

**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**VAJİNAL YOLLA DOĞUM YAPAN KADINLARIN
ERKEN POSTPARTUM DÖNEMDE KENDİSİNİN VE
YENİDOĞANIN BAKIMINA YÖNELİK
YAŞADIKLARI SORUNLARIN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gülbahtiyar DOĞANER

TEMMUZ - 2005

SİVAS

**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**VAJİNAL YOLLA DOĞUM YAPAN KADINLARIN ERKEN
POSTPARTUM DÖNEMDE KENDİSİNİN VE YENİDOĞANIN
BAKIMINA YÖNELİK YAŞADIKLARI SORUNLARIN
BELİRLENMESİ**

**Hemşirelik Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Gülbahtiyar DOĞANER

**Danışman Öğretim Üyesi
Yrd. Doç. Dr. Mine BEKAR**

TEMMUZ - 2005

SİVAS

İÇİNDEKİLER

I. GİRİŞ

I.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
I.2. Araştırmanın Amacı.....	6

II. GENEL BİLGİLER

II.1. Postpartum Dönemin Tanımı.....	7
II.2. Postpartum Dönemdeki Annedeki Fizyolojik ve Psikolojik Değişiklikler	
II.2.1. Üreme Sistemi.....	8
II.2.2. Kardiovasküler Sistem.....	14
II.2.3. Solunum Sistemi.....	14
II.2.4. Gastrointestinal Sistem.....	14
II.2.5. Üriner Sistem.....	15
II.2.6. Kas- İskelet Sistemi.....	16
II.2.7. Nöromuskuler ve Duygusal Sistem.....	16
II.2.8. Karın Duvarı ve Deri.....	17
II.2.9. Endokrin Sistem.....	17
II.2.10. Psikolojik Değişiklikler.....	18
II.3. Postpartum Komplikasyonlar.....	19
II.4. Doğum Sonrası Dönemde Annenin Bakım Gereksinimleri	
II.4.1. Beslenme.....	22
II.4.2. Anne Sütü ve Emzirme.....	23
II.4.3. Dinlenme ve Uyku.....	26
II.4.4. Vücut Bakımı ve Banyo.....	26
II.4.5. Uterus ve Loşianın Değerlendirilmesi.....	27
II.4.6. Ateş.....	30
II.4.7. Postpartum Egzersizler.....	30
II.4.8. Anne- Bebek Yakınlaşması.....	32
II.4.9. Duygusal Durum.....	33
II.4.10. Cinsel İlişki.....	34
II.4.11. Doğumdan Sonra Gebelikten Korunma.....	34
II.4.12. Ağrı.....	36

II.4.13. Kilo Kaybı.....	36
II.4.14. Boşaltım İhtiyacının Karşılanması.....	37
II.4.15. Bebek Bakımı.....	38
II.4.16. Aşılama.....	39
II.5. Postpartum Erken Taburculuk, Evde Bakım Hizmetleri ve Hemşirelik...	39
III. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ	
III.1. Araştırmanın Şekli.....	44
III.2. Araştırmanın Yeri.....	44
III.3. Araştırmanın Evreni- Örneklemi.....	44
III.4. Veri Toplama Araçları.....	45
III.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	46
III.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	47
IV. BULGULAR.....	48
V. TARTIŞMA.....	68
VI. SONUÇLAR.....	78
VII. ÖNERİLER.....	79
VIII.ÖZET.....	81
ABSTRACT.....	83
KAYNAKLAR.....	85
EKLER	

TABLÖLAR LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1: Annelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	48
Tablo 2: Doğum Sırasında Annelerin Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı	50
Tablo 3: Doğum Sırasında Annelerin Yaşadıkları Sorunların Dağılımı	50
Tablo 4: Doğum Sırasında Yenidoğanların Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı	51
Tablo 5: Doğum Sırasında Yenidoğanların Yaşadıkları Sorunların Dağılımı	51
Tablo 6: Doğum Sırasında Sorun Yaşayan Yenidoğanlara Tıbbi Müdahale Yapılma Durumunun Dağılımı	52
Tablo 7: Doğum Sırasında Sorun Yaşayan Yenidoğanlara Yapılan Tıbbi Müdahalelerin Dağılımı	52
Tablo 8: Annenin Hastaneden Taburcu Olurken Kendi Bakımına Yönelik Bilgi Alma Durumunun Dağılımı	53
Tablo 9: Annenin Hastaneden Taburcu Olurken Kendi Bakımına Yönelik Aldığı Bilgilerin Dağılımı	53
Tablo 10: Annelerin Hastaneden Taburcu Olurken Yenidoğan Bakımına Yönelik Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı	54
Tablo 11: Annenin Hastaneden Taburcu Olurken Yenidoğan Bakımına Yönelik Aldığı Bilgilerin Dağılımı	54
Tablo 12: Doğum Yapan Annelerin Hastanede Kalma Sürelerinin Dağılımı	55
Tablo 13: Lohusalık Süresince Evde Yenidoğanın ve Annenin Bakımına Yardımcı Bireylerin Olma Durumunun Dağılımı	56
Tablo 14: Lohusalık Süresince Evde Yenidoğanın ve Annenin Bakımına Yardımcı Olacak Bireylerin Dağılımı	56

Tablo 15: Annelerin Yaşam Bulgularının Dağılımı	57
Tablo 16: Annelerin Yaşadıkları Sorunların Sistemlere Göre Dağılımı	58
Tablo 17: Yenidoğanın Yaşam Bulgularının Dağılımı	60
Tablo 18: Yenidoğanın Vücut Ölçümlerinin Dağılımı	61
Tablo 19: Yenidoğanların Yaşadıkları Sorunların Sistemlere Göre Dağılımı	62
Tablo 20: Yaş Gruplarına Göre Annelerin Üriner Sistemle İlgili Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı	64
Tablo 21: Aile Tipine Göre Annelerin Solunum Sistemi ile İlgili Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı	65
Tablo 22: Yaş Gruplarına Göre Annelerin Etkin Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı ile İlgili Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı	66
Tablo 23: Sosyal Güvenceye Göre Annelerin Etkin Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı ile İlgili Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı	67

I. GİRİŞ

I. 1. Problemin Tanımı ve Önemi

Toplumların sağlık durumu, o toplumun, fiziksel, toplumsal, eğitsel ve ekonomik düzeyi ile bağlantılıdır. Ülkelerin sağlık düzeyinin saptanması, önceliklerin belirlenmesi ve sunulan hizmetlerin değerlendirilmesinde kullanılan ölçütlere bakıldığında, gelişmekte olan ülkeler ile gelişmiş ülkeler arasındaki en önemli farkın “Anne ve Çocuk Sağlığı” alanında olduğu görülmektedir. Ülkemizde de “Anne ve Çocuk Sağlığı” alanındaki sorunlar birinci sırada yer almaktadır (T.C. Hükümeti ve Unicef 1996, Akın ve Açıkalın 1997, Bekar 1997, Taşkın 2000, Bulut 2001, Balkaya 2002, Williams 2005).

Kadının sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen en önemli sağlık sorunlarının, annelik rolünü gerçekleştirdiği doğurganlık dönemine (15-49 yaş) rastlayan gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçlerde ortaya çıktığı ve yaşamsal önem taşıdığı yapılan çalışmalar ve sağlık göstergeleriyle belirlenmiştir (Sertbaş 1998, Eryılmaz 1999). Sağlıklı bir toplum oluşturmada başlıca hedeflerden biri olan “sağlıklı anne olgusu”, kadınlara verilecek sağlık bakımı ve eğitimi içeren koruyucu sağlık hizmetleri ile gerçekleşebilir. Bunun sağlanması için de doğum sonrası bakımın öneminin bilincinde olunması gerekir (Coşkun 1992, Altuntuğ 2002).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de “Anne Bakımını” tanımlarken annenin gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerini sağlıklı geçirmesi konusuna değinmiştir (Güler 1987, Taşkın 2000, Altuntuğ 2002). Gebelik ve doğum olaylarına sağlıklı yaşam olayları olarak bakılmakta ve bu bağlamda ailelere verilen sağlık bakımının odak noktasını “koruyucu sağlık hizmetleri” oluşturmaktadır (Vural ve Akan 1995, Philips 1996, Atıcı ve Gözüm 2001, Gölbaşı 2003). Ana Çocuk Sağlığı hizmetleri içinde önemli bir yeri olan postpartum bakım hizmeti, temelde koruyucu bir sağlık hizmetidir. Genel olarak kadınlar postpartum bakıma göre prenatal bakım hizmetlerinden daha çok yararlanmaktadırlar.

Gelişmiş ülkelerde hemen her kadın (% 97) prenatal bakım hizmetlerinden yararlanırken, gelişmekte olan ülkelerde bu oran % 65 kadardır (DSÖ 1998, Balkaya 2002). Ülkemizde ise prenatal bakım hizmetlerinden yararlanma oranı % 67.5'dir. Postpartum bakım alma oranlarının genelde çok daha düşük olduğu görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünya genelinde kadınların sadece % 35'inin postpartum bakım hizmetlerinden yararlandığını belirtmektedir (DSÖ 1998, Balkaya 2002). Atıcı'nın (2000) çalışmasında kontrol grubundaki lohusaların postpartum dönemde sadece %13'nün evde ebe tarafından takip edildiği saptanmıştır (Başer ve ark 1997, Vural ve Akkuzu 1999, Taşkın 2000, Altıntuğ 2002, Balkaya 2002).

Postpartum (doğum sonu) dönem; doğum eylemi sona erdikten, plasenta ve membranlar doğduktan sonra (puerperium, postpartum, postnatal, lohusalık veya doğum sonu dönemi) başlar (Vural ve Akan 1995, Novak & Broom 1999, Atıcı 2000, Taşkın 2000, Walker & Wilging 2000, Burroughs & Leifer 2001, Köseli ve Akın 2001). Postpartum veya puerperium dönem; doğumdan sonra annenin gebelik öncesi fizyolojik ve psikolojik özelliklerine dönmesi için geçen 6 haftalık bir süredir (Hallworth 1982, Vural ve Akan 1995, Walker & Wilging 2000, Arnold & Cohen 2001, Burroughs & Leifer 2001, Mucuk 2001).

Postpartum dönem, aile ünitelerinde fiziksel, sosyal ve duygusal değişimlerin meydana geldiği önemli bir gelişimsel geçiş sürecidir. Postpartum dönemin özellikle ilk haftası (erken postpartum dönem) hem fizyolojik ve psikolojik yönden geçiş dönemi hem de postpartum komplikasyonların en yüksek düzeyde olduğu dönemdir. Bu komplikasyonlar daha çok kanama, genital enfeksiyonlar ve mastit vb. olarak görülmektedir (Burroughs & Leifer 2001). Rubin'e göre lohusalıktaki geçiş dönemi kişilere göre farklılık gösterebilen ve 2-3 gün süren pasif ve bağımlı (taking-in) dönem ve 10 gün süren bağımsız ve otonom annelik davranışlarının olduğu (taking-hold) dönemlerden oluşmaktadır (Vural ve Akan 1992, Phillips 1996, Atıcı 2000). Postpartum dönemde sağlık sorunları özellikle ilk günlerde çok yaygın olarak görülmekte, bu sorunların çoğu 6 haftaya kadar, bazıları bir yıla kadar devam etmektedir (Phillips 1996, Balkaya 2002).

Son yıllarda sağlık hizmetlerinde postpartum dönemde hastanede yatış süresinin kısalmasına yönelik bir eğilim bulunmaktadır. Postpartum hastanede yatış süresi değerlendirilirken annenin hastaneye yattığı zaman değil, doğum yaptığı saatten taburcu olduğu saate kadar geçen zaman süresi dikkate alınmaktadır. Literatürde postpartum erken taburculuğu ifade eden değişik zaman sınırları bulunmaktadır. Genel olarak, doğumdan sonra 48 saat ya da daha az süre hastanede yatma erken taburculuk olarak ifade edilmektedir (Bobak & Jensen 1993, Gölbaşı 2003). Ülkemizde hastanede normal doğum yapan kadınların genellikle ilk 24 saat içinde taburcu edildiği bilinmektedir. Bu süre erken komplikasyonları önlemek, fiziksel ve ruhsal bakıma yönelik eğitim için yeterli değildir (Atıcı 2000).

Yaşamsal gelişim sürecinde; aile yapısında, cinsiyet rollerinde, bireylerin ihtiyaçlarında, obstetrik ve genel teknolojiye, doğum yönetimi ve doğum hizmetindeki belirgin değişiklikler, maliyet artışları vb. nedenlerle, normal vajinal doğum yapan annelerin erken taburculuğu doğum sonrası bakımın içeriğini etkilemiştir (Harrison 1990, Gorrie 1998, Eryılmaz 1999). Erken taburculukla birlikte, doğum yapan kadın ve ailesine geleneksel olarak hastanede verilen bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetleri için var olan süre kısalmıştır. Bu kısa zaman süreci içinde doğum yapan kadının yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişikliklere uyum sağlaması, annelik rolü ve bebeğini kabullenmesi ve eve gittiğinde kendine ve bebeğine bakabilmesi için gerekli bilgi ve beceriyi kazanması beklenir. Bununla birlikte ailelere, hastanede geçirilen bu kısa zaman süreci içinde kaliteli ve kapsamlı bir sağlık hizmeti sunmak her zaman mümkün değildir (Eryılmaz 1999, Atıcı ve Gözümlü 2001, Balkaya 2002, Gölbaşı 2003).

Anne ve bebeklerin hastaneden taburcu olduktan sonra ne zaman ve ne sıklıkta ziyaret edileceklerine dair farklı uygulamalar bulunmaktadır (Lowdermilk & frd. 2000). SOGC (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada), doğum yapan kadınlara 48 saatten daha az bir süre hastanede kaldıklarında taburculuğu takiben ilk 24-48 saat içinde en az bir ev ziyareti yapılması gerektiğini önermektedir (Gölbaşı 2003).

Brown ve Jonhson'ın (1998) çalışmasında, taburculuktan 24 saat sonra telefonla aranarak annelerin ilk değerlendirmeleri yapılmıştır. Taburculuk sonrası 72 saat içinde ilk ev ziyareti, 3. haftada ise ikinci ev ziyareti planlanmıştır. Ancak bu çalışmanın sonuçlarına göre; ikinci ev ziyaretinde ailenin problemlerinin çoğunluğunun çözüldüğü ve ikinci ziyaretin gerekli olmadığı belirtilmektedir (Brown & Johnson 1998, Gölbaşı 2003).

Williams ve Cooper (1993) ise annenin yatış süresine göre ziyaretleri planlamıştır. 24 saat içinde taburcu edilen annelerin, ilki taburculuktan sonraki 24 saat içinde, ikincisi taburculuktan 2-3 gün sonra olmak üzere iki kez ziyaret edilmesini önermişlerdir. Doğum sonu 48 saat hastanede kalanları ise taburculuktan 2-3 gün sonra bir kez ziyaret etmişlerdir.

Malnory (1997) ise programlarının, erken taburcu edilen anneleri taburculuk sonrası, ilk 3 günde ya iki kez telefonla ya da bir kez telefon bir kez ev ziyareti ile takip ettiğini belirtmektedir.

Bu çalışmalardan çıkarılabilecek ortak sonuç, doğum yapan annelerin taburcu edildikten sonra ilk 24 saat içinde mutlaka değerlendirilmeleri ve ilk 72 saat içinde evde ziyaret edilmeleri gerektiği olabilir. Nitekim doğum sonu 3. gün, beslenme problemlerinin, hiperbilirubineminin, yenidoğan bakımında sorunların, dehidratasyonunun ve annede postpartum blue'ya ait belirtilerin ortaya çıkabileceği kritik bir gündür. Bundan dolayı doğumdan sonra 72 saat içinde yapılan ev ziyaretleri erken tanı ve tedavi açısından önemlidir (Gölbaşı 2003).

Ev ziyaretlerinin ne zaman yapılacağı açısından önemli olan bir diğer faktör doğum şeklidir. Doğumda ilk tercih edilen yöntem vajinal yoldur. Diğer tercih edilen yöntem ise sezeryan ameliyatı ile doğumun gerçekleştirilmesidir (Gorrie 1998, Yılmaz 2002). Doğum şekline göre; normal vajinal doğumdan sonra 6-24 saat ve sezaryen doğumdan sonra 48-72 saat içinde olan taburculuklar erken taburculuk olarak nitelendirilmektedir. Sezaryen doğumdan sonra hastanede kalma süresi vajinal doğuma göre daha uzun bir süreyi kapsamakta ve erken postpartum dönemin bir bölümü hastanede yaşanmaktadır. Her iki doğum şeklinde de postpartum dönemin ilk haftası sorun yaşama açısından oldukça risklidir (Philips 1996, Gölbaşı 2003).

Yılmaz'ın vajinal yol ve sezeryan doğum yapan kadınlar üzerinde yaptığı çalışmaya göre, sezeryanla doğum yapan annelerin kendi ve yenidoğan bakımı sırasında epizyolu vajinal doğum yapan annelere göre sorun yaşama durumlarının anlamlı derecede yüksek olduğu ancak yaşanan sorunların genelde benzeştiği saptanmıştır (Yılmaz 2002).

Cimete'nin vajinal yolla doğum yapan kadınlar üzerinde yaptığı bir çalışmada, annelerin yenidoğanın bakımını yerine getirirken en yoğun olarak yenidoğanı emzirme, yenidoğanın altını değiştirme ve kucaklama becerilerinde sıkıntı yaşadıkları belirlenmiştir (Cimete 1992, Yılmaz 2002).

Vural'ın postpartum dönemdeki anneler üzerinde yaptığı araştırmanın sonuçlarına göre de annelerin % 34.4'ünün kendi ve yenidoğanın bakımında sorun yaşadıkları, bu sorunları yaşayan annelerin ise %34'ünde depresyon tespit edildiği belirlenmiştir (Vural 1999, Yılmaz 2002).

Hemşireler vajinal yolla doğum yapan annelerin içinde bulundukları durumdan nasıl etkilendiklerini, ne tür sıkıntılar yaşadıklarını, daha yoğun olarak nerelerde yardıma ihtiyaç duyduklarını bilirlerse bakımlarını da bu gereksinimlerini karşılayacak düzeyde planlayabilecek ve zamanında uygulamaya başlayarak daha iyi sonuçlar elde edebileceklerdir (Yılmaz 2002).

Bu dönem hem fiziksel hem de psikolojik değişikliklerin yoğun olarak yaşandığı bir kriz dönemidir (Coşkun 1992, Altuntuğ 2002). Anne ve aile için önemli bir dönüm noktası olan ve özellikle olayı yeni deneyimleyen anne ve ailelerin en fazla bilgi ve desteğe ihtiyaç duydukları doğum sonrası dönemde; annenin dinlenmeye, desteğe, cesaretlendirilmeye, nitelikli, dikkatli ve kapsamlı bakıma, gereksinimlerine yönelik bilgi ve beceriye sahip olması için öğrenmeye, rolüne uyum sağlamaya, aile olarak yeni duruma uyumda yardıma ihtiyaçları vardır ve bu dönemde hemşirenin rolü yaşamsaldır. Doğum sonrası dönemde göz ardı edilen fiziksel, psikososyal bakım ve eğitim yetersizliği; anne ölümlerinde rol oynayan doğum sonrası komplikasyonların ve yaşam boyu sürebilen jinekolojik sorunların oluşmasına, psikososyal problemlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Eryılmaz 1999).

Bu dönemde annenin özel bir hemşirelik bakımına ve yardımına ihtiyacı vardır. Anne ölümlerini azaltmak, anne çocuk sağlığını korumak amacıyla anne adayları ve anneler gebelik, doğum ve lohusalık konularında eğitilmelidir (Altuntuğ 2002). Yapılan araştırmalar; eğitimin, annenin kendi ve çocuklarının sağlığının korunması ve geliştirilmesinde, sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmada, kadının aile ve toplumdaki statüsünün yükseltilmesinde, bireysel özgürlüğünü ve özgüvenini sağlamada belirleyici bir faktör olduğunu ortaya koymuştur (Eryılmaz 1999, Peters 2000).

Doğum hemşireliğinin amacı sadece bebeğin doğumunu sağlamak ve üreme organlarını gebelik öncesi duruma gelmesi için gerekli bakımı vermek değil, bunun yanında annenin bu döneme bebeği ile birlikte uyum göstermesini sağlamaktır (Philips 1996, Taşkın 2000). Sağlık sorunlarının çözümü, bireylerin kendi sağlık gereksinimlerinin ve sorunlarının farkına varması, bilinçlenmesi, çaba göstermesi, sorunları ile baş edebilir ve öz bakımlarında kendisine yetebilir duruma gelmesi ile mümkün olabilir. Bireyleri yakından tanımak, sorunları fark ettirmek, baş etmelerini güçlendirmek, sunulacak sağlık hizmetlerinin belirlenmesinde katılımı artırmak, etkin bir ekip ve toplum işbirliğini sağlamakla mümkündür (Bekar 1997, Altuntuğ 2002, Timur 2003).

Bu çalışma, vajinal yolla doğum yapan kadınların erken postpartum dönemde kendisinin ve yenidoğanın bakımına yönelik yaşadıkları sorunları belirleyerek, hemşireler tarafından postpartum dönemdeki kadınlara yönelik olarak verilen sağlık hizmetlerinin planlanmasında etkili ve yol gösterici olması düşüncesiyle planlanmıştır.

I. 2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma; Vajinal yolla doğum yapan kadınların erken postpartum dönemde kendisinin ve yenidoğanın bakımına yönelik yaşadığı sorunların belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

II. GENEL BİLGİLER

II. POSTPARTUM DÖNEM

II.1. POSTPARTUM DÖNEMİN TANIMI

Doğum eylemi sona erdikten, plasenta ve membranlar doğduktan sonra postpartum (puerperium, postnatal, lohusalık veya doğum sonu dönemi) başlar (Taşkın 2000). Postpartum, plasentanın doğumuyla başlayan ve gebelik sırasında kadın vücudunda oluşan değişikliklerin, gebelik öncesi fizyolojik ve psikolojik özelliklerine döndüğü 6-8 haftalık dönemdir (Vural ve Akan 1995, Phillips 1996, Broom & Novak 1999, Eryılmaz 1999, Atıcı 2000, Walker & Wilging 2000, Arnold & Cohen 2001, Köseli ve Akın 2001, Burroughs & Leifer 2001, Toprak 2001, Atıcı 2002, Balkaya 2002, Mucuk ve Güler 2002)

Postpartum genellikle 3 döneme ayrılır.

1. Doğumdan hemen sonrası dönem; Doğum sonrası ilk 24 saati içine alır.
2. Erken doğum sonrası dönem; Doğum sonrası ilk bir haftayı içine alır.
3. Geç doğum sonrası dönem; Doğum sonrası 2. haftanın başlangıcıyla başlayıp 6 haftaya kadar süren ya da 3 ayı kapsayan bir dönemdir (Eryılmaz 1999, Atıcı 2002).

Bu dönemde annenin organizması daha çok pelvik organlarda olmak üzere çeşitli ve hızlı fizyolojik değişikliklerin etkisi altındadır. Doğum sonrası ilk 24 saat içinde ve erken doğum sonrası dönemde çok hızlı ve potansiyel risk değişikliklerinin oluşumu söz konusudur. Geç doğum sonu dönemdeki değişiklikler ise, daha yavaş ve aşama aşamadır (Coşkun ve Karanisoğlu 1997, Eryılmaz 1999, Atıcı 2002). Bu dönem, annede meydana gelen gerileyici (refrogressive) ve ilerleyici (progressive) değişikliklerle karakterizedir. Gerileyici değişiklikler uterus, vajina ve diğer genital organların ve sistemlerin gebelik öncesi durumlarını alma sürecidir. İlerleyici değişiklikler ise laktasyona hazırlanan göğüslerde meydana gelir (Phillips 1996, Taşkın 1997, Atıcı 2000, Toprak 2001, Mucuk ve Güler 2002). Bu hızlı fizyolojik değişikliklerin yanında ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir dönemdir (Walker & Wilging 2000, Mucuk ve Güler 2002). Bu dönem içerisinde birçok patolojik değişim görülebilir.

