S. (2021). Ortaöğretim biyoloji öğretim programının üreme, çoğalma ve gelişme konuları açısından değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi

Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Matematik ve Fen Bilimleri Eğitimi Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Programı, Ankara.

Gürkan, N. (2023). Kardiyoloji hemşireleri için fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline göre elektronik hemşirelik süreci sisteminin geliştirilmesi ve değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim, Doktora Tezi, İstanbul

Gürler, H. ve Yılmaz, M. (2011). Rektum kanserli bir olgunun standart hemşirelik bakımının planlanmasında bir model: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri, *Fırat Tıp Dergisi* ,16(3),141-146

Gürler, M. (2024). Elektif sezaryen sonrası yara yeri enfeksiyonlarının demografik veriler ve preoperatif hematolojik parametrelerle değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana.

Güz, H., Doğanay, Z.ve Güz, T. (2001). Lomber disk hernisi nedeniyle ameliyat olan hastalarda ameliyat öncesi anksiyete. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 40 (1-2),36-39.

Hatipoğlu, FS.(2024). Acil serviste ileus tanısı alan erişkin hastalarda bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde saptanan dilatasyon çapı ile hastanede yatış süresi ve 30 günlük mortalite arasındaki ilişkinin araştırılması. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı,Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul *Health Journal*, 23(12), 830-835. DOI.org/10.26719/2017.23.12.830

Howell, EA., Mora, PA., Mark, RC. & Leventhal, H. (2010). Lack of preparation, physical health after childbirth and early postpartum depressive symptoms, *Journal of Women's Health,* 19 (4), 703-707.

Hunter, L., Rychnovsky, J.& Yount, S.A. (2009). Selective Review of Maternal Sleep Characteristicsin Postpartum Period, *Jognn,* 38 (1), 60-68.

İldan, S. (2007). Postpartum erken dönemde düzenli fundus masajının uterus involüsyonuna ve loşia rubra miktarına etkisi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir

İncedere, A.(2020). Sezaryen operasyonlarında kullanılan farklı uterin insizyon kapatma yöntemlerin postoperatif sezaryen insizyon skar kalınlığı ve istmosel oluşumu açısından karşılaştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir

İzveren, ÖA. ve Dal, Ü. (2011) Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi.* 18,36-46.

Kadanalı, A. (2006). Postpartum Enfeksiyonlar. Kitap: Çiçek N, Akyürek C, Çelik Ç vd. (Yazarlar), Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Ankara, Güneş Kitabevi, 267-273s.

Kaplan, O. (2023). Sezaryen sonrası erken dönemde uygulanan sıcak su ayak banyosunu ağrı, yorgunluk ve gaz çıkışına etkisi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Gaziantep

Karaahmet, A.,Temur, Ş.,Avcı E., Söylemez, H.,Aygün, H.ve Kutlu L. (2020). Postpartum Kadınların Perine Hijyen Eğitimi Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,* 3(1),41-51

Karakaya, TK. (2022). Elektif sezaryen olgularında uygulanan farklı cerrahi tekniklerin maternal ve neonatal etkilerinin değerlendirilmesi. Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilimdalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ordu.

Karayağız, F., Altuntaş, M., Güçlü, YA., Yılmazer, TT. ve Öngel, K.(2011). Cerrahi servisinde yatan hastalarda görülen anksiyete dağılımı. *Smyrna Tıp Dergisi* ,1:22-26

Kayhan, E. (2024). Sezaryen doğum yapan kadınların erken postpartum dönemde aldıkları eş desteğinin doğum sonu fonksiyonel durumlarına etkisi. Üsküdar Üniversitesi Sağlık bilimleri Fakültesi ,Yüksek Lisans Tezi , İstanbul.

Kayıkçı, G. (2024). Plasenta previalı gebelerin sezaryen sectio sırasında kanama miktarı ile eritropoietin seviyesinin korelasyonu. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Trabzon

Kealy, MA., Small, RE. & Liamputtong, P. (2010). Recovery after caesarean birth: a qualitative study of women's accounts in Victoria,Austrulia. *BMC Pregnancy and Childbirth,* 10 (47), 2-11.

Kersten-Alvarez, LE., Hosman, C., Riksen-Walraven, JM., Van Doesum, K. & Hoefnagels, C. (2010). Long-term effects of a home-visiting intervention for depressed mothers and their infants, *Journal of ChildPsychology and Psychiatry,* 51 (10), 1160-1170.

Keskin, V.(2017). Sezaryen operasyonu sonrası cerrahi alan enfeksiyonu gelişen hastalar ile enfeksiyon gelişmeyen hastalarda risk faktörlerinin karşılaştırılması, Sağlık Bilimleri Üniverisitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilimdalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Adana.

Koç, G. (2005). Doğum sonu erken dönemde taburcu edilen anneler için geliştirilen evde bakım hizmet modelinin etkinliğinin incelenmesi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara,223s.

Kumral, S. (2021). Doğum sonu dönemde algılanan eş desteği ve güvenlik hissinin emzirme öz yeterliliğine etkisi. İstinye Ünversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

Kurnaz, E. (2007). Bebeği yenidoğan yoğun bakım ünitesinde olan annelerin endişeleri ve bakım gereksinimleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

Li, S., Liu, Y., Liu, G. (2023). Nursing discharge teaching of hospitalized postpartum women in China: A cross-sectional study. *Gynecology and Obstetrics Clinical Medicine,* 3(4): 236–240.

Li, S., Zhuo, Z., Li, R.& Guo, K.(2024). Efficacy of esketamine for the treatment of postpartum depression and pain control following cesarean section: a randomized, double-blind, controlled clinical trial. *BMC Anesthesiology* ,24,52 https://doi.org/10.1186/s12871-024-02436-6

Mahmoudi, MF. (2001). 15-49 Yaş Evli Kadınlarda Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanım Durumu ve Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir,

Marakoğlu, K., Özdemir S. ve Çivi S.(2009).Pospartum depresyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 29(1),206-214

Mathai ,M., Hofmeyr, GJ. & Mathai, NE. (2013) Abdominal surgical incisions for caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5),1-36 DOI:10.1002/14651858.CD004453.pub3

Menacker, ED. & Macdorman, MF. (2006). Cesarean delivery: background, trends, and epidemiology, *Semin Perinatol*, 30, 235-241.

