

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DOĞUM SONU DÖNEMDEKİ ANNELERE YÖNELİK
GELİŞTİRİLEN HEMŞİRE NAVİGASYON PROGRAMININ
ANNELERİN ÖZ BAKIM GÜCÜ, YAŞAM KALİTESİ,
ANKSİYETE VE DEPRESYON RİSKLERİ İLE FİZİKSEL
SEMPATOM ŞİDDETİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Pınar UZUNKAYA ÖZTOPRAK

**Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı
DOKTORA TEZİ**

ANKARA

2023

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DOĞUM SONU DÖNEMDEKİ ANNELERE YÖNELİK
GELİŞTİRİLEN HEMŞİRE NAVİGASYON PROGRAMININ
ANNELERİN ÖZ BAKIM GÜCÜ, YAŞAM KALİTESİ,
ANKSİYETE VE DEPRESYON RİSKLERİ İLE FİZİKSEL
SEMPTOM ŞİDDETİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Pınar UZUNKAYA ÖZTOPRAK

**Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı
DOKTORA TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Gülten KOÇ**

**ANKARA
2023**

ONAY SAYFASI

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM SONU DÖNEMDEKİ ANNELERE YÖNELİK GELİŞTİRİLEN HEMŞİRE
NAVİGASYON PROGRAMININ ANNELERİN ÖZ BAKIM GÜCÜ, YAŞAM KALİTESİ,
ANKSİYETE VE DEPRESYON RİSKLERİ İLE FİZİKSEL SEMPTOM ŞİDDETİ ÜZERİNE
ETKİSİ

Pınar UZUNKAYA ÖZTOPRAK
Danışman: Doç. Dr. Gülten KOÇ
İkinci Danışman: Prof. Dr. Salim ERKAYA

Bu tez çalışması 12.01.2023 tarihinde jürimiz tarafından "Doğum ve Kadın
Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı" nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ (imza)
(Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Hemşirelik Fakültesi)

Üye: Prof. Dr. Erdem KARABULUT (imza)
(Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi)

Üye: Doç. Dr. Sevil ŞAHİN (imza)
(Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Üye: Doç. Dr. Filiz ÜNAL TOPRAK (imza)
(Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem YÜCEL (imza)
(Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi)

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin
ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

03 Şubat 2023

Prof. Dr. Müge YEMİŞÇİ ÖZKAN
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezinin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezinin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezinin erişime açılması mezuniyet tarihinden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezinin erişime açılması mezuniyet tarihinden itibaren ... ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

12 /01/2023

(İmza)

Pınar UZUNKAYA ÖZTOPRAK

“*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*”

- (1) *Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.*
- (2) *Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.*
- (3) *Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.*
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* **Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.**

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Doç. Dr. Gülten KOÇ danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

(İmza)
Arş. Gör. Bilm. Uzm. Pınar UZUNKAYA ÖZTOPRAK

TEŞEKKÜR

Lisans eğitimimde mesleğimi öğrendiğim ilk dersten başlayan ve lisansüstü eğitimle devam eden eğitim sürecimin her aşamasında bilgi ve deneyimlerinden yaralandığım, kişiliğini ve akademik yönünü örnek aldığım, doktora tez çalışmam için her türlü desteği sağlayan ve rehberlik eden, yoluma ışık tutan, değerli hocam, danışmanım, Sayın Doç. Dr. Gülten KOÇ’a,

Tezimin yürütülebilmesi için desteğini esirmeyen, ilgi ve hoşgörüsüyle tezimin uygulama sürecini kolaylaştıran hocam, Sayın Prof. Dr. Salim ERKAYA’ya,

Lisans ve lisansüstü eğitimim boyunca, bilgi, deneyim, yardım ve güler yüzüyle her zaman yanımda olan, desteğini esirgemeyen değerli hocam, Sayın Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem YÜCEL ÖZÇİRPAN’a

Tez çalışmamın her aşamasında değerli görüş ve önerileriyle bana yol gösteren tez izlem kurulu üyesi hocalarım Sayın Prof. Dr. Erdem KARABULUT ve Sayın Doç. Dr. Filiz ÜNAL TOPRAK’a,

Tez savunma sınavı toplantımda yer alarak beni onurlandıran ve tezime verdikleri değerli katkıları ile tezimin son şeklini almasına yardımcı olan değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Gülten GÜVENÇ’e ve Sayın Doç. Dr. Sevil ŞAHİN’e,

Tez uygulama sürecini destekleyen, uygulamanın mevcut sağlık hizmeti sunumu ile bütünleşmesine yardımcı olan Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi normal doğum servisinde, acil serviste ve polikliniklerde çalışan uzman ve asistan hekimlere, hemşire ve ebelere, hizmetli personele, tıbbi sekreterlere, eğitim hemşirelerine ve emzirme danışmanına,

Tez çalışmama katkı sağlayan, birlikte çokça öğrendiğimiz ve güçlendiğimiz, hayatlarına dokunduğum ve hayatıma dokunan çok kıymetli annelere ve bebeklerine,

Tezimin ve hayatımın her aşamasında yanımda olan canım arkadaşlarım Arş. Gör. Dr. Pelin CALPBİNİCİ ve Arş. Gör. Dr. Ayşe Sevim AKBAY KISA’ya

Varlığından ve dualarından güç aldığım başta annem olmak üzere aileme, tez uygulama sürecini birlikte yönettiğim, verilerin girişinde ve tezimin her aşamasında özveriyle yardımlarını esirgemeyen, beni motive eden, her daim yanımda olan, değerini ve sevgisini sözcüklere sığdıramadığım kıymetli eşim Uzm. Fzt. Abdulaziz ÖZTOPRAK’a, tez konumu benim için daha değerli kılan, beni anne yapan ve hayatımı anlamlandıran kızım Zeynep Bilge ÖZTOPRAK’a teşekkür ederim.

Arş. Gör. Pınar UZUNKAYA ÖZTOPRAK

ÖZET

Uzunkaya Öztoprak, P. Doğum Sonu Dönemdeki Annelere Yönelik Geliştirilen Hemşire Navigasyon Programının Annelerin Öz Bakım Gücü, Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Riskleri ile Fiziksel Semptom Şiddeti Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı. Doktora Tezi, Ankara, 2023. Çalışma, doğum sonu dönemdeki annelere yönelik geliştirilen hemşire navigasyon programının annelerin öz bakım gücü, yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon riskleri ile fiziksel semptom şiddeti üzerine etkisini belirlemek amacıyla tekrarlı ölçümlü, iki gruplu paralel randomize kontrollü deneysel çalışma olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya bir Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin gebe polikliniğine gelen, 36 hafta ve üzeri gebelik haftasında olan, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve gönüllü olan primipar 64 kadın (M:32, K:32) alınmıştır. Müdahale ve kontrol gruplarına atama tabakalı blok randomizasyon yöntemi ile yapılmıştır. Müdahale grubundan bir, kontrol grubunda iki kadının araştırmadan ayrılması nedeniyle çalışma 61 kadınla (M:31, K:30) tamamlanmıştır. Araştırmanın verileri; 31 Mayıs-30 Aralık 2021 tarihleri arasında, "Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Veri Toplama Formu", "Doğum Sonu Anne ve Yenidoğanı Değerlendirme ve Tanılama Formu", "Anne ve Yenidoğanın Doğum Sonu Dönemde Yaşadıkları Sorunları Değerlendirme Formu", "Doğum Sonu Dönemde Anne ve Bebek İzlemlerini Değerlendirme Formu", 'Öz Bakım Gücü Ölçeği', 'Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği', 'Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği', 'Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği' ve 'Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği' kullanılarak toplanmıştır. Müdahale grubu, rutin hastane bakımının yanında, üç ev ziyareti, dört telefon görüşmesi ve beş farklı zamanda kısa telefon mesajı gönderimini kapsayan navigasyon programı temelli hemşirelik bakımı almıştır. Kontrol grubu standart doğum sonu bakım uygulamalarını almış ve izlemine devam etmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, frekans, yüzde ve tanımlayıcı istatistikler, Kikare testi, Fisher'in Kesin testi, Bağımsız gruplarda t testi, Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, Mann Whitney U testi, Wilcoxon testi, Friedman testi, Pearson ve Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Müdahale grubunda doğum sonu komplikasyon görülme sıklığı, kontrol grubuna göre daha düşük; doğum sonu izlemlerini yaptırma sıklığı ise kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Müdahale grubunda yer alan kadınların kontrol grubuyla karşılaştırıldığında öz bakım gücü ve doğum sonu yaşam kalitesi puan ortalamalarının arttığı, depresyon ve anksiyete puan ortalamalarının azaldığı bulunmuştur ($p<0,05$). Primipar annelere verilen hemşire navigasyon programı temelli bakım programının anne sağlığını iyileştirmede etkili olduğu belirlenmiştir. Program, mevcut sağlık sistemine entegre edilerek anne sağlığını geliştirmede kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Doğum Sonu Dönem, Hemşire Navigasyon Programı, Öz Bakım Gücü, Yaşam Kalitesi, Anksiyete, Depresyon

ABSTRACT

Uzunkaya Öztoprak, P. The Effect of Nurse Navigation Program Developed for Postpartum Mothers on Their Self-Care Power, Life Quality, Anxiety and Depression Risks and Physical Symptom Severity. Hacettepe University, Graduate School of Health Sciences, Gynecology and Obstetrics Nursing Program, Doctorate Thesis, Ankara, 2023. This was a randomized controlled and experimental study including repeated measures and two parallel groups which was carried out to determine the effect of nurse navigation program developed for postpartum mothers on their self-care power, life quality, anxiety and depression risks and physical symptom severity. 64 primiparous women (S:32, C:32) who admitted to the maternity outpatient clinic of a Gynecology Training and Research Hospital, who were at 36 weeks and more gestational weeks, who met the study inclusion criteria and who were volunteer to participate in the study were enrolled. Assignment of the participants to study and control groups was carried out by stratified block randomization method. The study was completed with 61 women (S:31, C:30) due to the withdrawal of one woman from the study group and two women from the control group (S:31, C:30). Data of the study were collected between May 31 and December 30, 2021 by using “Sociodemographic Data Collection Form”, “Postpartum Mother and Newborn Evaluation and Identification Form”, “Postpartum Mother and Newborn Problem Assessment Form”, “Postpartum Mother and Newborn Follow-up Assessment Form”, “Self-Care Power Scale”, “Postpartum Quality of Life Scale”, “Postpartum Specific Anxiety Scale”, “Edinburgh Postpartum Depression Scale” and “Physical Symptom Severity Scale”. The study group was given Nurse Navigation Program-based nursing care which covering three home visits, four phone calls and short messages sent at five different times besides routine hospital care. Control group underwent standard postpartum care practices and continued to be followed up. Frequency, percentage and descriptive statistics, Chi-square test, Fisher’s exact test, independent samples t test, Mann Whitney U test, Friedman test, Pearson and Spearman coefficient of correlation were used to analyze data. The incidence of postpartum complications was found to be lower in the study group compared to the control group; and, the frequency of the postpartum follow-ups in the study group was found to be significantly higher than the control group ($p<0.05$). Moreover, mean self-care power and postpartum quality of life scores of the women in the study group were found to be increased than those in the control group and their mean depression and anxiety scores were found to be decreased ($p<0.05$). It was also determined that nurse navigation program-based care given to the primiparous mothers was effective in improving mother’s health. This program can be used to promote maternal health by being integrated into the current health system.

Keywords: Postpartum Period, Nurse Navigation Program, Self-Care Power, Quality of Life, Anxiety, Depression

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
GRAFİKLER	xiv
TABLolar	xv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	7
1.3. Araştırmanın Hipotezleri/Sorular	7
2. GENEL BİLGİLER	9
2.1. Doğum Sonu Dönem	9
2.2. Doğum Sonu Dönemde Annede Görülen Fizyolojik ve Psikolojik Değişimler	9
2.2.1. Üreme Organları ve Memelerde Meydana Gelen Değişimler	9
2.2.2. Endokrin Sistemde Meydana Gelen Değişimler	11
2.2.3. Kardiovasküler Sistemde Meydana Gelen Değişimler	11
2.2.4. Hematolojik Sistemde Meydana Gelen Değişimler	11
2.2.5. Solunum Sisteminde Meydana Gelen Değişimler	12
2.2.6. Üriner Sistemde Meydana Gelen Değişimler	12
2.2.7. Kas-İskelet Sisteminde Meydana Gelen Değişimler	12
2.2.8. Psikolojik Değişimler	12
2.3. Doğum Sonu Komplikasyonlar	13
2.3.1. Doğum Sonu Kanama	14
2.3.2. Doğum Sonu Enfeksiyonlar	15
2.3.3. Tromboembolitik Sorunlar	15
2.3.4. Emzirme ve Meme Sorunları	16

2.3.5. Psikolojik Sorunlar	16
2.4. Doğum Sonu İzlem ve Bakım	17
2.5. Doğum Sonu Erken Taburculuk	25
2.6. Hemşire Navigasyon Programı	29
2.7. Doğum Sonu Hemşire Navigasyon Programı	35
2.7.1. Hemşire Navigasyon Programının Anne ve Yenidoğan Sağlığına Etkisi	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM	39
3.1. Araştırmanın Şekli	39
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	39
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	41
3.3.1. Örneklem Seçimi	41
3.3.2. Örneklem Seçim Kriterleri	44
3.3.3. Araştırmadan Dışlama Kriterleri	44
3.3.4. Körleme	44
3.4. Verilerin Toplanması	45
3.4.1. Veri Toplama Araçları	45
3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması	52
3.6. Araştırmanın Uygulaması	53
3.6.1. Birinci Aşama: Araştırmanın Hazırlık Aşaması	53
3.6.2. İkinci Aşama: Araştırmanın Uygulanması	55
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu	63
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri	63
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	64
4. BULGULAR	65
4.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	66
4.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Öz Bakım Gücü, Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Riskleri İle Fiziksel Semptom Şiddetine İlişkin Bulgular	87
5. TARTIŞMA	100
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	120
6.1. Sonuçlar	120

6.1.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	120
6.1.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Öz Bakım Gücü, Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Riskleri İle Fiziksel Semptom Şiddetine İlişkin Bulgular	120
6.2. Öneriler	122
7. KAYNAKLAR	123
8. EKLER	
EK-1. CONSORT 2010 Bilgi Kontrol Listesi	
EK-2. Tabakalı Blok Randomizasyon Listesi	
EK-3. Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Veri Toplama Formu	
EK-4. Doğum Sonu Anne ve Yenidoğanı Değerlendirme ve Tanılama Formu	
EK-5. Anne ve Yenidoğanın Doğum Sonu Dönemde Yaşadıkları Sorunları Değerlendirme Formu	
EK-6. Doğum Sonu Dönemde Anne ve Bebeğin Sağlık Bakanlığı Önerilerine Göre Sağlık İzlemlerini Değerlendirme Formu	
EK-7. Öz Bakım Gücü Ölçeği	
EK-8. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DSYKÖ)	
EK-9. Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği (PSAS)	
EK-10. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)	
EK-11. Postpartum Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği	
EK-12. Doğum Sonu Anne Eğitim Kitapçığı	
EK-13. Navigatör Hemşire Kartviziti	
EK-14. Hemşire Navigasyon Programı Uygulama Rehberi	
EK-15. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı	
EK-16. Sağlık Bakanlığı Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK) Kararı	
EK-17. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	
EK-18. Ölçek Sahiplerinin İzinleri	
EK-19. Orjinallik Ekran Çıktısı	
EK-20. Dijital Makbuz	
9. ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER VE KISALTMALAR

AAP :	American Academy of Pediatrics (Amerikan Pediatri Akademisi)
AAFP :	American Academy of Family Physicians (Amerikan Aile Hekimleri Akademisi)
ACOG :	American College of Obstetricians and Gynaecologists (Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Birliği)
ASM:	Aile Sağlığı Merkezi
CONSORT:	Consolidated Standards of Reporting Trials (Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar)
DSÖ :	Dünya Sağlık Örgütü
DSYKÖ :	Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği
EPDÖ :	Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği
K:	Kontrol
M:	Müdahale
Maks:	Maksimum
Min:	Minimum
n :	Örneklem Sayısı
NICE :	National Institute for Health and Care Excellence (Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü)
p :	Anlamlılık Düzeyi
PSAS :	Postpartum Specific Anxiety Scale (Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği)
RCOG :	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (Kraliyet Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekologlar Birliği)
SS :	Standart Sapma
SPSS :	Statistical Package for Social Sciences Statistics (Sosyal Bilimler için İstatistik Programı)
SMS :	Short Message Service (Kısa Mesaj Hizmeti)
TÜİK :	Türkiye İstatistik Kurumu
TNSA :	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
$\bar{X}$:	Ortalama
χ^2:	Ki-kare Testi
Z :	Mann Whitney U testi
% :	Yüzde

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
2.1.	Hemşire navigasyon programının kapsamı	30
2.2.	Doğum sonu dönemde hemşire navigasyon programının kapsamı	36
3.1.	CONSORT akış şeması	43
3.2.	Araştırmanın akış şeması	62



GRAFİKLER

Grafik	Sayfa
4.1. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların izlem zamanlarına göre Öz Bakım Gücü Ölçeği puan dağılımları	89
4.2. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların izlem zamanlarına göre Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımları	90
4.3. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların izlem zamanlarına göre Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği puan dağılımları	93
4.4. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların izlem zamanlarına göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği puan dağılımları	96
4.5. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların izlem zamanlarına göre Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği puan dağılımları	97

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
2.1. Bazı uluslararası kuruluşların doğum sonu bakım rehberleri	19
2.2. Bazı uluslararası kuruluşların doğum sonu bakım rehberi içeriğinde yer alan konular	20
3.1. Araştırmada kullanılacak veri toplama formlarını uygulama süreci	51
4.1. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı.	66
4.2. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı obstetrik özelliklerine göre dağılımı.	68
4.3. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların şimdiki gebelik özelliklerine göre dağılımı	70
4.4. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların tekrar çocuk sahibi olmaya ilişkin görüşleri ve aile planlaması kullanma durumlarına göre dağılımı	72
4.5. Kadınların doğum sonu dönemde yaşadıkları sorunların gruplara ve izlem zamanlarına göre dağılımı	74
4.6. Bebeklerin doğum sonu dönemde yaşadıkları sorunların gruplara ve izlem zamanlarına göre dağılımı	78
4.7. Kadınların ve bebeklerin hastaneye başvurma ve hastanede yatma durumlarının gruplara ve izlem zamanlarına göre dağılımı	81
4.8. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların ve bebeklerinin doğum sonu bakım rehberine göre sağlık izlemelerini yaptırma durumları ve yaptırma süresi ortalamalarına göre dağılımı.	84
4.9. Kadınların Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarının gruplara ve izlem zamanlarına göre dağılımı	87
4.10. Kadınların Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının gruplara ve izlem zamanlarına göre dağılımı	89
4.11. Kadınların Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği puan ortalamalarının gruplara ve izlem zamanlarına göre dağılımı	91
4.12. Kadınların Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının gruplara ve izlem zamanlarına göre dağılımı	94
4.13. Kadınların Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği puan ortalamalarının gruplara ve izlem zamanlarına göre dağılımı.	96
4.14. Müdahale grubundaki kadınların Öz Bakım Gücü, Doğum Sonu Yaşam Kalitesi, Postpartum Spesifik Anksiyete, Edinburgh Postpartum Depresyon ve Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçekleri ilk uygulama puanları arasındaki ilişki	98

- 4.15.** Müdahale grubundaki kadınların Öz Bakım Gücü, Doğum Sonu Yaşam Kalitesi, Postpartum Spesifik Anksiyete, Edinburgh Postpartum Depresyon ve Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçekleri doğum sonu üçüncü ay puanları arasındaki ilişki 99



1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Doğum sonrası dönem anne ve yenidoğan bebeklerin yaşamında kritik bir aşamadır. Anne ve bebek ölümlerinin çoğu doğumdan sonraki ilk ayda gerçekleşmektedir (1). Anne ölümlerinin yaklaşık yarısına yakını (%48,9) doğum sonu ilk gün, %24,5'i 2. ve 7. günler arasında, %24,9'u ise 8. ve 42. günler arasında meydana gelmektedir (2). Bununla birlikte, anne ölümlerinin büyük çoğunluğu (%94'ü), komplikasyonların önlenmesi veya zamanında belirlenmesi ve yönetilmesi, kaliteli bakıma zamanında erişimin sağlanması ve izlemlerin yapılması ile önlenebilmektedir (3).

Doğum sonu dönemde meydana gelen kanama, hipertansiyon, emboli, enfeksiyon gibi sorunlar anne ölümlerinin önemli nedenleri arasında yer almaktadır (4). Doğum sonu kanama anne ölümlerinin %27,1'ini, hipertansiyon %14'ünü, enfeksiyon %11'ini, emboli ise %3'ünü oluşturmaktadır (3). Doğum sonu dönemde yaşanan bu fizyolojik sorunların yanında, psikolojik ve sosyal sorunlarla da sıklıkla karşılaşılabilir. Bu dönemde, genellikle yorgunluk, bitkinlik, uyku problemleri (5), disparoni ve cinsellikle ilgili kaygılar (6), emzirmeye ilişkin sorunlar (7), depresyon; aileye yeni bir bireyin katılmasıyla bebek bakımı ve sosyal yaşamla ilgili çeşitli problemler görülebilmektedir (8). Yapılan çalışmalarda, doğumdan sonra kadınların %17,7'sinin doğum sonu depresyonu (9), %35'inin disparoni (10), %64'ünün yorgunluk (11), %15'inin uyku sorunları (12), %76,7'sinin emzirme ve meme ile ilgili sorunlar (13), %75'inin bebek bakımı konusunda yetersiz hissetme ve destek alamama, %50'sinin düşük annelik özgüveni (14) sorunlarıyla baş etmek durumunda kaldığı bildirilmiştir.