Hemşirenin doğum sonu döneme ait değişiklikleri, normal ve normalden sapmaları değerlendirebilmesi, gerekli girişimlerde bulunabilmesi, önlem alabilmesi ve gereksinimler doğrultusunda kişileri bilgilendirip, destek olabilmesi için doğum sonu oluşan normal anatomik, fizyolojik, psikolojik değişimleri bilmesi gerekmektedir (Coşkun ve Karanisoğlu 1997, Eryılmaz 1999).

II.2. POSTPARTUM DÖNEMDE ANNEDEKİ FİZYOLOJİK ve PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER

II.2.1. ÜREME SİSTEMİ

İNVOLÜSYON: Üreme organlarının doğumu izleyen 6 hafta içerisinde normal ölçülerine ve fonksiyonlarına dönme sürecidir. İnvolüsyon süreci normal fizyolojik bir süreçtir ve postpartum dönem normalde bir hastalık dönemi değildir. Doğumdan hemen sonra plasentanın ayrılmasıyla hızlanan involüsyon, ilk 7-10. günlere kadar hızlı olarak devam eder, bundan sonra değişiklikler daha yavaştır (Phillips 1996, Broom & Novak 1999, Eryılmaz 1999, Taşkın 2000, Köseli ve Akın 2001, Toprak 2001).

UTERUS: Doğumdan sonra ağırlığı 1000 gram olan uterus, her gün biraz daha küçülerek, 5-6 hafta sonra gebelikten önceki ağırlığına, yani 60-70 grama düşer. İnvolüsyon süresince kas hücrelerinin sayısı değişmez, fakat belirgin bir oranda küçülme olur (Phillips 1996). Uterustaki bu involüsyonun kısmen uterus kontraksiyonları ile, kısmen de otolitik yöntem ile ilgili olduğu düşünülmektedir (Broom & Novak 1999, Güler 1987). İnvolüsyonun en önemli sebebi östrojen ve progesteronun ani düşmesi sonucu oluşan endometrium içindeki proteolitik enzimin salgılanmasıdır (Burroughs & Leifer 2001). Yüksek düzeyde östrojen varlığında proliferen olan dokuların, plasentanın ayrılmasıyla düşen östrojen seviyesine cevap olarak gerilemesidir (Broom & Novak 1999, Atıcı 2000, Taşkın 2000). Uterus duvarında gebelikten arta kalan fibroelastik doku kalıntılarının otolizi (dokunun kendi kendini sindirmesi) ile uterus hücrelerindeki protein yapıları basit elementlere indirgenir ve bu elementler kan dolaşımına katılır.

Bu nedenle bu protein yıkım ürünleri atılcaya kadar idrarda nitrojen konsantrasyonu yüksek kalır (Güler 1987, Phillips 1996, Atıcı 2000, Taşkın 2000).

Doğumdan sonra uterus sertleşmeye başlar ve kontraksiyonlar devam eder. Fundus sert olarak ele gelir ve myometrial kontraksiyonlar, doğum sonu ilk 24 saat içinde uterus ölçülerinin hızlı küçülmesine ve uterusun global ölçüsünün 16-20 haftalık gebelik büyüklüğüne düşmesine neden olur. 2. haftada uterus pelvis içinde küçülmüştür ve abdominal palpasyonla hissedilmez, 6. haftada uterus boyutu yaklaşık gebelik öncesi ölçülere düşer ve uterus involüsyonu tamamlanır (Güler 1987, Eryılmaz 1999, Atıcı 2000, Taşkın 2000). Primiparlarda ve emziren annelerde uterus involüsyonu hızlıdır. Primiparlarda uterus kaslarının daha elastik ve kontraktıl olması, ayrıca emzirme sırasında salınan oksitosin hormonunun uterotonik etkisinden dolayı involüsyon hızlanır (Atıcı 2000).

Uterus involüsyonunu yavaşlatan faktörler:

- | | |
|------------------|------------------|
| -Uzamış doğum | -Anestezi |
| -Önceki doğumlar | -Dolu bir mesane |

Uterus involüsyonunu arttıran faktörler:

- | | |
|--------------|----------|
| -Erken doğum | -Emzirme |
|--------------|----------|
- Sık ve erken ambulasyon (Burroughs & Leifer 2001).

Uterus fundusunun sertliği ve yüksekliği, uterus involüsyonu için çok önemli bir göstergedir. Uterusun yüksekliği, fundusun umblikusa göre işaretlenmiş bazı noktalarına göre tayin edilir.

-Doğumdan hemen sonra fundus, umblikusun altındadır ve plasenta ayrıldıktan sonra umblikus hizasına yükselir.

-Doğumdan 12 saat sonra fundus, umblikusun seviyesinde palpe edilir.

-Doğumu izleyen 1. günde umblikusun 2 cm altındadır.

-Doğumu izleyen 2. günde umblikusun 4 cm altındadır.

-10-12. günlerde artık karın duvarından palpe edilemez (Eryılmaz 1999, Taşkın 2000).

Fundus sertliği ve yüksekliğindeki sapmalar; multiparlarda, gebelikte polihidramnios, iri bebek, çoğul gebelik vb. nedenlerle uterusu aşırı gerilen kadınlarda, doğum sonrası mesane distansiyonu, uterus atonisi, doğum sonrası plasenta retansiyonu ve enfeksiyon deneyimleyen kadınlarda daha fazladır. Bu kadınlarda uterus involüsyonu daha yavaş olur ve subinvolüsyon açısından gözlenmelidir. İlerleyen doğum sonu günlerine rağmen uterus boyutu büyükse, uterus yumuşak, kontrakte değilse, kanama yüksekse, ısrarla devam eden bel ağrısı, pelvik rahatsızlık varsa subinvolüsyon düşünölmelidir (Broom & Novak 1999, Eryılmaz 1999, Taşkın 2000).

SERVİKS: Doğumdan sonra serviks yumuşak ve sarkık durumdadır (Göler 1987, Taşkın 2000, Burroughs & Leifer 2001). Doğumdan hemen sonra, ilk birkaç içinde serviks ve alt uterin segmentler ödemli, ince ve tonusu düşöktür. Ekdoserviks ödemli, yumuşak olup enfeksiyon gelişimi riskini arttıran ekimotik ve küçük laserasyonlar görölür. Eksternal os asla eski görünüşüne kavuşamaz (Burroughs & Leifer 2001). Çünkü internal os eskisi gibi kapanabildiği halde, eksternal os kısmen açık kalır (Göler 1987, Atıcı 2000). Doğum sonrası 4-6. günlerde external os gevşektir ve 2 parmak kolaylıkla içeriye girer, kalınlığı 1 cm'dir. Daha sonra hızla kalınlaşır, daralır ve sertleşir. Gebelik öncesi servikal os yuvarlıktır. Doğumdan sonra ise düz çizgi (enine yırtık görünümu- emmet yırtığı) şeklindedir. Bu nedenle düz çizgi vajinal doğum yapıldığını gösteren bir belirtidir (Coşar 1995, Eryılmaz 1999, Taşkın 2000, Toprak 2001).

VAJİNA: Vajina, doğumdan sonra yumuşak, gevşek, geniş, duvarlar ödemli, düz olup pilika görölmez, ekimoz, eziklik, küçük yırtıklar görölür (Eryılmaz 1999, Taşkın 2000). Damarlaşma ve ödem azaldığında, pilikalar yeniden ortaya çıkar ve birçok pilikada görölen geçici düzleşme kalıcı olabilir. Vajinal tonus dereceli olarak 3-4. haftada normale döner. Doğumun neden olduğu aşınma ve yırtıklar doğumdan kısa bir sonra kendiliğinden iyileşir (Göler 1987, Eryılmaz 1999, Broom & Novak 1999). Vajina doğumu izleyen 3. haftada gebelik öncesi boyutlarına ulaşır (Göler 1987, Phillips 1996, Yüksel 1997, Atıcı 2000, Taşkın 2000, Toprak 2001).

PERİNE: Doğumdan hemen sonra fetus başının baskısı nedeniyle perine gevşektir. İnfantın doğumuna bağlı perinede yayılma ve incelme vardır. Pelvik taban kaslarında aşırı gerilme ve güçsüzlük olur. Doğumdan sonra 5. günden itibaren tonusun büyük bir kısmı geri döner, ancak nullipar dönemindeki durumdan daha gevşek olur (Yüksel 1997, Atıcı 2000, Taşkın 2000, Toprak 2001). Perinede varis, büyük laserasyon veya epizyotomi genellikle yumuşak doku zedelenmesi ve ekimoz vardır.

Perine, vajinal kanamanın tipi ve miktarı, anormal şişlik, renkte değişim, doku iyileşmesi ve rahatsızlık yönünden değerlendirilir (Taşkın 2000, Burroughs and Leifer 2001). Epizyotomi yapılmışsa kırmızılık, ödem, ekimoz, akıntı ve yara iyileşmesi yönünden değerlendirilir (Broom & Novak 1999, Burroughs & Leifer 2001). Epizyotomi varlığında ağrı, acıma, hassasiyet ilk 7-10 gün içerisinde azalır, epizyotomi alanı için tamamıyla iyileşme 4-6 ay kadar sürebilir. Primipar annelerde rutin olarak yapılan epizyotominin maternal, fetal ve obstetrik yararları olduğu kadar, özellikle ağrı, enfeksiyon, kanama riskinde artma, idrar ve defekasyon yapma isteğini baskılama vb. riskleri vardır. Bölge enfeksiyon belirtileri yönünden değerlendirilir. Bu yüzden alan kuru ve temiz tutulmalıdır. Hemoroidlerde görülen kaşıntı, ağrı, rahatsızlık ve kanama belirtileri genellikle doğum sonrası ilk hafta içinde azalır. Hemşire kadının rahatlığını sorgulamalı ve değerlendirmeli (oturma banyosu, sıcak veya soğuk uygulama, ilaç) ve bulguları kaydetmelidir (Eryılmaz 1999, Taşkın 2000, Burroughs & Leifer 2001, Toprak 2001).

MEMELER ve LAKTASYON DÖNEMİ: Gebelik süresince plasentadan salgılanan östrojen ve progesteron hormonlarının etkisiyle meme bezlerinde ileride süt salgılayabilecek şekilde genişleme ve büyüme görülür (Taşkın 2000). Doğumdan sonra plasenta ürünü olan östrojen ve progesteron seviyelerinin düşmesiyle daha önce baskılanmakta olan prolaktin hormonu aktive olur ve göğüslerden süt salgılanmasını başlatır (Güler 1987, Broom & Novak 1999, Eryılmaz 1999, Atıcı 2000, Taşkın 2000, Köseli ve Akın 2001).

LAKTASYON: Doğumdan sonra meme dokusundan süt gelmesiyle başlayan döneme denir. Gebelikten başlayarak meme dokusunda değişiklikler oluşur. Yüksek düzeydeki östrojen, progesteron, prolaktin, plasental hormonların etkisiyle memeler büyür ve glandüler organ haline dönüşür (Phillips 1996, Özsoy 1997, Taşkın 2000, Köseli ve Akın 2001).

Olgunlaşmış bir meme etrafı bağ dokusuyla çevrili 15-25 adet glandüler loptan oluşmuştur. Her lop, sayıları 20-40 arasında değişen lobüllerden, her lobül de gebelik ve laktasyonda proliferere olabilen 10-100 kadar alveolden oluşmuştur. Her lopta, alveollerde yapılan sütün taşınmasını sağlayan ve alveollerin epitelyal bir uzantısı şeklinde devam eden küçük süt kanallarının direne olduğu ana süt kanalı (laktiferöz sinüs) bulunur.

Meme ucu yapısında pek çok sinir ucu bulunduğu için çok hassas olup, sütün akışına yardım eden refleksler yönünden önemlidir (Özsoy 1997). Meme ucunun çevresinde areola adı verilen koyu renkli bir halka olup hafif kabarık durumda bulunabilir. Bu yağlı sıvı salgılayan bezlerin varlığı nedeniyledir. Yağlı sıvı, meme ucu derisinin yumuşak ve iyi durumda bulunmasını sağlar (Özsoy 1997, Broom & Novak 1999).

Doğum yapan kadında laktasyon doğumu izleyen 24-72 saat içinde başlar. Laktasyon başlamadan önce memelerde ödem, lokal ısı artışı, sertleşme ve hafif ağrı görülür (İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü 1994, Köseli ve Akın 2001).

ANNE SÜTÜNÜN ÖZELLİKLERİ NELERDİR?

- **Kolostrum (Önsüt):** Gebeliğin 3. ayının sonunda kolostrum adı verilen ön süt oluşur. Kolostrum, sarımsı ve koyudur. Daha az protein, vitamin ve mineral ile yenidoğanda pasif immünizasyonu sağlayacak IG'leri içerir. 2-4. günde geçiş sütüne döner (İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü 1994, Taşkın 2000, Köseli ve Akın 2001).

- **Geçiş Sütü:** Kolostrumdan sonra salgılanmaya başlar. Yaklaşık 2 hafta devam eder. Daha yüksek oranlarda yağ, vitamin, laktoz ve kalori içerir (Taşkın 2000).
- **Matür Süt:** Bu sütün % 10'u enerji ve büyüme için gerekli olan karbonhidrat, protein ve yağları içerir, geri kalan kısmı sudur (Taşkın 2000). İlk 4-6 ay anne sütü, bebeğin bütün ihtiyaçlarını fizyolojik durumuna uygun şekilde karşılayabilen tek besleyicidir (Özsoy 1997).

ANNE SÜTÜNÜN YAPIMI:

Anneye ait iki önemli refleks, “süt yapımı” ve “süt inme” refleksleridir. Emzirme ile stimüle olan prolaktin ve oksitosin bu refleksleri harekete geçirir. Bebeğin emmesiyle birlikte meme başı-areola kompleksindeki sinir uçları uyarılır ve uyarılar afferent nöral refleksler yoluyla hipotalamusa ulaşır. Böylece ön hipofizden prolaktin, arka hipofizden oksitosin salgılanır. Prolaktin en önemli laktojenik hormondur. Alveollerdeki süt yapımını başlatır (İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü 1994, Phillips 1996, Özsoy 1997, Taşkın 2000, Köseli ve Akın 2001). Prolaktinin önemli bir başka etkisi de overlerin çalışmalarını düzenleyici etkisidir. Böylece emzirme olayı, ovulasyonun başlamasını, dolayısıyla doğurganlığın gecikmesini sağlar (Özsoy 1997). Bebeğin emmesiyle birlikte uyarıların hipofize ulaşması, arka hipofizden oksitosin salınımı, miyoepitelyal hücrelerin kontraksiyonu ile sütün kanallara akarak laktiferöz sinüsleri doldurmasına “süt inme refleksi (oksitosin) denir (Özsoy 1997, Taşkın 2000).

Süt inme refleksi sadece emzirme gibi dokunsal uyarılarla değil, görsel, işitsel, kokusal uyarılarla da stimüle edilebilir. Bazen bebeğe fiziksel olarak yakın olmak, hatta sadece onu düşünmek bile miyoepitelyal hücrelerde kontraksiyona yol açabilir. Eğer memede fazla süt varsa, anne sütünde bulunan “inhibitör maddeler” hücrelerin fazla süt salgılanmasını durdurur (Taşkın 2000). Bunun tersi de olabilir, bu refleks ani, istenmeyen, fiziksel veya psikolojik stimuluslarla salınan adrenalinin etkisiyle inhibe edilebilir (Özsoy 1997).

II.2.2. KARDİOVASKÜLER SİSTEM: Erken postpartum dönemde total kan volümü yüksek kalır. Östrojen seviyesinin düşmesi sonucu, meydana gelen belirgin bir diürezden sonra, kan volümü gebe olmayan kadının kan volümü seviyesine düşer. Eritrosit sayısı ve hemoglobin seviyesi 5. haftadan sonra normale döner (Broom & Novak 1999, Eryılmaz 1999, Atıcı 2000, Taşkın 2000).

Nabız ilk postpartum 6-8. gün düşüktür (50-70/Dk). Yükselen nabız aşırı kan kaybının, enfeksiyonun, ağrının, anksiyetenin veya kardiyak bozukluğun belirtisi olabilir (Broom & Novak 1999, Eryılmaz 1999, Taşkın 2000, Burroughs & Leifer 2001).

II.2.3. SOLUNUM SİSTEMİ: Gebelikte büyüyen uterusun diyafragma bası yapması nedeniyle annede, solunum sıkıntısı görülebilir. Doğum sonrası uterusun diyafragma yaptığı basının ortadan kalkması, plasantanın ayrılmasıyla progesteron üretimindeki kayıp sonucu toraks kapasitesindeki artışla birlikte pulmoner fonksiyon değişiklikleri hızla gebelik öncesi duruma dönmeye başlar. Anne, doğum öncesi göğüs solunumu yaparken, doğum sonrası abdominal solunum yapmaya başlar (Phillips 1996, Eryılmaz 1999, Atıcı 2000, Toprak 2001).

II.2.4. GASTROİNTESTİNAL SİSTEM: Genellikle barsak fonksiyonları 3-4 gün sonra normale döner. Doğumdan sonra progesteron seviyesinin düşmesine rağmen doğum öncesi yapılan lavman, doğum sonrası 1-2 gün az besin alımı, beden hareketlerinin az olması gibi nedenlerin yanında perinenin ağırlı olması, epizyotominin olması erken defekasyonu inhibe eder (Yüksel 1997, Broom & Novak 1999, Eryılmaz 1999, Atıcı 2000, Taşkın 2000, Toprak 2001).

Konstipasyon, bazı nedenlerden dolayı doğum sonrasında genellikle oluşur. Bu nedenler:

- Progesteronun gevşetici etkisinin uzun sürmesi nedeniyle peristaltizmin yavaşlaması,
- Abdominal kaslar uzadığı ve tonusunu kaybettiği için dışkıyı dışarı atmakta zorlanması,
- Sıvı ve besin alımının sınırlanması,
- Perinenin ödemli, hemoroidlerin ağrılı olması,
- Epizyotomi yapıldıysa ağrı yaşama korkusu nedenleriyle ertelenebilir (Eryılmaz 1999, Burroughs & Leifer 2001).

Doğum yapmış kadın postpartum dönemde, özellikle ilk haftada tuvalete çıkmada güçlük çeker, bu da konstipasyona neden olur. Bazı doktorlar doğumdan sonraki 2-4. gece rutin olarak barsak yumuşatıcı maddeler önerirler (vazelin vb.). Ancak annelere konstipasyonu önleyecek doğal yöntemleri kullanmaları konusunda eğitim verilmelidir. Erken mobilizasyon, hareket, posalı diyet, bol sıvı, özellikle meyve suları veya kompostolar konstipasyonu önlemede etkili yöntemlerdir (Coşar 1995, Phillips 1996, Taşkın 2000, Toprak 2001).

II.2.5. ÜRİNER SİSTEM : Doğum sonrası, gebelikte oluşan üriner yolların dilatasyonu ile böbreklerin genişlemesi, renal kapasite, renal pelvis ve üretra dilatasyonunun regresyonu yavaştır ve kadınların çoğunda üriner sistemdeki bu değişiklikler, gebelik öncesi duruma, doğum sonrası 3. ayda döner ve kadınların yaklaşık % 10'unda böbreklerdeki genişleme bazen sürekli kalabilir. Travay ve doğumun lokal etkisiyle mesane fonksiyonları değişebilir ve doğum, vajinal cerrahi uygulamalar, analjezi ve anestezi etkisiyle mesane tonusu azalabilir. Mesane mukozası ve üretradaki ödem ve hiperemi, rahat idrar geçişini engelleyebilir ve ağrı ya da ağrı duyma kaygısı kadının idrar yapmasını engelleyebilir. Diürez sıklığı ile kombine olan bu faktörler, mesane distansiyonu ya da mesanenin tamamen boşalmamasına neden olabilir.

Mesane tonusu ve mesanenin yeterli boşalımı için iyileşme 5-7 gün içindedir ve aşırı mesane distansiyonu uzun sürerse sonuçta mesane duvarı hasara uğrar ve üriner retansiyon, mesane enfeksiyonlarının gelişmesine neden olabilir (Phillips 1996, Eryılmaz 1999, Broom & Novak 1999, Atıcı 2000, Taşkın 2000).

Doğumu takip eden ilk birkaç günde, uterus duvarında protein katabolizması ya da otolizi sonucu idrarda nitrojen konsantrasyonu artar ve proteinüri görülebilir. Genellikle üçüncü günden sonra proteinüri artık görülmez. Doğumdan sonra ilk günlerde meme glandlarından kan dolaşımına laktoz absorbe olması sonucu idrarda şeker görülebilir. Su tutma özelliği olan östrojen hormonunun gerilemesi 2-5. günlerde idrar volümünde artışa neden olabilir (Atıcı 2000).

II.2.6. KAS - İSKELET SİSTEMİ: Gebelik, travay ve doğum esnasında uterus, vajina, overler ve tubaların kas ve fasial destek dokuları, aşırı gerilme ve esneme nedeniyle doğum sonrası dönemde gevşek ve geniştir, doğum öncesi durumlarına dönmeleri uzun zaman alabilir. Hormonların etkisiyle yumuşayan, gevşeyen eklemler ve pelvis kemiği postpartum 6-8. hafta da, gebelik öncesi durumuna dönmeye başlar. Uterus, vajinal duvar, rektum, uretra ve mesane destek dokularının gerilmesi, uzaması ve zayıf güçsüz kalması gelecekte pelvik relaksasyona neden olabilir. Bu nedenle, doğum sonrası yaşam boyu yapılabilecek kegel egzersizleri önemlidir. Doğum sonrası lomber lordoz ve dorsal kifosiz gibi durumlar düzelir ve gebeliğe bağlı oluşan bel ağrıları azalır (Phillips 1996, Eryılmaz 1999, Toprak 2001).

II.2.7. NÖROMUSKULER ve DUYUSAL SİSTEM: Anne de, büyüyen uterusun ve su retansiyonunun brakial fleksus ve median sinirlere yaptığı baskı sonucu ellerde, parmaklarda görülen ağrı, uyuşukluk, karıncalanma ve bacak krampları ortadan kalkar (Phillips 1996, Eryılmaz 1999, Toprak 2001). Doğum sonu dönemde baş ağrısı yaygındır ve sıklıkla kilo kaybıyla aynı zamanda oluşmaya başlar. Bu baş ağrılarının sebebinin, sıvı ve elektrolit dengesindeki hızlı değişiklik olduğu düşünülmektedir (Eryılmaz 1999).

Doğum sonu dönemde kadınlar, epizyotomi, uterus kontraksiyonları, hemoroid, memelerle ilgili problemler, annenin kendi ve bebek bakımındaki yeterliliği, destek alma durumuyla ilgili ağrı ve önemli derece rahatsızlık yaşayabilirler. Kadının rahatsızlığı ilk birkaç hafta içinde en yüksektir (Eryılmaz 1999).

II.2.8. KARIN DUVARI VE DERİ: Karın duvarı ve karın kasları, gebelik süresince oldukça gergindir. Doğumdan sonra bu gerginlikten kurtulan karın duvarı ve kaslar gevşek, yumuşak ve sarkık bir şekilde kalır. Karın kaslarının eski tonusuna dönmesi için dinlenme, diyet, düzenli egzersiz ve vücut mekaniğini iyi kullanmak gerekir. Karın duvarının ve karın kaslarının gebelik öncesi durumlarına dönmeleri için de 6 haftalık bir süreye gereksinimleri vardır.

Gebelikte, anne karnında linea nigra oluşmuş olabilir, yüzde gebelik maskesi görülebilir ve göğüs çevresinde pigmentasyon arttığı için renkte koyulaşma meydana gelebilir. Doğumdan birkaç hafta sonra bu oluşumlar genellikle kaybolurlar (Güler 1987). Deri altında uzanan elastik liflerin rüptürü nedeniyle oluşan striae genellikle olduğu gibi kalır. Zamanla birkaç haftada striae'nin rengi solar ve gümüş renginde görülür (Eryılmaz 1999, Köseli ve Akın 2001).

Gebeliğe bağlı gelişen doğal vasküler değişiklikler, örümcekleşmiş damarlaşma, benlerdeki koyulaşma, avuç içindeki kızarıklık doğum sonrası kandaki östrojen seviyesinin düşmesine bağlı olarak geriler. Diş etlerindeki değişikliklerde spontan olarak geriler. Doğum sonu dönemde östrojenin gerilemesiyle ortaya çıkan saç dökülmesi için tedaviye gerek yoktur, dereceli olarak saç yeniden gelişir (Eryılmaz 1999).