Metin, A. ve Altınkaynak, S. (2020). Babaların sosyodemografik özelliklerinin eş desteği ve emzirme başarısına etkisi. *Jaren,* 6(1),109-116 doi:10.5222/jaren.2020.68552

Mirabzadeh, A., Dolatian, M., Forouzan, A. S., Sajjadi, H., Majd, H. A., & Mahmoodi, Z. (2013). Path analysis associations between perceived social support, stressful lifeevents and other psychosocial risk factors during pregnancy and preterm delivery. Iranian Red Crescent Medical Journal, 15(6), 507.

Multu, I.(2024).Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolünün (Eras) sezaryen olgularında hastalarda anne-bebek Bağlanması ve laktasyon üzerine etkisi. Tıpta uzmanlık Tezi,Ankara

Naçar, M., Öztürk, A. ve Öztürk, Y, (2003). Doğum sonrası dönemde verilen aile planlaması eğitiminin yöntem kullanmaya etkisi. *Erciyes Tıp Dergisi*, 25(3), 122-130,

Nazik, E. (2009). Öz-bakım modeli kullanılarak verilen bakımın postpartum komplikasyonların önlenmesi ve giderilmesine etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi,

Ökmen, S.(2024). Erken lohusalık döneminde eş desteğinin emzirme adaptasyonuna etkisi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir

Özcan, K. (2006). Sezaryen ile doğum yapan kadınların sezaryen ile ilişkili bilgi düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.

Özdemir, M.G. (2024). Sezaryen ameliyatlarında uygulanan Eras protokolünün anne ve yenidoğan üzerine etkileri. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anestezi ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı. Tıpta Uzamanlık Tezi, Ankara.

Özkan, H. (2019). *Hemşirelik ve Ebelik İçin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Kitapevi*. Ankara: Akademisyen Kitapevi

Özkeçeci, F. ve Yavan, T. (2020). Elektif sezaryen ameliyatlarında yapılan perioperatif uygulamaların ERAS protokolüne göre değerlendirilmesi. *Çukurova Medical Journal,*45(4),1607-1616

Palmer, SK., Zamudio, S., Coffin, C., Parker, S., Stamm, E., Moore, LG. (1992). Quantitative estimation of human uterine artery blood flow and pelvic

blood flow redistribution in pregnancy, Obstetrics & Gynecology 806),1000-1006

Pernoll, M. L. (1994). *Çağdaş Obstetrik ve Jinekolojik Teşhis ve Tedavi*. İstanbul: Barış Kitabevi, (Çeviri Editörü: F. Saraçoğlu.)

Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O. ve Epiney, M. (2011). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study, *Midwifery,* 27(2), 237-242.

Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmäki, E., Ryding, E. L., et al. (2015). Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience – a randomised controlled trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology,* 36 (1), 1-9. https://doi.org/10.3109/0167482X.2014.980722

Sabancıoğulları, S., Ata, EE., Kelleci, M. ve Doğan, S. (2011). Bir psikiyatri kliniğinde hemşireler tarafından yapılan hasta bakım planlarının Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ve NANDA tanılarına göre değerlendirilmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi,*2(3),117-122

Sağlık, M. ve Karaçam. (2018). Emzirme sorunları ve sorunlara ilişkin yapılan girişimler: Türkiye'de yapılan çalışmalara dayalı bir sistematik derleme. *Türk Pediatri Arşivi Dergisi*; 53(3),134-148

Sayed, G., Salama, H., Abumhara, S., Al-Obaidly, S.,Al- Qubaisi, M.& Al-Rifai H.(2023). Review of socioeconomic risk factors for cesarean births: a population-based study, *Acta Biomed,* 94 (3), 1-7

Sayın, C., Erzincan, S. ve Çilingir, I. (2018). Sezaryen: kanıta dayalı bilgiler. *Türkiye Klinikleri Gynecol Obst-Special Topics,*11(1),76-81

Sevil, Ü. ve Ertem, G. (2016). *Peritanoloji ve bakım.* Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri Sayfa: 300-350.

Sezer, N Y. (2013). Dördüncü sınıf ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin doğum sonu cinsel sağlık yönetimine ilişkin bilgi ve tutumları. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, *1*(3), 165–181.

Smith, RP. (2008). Obstetrik Jinekoloji ve Kadın Sağlığı. Çeviri Edt. Mithat Erenus, Tevfik Yoldemir, Güneş Kitapevi.

Sokoya, M., Farotimi, A.& Ojewole, F. (2014). Women'sperception of husbands' supportduringpregnancy, labouranddelivery. *IOSR Journal of Nursing and Health Science,* 3(3), 45-50.

Swerts, M., Westhof, E., Bogaerts, A., Lemiengre, J. (2016). Supporting breast-feeding women from theperspective of the midwife: A systematic review of the literature. *Midwifery*, 37, 32-40.

Şan, K. (2024). Planlı sezaryen olan hastalar ile acil sezaryen olan hastalarda postpartum depresyon ve cinsel fonksiyon karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğu Anabilimdalı,Tıpta Uzmanlık Tezi, , Ankara.