Dünyanın pek çok ülkesinde, herhangi bir komplikasyon olmadığı durumlarda doğumdan sonra hastaneden erken taburcu olma yönünde bir eğilim vardır (15). Türkiye'de doğum sonu taburculuğa ilişkin standart bir anlayış bulunmamakla birlikte, doğum sonu erken taburculuk benimsenmiştir (16,17). Erken taburculuk, vajinal doğumdan sonra 24 saat ve daha kısa sürede, sezaryen doğumdan sonra 48 saat ve daha kısa sürede annelerin taburcu edilmesidir (15,18,19). Erken taburculuğun ailenin daha kısa sürede bir araya gelmesini sağlaması, ev ortamında

annenin bakımının daha rahat sürdürülmesi (15), stresi azaltması (15,20), ebeveynlik rolüne adaptasyonun ve ailenin günlük yaşamına dönüş sürecinin kolaylaşması, mahremiyetin korunması konusunda kaygıyı azaltması, doğum sonu dönemde aile merkezli bakım sunumuna yardımcı olması, anne-bebek bağlanmasını kolaylaştırması (20,21), gürültüsüz ve rahat bir çevrede anneye daha fazla ve yüksek konforunda dinlenebilme olanağı sunması (15), bebeğin bakımına babaların katılımını artırması (20), kardeşlerin bebeği kabullenme süresini kısaltması ve kardeşler arası rekabeti azaltması (19,21), bebek bakımı konusunda annenin kendine güvenini artırması, doğum sonu dönemde enfeksiyon riskini ve bakımın maliyetini azaltması yönüyle avantajlı olduğu bildirilmektedir (15,22). Ancak, bu durum, anne ve yenidoğan sağlığının izlenmesi ve doğum sonu dönemde ihtiyaç duyulan eğitimlerin verilmesi için gerekli süreyi sınırlamaktadır (15,18). Bununla birlikte, maternal patolojilerin tespit edilmesinde ve önlenmesinde gecikme, emzirmenin erken dönemde bırakılması, profesyonel destek eksikliği, doğum sonrası depresyon prevalansının, hastaneye yatışların ve tekrarlı başvuruların artması gibi olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (15,20).

Doğum sonu dönemde erken taburculuğun olumsuz sonuçlarına yönelik diğer bir endişe de yenidoğan sağlığına yöneliktir (23,24). Yapılan bir çalışmada, komplikasyonsuz bir gebelik ve doğum sürecinden sonra bile yenidoğanların %8'inde tıbbi sorunlar yaşadığı bildirilmektedir. Bu sorunların çoğu (%68) doğum sonrası 5 ile 24 saat arasında, %26'sı 24 ile 48 saat arasında ve %6'sı doğumdan 48 saat sonra gelişmektedir (25). Bununla birlikte, erken taburcu olan bebeklerin hastaneye tekrarlı yatışının olduğu ve doğumdan sonra taburcu olma süresi ile yenidoğan ölüm oranları arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmektedir (23). Ayrıca, erken taburcu edilen bebeklerde, sarılık, dehidrasyon, beslenme güçlüğü, enfeksiyon (20,23,25), takipne, hipertermi veya hipotermi ve siyanoz görülebilmektedir (23,24). Bu nedenle, erken taburculuğun yararlı olabilmesi için, anne ve bebeğin bakımının taburcu olduktan sonraki süreçte de devam etmesi önerilmekte ve doğum sonu izlem ve evde bakım önem kazanmaktadır (20).

Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Birliği (American College of Obstetricians and Gynecologist- ACOG), kadınların %40'ının doğumdan sonraki altı hafta içerisinde doğum sonu bakım almak amacıyla bir kez bile bir kadın doğum

uzmanını yada sağlık profesyonelinin ziyaret etmediğini bildirmektedir (5). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre; Meksika, Peru, Ukrayna gibi ülkelerde kadınların yaklaşık %95'i doğum sonrası ilk iki gün içerisinde bakım alırken, Afrika ülkeleri (%10,5-%87,6), Pakistan (61,9), Hindistan (%65,3), Türkiye (%78,7), Mısır (%81,5), Irak (%82,6) gibi ülkelerde bakım alma oranları daha düşüktür (26). Bazı kuruluşlar ev ziyaretleri ile doğum sonu bakımın güçlendirilmesini önermesine rağmen pek çok ülkede ev ziyareti yapılmamakta, doğum sonu bakıma ilişkin istatistikler sağlık kuruluşunda alınan bakımla sınırlı kalmaktadır (5,27,28). Bununla birlikte, doğum sonu erken taburculuğun ev ziyaretleri ile desteklendiği ülkelerden biri olan İzlanda'da kadınların doğumdan sonraki 10 gün içerisinde %80'inin bir sağlık profesyoneli tarafından evde bakım aldığı belirlenmiştir (28). Hollanda'da ise doğum hastanede gerçekleştikten sonra kadınların %90'ı doğum sonu evde bakım hizmetlerinden yararlanmaktadır (29). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün yapmış olduğu Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na (TNSA-2018) (30) göre, kadınların % 5'i doğum sonrası bakım almamıştır. Bununla birlikte bu raporda doğum sonu dönemde alınan bakımın niteliğine, sıklığına ve izlemlerin yapıldığı yere ilişkin bilgi bulunmamaktadır (30). Yapılan bir çalışmada, Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamasından önce ve sonra ev ziyaretleri ile anne ve bebek izlem oranlarının değerlendirildiği bir çalışmada, doğum sonu dönemde ev ziyareti ile doğum sonu bakım alma oranlarının reform öncesinde %33,7 iken programın uygulanmasından sonra %25,1'e düştüğü gösterilmiştir (31).

Türkiye'de doğum sonu dönemde izlemlerin aile hekimleri tarafından yapılması gerektiği Aile Hekimliği Uygulama Yönergesi ile belirtilmektedir (32). Çatak ve ark. (33) yaptığı çalışmada, aile hekimleri ya da aile sağlığı elemanları tarafından verilen doğum sonu bakım hizmetlerinin nicelik, nitelik ve zamanlama açısından yetersiz olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada, Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberine göre, önerilen izlemleri çalışmaya katılan kadınların %85,6'sının yaptırmadığı belirtilmiştir (33). Yenidoğanın bakım ve izlemleri de doğum sonu bakım kapsamında yer almaktadır (4). TNSA-2018 (30) verilerine göre, yenidoğan bebeklerin %68'i doğumdan sonraki ilk iki gün içerisinde bakım almıştır. Ancak, son beş yıl içinde gebe ve lohusa izlem parametrelerinde iyileşme ve artış olmasına rağmen bebeklerin zamanında izlem yapılma oranında gerileme olduğu

vurgulanmıştır (30). Doğum sonu dönemde nitelik ve nicelik yönünden yeterli bakım hizmeti alınmadığında, yenidoğanda; sarılık, düşük kilo alımı, enfeksiyon, anemi, hipotermi ve hipoglisemi gibi sorunlar gelişebilmekte; acil servis ziyaretleri, daha uzun süre hastanede kalışlar, hastaneye tekrarlı yatışlar, yenidoğan ölümü gibi komplikasyonlar daha sık görülmektedir (34). Annelerde ise; kanama, konvülsiyonlar, enfeksiyon, kötü kokulu akıntı, pelvik ağrı, çarpıntı, baş dönmesi, emzirme ve üriner sistem sorunları yeterli bakım alınmadığı zaman ortaya çıkabilmektedir (34,35). Yapılan bir çalışmada, doğum sonu altı hafta içerisinde yalnız bir kez izlenen annelerin %5'inin acil servise başvurduğu bildirilmiştir. Bu annelerin %75'inden fazlasının verilen bakımla sorunlarının çözülebileceği belirtilmiştir (36). Diğer bir çalışma da, doğum sonu dönemde izlemelerini yaptıran kadınlarda daha az depresyon görüldüğünü, kadınların beslenme, egzersiz, cinsellik konularında yeterli bilgi alabildiklerini göstermiştir (37). Bu doğrultuda, doğru planlanmış bir doğum sonu bakım hizmeti, anne ve bebeklerin genel sağlık durumunu ve refahını iyileştirmek için fırsatlar sunmaktadır (33,37).

Annelerin ve bebeklerin sağlığını iyileştirmek için, doğum sonrası bakımın, her annenin ve yenidoğanın bireysel ihtiyaçlarına göre düzenlenmiş hizmetler ve desteklerle, tek bir görüşme yerine devam eden bir süreç haline gelmesi önerilmektedir (38). Bunun için, Yeni Zelanda, Avustralya, Kanada, İngiltere gibi ülkelerle birlikte Türkiye'de de, hemşireler ve ebeler tarafından yapılan ev ziyaretleri uygulaması ön plana çıkmıştır. Ev ziyaretleri, yüksek anne memnuniyeti sağlamakla birlikte, anne ve yenidoğanın hastanede kalarak takip edilmesiyle eş değer klinik sonuçlar sağlamaktadır (18,19,39). Ev ziyaretlerinin yanında, doğum sonrası desteğe ihtiyaç duyan anneler için telefon görüşmeleriyle takip yönteminin de etkili olduğu bildirilmektedir (40). Ancak, doğum sonu bakım hizmetlerinde ev ziyaretleri ve telefonla takip, maliyeti etkin ve evrensel olarak her zaman erişilebilir uygulamalar değildir (39,40). Kadınların doğum sonu dönemde ev ziyareti ile izlenmemesi, hastane randevularının kısa süreli olması ve randevuların daha çok ilaç reçetesi yazma, laboratuvar sonuçlarını değerlendirme ve hastalık teşhisine odaklanması, telefonla izlem gibi mobil sağlık uygulamalarının kullanımının sınırlı olması ve sadece mobil teknoloji kullanımının yüz yüze görüşmeler kadar verimli olmaması nedenleriyle ilgili uygulamalar etkili kullanılamamakta ve tek başlarına anne ve

bebek izleminde kullanılması durumunda da maliyeti arttırmaktadır (41,42). Bu nedenle bu uygulamaların kapsamlı, bütüncül, etkili ve en yararlı şekilde planlı uygulanması insan merkezli bireyselleştirilmiş bakımın sunulmasına, erken dönemde riskli durumların belirlenmesine ve müdahale edilmesine olanak sağlayarak sağlık bakım harcamalarını kısa ve uzun vadede azaltılmaktadır (41,43).

Doğum sonrası hasta merkezli ve maliyeti etkin bir bakım hizmeti ihtiyacını karşılayabilmek için hemşire navigasyon programı ön plana çıkmıştır (5,44–47). Hemşire Navigasyon Programı; doğum sonu dönemde, anne ve yenidoğanın multidisipliner bakım almaları yolunda bir fırsat olarak düşünülmektedir. Çünkü, multidisipliner yaklaşım, sağlık sonuçlarını iyileştirmenin en iyi yollarından biridir (40). Çünkü kadın doğum uzmanı, hemşire, ebe, pediatrist, sosyal hizmet uzmanı, emzirme danışmanı, diyetisyen gibi pek çok bakım sağlayıcının bir arada çalışması hem anne hem de bebeğin sağlığını geliştirebilir (5).

Hemşire Navigasyon Programı, hastalar/aileler ve bakım vericilerin sağlıklı ilgili bilgiyi ve gereksinimlerini karşılamalarını; bakımın sürekliliğini teşvik etmeyi ve kolaylaştırmayı, bakımın önündeki engelleri belirlemeyi ve kaldırmayı; hem hastalar/aileler ve bakım vericiler hem de sağlık bakım hizmeti sunan bireyler için sağlık sisteminin etkili, verimli ve maliyet etkin kullanımını sağlamaktadır. Böylece, bireylerin doğru bakımı, doğru zamanda, doğru ekip tarafından ve doğru yerden almalarını kolaylaştırmaktadır (45,46). Bu doğrultuda pek çok sağlık bakım hizmeti alanında Hemşire Navigasyon Programı kullanılmaktadır. Hemşire Navigasyon Programının etkisini değerlendiren çalışmalarda, programın kanser taramalarına katılımı arttırdığı ve kanserlerin tanılanma süresini kısalttığı (48–50), onkolojik tedavilere başlama süresini kısalttığı ve bakım kalitesini arttırdığı (51), stres, anksiyete ve depresyon üzerinde olumlu etkilere sahip olduğu (52), memnuniyeti artırdığı gösterilmiştir (53). Hemşire Navigasyon Programının uygulandığı çalışmaların başarılı sonuçlarından yola çıkarak, koruyucu ve bütüncül sağlık bakımına en çok ihtiyaç duyulan doğum sonu dönemde de bu programın uygulanması önerilmektedir (44,54–58). Carty ve ark. (54) çalışmasında, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebekleri kalan ebeveynlere yönelik uygulanan Hemşire Navigasyon Programının ebeveyn öz yeterliliği, stres, kaygı ve depresif belirtiler ile bebek sağlığı hizmetlerinin kullanımını iyileştirdiği belirlenmiştir (54). Yee ve ark.

(56) yaptığı çalışmada, Hemşire Navigasyon Programının kadınların doğum sonrası dönemde izlem sıklığını artırdığı, depresyon görülme oranlarını azalttığı, etkin aile planlaması yöntemi kullanımına teşvik ettiği, grip ve HPV aşılarının yaptırılma oranlarını artırdığı gösterilmiştir. Bununla birlikte, Hemşire Navigasyon Programına yönelik doğum sonu dönemi kapsayan daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu belirtilmiş ve çalışmalardan elde edilen sonuçlar doğrultusunda bu yenilikçi eğilimin doğum sonu dönemde anne bakımına entegre edilmesi önerilmiştir (46,56). Özellikle tedavi edici sağlık hizmetlerine önem veren ülkelerde navigasyon programının önemi daha fazla ortaya çıkmaktadır. Çünkü navigasyon programı, hastalığın ortaya çıkmasından önce hastalıktan korumaya ve hastalıkları önlemeye yönelik etkisi kanıtlanmış bir programdır (36,46,53,55–58).

Doğum sonu dönem, koruyucu bakım hizmetlerine en çok ihtiyaç duyulan dönemlerden biri olması ve bireyin kendi sağlık bakım sorumluluğunu alması açısından önemli bir dönemdir. Hemşire Navigasyon Programı, annenin, sağlık arama davranışını geliştirecek, düzenli kontrollere gitmesini sağlayacak; böylece, kadının hem kendisinin hem de yenidoğanın sağlığının gelişmesine katkı sağlayacaktır (44,54–58). Bunun için doğum sonu dönemde, anne, yenidoğan ve ailenin bütüncül ele alındığı, kapsamlı bir hemşirelik bakımına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu dönemde anne ve bebeğinin yaşadığı sorunların değerlendirilmesi, biyopsikososyal bakımın sunulması, risklerin belirlenmesi, komplikasyonların önlenmesi, ailenin ve annenin doğum sonu döneme adaptasyonunun sağlanması, annenin kendi ve bebeğinin bakımına katılımı için desteklenmesi ve önerilerde bulunulması için hemşirelere önemli görevler düşmektedir (7,17,59).

Doğum sonu bakım hizmetlerinin sunumunda kilit profesyonel (19,59) ve Hemşire Navigasyon Programının lideri hemşiredir (46,55). Hemşire Navigasyon Programı kapsamında hemşire, annelere doğum sonu dönemde eğitim ve danışmanlık verme, telefonla izleme ve ev ziyaretleri yoluyla annelerin kendi ve bebeklerinin bakımına ilişkin problemleri çözmede rehberlik etmektedir. Böylece, anneler doğru zamanda, doğru sağlık profesyonellerinden tedavi ve bütüncül, kapsamlı bir bakım alabileceklerdir (59–61). Bu doğrultuda, doğum sonu bakımın

daha maliyeti etkin yürütülmesi, sağlık alanındaki kaynakların daha etkin ve verimli kullanılması sağlanacaktır (62).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, doğum sonu dönemdeki annelere yönelik geliştirilen Hemşire Navigasyon Programının, annelerin öz bakım gücü, yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon riskleri ile fiziksel semptom şiddeti üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri/Sorular

H_{0a}: Doğum sonu dönemde Hemşire Navigasyon Programı temelli hemşirelik bakımı alan ve almayan kadınların öz bakım gücü puan ortalamaları arasında fark yoktur.

H_{1a}: Doğum sonu dönemde Hemşire Navigasyon Programı temelli hemşirelik bakımı alan ve almayan kadınların öz bakım gücü puan ortalamaları arasında fark vardır.

H_{0b}: Doğum sonu dönemde Hemşire Navigasyon Programı temelli hemşirelik bakımı alan ve almayan kadınların doğum sonu yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında fark yoktur.

H_{1b}: Doğum sonu dönemde Hemşire Navigasyon Programı temelli hemşirelik bakımı alan ve almayan kadınların doğum sonu yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında fark vardır.

H_{0c}: Doğum sonu dönemde Hemşire Navigasyon Programı temelli hemşirelik bakımı alan ve almayan kadınların doğum sonu anksiyete puan ortalamaları arasında fark yoktur.

H_{1c}: Doğum sonu dönemde Hemşire Navigasyon Programı temelli hemşirelik bakımı alan ve almayan kadınların doğum sonu anksiyete puan ortalamaları arasında fark vardır.

H_{0d}: Doğum sonu dönemde Hemşire Navigasyon Programı temelli hemşirelik bakımı alan ve almayan kadınların doğum sonu depresyon puan ortalamaları arasında fark yoktur.

H_{1d}: Doğum sonu dönemde Hemşire Navigasyon Programı temelli hemşirelik bakımı alan ve almayan kadınların doğum sonu depresyon puan ortalamaları arasında fark vardır.

H_{0e}: Doğum sonu dönemde Hemşire Navigasyon Programı temelli hemşirelik bakımı alan ve almayan kadınların fiziksel semptom şiddeti puan ortalamaları arasında fark yoktur.

H_{1e}: Doğum sonu dönemde Hemşire Navigasyon Programı temelli hemşirelik bakımı alan ve almayan kadınların fiziksel semptom şiddeti puan ortalamaları arasında fark vardır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Sonu Dönem

Doğum sonu dönem, bebeğin, plasenta ve membranların doğumuyla başlar (63,64). Bu dönem; bebeğin doğumıyla başlayan gebelikte birlikte ortaya çıkan değişikliklerin gebelik öncesi duruma döndüğü genellikle doğumdan sonraki altı ile sekiz haftayı kapsayan dönem olarak kabul edilmektedir. Ancak, gebelikte tüm organ ve sistemlerde meydana gelen değişimler bu süre içinde başlangıç düzeyine geri dönmemektedir (64). Bu nedenle, Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Birliği (American College of Obstetricians and Gynaecologists-ACOG) doğum sonrası dönemin doğumdan sonraki 12 haftaya kadar uzadığını belirtmektedir. Birçok çalışmaya göre de, doğum sonrası dönem doğumdan sonraki ilk 12 ay olarak tanımlanmaktadır (5).

2.2. Doğum Sonu Dönemde Annede Görülen Fizyolojik ve Psikolojik Değişimler

Doğum sonu dönemde, uterus, serviks, vajina gibi üreme organlarında ve diğer sistemlerde gerileyici, memelerde ise ilerleyici değişiklikler görülmektedir (64).

2.2.1. Üreme Organları ve Memelerde Meydana Gelen Değişimler

Uterus: Plasentanın doğumundan sonra, uterus gebelik öncesi boyutlarına ve durumuna geri dönmeye başlar, bu süreç uterus involüsyonu olarak adlandırılır. İnvolüsyon süreci, myometriyal kaslarda retraksiyon, katabolizma ve rejenerasyon mekanizmaları ile gerçekleşir. Böylece, uterusun ağırlığı doğumdan hemen sonra yaklaşık 1000 g iken, altı ile sekiz hafta sonra 60 g'a düşer (64).

Doğumdan hemen sonra, uterus fundusu normalde sert, küre şeklinde ve simfizis pubis ile umbilikus arasında yer alır. Sonraki 12 saat içinde umblikusun hemen üstünde veya hafif altında palpe edilir ve yaklaşık 1 cm/gün geriler. Uterus fundusu, doğumdan iki hafta sonra abdomende palpe edilemez ve doğumdan altı ila sekiz hafta sonra gebelik öncesi boyutuna ulaşır. Ancak bu süreç, multiparite, uterin kasların aşırı gerilmesi (çoğul gebelik, iri fetüs, hidroamniyoz), sezaryen ile doğum,

anestezi gibi durumlar involüsyon sürecini yavaşlatırken; emzirme, erken dönemde ayağa kalkma gibi durumlar involüsyon sürecini hızlandırmaktadır. Uterus boyutunun değerlendirilmesi erken postpartum dönemde rutin olarak yapılmasına rağmen, uterus boyutunun komplikasyonları öngördüğüne dair yeterli kanıt bulunmamaktadır (64,65).

Endometriyum: Plasenta ayrıldıktan sonra uterusun desiduası düzensiz ve pürüzlü olarak kalır. Plasentanın ayrıldığı kısım ise desiduada bir yara şeklindedir. Desiduanın bazal kısmı, plasenta ayrıldıktan sonra kalır. Yüzeyel süngerimsi katman ise loşia olarak dökülür. Loşia görünüş ve içeriğine göre doğum sonu dönem boyunca değişkenlik gösterir. Doğumdan sonraki ilk birkaç gün süren kırmızı renkli loşia, *lochia rubra* olarak adlandırılır. Daha sonra bu vajinal akıntı rengi pembemsi kahverengi renge dönerek 10. güne kadar *lochia serosa* (pembemsi kahverengi) olarak devam eder. Son olarak, sarımtırak beyaza dönen bu akıntı *lochia alba* olarak adlandırılır ve 3-6 haftaya kadar devam eder (64,66,67). Doğumdan sonraki altı ile sekiz hafta sonra rutin yapılan doğum sonu izlemlerde kadınların %15'inde loşianın hala devam ettiği bildirilmektedir. Loşia süresinin emzirme ve hormonal kontraseptif kullanımı ile ilişkisi bulunmamakla birlikte, doğum sonu kanama açısından riskli kadınlarda loşia süresinin daha uzun olduğu belirtilmektedir. Doğumdan sonraki bir ay boyunca kaybedilen loşia miktarı ise, ortalama 200 ile 500 ml arasında değişmektedir (64).

Serviks: Doğumdan sonra serviks ödemli, gevşek ve sarkıktır. Serviks, doğumdan sonraki ilk birkaç gün boyunca 2- 3 cm açık kalabilir. Nulligravidalarda küçük, pürüzsüz, düzenli dairesel bir açıklık şeklinde olan serviks, normal doğum yapan kadınlarda transvers bir çizgi şeklini alır ve doğum öncesi şekline geri dönemez (64,66,67).

Vulva, vajina ve perine: Vulva ve vajina doğumdan hemen sonra gevşek ve ödemlidir. Rugaeler kaybolmuştur ve üç hafta sonra tekrar oluşmaya başlar. Vajinanın da vaskülaritesi azalmış ve ödemlidir. Doğum sırasında meydana gelen fasyal gerilme ve travma, pelvik kas gevşemesine neden olur ve bu durum idrar kaçırma, pelvik organ prolapsusu gibi sorunlara yol açabilir (66,67).

Memeler: 16. gebelik haftasından itibaren salgılanmaya devam eden kolostrum doğum sonu birkaç gün daha devam eder. Doğumdan sonra plasentanın

ayrılması ile birlikte gebelik boyunca memelerin gelişimini sağlayan hormonların (östrojen, progesteron, HCG, prolaktin, kortizol ve insülin) salınımı azalır. Süt üretimini aktive eden progesteron ve süt inmesine yardımcı olan oksitosin hormonlarının etkisiyle laktasyon başlar. Laktasyonun başlamasıyla birlikte memelerde dolgunluk, sızlama, hassasiyet ve ısı artışı görülebilir (64–67).