II.2.9. ENDOKRİN SİSTEM: Plasentanın doğmasıyla plasentadan salgılanan hormonlar ortadan kalkar. Hipofiz ön ve arka lop hormonları yükselir. Over fonksiyonları annenin emzirme durumuna göre farklılık gösterir. Plasental laktojenik hormon ortadan kalktığı için, insülin normal işlevine kavuşur (Eryılmaz 1999, Atıcı 2000).

II.2.10. PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER: Doğum yapmış annenin hormonal durumundaki ani ve dramatik değişiklikler onu normalde kolaylıkla baş edebileceği faktörlere karşı duyarlı hale getirir. Hormonal değişikliklere ek olarak gebelik ve doğum, uyku düzeninin bozulması yani uykusuzluk, alışılmamış olaylar, bebeği, eşi ya da diğer çocukları ile ilgili anksiyete nedeniyle annenin fiziksel gücü azalır (Sertbaş 1998, Horowitz & Domoto 1999, Atıcı 2000, Taşkın 2000, Schmidt 2002). Postpartum dönemde annenin duygusal sorunlara yatkın olmasının nedenleri arasında:

- Doğum sonu dönemde görülen hormonal değişimler,
- Geçirilmiş ruhsal sorunlar,
- İstenmeyen gebelikler,
- Zor doğum eylemi,
- Riskli gebelikler,
- Eşler arasında yaşanan problemler,
- Sosyal destek eksikliği,
- Doğumda sağlık ekibinden destek alamama,
- Anne ve bebeğin sağlık durumu
- Annenin kendi ve bebek bakımına yönelik sorun yaşaması
- Annenin bebekten uzun süre ayrı kalma durumu
- Stresli yaşam (annenin işi, eğitimi, yaşı) yer almaktadır (Vural ve Akkuzu 1999, Eryılmaz 1999).

Doğum sonu dönemde meydana gelen duygusal sorunlar, annelik hüznü (postpartum blue), doğum sonu depresyon ve doğum sonu psikoz olarak üçe ayrılmaktadır. Annelerin % 50 - 70'ini etkileyen ve doğum sonu ilk bir hafta içinde yoğun olarak yaşanan annelik hüznü geçici bir durum olarak kabul edilmektedir. Ancak annelik hüznü, depresyon ve psikozun birbirini izleyen süreçler olduğuna ilişkin görüşler de bulunmaktadır (Vural ve Akkuzu 1999). Doğum sonu psikoz 3-5. günler ile 4-6. haftalar arasında görülebilen oldukça ciddi bir durumdur. Amerikan Psikiyatri Birliği doğum sonu depresyonun doğumdan sonraki dört hafta içinde görülebileceğini bildirmektedir (Vural ve Akkuzu 1999).

Kadınlar, doğum sonrasındaki ilk yıl içinde psikiyatrik hastalıklar (anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif hastalıklar, depresyon ve nadiren psikoz) açısından anlamlı bir risk altındadır. Ancak depresyon bu hastalıklar içinde baskın olduğundan doğum sonrası psikiyatrik hastalıklar denildiğinde genellikle doğum sonrası depresyon anlaşılır. Doğum sonrası depresyon sıklığı %5-20 arasındadır (Horowitz & Domoto 1999, Kara ve ark. 2001, Schmidt 2002). Postpartum hafif depresyon (ya da hüznün), birçok yeni annenin en ufak bir problem karşısında kendisini gözyaşları ile boğulmuş bir durumda bulmasına yol açar. Bazı kadınlar kendilerini kısa bir süre için yetersiz hissederler, ancak bu genellikle kendilerine ve bebeklerine güvenleri geliştikçe ortadan kalkar (Taşkın 2000). Uyuyamama ve depresyon 1-2 günden daha fazla sürerse, annenin postpartum psikoza girmesini önlemek için özel psikiyatrik yardım istenmelidir (Yücel 1997, Horowitz & Domoto 1999, Taşkın 2000, Schmidt 2002).

II.3. POSTPARTUM KOMPLİKASYONLAR

Postpartum Kanamalar

Doğum sonu ilk 12-24 saatte 500 ml'nin üzerindeki kan kaybı postpartum kanama olarak değerlendirilir. Doğumdan sonra ilk 24 saat içinde olan kanamalara erken, 24 saat ile 6 hafta arasında oluşan kanamalara geç postpartum kanama denir. Postpartum kanamalar anne ölüm nedenleri arasında önde gelmektedir. Erken dönem kanamaları, genellikle atoni ve doğum yolunda oluşan laserasyonlara bağlı kanamalardır. Geç postpartum kanamaları ise, plasenta retansiyonu ve uterus subinvolusyonu sonucu gelişmektedir. Postpartum kanamalara yol açan faktörler genel olarak; uterus atonisi, plasenta ve membranların retansiyonu, doğum kanalında oluşan travma ve laserasyonlar, hematoma, uterus subinvolusyonu ve inversiyonu, koagülopatilerdir (Taşkın 2000, Atıcı 2000, Arnold & Cohen 2001).

Puerperal Enfeksiyon

“Lohusalık humması” olarak da bilinen puerperal enfeksiyon, endometritistir. Diğer üreme organlarında da enfeksiyon gelişebilir. Pelvisteki diğer doku ve organlara da yayılabilir. Yetersiz prenatal bakım, doğumda aseptik kurallara uymama, annenin anemik oluşu, tedavi edilmeyen genital enfeksiyonlar, uzun ve zor doğum eylemi, sezeryan, kanama, erken membran rüptürü, plasenta retansiyonu, vücut direncinin düşük olması, lohusalık bakımının yetersizliği gibi faktörler nedenler arasında sayılabilir.

Doğum eylemini izleyen ilk 24 saatten sonra ve 10 gün içinde ateşin 38 derece ve üzerinde olması, bol miktarda koyu renkli ve kötü kokulu loşia, büyük, yumuşak ve hassas uterus, karın alt kısmında hassasiyet ve ağrı, üşüme, titreme, hızlı nabız gibi belirtileri vardır (Atıcı 2000, Taşkın 2000, Arnold & Cohen 2001)

Üriner Sistem Enfeksiyonları

Kadınların % 2-4’ünde görülür. Doğum sırasında mesane ve üretranın travması, kateterizasyon, idrar retansiyonu, yetersiz perine hijyeni gibi durumlar riski arttırır. Sık idrara çıkma, dizüri, ateş yükselmesi ve yan ağrısı gibi bulguları vardır (Atıcı 2000, Taşkın 2000).

Tromboflebit

Damar içinde pıhtı oluşumuna bağlı olarak ven duvarının enflamasyonudur. Genellikle alt ekstremitelerde görülen venöz staz ve kandaki pıhtılaşma faktör artışı, lohusalıkta da bir süre devam eder. Bu nedenle lohusada tromboflebit riski artmıştır Daha çok sezeryanla doğum yapma, varis, postpartum kanama ve enfeksiyonlar, postpartum geç ayağa kalkma gibi pıhtılaşmaya eğilimin arttığı durumlarda görülür (Atıcı 2000, Taşkın 2000). Lohusalık süresince kadınlar (özellikle ilk haftalar) alt ekstremitelerde renk değişikliği, iki bacak arasında asimetri, ödem ve lokal ısı farklılığı gibi tromboflebit bulguları ve varis açısından değerlendirilmelidir.

Tromboflebitin tanılanmasında kullanılan ölçütler;

- Tek taraflı eritem, hassasiyet ve ağrı vardır.
- Tanılama için uygulanan muayenede lohusa düz bir zemine sırt üstü yatırılır, muayene edilecek bacak gergin halde tutulup kaldırılırken ayak fleksiyon pozisyonuna getirilir. Bir sorun varsa anne, baldırda veya arkasında ağrı hisseder.
- Tromboflebit olan bacakta nabız zayıflamış veya yoktur (Anadolu Üniversitesi Yayınları 1997, Taşkın 2000).

Meme Dolgunluğu- Engorjman

Meme tıkanıklığı olarak ta bilinen bu durum, laktasyonun başlangıcında memelerin ödemli olmasıyla meme alveollerine ve kanallarına sütün boşalamamasıdır. Memenin bir kısmında gergin, hassas, küçük ve kırmızı sahaların görülmesi bu kısımda süt kanallarının tıkanıldığını düşündürmelidir. Bebek sık sık emzirilmelidir. Etkilenen meme öncelikle emzirilmelidir. Memeler desteklenmeli, lokal soğuk uygulama yapılmalı ve analjezik verilmelidir (Atıcı 2000, Taşkın 2000).

Mastitis (meme enfeksiyonu)

Daha çok postpartum 2-4. haftalarda görülen meme iltihabıdır. Bebek tarafından, hastane personelinden ya da annenin kendisinden kaynaklanan mikroorganizmaların meme başından içeri girmesiyle gelişir. Ateş yükselmesi, memede sıcaklık, kızarıklık, şişme, gerginlik, ağrı ve hassasiyet, lohusada baş ağrısı, bulantı, titreme, sütün azalması, koltuk altı lenf bezlerinde şişme ve ağrı gibi belirtiler görülür (Atıcı 2000, Taşkın 2000, Arnold & Cohen 2001).

Meme absesi

Mastitin lokalize komplikasyonudur. Memede ağrı ve hassasiyet, genişleme ve sertleşme vardır. Derisi parlak ve kırmızıdır. Ateş vardır (Atıcı 2000, Taşkın 2000).

II. 4. DOĞUM SONRASI DÖNEMDE ANNENİN BAKIM GEREKSİNİMLERİ

II.4.1. BESLENME

Lohusalıkta yeterli ve dengeli beslenme son derece önemlidir. Doğum eyleminde kaybedilen kan ve enerjiyi yerine koymak, iyi bir doku onarımı sağlamak ve rutin besin gereksinimini karşılayanın yanı sıra süt yapımı içinde iyi beslenmek gereklidir (Coşkun 1992, Atıcı 2000, Altuntuğ 2002).

Kadının beslenme durumu fizyolojik olaylarla birlikte sosyo-ekonomik ve psikolojik durumuna bağlıdır. Bu faktörler göz önüne alınarak beslenme konusunda gerekli eğitim ve açıklamalar anneye verilmeli ve uygulaması sağlanmalıdır (Güler 1987).

Doğumdan sonra ilk birkaç hafta içinde uterusun normal ölçülerine dönmesi, doku arasındaki sıvının çekilmesi ve anne kan volümünün normale dönmesi ile hızlı kilo kaybı meydana gelir. Emzirme annenin kilo kaybını etkiler. Bu dönemden sonra annenin kilosu daha stabil hale geçer. En az 6 ay süre ile emziren annelerin kilo kaybı emzirmeyenlere göre daha fazladır (Taşkın 2000, Altuntuğ 2002)

Laktasyon sırasında diyetin yeterli ve dengeli olması, gebelikteki kadar önemlidir (Taşkın 2000, Altuntuğ 2002). Doğum sonu dönemde sütün yeterli miktarda salgılanması için annenin kalorisi yüksek bir diyetle beslenmesi ve bol sıvı alması gerekir. Lohusa ilk günlerde hafif beslenmeli, bol sulu gıdalar almalıdır. Emzikli anneler 2500-3000 ml sıvı almalıdır. Bunun nedeni sütün devamlılığını sağlamak ve kabızlığı önlemektir (Broom & Novak 1999, İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi 2000, Altuntuğ 2002).

Emziren annelerin günlük kalori ihtiyacı gebelikteki ihtiyaçtan 200 kalori fazla yani 2500-2700 kalori olmalıdır. Protein anneler için yeterli miktarda alınması gereken önemli bir besin maddesidir. İlk 6 ayda günlük ortalama 65 gr. protein alınması önerilmektedir. Ca süt üretimi için gereklidir ve alınması gereken miktar gebelik dönemindeki miktar (1200 mg/gün) ile aynıdır (Altuntuğ 2002).

Beslenmede günlük menüye ek olarak 1 porsiyon et, daha fazla su veya sulu gıda, 2 tane meyve (örn: elma, muz) ya da 2 tabak sebze yemeği, 3 dilim ekmek (kepekli) ya da 1 tabak makarna veya 1 tabak pilav, 1 bardak süt ilavesi yapılmalıdır. Oruç tutmak gün boyunca yeterli besin ve sıvı alınımını engellediği için sağlıklı değildir. Eski vücut ağırlığına dönmek için acele edilmemelidir. Bu süre 6 ay ya da daha fazla sürebilir. Anne bebeğini emziriyorsa, eski formuna daha kolay dönebilir. Bu dönemde zayıflama diyeti uygulanmamalıdır. Kadın gebelikte çok kilo aldıysa bile ayda 2 kg'dan fazla vermemelidir. Unlu ve şekerli besinlerin aşırı yenmemesine dikkat edilmelidir. Karnı sarmanın yararı ve zararı yoktur. Lohusa kendini iyi hissettiğinde beden egzersizlerine başlamalıdır. Demir haplarına doğumdan sonra da devam edilmelidir (2-3 ay kadar). Bu şekilde gebelik süresince ve doğumda kan kaybı nedeniyle kadının azalan demir depoları takviye edilir (İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi 2000). Birçok kadın fetal sağlığı yükseltmek için, gebelik süresince sigarayı bırakmaktadır. Doğum sonrası yeniden sigaraya başlama, ilk 6 aylık postpartumda %43 ile %65, 12. ayda ise % 70 veya daha yüksektir (Walker & Wilging 2000).

II.4.2. ANNE SÜTÜ VE EMZİRME: Emzirirken anne değişik pozisyonları deneyebilir. Ancak hangi şekilde emzirilirse emzirilsin şu şartlar yerine getirilmelidir (Özsoy 1997, Taşkın 2000).

- Bebeğin başı, ensesi ve omuzları annenin dirseğinin iç yüzü ya da yastıkla desteklenmiş olmalıdır.
- Başı ve gövdesi aynı hizada, düz tutulmalıdır.
- Bebek yalnızca başından değil tüm vücudu ile birlikte desteklenmelidir.
- Emzirme sırasında bebeğin altı temiz olmalıdır (Taşkın 2000).
- Bebeğin omuz ve vücudu memeye dönük olmalı ve burnu meme başı hizasında bulunmalıdır (Özsoy 1997).

Anne yatarak, dik oturarak vb. emzirme pozisyonlarını tercih edebilir (Taşkın 2000). Bebek ağzını iyice açarak ve dilini hareket ettirerek emer (İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü 1994). Emzirmenin ilk günlerinde acı, ağrı, şişlikler, kızarma, ateş gibi sorunlar olabilir. Bebek doğru emiyorsa acı azalır ve zamanla geçer (İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi 2000). Eğer bebek memeyi doğru olarak kavramışsa her emme işlemi sırasında çenesinin, bazen de kulaklarının hareket ettiği görülür. Bebek sürekli emmez. Kuvvetli emme hareketlerinden sonra kısa dinlenme aralıkları olur. Emerken şapırtı sesi duyulması ya da yanaklarının içeri çekilmesi genellikle bebeğin yalnızca meme ucunu emdiğini ve ağzıyla yeterince meme dokusunu kavramamış olduğunu gösterir (İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü 1994). Şişme, ağrı olursa emzirme öncesinde meme üzerine sıcak suya batırılmış bir havlu ile pansuman ve emzirme sonrasında soğuk suyla pansuman yapılmalıdır.

Sütyen seçiminde destekleyici, rahat kullanılabilen (emzirme sütyeni) ve sıkmayan, pamuklu sütyenler tercih edilmelidir. Süt sızıntıları için göğüs petleri ya da bu iş için hazırlanmış temiz tülbent parçaları kullanılmalıdır (İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi 2000).

Lohusa her emzirme işleminden önce ellerini yıkamalıdır. Emzirme aralarında göğüs uçlarına badem yağı ya da bepanten gibi pomatlar sürerek çatlama önlenir. Memelerdeki dolgunluğu önlemek için sıcak uygulama yapılabilir (Güler 1987). Anne her gün duş alırken göğüsleri de yıkanır. Her emzirmeden önce ve sonra sabunla yapılan temizlik, göğüslerdeki doğal yağların ortadan kalkmasına ve göğüs uçlarında çatlakların oluşmasına neden olur. Bu çatlaklar enfeksiyon için giriş kapısı oluşturmaktadır. Göğüslerin yaş ve nemli tutulması, çatlakların oluşmasını artırır. Bu nedenle göğüslerin kuru tutulması için emzirmeden sonra göğüs uçlarının havalandırılması, bir süre sütyen takılmadan açıkta bırakılması önerilir. Her gün yapılan banyo ve çamaşır değişimi göğüs uçlarının temiz tutulması için önemli ve yeterlidir.

Emzirmeye zaman sınırı koymaya gerek yoktur. Gün içinde emzirme süreleri değişken olabilir. Hiçbir zaman iki bebek arasında karşılaştırma yapılmamalıdır. Kardeşler arasında bile fark vardır. Eğer bebek memeyi düzgün olarak kavramışsa, emzirme ne kadar uzun sürerse sürsün meme ucu zedelenmez. Eğer bebek uzun süre memede kalıyor ve yinede tatmin olmuyorsa olasılıkla memeyi kavramasında bir sorun vardır.

Beslenme sıklığı bebekten bebeğe değişir. Bebek her istediğinde emzirilmelidir. Bebek ağzını açarak, aranarak, sonunda da ağlayarak açlığını belli eder. İlk haftalarda emzirme aralıkları bir saat, iki saat gibi çok kısa olabilir. Her emzirme sonrası memede yapılan süt miktarı biraz daha artacağından, zamanla beslenme aralıkları uzayacaktır. Bebek günde 8-10 kez idrar yapıyorsa, ağırlığı haftada 150-200 gr artıyorsa, annenin sütü yeterlidir (İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü 1994, Özsoy 1997).

Bebek bir memeyi emmiş, daha emmek istiyorsa, ikinci meme de verilebilir. Eğer bebek bir meme ile beslenmiş ise, bir sonraki emzirmede diğer meme verilmelidir. İki meme verilmişse bir sonraki öğüne son verilen taraftan başlanmalıdır. Birçok bebek, tek memeyi 5-10 dakika emmekle doyar ve uyur. Bazı bebekler ise 20-30 dakikadan önce memeyi bırakmazlar.

Bebekler gereksinimlerini yalnızca gündüzleri beslenmekle karşılayacak duruma gelinceye kadar geceleri de emmek isterler. Gece emzirme süt yapımının artmasına yardımcı olur. Eğer bebek ses ve ışıkla rahatsız edilmeden emzirilirse, beslenme sonunda hem anne, hem de bebek kolayca uykularına devam ederler.

Beslendikten sonra bebekleri 10-15 dakika dik tutmak gaz çıkarmalarına yardımcı olur. Bebek huzursuzsa, kucakta, dik durumda sırtı sıvazlanarak gaz çıkarmasına yardımcı olunabilir.

Emzirmeyen annelerin sıkı bir bandaj ile göğüslerini sarmaları gerekir. Dolgunluktan dolayı oluşan ağrıyı gidermek için göğüs üzerine buz torbaları uygulanır ve ağrı kesici ilaçlar verilir (İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü 1994).

II.4.3. DİNLENME ve UYKU

Dinlenme ve uyku fizyolojik bir gereksinimdir ve bireysel farklılıklar gösterir. Lohusa doğum eyleminde oldukça fazla enerji harcamış ve yorulmuştur. Yeniden güç kazanması ve kendine gelebilmesi için iyice dinlenmesi ve normal gereksinimi olan uykusunu alması gerekmektedir (Güler 1987).

Lohusalığın ilk haftalarında bebeği geceleri de sık aralıklarla besleme gereği ve ailedeki artmış sorumlulukları nedeniyle annenin uzun ve yeterli bir uykuya dalması güçleşir. Ayrıca lohusalık süresince pelvis taban ve destek dokularının involüsyonu henüz tamamlanmadığından pelvis relaksasyonu önlemek için lohusalık döneminde en azından 40 günlük sürede kadın istirahat etmeli, ağır işlerden kaçınmalıdır. Uykusuz gecelere dayanabilmek için gündüzleri uyumaya çalışmalı, dinlenmelidir. Hafif ev işleri yapılabilir ama ağır ev işleri, diğer çocuklarla ve misafirlerle mümkünse eş ya da diğer akrabalar ilgilenmelidir (İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi 2000, Taşkın 2000, Altuntuğ 2002).

II.4.4. VÜCUT BAKIMI ve BANYO

Kullanılan petler kanama olmasa bile en fazla 6 saatte bir değiştirilmelidir. Petler temiz olmalıdır. Bez kullanılacaksa mutlaka ütülenmelidir. Eller, her tuvalete giriş-çıkışta mutlaka sabunla yıkanmalıdır (Phillips 1996, Burroughs & Leifer 2001).

Dikişler 7-10 gün içerisinde iyileşir. Fazla ayakta durmak, yatarak dinlenmemek dikişlerin iyileşmesini geciktirir. Dikişler için en iyi bakım temiz ve kuru tutularak sağlanabilir. Taharetlenme her zaman önden arkaya doğru yapılmalı ve mutlaka tuvalet kağıdı kullanılmalıdır. Doktorun önerdiği solüsyon (Betadin solüsyonu) temizlikte kullanılabilir. Dikişlerde kızarıklık, ağrı, ateş (38 °C ve üzerinde) olursa doktora başvurulmalıdır. Bu iltihaplanma belirtisi olabilir. Kadın rahat oturamıyorsa, yan yatarak veya sandalyenin ucuna oturarak bebeğini emzirebilir. Otururken özel yastık (ortası delik) kullanılabilir (İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi 2000).

Postpartum dönemde lohusa olabildiğince her gün duş şeklinde banyo yapılmalıdır (Atıcı 2000). Doğumdan birkaç saat sonra ayağa kaldırılan annenin duş şeklinde banyo yapması doğumdan sonra vajinal akıntıdan dolayı oluşan kokuyu gidermiş olur ve annenin rahat bir uykuya dalmasını sağlar. Ayrıca gebelik sırasında biriken aşırı sıvıyı atmak için postpartum terleme olur. Banyo ile terin deriden uzaklaştırılması sağlanır. Vajinal açıklıktan bakteri girişi çabuk olduğu için oturma şeklinde banyo, lohusalık döneminin sonuna doğru yapılmalıdır (Burroughs & Leifer 2001, Altuntuğ 2002).

II.4.5. UTERUS VE LOŞİANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Doğumdan sonra genellikle bütün postpartum dönem boyunca süren, involusyon ve endometriumun rejenerasyonu sonucu dökülen endometrium tabakasına loşia denir. Endometriumun dökülmesinin nedenleri ise doğumdan sonra östrojen seviyesinin azalması ve uterusun myometrium tabakasının kontraksiyonlarıdır. Loşia; kan, küçük desidua parçaları, mukus, ayrıca verniks kaseoza, lanuga gibi maddeleri içerir. Endometriumda, plasentanın ayrılma yeri kanayan bir yara görünümündedir. Bu durum yeni doğum yapan annede enfeksiyon riskini arttıracığından, postpartum bakım ve koruma önem taşır (Phillips 1996, Broom & Novak 1999, Eryılmaz 1999, Atıcı 2000, Taşkın 2000, Köseli ve Akın 2001, Toprak 2001, Altuntuğ 2002).

Doğum sonrası ilk günlerde kanama bir adet kanaması gibi, yoğun ve koyu kırmızı renklidir. Sonraki günlerde pembe, daha sonra sarı- kahverengimsi bir akıntı olur. Sonraki haftalarda rengi beyaza döner (Hallworth 1982, Atıcı 2000, İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi 2000).

Doğumdan sonra her geçen gün rengi, miktarı değişen loşia klinik özelliklerine göre;

Loşia rubra; Doğumdan hemen sonra başlayıp, 3-4 gün süren, koyu kırmızı – kırmızı kahverengi renginde ve karakteristik ekşi, taze kan kokusunda olan kanamadır.

Loşia seroza; İyileşmeye bağlı olarak kanama kahverengi- pembe bir renk alır, loşia seroz (sulu) görünür ve akıntı 4-10 gün sürer.