Şener, N. (2019). Sezaryen olan lohusalara verilen eğitimin doğum sonu yaşam kalitesine etkisi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (2018). Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. Ankara https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Rehberler/DOGUM_SONU_BAKIM_08-01-2019_1.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. Damla Matbaacılık, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar ve Erken Uyarı Dairesi Başkanlığı, Ulusal Sağlık Hizmetleri İlişkili enfeksiyon Sürveyans Ağı Özet Raporu 2023,Ankara https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/bulasici-hastaliklar-ve-erken-uyari-db/Dokumanlar/Sunumlar/2022_SHIE_OZET_SUNUM.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar ve Erken Uyarı Dairesi Başkanlığı, Ulusal Sağlık Hizmetleri İlişkili enfeksiyon Sürveyans Ağı Özet Raporu 2022 ,Ankara https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/bulasici-hastaliklar-ve-erken-uyari-db/Dokumanlar/Raporlar/USHIESA_OZET_RAPORU_2022.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı. (2022). Sezaryen Klinik Protokolü. Ankara https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sezaryen_kp_30052022.pdf

Taşdemir, N. ve Şenol Çelik, S. (2010). Hastaların cerrahi girişim sonrası abdominal distansiyona yönelik deneyimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 26,23-31.

Taşkın, L.(2016). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. Ankara : Akademisyen Tıp Kitabevi.

Taylor, J. &Johnson, M. (2010). How women manage fatigue after childbirth. *Midwifery,* 26 (3), 367-375.

TC. Sağlık Bakanlığı Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü. (2010). Anne Ölümleri İzleme Programı. Ankara. https://www.tmftp.org/files/sunumlar/1-kasim-2014/onur-ozlem-kose.pdf

Temel, M. ve Kutlu FY. (2019) Depresyon tanılı bir hastada Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli temelinde bir bakım planı, *Florence Nihgtingale Hemşirelik Dergisi* .27(1),91-103

Temel, M. (2015). Depresyonla baş etmede marjory gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modelinin etkinliği. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

TNSA (2013). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013.

TNSA. (2018). Hacettepe Üniversitesi Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. *Hacettepe University of Population Studies*. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf (Erişim: 27 Aralık 2023).

Toru, F. (2024). Cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesine yönelik hemşirelik uygulamaları ölçeği geliştirilmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Mersin.

Turan, EA. ve Yağmur Y. (2021)Effect of hot water foot bath on gas release and pain aftercesarean. *J Nurs Pract,* 4(2),130–42.

Turhan, N. (2017), postpartum erken dönemde düzenli fundus masajının uterus involüsyonuna ve loşia rubra miktarına etkisinin değerlendirilmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

Türen, S. (2017) . Semptomatik kalp yetmezliği hastalarının hemşirelik bakımında Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ve standart bakımın karşılaştırılması, , İstanbul Üniveristesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi İstanbul

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020. Türkiye Cumhuriyeti, Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Ankara, Türkiye https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/43399/0/siy2020-tur-26052022pdf.pdf

Verim, E. ve Sohbet, R. (2013). Kadınların sezaryen sonrası seçtikleri aile planlaması yöntemlerin ve bu yöntemleri seçme nedenlerinin dağılımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4),471-485

Wang, Z., Liu, J., Shuai, H., Cai, Z., Fu, X., Liu, Y., & Yang, B. X. (2021). Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Translational psychiatry*, 11(1), 54

Webb, D.A., Bloch, J.R., Coyne, J.C., Chung, E.K., Bennett, I.M. and Culhane J.F. (2008). Postpartum physical symptoms in new mothers: their relationship to functional limitations and emotional well-being. *Birth,* 35 (3), 179-87.

World Health Organization (WHO). (1997). Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group. 24(2), 121–123.https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1997.00121.pp.x

Yavuz, Y. ve Özçelik, R.(2022). Sezaryen sonrası cerrahi alan komplikasyonları: Retrospektif kohort çalışması. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*.

Yıldız, B. (2023). Sezaryen ile doğum yapan hastalarda, ERAC (Enhanced Revovery After C-Sectıon-Sezaryen Sonrası Hızlı İyileşme) protokolünün klinik yönden değerlendirilmesi. İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul

Yılmaz, M. ve Yar, D. (2021). Gebelik ve postpartum dönemde kadın ruh sağlığı: derleme çalışması. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(1), 93-100. DOI.org/10.46237/amusbfd.693233

Yurdal, N. ve Öter, E. (2021). Sezaryen doğuma etik ilkeler kapsamında hemşirelik yaklaşımı. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi,* 7(1),97-119

Yüksel, E. (2024). İlk kez sezaryen olan hastalarda peritonizasyonun postoperatif iyileşme üzerine etkisinin araştırılması, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Konya

EKLER

Ek-1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Eğitim Grubu () Kontrol Grubu () Anket no()

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını, risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Çalışmaya katılmaya karar verirseniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneniz sırasında istenilen tetkikleriniz dışında ek bir tetkik uygulanmayacaktır.

Çalışmanın Adı: Sezaryen ile doğum yapan lohusalara gordonun fonksiyonel sağlık örüntülerine göre verilen taburculuk eğitiminin etkinliğinin ve post operatif komplikasyonlara olan etkisinin değerlendirilmesi

Çalışmanın Konusu ve Amacı: Sezaryen ile doğum yapan lohusalara gordonun fonksiyonel sağlık örüntülerine göre verilen taburculuk eğitiminin etkinliğinin ve post operatif komplikasyonlara olan etkisinin değerlendirilmesi

Çalışma Yöntemi:

Araştırmanın evrenini, Özel İstanbul Medipol Üniversitesi Pendik Hastanesi'de Kadın Hastalıkları ve Doğum 1 yıl içinde toplamda 2044 doğum sonu kadına hizmet verildiği belirlenmiştir. Araştırmaya alınacak kişi sayısını belirlemek üzere güç (power) analizi yapılmıştır. Testin gücü, G*Power 3.1 programı ile hesaplanmıştır. Etki büyülüğü Cohen(1988) tarafından belirlenen bağımsız gruplar arasındaki farka göre yüksek düzeyde olarak 0.8 alınmıştır. Çalışmanın gücünün belirlenmesinde %95 değerini geçmesi için; %5 anlamlılık düzeyinde ve 0,8 etki büyüklüğünde gruplarda 35 kişi olmak üzere 70 kişiye ulaşılması

gerekmektedir(df=68; t=1,668). Araştırmada testin gücünün yüksek olması ve kayıplar gözönünde bulundurularak gruplarda 40 kişi olmak üzere toplam 80 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir.