2.2.2. Endokrin Sistemde Meydana Gelen Değişimler

Plesantanın doğumuyla birlikte, plesantadan salgılanan hormonlar (Östrojen, progesteron, HPL ve HCG) ortadan kalkar. Östrojen ve progesteron hormonlarını düşmesine bağlı olarak hipofiz ön lobundan süt yapımından sorumlu prolaktin, arka lobundan ise süt salınımından görevli oksitosin salınımı artar. Salınan bu hormonlar laktasyonun başlaması ve sürdürülmesine yardımcı olur. Artmış prolaktinle birlikte over fonksiyonları baskılanır (64–67). Emzirmeyen kadınlarda menstrüasyon en erken doğum sonu 25. günde başlamakta ve bu süre 45 ile 64 gün arasında değişmektedir. Emziren kadınların %70'inde doğum sonu üçüncü ayda menstrüasyon başlamaktadır. Ancak bu süre prolaktinin GnRH hormonunu baskılama durumu, emzirme sıklığı ve süresi, annenin beslenme durumu ve vücut kütle indeksi gibi faktörlerden etkilenebilmektedir (64).

2.2.3. Kardiyovasküler Sistemde Meydana Gelen Değişimler

Kardiyovasküler sistemde meydana gelen değişimlerin gebelik öncesi haline dönmesi yaklaşık 6- 12 hafta sürmektedir (64). Doğumdan sonra uteroplasental ve intertisiyel alandaki sıvının intravasküler alana transfüzyonu ile birlikte kalbin yükü artar. Bu nedenle, doğum sonrası ilk 10 dakika içinde, kalp debisi ve kalp atım hacmi sırasıyla yaklaşık % 60 ve % 70 oranında artar ve doğum sonu bir saat boyunca bu yükseklik devam eder. Kalp atım hızı % 15 azalır; kan basıncı değişmez. Yüksek kan volümü diürez ve terleme yoluyla normal düzeye ulaşır (64,66,67).

2.2.4. Hematolojik Sistemde Meydana Gelen Değişimler

Gebelik nedeniyle gelişen hematolojik değişiklikler doğumdan sonraki 6-12 haftada gebelik öncesi düzeyine döner. Bu süreçte, belirli hematolojik parametrelerin gebelik öncesi düzeyine dönmesi değişiklik gösterir. Özellikle fibrinojenin doğum

sonrası dönemde de artmaya devam etmesi tromboembolik hastalıklar yönünden kadınları yüksek riskli hale getirir (64,66,67).

2.2.5. Solunum Sisteminde Meydana Gelen Değişimler

Doğum sonu dönemde gebelik öncesi durumuna en hızlı dönen sistem solunum sistemidir. Fetüs, plasenta ve membranların doğumu ve progesteron seviyesinin düşmesi ile birlikte karın içi basınç ve diyafragmatik basınç azalır, PaCO₂ (Parsiyel Karbondiyoksit) seviyesi yükselir ve solunum kolaylaşır. Gebelikte göğüs solunumu yapılırken doğumdan hemen sonra abdominal solunum olarak devam eder (64,65).

2.2.6. Üriner Sistemde Meydana Gelen Değişimler

Doğum sonu dönemde mesane kapasitesinde artma görülebilir. Doğum sonu ikinci ve beşinci günlerde artan diürez nedeniyle günlük idrar miktarı 3000 ml kadar olabilir. İdrarda protein ve emziren kadınlarda laktozürü görülebilir (64,66,67).

2.2.7. Kas-İskelet Sisteminde Meydana Gelen Değişimler

Doğumdan sonra gevşek ve sarkık olan abdominal kaslar birkaç hafta içerisinde normal tonüsünü geri kazanır. Ancak, rektus abdominis kaslarında ayrılma devam edebilir ve bu durum pendulus abdomene (sarkık karın) neden olabilir. Gebelikte görülen bel ağrıları sonlanır (64,66,67).

2.2.8. Psikolojik Değişimler

Doğum mutluluk verici bir yaşantı olarak görülse de, pek çok kadında doğum sonrası dönemde annelik hüznü olarak isimlendirilen, üzüntü, ağlama, sinirlilik, anksiyete, uykusuzluk, yorgunluk, suçluluk gibi çeşitli hafif depresif semptomlarla karakterize edilen bir geçici durum görülebilir. Doğum yapan kadınların %40'ında doğumdan sonraki ilk bir hafta içerisinde annelik hüznü (postpartum blue) görülmektedir (68). Avrupa ülkeleri ve Japonya'da yapılan 26 çalışmanın meta-analizinde, annelik hüznünün yaygınlık oranının %39 olduğu bildirilmiştir (69). Annelik hüznü doğumdan sonraki iki üç gün içinde gelişir, sonraki birkaç gün içinde zirve yapar ve iki hafta içinde düzelir (64). Ancak, annelik hüznü yaşayan kadınlarda

doğum sonu depresyon riskinin 4-11 kat daha fazla olması nedeniyle erken dönemde belirlenmesi önem kazanmaktadır. Doğum sonrası hüznü genellikle kendiliğinden geçer ve tedavi gerektirmez. Kadının uyuması, dinlenmesi, kendine zaman ayırması, bebek bakımına destek olunması gibi müdahalelerle annenin baş etmesine yardımcı olunmalıdır (68). Yeterli fiziksel, psikolojik ve sosyal destek alan kadının annelik hüznü belirtilerinin iki haftadan uzun sürmesi durumunda psikiyatriye yönlendirilmesi, bir sağlık profesyoneli tarafından doğum sonu depresyonu açısından değerlendirilmesi sağlanmalıdır (70).

Doğumdan sonra, hormonlardaki ani değişimler, yetersiz sosyal destek, stresli yaşam deneyimleri gibi psikolojik stresörler, düşük sosyo ekonomik düzey, sigara, alkol ve madde kullanma öyküsü, preterm doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek gibi etkenler doğum sonu depresyon gelişiminde olumsuz rol oynamaktadır (71,72). Bu nedenle, dünya çapında kadınların %13'ü doğum sonu depresyonla baş etmek durumunda kalmaktadır (68). Türkiye'de ise, kadınların % 10- 16'sının doğum sonu dönem depresyonu deneyimlediği bildirilmektedir (7,73). Bununla birlikte, doğum sonu depresyon müdahale edilmediği zaman uzun yıllar sürebilmekte ve postpartum psikoza dönüşebilmekte, kadının bebeğine ve kendine zarar verme riski nedeniyle psikiyatrik acil durum haline gelmektedir. Aynı zamanda, kadının sosyal yaşamını, ebeveynlik rolünü, bebek bakımını, emzirmeyi, mesleki yaşamını ve işlevselliğini etkileyebilmekte, yaşam kalitesini düşürebilmektedir. Doğum sonu depresyon yalnızca annenin yaşadığı bir sorun olmayıp bebeğin gelişimini de olumsuz etkileyen, toplumu ilgilendiren bir durum olması göz önünde bulundurulduğunda, doğum sonu depresyonun önlenmesi önem kazanmaktadır. Depresyon açısından riskli kadınların belirlenmesi ve erken dönemde psikososyal ve psikoeğitsel müdahalelerle desteklenmesi, depresyonun geliştiği durumda erken tanılanması, tanı alan kadınların farmakolojik ve bilişsel davranışçı tedaviler, psikoterapiler, ev ziyaretleri, farkındalık temelli müdahaleler ile desteklenmesi ve sosyal destek kaynaklarının kullanımına teşvik edilmesi etkili yöntemler olabilir (71,72,74).

2.3. Doğum Sonu Komplikasyonlar

Doğum sonu dönem fizyolojik bir süreç olmasına rağmen bazı riskleri de getirebilmektedir. Çoğu kadın bu süreci sorunsuz geçirirken kadınların bir kısmında

yaşamı tehdit edebilen komplikasyonlar görülebilmektedir (64,66,67). Kaliforniya’da yapılan yaklaşık 450 bin kadının değerlendirildiği bir çalışmada, doğum sonu 90 günlük süreçte, sırasıyla en sık kanama, hipertansiyon, idrar yolu enfeksiyonu, mastit, tromboembolitik sorunların görüldüğü bildirilmiştir (75). Doğumdan itibaren 180 gün (6,5 ay) boyunca gözlemlenen 200.000'den fazla postpartum dönemdeki kadının değerlendirildiği diğer bir çalışmada, kadınların %1,2'sinin doğumdan sonraki altı hafta içinde (vajinal doğumdan sonra %0,83 ve sezaryen doğumundan sonra %1,8) hastaneye tekrar yatışının yapıldığı; bu yatışın en yaygın nedenlerinin hipertansiyon, enfeksiyon ve kanama başta olmak üzere safra kesesi sorunları, idrar yolu enfeksiyonu, mastitis ve cerrahi komplikasyonlar olduğu gösterilmiştir (76).

2.3.1. Doğum Sonu Kanama

Dünya Sağlık Örgütü tarafından "*Vajinal doğumda 500 ml'yi veya sezaryen doğumda 1000 ml'yi geçen kanamalar*" olarak adlandırılmaktadır (77). ACOG’un 2017 yılında yaptığı tanıma göre; ‘*Doğum şekline bakılmaksızın doğumdan sonraki 24 saat içinde ≥ 1000 ml kümülatif kan kaybının veya hipovolemi belirti ve bulgularının olması ile ilişkili kanama*’ olarak belirtilmiştir. Bu tanımla birlikte, vajinal doğumda 500 ml'den fazla kan kaybının anormal kabul edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (78). Kan kaybının gözlemsel olarak değerlendirildiği çalışmalarda doğum sonu kanama doğumların % 1-3'ünde görüldüğü bildirilmiştir (79–81). Kan kaybı nicel olarak ölçüldüğü çalışmalarda ise, doğum sonu kanama insidansının %10 olduğu gösterilmiştir (82). Özellikle gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde doğum sonu kanama anne ölümlerinin en önemli nedenidir (83). Dünya’da anne ölümlerinin %19.7’si (84), ülkemizde ise %19.2’si gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kanamalar nedeniyle meydana gelmektedir (85).

Postpartum kanamaya atoni, plesenta anomalileri, doğuştan ya da kazanılmış pıhtılaşma sorunları ve travmalar neden olmaktadır. Doğum sonu kanamaya bağlı ölümlerin yaklaşık %90’ı doğumdan sonraki ilk dört saatte geliştiği için doğum eyleminin üçüncü evresinin aktif yönetimi, profilaktik uterotonik ajanların kullanımı ve tromboproflaksi kanamaların büyük çoğunluğunu önleyebilmektedir. Bu nedenle, doğumhane ve doğum sonu servislerde çalışan sağlık profesyonelleri kadınların doğum sonu kanama için risk faktörlerini belirlemeli, kanama yönünden kadınları

değerlendirmeli, doğum sonu kanamayı erken dönemde tanılamalı ve zamanında müdahale edebilmelidir (83).

2.3.2. Doğum Sonu Enfeksiyonlar

Doğum sonu enfeksiyonlar, doğum ile doğum sonrası 42. gün arasında meydana gelen maternal enfeksiyonlardır ve dünya çapında anne ölümlerinin ikinci nedenidir (86,87). Dünya genelinde her yıl yaklaşık beş milyon doğum sonu enfeksiyon vakası görülmekte ve bu vakaların yaklaşık 75.000'i ölümlle sonuçlanmaktadır (86).

Doğum sonrası dönemde en sık görülen enfeksiyonlar endometrit, üriner sistem enfeksiyonları, cerrahi alan (sezaryen insizyonu, epizyotomi insizyonu, perineal laserasyonlar) enfeksiyonlarıdır (64,87). Bu enfeksiyonlar için risk faktörleri; sezaryenle doğum, müdahaleli vajinal doğum, intrapartum süreçte kötü hijyen koşulları, doğum eyleminin takibinde beşten fazla vajinal muayene yapılması, düşük sosyoekonomik durum, anemi, diyabet, obezite, primiparite, erken membran rüptürü ve uzamış doğum eylemidir (86,87).

Doğumdan sonra her kadın enfeksiyon belirti ve bulguları açısından değerlendirilmelidir. Mevcut enfeksiyon varlığında etkene yönelik tedavi uygulanmalıdır. Kadınlara enfeksiyondan korunmaya yönelik eğitim verilmeli, bol sıvı alımları desteklenmeli, el yıkama, ayakta duş alma, sık ped değiştirme ve perine hijyeninin önemi anlatılmalıdır. Enfeksiyon geçene kadar istirahat önerilmelidir (64,87).

2.3.3. Tromboembolitik Sorunlar

Gebelik ve doğum sonu dönem, derin ven trombozu ve pulmoner emboli gelişimi için önemli risk faktörleridir. Kanama ve enfeksiyon gibi komplikasyonlardan daha az görülmesine karşın bu tromboembolitik sorunlar da anne ölüm nedenleri arasında yer almaktadır ve gebelik ve lohusalık döneminde meydana gelen ölümlerin %10-15'i tromboembolitik sorunlar nedeniyle gelişmektedir. Ancak tromboembolitik sorunlar, tromboprofilaksi için yeterli önlemler alındığı takdirde önlenilebilir bir durumdur. Bu nedenle tromboembolitik sorunlar yönünden riskli kadınların belirlenmesi önemlidir (88).

Doğum sonu dönemde tromboembolitik sorunlar için risk faktörleri; preeklampsi, doğum eyleminin 24 saatten uzun sürmesi, forseps kullanımı, bir litreden fazla doğum sonu kanamanın olmasıdır. Ayrıca sezaryenle doğum yapan kadınlar vajinal yolla doğum yapan kadınlardan dört kat daha fazla riske sahiptir. Gebelik döneminde yaşanan sorunlar da doğum sonu dönemde tromboembolitik sorunları tetiklemekte veya var olan durumu ağırlaştırabilmektedir . Bu nedenle, gebelikte hiperemezis nedeniyle dehidrasyon; ovaryan hiperstimülasyon sendromu; yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalma; kesin istirahat verilmesi (>3 gün yatakta kalma); sistemik enfeksiyon varlığı ve uzun mesafeli seyahat (>4 saat) öyküsü tromboembolitik sorunlara yatkınlığı artırdığından dikkatle sorgulanmalıdır. Tromboembolitik sorunlar yönünden riskli kadınlarda, önerilen tromboproflaksi uygulanmalı, kadın erken dönemde mobilize edilmeli, hidrasyonu sağlanmalı ve kompresyon uygulanmalıdır (88,89).

2.3.4. Emzirme ve Meme Sorunları

Anne sütü, hem bebek hem de kadın sağlığı için faydalı olması nedeniyle evrensel olarak tüm bebekler için önerilen beslenme yöntemidir (90). DSÖ, ilk altı ay boyunca yalnızca anne sütü ile beslenmeyi ve anne ve bebek tarafından karşılıklı olarak istendiği sürece doğumdan sonra en az iki yıl boyunca ek gıdalarla birlikte emzirmeye devam edilmesini önermektedir. Ancak, birçok kadın emzirme zorlukları ve meme sorunları nedeniyle emzirmeyi önerilen süreden daha önce bırakmaktadır (91).

Emzirmenin erken dönemde sonlandırılmasına neden olan faktörler; yetersiz süt üretimi algısı, meme ucunda ve memede ağrı/hassasiyet, meme ucu çatlağı, meme dolgunluğu, mastit ve meme apsesidir. Bununla birlikte, doğru emzirme teknikleri ve meme bakımının öğretilmesi, uygun bakım ve tedavi ile bu sorunların çoğu aşılabilmekte ve emzirme daha uzun süre başarıyla sürdürülebilmektedir (92).

2.3.5. Psikolojik Sorunlar

Doğum sonu dönemde kadınlar, depresyon, anksiyete, posttravmatik stres bozukluğu ve psikoz gibi psikolojik sorunlar veya daha önce var olan sorunların tekrarlamaşı açısından yüksek risk altındadır (93,94). Doğum sonu depresyon

prevalansının yaklaşık %10-16 (93), posttravmatik stres bozukluğunun %4 (94) olduğu, diğer sorunlara göre daha nadir görülmekle birlikte 1000 kadından 0,89-2,6'sında da postpartum psikozun görüldüğü bildirilmektedir (95).

Psikiyatrik rahatsızlık öyküsü, şiddete maruz kalma, fiziksel/cinsel istismar öyküsü, primiparite, istenmeyen gebelik, olumsuz bir gebelik deneyimi yaşama (örn. doğum korkusu, yetersiz sosyal destek, gebelik komplikasyonları vb.), acil sezaryen, müdahaleli doğum, doğum sonu kanama, yenidoğanın yoğun bakıma alınması, ölü doğum gibi risk faktörleri doğum sonu dönemde psikolojik sorunların görülme olasılığını artırmaktadır. Yüksek riskli kadınların belirlenmesi, doğum sonu izlemlerde annenin ruhsal durumunun değerlendirilmesi, depresyon taraması yapılması, gerekli durumlarda kadının yönlendirilmesi ve tedaviye uyumun izlenmesi önem kazanmaktadır (93,95).

2.4. Doğum Sonu İzlem ve Bakım

Doğum sonrası dönem hem anne hem bebeğin savunmasız olduğu, hastalık ve ölüm riskinin yüksek olduğu dönemdir (64). DSÖ, her yıl 300.000'den fazla kadının gebelik ve doğum sonu komplikasyonları nedeniyle ve 2,5 milyon bebeğin doğum sonu ilk ayda öldüğünü bildirmektedir. Bununla birlikte, yılda 70000 kadının doğumdan sonra kanama, kardiyovasküler sistem sorunları, doğum sonrası depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu olmak üzere ciddi doğum sonrası sorunlar yaşadığı belirtilmektedir (96,97).

Anne, bebek ve çocuk sağlığı tüm dünyada önemli bir sağlık göstergesi olup dünya genelinde anne ölüm oranı yüz binde 211, Türkiye'de ise yüz binde 13,1'dir. Bebek ölüm hızı ise, dünyada binde 28,2; Türkiye'de binde 9'dur. Bu bebeklerin doğum sonu ilk 28 gün içinde dünyada binde 17,5'i, Türkiye'de binde 5,8'i kaybedilmektedir (98). Anne ve bebek ölümlerini azaltabilmek için kaliteli bir doğum sonu bakım, izlem, danışmanlık ve eğitimle anne ve bebek sağlığının desteklenmesi ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ön plana çıkmaktadır (59). Kaliteli bir doğum sonu bakım sunulduğu takdirde anne ölümlerinin %15, yenidoğan ölüm hızının %36-67 oranında düşmesi sağlanmaktadır (99).

Anne ve bebeklerin doğum sonu ilk günden itibaren fiziksel ve psikososyal rahatlığının sağlanması, doğum sonu bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi,

gerekli bakım ve desteğin sağlanarak annelik rolüne uyumun kolaylaştırılması ve doğum sonu komplikasyonların ve riskli durumların önlenmesi, en aza indirilmesi ya da erken dönemde tanınması ve olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesine yardım ve rehberlik edilmesi temelde koruyucu sağlık hizmetlerinin bir parçası olan doğum sonu bakım hizmetlerine bağlıdır. Doğum sonu dönemde, annelere sağlanan yeterli düzeyde profesyonel ve sosyal destek komplikasyon gelişiminin önlenmesine veya erken dönemde saptanmasına ve zamanında müdahale edilebilmesine olanak sağlaması, anne ve bebek sağlığı sürdürülmesi ve geliştirilmesi açısından çok önemlidir (7,59,100). Yalnızca anne ve bebeğin sağlığını değil aynı zamanda aile ve toplum sağlığını da doğrudan etkileyen bir dönem olması nedeniyle doğum sonu dönemde sunulan bakım hizmetleri; kaliteli, bireyselleştirilmiş, bütüncül, kanıta dayalı, kapsamlı ve profesyonelliğe temellendirilmiş olmalıdır. Ayrıca, doğum sonu bakım hizmetlerinin nitelik ve nicelik açısından yeterli olması gerekmektedir (17,33,101,102).

Doğum sonu bakım hizmetlerinin hem nitelik hem nicelik açısından kalitesini yükseltmek ve en iyi kanıt düzeyine temellendirilmiş bir bakım hizmeti sunmak amacıyla kadın sağlığı, hastalıkları ve doğum alanı ile ilgili ulusal ve uluslararası kuruluşlar doğum sonu döneme özgü klinik uygulama rehberleri yayınlamıştır. Bu rehberler, sağlık profesyonellerine doğum sonu dönem bakım uygulamaları, bakımın kapsamı ve doğum sonu izlem sıklığı konularında yol göstermektedir (103). Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere, İskoçya, Kanada, Avusturalya, Çin gibi bir çok gelişmiş ülkenin doğum sonu bakıma yönelik rehberi bulunmaktadır (7,103,104). Dünya genelinde her ülkenin kültürüne ve sağlık hizmetleri sunum yapısına uygun doğum sonu bakım içeriğine, kapsamına ve izlem sıklığına yönelik kanıt düzeyde önerilerde bulunan rehberler geliştirilmiştir (Tablo 2.1). Türkiye’de de Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi hazırlanmış ve bu alanda çalışan sağlık profesyonellerine yol göstermesi amacıyla kullanılması hedeflenmiştir (16).