Loşia alba; 11-21 günden 6 haftaya kadar süren beyaz, sarımsı renkte olan loşia, plasental alandaki involüsyonda ilerleme, miktarda azalma, lökositöz ve hücre yıkımında artmaya bağlı bu rengi alır.

Loşia büyük doku parçaları bulunmamalı, pis kokulu, çok fazla miktarda olmamalı, rengi parlak kırmızı olmamalı, 3 haftadan kısa sürmemeli ve loşianın karakteri rubradan-serozaya, serozadan-albaya dönüşecek şekilde değişmelidir. Ters durumlar enfeksiyon, plasenta retansiyonu, atoni, subinvolüsyon gibi gitmezliklerin habercisi olabilir (Phillips 1996, Yüksel 1997, Broom & Novak 1999, Eryılmaz 1999, Atıcı 2000, Taşkın 2000, Köseli ve Akın 2001, Toprak 2001).

Loşia devam ederken pet değişimi ve takibi önem kazanır. Pet değişimindeki amaç bölgeyi temiz tutmak, iyileşmeyi hızlandırmak, enfeksiyonu önlemek ve lohusanın rahatlamasını sağlamak ve kanamayı kontrol etmektir. Kontaminasyonu önlemek için petler önden arkaya doğru çekilerek değiştirilmelidir. Nemli ortamda mikroorganizmaların üremesi söz konusu olduğundan petler ıslandıkça değiştirilmelidir. Lohusanın petlerin temizliğine özen göstermesi sağlanmalı, mümkünse atılabilir hazır petler kullanılmalıdır (Güler 1987).

Doğum sonrası dönemde loşia miktarı 150- 400 ml arasında değişir, ortalama 225 ml 'dir. Loşia miktarı genellikle 3 ya da 4. günlerde en fazladır ve daha sonra hızla azalır, miktar genellikle multiparlarda daha fazla, emziren ve sezeryan doğum yapan kadınlarda daha azdır. Loşia aktivite ve emzirme esnasında artar, gece uzanıp yatırıldığında ya da oksitosin vb. uterotonik tedavi uygulandığı sürece azalır (Eryılmaz 1999, Taşkın 2000, Gül 2003).

Hemşireler sık sık loşia miktarını devam eden süreçlerde değerlendirirler ki bunu genellikle pedin 1 saatteki kirlenmiş alanıyla ilgili yaparlar.

- AZ:** 1 perineal pette 1 parmaktan daha az leke olunca,
- KÜÇÜK:** 4 parmaktan daha az olan lekeler,
- ORTA:** 6 parmaktan daha az olan lekeler,
- AĞIR:** 6 parmaktan daha büyük olan lekeler,
- AŞIRI:** 15 dakika içinde dolmuş pet (Burroughs & Leifer 2001).

Doğum yaptıktan sonra fundus yumuşak ise, kanamanın azalması için uterusu karın üzerinden elle aynı yönlü dairesel hareketlerle hafifçe masaj yapılmalı, ancak çok uzun süreli, aşırı masaj yapılmamalıdır. Çünkü bu uterus kaslarının aşırı kasılmasına, bu ise uterus atonisine neden olabilir (Broom & Novak 1999, Atıcı 2000, Taşkın 2000). Doğumdan sonraki ilk 1 saatte 15 dakikada bir, ondan sonra 24 saat için 4 saatte bir bu gözlemlerin yapılması gerekir (Taşkın 2000). Uterus masajı uterusun daha çabuk küçülüp toparlanmasına ve kanamanın azalmasına yardımcı olur (İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi 2000). Uterus palpasyonda sert olarak ele gelmelidir. Yumuşak bir uterus, ağır kanamaların nedeni ve habercisi olabilir.

Uterus kontrolünün amacı uterusun yüksekliğini, kıvamını, günlere göre involüsyonunu gözlemektir. Uterus kontrolünde;

- 1) İşlem hakkında kadına bilgi verilir,
- 2) Sık sık kadına mesanesini boşaltması söylenir,
- 3) Karın kaslarının rahatlaması için supine pozisyonunda yatırılır,
- 4) Koruyucu eldiven giyilir ve perineal pet değiştirilir, loşia gözlemlenir.
- 5) Uterusun kıvamı değerlendirilir. Uterusun fundusu üzerine bir el, diğer el de simfizis pubisin hemen üstüne uterusun alt bölümüne yerleştirip, kıvamı değerlendirilir. Yumuşak ise uterus masajı yapılır.
- 6) Fundusun yüksekliği tayin edilir. Fundusun yüksekliğinin umbilikusta, altında, üstünde olup olmadığı palpasyonla belirlenir.
- 7) Fundus dolu bir mesane sonucu sağa-sola kaymış mı belirlenir,
- 8) Fundusun yeri ve kıvamı kaydedilir (Burroughs & Leifer 2001).

II.4.6. ATEŞ

Yaşam bulguları doğumdan sonra sık takip edilmelidir (Taşkın 2000). Sıvı ve kan kaybına (dehidratasyona) bağlı olarak doğumdan sonra ateş 38 °C civarında olabilir. Bu normaldir ve birkaç saat içinde düşer. İlk 24 saatten sonra kadının ateşi düşmelidir (Güler 1987, Broom & Novak 1999, Taşkın 2000, Burroughs & Leifer 2001, Altuntuğ 2002). 24 saat haricinde oral vücut ısı 38 °C'den yüksek olursa doğum sonu infeksiyondan şüphelenilir. 38 °C'den daha fazla yükselen bir ateşte hekime ya da hemşireye haber verilmelidir (Phillips 1996, Broom & Novak 1999, Burroughs & Leifer 2001). Bazen doğum sonu 3-4. günlerde memede süt biriktiği zaman vasküler artıştan dolayı vücut ısı yükselir. Buna süt ateşi (milk-fever) denir. Bu ateş birkaç saatten daha uzun sürerse ateşin sebebi infeksiyondur. İnfeksiyon doğum sonu mortalite ve morbiditenin en büyük sebeplerinden birisidir ve hemşireler doğum sonu infeksiyonu erken tanılamada önemli bir role sahiptir (Altuntuğ 2002).

II.4.7. POSTPARTUM EGZERSİZLER

Yeni doğum yapmış anne yorgun olduğu için hareket etmek istemeyebilir. Ancak erken ambulasyonun venöz trombozu önlemede, involüsyonu hızlandırmadaki rolü anneye anlatılmalıdır (Atıcı 2000, Taşkın 2000). Hareket etmek kan dolaşımını ve bağırsakların çalışması üzerine olumlu etki yapar (İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi 2000). Normal doğumu takiben yaşam bulguları stabil, anne kendini iyi hissediyorsa birinin yardımıyla lavabo ya da tualete gidebilir (İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi 2000, Taşkın 2000).

Postpartum dönemdeki egzersizler abdominal kasların gerginleşmesi ve dolayısıyla karın sarkmalarını önleyerek annenin iyi bir dış fizik görünüm kazanmasına, pelvik taban kaslarının güçlenmesine dolayısıyla stres inkontinansının önlenmesine veya ortadan kaldırılmasına ve kan dolaşımının düzenlenmesine yardımcı olur. Doğum sonrası artan kilolar ve bozulan vücut ölçüleri nedeniyle kadınlarda güven duygusu azalır.

Doğumdan hemen sonra uygulanan bir egzersiz programı postpartum iyileşmeyi ve vücut ölçülerinin eski haline dönmesini hızlandırır. Böylece pozitif vücut imajı ve kendine güven duygusu da yeniden kazanılır ve annenin annelik rolünü daha çabuk üstlenmesine yardımcı olur (Koçak ve Kukulu 1993).

Postpartum dönemdeki egzersizler doğumu izleyen 1. günden başlayarak giderek daha zor olanlara doğru geliştirilir. Bu egzersizlerin dışında anneye vajen ve perine kaslarının eski tonusunu kazandırmak, perine bölgesindeki ödemi azaltmak ve dolaşımı hızlandırmak ve stres inkontinansını önlemek amacıyla, perine ve vajen kaslarını sıkıp-gevşetme (kegel egzersizleri) egzersizleri öğretilmelidir. Bu egzersizler günde 3-4 kez yapılmalıdır (Koçak ve Kukulu 1993, Atıcı 2000, Taşkın 2000, Walker & Wilging 2000, Altuntuğ 2002).

Doğum sonu dönemde egzersiz yapılırken dikkat edilmesi gereken noktalar;

- En az haftada üç kez düzenli egzersiz, aralıklı yapılan aktiviteye göre daha yararlıdır.
- Sıcak, nemli havalarda veya ateşli bir hastalık süresince egzersiz yapılmamalıdır.
- Egzersiz öncesi beş dakikalık bir kas ısınma dönemine yer verilmelidir.
- Sıçrayıcı, atlayıcı ya da hızlı yön değiştirme gerektiren hareketlerden kaçınılmalıdır.
- Egzersiz sonunda aktiviteye yavaşlatılarak son verilmelidir.
- Dehidratasyonu önlemek için egzersiz öncesi ve sonrası bol sıvı alınmalıdır. Gerektiğinde sıvı alımı için aktivitelere ara verilmelidir.
- Herhangi bir beklenmeyen semptom görüldüğünde aktivite sonlandırılıp doktora başvurulmalıdır (Koçak ve Kukulu 1993).

II.4.8. ANNE-BEBEK YAKINLAŞMASI

Postpartum dönemin en önemli özelliklerinden birisi de, anne-bebek etkileşiminin başlangıcı olmasıdır. Anne-bebek etkileşiminin öğrenilen ve zamanla gelişen bir süreç olduğu belirtilmektedir. Bu etkileşimin sağlıklı başlayıp sürdürülmesinde, annenin yeni rolüne uyumu, karşılaştığı sorunlarla baş edebilmesinde çevreden alacağı destek ve eşler arasındaki uyum da önemlidir. Böyle olmadığında fizyolojik değişikliklerin etkisi ile annenin ruh sağlığı kolaylıkla bozulabilmektedir (Vural ve Akkuzu 1999). Emzirme anne ve çocuk açısından duygusal ve fizyolojik yararları olan bir süreçtir (Güler 1987). Bebek, kendisine yeter duruma gelinceye kadar gereksinimlerinin karşılanmasında anneye bağımlıdır. Bu gereksinimlerin sürekli ve yeterli karşılanması, bebeğin büyüme ve gelişmesinin normal sınırlar içinde sürmesini sağlayacağı gibi, temel güven duygusunu da geliştirecektir. İşte bütün bunlar anne-bebek arasında, kuvvetli bir bağlılığın gelişmesi ile sağlanır.

Anne-bebek yakınlaşmasını annenin geçmiş yaşantıları, kendi annesinden gördüğü yakınlık, gebeliğin planlı olması, anne gereksinimlerinin karşılanmış olması, güç olmayan doğum, anne- bebek arasında çıplak deri teması, bebek ile göz göze iletişim vb. etkileyen faktörlerdir.

Bebeğin dokunma duyusu çok iyi geliştiğinden, dünyayı derisi aracılığı ile tanır. Doğumdan sonra ilk 30 dakika içinde ve sık sık emzirmenin de anne-bebek yakınlaşması ve bebeğin gelişimi üzerine büyük etkisi vardır (Cimete 1992). Yakınlaşma ve bebeğe bağlanma süreci, annenin bebeğini yatıştırması, okşaması, kucaklaması, onunla konuşması, uygun beslenme tekniklerini kullanması, göz göze temas kurması ve adı ile bebeğine seslenmesi ile kendini gösterir (Taşkın 2000). Annelik rolünün kazanılması kadının, annelik davranışlarını öğrenmesi ve kendini bir anne olarak benimseyerek, rahatlama sürecidir (Burroughs & Leifer 2001).

Anne- Bebek Yakınlaşmasının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü;

- Doğum sonrası erken dönemde, bebeğin anne yanında kalmasını sağlayıp, yakın ilişkiye girmeleri için anneyi desteklemek,
- Anneye bebek bakım aktivitelerini öğretmek ve yapması için desteklemek,
- Özellikle primipar annelerin, bebekle ilişkiye girmekten ve bebek bakımını üstlenmekten çekineceklerini akılda tutarak, onlara daha fazla zaman ayırmak,
- Çekirdek ailelerde, evdeki bakım anneyi endişelendirdiğinden anneye bebeği ve kendi bakımı konusunda eğitim ağırlıklı hemşirelik müdahaleleri planlamak (Cimete 1992).

II.4.9. DUYGUSAL DURUM

Annelerin doğum sonu dönemde normal dönemlerine oranla duygusal sorunları daha sık yaşadıkları belirtilmektedir. Bu dönemde anneler ilk üç ayda onaltı kez, ilk bir yılda ise beş kez daha fazla nörotik hastalıklara yakalanabilmektedir (Vural ve Akkuzu 1999). Bazı annelerde hafif depresyon tablosu görülebilir (Güler 1987). İlk dönemlerde nedensiz ağlamalar, üzülmeler ve alınganlıklar olabilir. Nedeni kadının hayatındaki büyük değişikliklerle birlikte progesteron hormonunun etkisidir. Günlük yaşam yeniden düzenlenmeli ve öncelik anne ile bebeğe verilmelidir. Eş, aile, komşu, arkadaşlar ve özellikle sağlık çalışanlarından hemşireler bu duruma destek olmalıdırlar. Kadının şikayetleri devam ediyorsa, uzman yardımı olmalıdır (Phillips 1996, İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi 2000).

Doğum sonu dönemde görülen depresyon normal yaşam dönemlerinde görülen depresyona oranla daha ciddi sonuçlar doğurmaktadır. Doğum sonu duygusal sorunları yaşayan annelerin kendilerine ve bebeklerine zarar verme olasılıklarının yüksek olduğu bulunmuştur. Bu nedenle doğum sonu dönemde hem hastane hem de evde, anne ve bebeği yakından izleme olanağına sahip sağlık ekibi üyeleri olarak hemşirelere duygusal sorunların erken dönemde tanınmasında önemli sorumluluklar düşmektedir (Vural ve Akkuzu 1999).

II.4.10. CİNSEL İLİŞKİ

Lohusanın cinsel ilişkiye başlaması, doğumdan 40 gün sonra, doğum sonrası kanama bittikten sonra olabilir (İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi 2000, Atıcı ve Gözüm 2001). Çünkü bu süre içerisinde organların involüsyonu gerçekleşir, kadın normal fizyolojisine döner, varsa epizyosu tamir olmuştur ve loşia hemen hemen tamamen kesilmiştir. Kadınların, bu dönemdeki cinsel ilişkilerin kendilerine ağrı verdiklerini belirttikleri görülmüştür. Ayrıca lohusanın postpartum dönemde akıntısı olduğu için enfeksiyona yatkındır (Güler 1987, Altuntuğ 2002).

Doğumdan sonra cinsel istekte artma ya da azalma olabilir, bu normal bir durumdur. Annelerin cinsel istekleri doğumdan sonraki birkaç ay içinde daha azdır. Nedenleri hormonal seviyenin düşük olması (erken doğum sonu periyotta steroid hormonları azalmıştır), annelik rolüne uyum, uykusuzluk ve rahatsızlıktır (perineal travma) (İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi 2000). Çiftlere kontrendikasyon yoksa (hematom, enfeksiyon) loşia sona erdiği zaman ve perine iyileştikten sonra cinsel ilişki önerilir. Bazı kaynaklarda komplikasyon olmadığı durumlarda cinsel ilişkiye doğumdan hemen sonra 2-3 hafta içinde başlanabileceğine ilişkin açıklamalar bulunmaktadır (Altuntuğ 2002). Kanama varken ilişki olacaksa erkek kondom kullanılmalıdır. Vajende kuruluk varsa nemlendirmek için gliserin kullanılabilir (İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi 2000).

II.4.11. DOĞUMDAN SONRA GEBELİKTE KÖRÖNMA

Doğumdan sonra kadının üreme organlarının eski fonksiyonlarını kazanmasıyla birlikte kadın yeniden hamile kalabilir. Bebeklerini ek gıda vermeden yalnız anne sütüyle besleyen ve aynı zamanda hiç adet görmeyen annelerin 6 ay süreyle gebe olma şansı yok denecek kadar azdır. Ancak emzirmek hamile kalınmayacağı anlamına gelmez. Ülkemizde pek çok kadın laktasyonu bir kontrasepsiyon yöntemi olarak kullanmaktadır. Fakat kadınların % 3-5'inde ovulasyon, menstruasyondan önce olduğu için, bebeklerini emziren annelerde yeniden gebelik meydana gelebilir (Altuntuğ 2002).

Doğum yapmış olmak her an yeni bir gebeliğin olabileceğini düşündürmelidir. Yeni bir gebelik istemeyen çiftler en kısa zamanda korunmaya başlamalıdır. Doğum sonrasında hemen çocuk istense bile bir süre ara vermek gerekir. İki doğum arasında 2 yıldan az bir süre olursa hem iki çocuğun hem de annenin sağlığı olumsuz etkilenecek, yaşam kalitesi düşecektir.

Gebelikten korunma yöntemleri sayesinde istenmeyen gebelikten korunmanın yanı sıra cinsel hayat daha zevkli hale gelir. Doğum sonrası bütün korunma yöntemleri kullanılabilir. Herkes için uygun olan tek bir yöntem yoktur ve çiftler kendi durumları hakkında düşünerek ve bir uzmana danışarak seçim yapmalıdırlar. Ayrıca yöntemin doğru kullanılıp kullanılmaması da yöntemin koruyuculuğunu etkiler. Doğum sonrası, hastaneden çıkmadan önce veya 6. haftanın bitiminde adet kanaması olsun ya da olmasın rahim içi araç (RİA) taktırılabilir (İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi 2000). Ancak doğum sonu dönemde ilk 6 hafta içinde RİA uygulanması genellikle tavsiye edilmez. Çünkü atılma ve enfeksiyon oranının bu süre boyunca yüksek olduğu saptanmıştır (Altuntuğ 2002)

Herhangi bir komplikasyon olmadığı takdirde doğumdan sonra 2-3 hafta içinde başlayan cinsel ilişkide kondom kullanımı pratik bir yöntemdir. Bebeğini emziren anneler sütü azaltmayan ve hormon düzeyi düşük doğum kontrol hapları kullanabilirler. Mini hap denilen bu tür haplara doğumdan sonra hemen başlanabilir. Sadece progesteron içeren bu haplar laktasyon üzerinde daha az etkilidir ve tromboemboli riski yapmazlar, çok az miktarda süte geçebilirler. Östrojen içeren oral kontraseptiflerin tromboemboli yapma riskleri yüksektir (Altuntuğ 2002). Bebek emzirilmiyorsa diğer doğum kontrol hapları da kullanılabilir. Diyafram, norplant, koruyucu iğne doğumdan 6 hafta sonra kullanılabilir. Artık hiç çocuk istenmiyorsa, vazektomi ya da tübligasyon yapılabilir (İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi 2000).

II.4.12. AĞRI

Aralıklı uterus kontraksiyonları, kas liflerinin kasılmalarından ve gevşemelerinden meydana gelir. Kas kramplarına neden olan bu duruma after-pains denir. Uterus kasılmaları veya after painsler postpartumun ilk 2 ya da 3. gününde meydana gelir. Oksitosin hormonu hipofiz arka lobundan salgılanır ve uterus kasılmalarını güçlendirir. Eğer anne emziriyorsa oksitosin salgılanması artar (Broom & Novak 1999, Burroughs & Leifer 2001). Emzirme uterus kontraksiyonlarını arttırdığı için ağrılar emzirme sırasında daha çok hissedilir. Ağrının sebebinin anneye açıklanması ve şiddetli ağrılarda analjezik ilaçların verilmesi anneyi rahatlatır.

Emzirirken memede ağrısı olan anne meme başında çatlak olup olmadığı yönünden kontrol edilmelidir. Çatlak varsa bebeğin memeye doğru yerleşip yerleşmediğine bakılarak gerekirse anne eğitilmelidir (Taşkın 2000, Altuntuğ 2002).

II.4.13. KİLO KAYBI

Doğum sonrası annenin kilosu yaklaşık 4.5-5.5 kg kadar azalır. Kilo kaybı fetüsün, plasentanın ve amniyotik sıvının atılmasından dolayı verilir. Bununla birlikte 2-3 kg kadarda postpartum periodda, diürez ve terleme yoluyla kaybolur. Gebelik sırasında kadın vücudu 2.3-3.2 kg kadar yağ depolar. Emziren anne, azar azar ilk 6 ay süresince bu fazla olan yağ deposunu kullanır ve çoğunlukla kadın yaklaşık olarak gebelik öncesi kilosuna geri döner (Phillips 1996, Burroughs & Leifer 2001). Doğum sonrası kilo vermek lohusa kadında önemli bir sorun haline gelmektedir. Sağlıksız kilo kaybetme çabaları; öğün atlama, bazı besinlerin aşırı alınımı (yağlı yiyecekler), diğer besinlerin yetersiz alınımı (protein)'dir. Bunun sonucunda, annenin hemoglobin seviyesi düşmektedir. Ayrıca gebelikte kilo alma nedeniyle aşırı kilolu olmak postpartum dönemde depresif ruh halini uzatabilir. Doğumdan sonra, önceki vücut görünüşünü yeniden kazanmak kadının birincil amacıdır. Araştırmalar erken postpartum dönemde kadınların beden imajlarından eskisine oranla daha az doyumlu olduklarını göstermektedir (Walker & Wilging 2000).

II.4.14. BOŞALTIM İHTİYACININ KARŞILANMASI

Normal doğum yapan kadın ilk 8 saat içinde idrara çıkabilmelidir. Dolu bir mesane uterus kontraksiyonlarını engeller ve postpartum hemorajiye-doğum sonu kanamaya neden olabilir. Ayrıca distansiyon mesane tonusunu azaltıp, neden olduğu idrar retansiyonuna bağlı sistite neden olabilir (Phillips 1996, Broom & Novak 1999, İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi 2000, Taşkın 2000).

Spontan idrar yapamayan anneye yardım etmek için;

- Anneye su sesi dinletilebilir (Duş veya musluk açılarak),
- Eller sıcak suya sokulabilir,
- Vulvanın üzerine ılık su dökülebilir,
- Sıcak içecekler verilebilir,
- Eğer anne yatağa bağımlı ise idrar yapabilmesi için en rahat pozisyonu vermek gerekebilir,
- Annenin ilk 12 saat içinde idrar hissi olmayabilir, bu nedenle 2-3 saatte bir tualete gitmesi için desteklenir (Taşkın 2000, Altuntuğ 2002).

Gebelikte görülen barsak peristaltizmindeki yavaşlama, erken lohusalıkta devam eder. Bu nedenle lohusalığın ilk günlerinde konstipasyon sorunu görülebilir. Annede epizyotomi tamiri veya hemoroid şikayeti varsa defekasyon önemli bir sorun oluşturur. Bazı doktorlar doğumdan sonraki 2-4. gece rutin olarak barsak yumuşatıcı maddeleri önerir. Ancak annelere konstipasyonu önlemek için doğal yöntemleri kullanmaları konusunda eğitim verilmelidir. Erken ayağa kaldırma, bol sıvı, posalı diyet, komposto konstipasyonu önlemede etkili yöntemlerdir (Altuntuğ 2002).

II.4.15. BEBEK BAKIMI

Postpartum dönem, annede oluşan fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin yanında ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir dönemdir. Bu dönemde ebeveynler bebek bakımı vermek, bebek için güvenli çevre oluşturmak, bebekle iletişim kurmak, yeni rolleri öğrenmek, aile duyarlılığını geliştirmek ve bebekle ilgili problemlerle baş etmek zorundadır (Vural ve Akkuzu 1999). Primipar anneler, bebek bakımı konusunda bilgili olsalar bile beceri yetersizliği nedeniyle bebeklerine zarar verebileceklerini düşünerek korkak ve çekingen davranırlar, multipar anneler ise, yeni bebeği diğer çocuklarına tanıtmaya ve aralarındaki ilişkileri düzenleme açısından güçlüklerle karşılaşırırlar. Hemşireler, hastane veya ev ortamında anneye bebek bakımı konusunda (giyim, kuşam, beslenme, banyosu vb.) bilgi ve beceri kazandırmalı, uygulamalarında ona yardımcı olmalıdır (Anadolu Üniversitesi Yayınları 1997).