Bu nedenle 1 Ağustos 2024- 30 Kasım 2024 tarihleri arasında Kadın Hastalıkları ve Doğum servisinde doğum yapan, doğum sonrasında sözel iletişim sorunu yaşamayan, soru anlama yetisine sahip, hemşiresi Türkçe konuştuğu için Türkçe konuşabilen ve anlayabilen, 18-35 yaş aralığında, araştırmaya katılmayı kabul eden, sezaryen ile doğumu gerçekleşmiş, kronik hastalığı bulunmayan 80 hasta alındı. İlk 40 hasta kontrol, daha sonraki 40 hasta eğitim grubunu oluşturdu. Kontrol ve eğitim grubu aynı dönemde alınmadı, hastalar birbirlerini görmedi. Tüm hastalar Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (EK:1) ile aydınlatıldı ve araştırmaya kabulleri alındı.

Örneklemi oluşturan hastaların özelliklerine ilişkin bilgi elde edebilmek amacıyla araştırmacı tarafından düzenlenen veri toplama formu hastanın yaş, cinsiyet, medeni durumu, sürekli kullandığı ilaçlar, daha önce geçirmiş olduğu ameliyatlar, hastanın kilosu, eğitim durumu, mesleği, mental durumu, geçmişte tanı konulmuş kronik hastalık, hastanede kalma süresi, sezaryen ile doğum eylemi gerçeleşirken kullanılan anestezinin türü ve laboratuvar sonuçları değişkenlerini içermektedir.

Çalışmaya Katılmanın Olası Yararları: Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz halinde elde edilen sonuçlar yüksek lisans tezi için ve bilimsel yayın amaçlı kullanılacak olup pospartum dönemdeki kadınların iyileşme sürelerinin kısalmasına yardımcı olacaktır. Soru ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler: Saniye Coruk

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Ad- Soyad:…….

Tarih: ……/….. /……. İmza:……

Anket No: Eğitim Grubu () Kontrol Grubu ()

Ek-2: Veri Toplama Formu

1. Hastanı Adı Soyadı: …….
2. Yaş:……. Kilo:…….Boy:…….BKI:…….
3. Eğitim Durumu:…….
4. Mesleğiniz: Ev hanımı( ) Sigortalı çalışan( ) Sigortasız çalışan( ) Diğer:…….
5. Aylık Geliriniz. Gelir gidere eşit( ) Gelir giderden az ( ) Gelir giderden fazla( )
6. Medeni Durumu : Evli () Bekar()
7. Gebelik Sayısı: ……. Doğum Sayısı:……. Düşük Sayısı:….. Küretaj Sayısı:…….. Yaşayan çocuk sayısı:……. Son doğum şekli: ……..
8. Kronik Hastalığı : Evet( ) Hayır( )
9. Sürekli Kullandığı İlaç Var Mı?: Evet ( ) Hayır( ) Evetse nedir? …….
10. Sigara kullanımı var mı? Evet () Günde ……./tane Hayır(). Bıraktım()
11. Alkol Kullanımı Var mı? Evet() Hayır ()
12. Madde Kullanımı var mı? Evet İse Açıklayınız…….
13. Daha Önceden Ameliyat Oldunuz Mu? Evet( ) Hayır( ) Evet İse Açıklayınız……
14. Sezaryen operasyonu sırasında kullanılan anestezi türü nedir? Spinal ( ) Genel() Spinal+Epidural ()
15. Sezaryen sonrası hastanede kalış süreniz…….
16. Laboratuvar Değerleri: Preop: Hemoglobin: WBC: HCT: PLT: Postoperatif Hemoglobin: WBC: HCT: PLT:

Anket No ( ) **Eğitim ( )** **Kontrol ( )**

Ek-3: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Değerlendirme Kontrol Listesi

FSÖ'YE GÖRE GRUPLANMIŞ ALANLAR	1'DEN 10'A KADAR PUAN VERİNİZ (1: ÇOK KÖTÜ (10: ÇOK İYİ)	POST-OP 1. GÜN	POST-OP 10.GÜN	POST-OP 42.GÜN
SAĞLIĞI ALGILAMA-SAĞLIĞIN YÖNETİMİ	1.Kendinizi genel olarak nasıl hissediyorsunuz? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 KÖTÜ ÇOK İYİ			
	2. Doğum sonrasında hekiminizi aramanızı gerektiren ya da tıbbi yardım almanız gereken durumlar hakkındaki bilginizi nasıl değerlendiriyorsunuz? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 KÖTÜ ÇOK İYİ			
	3. Doğum sonrasında hangi durumlarda hemşirenizi aramanızı ya da tıbbi yardım almanız gerektiği konusunda bilginizi nasıl değerlendiriyorsunuz? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 KÖTÜ ÇOK İYİ			
	4. Doğum sonrasında hijyen ve temizlik uygulamalarınızı yaparken ne kadar zorlandınız? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 HİÇ ÇOK FAZLA			
	5.Doğum sonrasında dikkat etmeniz gereken uygulamalar konusundaki bilginizi nasıl değerlendiriyorsunuz? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 KÖTÜ ÇOK İYİ			
	6. Doğum sonrasında yara yeri hijyeni konusunda nelere dikkat etmeniz gerektiğini biliyor musunuz? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 KÖTÜ ÇOK İYİ			
	7. Doğum sonrasında kontrol yaptırma zamanlarınız ile ilgili bilginizi nasıl değerlendiriyorsunuz? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 KÖTÜ ÇOK İYİ			
	8. Doğum sonrasında oluşabilecek acil durumlar ile ilgili bilginizi nasıl değerlendiriyorsunuz? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 KÖTÜ ÇOK İYİ			
	9. Şu an ki korku puanınızı nasıl değerlendirirsiniz? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 HİÇ ÇOK FAZLA			