Tablo 2.1. Bazı uluslararası kuruluşların doğum sonu bakım rehberleri

Rehberi Geliştiren Kuruluş	Doğum Sonu Bakım Rehberleri	Yıl
WHO (World Health Organization- Dünya Sağlık Örgütü)	WHO Recommendations on Maternal and Newborn Care for a Positive Postnatal Experience (27) (Olumlu Bir Doğum Sonrası Deneyim İçin Anne ve Yenidoğan Bakımına İlişkin DSÖ Tavsiyeleri)	2022
ACOG (American Collage of Obstetrician and Gynecologists- Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Birliği)	Optimizing Postpartum Care (105) (Doğum Sonu Bakım Optimizasyonu)	2018
	Optimizing Support for Breastfeeding as Part of Obstetric Practice (90) (Obstetrik Uygulamanın Bir Parçası Olarak Emzirme Desteğinin Optimizasyonu)	2018
	Postpartum Pain Management (106) (Doğum Sonu Ağrı Yönetimi)	2018
	Breastfeeding in Correctional Settings (107) (İslah Ortamlarında Emzirme)	2018
	Breastfeeding in Underserved Women Increasing Initiation and Continuation of Breastfeeding (108) (Yetersiz Hizmet Alan Kadınlarda Emzirmenin Başlatılması ve Sürdürülmesi)	2013
AAPF (American Academy of Family Physicians- Amerikan Aile Hekimleri Akademisi)	Releases Position Paper on Breastfeeding (109) (Emzirme Üzerine Yayımlanan Görüş Raporu)	2015
	Updates Recommendations for Contraceptive Use in the Postpartum Period (110) (Doğum Sonu Dönemde Kontraseptif Kullanımı için Güncel Öneriler)	2015
	ACOG Releases Guideline for Management of Postpartum Bleeding (109) (Doğum Sonu Kanama Yönetimi için Yayımlanan ACOG Yönergeleri)	2007
	CDC Reports on Racial and Socioeconomic Disparities in Breastfeeding (111) (Emzirmede Irksal ve Sosyoekonomik Eşitsizliklere İlişkin CDC Raporları)	2006
	AAP Releases Updated Breastfeeding Recommendations (112) (Güncellenmiş Emzirme Önerileri AAP Yayımları)	2005
NICE (National Institute for Health and Care Excellence- Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü)	Postnatal Care (113) (Doğum Sonrası Bakım)	2021
	Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance (114) (Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Ruh Sağlığı: Klinik Yönetim Ve Hizmet Rehberliği)	2020
	Happy Mum Healthy Bump (115) (Mutlu Anne Güçlü Yumruk)	2019
	Antenatal and Postnatal Mental Health (116) (Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Ruh Sağlığı)	2016
	Donor Milk Banks: Service Operation (117) (Donör Süt Bankaları: Hizmet İşleyişi)	2010
	Maternal Collapse in Pregnancy and the Puerperium (118)(Gebelik ve Doğum Sonu Dönemde Anne Çöküşü)	2019
RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists- Kraliyet Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekologlar Birliği)	Antenatal and Postnatal Analgesia (119) (Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Analjezi)	2018
	Postpartum Haemorrhage, Prevention and Management (120) (Doğum Sonu Kanamanın Önlenmesi ve Yönetimi)	2016
	Best practice in Postpartum Family Planning (121) (Doğum Sonu Aile Planlamasında En İyi Uygulamalar)	2015
	Reducing the Risk of Thrombosis and Embolism during Pregnancy and the Puerperium (122) (Gebelik ve Doğum sonrası dönemde Tromboz ve Emboli Riskini Azaltmak)	2015
	Management of Women with Mental Health Issues during Pregnancy and the Postnatal Period (123) (Gebelikte ve Doğum Sonrası Dönemde Ruh Sağlığı Sorunlarının Yönetimi)	2011
	Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi (16)	2018
TC Sağlık Bakanlığı	Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri (124)	2018

Doğum sonrası bakımla ilgili rehberler en yararlı, kanıt düzeyi yüksek uygulamalara rehberlik etmekte ve anne ölümlerini azaltılmasına, komplikasyonların önlenmesine, bakım kalitesinin artırılmasına ve sağlığın geliştirilmesine yardımcı olmaktadır (7,17,103).

Tablo 2.2. Bazı uluslararası kuruluşların doğum sonu bakım rehberi içeriğinde yer alan konular

Rehberi geliştiren ve öneren kuruluş	Doğum sonu bakım uygulamaları																	
	Yıl	Ev ziyareti ile izlem yapılması		Doğum sonu ağrının yönetimi	Doğum sonu kanamanın önlenmesi ve yönetimi	Etkin emzirmenin sağlanması	Anne sütü bankaları ile ilgili düzenlemeler	Meme sorunlarının önlenmesi	Beslenme ve fiziksel aktivitenin iyileştirilmesi/kilo yönetimi	Aile planlaması hizmetlerinin sunulması	Psikolojik değerlendirme ve ruh sağlığını iyileştirme	Doğum sonu komplikasyonların önlenmesi	Perinenin değerlendirilmesi ve bakımı	Alkol ve Madde kullanımı	Bulaşıcı hastalık taraması (HIV, Tüberküloz vb.)	Kronik hastalıkların yönetimi	Sağlık Taramaları (serviks kanseri, meme kanser taraması vb.)	Yenidoğan bakımı
WHO ACOG	2022	m	m	-	m	-	m	m	m	m	m	m	m	m	m	-	-	m
	2018	-	-	-	m	-	-	m	m	m	m	m		-		m	m	m
	2018	-	-	-	m	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2018	-	m															
	2018	-	-	-	m	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AAFP	2013	-	-	-	m	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2015	-	-	-	m	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2015	-	-	-	-	-	-	-	-	m	-	-	-	-	-	-	-	-
	2007	-	-	m	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2006	-	-	-	m	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NICE	2005	-	-	-	m	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2021	m	m	m	m	-	-	-	-	-	-	m	m	m	-	-	-	m
	2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	m	-	-	-	-	-	-	-
	2019	-	-	-	-	-	-	-	m	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	m	-	-	-	-	-	-	-
RCOG	2010	-	-	-	-	m	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2016	-	-	m	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2015	-	-	-	-	-	-	-	-	m	-	-	-	-	-	-	-	-
	2015	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	m	-	-	-	-	-	-
T.C. Sağlık Bakanlığı	2011	-	-	-	-	-	-	-	-	-	m	-	-	-	-	-	-	-
	2018	m	m	m	m	-	m	m	m	m	m	m	m	-	-	-	-	m

m: mevcut - :bulunmamakta

Uluslararası rehberler birbirinden farklı yaklaşımların bulunduğu uygulamalara sahiptir ve doğum sonrası bakımın kapsamı standardize edilememiştir.

Bu rehberlerde sıklıkla, emzirmenin başlatılması/sürdürülmesi, annenin ruhsal durumunun değerlendirilmesi/iyileştirilmesi ve psikolojik destek sağlanması, doğum sonu doğurganlığın düzenlemesi konularına sıklıkla yer verilmektedir. Rehberlerin hemen hepsinin genel olarak kalitesinin iyi ve uygulamalarının kabul edilebilir olmasına rağmen WHO, ACOG ve NICE tarafından geliştirilen rehberlerin metodolojik kalitesinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (5,27,103,104,113). WHO, ACOG ve NICE daha kapsamlı bir bakım sunumunun yanında doğum sonu dönemde izlemleri de detaylandırmıştır (5,27,113). WHO (27) doğum sonu dönemde anne ve bebeklerin en az dört kez doğum sonrası izlenmesini önerilmektedir. Doğum bir sağlık kuruluşunda gerçekleşmişse anne ve yenidoğanda bir komplikasyon gelişmemişse, doğumdan en az 24 saat sonra bakım alınması vurgulanmıştır. Doğum evde gerçekleşmişse, doğum sonrası ilk izlemin doğumdan sonraki 24 saat içinde, mümkün olan en erken zamanda yapılması belirtilmiştir. Herhangi bir komplikasyon yoksa doğumdan sonraki ikinci izleminse, doğum sonu 48- 72 saat arasında, üçüncü izlemin 7 -14 gün arasında ve son izlemin doğumdan sonraki altıncı haftada yapılması tavsiye edilmektedir (27).

ACOG (5), doğumdan sonra ilk üç hafta içerisinde yüz yüze ya da telefonla bir izlemin yapılmasını, ilk 12 hafta içinde kapsamlı doğum sonu bakım hizmetlerinin sunulmasını önermektedir (5). NICE (113), ilk ziyaretin bir ebe tarafından klinikte veya evde doğumdan sonraki 36 saat içinde gerçekleştirilmesini önermektedir. Ebelik bakımının ardından 7-14 günler arasında ilk ev ziyaretini, 17-28 gün arasında bir doktor tarafından değerlendirmeyi, doğumdan 6-8 hafta sonra planlı bir izlem daha yapılmasını önermektedir (113).

Türkiye’de doğum sonu izlemlerin T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberine (16) göre yapılması beklenmektedir. Bu rehberde doğum sonrası hastanede ilk bir saat, 1-6 saat ve 6-24 saatlerde üç kez, 2-5. günler, 13-17. günler ve 30-42. günlerde evde yada hastanede üç kez izlem olmak üzere toplam 6 kez lohusa izleminin yapılması beklenmektedir (16). Bebeklerin izleminin ise, T.C. Sağlık Bakanlığı Bebek, Çocuk, Ergen Protokollerine (124) göre, doğumdan hemen sonra, ilk bir hafta içerisinde, 15. ve 41. Günlerde, 2., 3., 4., 6., 9. aylarda yapılması önerilmektedir (4). Ancak, dünyada ve Türkiye’de doğum sonu bakım hizmetleri nitelik ve nicelik olarak yetersiz kalmakta kadınlar yeterince doğum sonu bakım

alamamaktadır (5,17,125). ACOG (5), kadınların %40'ının doğum sonu bakım almadığını bildirmiştir (5). Gelişmiş ülkelerde kadınların %10'u doğum sonu bakım alamazken, gelişmekte olan ülkelerde bu oran %45-50 civarındadır (17,104). İngiltere Ulusal Kadın Doğum Vakfı'nın yaptığı çalışmaya göre; doğum sonu bakım alan kadınların %31'i kendilerine 3 dakikadan daha kısa bir zaman ayrıldığını ve zamanın çoğunluğunun bebeklere ayrıldığını, %16'sı ise bakım almadığını belirttiği gösterilmiştir (126). Kuzey Etiyopya'da 367 kadınla yapılan bir çalışmada, kadınların %32,2'sinin bir kez doğum sonu bakım hizmeti aldığı bildirilmiştir (127). Kenya'da yapılan diğer bir çalışmada ise kadınların yalnızca %48,4'ünün doğum sonu bakım hizmetinden yararlandığı belirtilmiştir (128). Nepal'de yürütülen Ulusal Demografi ve Sağlık Araştırması'na göre, kadınların yalnızca %26,5'inin en az bir kez doğum sonrası bakım aldığı belirtilmiştir (129). Ülkemizde TNSA-2018 (30) raporuna göre, araştırmadan önceki 2 yıl içinde doğum yapan kadınların %71'inin doğumu takip eden ilk 24 saat içinde, %79'unun doğum sonrası ilk 2 gün içinde, %96'sının 41 gün içinde doğum sonu bakım hizmeti aldığı; yenidoğan bebeklerin %56'sının doğumdan sonraki ilk dört saat içerisinde sağlık kontrolünün yapıldığı, %58'inin ilk 24 saat içerisinde değerlendirildiği ve %68'inin doğumdan sonraki ilk iki gün içerisinde doğum sonu bakım hizmeti aldığı, %2'sinin bakım almadığı rapor edilmiştir (30). Ağrı'da yapılan bir çalışmada, bebeklerin %96,7'sinin takiplerini yaptırdığı, %1,4'üne bir sağlık personelinin ulaşamadığı bildirilmekle birlikte bebeklerin Sağlık Bakanlığı önerilerine uygun nitelik ve nicelikte izlenme durumlarına ilişkin bilgiye yer verilmemiştir (130). Burdur'da yapılan bir çalışmada ise, kadınların %39,1'inin üç kez doğum sonu bakım aldığı (33), İstanbul'da yapılan bir çalışmada %20,9'unun üç kez doğum sonu bakım aldığı (102) belirlenmiştir. Mersin'de yapılan çalışmada ise bu oran %55,2 olarak saptanmıştır (131). Bununla birlikte, doğum sonrası bakımın anne ve yenidoğan açısından niteliğine ve etkisine, bakımın kapsamına ve nasıl yapıldığına yönelik herhangi bir bilgiye yer verilmemiştir ve bakımın niteliğine ilişkin endişeler bulunmaktadır (17,125).

Türkiye'de 2010 yılından itibaren Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiş ve doğum sonu bakım hizmetleri birinci basamakta aile hekimleri tarafından sunulmaya başlamıştır (32). Aile hekimlerinin sunduğu doğum sonu bakım hizmetleri ödemeye esas performanslarına etki etmemektedir. Bu nedenle doğum sonu bakım

hizmetlerine ilişkin bilgiler düzenli kayıt altına alınmamaktadır. Öte yandan, doğum sonu bakım hizmetlerinin bilinirliği, kullanımı ve ulaşılabilirliği hala çok düşüktür (125,132). İzmir’de yapılan bir çalışmada, kadınların %10’unun bir aile sağlığı merkezinde kaydının olmadığı, kayıtlı olan %15’inin izlenmediği belirlenmiştir (133). Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan personel sayısının yetersiz olması etkili, verimli, kaliteli doğum sonu bakım hizmetinin verilmesini engellemektedir. Bununla birlikte, “aile sağlığı çalışanı” olarak farklı meslek üyelerinin görevlendirilmesi, görev tanımlarının belirlenmemesi de doğum sonrası bakım hizmetlerini aksatabilmektedir. Yine, Aile hekimleri ve Aile sağlığı çalışanlarının yoğunluğu nedeniyle ev ziyaretleri yapılamamakta veya gecikebilmektedir (134). Etiyopya’da yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının iş yükü, eğitilmiş sağlık çalışanı eksikliği ve sağlık kurumlarında ev ziyaretine ayrılan bütçenin yeterli olmaması, sağlık sigortasının ev ziyaretlerini karşılamaması, doğumların koruyucu sağlık hizmeti sunan sağlık hizmeti sunucularına bildirilmemesi, denetim mekanizmasının olmaması, ulaşım koşullarının yetersiz olması nedeniyle ev ziyaretleri yapılmasını engellediği gösterilmiştir (135). Türkiye’de yapılan bir çalışmada, annelerin %13’ünün hastaneden taburcu olduktan sonra hiç izlenmediği, yalnızca %26’sının tüm izlemlerinin yapıldığı, hiçbir kadına ev ziyareti yapılmadığı gösterilmiştir (132). Doğumların %99,9’unun bir sağlık kuruluşunda yapılmasına bağlı olarak TNSA-2018 (30) verilerine göre, kadınların yüksek bir oranda (%96) doğumdan sonraki ilk 41 gün içerisinde bakım aldığı belirlenmiştir. Bu durum, doğum sonu bakımının hastanede kalınan süre ile sınırlı kaldığını göstermektedir (132). Sağlıkta Dönüşüm Programının doğum sonu bakım hizmetlerine etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada, kadınların yalnızca %2,2’sinin evde doğum sonu bakım hizmeti aldığı belirlenmiştir (33). Diğer bir çalışmada da Doğum Sonu Bakım Yönetim Protokolüne uygun sayıda izlem ve ev ziyareti yapılma oranının Sağlıkta Dönüşüm Programı öncesinde %33 iken programın uygulamaya başlamasıyla %18’e düştüğü bildirilmiştir (136).

Doğum sonu bakım hizmetlerinin ulaşılabilir olması, sağlık hizmetlerinin kullanımı açısından temel belirleyicilerdendir. Kadınların birey ve aile merkezli, kapsamlı, kültüre uygun, ev ziyaretlerini içeren, güvenli ve yüksek kalitede, ücretsiz, her açıdan ulaşılabilir doğum sonu bakım hizmetlerine ihtiyaçları vardır (7,33,134).

Hemşireler, doğum sonu bakım hizmetlerinin sunumunda en temel ve yeri doldurulamaz profesyonel meslek üyelerindendir. Doğum sonu dönemde hemşire tarafından sunulan kapsamlı ve bütüncül bir bakım, annenin, yenidoğanın ve ailenin gereksinimlerinin karşılanmasına, doğum sonu dönemde görülebilecek fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunların önlenmesine, psikososyal uyumun sağlanmasına, annelik rolünün kazanılmasına yardımcı olmaktadır (7,17,96). Özellikle gebeliğin son trimesterinde başlayan hemşirelik bakımı, doğum sonu dönemde de kesintisiz devam ederek anne ve bebek sağlığının korunmasını ve geliştirilmesini sağlamakta, gelişebilecek komplikasyonların önlenmesine veya erken dönemde belirlenmesine yardımcı olmaktadır. Bu nedenle, bir hemşire tarafından anne ve bebeğin doğumdan sonraki bir yıla kadar bakım ve izleminin sürdürülmesi anne ve bebek ölümlerini azaltmada en etkili stratejilerden biri olarak değerlendirilmektedir (17,59,100). DSÖ, gelir düzeyi yüksek olan ülkelerde kadınların %90'ından fazlasının bir ebe veya hemşireden bakım aldığını, bu ülkelerde anne ölümlerinin 100.000 canlı doğumda 11 olduğunu, yaşam boyu anne ölüm riskinin ise 5400'te 1 olduğunu bildirmiştir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde ise kadınların %94'ü bakım alamamaktadır ve bu ülkelerde anne ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 462'dir, yaşam boyu anne ölüm riski ise 45'te 1 olarak belirtilmiştir (137).

Doğum sonu dönemde morbidite ve mortalitenin önlenmesinde, kadının doğum sonu dönemde kendi ve bebeğinin bakımı ile ilgili sorularının cevaplanması, bilgi ihtiyacının karşılanması, bebek bakımı konusunda cesaretlendirilmesi, değişen rollerine adapte olmasına yardımcı olmak hemşirelere düşen önemli görevlerdendir (7,19,59). Bu kapsamda, Hemşirelik Yönetmeliği'nde (138) de ana çocuk sağlığının geliştirilmesi için anne ve bebeklerin ihtiyaç duyduğu konularda hemşirelerden bakım, yönetim, eğitim ve destek hizmetleri beklendiği açıkça belirtilmektedir. Böylece, sunulan kaliteli bir hemşirelik bakımı ile anne biyopsikososyal açıdan ele alınarak sağlık sonuçları bir adım ileri taşınabilir.

Tüm bebeklerin ve annelerinin gebelik doğum sonu bakım hizmetlerinden ve kaliteli bir hemşirelik bakımından yararlanma hakkı vardır (3). Bu bakım kapsamında uygulanan hemşirelik müdahaleleri, annelerin sorunlarla baş etmesine ve sorunları çözme becerilerini geliştirmeye yardımcı olarak, annelerin yeterli destek almalarına olanak sağlayarak anne ve bebeklerin fiziksel, sosyal ve ruhsal

sağlıklarını iyileştirmeye olanak sağlar (17,59). Doğum sonu dönemde hemşirelik bakımının anne sağlığına etkisinin değerlendirildiği bir meta analizi çalışmasında, doğum sonu depresyon görülme oranlarını azalttığı, çocuk istismarını önlediği, etkili aile planlaması yöntem kullanımını arttırdığı ve plansız gebelikleri önlediği belirlenmiştir (139). Yapılan bir çalışmada, hemşire tarafından izlenen annelerde doğum sonu depresyon ve anksiyetenin daha az sıklıkla görüldüğü, çiftler arasında ilişki kalitesinin iyileştiği bildirilmiştir (140). Diğer bir çalışmada da, doğum sonu dönemde hemşirelik bakımının annelerin uyku ve yaşam kalitesini artırdığı, yorgunluk düzeyini azalttığı belirlenmiştir. Ayrıca, hemşirelik bakımı adolesan gebelikleri azaltmakta, plansız gebelikleri ve madde kullanımını önlemekte; bebeklerin acil servis başvurularını ve tekrarlı hastaneye yatışlarını önlemekte, aşılama oranlarını arttırmaktadır (141). Görüldüğü gibi, hemşireler, anne ve bebek sağlığını iyileştirmede fark yaratacak bir sağlık ekibi üyesidir. Anne sağlığının korunması ve sürdürülmesinde, ailenin desteklenmesinde, bebeklerin yaşama sağlıklı başlaması ve gelecekteki sağlık düzeylerinin belirlenmesinde kilit profesyoneldir (18). Bu nedenle, bakımın bir defaya mahsus ve hastanede kaldığı süreyle sınırlı kalmayıp devam eden bir süreç halinde sunulması gerekmektedir. Özellikle son yıllarda benimsenen doğumdan sonra anne ve bebeklerin erken dönemde taburcu edilmesi, doğum sonu bakım almayı etkileyen faktörlerdendir (18,19). Doğum sonu erken taburculuk, anne ve bebekte çeşitli sorunların görülebilmesi nedeniyle ev ziyaretlerinin yapılmasını ön plana çıkaran bir eğilimdir. Bu nedenle, hemşire doğum sonu dönemde ev ziyaretleri yaparak anne ve bebekleri ev koşullarında da izler ve gereksinimleri doğrultusunda destek sağlayarak doğum sonu erken taburculuğun etkili olmasını sağlar (7,17,19).

2.5. Doğum Sonu Erken Taburculuk

Avrupa ülkelerinde 1950'lerden günümüze, hastane kaynaklarını etkin kullanmak, maliyeti azaltmak ve doğumun doğal ve fizyolojik bir süreç olarak görülmesi algısını vurgulamak amacıyla doğum sonrası hastanede kalış süresini kısaltma eğilimi vardır (20,22). Bu eğilim 1940'larda Amerika Birleşik Devletleri'nde başlatılmış ve bunu daha sonra diğer ülkeler de izlemiştir (21). Örneğin 1970'lerde İsveç ve Hollanda'da doğum sonrası dönemde hastanede ortalama kalış süresi 6 gün

iken, 2010 yılında hastanede kalış süresi sırasıyla 2,1 gün ve 2,3 güne düşmüştür. Yeni Zelanda, İrlanda ve Amerika Birleşik Devletlerinde doğumdan sonra hastanede kalış süresi 2 gün, Avustralya'da 2,8 gün, Kanada'da 1,7 gün ve Birleşik Krallık'ta 1,5 gün ile sınırlandırılmaktadır (142).

Doğum sonrası erken taburculuğa yönelik Cochranede yer alan bir sistematik derlemede, doğum sonrası erken taburculuğun mevcut tanımlarının doğum sonrası 12 ile 96 saat arasında değiştiğini belirtilmektedir (20). Literatürde doğum sonu erken taburculuğu ifade eden farklı zaman sınırları bulunmaktadır. Bununla birlikte, doğumdan sonra 48 saat ya da daha az sürede hastanede kalmak doğum sonu erken taburculuk olarak tanımlanmaktadır (100,143). Doğum sonrası kalış süresine ilişkin ortak bir görüşün yokluğu nedeniyle, Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) ve ACOG tarafından taburculuk için mevcut standartlar yayınlamıştır. Bu doğrultuda hazırlanan Perinatal Bakım Kılavuzu'nun 1992 ve 1997 baskılarında ve Amerika'da 2003 yılında yasalarla da düzenlenen şekliyle doğum sonu erken taburculuk "Herhangi bir komplikasyon olmadığı durumlarda, doğum sonrası hastanede kalış süresinin vajinal doğum için 48 saat, sezaryen doğum için 96 saat olması" olarak belirlenmiştir. Vajinal doğum sonrası 24 saat içerisinde taburculuk ise 'çok erken taburculuk' olarak nitelendirilmiştir (20).

DSÖ, komplikasyonsuz bir doğumdan sonra en az 24 saat bir sağlık kuruluşunda kalmayı önermektedir (144). DSÖ, AAP ve ACOG; annenin komplikasyonsuz vajinal doğum yaptığı, miadında doğan bir bebeğe sahip olduğu, kanamasının kontrol altında olduğu ve laboratuvar bulgularının normal sınırlarda olduğu, annede ve bebekte bir enfeksiyon belirtisi olmadığı, başarılı emzirmenin gerçekleştiği, anneye destek olabilecek bir bireyin olduğu ve annenin de doğum sonu dönemde görülebilecek komplikasyonlara yönelik farkındalığının olduğu, taburculuk sonrası süreçte ev ziyareti, telefonla izlem ve danışmanlık gibi sağlık hizmetlerinin olduğu durumlarda doğumdan 24 saat sonra taburcu olabileceği belirtilmektedir (20,145). Bununla birlikte, doğumdan sonra erken taburcu olmadan önce sağlık profesyonelleri tarafından anne ve yenidoğan için fiziksel ve psikososyal risk faktörlerinin tanımlanması gerektiği bildirilmektedir. Ancak, bu kriterler dikkate alınsa bile kanama, enfeksiyon, depresyon, emzirme sorunları, sarılık, tromboembolitik sorunlar gibi sorunlarla sıklıkla karşılaşmakta ve tekrarlı hastane

başvurusu ve yatışlar gerekebilmektedir. Bu nedenle, doğum sonraki 24 saat içinde taburcu olan anne ve bebeklerin ev ziyaretleri, telefonla izlem ve danışmanlık ve düzenli hastane kontrolleri ile izlenmesi önerilmektedir (15,20,145,146).