Aile Bireylerinin Uyumu: Kardeşleri yeni aile üyelerine hazırlama konusunda;

- Fetüs hareket ettiğinde temas için çocuk teşvik edilir,
- Beklenen bebek hakkında kısa; basit açıklamalar yapılır,
- Klinik ya da prenatal visite çocuğunda katılımı sağlanır,
- Bebeğin doğumundan önce uyku düzenlemelerindeki değişimler yapılır,
- Çocuk için özel yeni yatak alınır,
- Çocuğun babaya bağlılığı artırılır (anne ve bebekten ayrılığa daha iyi uyum için),
- Bebeğin eve dönüş zamanı çocuğa bir hediye verilir,
- Mümkün olduğu zaman bebek bakımına, çocuğunda katılması sağlanır,
- Giysi almak gibi bağımsız aktiviteler için çocuk desteklenir (Burroughs & Leifer 2001).

II.4.16. AŞILAMA

Kadına gelecek fetusu fetal malformasyonlardan korumak için postpartum period esnasında rubella aşısı yapılır. Gelecek 3 ayda gebelik olmamalıdır. Anne Rh(-), bebek Rh(+) , baba Rh (+) ise anneye ilk 72 saatte RhoGAM yapılmalıdır. Bebeğe doğar doğmaz Hepatit aşısı yapılmalıdır (Burroughs & Leifer 2001).

II.5. POSTPARTUM ERKEN TABURCULUK, EVDE BAKIM HİZMETLERİ VE HEMŞİRELİK

Vajinal yoldan doğum yapan annelerin postpartum hastanede kalış süresi 6 saatten 2 güne kadar değişmektedir (Novak & Broom 1999, Altuntuğ 2002). Bazı çalışmalar erken taburculuğu 48 saat ve altı olarak kabul ederken, bazı çalışmalar ise 24 saat ve altı olarak kabul etmektedirler. Amerikan Akademik Pediatri Derneği (AAP) komplike olmamış vajinal doğumlar için erken taburculuğu 48 saat ve altı, çok erken taburculuğu 24 saat ve altı olarak kabul etmektedir (Altuntuğ 2002). Ülkemizdeki doğumevlerinin çoğunda doğum yapan anne genellikle 24 saat sonra taburcu edilmektedir. İlk 24 saat acil olarak gelişebilecek bazı komplikasyonları önlemek için yeterli gibi görülebilir. Ancak annenin evde geçireceği postpartum dönemde karşılaşacağı kendi fiziksel bakımı ve bebek bakımına ilişkin olası sorunlara yönelik bilgi vermek için çok kısa bir süredir. Ayrıca lohusalığın özellikle ilk bir haftası fizyolojik ve psikolojik yönden bir geçiş dönemidir ve postpartum komplikasyonların en yüksek olduğu dönemdir (Vural ve Akan 1995, Altuntuğ 2002).

Anneler hastanedeysen taburcu olmak için sabırsızlanırlar. Bununla birlikte taburcu olduklarında kendilerinin ve bebeklerinin bakımını nasıl sağlayacakları konusunda endişe duyarlar. Yenidoğanları ile hastaneden ayrıldıklarında, evde destek bulabilme konusunda kaygılar ortaya çıkmaya başlar. Günümüz toplumları annenin bebek bakımı konusunda bilgili ve becerili olmasını gerektirir. Çünkü bebeğe bakma sorumluluğunun çoğunu anne üstlenmektedir (Brown & Johnson 1998, Arslan 2001, Altuntuğ 2002).

Postpartum dönem, anne ve bebeğin hemşirelik bakımına daha çok ihtiyaç duydukları bir dönem olup, onların fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesi için nitelikli ve dikkatli bir bakıma gereksinimi vardır. Bu gereksinimlerin yeterli düzeyde karşılanmaması sonucunda anne ve bebek fiziksel, psikolojik ve sosyal birçok sorun yaşayabilir. Ancak doğum sonu dönemde hem annede, hem de bebekte görülen sorunlar önlenabilir durumlar olduğundan, önlemede tüm sağlık personeline özellikle de bakımdan doğrudan sorumlu olan hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir (Atıcı ve Gözüm 2001, Mucuk ve Güler 2002).

Aileye yeni bir üyenin katılmasından sonra yeni düzenlemeler yapma ve uyum sağlama süreçlerinin yoğun bir biçimde yaşandığı doğum sonu dönemde hemşirenin kapsamlı bir bakım vermesi, bireysel ihtiyaçların ve potansiyel problemlerin tanınmasına ve iyi değerlendirilmesine bağlıdır. Postpartum dönem boyunca devam eden eğitim ve danışmanlık, ailenin gereksinimlerinin belirlenmesine, uygun girişimlerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesine olanak sağlar (Cimete 1992, Arslan 2001).

Postpartum dönemde hemşirelik bakımının temel amaçları;

- Annenin rahatlığını, dinlenmesini ve bakımını sağlamak,
- Anne-bebek ilişkisini kurmada yardımcı olmak,
- Anne ve bebek bakımına yardımcı olmak ve bilgi vermek,
- Olası komplikasyonları önlemeye çalışmak,
- Annenin bu dönemi fizyolojik ve psikolojik olarak sağlıklı geçirmesini sağlamaktır (Phillips 1996, Burroughs & Leifer 2001, Atıcı 2002, Mucuk ve Güler 2002).

Postpartum dönemde hemşirelik bakımının temel hedefleri;

- Postpartum dönemde meydana gelen fizyolojik değişimleri açıklamak,
- Postpartum bakımda klinik uygulamaların amacını açıklamak,
- Postpartum dönemde hemşirelik bakımını ve değerlendirmesini yapmak,
- Postpartum dönemde görülen en olası hemşirelik tanıları, uygulamaları ve beklenen sonuçları söylemek,
- Sağlık eğitiminde hemşirenin rolünü tartışmak ve en önemli öğretim alanlarını belirlemek,
- Postpartum taburculuk kriterleri, ev bakımı ve olası problemleri tanımlamak,
- Sezaryen ve vajinal doğumu hemşirelik bakımı yönünden karşılaştırmak,
- Seçilen bakım planının uygulanmasında eleştirel düşünme egzersizlerini kullanmak (Philips 1996, Muray & frd. 2002)

Doğum sonrasında etkili bir hemşirelik bakımı için kuramsal bilgi, klinik deneyim ve empati ile destek gerekmektedir. Buna göre hemşirelerin sorumlulukları 4 noktayı içerir:

- Fiziksel bakımın sağlanması,
- Ruhsal destek,
- Eğitim,
- Doğum sonrasında normalden sapmaları gösteren bulguları tanıyıp değerlendirme (Burroughs & Leifer 2001).

Hemşire bu dönemde anne ve yeni doğanın fizyolojik fonksiyonlarını gözlemeli ve bu konudaki gereksinimlerini karşılamalı ve ayrıca ailenin ev ortamında daha nitelikli bir bakım alması sağlanmalıdır (Mucuk ve Güler 2002).

Taburculuk için hazırlık, kadın kendini öğrenmeye hazır hisseder hissetmez başlar. Hemşirelik bakımı kadının bilgisini ve ihtiyaçlarını değerlendirmeye yönelik olmalıdır (Burroughs & Leifer 2001). Böylece kadının hastanedeyken kendine ve bebeğine bakımı için hazırlanması, hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır (Vural ve Akan 1995, Burroughs & Leifer 2001, Atıcı ve Gözüm 2001).

Hemşirenin sorumlulukları arasında yer alan eğitimin amacı, lohusanın kendisine ve bebeğine bakabilmesi için gerekli bilgileri vermek ve gerekli davranış değişikliğini geliştirmektir.

Doğum sonrası bakıma ilişkin eğitimler şunları içermelidir:

- Dinlenme,
- Boşaltım-kabızlık,
- Perine hijyeni, el temizliği,
- Beslenme
- Erken mobilizasyonun yararları
- Kanama kontrolü ve uterusun değerlendirilmesi
- Meme bakımı,
- Banyo
- Egzersiz
- Loşia (Güler 1987, Arslan 2001).
- Aile Planlaması
- Ağrının giderilmesi,
- Lohusalıkta ateş,
- Duygusal uyum,
- Cinsel İlişki

Hemşirelerin doğum sonu dönemdeki fonksiyonlarını istenilen düzeyde yerine getirebilmeleri için, annelerin doğum sonu dönemde gereksinimlerini, beklentilerini, ne düşündüklerini ve neler algıladıklarını bilmeleri gerekir. Böylece gereksinimler doğrultusunda ve annenin aktif katılımıyla etkin bakım verilmiş olacaktır (Arslan 2001, Mucuk ve Güler 2002).

Değişen sağlık politikaları ile hemşirelerin görev alanı da saha çalışmasına doğru kaymaktadır. Anne, gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerinde hemşire tarafından evinde izlenmeli ve temel sağlık hizmetlerinden faydalanması sağlanmalıdır (Güler 1987, Vural ve Akan 1995, Atıcı ve Gözümlü 2001, Bennett & Katelhuck 2002).

Evde bakım hizmetleri; sağlığı yükseltme, sürdürme, hastalık anında iyileştirme ve sakatlık / hastalıkların etkisini azaltarak bağımsızlık seviyesini yükseltme amacı ile bireylere ve ailelere yaşadıkları ortamda verilen sürekli ve geniş kapsamlı sağlık bakımının bir parçasıdır (Albrecht 1996, Oktay ve ark. 1996, Aksayan ve Cimete 1998, Akdemir 2001, Karamercan 2001, Gölbaşı 2003). Gereksinimi olan bireye (yaşlı-hasta) ve ailesine tıbbi, duygusal ve sosyal bakım hizmetlerinin ev ortamında verilmesidir (Potter & Perry 1995).

Evde bakım hizmetleri ile hem bireylerin kendi sağlık bakımına katılımı sağlanmakta, hastanede yatış süresi kısalmakta, dolayısıyla maliyet azalmakta, hem de değişik sektör ve disiplinlerle işbirliği ve sağlık hizmetlerinin sürekliliği sağlanmaktadır. Ayrıca enfeksiyon riski azalmakta, iyileşme hızlanmakta, aile bütünlüğünü korunmakta ve stresi azaltmakta, kişinin alışık olduğu çevrede daha rahat etmesini, daha bağımsız ve özgür olmasını, sosyal etkinliklerini yapmasına ve tüm aile bireylerinin eğitime olanak sağlamaktadır (Oktay ve ark. 1996, Akdemir 2001, Karamercan 2001). Ülkemizdeki sağlık sorunları her alanda kendini göstermektedir.

Sorunların çözümü ise bireylerin kendi sağlık sorunlarının farkına varması, bilinçlenmesi, çaba göstermesi sorunları ile baş edebilir, sağlıklı yaşam bakımından kendine yetebilir duruma gelmesi ile mümkün olabilir. Bunun içinde etkin bir ekip ve toplum işbirliği olmalıdır. Evde bakım hizmetleri, farklı meslek ve uzmanlık üyelerinin işbirliği ve eşgüdümü ile sürekli, kapsamlı ve organize bir biçimde sunulan, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerdir. Evde bakım ekibi; bireyin gereksinimi doğrultusunda hemşire, hekim, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog, sosyal hizmet personeli gibi çalışanlardan oluşmaktadır (Smeltzer & Brende 1995, Aksayan ve Cimete1998, Gençalp 1998). Hemşirenin toplum sağlığını koruma ve geliştirmede etkin rol alabilmesinde tüm hemşirelik rollerini (eğitici, araştırmacı, liderlik, savunucu, danışman vb.) yerine getirmesi, bireyi ailesi ve çevresiyle bir bütün olarak ele alması, sürekli ve kendi ortamında sağlık hizmeti sunması gerekmektedir (Benefield 1996, Bekar 1997).

III. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

III. 1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, vajinal yolla doğum yapan kadınların erken postpartum dönemde kendisinin ve yenidoğanın bakımına yönelik yaşadıkları sorunların belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

III. 2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, Sivas İl Merkezinde bulunan Sultan 1. İzzettin Keykavus Devlet Hastanesi Doğum Evi Postpartum Servisi ve bu serviste araştırma kapsamına alınan kadınların, taburculuktan sonraki ilk 72 saat içinde evlerine gidilerek yapılmıştır.

III. 3. Araştırmanın Evreni- Örneklemi

Tanımlayıcı bir araştırma niteliği taşıyan bu çalışmada evreni, Sivas il merkezinde bulunan Sultan 1. İzzettin Keykavus Devlet Hastanesi Doğum Evi Postpartum Servisi'nde; vajinal yoldan doğum yapan kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemine, Sultan 1. İzzettin Keykavus Devlet Hastanesi Doğum Evi Postpartum Servisi'nde 1 Kasım 2004- 28 Şubat 2005 tarihleri arasındaki 4 aylık süreçte vajinal yoldan doğum yapan ve aşağıdaki özellikleri taşıyan tüm kadınlar alınmıştır (510 kadın örnekleme alınmıştır).

Kadınların örnekleme alınma kriterleri:

- Araştırmaya katılmak için istekli olması,
- İletişim kurmakta güçlük çekmemesi,
- Vajinal yolla doğum yapması,
- Sivas il merkezinde oturuyor olması.

III. 4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, ek I; “Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Veri Formu”, ek II; “Erken Postpartum Dönemde Lohusaya Yönelik Sorun Belirleme Formu”, ek III; “Erken Postpartum Dönemde Yenidoğana Yönelik Sorun Belirleme Formu” kullanılarak elde edilmiştir. Bu formlar araştırmacı tarafından literatür bilgilerinden yararlanılarak oluşturulmuştur.

Ek I: “Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Veri Formu”, bu formda postpartum dönemdeki kadınların yaşı, eğitim düzeyi, mesleği, aile tipi, sosyal güvencesi, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, doğum sırasında bebekte ve kendisinde sorun gelişip gelişmediği ile ilgili toplam 13 soru yer almaktadır. Formu yanıtlama süresi 5-10 dakikadır.

Ek II: “Erken Postpartum Dönemde Lohusaya Yönelik Sorun Belirleme Formu”, bu formda annenin hastaneden taburcu olmadan önce kendisine ve bebeğine yönelik eğitim alıp almadığı, lohusalık döneminde hastanede kalış süresi, taburcu olduktan sonra erken postpartum dönemde sağlık personeli tarafından ziyaret edilip edilmediği, evde bebeğin ve annenin bakımına yardımcı olabilecek birilerinin olup olmadığı, annenin vücut sistemleri, emosyonel durumu, bireysel temizlik ve giyinmesi ile ilgili sorunlar ve cinsel yaşamına ilişkin 20 soru yer almaktadır. Formu yanıtlama süresi 10-15 dakikadır.

Ek III: “Erken Postpartum Dönemde Yenidoğana Yönelik Sorun Belirleme Formu”, bu formda yenidoğanın vücut sistemleri, gelişimi, hijyeni, aşısı (hepatit) ile ilgili sorunlara ilişkin 10 soru yer almaktadır. Formu yanıtlama süresi 5-10 dakikadır.

III. 5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Soru formlarının uygulanabilmesi için, Sağlık Müdürlüğü'nden ve ilgili hastaneden gerekli izinler alınmıştır. Hazırlanan formların anlaşılabilirliğini saptamak için 1 Kasım - 11 Kasım 2004 tarihleri arasında Sivas Sultan 1. İzzettin Keykavus Devlet Hastanesi Doğum Evi Postpartum Servisi'nde yatan 30 anneye ön uygulama yapılmış, ön uygulama formlarında düzeltme yapılması gerekmediği için ön uygulama yapılan 30 anne araştırma kapsamına alınmıştır.

Daha sonra, Sivas İl Merkezinde bulunan Sultan 1. İzzettin Keykavus Devlet Hastanesi Doğum Evi Postpartum Servisi'nde 12 Kasım 2004 – 28 Şubat 2005 tarihinde vajinal yoldan doğum yapan tüm kadınlar ile görüşülerek, kendilerinden izin alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile “Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Veri Formu” hastanede uygulanmıştır. Taburculuktan sonraki ilk 72 saat içinde (1., 2. veya 3. günde) kadınların evlerine gidilerek, yüz yüze görüşme tekniği ile “Erken Postpartum Dönemde Lohusaya Yönelik Sorun Belirleme Formu” ve “Erken Postpartum Dönemde Yenidoğana Yönelik Sorun Belirleme Formu” araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

Sivas Sultan 1. İzzettin Keykavus Devlet Hastanesi Doğum Evi Postpartum Servisi'nde kadınlar saat 11.00'da taburcu edilmektedirler. Her sabah saat 10.00 -11.00'a kadar ve akşam 20.00'dan sonra hastaneye gidilmiş, “Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Veri Formu” hastanede uygulanmıştır. Saat 10.00 - 11.00'dan sonra ise daha önce taburcu edilen kadınların evlerine taburculuktan sonraki ilk üç gün içerisinde (1., 2. veya 3. günde) gidilerek anne ve yenidoğanın fizik muayenesi yapılmış, gözlem ve görüşme tekniği ile “Erken Postpartum Dönemde Lohusaya Yönelik Sorun Belirleme Formu” ve “Erken Postpartum Dönemde Yenidoğana Yönelik Sorun Belirleme Formu” araştırmacı tarafından (arka arkaya) uygulanmıştır.

III. 6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (ver:10.0) programına yüklenerek verilerin değerlendirilmesinde Khi-kare testi uygulanmıştır. Veriler kişi sayısı ve yüzdesi şeklinde tablolaştırılmıştır.

IV. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan 510 annenin tanıtıcı özellikleri, annelerin ve yenidoğanların sorun ve gereksinimlerine ait bulgular yer almaktadır.

Tablo 1: Annelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

<u>Tanıtıcı Özellikler</u>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>
<u>Yaş Grubu</u>		
16-20	44	8,6
21-25	72	14,1
26-30	167	32,7
31-35	141	27,6
36-40	59	11,6
41-45	27	5,3
<u>Eğitim Durumu</u>		
Okur yazar değil	106	20,8
Okur yazar	139	27,3
İlkokul mezunu	127	24,9
Ortaokul mezunu	90	17,6
Lise ve üzeri	48	9,4
<u>Meslek</u>		
Ev hanımı	266	52,2
Memur	87	17,1
İşçi	45	8,8
Çiftçi	70	13,7
Serbest meslek	42	8,2
<u>Aile Tipi</u>		
Çekirdek aile	175	34,3
Geniş aile	335	65,7

(Tablo 1 devam)

<u>Tanıttıcı Özellikler</u>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>
<u>Sosyal Güvence Durumu</u>		
Sosyal güvencesi yok	67	13,1
Emekli Sandığı	177	34,7
Sosyal Sigortalar Kurumu	142	27,8
Bağkur	86	16,9
Yeşil Kart	38	7,5
<u>Parite</u>		
Primipar	206	40,4
Multipar	304	59,6
<u>Yaşayan Çocuk Sayısı</u>		
Bir çocuk	206	40,4
İki çocuk	95	18,6
Üç çocuk	107	21,0
Dört ve üzeri çocuk	102	20,0
<u>Toplam</u>	510	100,0

Araştırma kapsamına alınan annelerin % 60.3'ünün 26-35 yaş grubunda, % 27.3'ünün okur yazar, % 52.2'sinin ev hanımı, % 65.7'sinin geniş ailede yaşadığı, % 59.6'sının multipar olduğu, % 13.1'inin sosyal güvencesinin olmadığı ve % 40.4'ünün bir çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 2: Doğum Sırasında Annelerin Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı

<u>Sorun Yaşama Durumu</u>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>
Yaşayan	285	55,9
Yaşamayan	225	44,1
<u>Toplam</u>	510	100,0

Tablo 2 incelendiğinde, annelerin % 55.9'unun doğum sırasında sorun yaşadığı görülmektedir.

Tablo 3: Doğum Sırasında Annelerin Yaşadıkları Sorunların Dağılımı

<u>Yaşanan Sorunlar</u>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>
Etkin ıkınamama	37	13,0
Doğum sırasında kusma	25	8,8
Epizyo açılması	127	44,6
Bebek doğum kanalından ilerlemediği için karına baskı yapılması	50	17,5
Plasenta doğumu için baskı yapılması	46	16,1
<u>Toplam</u>	285	100,0

Tablo 3'de doğum sırasında sorun yaşayan annelerin bulguları incelendiğinde, % 44.6'sına epizyo açıldığı görülmektedir. Annelerin % 17.5'inin doğum sırasında bebek doğum kanalından ilerlemediği için karına baskı, % 16.1'inin plasenta doğumu için karına baskı yapıldığı saptanmıştır.

Tablo 4: Doğum Sırasında Yenidoğanların Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı

<u>Sorun Yaşama Durumu</u>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>
Yaşayan	103	20,2
Yaşamayan	407	79,8
<u>Toplam</u>	510	100,0

Tablo 4'e bakıldığında, doğum sırasında yenidoğanların % 20.2'sinin sorun yaşadığı görülmektedir.

Tablo 5: Doğum Sırasında Yenidoğanların Yaşadıkları Sorunların Dağılımı

<u>Yaşanan Sorunlar</u>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>
Kord dolanması	29	28,2
Mekonyum aspirasyonu	74	71,8
<u>Toplam</u>	103	100,0

Tablo 5'e bakıldığında, doğum sırasında sorun yaşayan yenidoğanların % 71.8'inde mekonyum aspirasyonu geliştiği belirlenmiştir.

Tablo 6: Doğum Sırasında Sorun Yaşayan Yenidoğanlara Tıbbi Müdahale Yapılma Durumunun Dağılımı

<u>Tıbbi Müdahale Durumu</u>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>
Yapılan	63	12,4
Yapılmayan	447	87,6
<u>Toplam</u>	510	100,0

Tablo 6'ya bakıldığında, doğum sırasında sorun yaşayan yenidoğanların % 12.4'üne tıbbi bir müdahale yapıldığı görülmektedir.

Tablo 7: Doğum Sırasında Sorun Yaşayan Yenidoğanlara Yapılan Tıbbi Müdahalelerin Dağılımı

<u>Tıbbi Müdahale</u>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>
Forseps uygulaması	44	69,8
Vakum uygulaması	19	30,2
<u>Toplam</u>	63	100,0

Tablo 7'ye bakıldığında, doğum sırasında sorun yaşayan yenidoğanların % 69.8'ine forseps uygulandığı belirlenmiştir.

Tablo 8: Annenin Hastaneden Taburcu Olurken Kendi Bakımına Yönelik Bilgi Alma Durumunun Dağılımı

<u>Bilgi Alma Durumu</u>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>
Alan	370	72,5
Almayan	140	27,5
<u>Toplam</u>	510	100,0

Tablo 8 incelendiğinde, annelerin hastaneden taburcu olurken % 27.5’inin doğum sonuna yönelik kendi bakımları ile ilgili bilgi almadıkları, % 72.5’inin ise bilgi aldığı belirlenmiştir.

Tablo 9: Annenin Hastaneden Taburcu Olurken Kendi Bakımına Yönelik Aldığı Bilgilerin Dağılımı

<u>Alınan Bilgiler</u>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>
Emzirme ve meme bakımı	118	31,9
Loşia ve kanama kontrolü	87	23,5
Beslenme	90	24,3
Anne sütü	75	20,3
<u>Toplam</u>	370	100,0

Tablo 9 incelendiğinde, annelerin hastaneden taburcu olurken doğum sonuna yönelik kendi bakımları ile ilgili olarak % 31.9’unun emzirme ve meme bakımı, % 24.3’ünün beslenme, % 23.5’inin loşia ve kanama kontrolü, % 20.3’ünün anne sütü konusunda bilgi aldıkları belirlenmiştir.

Tablo 10: Annelerin Hastaneden Taburcu Olurken Yenidoğan Bakımına
Yönelik Bilgi Alma Durumlarının Dağılımı

<u>Bilgi Alma Durumu</u>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>
Alan	407	79,8
Almayan	103	20,2
<u>Toplam</u>	510	100,0

Tablo 10'a bakıldığında, annelerin hastaneden taburcu olurken % 20.2'sinin yenidoğan bakımıyla ilgili bilgi almadıkları, % 79.8'inin bilgi aldıkları belirlenmiştir.