BESENME-METABOLİK	10.Günde kaç öğün besleniyorsunuz? (Öğün sayınızı yazınız) ( ) 3 ÖĞÜN ( ) 3 ARA 3 ARA ÖĞÜN ( ) 2 GÜN ( ) TEK ÖĞÜN			
	11.Günde kaç litre su içiyorsunuz? (Litre sayınızı yazınız)			
	12.Çiğneme veya yutma problemi yaşama sıklığınızı değerlendiriniz? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 AZ ÇOK SIK			
	13. Doğum sonrası beslenme ile ilgili bilgi düzeyinizi değerlendiriniz? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 AZ ÇOK İYİ			
	14. Doğum sonrası dönemde beslenmeniz ile ilgili değişiklik yaşama derecenizi belirtiniz. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 HİÇ ÇOK FAZLA			
	15. Beslenme sırasında mide bulantısı sıklığınızı değerlendiriniz? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 HİÇ ÇOK FAZLA			
	16. Beslenme sonrasında hazımsızlık sorununuz var mı? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 HİÇ ÇOK FAZLA			
	17.Saçınızda, tırnaklarınızda, derinizde değişiklik olma durumunu değerlendiriniz. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 HİÇ ÇOK FAZLA			
ELİMİNASYON	18. Doğum sonrası dönemde kabızlık şikâyeti yaşama durumunuzu değerlendiriniz. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 HİÇ ÇOK FAZLA			
	19. Doğum sonrası dönemde ishal şikâyeti yaşama durumunuzu değerlendiriniz 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 HİÇ ÇOK FAZLA			
	20. Doğum sonrası dönemde idrarınızı ya da dışkı yaparken bir rahatsızlık yaşama durumunuzu değerlendiriniz. (ağrı, yanma vb.) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 HİÇ ÇOK FAZLA			
	21. Öksürdüğünüzde, aksırdığınızda veya güldüğünüzde idrar kaçırma olma durumunuzu değerlendiriniz. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 HİÇ ÇOK FAZLA			
	22. Doğum sonrası dönemde dışkı kaçırma durumunuzu değerlendiriniz. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 HİÇ ÇOK FAZLA			
	23. Genital (kadınlık organları) bölge hijyeni ve temizliği konusunda dikkat etmeniz gereken durumları bilme durumunuzu değerlendiriniz. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 AZ ÇOK FAZLA			

AKTİVİTE-EĞZERSİZ	24. Doğum sonrası dönemde yaşadığınız yorgunluk puanınızı değerlendiriniz. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 HİÇ ÇOK FAZLA			
	25. Doğum sonrası dönemde ayağa kalkarken desteğe ihtiyaç duyma durumunuzu değerlendiriniz. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 HİÇ ÇOK FAZLA			
	26. Kendi kendine beslenme, banyo yapma, saç tarama ve giyinme, tuvalete gitme, hareket etme, merdiven çıkma, alışveriş, yemek pişirme, ev işi gibi günlük aktiviteleri yapabilme durumunuzu değerlendiriniz. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 HİÇ ÇOK FAZLA			
	27. Doğum sonrası dönemde aktivite durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 HİÇ ÇOK FAZLA			
UYKU-DİNLENME	28.Uyku düzeninizde değişiklik yaşama durumunuzu değerlendiriniz. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 HİÇ ÇOK FAZLA			
	29.Uyku pozisyonları konusunda problem yaşama durumunuzu değerlendiriniz. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 HİÇ ÇOK FAZLA			
	30.Yeterli düzeyde uyuyabilme durumunuzu değerlendiriniz. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 YETERSİZ ÇOK YETERLİ			
	31. Yeterli düzeyde dinlenebilme durumunuzu değerlendiriniz. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 HİÇ ÇOK FAZLA			
	32.Şu an ki yorgunluk düzeyinizi değerlendiriniz? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 HİÇ ÇOK FAZLA			
	33.Uyku kalitenizi değerlendiriniz? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 HİÇ ÇOK İYİ			

BİLİŞSEL-ALGISAL	34.Şu an ki ağrı düzeyinizi değerlendiriniz. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 HİÇ YOK ÇOK FAZLA			
	35.Ağrıyı ile etkili baş etme durumunuzu değerlendiriniz. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 HİÇ YOK ÇOK FAZLA			
	36.Ağrı ile baş etmede kullandığınız yöntemleri seçiniz. (Yöntem seçiniz) 1. Sıcak Uygulama 2. Soğuk Uygulama 3. Hayal Etme 4. Hareket 5. Pozisyon 6. İlaç 7. Ilık Duş 8. Loş bir odada uyumak 9. Yoga, Meditasyon			
KENDİNİ ALGILAMA VE BENLİK	37. Doğum sonrası dönemde endişe durumunuzu değerlendiriniz. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 HİÇ YOK ÇOK FAZLA			
	38. Doğum sonrası dönemde ameliyat yerinizin dış görünüşünüzü etkilemesi ile ilgili düşüncenizi değerlendiriniz? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 HİÇ YOK ÇOK FAZLA			
ROLLER VE İLİŞKİLER	39. Doğum yapmanızın aile içindeki sorumluluklarınızı ne kadar etkilendiğini değerlendiriniz. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 HİÇ ÇOK FAZLA			
	40.Doğum yapmanızın aile/arkadaşlarla iletişiminizi ne kadar etkilediğini değerlendiriniz. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 HİÇ ÇOK FAZLA			
	41. Doğum yapmanızın eşiniz ile iletişiminizi ne kadar etkilediğini değerlendiriniz. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 HİÇ ÇOK FAZLA			
	42. Size en çok kimin desteği güven verir? (Belirtiniz)			
	43.Doğum sonrasında destek faktörlerinizden (anne, baba, eş, çocuk, arkadaş vb.) aldığınız desteğin yeterlilik düzeyini değerlendiriniz? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 HİÇ YOK ÇOK FAZLA			
	44. Sağlık sorunlarınızı başkası ile paylaşırken sorun yaşadınız mı? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 HİÇ ÇOK FAZLA			