DSÖ ve ACOG'un doğum sonu bakıma yönelik rehberleri, anne ve bebek sağlığını iyileştirmede ev ziyareti yapılmasının önemini vurgulamaktadır. Bu rehberlerde, ev ziyaretleriyle anne ve bebeklerin fiziksel değerlendirmesinin yapılması, annelere eğitim ve danışmanlık verilmesi, psikososyal desteğin sürdürülmesi önerilmiştir (5,27). Yapılan bir çalışmada, ev ziyareti ile verilen doğum sonu bakımın anne ve bebeklerde görülebilecek sorunların erken dönemde belirlenmesine, anne ruh sağlığının iyileşmesine, emzirme ile ilgili zorluklarla baş edilmesine ve emzirme başarısının artırılmasına yardımcı olduğu belirlenmiştir (147). Yapılan diğer çalışmalarda da, doğum sonu dönemde evde bakım ve hastanede bakımla karşılaştırıldığı zaman, evde bakımın hastanede verilen bakıma göre emzirme oranlarını artırdığı ve meme ile ilgili sorunları azalttığı, depresyon görülme riskini azalttığı (148), hastaneye tekrarlı yatışları ve yenidoğan ölümlerini önlediği ve anne sütü ile beslenme süresini artırdığı (35) belirlenmiştir.

Evde bakıma ek olarak telefonla izlem de doğum sonu bakımda yararlanılabilecek bir uygulamadır. Pek çok kadın sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi, ırk ve ikamet yerine bakılmaksızın cep telefonu kullanmaktadır. Doğum sonu döneme ilişkin ihtiyaç duydukları bilgileri, telefonlarını kullanarak internet üzerinden araştırma, anne-bebek gruplarına dahil olma eğilimindedirler (149,150). Bu nedenle, doğru bilgi gereksinimini karşılamak, zamanında ve ulaşılabilir bakımı sağlamak için SMS, WhatsApp mesajları, görüntülü ve sesli görüşmeler yoluyla telefonla izlem ve danışmanlık müdahaleleri yaygınlaşmaktadır (140,149). Yapılan bir çalışmada, doğum sonu ilk 6 ayda telefon mesajlaşma uygulaması (telewox) ile haftalık mesaj gönderilerek ve gelen mesajlar yanıtlanarak verilen eğitim, danışmanlık ve bakımın annelerin ruh sağlığını iyileştirmede yararlı bir müdahale olduğu ve ebveynlik stresini azalttığı belirtilmiştir (149). Dennis ve ark. (140), telefon izlemi ile hemşirelik bakımı ve danışmanlık verilen annelerde telefonla bakım almayan annelere göre, doğumdan sonraki 12 ve 24. haftalar ile 36. ayda doğum sonu depresyon ve anksiyetenin azaldığı, çiftler arası ilişki kalitesinin arttığı belirlenmiştir.

Ev ziyareti ve telefonla izlem yararlı sonuçlarına rağmen, her ülkede doğum sonu anne ve bebek bakımında ulaşılabilir, evrensel ve standart uygulamalardan değildir (147). Ev ziyareti ve telefonla izlem sağlık bakım sistemi içerisindeki uygulamalarda daha sınırlı kullanılmaktadır (71). Genel olarak doğum sonrası mevcut olan tek destek türü, doğum sonrası 1 ila 6 hafta arasında neonatoloğa veya kadın doğum uzmanına yapılan hastane ziyaretlerinden oluşmaktadır (71). Yapılan bir çalışmada, doğumdan sonraki 42 gün içerisinde kadınların yalnızca %6,3'ünün bir sağlık profesyoneli tarafından evde bakım aldığı belirtilmiştir (135). Çin'de doğum yapan kadınlar kültürün bir parçası olarak doğum sonu bir aylık süreçte evden dışarı çıkılmamaktadır ve evlerine misafir kabul etmemektedirler. Bu nedenle, doğumu izleyen ilk ayda ev ziyaretiyle kadınların izlenmesi sağlık sistemi içerisine entegre edilmiştir. Ancak, yine kadınların kadınların yalnızca %8'i evde bakım hizmeti almıştır (151). Yapılan bir çalışmada, doğumdan sonraki ilk üç gün içinde bir toplum sağlığı çalışanı tarafından ev ziyareti yapılan anne ve yenidoğan bebeklerin oranının Bangladeş'te %57, Malavi'de %11 ve Nepal'de %50 olduğu belirtilmiştir (152). Avustralya'da yapılan çalışmada, kadınların %96'sının evde doğum sonu bakım aldığı, pirimipar kadınların iki kez, multiparların ise bir kez bu bakım hizmetinden yararlandığı bildirilmiştir (153). Dolayısıyla, evde bakım ve telefonla izlem, kanıtlanan yararlarına rağmen, dünya genelinde doğum sonu bakıma yönelik sağlık politikaları içerisinde yer almamakta ve her kadın için ulaşılabilir uygulamalar değildir (17,154,155).

Kadınların doğum sonrası dönemi sorunsuz geçirmeleri, öz bakımlarını yapabilmeleri ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenmemesi için nitelikli, kapsamlı, bütüncül ve ulaşılabilir hemşirelik bakımına ihtiyaçları vardır (141). Bu amaçla, ev ziyaretlerini, telefonla izlemi, hastane izlemlerinin planlanmasını ve sürdürülmesini kapsayan güncel ve etkili bir uygulama olarak Hemşire Navigasyon Programı geliştirilmiştir. Bakım kalitesini iyileştiren müdahalelerle sağlık bakım hizmetlerinin yeniden şekillendirildiği bu program, doğum sonu bakımı, yalnızca hastaneden taburculuğa kadar sunulan bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetiyle sınırlı bir bakım olmaktan çıkartıp bir adım öteye taşımaktadır (43,56,60).

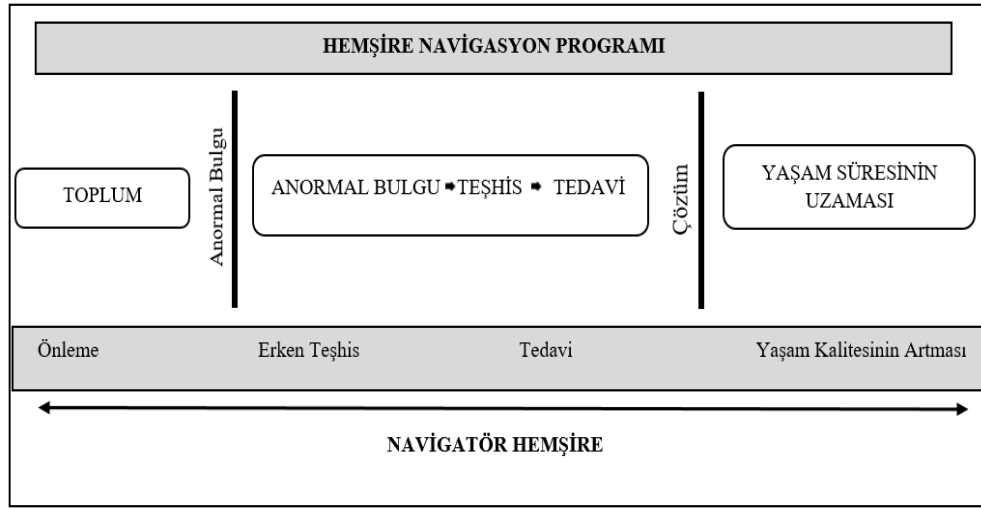
2.6. Hemşire Navigasyon Programı

Hemşire Navigasyon Programı, sağlık hizmetlerine doğru zamanda erişimi kolaylaştırmak için alanında uzman hemşire tarafından sunulan ve birey merkezli müdahaleleri içeren bir bakım programıdır. Bu program, Navigatör Hemşire müdahaleleri ile bakımın önündeki engelleri ortadan kaldırarak koruyucu bakım hizmetlerine ulaşmayı sağlamak, sağlığı sürdürmek, geliştirmek ve iyileştirmek, kanser ve diğer kronik hastalıkların zamanında teşhis edilmesini ve bireylerin tedaviye erişimini kolaylaştırmak, için tasarlanmış toplum temelli bir hizmet sunumu müdahalesidir (42,46,156).

Program ilk olarak 1990 yılında, Dr. Harold Freeman tarafından tasarlanmış ve uygulanmaya başlanmıştır. Programın başlatılmasında kanser tedavisi ve bakımına erişimde engellere neden olan durumlar göz önüne alınmıştır. Dr. Freeman, bu program aracılığıyla yoksul kadınlarda meme kanseri tarama ve tedavi oranlarının iyileştiğini ve meme kanseri teşhis süresinin kısaldığını göstermiştir (43,157).

Freeman'ın geliştirdiği Navigasyon Programı, karmaşık sağlık sistemi içerisinde bireylerin kaybolmalarını önlemek için rehberlik etmeyi ve yol göstermeyi amaçlamaktadır. Bu program yoluyla özellikle düşük sosyoekonomik düzeyden ve dezavantajlı bireylerin desteklenmesi beklenmektedir (43,158). Yararlı tıbbi müdahaleler herkes tarafından eşit olarak paylaşılmadığında sağlık hizmetlerinden yararlanmada eşitsizlikler ortaya çıkmaktadır. Bu eşitsizlikler sıklıkla ekonomik, sosyal ve kültürel faktörlerden kaynaklanmaktadır. Bu nedensel faktörler, hastalıkların önlenmesi, erken teşhisi, tedavisi ve yaşam sonu bakım hizmetlerinden yararlanmayı, en temel insan hakkı olan sağlık hakkının kullanılamamasını etkiler. Bu nedenle, sağlık hizmetleri sunulurken, gelir düzeyi, eğitim seviyesi, yaşam koşulları, sosyal destek düzeyi, işsizlik, kaynakların yeterliliği, riskli davranış biçimi, sosyal eşitsizlikler temel alınarak bakım hizmeti sunulmalıdır (43,157,158). Navigasyon programı, eşitsizlikleri azaltmaya temellendirilmiş bir programdır. Bu nedenle, programın odağı, her yönüyle dezavantajlı grupları desteklemek ve sağlık bakım hizmetlerinden en üst düzeyde, etkili ve verimli yararlanmalarını sağlamak, böylece hastalıkları önlemek ve sağlığı geliştirmektir. Bu nedenle, navigasyon programının kapsamı, ekonomik engeller, iletişim ve bilgi alışverişi konularında yaşanan engeller, sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda engeller, sağlık hizmetlerine

güvensiz duymama ve duygusal engelleri aşabilecek bir yapılanmaya sahiptir (46,50,157–159). Bu doğrultuda navigasyon programlarının kapsamı önleme, riskleri belirleme, erken teşhis, tedavi ve yaşam boyu kaliteli yaşamı sürdürmek üzere tüm sağlık hizmeti basamaklarında sürekliliği sağlayacak ve uygulanacak şekilde kapsamı genişletilmiştir (Şekil 2.1.).



Şekil 2.1. Hemşire navigasyon programının kapsamı (157,158)

Yaşam boyu sağlık şemsiyesi altında geniş sağlık uygulamalarını kapsayan navigasyon programı, toplum temelli bir müdahale olarak ulusal ve uluslararası kazandığı ivme ile belirli ilke ve standartların tanımlanmasına ihtiyaç duyulmuştur. Bu ihtiyaç doğrultusunda 20 yıldan fazla bir sürede kazanılan deneyimler ve uygulama sonuçları göz önüne alınarak navigasyon programının ilkeleri belirlenmiştir. Bu ilkeler (43,160);

1. Navigasyon programı, birey merkezli bir sağlık hizmeti sunum modelidir. Navigasyonun odak noktası, bireyin sağlık bakıma ihtiyaç duyduğu süreçlerde yeterli ve kaliteli sağlık bakım hizmetini almasını kolaylaştırmaktır. Bu süreç, henüz bir bulgu tespit edilmeden başlar ve ya sorun/hastalık tespit edilip, tanı, tedavi, rehabilitasyon ile yaşam sonuna kadar devam eder.
2. Navigasyon programı, hastalar için farklı birimlerden hizmet alması gereken bir sağlık sisteminde hastanın bütüncül olarak değerlendirilmesini ve bakım

almasını sağlar. Bakım, özellikle kronik hastalıkları olan bireylerde çoğu zaman her bir tedavi ve bakım biriminden ayrı ayrı hizmet sunulduğundan, bütüncül olarak ve kesintisiz alınamayabilir. Navigasyon programı ile tedavi ve bakım alınan farklı birimlerden bütüncül ve kesintisiz, tedavi ve bakım aksamadan, zamanında sağlık hizmeti alınması konusunda rehberlik edilebilir.

3. Navigasyon programının temel işlevi, zamanında sağlık bakım hizmeti alınması önündeki engelleri kaldırmaktır. Bu işlev, navigatör ile hasta arasındaki bire bir ilişki yoluyla etkili şekilde gerçekleştirilir.
4. Navigasyon programı içerisinde navigatörün rolü ve sorumlulukları diğer sağlık profesyonellerinden ayrılmalı ve netleştirilmiş olmalıdır. Her bir hastaya maksimum fayda sağlamak için navigatörler sağlık ekibi içerisine entegre edilmelidir.
5. Navigasyon programı kapsamında sağlık bakım hizmetlerinin sunumu uygun maliyetli olmalı ve navigatör, gerekli eğitim ve becerilere sahip olmalıdır.
6. Navigatör; eğitim düzeyi, deneyimi ve becerileri doğrultusunda belirlenmelidir.
7. Navigasyon programının kapsamı, başlangıç ve bitiş zamanları tanımlanmalıdır.
8. Navigasyon programı, hastaları birinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri gibi birbiriyle bağlantılı olmayan bakım sistemi içerisinde yönlendirebilmelidir. Böyle durumlarda, program sağlık hizmetlerinin birbirini bağlayan ve tamamlayan bir süreç olarak sunulmasına yardımcı olmalıdır.
9. Navigasyon programının iyi bir koordinasyona ihtiyacı vardır. Daha kapsamlı ve geniş bir program sunuluyorsa, programın tüm aşamalarından sorumlu bir navigasyon koordinatörü atanmalıdır.

Navigasyon programı yukarıda belirtilen ilkeler doğrultusunda sağlık hizmetlerinin bütüncül, kapsamlı, hizmet alanların ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde ve bu hizmetlerin işbirliğine dayalı, multidisipliner yaklaşımla sunulmasına olanak sağlar. Hastalıkların önlenmesinde ve sağlığın geliştirilmesinde altın standart multidisipliner yaklaşımın sağlanmasıdır. Navigatör rolünü sağlık ekibi içerisinde

hedeflenen toplumun gereksinimlerine göre, toplum sağığı çalışanları, hemşireler, ebeler, emzirme danışmanları, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, hekimler gibi vaka yöneticisi ve rol gösterici profesyonel meslek üyeleri yada ilgili alanda eğitilmiş informal bireyler üstlenebilmektedir (42,46,156,161). Navigatörlerin uzmanlıklarının, bilgi, beceri ve deneyimlerinin birbirinden farklı olması programın etkinliğini artırabilmek için çeşitli eğitimler ve sertifika programları ile desteklenmesini gerektirmektedir. Navigatörler, hedef grubunun temel gereksinimlerine özel eğitimlerin yanı sıra, iletişim becerileri, kültüre duyarlı bakım, psikososyal bakım, sağıık hizmetleri ve sağıık bakım uygulamaları, mahremiyet, bakımın koordinasyonu, sağıık hukuku, temel bilgisayar ve mobil sağıık uygulamalarının kullanımına yönelik becerileri geliştirmeye ve hedef grubun sağıık sorunları ile yaşadıkları bölgeye özgü sağıık bakım hizmetlerine yönelik kaynakları konularında eğitim alırlar (61). Bu eğitimlerin yanı sıra, navigatörlerin vaka yöneticisi, savunucu, rehber, eğitici rolleri navigatör hangi meslek üyesi olursa olsun birbiri ile ve hemşirelerle örtüşen sorumlulukların paylaşılmasını gerektirir (61,162).

Hemşireler, sağıık ekip üyelerinin her biri ile işbirliğı içerisinde ve koordineli çalışan meslek üyesi olması nedeniyle Navigasyon Programının yürütülmesinde kilit pozisyonundadır (45,61,162)Patten ve Goudreau'nun "Yeni bir hemşirelik rolü; toplum, hemşirelik mesleğı veya sağıık sistemi tarafından gerçek veya algılanan bir ihtiyaç olduğunda gelişir." felsefesinden yola çıkarak navigasyon süreçleri hemşirelik mesleğı ile bütünleşmiştir (46,163). Hemşireliğıin yeri doldurulamaz konumundan yola çıkılarak Dr. Harold Freeman'ın tasarladığı programın kapsamı geliştirilmiş ve "Hemşire Navigasyon Programı" çeşitli alanlarda hemşire liderliğıinde uygulanmıştır. "Hemşire Navigasyon Programı" hastaların, ailelerin, bakım vericilerin desteklenmesi, güçlendirilmesi, gerekli eğitimlerin sağılanması, toplumsal kaynaklara yönlendirilmesi, kanser tedavisinin ve psikososyal desteğıin sağılanması anahtar bileşenlerinden ve hemşirelik mesleğıinin bilgi ve birikiminden temel almaktadır. Bu durum da Hemşire Navigasyon Programının, hastalıkların önlenmesine ya da erken evrede teşhis edilmesine, tanı ve tedaviye erişim sürelerinin kısalmasına, bakıma uyum ile yaşam süresinin ve kalitesinin artırılmasına katkı sağılamaya yardımcı olmaktadır (42,46,163,164).

Navigasyon programının yürütülmesinde aktif rol alan ve programa liderlik eden, Navigatör Hemşiredir. Navigatör Hemşire; eğitim, bakım, savunuculuk, danışmanlık, rehberlik, koordinasyon, vaka yöneticisi gibi önemli rollere sahiptir ve bu rolleri yerine getirirken, ekip üyeleri ile işbirliği yapma, bireyselleştirilmiş bakım verebilme, yeterli bilgi ve beceri ile iletişim tekniklerini kullanabilme, güvenilir olma, kriz anında hızlı problem çözebilme, kültüre duyarlı olma, destekleme ve cesaretlendirme gibi özelliklere sahip olmalıdır (42,44,52,165,166). Onkoloji Hemşireleri Derneği (ONS- Oncology Nursing Society), onkoloji navigatör hemşireleriyle yaptığı bir çalışmanın sonuçları doğrultusunda Navigatör Hemşirelerin rol ve sorumluluklarını aşağıdaki şekilde belirlemiştir (167);

- Hastalara eğitim vermek ve duygusal destek sağlamak,
- Mesleki ve yasal standartlar içerisinde hemşirelik bakımı vermek,
- Gerektiği durumlarda hastanın savunuculuğunu yapmak,
- Uygulamalarını etik ilkeler doğrultusunda yapmak,
- Hastalarını bakım sisteminin işleyişine göre yönlendirmek,
- Bilgi ve becerilerini sürekli güncellemek,
- Hekim ve diğer sağlık profesyonelleri ile işbirliği içerisinde çalışmak,
- Kanserlere yönelik eğitimlerle hastaları güçlendirmek,
- Hastaların tedavileri konusunda bilinçli karar vermelerine yardımcı olmak,
- Hastalarını eğitim ve danışmanlık hizmetlerine yönlendirmek,
- Hastaların tedavilerini zamanında almalarına yardımcı olmaktır.

Valaitis ve ark. (168), 34 makaleyi inceledikleri sistematik derleme çalışmasında, Navigatör Hemşirenin rolleri üç başlık altında incelenmiştir;

1. *Sağlık ve sosyal hizmetlerin sunumunun iyileştirilmesine yardımcı olma*; sağlık bakımına erişimi kolaylaştırma, yüksek riskli veya dezavantajlı gruptaki bireylerin yaşadığı sağlık eşitsizliklerini en aza indirme, sektörler ve disiplinlerarası bakımın koordinasyonunu sağlama, hastane ve acil servis ziyaretlerini azaltmaya yardımcı olma, birinci basamak temel sağlık hizmetlerinin kullanımını artırma, test sonuçlarını takip etme, kaynakların verimli kullanımını sağlama, aile hekimlerine izledikleri hastaların sağlık sorunları ve gereksinimleri doğrultusunda destek olma,

2. *Bireyin belirli sağlık ihtiyaçlarını belirlemek veya sağlık bakımına ihtiyaç duyan bireylerin ihtiyaçlarını belirlemek ve bu bireyleri ihtiyaçları doğrultusunda*

desteklemek; ruh sağlığı sorunları veya madde bağımlılığı olan bireylere, kronik hastaları olanlara, kanser hastalarına, HIV, immün yetmezliği olan hastalara ve özellikle birinci basamakta sağlık bakımına ihtiyaç duyan anne ve bebeklerine, gebelere, aile içi şiddet mağdurlarına destek olmak,

3. *Yaşam kalitesini ve hasta refahını artırmak*; birey ve ailenin genel sağlığını ve refahını, yaşam kalitesini artırmak, bireylerin özyönetim becerilerini desteklemek ve güçlendirmek olarak belirtilmiştir. Böylece, bireyin mümkün olan en iyi bakımı almalarına yardımcı olunabilmektedir.

Navigatör Hemşirenin liderliğinde Hemşire Navigasyon Programının iyi bir bakım hizmeti sunulmasının yanı sıra pek çok olumlu sonuçları olduğu gösterilmiştir. Mertz ve arkadaşları (52), kanser hastalarına uyguladıkları hemşire navigasyon programının hastaların anksiyete düzeyi ve depresyon riskinin azalttığını göstermiştir. Skrutkowski ve arkadaşları (169), navigatör hemşirenin akciğer ve meme kanserli hastalarda semptom sıkıntısını, yorgunluğu azaltmada ve yaşam kalitesini iyileştirmede etkili olduğunu belirtmiştir. Meme ve kolorektal kanser hastalarıyla yürütölen nitel bir çalışmada, navigatör hemşirenin hastalara duygusal destek sağladığı, kriz durumlarında problemlerin çözümü için yardımcı olduğu, bilgi ihtiyaçlarının karşılanması ve bakımın koordinasyonu konularında destek sağladığı bildirilmiştir (170). Swanson ve arkadaşları (171) tarafından yürütölen tanımlayıcı bir çalışmada, onkoloji hemşire navigatörünün yaptığı ziyaretlerin, özellikle kırsal alanlardan gelen hastalarda kansere bağlı sıkıntılarını önemli ölçüde azalttığı ortaya koyulmuştur (171). Ayrıca, Hemşire Navigasyon Programlarının, bakıma erişimi artırma (48), bakım koordinasyonunu sağlama (49), etkili semptom yönetimi (172) ve sağlık bakım hizmetlerinin maliyetini düşürmede etkili olduğu (173) kanıtlanmıştır.