Tablo 11: Annenin Hastaneden Taburcu Olurken Yenidoğan Bakımına
Yönelik Aldığı Bilgilerin Dağılımı

<u>Alınan Bilgiler</u>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>
Bebek banyosu ve giydirme	80	19,7
Bebek beslenmesi ve gazını çıkarma	172	42,3
Göz ve göbek bakımı	77	18,9
Aşılar	78	19,2
<u>Toplam</u>	407	100,0

Tablo 11'e bakıldığında, hastaneden taburcu olurken annelerin % 42.3'ünün bebek beslenmesi ve bebeğin gazını çıkarma, % 19.7'sinin bebek banyosu ve giydirme, % 19.2'sinin aşılar, % 18.9'unun göz ve göbek bakımı konusunda bilgi aldıkları belirlenmiştir.

Tablo 12: Doğum Yapan Annelerin Hastanede Kalma Sürelerinin Dağılımı

<u>Saat</u>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>
4-8 saat	24	4,7
9-12 saat	48	9,4
13-16 saat	89	17,5
17-20 saat	125	24,5
21-24 saat	118	23,1
25-28 saat	49	9,6
29-32 saat	57	11,2
Toplam	510	100,0

Tablo 12'ye bakıldığında, lohusalık döneminde annelerin % 79.2'sinin 24 saat içinde, % 20.8'ininde 24-32 saat içinde taburcu oldukları görülmektedir.

Tablo 13: Lohusalık Süresince Evde Yenidoğanın ve Annenin Bakımına Yardımcı Bireylerin Olma Durumunun Dağılımı

<u>Yardımcı Bireylerin Olma Durumu</u>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>
Var	341	66,9
Yok	169	33,1
<u>Toplam</u>	510	100,0

Tablo 13'e bakıldığında, lohusalık süresince evde annelerin % 66.9'unda hem kendisinin hem de yenidoğanın bakımına yardımcı olacak bireylerin olduğu, % 33.1'inde ise yardımcı olacak bireylerin olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 14: Lohusalık Süresince Evde Yenidoğanın ve Annenin Bakımına Yardımcı Olacak Bireylerin Dağılımı

<u>Yardımcı Olacak Bireyler</u>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>
Annesi ve eşi	58	17,0
Kayınvalidesi ve eşi	115	33,7
Kayınvalidesi ve annesi	34	10,0
Kız kardeşi ve eşi	32	9,4
Eltisi veya görümcesi	38	11,1
Eşi	37	10,9
Eşi ve çocukları	27	7,9
<u>Toplam</u>	341	100,0

Anne ve yenidoğanların bakımına yardımcı olan bireylerin yakınlık derecelerine göre dağılımı Tablo 14'de görülmektedir. Annelerin ve yenidoğanlarının bakımına % 33.7'sinde kayınvalide ve eşlerinin yardımcı olacakları belirlenmiştir.

Tablo 15: Annelerin Yaşam Bulgularının Dağılımı

	<u>Sayı</u>	<u>%</u>
<u>Ateş</u>		
36-37 °C	455	89,2
37.1- 38 °C	47	9,2
38,1 ve üzeri	8	1,6
<u>Solunum</u>		
16-20 /dk	303	59,4
21-25 /dk	145	28,4
26 ve üzeri /dk	62	12,2
<u>Nabız</u>		
60'ın altında /dk	41	8,0
60-100 /dk	426	83,5
100'ün üzerinde / dk	43	8,4
<u>Toplam</u>	510	100,0

Annelerin yaşam bulgularının dağılımı (Tablo 15) incelendiğinde, % 89.2'sinin ateşinin 36-37 °C arasında, % 59.4'ünün solunum sayısının 16-20 /dk arasında, % 83.5'inin nabız sayısının 60-100 /dk arasında olduğu belirlenmiştir.

Tablo 16: Annelerin Yaşadıkları Sorunların Sistemlere Göre Dağılımı

n: 510	<u>Var</u>		<u>Yok</u>	
	Sayı	%	Sayı	%
<u>Üreme Sistemi</u>				
Kötü kokulu kanama	79	15,5	431	84,5
Perine bölgesinde hassasiyet	116	22,7	394	77,3
Dikişlerde açılma	25	4,9	485	95,1
Dikişlerde kanama	26	5,1	484	94,9
Enfeksiyon belirtisi	11	2,2	499	97,8
Ağrı	93	18,2	417	81,8
Anormal uterus involüsyonu	40	7,8	470	92,2
Anormal loşia bulguları	20	3,9	490	96,1
<u>Memeler ile İlgili Sorunlar</u>				
Memelerde hassasiyet	147	28,8	363	71,2
Memelerde dolgunluk	238	46,7	272	53,3
Memelerde ağrı	78	15,3	432	84,7
Meme ucunda çatlak	43	8,4	467	91,6
Süt kanallarında tıkanıklık	31	6,1	479	93,9
Küçük ve içe çökük meme ucu	58	11,4	452	88,6
Sütün gelmemesi	18	3,5	492	96,5
Memelerde abse	-	-	510	100,0
Memelerde mastitis	-	-	510	100,0
<u>Sindirim Sistemi</u>				
Kabızlık	23	4,5	487	95,5
Basur	84	16,5	426	83,5
Sıvı alım yetersizliği	47	9,2	463	90,8
Beslenme sorunu	76	14,9	434	85,1
<u>Üriner Sistem</u>				
İdrar yaparken yanma	120	23,5	390	76,5
İdrar yaparken ağrı	62	12,2	448	87,8
İdrar kaçırma	54	10,6	456	89,4
<u>Kas İskelet Sistemi</u>				
Sırt ağrısı	129	25,3	381	74,7
Bacak ağrısı	103	20,2	407	79,8
Yürümede zorluk	185	36,3	325	63,7
Kendi gereksinimlerini karşılama zorluk	77	15,1	433	84,9
<u>Kardiovasküler Sistem</u>				
Aşırı yorgunluk	84	16,5	426	83,5
Çarpıntı	33	6,5	477	93,5

(Tablo 16 devam)

	<u>Var</u>		<u>Yok</u>	
	Sayı	%	Sayı	%
<u>Solunum Sistemi</u>				
Solunum güçlüğü	47	9,2	463	90,8
Sigara kullanma	138	27,1	372	72,9
<u>Duygusal Durum</u>				
Ağlama	165	32,4	345	67,6
İçe kapanma	118	23,1	392	76,9
Alınganlık	162	31,8	348	68,2
Dalgınlık	155	30,4	355	69,6
Yalnızlık hissi	162	31,8	348	68,2
Sinirlilik	39	7,6	471	92,4
Uyuyamama	114	22,4	396	77,6
Kendisinin ve yenidoğanın bakımında yetersizlik hissetme	273	53,5	237	46,5
Annelik rolünü yerine getirememe endişesi	126	24,7	384	75,3
Olumsuz beden imajı etkilenmesi	200	39,2	310	60,8
Aile tarafından bebeğin kabul edilmemesi	135	26,5	375	73,5
Annelik rolünün kabul edilmemesi	74	14,5	436	85,5
<u>Diğer Sorunlar</u>				
<u>Cinsel Yaşam</u>				
Etkin aile planlaması yöntemi kullanımı	183	35,9	327	64,1
<u>Bireysel Temizlik ve Giyinme</u>				
Yanlış perine hijyeni uygulaması	197	38,6	313	61,4
Yanlış meme bakımı uygulaması	242	47,5	268	52,5
Giyime ilgi ve özen eksikliği	261	51,2	249	48,8

Tablo 16 bakıldığında, annelerin üreme sistemi ile ilgili olarak; % 7.8’inde normal uterus involüsyonunun gerçekleşmediği, % 22.7’sinde perine bölgesinde hassasiyet görüldüğü, memelerle ilgili olarak; %46.7’sinde memelerde dolgunluk ve % 28.8’inde memelerde hassasiyet, sindirim sistemi ile ilgili olarak; % 16.5’inde hemoroid ve % 14.9’unda beslenme sorunu, üriner sistemle ilgili olarak; % 23.5’inde idrar yaparken yanma olduğu, kas-iskelet sistemi ile ilgili olarak; % 36.3’ünde yürümede zorluk yaşandığı saptanmıştır.

Kardiovasküler sistem ile ilgili olarak; % 16.5’inde aşırı yorgunluk, solunum sistemi ile ilgili olarak; % 27.1’inin sigara kullandığı, emosyonel durum ile ilgili olarak; % 53.5’inin yenidoğan ve kendisinin bakımında yetersizlik hissettiği, %39.2’sinde olumsuz beden imajı etkilenmesinin olduğu, cinsel yaşam ile ilgili olarak; % 64.1’inde etkin aile planlaması yöntemi kullanımının olmadığı, bireysel temizlik ve giyinme ile ilgili olarak; % 51.2’sinde giyime ilgi ve özen eksikliği, %47.5’inde yanlış meme bakımı ve %38.6’sında yanlış perine hijyeni uygulamasının olduğu saptanmıştır (Tablo 16).

Tablo 17: Yenidoğanın Yaşam Bulgularının Dağılımı

	<u>Sayı</u>	<u>%</u>
<u>Ateş</u>		
36,4 °C’nin altında (Aksillar)	55	10,8
36,5 -37 °C (Aksillar)	432	84,7
37,1 °C’nin üzeri (Aksillar)	23	4,5
<u>Solunum</u>		
29 /dk altında	20	3,9
30-60 /dk	469	92,0
61 /dk üzerinde	21	4,1
<u>Toplam</u>	510	100,0

Yenidoğanların yaşam bulgularının dağılımına (Tablo 17) bakıldığında, % 84.7’sinin ateşinin (aksillar) 36,5-37 °C olduğu, % 92’sinin solunum sayısının 30-60 /dk arasında olduğu belirlenmiştir.

Tablo 18: Yenidoğanın Vücut Ölçümlerinin Dağılımı

	<u>Sayı</u>	<u>%</u>
<u>Yenidoğanda vücut ağırlığı</u>		
2499 gramın altında	42	8,2
2500-4000 gram	449	88,0
4001 gramın üzerinde	19	3,7
<u>Yenidoğanda baş çevresi</u>		
32 cm altında	30	5,9
33-36 cm	453	88,8
37 cm üstünde	27	5,3
<u>Yenidoğanda göğüs çevresi</u>		
32 cm altında	18	3,5
32-35 cm	483	94,7
35 cm üzerinde	9	1,8
<u>Yenidoğanda boy</u>		
49 cm altında	18	3,5
49-54 cm	458	89,8
54 cm üzerinde	34	6,7
<u>Toplam</u>	510	100,0

Tablo 18'de yenidoğanın vücut ölçümlerinin dağılımına bakıldığında, %11.9'unun vücut ağırlığının normal sınırlarda olmadığı, % 88.0'ının normal (2500-4000 gram arasında) olduğu, % 11.2'sinin baş çevresinin normal sınırlarda olmadığı, % 88.8'inde (33-36 cm arasında) normal olduğu, %5.3'ünün göğüs çevresinin normal sınırlarda olmadığı, % 94.7'sinde normal (32-35 cm arasında) sınırlarda olduğu ve % 10.2'sinin boy uzunluğunun normal sınırlarda olmadığı, % 89.8'inin boy uzunluğunun normal (49-54 cm arasında) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 19: Yenidoğanların Yaşadıkları Sorunların Sistemlere Göre Dağılımı

n: 510	<u>Yaşayan</u>		<u>Yaşamayan</u>	
	Sayı	%	Sayı	%
<u>Deri ile İlgili Sorunlar</u>				
Yenidoğanda sarılık	79	15,5	431	84,5
Yenidoğanda solukluk	43	8,4	467	91,6
Yenidoğanda siyanoz	64	12,5	446	87,5
Yenidoğanda deride döküntü	6	1,2	504	98,8
Yenidoğanda deride kızarıklık	63	12,4	447	87,6
<u>Göz ile İlgili Sorunlar</u>				
Gözde kızarıklık	93	18,2	417	81,8
Gözde akıntı	102	20,0	408	80,0
Gözde çapaklanma	226	44,3	284	55,7
<u>Gastrointestinal Sistem</u>				
Yenidoğanda kusma	218	42,7	292	57,3
Yenidoğanda gaita yapamama	15	2,9	495	97,1
Yenidoğanda gaz sorunu	247	48,4	263	51,6
Göbek kordonunda akıntı	4	0,8	506	99,2
Göbek kordonunda kızarıklık	18	3,5	492	96,5
Annenin göbek bakımına ilişkin sorun ifadesi	215	42,2	295	57,8
Anormal abdomen çevresi	4	0,8	506	99,2
<u>Genitoüriner Sistem</u>				
İdrar yaparken zorluk, ağlama	24	4,7	486	95,3
İdrar renginde değişiklik	-	-	510	100,0
Genital organlarda anomali	6	1,2	504	98,8
<u>Kas-İskelet Sistemi</u>				
Doğuştan kalça çıkığı bulgusu	23	4,5	487	95,5

(Tablo 19 devam)

<u>Nörolojik Sistem</u>				
Yenidoğanda tiz ağlama	9	1,8	501	98,2
Yenidoğanda uyuyamama	16	3,1	494	96,9
Yenidoğanda emmeme	73	14,3	437	85,7
Yenidoğanda reflekslerin olmaması	14	2,7	496	97,3
<u>Diğer Sorunlar</u>				
<u>Yenidoğanın Hijyeni</u>				
Banyo yaptırmada güçlük	56	11	454	89
Yenidoğanı giydirmede sorun yaşama	130	25,5	380	74,5
<u>Yenidoğan gelişimi ile</u>				
sorun ifadesi	6	1,2	504	98,8
<u>Yenidoğanda aşı ile ilgili</u>				
sorun ifadesi	23	4,5	487	95,5

Yenidoğanların sistemlerle ilgili sorun yaşama durumları incelendiğinde (Tablo 19), % 15.5'inde sarılık, % 44.3'ünde gözde çapaklanma, % 48.4'ünde gaz sorunu, % 42.7'sinde kusma, % 4.7'sinde idrar yaparken zorluk, ağlama, % 4.5'inde doğuştan kalça çıkığı bulgusu olduğu, % 2.7'sinde reflekslerin olmadığı, % 14.3'ünde emmeme sorunu olduğu, % 25.5'inde annenin yenidoğanı giydirmede sorun yaşadığı ve % 4.5'inde yenidoğanın aşısı (hepatit) ile ilgili sorun yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 20: Yaş Gruplarına Göre Annelerin Üriner Sistemle İlgili Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı

	Annelerin Üriner Sistemle İlgili Sorun Yaşama Durumları					
<u>Yaş Grupları</u>	<u>Yaşayan</u>		<u>Yaşamayan</u>		<u>Toplam</u>	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
16-20	19	43,2	25	56,8	44	100,0
21-25	23	31,9	49	68,1	72	100,0
26-30	74	44,3	93	55,7	167	100,0
31-35	51	36,2	90	63,8	141	100,0
36-40	20	33,9	39	66,1	59	100,0
41-45	17	63,0	10	37,0	27	100,0
<u>Toplam</u>	204	40,0	306	60,0	510	100,0

$$X^2=11.13 \quad P=0.049$$

Yaş gruplarına göre annelerin erken postpartum dönemde üriner sistem ile ilgili sorun yaşama durumlarına bakıldığında fark önemli bulunmuştur ($P<0.05$). Üriner sistem ile ilgili olarak 41-45 yaş grubundaki annelerin daha çok sorun yaşadıkları (% 63.0) görülürken, 21-25 ve 36-40 yaş grubundaki annelerin daha az sorun yaşadıkları (% 31.9, % 33.9) görülmüştür.

Eğitim düzeyine, mesleğine, aile tipine, sosyal güvence durumuna, pariteye, yaşayan çocuk sayısına göre erken postpartum dönemde annelerin üriner sistem ile ilgili sorun yaşama durumlarının karşılaştırması yapıldığında farklılık önemsiz bulunmuştur ($P> 0.05$).

Yaş gruplarına, eğitim düzeyine, mesleğe, aile tipine, sosyal güvence durumuna, pariteye, yaşayan çocuk sayısına göre erken postpartum dönemde annelerin üreme sistemi, memeler, sindirim sistemi, kas-iskelet sistemi, kardiovasküler sistem, bireysel temizlik-giyinme ve emosyonel durum ile ilgili sorun yaşama durumlarının karşılaştırması yapıldığında farklılık önemsiz bulunmuştur ($P> 0.05$).

Tablo 21: Aile Tipine Göre Annelerin Solunum Sistemi ile İlgili Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı

	Annelerin Solunum Sistemi ile İlgili Sorun Yaşama Durumları					
<u>Aile Tipi</u>	<u>Yaşayan</u>		<u>Yaşamayan</u>		<u>Toplam</u>	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çekirdek aile	49	28,0	126	72,0	175	100,0
Geniş aile	123	36,7	212	63,3	335	100,0
<u>Toplam</u>	172	33,7	338	66,3	510	100,0

$$X^2=3.90 \quad P=0.048$$

Aile tipine göre erken postpartum dönemde annelerin solunum sistemi ile ilgili sorun yaşama durumlarına bakıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($P<0.05$). Solunum sistemi ile ilgili olarak geniş ailede yaşayan annelerin daha çok sorun yaşadıkları (% 36.7), çekirdek ailede yaşayan annelerin daha az sorun yaşadıkları (% 28.0) saptanmıştır.

Yaş gruplarına, eğitim düzeyine, mesleğine, sosyal güvence durumuna, pariteye, yaşayan çocuk sayısına göre erken postpartum dönemde annelerin solunum sistemi ile ilgili sorun yaşama durumlarının karşılaştırması yapıldığında farklılık önemsiz bulunmuştur ($P> 0.05$).

Tablo 22: Yaş Gruplarına Göre Annelerin Etkin Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı ile İlgili Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı

	Annelerin Etkin Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı ile İlgili Sorun Yaşama Durumları					
<u>Yaş Grupları</u>	<u>Yaşayan</u>		<u>Yaşamayan</u>		<u>Toplam</u>	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
16-20	13	29,5	31	70,5	44	100,0
21-25	15	20,8	57	79,2	72	100,0
26-30	58	34,7	109	65,3	167	100,0
31-35	57	40,4	84	59,6	141	100,0
36-40	32	54,2	27	45,8	59	100,0
41-45	8	29,6	19	70,4	27	100,0
<u>Toplam</u>	183	35,9	327	64,1	510	100,0

$$X^2 = 18.31 \quad P=0.003$$

Yaş gruplarına göre erken postpartum dönemde annelerin etkin aile planlaması yöntemi kullanımı ile ilgili sorun yaşama durumlarına bakıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($P<0.05$). Etkin aile planlaması yöntemi kullanımı ile ilgili olarak 36-40 yaş grubundaki annelerin daha çok sorun yaşadıkları (% 54.2), 21-25 yaş grubundaki annelerin daha az sorun yaşadıkları (% 20.8) saptanmıştır.

Tablo 23: Sosyal Güvenceye Göre Annelerin Etkin Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı ile İlgili Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı

	Annelerin Etkin Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı ile İlgili Sorun Yaşama Durumları					
<u>Sosyal Güvence Durumu</u>	<u>Yaşayan</u>		<u>Yaşamayan</u>		<u>Toplam</u>	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sosyal güvencesi yok	35	52,2	32	47,8	67	100,0
Emekli Sandığı	56	31,6	121	68,4	177	100,0
Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)	46	32,4	96	67,6	142	100,0
Bağkur	28	32,6	58	67,4	86	100,0
Yeşil kart	18	47,4	20	52,6	38	100,0
<u>Toplam</u>	183	35,9	327	64,1	510	100,0

$$X^2 = 12.52 \quad P=0.014$$

Sosyal güvenceye göre erken postpartum dönemde annelerin etkin aile planlaması yöntemi kullanımı ile ilgili sorun yaşama durumlarına bakıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($P < 0.05$). Etkin aile planlaması yöntemi kullanımı ile ilgili olarak sosyal güvencesi olmayan ve yeşil kart grubundaki annelerin daha çok sorun yaşadıkları (% 52.2, % 47.4), emekli sandığı, SSK ve Bağkur grubundaki annelerin daha az sorun yaşadıkları (% 31.6, % 32.4, % 32.6) belirlenmiştir.

Eğitim düzeyine, mesleğine, aile tipine, pariteye, yaşayan çocuk sayısına göre erken postpartum dönemde annelerin cinsel yaşam ile ilgili sorun yaşama durumlarının karşılaştırması yapıldığında farklılık önemsiz bulunmuştur ($P > 0.05$).

V. TARTIŞMA

Bu bölümde, Sivas İl Merkezinde bulunan Sultan 1. İzzettin Keykavus Devlet Hastanesi Doğum Evi Postpartum Servisi'nde normal vajinal yolla doğum yapan kadınların taburculuktan sonraki ilk 72 saat içerisinde kendilerinde ve yenidoğanlarında görülen sorunlar ile ilgili elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan annelerin % 60.3'ünün 26-35 yaş grubunda, % 27.3'ünün okur yazar, % 52.2'sinin ev hanımı, % 65.7'sinin geniş aile yaşadığı, % 59.6'sının multipar olduğu, % 13.1'inin sosyal güvencesinin olmadığı ve % 40.4'ünün bir çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Çalışmada annelerin % 55.9'unun doğum sırasında sorun yaşadığı (Tablo 2), doğum sırasında sorun yaşayan annelerin % 44.6'sına epizyo açıldığı görülmektedir (Tablo 3). Ayrıca yenidoğanların % 20.2'sinin doğum sırasında sorun yaşadığı (Tablo 4), sorun yaşayan yenidoğanların % 71.8'inin mekonyumunu aspire ettiği tespit edilmiştir (Tablo 5). Bu yenidoğanların %12.4'üne tıbbi bir müdahale yapıldığı (Tablo 6), tıbbi müdahalede ise yenidoğanların % 69.8'ine forseps uygulandığı görülmektedir (Tablo 7). Doğum sırasında sorun yaşayan anne ve yenidoğanın erken postpartum dönemde daha fazla problemle karşılaşacakları düşünülmektedir.

Doğum sonu dönem, anne ve bebeğin gelecekteki yaşantısı için oldukça önemli bir dönemdir. Bu dönemde anneler hem kendi bakımları hem de bebek bakımı ile ilgili eğitim ve rehberlik gereksinimi duyarlar. Postpartum dönemde, anneler çeşitli konularda eğitim almak istemektedirler (Arslan 2001). Arslan'ın (2001) yaptığı çalışma sonuçlarına göre; annelerin kendileri ile ilgili problemler konusunda daha az sıklıkta danışmanlık istedikleri, kendileri ile ilgili en sık meme ile ilgili problemler ve aile planlaması konularında danıştıkları, bunu doğum sonu cinsellik ve daha az oranda konstipasyon, doğum sonu yorgunluk, doğum sonu egzersiz, hemoroid ve emzirirken sigara kullanımı ile ilgili konuların izlediği belirlenmiştir.

Bizim çalışma bulgularımızda annelerin hastaneden taburcu olurken % 72.5'inin doğum sonuna yönelik kendi bakımları ile ilgili bilgi aldığı, % 27.5'inin ise bilgi almadığı (Tablo 8), bilgi alan annelerin % 31.9'unun emzirme ve meme bakımı, % 24.3'ünün beslenme, % 23.5'inin loşia ve kanama kontrolü, % 20.3'ünün anne sütü konusunda bilgi aldıkları görülmektedir (Tablo 9). Ancak hiçbir anne taburculuk sonrası ilk üç gün içerisinde ziyaret edilmemiş ve verilen bilgilerin değerlendirmeleri ve diğer gereksinimler belirlenmemiştir.

Arslan'ın (2001) yaptığı çalışma sonuçlarına göre; annelerin en sık bebeklerle ilgili konularda danışmanlık istedikleri, bebekle ilgili olarak danıştıkları konuların başında bebek beslenmesinin geldiği, bunu sırasıyla bebeğin hastalığı, bebeğin dışkılama örüntüsü, bebek banyosu- vücut bakımı ve bebekle iletişim konularının izlediği saptanmıştır (Arslan 2001). Arslan'ın çalışmasına benzer olarak çalışmamız sonucunda annelerin hastaneden taburcu olurken % 79.8'inin doğum sonuna yönelik yenidoğan bakımıyla ilgili bilgi aldığı, % 20.2'sinin ise bilgi almadığı (Tablo 10), bilgi alan annelerin % 42.3'ünün bebek beslenmesi ve bebeğin gazını çıkarma, % 19.7'sinin bebek banyosu ve giydirme, % 19.2'sinin aşılar, % 18.9'unun göz ve göbek bakımı konusunda bilgi aldıkları görülmektedir (Tablo 11).