CİNSELLİK VE ÜREME	45.Cinsel sağlığınız ile ilgili endişe durumunuzu değerlendiriniz. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 HİÇ YOK ÇOK FAZLA			
	46. Cinsel yol ile bulaşmaya ilişkin tanı aldığınız bir hastalığınız var mı? (Var ise belirtiniz)			
	47.Herhangi bir menstrual (adet dönemi) probleminiz var mı? (Var ise tanımlayınız)			
	48. Menstrual (adet dönemi) probleminizin yaşam kalitenizi etkileme düzeyini belirtiniz. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 AZ ÇOK FAZLA			
	49. Aile planlaması yöntemleri ile ilgili bilgi düzeyinizi belirtiniz. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 AZ			
	50. Doğum sonu dönemde kullanacağınız aile planlaması yöntemini belirtiniz.			
BAŞ ETME-STRES	51.Şu an ki stres düzeyinize kaç puan verirsiniz. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 AZ ÇOK FAZLA			
	52. Strese karşı etkili şekilde baş etme yöntemlerini kullanabiliyor musunuz? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 KÖTÜ ÇOK İYİ			
	53.Stres ile baş etme de hangi yöntemleri kullanıyorsunuz? (Kullandığınız yöntemi belirtiniz) 1. Stres ortamından uzaklaşma 2. Hayal Etme 3. Müzik dinlenme 4. Spor yapma 5. İlaç kullanımı			
DEĞER VE İNANÇLAR	54. Bu süreçte dini inanç / uygulamalarınızı gerçekleştirme de ne ölçüde zorlandınız? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 AZ ÇOK FAZLA			
	55.Bu süreçte dua etmek sizi rahatlattı mı? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 AZ ÇOK FAZLA			
	56. Bu süreçte yaşama ilişkin bakış açınızda bir değişiklik oldu mu? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 AZ ÇOK FAZLA			

Ek-4: Komplikasyon İzlem Çizelgesi

Anket No ( )

Eğitim () **Kontrol (**

KOMPLİKASYONLAR	POST-OP 1. GÜN	POST-OP 10.GÜN	POST-OP 42. GÜN
Doğum Sonu Depresyon	Edinburg Pospartum Depresyon Ölçeği Puanı:	Edinburg Pospartum Depresyon Ölçeği Puanı:	Edinburg Pospartum Depresyon Ölçeği Puanı:
Cerrahi Alan Enfeksiyonları	Bulgu ; Var( ) Yok( ) Açıklayınız:……	Bulgu ; Var( ) Yok( ) Açıklayınız:……	Bulgu ; Var( ) Yok( ) Açıklayınız:……
İleus	Bulgu ; Var( ) Yok( ) Açıklayınız:……	Bulgu ; Var( ) Yok( ) Açıklayınız:……	Bulgu ; Var( ) Yok( ) Açıklayınız:……
Emboli	Bulgu ; Var( ) Yok( ) Açıklayınız:……	Bulgu ; Var( ) Yok( ) Açıklayınız:……	Bulgu ; Var( ) Yok( ) Açıklayınız:……
Mastit	Bulgu ; Var( ) Yok( ) Açıklayınız:……	Bulgu ; Var( ) Yok( ) Açıklayınız:……	Bulgu ; Var( ) Yok( ) Açıklayınız:……

Ek-5: Eğitim

1

2

3

4

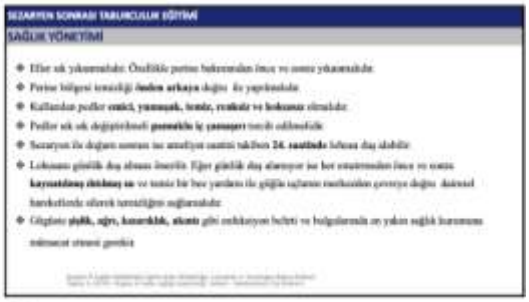
5

6

7

8

9

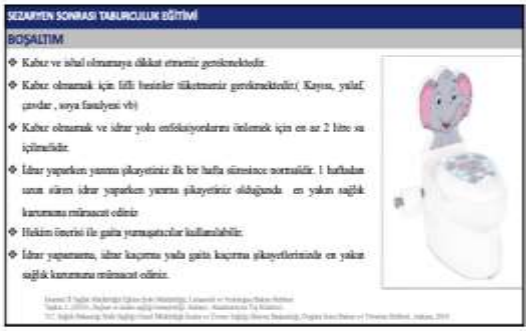


10

11

12

13



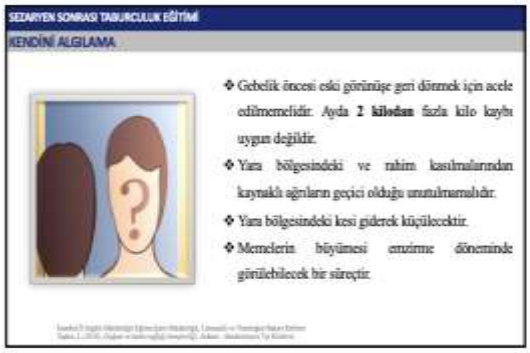
14

15

16

17

18



19

20

SEZARYEN SONRASI TABURCULUK EĞİTİMİ

CİNSELLİK

- Doğumdan sonra, lohusalık dönemi boyunca (**42 gün**) cinsel ilişki ertelenmelidir.
- İlk ilişkide gebe kalınabileceği unutulmamalıdır. Anne ve bebek sağlığı için **2 yıldan** daha kısa sürede tekrar gebelik sakıncalıdır.
- Eşler, doğum sonrası dönemde aile planlaması merkezinden danışmanlık almalıdır.
- Doğum sonrasında vajen de görülebilen kurulak için su bazlı kayganlaştırıcı jeller kullanılabilir.
- Doğum sonrası dönemde kontrasepsiyon kullanılması için tercih edilebilecek etkili yöntemler; RİA, Spiral, Cilt Altı İmplant, Kondom(prezervatif).