Mevcut literatürde göröldüğü gibi Hemşire Navigasyon Programının başarılı sonuçları göz önünde alındığında, Navigatör Hemşirenin doğum sonu dönemde de bakımın kalitesini iyileştirme ve anne-çocuk sağlığını geliştirmede yararlı bir uygulama olacağı ön görölmektedir. Bu nedenle, kanserler, kronik hastalıklar ve palyatif bakım gereksinimi olan hastaların yanı sıra gebelik, lohusalık gibi dönemlerde sağlık bakım hizmeti sunumunda da Hemşire Navigasyon Programının entegre edilmesi önerilmektedir (44,56,57).

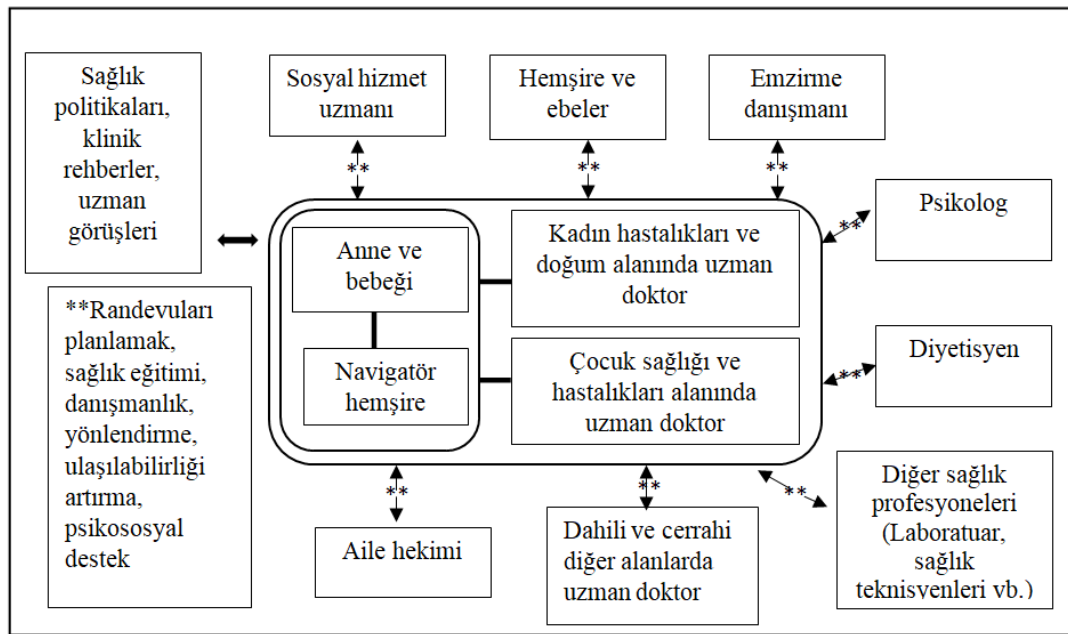
2.7. Doğum Sonu Hemşire Navigasyon Programı

Anneler, çoğu zaman karşılaştıkları çeşitli durumlar ve sorunlar karşısında çaresiz hissedebilmekte, baş etmekte yetersiz kalabilmekte ve bu sürece uyumuna yardımcı olacak bir yol göstericiye ve rehber ihtiyacı duymaktadır (7,17,59). Doğum sonu hemşire navigasyon programı, sağlık sistemindeki engelleri ortadan kaldırma, hizmete ulaşımı kolaylaştırma ve eşitsizlikleri azaltmada doğru zamanda, kaliteli ve bütüncül bakım sunulabilmesinde yararlı bir müdahaledir (44,56). Bu program yoluyla, hastalar/aileler ve bakım vericilerin sağlıkla ilgili bilgiyi ve gereksinimlerini karşılamalarını; bakımın sürekliliğini teşvik etmeyi ve kolaylaştırmayı; bakımın önündeki engelleri belirlemeyi ve kaldırmayı; hem hastalar/aileler ve bakım vericiler hem de sağlık bakım hizmeti sunan bireyler için sağlık sisteminin etkili, verimli ve maliyet etkin kullanımını sağlanmaktadır (43,174). Böylece, bireylerin doğru bakımı, doğru zamanda, doğru ekip tarafından ve doğru yerden almalarını kolaylaştırmaktadır (46,156).

Doğum sonu dönemde Hemşire Navigasyon Programı, kadınların hizmetlere erişiminin önündeki bireysel, kültürel, ekonomik ve eğitimsel sorunların çözümlenerek ihtiyaç duyulan birey merkezli, koruyucu ve bütüncül sağlık bakımına zamanında erişimi kolaylaştırmayı, anne ve bebek sağlığını korumayı ve geliştirmeyi amaçlayan bir müdahaledir (44,56,60). Bu müdahale, kadınların sağlığını iyileştirme ve koruyucu sağlık hizmetlerinden maksimum düzeyde yararlanmayı hedefler. Program, doğum sonu sağlık kontrollerinin zamanında ve kapsamlı yapılmasını, etkili aile planlaması yöntemlerinin kullanılmasını, etkin ve başarılı emzirmenin desteklenmesini, postpartum depresyon taramasını, kan basıncı, kan şekeri, kilo yönetimi, beslenme, yenidoğan bakımı, perinatal kayıplar, doğum sonu komplikasyonların ve aile içi şiddet gibi kriz durumlarının yönetilmesini, annenin kendi ve bebek bakımını içerir (44,60,61,175).

Navigatör Hemşire doğum sonu dönemde anne ve bebeğin gereksinimlerine cevap vermek için ülkenin mevcut sağlık politikaları, uygulamalara temel oluşturan klinik rehberler, etik ve yasal konuları da dikkate alarak, diğer sağlık disiplinleri ile birlikte çalışır. Kadın doğum uzmanı, pediatrist, klinikte, serviste ve birinci basamak hizmetlerinin sunumunda görevli hemşire ve ebelerle yakın ve işbirliği içerisinde. Kadının ve bebeğin ihtiyaçlarına göre, sosyal hizmet uzmanı, emzirme danışmanı,

psikolog, diyetisyen ve diğer sağlık profesyonelleri (laboratuvar ve sağlık teknisyenleri, tıbbi sekreteler vb.) ile iş birliği içinde çalışarak sağlık hizmetlerinin sunumunu koordine eder. Randevuları planlamak, kadının sağlık eğitimi ve danışmanlık almasını sağlamak, yönlendirmek, test sonuçlarını iletmek, tıbbi dili ve kendisi ve bebeğinin sağlık uygulamaları ile ilgili yapması gerekenleri kadının anlayacağı düzeyde aktarmak, bilgi vermek, psikososyal destek sağlamak gibi konularda tüm sağlık hizmeti sunucularına ulaşımı kolaylaştırır (60,61,75) (Şekil 2.2.).



Şekil 2.2. Doğum sonu dönemde hemşire navigasyon programının kapsamı (60)

Doğum sonu dönemde navigatör hemşire, kadının kendisi ve bebeğinin ihtiyaç duyduğu bakımın karşılanmak, doğum sonu döneme başarılı uyumu sağlamak, tedavi planının düzenlenmesine, komplikasyonların önlenmesine veya erken dönemde belirlenmesine yardımcı olmak amacıyla çeşitli yöntemler kullanır. Navigatör Hemşire, telefonla izlem, kısa mesaj gönderimi, web tabanlı izlem, online uygulamalar vb. teknoloji temelli müdahaleler, ev ziyareti ve sağlık kontrollerinde sağlık kurumunda yüz yüze görüşmelerle kadınla iletişimini sürdürür (44,60,175). Bu süreçte, annenin soru sormasını destekler, endişelerini ve korkularını paylaşır,

duygusal destek verir, kadının kendi ve bebeğinin bakıma katılması ve kendi sağlık sorumluluğunu alması konusunda cesaretlendirir (165).

Navigatör Hemşire; annenin ve bebeğin aldığı tedavileri izleme, olası kriz durumlarını erken dönemde çözümlenmesine yardımcı olma, sorunlarla etkili baş etme ve destek sistemlerine erişimi sağlama, anne ve bebekte komplikasyon gelişimini önleyici tedbirleri içeren bakımı sağlama, diğer sağlık profesyonelleriyle kadın arasındaki iletişimi kolaylaştırma, tıbbi tedavi dilinin anlaşılmasının kolaylaştırma, kadın ve bebeğinin gereksinim duyduğu kaynakları tanımlama ve önerme yoluyla anne ve bebeğin sağlık düzeyinin optimum seviyede olmasını amaçlar. Böylece, doğum sonu dönemde anne ve bebek sağlığının korunması ve olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi, kadın ve ailesinin doğum sonu döneme uyumu ve sorunlarla etkili baş etmeyi kolaylaştırır ve anne ve bebek sağlığının iyileştirilmesine katkıda bulunur (44,60,61,165).

2.7.1. Hemşire Navigasyon Programının Anne ve Yenidoğan Sağlığına Etkisi

Doğum sonrası dönem, anne ve yenidoğanın fiziksel, sosyal ve psikolojik değişikliklere uyumunu gerektiren, çeşitli komplikasyonlar ve ruh sağlığı açısından artan risklerin olduğu bir zaman dilimidir. Doğum sonu izlemlerin düzenli olarak yapılması perinatal morbidite ve mortalitenin azalmasına olanak sağlar (59). Hemşire Navigasyon Programı doğum sonu dönemde bakım almayı kolaylaştırmaya ve sağlık kontrollerini zamanında yaptırmaya yardımcı olur. Svikiş ve arkadaşları (175), 26 ve üzeri gebelik haftasından doğum sonu üçüncü aya kadar navigasyon programı temelli bakım verdikleri riskli gebeleri değerlendirdikleri randomize kontrollü çalışmada, navigasyon temelli bakım alan kadınların doğum öncesi ve sonrası izlemlere katılma oranlarının daha fazla olduğunu göstermiştir (175).

Nitelik ve nicelik yönünden yeterli bir doğum sonu bakım, anne ve yenidoğanda görülebilecek komplikasyonların önlenmesini, komplikasyon geliştiği durumlarda ise zamanında müdahale edilerek anne ve bebek morbidite ve mortalitesini azaltmaya yardımcı olmaktadır (176). Carty ve ark. (54) çalışmasında, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebekleri kalan ebeveynlere yönelik uygulanan

Hemşire Navigasyon Programının ebeveyn öz yeterliliği, stres, kaygı ve depresif belirtiler ile bebek sağlığı hizmetlerinin kullanımını iyileştirdiği belirtilmektedir.

ACOG, doğum sonu dönemde verilen kaliteli bir bakım programını, komplikasyonların önlenmesi ve zamanında müdahale edilmesinin yanı sıra sağlığı geliştirici uygulamaların benimsenmesi açısından bir fırsat olarak kabul etmektedir (5). Yee ve ark. (56) yaptığı çalışmada, Hemşire Navigasyon Programının kadınların doğum sonrası dönemde izlem sıklığını artırdığı, depresyon görülme oranlarını azalttığı, etkin aile planlaması yöntemi kullanımına teşvik ettiği, grip ve HPV aşılarının yaptırılma oranlarını artırdığı gösterilmiştir. Fallin-Bennet ve ark. (177), Hemşire Navigasyon Programının gebelik ve doğum sonrası erken dönemde sigara kullanımı ile annelerin depresyon ve stres düzeyleri üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, müdahale sonrasında annelerde günde 10 sigara daha az içildiği ve annelerin depresyon riski ile algılanan stres düzeylerinin azaldığı belirtilmiştir. Ayrıca, programın olumlu sağlık çıktıları programın anneler tarafından kabul edilmesini de kolaylaştırdığı bildirilmektedir (177). Morris ve Hutson (178), sezaryenle doğum yapan primipar annelere yönelik uyguladıkları Hemşire Navigasyon Programından annelerin %85.7'si çok memnun olduğunu belirtmiş ve gelecek doğumlarında da böyle bir programdan yararlanmak istediklerini bildirmiştir. Bununla birlikte hemşire navigasyon programının anksiyeteyi ve depresyon riskini azalttığı, özyeterliliği artırdığı, yaşam kalitesini ve fiziksel semptomları iyileştirdiği belirtilse de doğum sonu dönemde de bu çıktıları değerlendiren çalışmalara ihtiyaç vardır (44,60).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın raporlanmasında, CONSORT 2010 statement (Consolidated Standards of Reporting Trials- Çalışmaların Raporlanmasında Birleştirilmiş Standartlar) protokolü kullanılmıştır (EK- 1) (179,180). Çalışma, uygulamaya başlamadan önce ClinicalTrials.gov Protokol Kayıt ve Sonuç Sistemine kaydedilmiştir (ID: NCT05225987).

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, doğum sonu dönemdeki annelere yönelik geliştirilen hemşire navigasyon programının annelerin öz bakım gücü, yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon riski ve fiziksel semptom şiddeti üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla prospektif paralel grup randomize kontrollü çalışma deseninde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmüştür. İlgili hastane, Ankara il sınırları içerisinde yer alan ve yıllık gebe takibinin ve doğum sayısının fazla olduğu en büyük kadın-doğum hastanelerinden biridir.

Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi toplam 350, vajinal doğumların takip edildiği lohusa kliniği ise 55 yatak kapasitesine sahiptir. Bu klinikte sorumlu hemşire ile birlikte toplam 8 ebe/hemşire çalışmaktadır. Klinikte 08.00- 16.00 ve 16.00-08.00 çalışma saatlerinde 3-4 ebe/hemşire, haftasonu çalışma saatlerinde ise 2 ebe/hemşire bulunmaktadır. Kliniğe kabul edilen anne ve bebek hasta odasına alınmadan önce gözlem odasında 6 saat izlenmekte ve bakım başlatılmaktadır. Öncelikle kimlik tanılama (anne ve bebeğin bileklik kontrolü), yaşamsal bulguların kontrolü, kanama takibi, yenidoğanın immünizasyonu sağlanmakta ve bu uygulamalar bittikten sonra emzirme başlatılmaktadır. Kanama takibi ve uterus involüsyonu takibi ilk iki saat 15 dakikada bir, ikinci iki saatlik sürede 30 dakikada bir, üçüncü iki saatlik sürede saatte bir ve taburculuğa kadarki sürede 12 saatte bir yapılmaktadır. Doğumdan 2 saat sonra annenin kan değerleri değerlendirilmektedir. Doğum sonu yirmi dört saat takibi yapılan anne ve bebeğin

eğer bir sağlık sorunu bulunmuyorsa taburculuk planı yapılmakta, taburculuk öncesinde planlı ve bireyselleştirilmiş bir eğitim verilmemekte, anne ve bebeğin kendi bakımıyla ilgili bilgilendirme formu verilmektedir. Bu formda annelere yönelik; duş, epizyotomi bakımı, beslenme, cinsellik ve hastaneye başvurulması gereken acil durumlar ile doğumdan sonraki 10. gün lohusa polikliniğine başvurması konusunda özet bilgiler yer almaktadır. Bebekler için; emzirme, göbek bakımı, acil servise başvurulması gereken durumlar ve taburcu olduktan sonraki 2 gün içerisinde çocuk polikliniğinde kontrole gelinmesi, topuk kanı alınması, görme ve işitme taramaları, demir ve D vitamini takviyesi alınmasını içeren özet bilgiler yer almaktadır. Taburculuk esnasında, annelere kendisi ve bebeğinin kontrol zamanları hatırlatılmaktadır.

Perinatoloji polikliniğinde yer alan 13 poliklinik odasından biri lohusa izlemi için ayrılmıştır. Lohusa polikliniği odasında, bir hekim ve bir hemşire hizmet vermektedir. Hekim; annenin fizik muayenesini yapmakta, uterus involüsyonunu ve kanamayı izlemekte, laboratuvar bulgularını ve varsa epizyotominin/ insizyonun değerlendirilmesini yapmaktadır. Hemşire ise; anneyi polikliniğe kabul etmekte, yaşamsal bulgularını değerlendirmekte, hekim tarafından istemi yapılmış laboratuvar tetkikleri için uygun kan örneğini almakta ve muayeneye eşlik etmektedir. Bebeklerin izlemi, taburculuk sonrası ilk iki gün içerisinde, Çocuk Polikliniğinde bir hekim ve bir hemşire tarafından yapılmaktadır. Hekim, bebeğin fiziksel muayenesini (nabız, fontaneller, refleksler, göbek kordu değerlendirmesi) yapmakta, gerekli durumlarda Transkütenöz Bilüribin Ölçümü ve kan örneği isteyerek laboratuvar bulgularını değerlendirmektedir. Hemşire ise, bebeğin polikliniğe kabulünü, bebeğin muayene için hazırlığını ve kilo ölçümünü yapmakta, bebeğin beslenme şeklini (emzirme/formula ile besleme) değerlendirmektedir. Polikliniğe başvuran anneler, emzirme sorunu yaşamaları durumunda laktasyon hemşiresine yönlendirilmektedir. Laktasyon hemşiresi anneye ve yakınlarına; anne sütünün önemi (anne ve bebek açısından), emzirme teknikleri, anne sütünü sağma teknikleri, anne sütünü saklama koşulları, emzirmede dikkat edilecek hususlar, relaktasyon ve emzirme ile ilgili sorunlarına yönelik eğitim ve danışmanlık yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

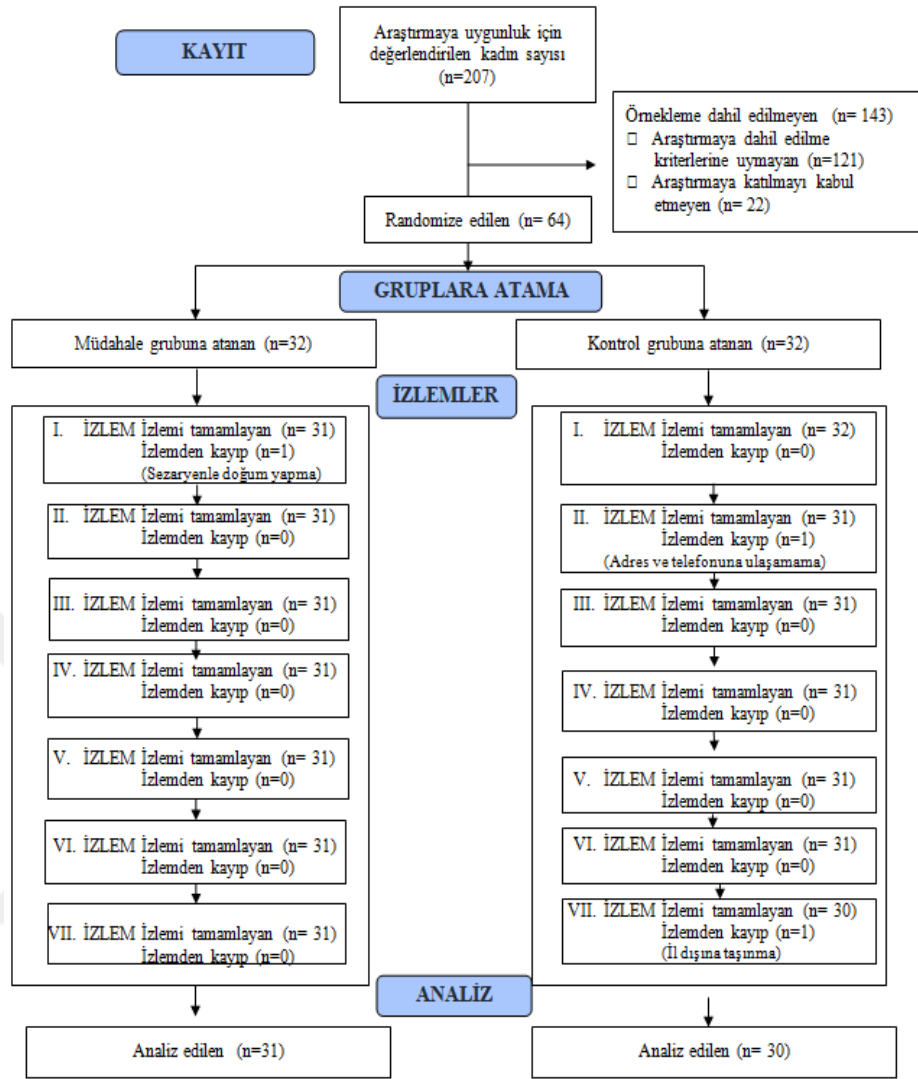
Araştırmanın evrenini, 31 Mayıs-30 Aralık 2021 tarihleri arasında araştırmanın yürütüldüğü hastanede vajinal doğum yapan 207 kadın oluşturmuştur.

3.3.1. Örneklem Seçimi

Ankara il sınırları içerisinde bulunan üç büyük kadın sağlığı eğitim ve araştırma hastane içinden rasgele seçilen Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde izlenen ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan primipar gebeler örneklem kapsamına alınmıştır. Örneklem sayısı Güç Analizi G*Power 3.1 paket programı kullanılarak bir istatistik uzmanı tarafından hesaplanmıştır. Örneklem hesaplanmasında, Türk kültüründe, primipar annelerle yapılan ve doğum sonu depresyon ve doğum sonu yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanıldığı, eğitim ve danışmanlık verilen çalışmalar temel alınmıştır (181,182). Altuntuğ (181) ve Şahin (182)'in çalışmalarının ikisinde de %80 güç; 0.8 etki büyüklüğü ve 0.05 yanılma düzeyinde hesaplanan örneklem büyüklüğüne göre her grupta en az 24 kişi (toplam 48 kişi) alınması gerektiği belirlenmiştir. Altuntuğ'un çalışmasında, araştırmaya katılan kadınların %12,5'i kaybedilmiştir (181). Çalışmanın pandemi sürecinde yürütülmesi nedeniyle araştırma süresince olabilecek olası kayıplar göz önüne alınarak, müdahale ve kontrol gruplarına alınacak kadın sayısı %25 arttırılmış ve dördü blok randomizasyon yöntemi düşünülerek dördün katı olabilecek sayıya ulaşmak için 8'er kadın alınmış ve araştırmanın örneklemi her grupta 32 kadın (toplam 64) oluşturmuştur.