Atıcı'nın belirttiğine göre; Grups erken taburculuğu, normal doğumdan sonra 12-24 saat içinde taburcu olma şeklinde tanımlamıştır. Brown, Bone ve Williams çalışmalarında 24 saat içindeki taburculuğu erken taburculuk olarak ifade etmişlerdir (Atıcı 2000). Mucuk'un (2002) yapmış olduğu çalışma sonuçlarına göre; hastanelerde doğum yapan anneler genellikle 24-48 saat içinde taburcu edildikleri için, bundan sonraki döneme uyumlarını kolaylaştırmak, sağlıklarının devamı ve gelişebilecek komplikasyonları erken tanılamalarına yönelik eğitimlerin verilmesi, anne adaylarının gereksinimlerine yönelik eğitimlerin verilmesi, bu eğitimlere gebelik döneminde başlanması, doğum sonu dönemde devam edilmesi ve evde bakımla bu hizmetin sürdürülmesinin bütün sağlık sistemi tarafından benimsenmesi, uygulamaya konulması ve denetimlerin yapılması önerilmektedir (Mucuk ve Güler 2002).

Atıcı'nın 2000 yılında yaptığı çalışmaya göre; doğumdan sonra hastanede kalma süresi deney grubunda 18.8 ± 4.6 iken kontrol grubunda 19.6 ± 4.3 saat olarak saptanmıştır (Atıcı 2000). Bizim çalışma bulgularımızda da lohusalık döneminde annelerin %79.2'sinin 24 saat içinde taburcu edildikleri (Tablo 12) görülmektedir. Bu sürenin annelerin taburculuk sonrası ilk üç gün içerisinde hem kendileri hem de yenidoğanları ile ilgili eğitim ve bakımla önlenebilecek sorunlar yaşamaları nedeniyle yetersiz olduğu düşünülmektedir. Atıcı'nın çalışmasına göre kontrol grubundaki lohusaların %92'sinin evde sağlık bakımı almak istedikleri bulunmuştur. Lohusaların evde sağlık bakımı almak istemelerinde, postpartum dönemde yaşadıkları problemlerin ve danışabilecekleri, profesyonel yardım alabilecekleri kişilerin olmamasının etkili olduğu düşünülmektedir (Atıcı 2000).

Sağlık personeli normal bir lohusayı, lohusalık dönemi içerisinde evde en az 3 kez izlemelidir. Annenin yaşam bulguları düzelinceye kadar izleme devam edilmelidir (Köseli ve Akın 2001). Brown ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında doğum sonu dönemde anneler kendi bakımları konusunda belirsizlik yaşarken, bazı anneler de bebek bakımını sağlayabilmek için gerekli olan temel bilgilerden yoksun bulunmuşlardır. Brown, eğer postpartum dönemde sürekli izlem yapılmazsa, bu annelerin temel sağlık bilgisi için sadece akrabalarının bilgisine başvurmak ve bu bilgilere güvenmek zorunda kalacaklarını belirtmektedir (Brown and Johnson 1998).

Başer ve arkadaşlarının (1997) “doğum yapan kadınların doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası sağlık bakımı alma durumları konusundaki çalışma sonuçlarına göre; kadınların % 93.9'unun doğumlarını hastanede yaptıkları belirlenmiştir. Doğum sonrası anne ve bebeklerin % 39.0'ı ebe tarafından ziyaret edilmiş olup, meme-perine bakımı, loşia kontrolü, aile planlaması, yenidoğan bakımı, lohusa-bebek beslenmesi ve egzersize ilişkin bakım ve eğitimin yetersiz verildiği saptanmıştır (Başer ve ark. 1997).

Bizim çalışmamızda ise annelerin taburculuk sonrası ilk üç gün içerisinde hiçbir sağlık personeli tarafından ziyaret edilmedikleri ve lohusalık süresince evde annelerin % 66.9'unda hem kendisinin ve hem de yenidoğanın bakımına yardımcı olacak bireylerin olduğu (Tablo 13), annelere yardımcı bireylerin %33.7'sinde kayıncı ve eşleri olduğu görülmektedir (Tablo14). Aile büyükleri ya da çevreden alınan bilgiler bilimsel kökenli değildir ve kişiye göre değişir (Altıntaş 2002).

Hemşirelerin postpartum dönemde annelerin yaşam bulgularını değerlendirmeleri önemlidir. Çünkü bu bulgulardaki değişiklikler annede gelişebilecek postpartum kanama, puerperal enfeksiyon, kalp hastalıkları, pre-eklamsi ve anksiyete gibi komplikasyonlar hakkında bilgi verir (Mucuk ve Güler 2002). Çalışmamızda annelerin yaşam bulgularının dağılımı (Tablo 15) incelendiğinde, % 89.2'sinin ateşinin 36-37 °C arasında, % 59.4'ünün solunum sayısının 16-20 /dk arasında, % 83.5'inin nabız sayısının 60-100 /dk arasında olduğu saptanmıştır. Yaşam bulgularında normal bulguların yüksek oranda olduğu görülmektedir.

Yapılan araştırmalarda annelerin postpartum erken dönemde en önemli ihtiyaçlarının kendi bakımları ile ilgili bilgi ihtiyaçları olduğu yönündedir. Saylam'ın araştırmasının sonucunda annelerin çok yüksek oranda enfeksiyon belirtileri, meme bakımı, emzirme konularında bilgi istedikleri bulunmuştur (Yılmaz 2002). Çeşitli araştırmalarda annelerin doğum sonu dönemde fiziksel bakıma yönelik eğitim ve bakım beklentilerinin olduğu, ancak bu gereksinimlerinin tam olarak karşılanmadığı saptanmıştır (Başer 1997, Mucuk ve Güler 2002). Vural ve Akan'ın (1995) çalışma sonuçlarına göre; annelerin % 31.6'sının kendi sağlıklarını korumak için hiç bir şey yapmadıkları saptanmıştır (Vural ve Akan 1995).

Doğum sonu dönemde öncelikli olarak yapılması gereken şeylerden birisi olan uterusun yüksekliğini, kıvamını ve kanamanın özelliğini değerlendirmek postpartum dönemde hemşirelik bakımının önemli bir işlevidir. Çalışma bulgularımıza göre, annelerin %7.8'inde normal uterus involüsyonunun gerçekleşmediği saptanmıştır (Tablo 16). Araştırmamızda annelerinin çoğunluğunun bu konuda bilgi almadıkları ve taburculuk sonrası takip edilmedikleri belirlenmiştir.

Doğum sonu dönemde perine bakımı yara iyileşmesini hızlandırdığı gibi annenin rahatlaması, puerperal ve üriner enfeksiyonların önlenmesi açısından da gerekli ve önemlidir (Taşkın 2000). Çalışma bulgularımıza göre, annelerin % 22.7'sinde perine bölgesinde hassasiyet görüldüğü, üriner sistemle ilgili olarak; % 23.5'inde idrar yaparken yanma, bireysel temizlik ve giyinme ile ilgili olarak; % 38.6'sında yanlış perine hijyeni uygulamasının olduğu saptanmıştır (Tablo 16). Bu bulgular bize, annelere bu konularda yeteri kadar bilgi verilmediğini veya bilgi verilse bile gerekli takiplerin yapılmadığını düşündürmektedir. Çalışmamızda annelerin bu konuda yeteri kadar bilgi almadıkları saptanmıştır.

Vural ve Akan'ın (1995) yaptığı çalışmaya göre; lohusaların % 52'sinde meme ucunda çatlak görülmüş, bunu memelerdeki ağrı ve dolgunluk şikayetleri izlemiştir (Vural ve Akan 1995, Atıcı 2000). Çalışma bulgularımızda, memelerle ilgili olarak; annelerin % 46.7'sinde memelerde dolgunluk ve % 28.8'inde memelerde hassasiyet, bireysel temizlik ve giyinme ile ilgili olarak; % 51.2'sinde giyime ilgi ve özen eksikliği, % 47.5'inde yanlış meme bakımı olduğu saptanmıştır (Tablo 16). Bu bulgular ile çalışmamızda yer alan annelerin çoğunluğunun emzirme ve meme bakımı konusunda bilgi almış olsalar bile verilen bilginin yetersiz olduğu ya da bilginin yeterli olsa bile mutlaka eğitimin uygulandığının takibinin yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Hemşire lohusa beslenmesi konusunda rehberlik etmelidir (Coşkun 1992, Mucuk ve Güler 2002). Vural'ın çalışmasında lohusalık döneminde beslenmesine dikkat ettiğini belirten anne oranı % 29.1 olarak saptanmıştır (Vural ve Akan 1995). Altuntuğ'un (2002) yaptığı çalışmada; annelerin gebelik ve doğum sonrası yapacaklarına ilişkin eğitim alma durumları incelendiğinde, % 53.3'ünün beslenme, %1.25'inin diş bakımı konusunda eğitim aldıkları saptanmıştır (Altuntuğ 2002). Kabızlık ve hemoroidler postpartum dönemde beslenmeye vb. faktörlere bağlı olarak sık karşılaşılan problemlerdendir (Atıcı 2000). Bizim çalışmamızda, annelerin doğum sonu erken postpartum dönemde % 16.5'inde hemoroid ve % 14.9'unda beslenme sorunu olduğu görülmektedir (Tablo 16). Çalışmamızda annelerin özellikle hemoroid konusunda bilgilendirilmeleri, annelerin postpartum dönemde olması gerektiği gibi yeterli ve dengeli beslenmedikleri, yeterince sıvı almadıkları ve bu konunun öneminin farkında olmadıkları belirlenmiştir.

Yapılan çalışmalarda; hamilelik sırasında ve doğum sonu dönemde düzenli olarak egzersiz yapan kadınlar, fiziksel aktivitenin enerji düzeylerini arttırdığını, morallerini yükselttiğini, kendilerini daha iyi hissetmelerine ve daha iyi görünmelerine neden olduğunu belirtmişlerdir (Koçak ve Kukulu 1993, Altuntuğ 2002). Çalışma bulgularımıza göre, annelerin doğum sonu erken postpartum dönemde kas-iskelet sistemi ile ilgili olarak; % 36.3'ünde yürümede zorluk yaşandığı görülmektedir (Tablo 16). Annelerin birçoğunun düzenli ya da düzensiz egzersiz yapmadıkları, erken dönemde ev işleri yapmaya başladıkları ve bunu egzersiz olarak değerlendirdikleri görülmüştür. Ayrıca bu konuda hastaneden taburcu olmadan önce ve evde sağlık personelinden bilgi almadıkları görülmüştür.

Cimete'nin (1992) yaptığı bir çalışmaya göre; doğum sonrası erken dönemde annelerin büyük çoğunluğunun (% 64) bebeklerine yakınlaşmada sorunlarının olduğu belirlenmiştir. Anne- bebek yakınlaşmasının, bebeğin fiziksel ve ruhsal sağlığı yönünden önemi göz önünde bulundurulursa, hemşirelerin bu yakınlaşmayı kolaylaştırmak için yapabilecekleri uygulamalar konusunda, görev içi eğitim aracılığı ile aydınlatılmaları önerilmektedir (Cimete 1992).

Vural ve Akkuzu'nun 1999 yılında 90 primipar anne üzerinde yaptığı çalışmada lohusa kadınların % 21.2'sinde depresyon bulunmuştur. Ayrıca aynı çalışmanın sonuçlarında, doğum sonu dönemde kendilerinin ve bebeklerinin bakımında güçlüğü olan annelerin %35.4'ünde depresyon saptanmıştır. Çalışmamızda annelerin doğum sonu erken postpartum dönemde emosyonel (duygusal) durum ile ilgili olarak; %53.5'inin yenidoğan ve kendisinin bakımında yetersizlik hissettikleri, %39.2'sinde olumsuz beden imajı etkilenmesinin olduğu saptanmıştır (Tablo 16). Profesyonel sağlık personeli olarak hemşirelerin erken postpartum dönemde anneye ve yenidoğana yönelik gereksinimleri karşılamaları durumunda, annelerin kendilerini daha iyi hissedecekleri, bu riskli dönemin psikolojik açıdan daha iyi bir şekilde süreceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda annelerin %16.5'inde aşırı yorgunluk yaşandığı, % 27.1'inin sigara kullandığı saptanmıştır (Tablo 16). Annelerin bu konuda yeteri kadar bakım ve eğitim almadıkları belirlenmiştir. Oysa doğum sonrası annenin sigara içmesinin hem kendi sağlığını hem de bebeğinin sağlığını olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (Burroughs & Leifer 2001).

Çalışma bulgularımızda annelerin cinsel yaşam ile ilgili olarak; % 64.1'inde etkin aile planlaması yöntemi kullanımının olmadığı görülmektedir (Tablo 16). Türkiye Üreme Sağlığı Hizmetlerinin değerlendirilmesine yönelik 1994 yılında yapılan çalışmada, doğum yapmış kadınların %95'in doğum sonu dönemde bir aile planlaması yöntemi kullanmayı düşündüğü ancak bunların % 75'inin doğum sonu 6 haftada yöntemi uygulamayı planladıkları belirlenmiştir. Bu nedenle yapılan ev ziyaretlerinin yöntem kullanımını arttırdığının önemi vurgulanmıştır. Anneler doğumdan hemen sonra aile planlaması yöntemi olarak RİA (spiral) taktırbilmektedirler (Eryılmaz 1999). Ancak çalışmamızda annelerin taburculuktan sonraki ilk üç gün içinde hiçbir sağlık personeli tarafından ziyaret edilmediği ve bu konuda taburculuk öncesi ve sonrasında yeteri kadar bilgi almadıkları belirlenmiştir.

Graef ve arkadaşlarının (1988) çalışmasında, bebek beslenmesi ile ilgili kaygıların ilk sırada geldiği belirtilmektedir. Özellikle ilk 1-2 hafta içerisinde beslenme ile ilgili sorular daha fazla iken, 3. - 4. haftalara doğru giderek azalmakta olduğu görülmüştür (Arslan 2001). Altuntuğ'un 2002 yılında yaptığı çalışmaya göre; annelerin bebek bakımı ile ilgili en çok önemli buldukları eğitim konuları; yenidoğanın hastalık bulguları (% 68.3), yenidoğan beslenmesi (% 64.2) ve yenidoğanın büyüme ve gelişmesi (% 61.7) gibi konuları içermektedir (Altuntuğ 2002). Vural ve Akan'ın (1995) çalışma sonuçlarına göre; bebeklerin % 38.6'sında gaz sancısı, % 26.9'unda pamukçuk, % 14.7'sinde pişik görüldüğü saptanmıştır (Vural ve Akan 1995). Çalışma bulgularımızda yenidoğanların % 84.7'sinin ateşinin (aksillar) 36,5-37 °C olduğu, % 92'sinin solunum sayısının 30-60 /dk arasında olduğu (Tablo 17), % 11.9'unun vücut ağırlığının normal sınırlarda olmadığı, % 88.0'ının vücut ağırlığının 2500-4000 gram arasında (normal), % 11.2'sinin baş çevresinin normal sınırlarda olmadığı, % 88.8'inde baş çevresinin 33-36 cm arasında (normal), % 5.3'ünün göğüs çevresinin normal sınırlarda olmadığı, % 94.7'sinde göğüs çevresinin 32-35 cm arasında (normal) ve % 10.2'sinin boy uzunluğunun normal sınırlarda olmadığı, % 89.8'inin boy uzunluğunun 49-54 cm arasında (normal) olduğu belirlenmiştir (Tablo 18). Yenidoğanların yaşam bulgularında normal bulguların yüzdesinin yüksek olduğu görülmektedir. Ancak yenidoğanların doğum sonu erken postpartum dönemde yaşadıkları sorun izleminde % 15.5'inde sarılık, % 44.3'ünde gözde çapaklanma, % 48.4'ünde gaz sorunu, % 42.7'sinde kusma, % 4.7'sinde idrar yaparken zorluk, ağlama, % 4.5'inde doğuştan kalça çıkığı bulgusu olduğu, % 2.7'sinde reflekslerin olmadığı, %14.3'ünde emmeme sorunu olduğu, % 25.5'inde annenin yenidoğanı giydirmede sorun yaşadığı ve % 4.5'inde yenidoğanın aşısı ile ilgili sorun yaşadığı görülmektedir (Tablo 19). Postpartum erken dönemde saptanan bu sorunlar ileride yenidoğanın büyüme ve gelişmesini engelleyerek kalıcı sekillere neden olabilir, anne ve ailenin psikolojisini etkileyebilir. Ayrıca verilen doğru eğitim ve bakımlarla bu sorunların ortaya çıkması önlenabilir. Bu nedenle erken postpartum dönemde verilen bakım ve eğitimin, saptanan bu sorunlara erken müdahalenin önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda yaş gruplarına göre annelerin erken postpartum dönemde üriner sistem ile ilgili sorun yaşama durumlarının karşılaştırması yapıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($P<0.05$). Üriner sistem ile ilgili olarak 41-45 yaş grubundaki annelerin daha çok sorun yaşadıkları (% 63.0) görülürken, 21-25 ve 36-40 yaş grubundaki annelerin daha az sorun yaşadıkları (% 31.9, % 33.9) görülmüştür (Tablo 20). Bu durum Moran'ın (1997) çalışmasında olduğu gibi ileri yaştaki annelerin genç yaştaki annelere göre sağlıkları ile ilgili daha az beklentilerinin olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışma bulgularımızda aile tipine göre erken postpartum dönemde annelerin solunum sistemi ile ilgili sorun yaşama durumlarının karşılaştırması yapıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($P<0.05$). Solunum sistemi ile ilgili olarak geniş ailede yaşayan annelerin daha çok sorun yaşadıkları (% 36.7), çekirdek ailede yaşayan annelerin daha az sorun yaşadıkları (% 28.0) saptanmıştır (Tablo 21). Arslan'ın çalışmasında emzirirken sigara kullanımı ile ilgili danışmanlık isteyen kadınların yüzdesi % 1.04'tür. Çalışma sonucunda emzirirken sigara kullanımı konusunda az oranda da olsa danışmanlığa gereksinim duyulması, annelerin sigaranın zararları konusunda bilgi sahibi olsalar da uygulamada bu alışkanlıklarından vazgeçme konusuna yeterince önem vermedikleri düşünülmüştür (Arslan 2001). Bizim çalışmamızda annelerinin (% 27.1) sigara kullandıkları ve bu konuda hastaneden taburcu olmadan önce ve ev ortamında bilgi almadıkları belirlenmiştir.

Çalışmamızda yaş gruplarına göre erken postpartum dönemde annelerin etkin aile planlaması yöntemi kullanımı ile ilgili sorun yaşama durumlarının karşılaştırması yapıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($P<0.05$). Etkin aile planlaması yöntemi kullanımı ile ilgili olarak 36-40 yaş grubundaki annelerin daha çok sorun yaşadıkları (%54.2), 21-25 yaş grubundaki annelerin daha az sorun yaşadıkları (%20.8) saptanmıştır (Tablo 22). Anneler doğumdan hemen sonra etkin korunma yöntemi olarak RİA taktırmakta, mini hap kullanabilmekte ve eşler kondom kullanabilmektedir. Çalışmamızda annelere lohusalık döneminde etkin aile planlaması konusunda bilgi verilmediği görülmüştür.

İleri yaştaki annelerin bu konuda daha çok sorun yaşamaları diğer yaş gruplarına göre daha çok bilgiye ihtiyaç duyduklarını düşündürebilir.

Çalışma bulgularımızda sosyal güvenceye göre erken postpartum dönemde annelerin etkin aile planlaması yöntemi kullanımı ile ilgili sorun yaşama durumlarının karşılaştırması yapıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($P < 0.05$). Etkin aile planlaması yöntemi kullanımı ile ilgili olarak sosyal güvencesi olmayan ve yeşil kart grubundaki annelerin daha çok sorun yaşadıkları (%52.2, %47.4), emekli sandığı, SSK ve Bağkur grubundaki annelerin daha az sorun yaşadıkları (%31.6, %32.4, %32.6) belirlenmiştir (Tablo 23). Bulgular bize sosyal güvencesi olan annelerin çok daha rahat bir şekilde sağlık kuruluşlarından danışmanlık ve hizmet aldıklarını, sosyal güvencesi olmayan annelerin ise bu imkanlardan yeterince yararlanamadıklarını düşündürmektedir.

Yaş gruplarına, eğitim düzeyine, mesleğe, aile tipine, sosyal güvence durumuna, pariteye, yaşayan çocuk sayısına göre erken postpartum dönemde annelerin üreme sistemi, memeler, sindirim sistemi, kas-iskelet sistemi, kardiovasküler sistem, bireysel temizlik-giyinme ve emosyonel durum ile ilgili sorun yaşama durumlarının karşılaştırması yapıldığında, yaş gruplarına, eğitim düzeyine, mesleğine, sosyal güvence durumuna, pariteye, yaşayan çocuk sayısına göre erken postpartum dönemde annelerin solunum sistemi ile ilgili sorun yaşama durumlarının karşılaştırması yapıldığında, eğitim düzeyine, mesleğine, aile tipine, pariteye, yaşayan çocuk sayısına göre erken postpartum dönemde annelerin cinsel yaşam ile ilgili sorun yaşama durumlarının karşılaştırması yapıldığında farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($P > 0.05$).

Annelerin yaşına, eğitim durumuna, mesleğine, aile tipine, sosyal güvence durumuna, paritesine, yaşayan çocuk sayısına göre erken postpartum dönemde yenidoğanların deri, gastrointestinal sistem, üriner sistem, kas-iskelet sistemi, nörolojik sistem ve hijyeni ile ilgili sorun yaşama durumlarının karşılaştırması yapıldığında farklılık istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($P > 0.05$).

VI. SONUÇLAR

“Vajinal yolla doğum yapan kadınların erken postpartum dönemde kendisinin ve yenidoğanın bakımına yönelik yaşadıkları sorunların belirlenmesi” adlı araştırmada elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmiştir.

Bu araştırmada sonuç olarak, Sivas İl Merkezinde bulunan Sultan 1. İzzettin Keykavus Devlet Hastanesi Doğum Evi Postpartum Servisi’nde normal vajinal yolla doğum yapan kadınların taburcu olmadan önce yeterli bilgi almadıkları, taburculuktan sonraki ilk 72 saat içerisinde sağlık personeli tarafından ziyaret edilmedikleri belirlenmiştir. Annelerin çoğunluğunda kendi ve yenidoğan bakımına yardımcı bireylerin olduğu, yardımcı olacak bireylerin kayıncı ve eşleri olduğu saptanmıştır.

Annelerin ve yenidoğanlarının çoğunluğunun yaşam bulgularının normal olduğu, doğum sonu erken postpartum dönemde çeşitli sorunlar yaşadıkları, bu sorunların çözümünde aldıkları bilgilerin yetersiz olduğu bulunmuştur.

VII. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

1- Çalışmamızda annelerin genelde 24 saat içinde taburcu oldukları ve gerekli olan bilgi ve bakımı yetersiz aldıkları saptanmıştır. Buna göre;

-Anneleri doğum sonu dönemde hastaneden ayrılmadan önce, kendi bakımları ve bebek bakımı konularında, gereksinim duydukları konularda eğitmek,

2-Çalışmamızda taburculuk sonrası ilk üç gün içerisinde lohusaların hiçbir sağlık personeli tarafından ziyaret edilmediği belirlenmiştir. Annede ve yenidoğanda önlenebilir çeşitli sorunlar saptanmıştır. Buna göre;

- Doğumdan sonra hastaneden taburcu olan anne ve yenidoğanın hemşire tarafından erken dönemde başlayarak evde izlemek, gereksinimler ve sorunlar erken dönemde saptanarak ailenin sağlık gereksinimlerini yerine getirmek ve kriz durumlarında da aileye yardımcı olmak. Doğum sonu dönemde anne ve babanın beklentileri doğrultusunda hem biyolojik, hem de psikolojik olarak mümkün olduğunca olumlu deneyimler yaşamalarını sağlayarak, evde destekleyici bir çevre yaratmak, anne - babanın becerilerini arttırmak ve eksik olduğu konularda eğitmek. Erken postpartum dönemde sorunlar ortaya çıkarsa, bu sorunları saptamak gerekli olan belirtileri aileye öğretmek, en kısa zamanda sağlık kuruluşuna gelmeleri için yönlendirmek ve lohusalık süresince en az 3 defa ev ziyaretinde bulunmak.