21

SEZARYEN SONRASI TABURCULUK EĞİTİMİ

ROL VE İLİŞKİLER

- Lohusalık döneminde eş ve aile desteği çok önemlidir.
- Destek faktörlerine ihtiyaç duyulduğunda yardım talep etmenin bize kazandırdığı destek çok büyüktür.
- Bebeğin sorumluluğu sizde olduğu kadar eşinizde de olduğu unutulmamalı ve ihtiyaç durumunda görev paylaşımı yapılmalıdır.
- Ev işlerine geri dönmek için acele edilmemelidir.
- Ev işleri için destek faktörlerinden yardım talep edilmelidir.

22

SEZARYEN SONRASI TABURCULUK EĞİTİMİ

BAŞ ETME-STRES TOLERANSI

- Lohusa , hormonal değişiklikler veya annenin bebek bakımında kendini yetersiz hissetmesi gibi durumlar sonucu **ağlama, mutsuzluk ve kaygı** görülebilir. Bu durumun geçici olduğu unutulmamalıdır. Çok stres yaşanılan dönemde eşten ve diğer destek faktörlerinden bebek bakımı konusunda ve lohusa kendi bakımları konusunda yardım istemelidir.
- Gün içerisinde kendisine iyi gelen alışkanlıklarını hekimin önerisi almarak yapmaya devam edebilir. (Müzik, yoga, seyahat gibi)

23

SEZARYEN SONRASI TABURCULUK EĞİTİMİ

BAŞ ETME-STRES TOLERANSI

- Yeni doğum yapmış diğer annelerle sıkıntıları paylaşmak anlaşılmış hissettirir.
- Dinlendirici aktivitelere yönelmek, bebek uyurken annenin kendine zaman ayırması gerekir.
- Yorucu süreçte sorumlulukları paylaşmak ve iş bölümü yapmak rahatlatıcı olacaktır.
- Yaşanan duyguları eş ve diğer aile üyeleri ile paylaşmak, ihtiyacı belirleyip o kişilere kendini ifade etmek, yardım istemek faydalı olur.
- Derin nefes alma (günde üç kez, 3-5defa), rahatlatıcı müzik dinleme,
- güzel bir anıyı hatırlama, hayal etme yararlıdır. Müzik eşliğinde gevşeme egzersizleri uygulanabilir.
- Duygu, düşünce ve sıkıntıların bir kâğıda yazılması zaman zaman rahatlatıcı olacaktır.

24

SEZARYEN SONRASI TABURCULUK EĞİTİMİ

DEĞER VE İNANÇLAR

- Ameliyat açısından yara yerine zarar vermeyecek ibadetlerin bir sakıncası yoktur.

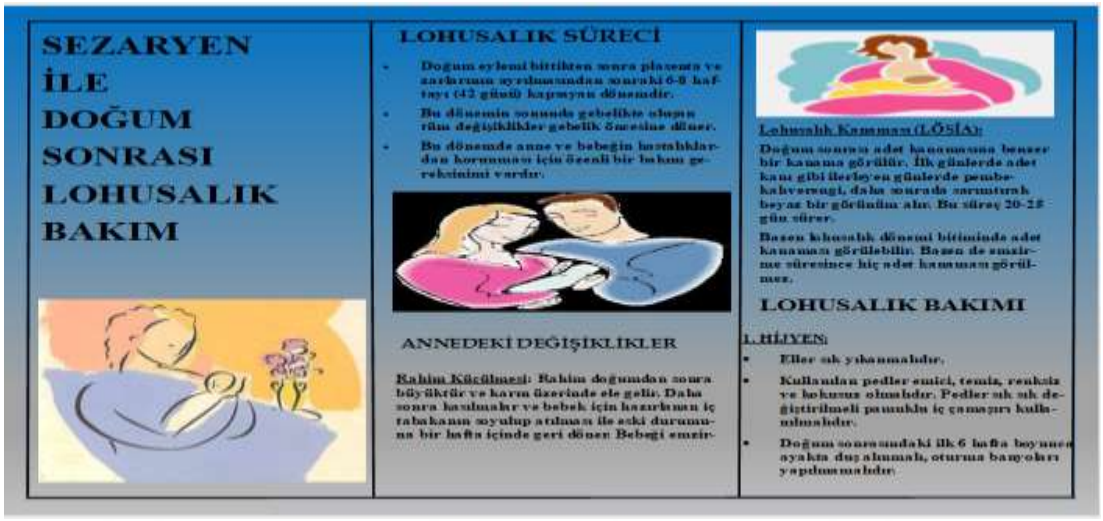
25

SEZARYEN SONRASI TABURCULUK EĞİTİMİ

TEŞEKKÜRLER

26

Ek-6: Broşür



SEZARYEN İLE DOĞUM SONRASI LOHUSALIK BAKIM

LOHUSALIK SÜRECİ

- Doğum eylemi bittikten sonra plasenta ve zarlarının ayrılmasından sonraki 6-8 haftayı (42 günü) kapsayan dönemdir.
- Bu dönemin sonunda gebelikte oluşan rüm değişiklikler gebelik öncesine döner.
- Bu dönemde anne ve bebeğin hastalıklardan korunması için özenli bir bakım gerekmektedir.

ANNEDEKİ DEĞİŞİKLİKLER

Rahim Küçülmesi: Rahim doğumdan sonra büyüktür ve karın üzerinde ele gelir. Daha sonra kasılmalar ve bebek için hazırlanan iç tabakanın soyulup atılması ile eski durumuna bir hafta içinde geri döner. Bebeği emzir-

Lohusalık Kanaması (LÖŞİA):

Doğum sonrası adet kanamasına benzer bir kanama görülür. İlk günlerde adet kanı gibi ilerleyen günlerde pembe-kahverengi, daha sonrada sarımtırak beyaz bir görünüm alır. Bu süreç 20-28 gün sürer.

Bazen lohusalık dönemi bitiminde adet kanaması görülebilir. Bazen de emzirme süresince hiç adet kanaması görülmez.