Çalışmanın yürütüldüğü hastanede, 36 ve üzeri gebelik haftasında olan gebelerin izlemlerinin yapıldığı 6 numaralı polikliniğe başvuran gebelerin araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygunluğu değerlendirilmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan gebelere, çalışma hakkında bilgi verilerek yazılı aydınlatılmış onamları alınmıştır. Örneklem alınan gebelerin müdahale ve kontrol grubuna dahil edilme durumu, tabakalı bloklara göre araştırmacı dışında bir istatistik uzmanı tarafından bilgisayar programı kullanılarak (<https://www.random.org/>) yapılmıştır (EK- 2). Polikliniğe başvuran gebeler, yaş ve öğrenim durumu özelliklerine göre tabakalandırılıp, bloklara ayrılarak randomize edilmiştir. Gebeler her iki grupta tabaka ve bloklar eşitlenene kadar örneklem alınmıştır.

Çalışmanın yürütüldüğü hastanede, 36 ve üzeri gebelik haftasında olan gebelerin izlemlerinin yapıldığı 6 numaralı polikliniğe, 31 Mayıs-14 Eylül 2021 tarihleri arasında araştırmacının ulaşabildiği 207 kadın başvurmuştur. Bu kadınların 121'inin araştırmaya dahil edilme kriterlerine uymaması [çoğul gebeliğe sahip olma:3, Ankara il sınırları dışında ikamet etme:2 telefonun bozuk olması/telefon kullanmama:1, 18 yaşından küçük olma:4, Türkçe okuma-yazma bilmeme:23, panik atak ve anksiyete bozukluğu tanısına sahip olma:1, multipar olma:87] nedeniyle araştırmaya 86 kadın davet edilmiş, bu kadınların 22'si çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Çalışmaya 64 kadın dâhil edilmiştir. Çalışmanın uygulama sürecinde, müdahale grubunda bir kadının acil sezaryene alınması, kontrol grubunda ise bir kadının Ankara ili dışına taşınması nedeniyle ikinci aydan sonra izlemlerinin yapılamaması, bir kadının da ev adresini değiştirdiği ve telefonlarına cevap vermediği için çalışmadan ayrılması nedeniyle, çalışma müdahale grubunda 31, kontrol grubunda 30 kadınla tamamlanmıştır. Bu örneklem sayısı ile G*Power 3.0.10 programı kullanılarak çalışma sonunda yapılan güç analizi sonucunda; 2 grup 4 tekrarlı bir çalışma düzeninde, $f=0,9231$ etki büyüklüğü ve %5 hata payı ile çalışmanın gözlenen gücü %100 bulunmuştur.



Şekil 3.1. CONSORT akış şeması

3.3.2. Örneklem Seçim Kriterleri

Araştırmaya dahil edilme kriterleri aşağıda verilmiştir;

- 36 ve üzeri gebelik haftasında olan,
- Primipar ve tekil gebelik sahibi olan,
- Gebelikte ve doğum sürecinde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen,
- Miadında (38- 40 hafta) vajinal doğum yapan,
- Sağlıklı (APGAR skoru 7- 10 arasında, annenin yanında kalan, oral beslenen, konjenital anomalisi olmayan) bebeğe sahip olan,
- Türkçe konuşabilen, anlayabilen ve yazabilen,
- 18 yaşını doldurmuş olan,
- Görme işitme problemi olmayan,
- Telefon aracılığıyla iletişim kurabilen,
- Psikiyatrik rahatsızlığı olmayan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan gebeler örneklem kapsamına alınmıştır.

3.3.3. Araştırmadan Dışlama Kriterleri

Araştırmadan dışlama kriterleri aşağıda verilmiştir;

- Araştırmanın herhangi bir sürecinde araştırmadan ayrılmak isteme,
- Uygulama sürecinde Ankara ili dışına taşınma,
- Uygulama sürecinde kendinde ya da bebeğinde komplikasyon gelişme.

3.3.4. Körleme

Araştırmacının Hemşire Navigasyon Programı kapsamında girişimleri uygulama ve verilerin toplama aşamalarında yer alması, müdahale grubunda yer alan kadınların yapılan müdahalelerden haberdar olması nedeniyle bu çalışmada körleme yapılamamıştır. Veriler, müdahale ve kontrol gruplarına kod verilerek programa yüklenmiş ve grup kodlarını bilmeyen araştırmacı dışında bağımsız bir istatistik uzmanı tarafından analiz edilmiş ve istatistiksel analizler ve raporlama açısından körlük sağlanmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında, “Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Veri Toplama Formu” (Ek- 3), “Doğum Sonu Anne ve Yenidoğanı Değerlendirme ve Tanılama Formu” (Ek- 4), “Anne ve Yenidoğanın Doğum Sonu Dönemde Yaşadıkları Sorunları Değerlendirme Formu” (Ek- 5), “Doğum Sonu Dönemde Anne ve Bebek İzlemlerini Değerlendirme Formu” (Ek- 6), “Öz Bakım Gücü Ölçeği” (Ek- 7), “Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DSYKÖ)” (Ek- 8), “Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği (PSAS)” (Ek- 9) “Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ)” (Ek- 10) ve “Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği” (Ek-11) kullanılmıştır.

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Veri Toplama Formu (EK-3): Araştırmacı tarafından literatür taranarak (18,36,40,56,60) hazırlanan bu formda; kadınların sosyo-demografik özelliklerini (16 soru), alışkanlıklarını (1 soru), doğurganlık özelliklerini (3 soru) ve şimdiki gebeliğine ilişkin özelliklerini (25 soru) içeren dört bölüm bulunmaktadır.

Formun kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi amacıyla, doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği alanından 5 öğretim üyesinin görüşüne başvurulmuştur¹. Formda doğurganlık özellikleri bölümünde yer alan tekrar çocuk sahibi olmayı isteme durumu ve doğumdan sonra kullanılması planlanan aile planlaması yöntemi ile ilgili sorular, şimdiki gebeliğine ilişkin özellikler bölümüne eklenmiştir.

Doğum Sonu Anne ve Yenidoğanı Değerlendirme ve Tanılama Formu (EK- 4): Form, ‘Hemşire ve Ebeler için Doğum ve Kadın Sağlığı Uygulama Rehberi’ kitabından alınmıştır (183). Bu formda anneye yönelik;

- Yaşam bulguları,
- Fundus, loşia ve perine ile ilgili muayene bulguları,
- Alt ekstermite ile ilgili muayene bulguları,

¹Prof. Dr. Gülten Güvenç, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Funda Özdemir, Ankara Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Sevil Şahin, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Şule Ergöl, Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Filiz Ünal Toprak, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

- d. Beslenme durumu,
- e. Boşaltım durumu,
- f. Uyku ve yorgunluk durumu,
- g. Bebeğin bakımına katılma durumu,
- h. Anne- bebek ilişkisinin değerlendirilmesi ve bilgi gereksinimleri başlıkları yer almaktadır.

Formda yer alan yaşam bulguları ve fundus, loşia ve perine ile ilgili muayene bulguları hasta dosyasından, hekim ya da hemşireden öğrenilmiş; alt ekstremiteler ile ilgili muayene, beslenme, boşaltım, uyku ve yorgunluk durumu, bebeğin bakımına katılma durumu, anne- bebek ilişkisi ve bilgi gereksinimleri araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir.

Yenidoğana yönelik;

- a. Yenidoğanın yaşam bulguları,
- b. Baş ile ilgili muayene bulguları,
- c. Üst gövde ile ilgili muayene bulguları,
- d. Alt gövde ile ilgili muayene bulguları,
- e. Ekstremitelerle ilgili muayene bulguları,
- f. Reflekslerle ilgili bulguları yer almaktadır.

Formda yer alan yenidoğanın yaşam bulguları ve baş ile ilgili muayene bulguları hasta dosyasından, pediatrist ya da bebek hemşiresinden öğrenilmiş; üst ve alt gövde ile ilgili muayene bulguları, ekstremiteler ve refleksler araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir.

Anne ve Yenidoğanın Doğum Sonu Dönemde Yaşadıkları Sorunları Değerlendirme Formu (EK- 5): Araştırmacı tarafından literatür taranarak (18,183,184) hazırlanan bu form; müdahale ve kontrol gruplarında yer alan anne ve yenidoğanda saptanan sorunların belirlendiği ve bu sorunların ortaya çıkış zamanının kaydedildiği formdur. Kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi için form, doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği alanında uzman 5 öğretim üyesine¹ gönderilmiştir. Uzman görüşleri sonrası formda ‘temas’ kelimesi ‘görüşme’ olarak düzenlenmiş, kelime yazımı ile ilgili yanlışlar düzeltilmiş, bebeğin yetersiz kilo alımı, ‘bebeğin 3 persantil ve altında olması’, aşırı kilo alımı, ‘bebeğin 97 persantil ve üzerinde olması’ şeklinde belirtilmiş ve formun son şekli oluşturulmuştur. Formda, anne ve

bebeğin doğum sonu dönemde yaşadığı sorunlara yönelik tanılar ilgili alanda uzman bir hekim tarafından konulmuştur.

Doğum Sonu Dönemde Anne ve Bebek İzlemlerini Değerlendirme Formu (EK- 6): Form, Aile Sağlığı Merkezlerinin doğum sonu dönemde anne ve bebek bakımında ve izleminde temel aldığı, doğum sonu dönem izlemlerin zamanını ve içeriğini belirleyen T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi (16) ve T.C. Sağlık Bakanlığı Bebek ve Çocuk İzlem Protokolü (124) doğrultusunda hazırlanmıştır. Form kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi amacıyla, doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği alanında uzman 5 öğretim üyesine¹ gönderilmiş ve görüşleri alınmıştır. Uzman görüşlerine göre Doğum Sonu Dönemde Anne ve Bebek İzlemlerini Değerlendirme Formunda yazım hataları düzenlenmiş ve forma son şekli verilmiştir.

Öz Bakım Gücü Ölçeği (EK- 7): Öz Bakım Gücü Ölçeği, bireylerin kendi kendine bakma yeteneklerini belirlemek amacıyla Kearney ve Fleischer (185) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Cronbach α katsayısı 0,77 olarak bulunmuştur (185). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Nahçıvan (186) tarafından yapılmıştır ve Cronbach α katsayısı 0.89 olarak belirtilmiştir (186). Bu çalışmada da ölçeğin Cronbach α değeri 0,91 olarak hesaplanmıştır.

Öz Bakım Gücü Ölçeği, 35 maddeden oluşmaktadır. 5’li likert tipindeki bu ölçeğin her bir maddesi verilen yanıta göre; “Beni hiç tanımlamıyor” yanıtına 0 puan, “Beni pek tanımlamıyor” yanıtına 1 puan, “Fikrim yok” yanıtına 2 puan, “Beni biraz tanımlıyor” yanıtına 3 puan, “Beni çok tanımlıyor” yanıtına 4 puan verilerek değerlendirilmektedir. Ölçeğin 8 maddesi (3, 6, 9, 13, 19, 22, 26 ve 31) negatif olarak değerlendirilmekte ve puanlaması ters yöndedir. Ölçekteki olumlu ifadeler sırasıyla 0, 1, 2, 3, 4; olumsuz ifadeler sırasıyla 4, 3, 2, 1, 0 olarak puanlanmaktadır. Değerlendirme toplam 140 puan üzerinden yapılmaktadır. 82 puan altı düşük, 82-120 puan orta, 120 puanın üstü yüksek öz bakım gücü olarak değerlendirilmektedir (186).

Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DSYKÖ) (EK- 8): DSYKÖ, Hill ve ark. (187) tarafından, annelerin doğum sonu yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçeğin Cronbach α katsayısının 0,96 olduğu bildirilmiştir (187). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması, Altuntuğ ve Ege (188) tarafından yapılmıştır ve çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,95 olarak

belirlenmiştir (188). Bu çalışmada da ölçeğin Cronbach α değeri 0,90 olarak hesaplanmıştır.

Ölçeğin ilk bölümünde, her bir madde ile ilgili memnuniyet, ikinci bölümünde ise önemlilik sorgulanmaktadır. Tüm maddeler 6'lı Likert skalasına göre değerlendirilmektedir. 1=Hiç Memnun Değil, 2=Orta Derecede Memnun Değil, 3=Biraz Memnun Değil, 4= Biraz Memnun, 5=Orta Derecede Memnun, 6=Çok Memnun olarak tanımlanmaktadır. Sorularda sorulan alanla ilgili ne kadar memnun olduğunu ya da o alanın onun için ne kadar önemli olduğunu tanımlayan en doğru şıkkın seçilmesi istenmiştir. Yaşam kalitesi ölçeği puanlarını hesaplamak için; 1'den 6'ya kadar olan memnuniyet maddelerin her birinden 3,5 çıkarılmakta (böylece rakamlar -2. 5, -1.5, -0.5, 0.5, 1.5, 2.5 olmaktadır), aynı maddeye denk gelen önemlilik skorları çarpılmakta, çarpılarak elde edilen sonuçların hepsi toplanıp 40 tane soru olduğu için 40'a bölünerek, negatif sonuçlar oluşmaması için bölümden elde edilen rakama 15 eklenip sonuç bulunmaktadır. Böylece Yaşam Kalitesi Skoru 0-30 aralığında çıkmaktadır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe kişinin doğum sonu yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, düştükçe doğum sonu yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir (187,188). Ölçek, annelerin kendilerini ne derece memnun ve önemli hissettiklerini değerlendirmek amacıyla hastaneden taburcu olduktan sonraki erken postpartum (4- 6 haftalık) dönemde uygulanmaktadır.

Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği (PSAS) (EK-9): PSAS, Fallon ve arkadaşları (189) tarafından doğum sonrası döneme özgü anksiyete belirtilerini değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçeğin Cronbach α katsayısı 0,95 olarak bildirilmiştir (189). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması, Duran (190) tarafından yapılmıştır ve çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,91 olarak belirlenmiştir (190). Bu çalışmada da ölçeğin Cronbach α değeri 0,92 olarak hesaplanmıştır.

Ölçek 51 maddeden oluşmaktadır ve toplam 4 alt boyutu vardır. Bu alt boyutları: Anne yeterliliği ve bağılılık kaygıları (1-15. maddeler), bebek güvenliği ve refah kaygıları (16-26. maddeler) pratik bebek bakımı kaygıları (27-33. maddeler), anneler için psikososyal uyum (34-51. maddeler) olarak adlandırılmıştır (189). Ölçeği Türkçeye uyarlayan Duran (190), orijinal ölçekte olduğu gibi, maddelerin 4 faktörlü bir yapı olarak incelendiğinde farklı alt ölçekler altında gruplandırmıştır.

Ölçeğin (1-3, 1-16, 18 ve 19.) birçok ögesinin farklı bir gruba kaydığı tespit edildiğinden, ölçeğin Türkçe versiyonunun tek boyutlu olması gerektiğine karar verilmiştir. 51 maddeden oluşan ölçeğin her bir maddesinin faktör yükleri incelendiğinde 1-2-15-46. (orijinal ölçek) maddelerin faktör yüklerinin 0.30'un altında kaldığı belirlenmiştir. Bu nedenle bu 4 madde Türkçe ölçekte belirtilmiş ancak puanlamaya dahil edilmemiştir. Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması doğum sonu 6 ay içinde yapıldığı için bu sürede kullanılması önerilmiştir. Ölçeğin Türkçe formu tek boyutlu ve 47 madde olarak değerlendirilmektedir (190). Ölçek 1-4 arası puanlamaya sahip 4'lü likert tipi bir ölçektir. '1:Hiç', '2:Bazen', '3:Çoğu Kez', '4:Neredeyse Her Zaman' şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçekten 73 ve altında puan alanların postpartum anksiyete seviyelerinin düşük, 74 ve 100 arasında puan alanların orta, 101 ve üstünde olanların ise yüksek düzeyde olduğu kabul edilmektedir (189,190).

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) (EK- 10): EPDÖ, Cox (191) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, kadınlarda doğum sonu depresyonu taramayı amaçlayan bir öz bildirim ölçeğidir ve ölçeğin cronbach α katsayısı 0,87'dir (191). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması, Engindeniz ve arkadaşları (192) tarafından yapılmıştır ve çalışmada ölçeğin iç tutarlılık katsayısını 0,79 olarak bulmuşlardır (192). Bu çalışmada da ölçeğin Cronbach α değeri 0,71 olarak hesaplanmıştır.

EPDÖ, 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin her bir maddesi 4'lü likert skalasında değerlendirilmekte ve her maddeye verilen cevap, 0- 3 (0, 1, 2, 3) arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 30'dur. Ölçeğin değerlendirilmesinde 1., 2. ve 4. maddeler 0-1-2-3 şeklinde puanlanırken, 3., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10. maddeler 3-2-1-0 şeklinde, ters olarak puanlandırılmaktadır. Ölçeğin kesme noktası 12'dir. 12 ve üzerinde puan alan kadınlar, depresyon yönünden riskli olarak kabul edilmektedir (192).

Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği (EK-11): Ölçek, Chien ve ark. (74) tarafından postpartum fiziksel semptomların prevalansını ve sürekliliğini belirlemeyi amaçlayan bu ölçeğin cronbach α katsayısının 0,77 olduğu bildirilmiştir (74). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması, Arkan ve Egelioğlu Çetişli (193) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığının oldukça güvenilir düzeyde olduğu

belirlenmiştir (Cronbach $\alpha=0,79$) (193). Bu çalışmada, ölçeğin cronbach α değeri 0,79 olarak hesaplanmıştır.

Ölçek, 18 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin her bir maddesi 4'lü likert biçimindedir ve bu maddeler 0 (yok), 1 (hafif şiddette), 2 (orta şiddette) ve 3 (yüksek şiddette) şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçek toplam puanı, 0 ile 54 arasında değişmektedir. Ölçek puanı için bir kesme noktası bulunmayıp, ölçekten alınan yüksek puanlar postpartum fiziksel semptomun şiddetinin yüksek olduğunu göstermektedir (193).



Tablo 3.1. Araştırmada kullanılacak veri toplama formlarını uygulama süreci

Ölçüm Araçları	Uygulama Yeri ve Zamanı							
	Hastane (≥36 gebelik hft)	Hastane (1. gün)	Ev ziyareti (2. gün)	Telefon Görüşmesi (7. gün)	Hastane (10. gün)	Telefon Görüşmesi (20. gün)	Ev ziyaret (6. hafta)	Ev ziyareti (3. ay)
Kadınların Tanıtıcı Özellikleriyle İlgili Veri Toplama Formu	X							
Doğum Sonu Anne ve Yenidoğanı Değerlendirme ve Tanılama Formu		X						
Anne ve Yenidoğanın Doğum Sonu Dönemde Yaşadıkları Sorunları Değerlendirme Formu			X		X		X	X
Doğum Sonu Dönemde Anne ve Bebek İzlemlerini Değerlendirme Formu				X	X	X	X	X
Öz Bakım Gücü Ölçeği			X		X		X	X
Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği							X	X
Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği			X		X			X
Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği					X		X	X
Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği					X		X	X

3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması

Vajinal doğum yapan her eğitim düzeyinden (ilkokul, ortaokul, lise, üniversite) 2 anne olmak üzere toplam 8 anneye, Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Veri Toplama Formu (Ek- 3), Anne ve Yenidoğanın Doğum Sonu Dönemde Yaşadıkları Sorunları Değerlendirme Formu (Ek- 5) ve Doğum Sonu Dönemde Anne ve Bebek İzlemlerini Değerlendirme Formu (Ek- 6) uygulanarak, formların anlaşılabilirliği ve işlerliği değerlendirilmiş ve Doğum Sonu Anne Eğitim Kitapçığı (Ek- 12) okutularak anlaşılabilirliği test edilmiştir. Ön uygulama sonucunda, Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Veri Toplama Formunda (Ek- 3); Tanıtıcı Bilgiler bölümünde öğrenim durumuna ‘Ön lisans’ seçeneği, Alışkanlıkları bölümüne ‘Herhangi bir alışkanlığım yok’ seçeneği, doğum öncesi kontrollerde bilgi alınan konular kısmına ‘Herhangi bir bilgi almadım’ seçeneği, doğum sonu kullanılması planlanan aile planlaması yöntemleri içerisine ‘Fikrim/bilgim yok’ seçeneği eklenerek forma son şekli verilmiştir. Doğum Sonu Anne Eğitim Kitapçığında (Ek- 12), Doğum bölümüne kadınların 24 saat boyunca acil servise başvurabileceği bilgisi eklenmiş, Lohusa Bakımı bölümünde beslenme konusunda gaz yapan yiyecekler içerisinde sayılan baklagiller emzirme eğitiminde verilen bilgilerle çalışması nedeniyle çıkarılmış, Aile Planlaması ve Cinsellik bölümüne spiral takılmasından bir ay sonra kontrol için hastaneye başvurulması gerektiği uyarısı eklenmiştir. Ön uygulama kapsamına alınan kadınlar, örnekleme dahil edilmemiştir.

Araştırmacı ön uygulama sürecinde de Navigatör Hemşire rolünü üstelenmiştir. Önce araştırma süresince, anne ve anne adaylarının navigatör hemşireye ulaşabilmesi amacıyla Navigatör Hemşirenin iletişim adreslerinin yer aldığı Navigatör Hemşire Kartviziti (Ek- 13) geliştirilmiştir. Navigatör Hemşire Kartviziti (Ek- 13) ve Hemşire Navigasyon Programının (Ek- 14) uygulanabilirliğini değerlendirmek amacıyla, programın yoğun olan iki haftalık sürecine yönelik beş kadınla ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda, yenidoğanın doğum sonu 2. veya 3. günlerde Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Çocuk polikliniğine (poliklinik no: 1 ve 2) başvurmaları nedeniyle ev ziyaretinin doğum sonu ikinci günde yapılması, yenidoğan izleminin doğum sonu 3. günde yapılması şeklinde bir düzenleme yapılmıştır.

3.6. Araştırmanın Uygulaması

Araştırma 31 Mayıs-30 Aralık 2021 tarihleri arasında Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma hastanesinde yapılmıştır. Araştırma 2 aşamada yürütülmüştür.

3.6.1. Birinci Aşama: Araştırmanın Hazırlık Aşaması

Araştırmanın hazırlık aşamasında, “Doğum Sonu Anne Eğitim Kitapçığı (Ek-12)”, “Navigatör Hemşire Kartvizi (Ek- 13)” ve “Hemşire Navigasyon Programı Uygulama Rehberi (Ek- 14)” geliştirilmiştir.