3-Erken postpartum dönemde annelerin hem kendilerinin hem de yenidoğanlarının sorun yaşamaları açısından; ileri yaştaki annelerin, geniş ailede yaşayan annelerin, sosyal güvencesi olmayan ve yeşil kart sahibi annelerin daha riskli bir grup olduğu bulunmuştur. Buna göre;

- Sosyal güvencesi olmayan annelerin gereksinimi oldukları bakım ve eğitimi ev ortamlarında karşılamak,
- Lohusalık döneminde etkin aile planlaması yöntemi kullanımı ve sigara konusunda anneleri yeterli ve doğru bir şekilde bilgilendirme önerilmiştir.

VIII. ÖZET

Bu çalışma, vajinal yolla doğum yapan kadınların erken postpartum dönemde kendisinin ve yenidoğanın bakımına yönelik yaşadıkları sorunları belirleyerek, hemşireler tarafından postpartum dönemdeki kadınlara yönelik olarak verilen sağlık hizmetlerinin planlanmasında etkili ve yol gösterici olması düşüncesiyle tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Hemşireler vajinal yolla doğum yapan annelerin içinde bulundukları durumdan nasıl etkilendiklerini, ne tür sıkıntılar yaşadıklarını, daha yoğun olarak nerelerde yardıma ihtiyaç duyduklarını bilirlerse bakımlarını, bu gereksinimleri karşılayacak düzeyde planlayabilecek ve zamanında uygulamaya başlayarak daha iyi sonuçlar elde edebileceklerdir. Ayrıca bu çalışma lohusa kadınların erken taburcu edilmeleri sonucunda gelişebilecek sorunları ve erken postpartum dönemde evde yaşadıkları sorunları belirleyerek erken dönemde evde bakımın önemini ortaya koyması açısından önem taşımaktadır.

Araştırma, Sivas İl Merkezinde bulunan Sultan 1. İzzettin Keykavus Devlet Hastanesi Doğum Evi Postpartum Servisi ve bu serviste saptanan kadınların, taburculuktan sonraki ilk 72 saat içinde evlerine gidilip yüz yüze görüşülerek yapılmıştır.

Araştırmada veriler, Ek I; “Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Veri Formu”, Ek II; “Erken Postpartum Dönemde Lohusaya Yönelik Sorun Belirleme Formu”, Ek III; “Erken Postpartum Dönemde Yenidoğana Yönelik Sorun Belirleme Formu” kullanılarak elde edilmiştir. Araştırmada elde edilen veriler SPSS (ver:10.0) programına yüklenerek verilerin değerlendirilmesinde Khi-kare testi uygulanmıştır. Verilerimiz tablolarda kişi sayısı ve yüzdesi şeklinde belirtilmiştir.

Çalışmamızda annelerin hastaneden taburcu olmadan önce lohusalık döneminde kendi ve yenidoğan bakımı hakkında bazı konularda bilgi aldıkları ancak erken postpartum dönemde bu bilgilerin ev ziyareti yapılarak sürekliliğinin sağlanmadığı saptanmıştır. Annelerin doğumdan sonra çoğunluğunun 24 saat içinde taburcu edildikleri, en fazla hastane kalış süresinin 32 saat olduğu belirlenmiştir.

Taburculuk sonrası ilk üç gün içinde hiçbir annenin sağlık personeli tarafından ziyaret edilmediği görülmüştür. Annelerin çoğunluğunda kendi ve yenidoğan bakımına yardımcı bireylerin olduğu, yardımcı olacak bireylerin kayınvalide ve eşleri olduğu saptanmıştır.

Annelerin ve yenidoğanlarının çoğunluğunun yaşam bulgularının normal olduğu, annelerin ve yenidoğanların doğum sonu erken postpartum dönemde çeşitli sorunlar yaşadıkları bu sorunların çözümünde aldıkları bilgilerin yetersiz olduğu bulunmuştur.

ABSTRACT

This work has been planned with the aim of defining the effective planning of health services given by nurses to women in the post-partum period by looking at the problems faced by women in the early post-partum period who have done a vaginal birth and new-born care. If nurses know how mothers who have done a vaginal birth are affected by their situations, what kind of problems they have faced and the areas where they need extra care then they can obtain better results by beginning practices on time and plan on a level to meet these needs. Also this study is important from the point of view of showing the importance of home-care in the early post-partum period by determining the problems which can develop from early discharge of post-partum women and the problems they face at home in the early post-partum period.

This research was carried out at the Post-Partum Clinic of the Maternity Hospital at Sultan I İzzettin Keykavus State Hospital which is in the centre of Sivas and the women from this clinic were visited at home within 72 hours of being discharged.

The data was obtained using Data Form 1: Characteristics and relevant data form for women who have done a vaginal birth; Data form 2: Form to determine problems in women in the early post-partum period; and Data form 3: Form to determine problems in new-borns in the early post-partum period. The data obtained from these forms were analysed using the Chi-Squared test through the SPSS (Version 10.0) program. The data are presented in the tables as number of people and percentages.

It was determined through home visits that the mothers had received education in some areas of care for themselves and their new-borns in the post-partum period before being discharged from hospital but that this education wasn't being continuously applied in the early post-partum period. It was ascertained that most mothers were discharged within 24 hours of giving birth and the maximum hospital stay was 32 hours. It was seen that none of the mothers received a visit from a health professional in the first three days after discharge. Most of the mothers stated that the help they and their new-born needed was provided by their mother-in-laws and husbands.

Most mothers and newborns had normal life signs and it was found that the information they received was insufficient to resolve the various problems that they had in the early post-partum period.

KAYNAKLAR

1. Albrecht M (1996) The Community Health Nurse In Home Health and Hapsice Care: Community Health Nursing, Toronto, Mosby, s.746- 760.
2. Altuntuğ K (2002) Doğum Sonu Dönemde Anneler ile Ebe ve Hemşirelerin Eğitim Öncelikleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Konya, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
3. Akın A, Açıklan B (1997) Türkiye’de kadın sağlığının durumu ve hedefler, Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 3(6): 98-99.
4. Akdemir N (2001) Sağlık hizmetlerinde süreklilik evde bakım hizmeti, Yeni Türkiye Dergisi, (39): 926-944.
5. Aksayan S, Cimete G (1998) Evde bakım, Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 7(6): 202-204.
6. Arnold S, Cohen D (2001) Postpartum Konular: Jinekoloji ve Obstetrik Sırları, Çeviren B Ata, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, s. 341-345.
7. Arslan F (2001) Primipar Annelere Gebelikte ve Doğum Sonu Bebek Bakımı Konusunda Verilen Danışmanlık ve Eğitim Hizmetinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, Gülhane Askeri Tıp Akademisi.
8. Atıcı İ, Gözüml S (2001) Postpartum erken taburculukta lohusalara verilen sağlık eğitiminin postpartum problemler ve anksiyete üzerine etkisi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(2): 77-90.
9. Balkaya AN (2002) Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(2): 42-49.
10. Başer ve ark (1997) Doğum yapan kadınların doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası sağlık bakımı alma durumlarının değerlendirilmesi. V. Ulusal Hemşirelik Kongresi. Kayseri.

11. Bekar M (1997) Annelerin Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
12. Benefield L (1996) Making the transition to home care nursing, AJN, 96(10): 47-49.
13. Bilgel N (1997) Türkiye’de Anne Sağlığı: Halk Sağlığı Bakışıyla Ana ve Çocuk Sağlığı, İstanbul, Güneş & Nobel Tıp Kitabevi, s. 183-200.
14. Biliker MA (2001) Türkiye’de kadının sağlık durumu, Aktüel Tıp Dergisi, 6(1):18-23.
15. Bulut A (2001) Türkiye’de kadınlar, çocuklar ve gençlerin sağlığı “Yeni Türkiye’de üreme sağlığının geliştirilmesi için gereksinimler”, Yeni Türkiye Dergisi, (39):459-483.
16. Burroughs A, Leifer G (2001) Postpartum Period: Maternity Nursing An Introductory Text, Philadelphia, Saunders Company.
17. Brown SG, Johnson BT (1998) Enhancing early discharge with home follow-up, JOGNN, 27(1): 33-38.
18. Cimete G (1992) Doğum sonrası erken dönemde anne-bebek yaklaşması, Türk Hemşireler Dergisi, 42(1): 7-9.
19. Coşar G (1995) Ana Sağlığı, Ankara, Som Gür Yayıncılık, s. 2-26, 67-76.
20. Coşkun A (1992) Ülkemizde ana sağlığı sorunları. 1.Ulusal Ana ve Çocuk Sağlığı Hemşireliği Sempozyumu. İstanbul. s.17-23.
21. Coşkun A ve Karanisoğlu H.(1997) Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir.
22. Dale AE (1995) A research study exploring the patients view of quality of life using the case study method, Journal of Advanced Nursing, 22: 1128-1134.
23. Dünya Sağlık Örgütü (1998) Dünya Sağlık Raporu 1998: 21. Yüzyılda Yaşam Herkes İçin Bir Vizyon, Ankara, Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Başkanlığı.

24. Ekizler H (1996) Perinatal dönemde anne ve çocuk sağlığının sürdürülmesi, geliştirilmesi ve değerlendirilmesi, Hemşirelik Bülteni, 10(39): 5-13.
25. Eryılmaz YH (1999) Doğum Sonu Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesinde Ölçek Geliştirilmesi ve Uygulanan Bakım Yönteminin (Pathway) Etkilerinin Belirlenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
26. Gül E (2003) Antenatal ve doğum sonrası kanamalarda klinik yönetim. IX. Ulusal Perinatoloji Kongre Kitabı. Ankara. Türk Perinatoloji Derneği. s. 67-71.
27. Güler H (1987) Lohusalıkta Anneye Verilen Sağlık Eğitiminin Annenin Doğum Sonrası Döneme İlişkin Eğitim Düzeyine Etkisinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
28. Gorrie TM & frd. (1998) Foundations of Maternal-Newborn Nursing, Second Edition, Philadelphia, W.B. Saunders Company, s. 356-470.
29. Gölbaşı Z (2003) Postpartum erken taburculuk, evde bakım hizmetleri ve hemşirelik, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(2):15-22.
30. Hallworth C (1982) Adjusting to motherhood: Nursing Mirror, (7):2-3.
31. Harrison LL. (1990) Patient education in early postpartum discharge programs, MCN, s. 15-39.
32. Horowitz J, Domoto E (1999) Mothers perceptions of postpartum stres and satisfaction, JOGNN, 28(6):595-605.
33. İstanbul Tıp Fakültesi Kadın ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Birimi (2000) Doğum Sonrası Kadın Sağlığı ve Gebelikten Korunma, İstanbul.
34. Jensen MD, Bobak IM (1993) Maternity and Gynecologic Care, St. Louis, Mosby Company.
35. Kara B ve ark.(2001) Doğum sonrası depresyon, Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 10(9):333-334.

36. Karamercan E (2001) Evde bakım, Yeni Türkiye Dergisi, (39): 935-944.
37. Koçak F ve Kukulu K (1993) Gebelik ve doğum sonu dönemde egzersiz, Türk Hemşireler Dergisi, 43(3): 13-14.
38. Köseli A, Akın L (2001) Lohusalık Dönemi ve Bakımı: Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, s. 1377-1381.
39. Lauder W. (1999) A survey of self-neglect in patients living in the community, Journal of Clinical Nursing, 8(1): 95-102.
40. Gençalp SN (1998) Postnatal dönem evde bakım. I. Ulusal Evde Bakım Kongre Kitabı. İstanbul.
41. Mucuk S, Güler N (2002) Annelerin doğum sonu dönemde bakım beklentileri ve bu beklentilerin hemşireler tarafından karşılanma durumu, Sağlık Bilimleri Dergisi, 11(1): 21-29.
42. Muray S & frd. (2002) The Family After Birth: Foundations of Maternal- Newborn Nursing, Saunders Company, s. 424-622.
43. Novak J, Broom B (1999) Nursing Care During Postpartum: Maternal and Child Health Nursing, Mosby, s. 337- 360.
44. Oktay ve ark. (1996) Ülkemizde evde bakım hizmetlerinin sunumuna ilişkin toplantı raporu, Şişli Etfal Hastanesi Hemşirelik Dergisi, 1(1):52-56.
45. Özsoy S (1997) Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı, İzmir, Saray Medikal Yayıncılık San ve Tic LTD. Şti.
46. Peters M (2000) Safe motherhood beyond the year 2000: a global perspektive, Midwifery, 16(1):2-6.
47. Phillips RC (1996) The Postpartum Family: Family-Centered Maternity and Newborn Care, St Louis, Mosby Year Book, s. 267-313.
48. Potter P, Perry A (1995) Home Health Care: Nursing Theory and Practice, Philadelphia, Mosby.
49. Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı (1998) Kadın Sağlığı, Sağlık ve Toplum Dergisi, (3-4).

50. Schmidt P (2002) Postpartum depresyon: www.4woman.gov/fag/postpartum.htm.
51. Sertbaş G (1998) Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi, Hemşire Dergisi, 48(6): 16-19.
52. Smeltzer S, Brende B (1995) Medical Surgical Nursing, Philadelphia.
53. Taşkın L (2000) Doğum Sonu Dönem: Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, s. 351-409.
54. T.C. Sağlık Bakanlığı (1994) Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık, Kalkınma ve Çevre Açısından Nüfus Sorunu, Ankara.
55. Toprak B (2001) Doğum Sonrası Erken Dönemde Kanama Sonucu Gelişen Hemorajik Şokta Ebeğin Rolü. Yayınlanmamış Lisans Tezi, Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
56. Vural G, Akkuzu G (1999) Normal vajinal yolla doğum yapan primipar annelerin doğum sonu 10. günde depresyon yaygınlıklarının incelenmesi, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(1): 33-38.
57. Vural G, Akan N (1995) Annelerin doğum sonu dönemde ev ortamında kendi bakımları ve bebek bakımı ile ilgili karşılaştıkları sorunlar ve bu sorunlara yönelik uygulamalar, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1): 37-49.
58. Yılmaz Ş (2002) Vajinal Yol ve Sezeryanla Doğum Yapan Kadınların Doğumdan Sonra Kendi ve Yenidoğan Bakımında Yaşadığı Sorunlar. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
59. Yüksel K (1997) Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Ankara, Hatipoğlu Yayınevi, s.185- 189, 195-197.

60. Walker LO, Wilging S (2000) Rediscovering the “M” in “MCM”: Maternal health promotion after childbirth: JOGNN, 29(3): 229-235.
61. T.C Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü (1998) Türkiye İstatistik Yıllığı, Ankara, DİE Matbaası.
62. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (1999) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.

EKLER

EK I

VAJİNAL YOLLA DOĞUM YAPAN KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ VERİ FORMU

Görüşmenin yapıldığı tarih:

No:

Adınız- soyadınız:

Adresiniz:

Telefonunuz:

1-Yaşınız:

2- Eğitim durumunuz:

- 1.Okur yazar değil
2. Okur yazar
3. İlkokul mezunu
4. Ortaokul mezunu
5. Lise mezunu
6. Yüksekokul mezunu

3- Mesleğiniz:

- 1.Ev hanımı
- 2.Memur
- 3.İşçi
- 4.Çiftçi
- 5.Serbest meslek
- 6.Diğer

4- Aile tipiniz:

1. Çekirdek aile
2. Geniş aile (Kimlerle yaşıyorsunuz?.....)
3. Diğer (Kimlerle yaşıyorsunuz?.....)

5- Sosyal güvence durumunuz:

1. Yok
2. Emekli sandığı
3. Sosyal sigortalar kurumu (SSK)
4. Bağkur
5. Yeşil kart
6. Diğer

6- Parite (Doğum sayısı);

- 1- Primipar (İlk doğum)
- 2- Multipar (Birden fazla doğum)

7- Yaşayan çocuk sayınız:

1. Bir çocuk
2. İki çocuk
3. Üç çocuk
4. Dört ve üzeri çocuk

8- Bu doğumunuz sırasında herhangi bir sorun yaşadınız mı?

- 1- Evet ()
- 2- Hayır ()

9- Evet ise ne gibi bir sorun yaşadınız?

.....

10- Bu doğumunuz sırasında bebeğinizle ilgili herhangi bir sorun yaşadınız mı?

- 1- Evet ()
- 2- Hayır ()

11- Evet ise bebeğinizle ilgili ne gibi bir sorun yaşadınız?

.....

12- Bebeğinize yaşıadığı bu soruna yönelik tıbbi bir müdahale yapıldı mı?

1- Evet ()

2- Hayır ()

13- Evet ise hangi uygulamada bulunuldu?

1- Forseps uygulandı

2- Vakum uygulandı

EK II

ERKEN POSTPARTUM DÖNEMDE LOHUSAYA YÖNELİK SORUN BELİRLEME FORMU

1- Bu doğumunuzda hastaneden taburcu olurken kendi bakımınıza yönelik eğitim aldınız mı?

1- Evet ()

2- Hayır ()

2- Evet ise ne tür bilgiler aldınız?

.....
.....

3- Bu doğumunuzda hastaneden taburcu olurken bebeğinizin bakımına yönelik eğitim aldınız mı?

1- Evet ()

2- Hayır ()

4- Evet ise ne tür bilgiler aldınız?

.....
.....

5- Lohusalık döneminizde hastanede ne kadar süre kaldınız?

.....

6- Bu doğumunuzda, taburcu olduktan sonra evinizde şüana kadar sağlık personeli tarafından ziyaret edildiniz mi?

1- Evet ()

2- Hayır ()

7- Evet ise evde size ne tür hizmetler verildi?

.....

8- Lohusalık süresince evde bebeğinizin ve kendinizin bakımına yardımcı olabilecek birileri var mı?

1-Evet ()

2-Hayır ()

9- Evet ise bu kişi ile yakınlık derecenizi belirtiniz?.....

	<u>Var</u>	<u>Yok</u>
10- Üreme sistemi ile ilgili sorunlar		
1- Kötü kokulu kanama	()	()
2- Perine bölgesinde hassasiyet	()	()
3- Dikişlerde açılma	()	()
4- Dikişlerde kanama	()	()
5- Enfeksiyon bulgusu	()	()
6- Ağrı	()	()
7- Anormal uterus involüsyonu	()	()
8- Anormal loşia bulguları	()	()
9- Diğer	()	()
11- Memelerle ilgili sorunlar		
1- Hassasiyet	()	()
2- Dolgunluk	()	()
3- Ağrı	()	()
4- Meme ucunda çatlak	()	()
5- Süt kanallarında tıkanıklık	()	()
6- Küçük ve içe çökük meme ucu	()	()
7- Sütün gelmemesi	()	()
8- Memede abse	()	()
9- Mastitis	()	()
10- Diğer	()	()
12- Sindirim sistemi ile ilgili sorunlar		
1- Konstipasyon(Kabızlık)	()	()
2- Hemoroid (Basur)	()	()
3- Sıvı alım yetersizliği	()	()
4- Beslenme sorunu	()	()
5- Diğer	()	()
13- Üriner sistem ile ilgili sorunlar		
1- İdrar yaparken yanma	()	()
2- İdrar yaparken ağrı	()	()
3- İdrar inkontinansı (idrar tutamama)	()	()
4- Diğer	()	()

14- Kas-İskelet Sistemi ile ilgili sorunlar

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1- Sırt ağrısı | () | () |
| 2- Bacak ağrısı | () | () |
| 3- Yürümede zorluk | () | () |
| 4- Kendi gereksinimlerini karşılamada zorluk | () | () |
| 5- Diğer | () | () |

15- Kardiovasküler sistem ile ilgili sorunlar

- | | | |
|--------------------|-----|-----|
| 1- Aşırı yorgunluk | () | () |
| 2- Çarpıntı | () | () |
| 3- Diğer | () | () |

16- Solunum sistemi ile ilgili sorunlar

- | | | |
|---------------------|-----|-----|
| 1- Solunum güçlüğü | () | () |
| 2- Sigara kullanımı | () | () |
| 3- Diğer | () | () |

17- Emosyonel durum ile ilgili sorunlar

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1- Ağlama | () | () |
| 2- İçe kapanma | () | () |
| 3- Alınganlık | () | () |
| 4- Dalgınlık | () | () |
| 5- Yalnızlık hissi | () | () |
| 6- Sinirlilik | () | () |
| 7- Uyuyamama | | |
| 8- Kendi ve yenidoğan bakımında yetersizlik hissetme | () | () |
| 9- Annelik rolünü yerine getirememe endişesi | () | () |
| 10- Olumsuz beden imajı etkilenmesi | () | () |
| 11- Aile tarafından bebeğin kabul edilmemesi | () | () |
| 12- Annelik rolünün kabul edilmemesi | () | () |
| 13- Diğer | () | () |

Diğer Sorunlar

18- Bireysel temizlik ve giyinme ile ilgili sorunlar

- | | | |
|-------------------------------------|-----|-----|
| 1- Yanlış perine hijyeni uygulaması | () | () |
| 2- Yanlış meme bakımı uygulaması | () | () |
| 3- Giyime ilgi ve özen eksikliği | () | () |
| 4- Diğer | () | () |

19- Cinsel yaşam ile ilgili sorunlar

- | | | |
|----------------------------------|-----|-----|
| 1- Etkin aile planlaması yöntemi | () | () |
| 2- Diğer | () | () |

20- Vital Bulgular ile ilgili sorunlar

- | | |
|------------|---|
| 1- Ateş | : |
| 2- Solunum | : |
| 3- Nabız | : |

EK III
ERKEN POSTPARTUM DÖNEMDE YENİDOĞANA YÖNELİK SORUN
BELİRLEME FORMU

Yenidoğan Bakımı İlgili Sorunlar

1- Genel Görünüm ve Vital Bulgular

- 1- Ateş :
- 2- Solunum :
- 3- Yenidoğan vücut ağırlığı :
- 4- Yenidoğan baş çevresi :
- 5- Yenidoğan göğüs çevresi :
- 6- Yenidoğanın boyu :

Var

Yok

2- Deri ile ilgili sorunlar

- | | | |
|---------------|-----|-----|
| 1- Sarılık | () | () |
| 2- Solukluk | () | () |
| 3- Siyanoz | () | () |
| 4- Döküntü | () | () |
| 5- Kızarıklık | () | () |
| 6- Diğer | () | () |

3- Göz ile ilgili sorunlar

- | | | |
|---------------|-----|-----|
| 1- Kızarıklık | () | () |
| 2- Akıntı | () | () |
| 3- Çapaklanma | () | () |
| 4 –Diğer | () | () |

4- Gastrointestinal sistem ile ilgili sorunlar

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1- Kusma | () | () |
| 2- Gaita yapamama | () | () |
| 3- Gaz sorunu | () | () |
| 4- Göbek kordonunda akıntı | () | () |
| 5- Göbek kordonunda kızarıklık | () | () |
| 6- Göbek bakımına ilişkin sorun ifade etme | () | () |
| 7- Anormal abdomen çevresi | () | () |
| 8- Diğer | () | () |

5- Genitoüriner sistem ile ilgili sorunlar

- | | | |
|----------------------------------|-----|-----|
| 1- İdrar yaparken zorluk, ağlama | () | () |
| 2- İdrar renginde değişiklik | () | () |
| 3- Genital organlarda anomali | () | () |
| 4- Diğer | () | () |

6- Kas-iskelet sistem ile ilgili sorunlar

- | | | |
|----------------------------------|-----|-----|
| 1- Doğuştan kalça çıkığı bulgusu | () | () |
| 2- Diğer | () | () |

7- Nörolojik sistem ile ilgili sorunlar

- | | | |
|--------------------------|-----|-----|
| 1- Tiz ağlama | () | () |
| 2- Uyuyamama | () | () |
| 3- Emmeme | () | () |
| 4- Reflekslerin olmaması | () | () |
| 5- Diğer | () | () |

Diğer Sorunlar**8- Yenidoğan gelişimi ile ilgili sorun ifadesi**

()	()
-----	-----

9- Yenidoğanın hijyeni ile ilgili sorunlar

- | | | |
|----------------------------|-----|-----|
| 1- Banyo yaptırmada güçlük | () | () |
| 2- Giydirmede sorun yaşama | () | () |

10- Aşı ile ilgili sorun ifadesi

()	()
-----	-----