LOHUSALIK BAKIMI

1. HİJYEN:

- Eller sık yıkanmalıdır.
- Kullanılan pedler emici, temiz, renksiz ve kokusuz olmalıdır. Pedler sık sık değiştirilmeli pamuklu iç çamaşırı kullanılmalıdır.
- Doğum sonrasındaki ilk 6 hafta boyunca ayakta duş alınmalı, oturma banyoları yapılmamalıdır.

LOHUSALIK BAKIMI

2.YARA BAKIMI:

- Sezaryen yarı bölgesi temiz ve kuru tutulmalı gerekmektedir. Duş alınabilir. Duş alındıktan sonra kuru ve temiz bir havlu ile bas– çek bas-çek hareketleri uygulanarak yarı bölgesinin kurulanması gerekmektedir.
- Yarı bölgesi enfeksiyon belirti, bulguları (akıntı, kızarıklık, şişlik, sıcaklık) ve morluk (hematom)yönlerinden değerlendirilmelidir. Belirtilerin varlığında en yakın sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.
- Hastanede yapılan pansuman sonrasında evde tekrar pansuman yapılmaya gerek yoktur. Doktor kontrolüne gelindiğinde doktorunuz tarafından önerilen bakım kremlerini uygulayabilir ve doktorunuz tarafından önerilen tavsiyeler doğrultusunda yara yeri bakımını yapmaya de-

3.BESLENME:

- İlk bir hafta boyunca gaz üretimini artıracağı için çiğ meyve ve sebze tüketilmemelidir.
- Unlu, yağlı ve kızartma türü besinlerden kaçınmalıdır. Sulu gıdalara ağırlık verilmelidir.
- Acılı, ekşili, baharatlı ve gaz yapıcı gıdalar sütle bebeğe geçeceği düşünülerek dikkatli olunmalıdır.
- Günde en az 6-8 bardak su içilmelidir. Asitli içeceklerden uzak durulmalıdır.
- Kabız ve ishal olmamaya dikkat etmeniz gerekmektedir.
- Kabız olmamak için lifli besinler tüketmeniz gerekmektedir.(Kayısı, yulaf, çavdar, soya fasulyesi vb.)

4.DİNLENME VE UYKU:

- Doğum sonrası anne; ağrılar, bebeğin beslenmesi, bakımı nedeniyle dinlenme ve uykuya yeterince vakit ayıramaz. Bunun için aile büyüklerinden destek alınmalı, ziyaretçiler kısıtlanmalıdır.
- Geceleri emzirme nedeni ile uyku sık sık bölündüğünden gün içinde en az 2 saat uykuya ve dinlenmeye zaman ayrılmalıdır.
- Lohusalık döneminde ağır işlerden kaçınılmalıdır. Sırt üstü istirahat dokanımı artırdığı için önerilmektedir.

EK ÖNERİLER

1. Kanamanızda normalden fazla olursa (bir saatten daha sık pedin ıslanması), ateş yükselmesi veya akıntıda pis koku olursa en yakın sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.
2. Doktorunuzun reçete ettiği ilaçları düzenli kullanmanız gerekmektedir. Doktorunuzun bilgisi dışında ilaç kullanılması süte geçebileceği için önerilmez.
3. Kontrol randevularınıza düzenli gelmeniz gerekmektedir.
4. Annede, hormonal değişiklikler veya annenin bebek bakımında kendini yetersiz hissetmesi gibi durumlar sonucu ağlama, mutsuzluk ve kaygı görülebilir. Bu durum 10-14 günden uzun sürdüğünde doğum sonu depresyon gelişme olasılığı nedeniyle bir uzmana başvurulması gereklidir.
5. Doğumdan sonra lohusalık dönemi boyunca(42) gün cinsel ilişki ertelenmelidir. Anne ve bebek sağlığı için 2 yıldan kısa sürede hamile kalınması sakıncalıdır.
6. Gebelik öncesi eski görünüme geri dönmek için acele edilmemelidir. Ayda 2 kilodan fazla kilo vermek sakıncalıdır. Günde en az 20 dakika emzirmeden sonra hafif egzersizler ve yürüyüş önerilmektedir.

Ek-7: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği

Yakın zamanlarda bebeğiniz oldu. Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen, yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Son 7 gündür;

1) Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

☐Her zaman olduğu kadar

☐Artık pek okadar değil

☐Artık kesinlikle okadar değil

☐Artık hiç değil

Son 7 gündür;

2) Geleceğe hevesle bakıyorum.

☐Her zaman olduğu kadar

☐Her zamankinden biraz daha az

☐Her zamankinden kesinlikle daha az

☐Hemen hemen hiç

Son 7 gündür;

3) Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

☐Evet, çoğu zaman

☐Evet, bazen

☐Çok sık değil

☐Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür;

4) Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

☐Hayır, hiç bir zaman

☐Çok seyrek

☐Evet, bazen

☐Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

5) İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.

☐Evet, çoğu zaman

☐Evet, bazen

☐Hayır,çok sık değil

☐Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür;

6) Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

☐Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum

☐Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum

☐Hayır,çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum

☐Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

Son 7 gündür;

7) Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

☐Evet, çoğu zaman

☐Evet, bazen

☐Çok sık değil

☐Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür

8) Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

☐Evet, çoğu zaman

☐Evet, oldukça sık

☐Çok sık değil

☐Hayır, hiç bir zaman

Son 7 gündür

9) Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

☐Evet, çoğu zaman

☐Evet, oldukça sık

☐Çok seyrek

☐Hayır, asla

Son 7 gündür

10) Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

☐Evet, oldukça sık

☐Bazen

☐Hemen hemen hiç

☐Asla

ÖZGEÇMİŞ

ÖĞRENİM DURUMU:

- Lise: Gülizar-Zeki Obdan Anadolu Lisesi (2010-2015)
- Lisans: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
- Yüksek Lisans: İstanbul Gedik Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği (2021-2025)

MESLEKİ DENEYİM:

- Çalışma Deneyimi: İstanbul Okan Üniversitesi Hastanesi (Aralık 2019-Ağustos 2020)
- İstanbul Medipol Üniversitesi Pendik Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi (Ağustos 2020 – Halen Çalışıyor)