Doğum Sonu Anne Eğitim Kitapçığı (Ek-12):

Doğum sonu dönemde kadınlara, eğitim ve danışmanlık vermek, kadınların ihtiyaçlarını karşılamada rehber olması amacıyla anne ve bebeğe yönelik bilgiler içeren eğitim kitapçığı hazırlanmıştır. Eğitim kitapçığı, kanıta dayalı literatür doğrultusunda uluslararası rehberler ve veri tabanları kullanılarak oluşturulmuştur (4,5,7,16,27,145,194,195). İlk bölümde, doğuma hazırlık; ikinci bölümde doğumla ilgili bilgiler, üçüncü bölümde, lohusalık döneminde annenin öz bakım uygulamaları, beslenme, egzersiz, aktivite, aile planlaması, emosyonel değişimler ve sağlık kurumuna başvurması gereken durumlar yer almaktadır. Dördüncü bölüm bebeğin bakımına yönelik uygulamalar, bebeğe yönelik sağlık kurumuna başvurmayı gerektiren durumlar ile ilgilidir. Beşinci bölümde, doğum sonu dönemde anne ve bebeğin sağlık izlemlerine yer verilmiştir. Doğum sonu dönemde, izlemlerin yapılma sıklığı ve zamanları ile ilgili olarak; Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne doğum sonu üçüncü ve onuncu günde başvurmasına ve diğer izlemlerini ASM’de yaptırmasına yönelik açıklama da bu bölümde yer almaktadır. Ayrıca kadının izlemlerine ilişkin bilgileri içeren bir tablo bu bölüme eklenmiştir. Tabloda, annenin izlemlerini nerede ve ne zaman yaptırdığı ve bu izlemlerin sonucuna yönelik bilgilerin kaydedileceği bölümler yer almaktadır. Altıncı bölümde ise, bilgi alınabilecek kurum ve kuruluşlara yer verilmiştir. Ankara ilinde yardım alınabilecek kurumlar (başvurulabilecek kurum kuruluşlar, destek hizmetleri) ve bu kurumların iletişim adresleri listelenmiştir.

Eğitim kitapçığının anneler tarafından okunabilirliğini değerlendirmek amacıyla, Ateşman (196) tarafından Türkçe metinlerin okunabilirliğini hesaplamak için geliştirilen Flesch okunabilirlik formülü kullanılmıştır (196,197).

Formül; $O.S: 198,825 - (40,175 \times A - 2,610 \times B)$ şeklindedir.

O.S: Okunabilirlik sayısı,

A: Hece olarak sözcük uzunluğu,

B: Sözcük olarak cümle uzunluğudur.

Eğitim kitapçığı hazırlandıktan sonra anneler tarafından okunabilirlik sayısı, araştırmacı tarafından hece olarak sözcük uzunluğu ve sözcük olarak cümle uzunluğu belirlenerek hesaplanmıştır. Buna göre, Doğum Sonu Anne Eğitim Kitapçığı için okunabilirlik sayısı; $198,825 - [40,175 \times 3,81 - 2,610 \times 10,06] = 72,05$ olarak bulunmuştur. Ateşman okunabilirlik formülü Türkçe metinlere uygulandığında metinler kolaydan zora; 90-100 “çok kolay”, 70-89 “kolay”, 50-69 “orta güçlükte”, 30-49 “zor” ve 1-29 “çok zor” olarak tanımlanmaktadır (196,197). 72,05 olarak hesaplanan okunabilirlik sayısı eğitim kitapçığının anneler için okunabilirliğinin kolay düzeyde olduğunu göstermektedir. Eğitim kitapçığına yönelik kadın sağlığı alanında beş uzmanın görüşü alınmıştır². Eğitim kitapçığında yer alan bazı ifadeler (alt bölge, aspiratör, gaita) daha anlaşılır ifadelerle değiştirilmiş, meme bakımı, emzirme ve doğum sonu duygusal değişiklikler bölümleri deteylandırılmış ve kitapçığa son şekli verilmiştir.

Hemşire Navigasyon Programı (Ek- 14)

Hemşire Navigasyon Programı, ilgili literatür bilgileri doğrultusunda (56,60,198–202) ülkemiz kültürel yapısına ve sağlık sistemine uygun olarak araştırmacı tarafından geliştirilmiştir (Ek-14). Hemşire Navigasyon Programı oluşturulurken, ACOG (5) ve DSÖ (144) önerileri incelenerek, T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi (16) ve T.C. Sağlık Bakanlığı Bebek ve Çocuk İzlem Protokolü (124) dikkate alınarak, araştırmanın yapılması planlanan hastane ve Aile Sağlığı Merkezi (ASM) sistemi içerisinde doğum sonu dönemde

² Prof. Dr. Gülten Güvenç, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Funda Özdemir, Ankara Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Sevil Şahin, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Şule Ergöl, Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Filiz Ünal Toprak, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

anne ve yenidoğan için izlem sıklığı ve yapılması gereken uygulama basamakları belirlenmiştir.

Araştırmanın yürütüleceği hastanenin ilgili kliniklerinde araştırmacı, Hemşire Navigasyon Programını ve Navigatör Hemşireyi tanıtmış, konuyla ilgili sağlık ekibinin bilgilendirilmesini sağlamıştır. Böylece, çalışmaya başlamadan önce ortamın hazırlığı sağlanmıştır.

Araştırmanın yürütüldüğü hastanenin gebe polikliniklerine başvuran, örneklem seçim kriterlerine uyan, 36 ve üzeri gebelik haftasındaki gebeler belirlenmiştir. Örneklem seçim kriterlerine uyan bu gebeler, Hemşire Navigasyon Programı temelli bakım alan müdahale grubuna ve kontrol grubuna randomizasyon listesine göre atanmıştır. Araştırmaya dahil edilen gebelere, uygulamada izlenecek yöntem hakkında bilgi verilmiş aydınlatılmış onam formunu okumaları sağlanmış ve yazılı onamları alınmıştır (Ek 16). Araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Veri Toplama Formu (Ek- 3) uygulanmıştır. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Veri Toplama Formunun doldurulması yaklaşık 10- 15 dakika sürmüştür. Müdahale grubundaki kadınlar, doğum süreci ve doğum sonu erken dönem hakkında bilgilendirilmiş, bu kadınlara Doğum Sonu Anne Eğitim Kitapçığı verilmiş (Ek- 12) ve Navigatör Hemşire Kartviziti (Ek- 13) verilerek danışmanlık almak için Navigatör Hemşireye hafta içi her gün 08.00 – 20.00 saatleri arasında ulaşabileceği belirtilmiştir. Kontrol grubundaki kadınlar ise, yalnızca telefonlarına araştırmacının numarasını kaydetmiştir. Her iki grupta yer alan kadınlara, doğum için hastaneye başvurdıkları zaman araştırmacıya telefonla bilgi vermeleri söylenmiştir.

3.6.2. İkinci Aşama: Araştırmanın Uygulanması

İkinci aşama, müdahale grubundaki kadınlara hastane ve ASM’de uygulanan standart bakımın yanında ‘Hemşire Navigasyon Programı’ temelli hemşirelik bakımı uygulanmasıdır. Bu süreçte kontrol grubundaki kadınlar yalnızca hastane ve ASM’de uygulanan standart bakımı almaya devam etmişlerdir. Bu standart bakım, hastanede doğum sonu erken dönemde yaşam bulguları, kanama ve involüsyon takibi yapılmasını, emzirme desteği sağlanmasını, doğum sonu anne ve bebekte dikkat edilmesi gereken durumları içeren özet bilgilerin olduğu bir form verilmesini ve

doğum sonu anne ve bebeğin kontrol zamanları hakkında bilgilendirmeyi içermektedir. ASM’de verilen bakım hizmeti ise ülkemizde Sağlık Bakanlığının önerdiği şekilde Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberine ve Bebek Çocuk Ergen İzlem Protokollerine göre yapılmakta, annenin fiziksel ve psikolojik değerlendirmesini, bebeğin fiziksel değerlendirmesini, immünizasyonu ve gelişiminin takibini içermektedir.

Müdahale Grubuna Uygulanan Girişimler

Hemşire Navigasyon Programı, yüz yüze görüşme, hastane randevusuna eşlik etme, hemşire yönetimli telefon destek hattı, destekleyici ve hatırlatıcı SMS iletileri, ev ziyareti ve sağlık sistemi içerisinde yönlendirme uygulamalarını içermektedir. Bu kapsamda, toplam üç ev ziyareti, dört telefon görüşmesi yapılmış ve beş adet kısa telefon mesajı gönderilmiştir. Bu doğrultuda anne ile doğum sonu dönemde ilk 24 saat içerisinde hastanede görüşme yapılmıştır. Bu görüşmede, Doğum Sonu Anneyi ve Yenidoğanı Değerlendirme ve Tanılama Formu (Ek- 4) doldurulmuştur. Bu formun doldurulması yaklaşık 20- 25 dakika sürmüştür. Anneye, geliştirilen eğitim kitapçığı doğrultusunda, doğum sonu döneme ilişkin kendisinin ve yenidoğanın bakımıyla ilgili eğitim ve danışmanlık verilmiştir. Özellikle, doğum sonu akut dönem olan ilk üç aylık süreçte hem hastanedeki kontrollerine hem de aile sağlığı merkezinde yapılması gereken kontrollerine ilişkin zaman çizelgesi hakkında bilgilendirme yapılmıştır. İsteddiği zaman tekrar okuyabilmesi ve izlemleri ile ilgili bilgiye ulaşabilmesi için eğitim kitapçığı ve kitapçık içerisinde yer alan doğum sonu izlemler ile ilgili zaman çizelgesi kadına verilmiştir.

Annenin tedavi ve bakımı hakkında bilgi almak, ilaçlarını, takiplerini öğrenmek için bakım veren hemşiresi ve hekimiyle görüşülmüştür. Bu bilgiler, kadının Navigatör Hemşire tarafından oluşturulan bireysel dosyasına eklenmiştir ve Hemşire Navigasyon Programına yönelik planlamada kullanılmıştır. Anneye ev ortamını değerlendirmek, ihtiyaçları konusunda bilgilendirmek, anne ve yenidoğanın genel değerlendirmesini yapmak amacıyla taburculuktan sonraki gün ev ziyareti yapılacağı söylenmiştir. Yapılacak bu ev ziyaretinin saati anneye birlikte belirlenmiştir. Bu ev ziyaretinde, anne ve bebeğinin evinde ilk geceyi nasıl geçirdiği, annenin kendi ve bebeğiyle ilgili ihtiyacı ya da sorununun olup olmadığı öğrenilmiş,

Anne ve Yenidoğanın Doğum Sonu Dönemde Yaşadıkları Sorunları Değerlendirme Formu (Ek- 5) doldurulmuştur. Anne ve yenidoğanın sorunları ve gereksinimleri doğrultusunda bireysel danışmanlık verilmiştir. Anneye Öz Bakım Gücü Ölçeği (Ek- 7) ve Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği (Ek- 9) uygulanmıştır. Anneye, Navigatör Hemşire Kartvizitinde (Ek- 13) yer alan iletişim adresinden araştırmacıya ulaşabileceği ve hastanede yapılacak yenidoğan izlemi ile ASM ziyareti hatırlatılmıştır. Anne, ASM’de kendisinin ve bebeğinin izlemini yaptırması ve topuk kanı aldırmasına yönelik desteklenmiştir. Bir sonraki görüşmenin ASM ziyaretinden sonra (ilk haftanın sonunda) telefonla yapılacağı belirtilmiştir. Birinci ev ziyaretinin süresi her kadın için değişmekle birlikte ortalama 60 dakika sürmüştür.

Doğum sonu dördüncü günde, anneye reçete edilen ilaçlarının kullanımına yönelik destekleyici ve hatırlatıcı SMS iletisi gönderilmiştir. Bu SMS’in içeriği ‘Doktorunuz tarafından size ve bebeğinize reçete edilen ilaçlarınızı düzenli kullanmanız sizin ve bebeğinizin sağlığı için önemlidir. İlaçlar, doktorunuzun önerdiği saatte ve miktarda alınmalıdır. Herhangi bir sağlık kurumuna başvurduğunuzda sizin ve bebeğinizin kullandığı ilaçları belirtiniz.’ şeklindedir.

Doğum sonu yedinci günde, anneye telefon edilmiştir. Bu telefon görüşmesinde, anneye beraber ASM ziyaretinin değerlendirmesi yapılmış ve Doğum Sonu Dönemde Anne ve Bebek İzlemi Değerlendirme Formu (Ek- 6) doldurulmuştur. Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde yapılması planlanan onuncu gün izlemine Navigatör Hemşirenin de katılacağı bildirilmiş, izlem günü ve saati için randevulaşılmıştır. Telefon görüşmesi yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

Doğum sonu dokuzuncu günde, annenin hastane randevusunu hatırlatmak amacıyla SMS iletisi gönderilmiştir. Bu SMS iletisinin içeriği ‘.... tarihinde günü (yarın) saat..... ‘de, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi doğum sonu polikliğinde (Poliklinik No: 12) sağlık kontrolünüz vardır. Bu kontrol, sizin ve bebeğinizin sağlığı için önemlidir. Bekliyoruz.’ şeklindedir.

Doğum sonu onuncu günde, hastanede anne ile görüşülmüş ve Anne ve Yenidoğanın Doğum Sonu Dönemde Yaşadıkları Sorunları Değerlendirme Formu (Ek- 5), Doğum Sonu Dönemde Anne ve Bebek İzlemlerini Değerlendirme Formu

(Ek- 6) doldurulmuş, anneye Öz Bakım Gücü Ölçeği (Ek- 7), Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği (Ek- 9) ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (Ek- 10) uygulanmıştır.

Doğum sonrası on ikinci günde anneye ASM’de yapılacak ziyarete ilişkin destekleyici ve hatırlatıcı SMS gönderilmiştir. Bu SMS’in içeriği ‘..... tarihleri arasında sizin ve bebeğinizin sağlık kontrolü için bağlı bulunduğunuz aile hekimine gitmeyi unutmayınız. Çünkü, siz ve bebeğiniz bizim için çok değerlisiniz.’ şeklindedir.

Doğumdan sonraki yirminci günde anne telefonla aranmıştır. Bu görüşmede, aile hekimi ziyaretine yönelik deneyimi hakkında konuşulmuş, anne ve bebeğinin gereksinimleri değerlendirilmiş, Doğum Sonu Dönemde Anne ve Bebek İzlemlerini Değerlendirme Formu (Ek- 6) doldurulmuştur.

Anneye, doğum sonu birinci ayda, kendisinin ve bebeğinin izlemini hatırlatmak amacıyla SMS gönderilmiştir. Bu SMS’in içeriği, ‘..... tarihleri arasında sizin sağlık durumunuzun değerlendirilmesi ve bebeğinizin Hepatit B (sarılık) aşısının yapılması için bağlı bulunduğunuz aile hekimine gitmeyi unutmayınız. Çünkü sizin ve bebeğinizin sağlığı bizim için çok önemli.’ şeklindedir.

Doğumdan sonraki altıncı haftada ev ziyareti yapılmıştır. Ev ziyareti yapılmadan iki gün önce anne telefonla aranmış, ev ziyaretinin günü ve saati belirlenmiştir. Bu telefon görüşmesinde, ev ziyareti yapılacağı söylenmiş ve bu ev ziyaretinin günü ve saati anneye birlikte belirlenmiştir. Yapılan ev ziyaretinde, anneye doğum sonu altı haftalık süreci nasıl geçirdiği ve kendi ve bebeğin bakımıyla ilgili ihtiyacı ve soruları olup olmadığı sorulmuş ve Anne ve Yenidoğanın Doğum Sonu Dönemde Yaşadıkları Sorunları Değerlendirme Formu (Ek- 5) ve Doğum Sonu Dönemde Anne ve Bebek İzlemlerini Değerlendirme Formunu (Ek- 6) doldurulmuştur. Anneye, Öz Bakım Gücü Ölçeği (Ek- 7), Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DSYKÖ) (Ek- 8), Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği (Ek- 9), Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (Ek- 10) ve Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği (Ek- 11) uygulanmıştır.

Doğum sonu ikinci ayda bebeğin aile hekimi izlemine yönelik hatırlatıcı SMS gönderilmiştir. Bu SMS’in içeriği, ‘Doğumdan sonraki ikinci ayda, bebeğiniz büyüme ve gelişmesinin değerlendirilmesi için bağlı bulunduğunuz aile hekimine

gitmeyi unutmayınız. Bebeğinizin sağlığı için büyüme ve gelişmesinin izlenmesi çok önemlidir.’ şeklindedir.

Doğum sonu üçüncü ayda son ev ziyareti yapılmıştır. Ev ziyareti yapılmadan iki gün önce anne telefonla aranmış, ev ziyaretinin günü ve saati belirlenmiştir. Ev ziyaretinde, Anne ve Yenidoğanın Doğum Sonu Dönemde Yaşadıkları Sorunları Değerlendirme Formu (Ek- 5), Doğum Sonu Dönemde Anne ve Bebek İzlemlerini Değerlendirme Formu (Ek- 6) doldurulmuştur. Anneye, Öz Bakım Gücü Ölçeği (Ek- 7), Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DSYKÖ) (Ek- 8), Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği (Ek- 9), Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (Ek- 10), ve Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği (Ek- 11) uygulanmıştır. Son ziyarette, üç aylık süreç değerlendirilmiş, kadınların varsa soruları cevaplanmış ve görüşme sonlandırılmıştır.

Kontrol Grubuna Uygulanan Girişimler

Kontrol grubundaki kadınlarla ev ziyareti yoluyla üç görüşme ve hastaneye davet yoluyla bir görüşme, Doğum Sonu Dönemde Anne ve Bebek İzlemlerini Değerlendirme Formunun (Ek- 6) uygulanması için telefonla yapılan iki görüşme olmak üzere, toplam altı görüşme yapılmıştır. Bu görüşmelerde yalnızca veri toplama formları doldurulmuştur. Bu grup, hastanede uygulanan hemşirelik bakımı ve eğitimini almıştır. Kontrol grubundaki annelerle doğumdan sonra ilk görüşme, doğum sonu ilk 24 saat içerisinde hastanede yapılmıştır. Bu görüşmede, Doğum Sonu Anne ve Yenidoğanı Değerlendirme ve Tanılama Formu (Ek- 4) doldurulmuştur. Anneye, çalışma kapsamında veri toplama formlarının doldurulması amacıyla taburculuktan sonraki gün ev ziyareti yapılmıştır. Yapılan bu ev ziyareti için anneye birlikte ortak saat belirlenmiştir. Bu ev ziyaretinde, Anne ve Yenidoğanın Doğum Sonu Dönemde Yaşadıkları Sorunları Değerlendirme Formu (Ek- 5), Öz Bakım Gücü Ölçeği (Ek- 7) ve Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği (Ek- 9) doldurulmuştur.

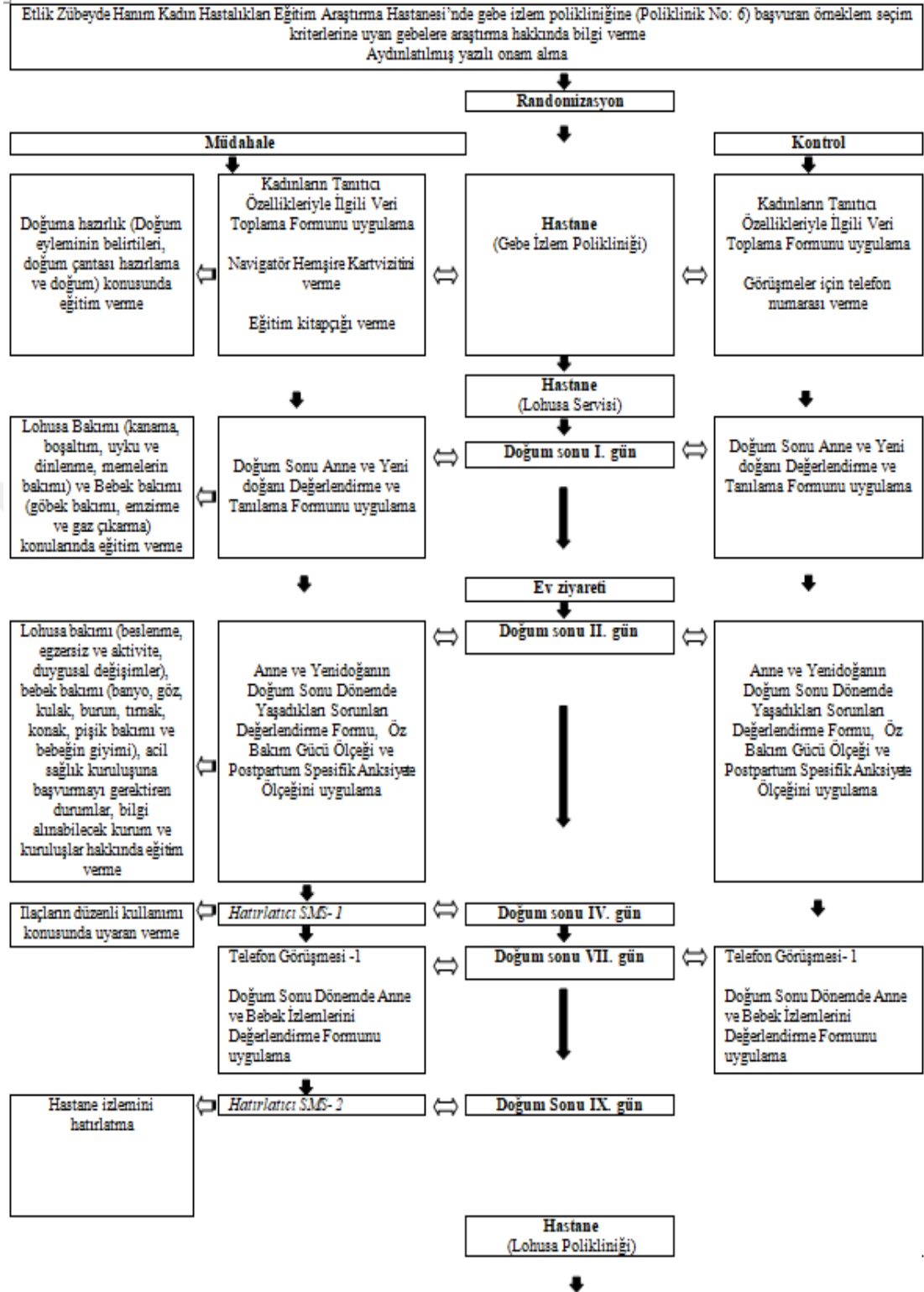
Doğum sonu yedinci günde, kontrol grubundaki kadınlar telefonla aranarak Doğum Sonu Dönemde Anne ve Bebek İzlemlerini Değerlendirme Formu (Ek- 6) doldurulmuş ve doğum sonu onuncu günde hastaneye geldiğinde araştırmacı ile

görüşeceği hatırlatılmıştır. Doğum sonu 10. Günde hastanede yapılan görüşmede, Anne ve Yenidoğanın Doğum Sonu Dönemde Yaşadıkları Sorunları Değerlendirme Formu (Ek- 5), Doğum Sonu Dönemde Anne ve Bebek İzlemlerini Değerlendirme Formu doldurulmuş (Ek- 6), anneye Öz Bakım Gücü Ölçeği (Ek- 7), Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği (Ek- 9) ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (Ek- 10) uygulanmıştır.

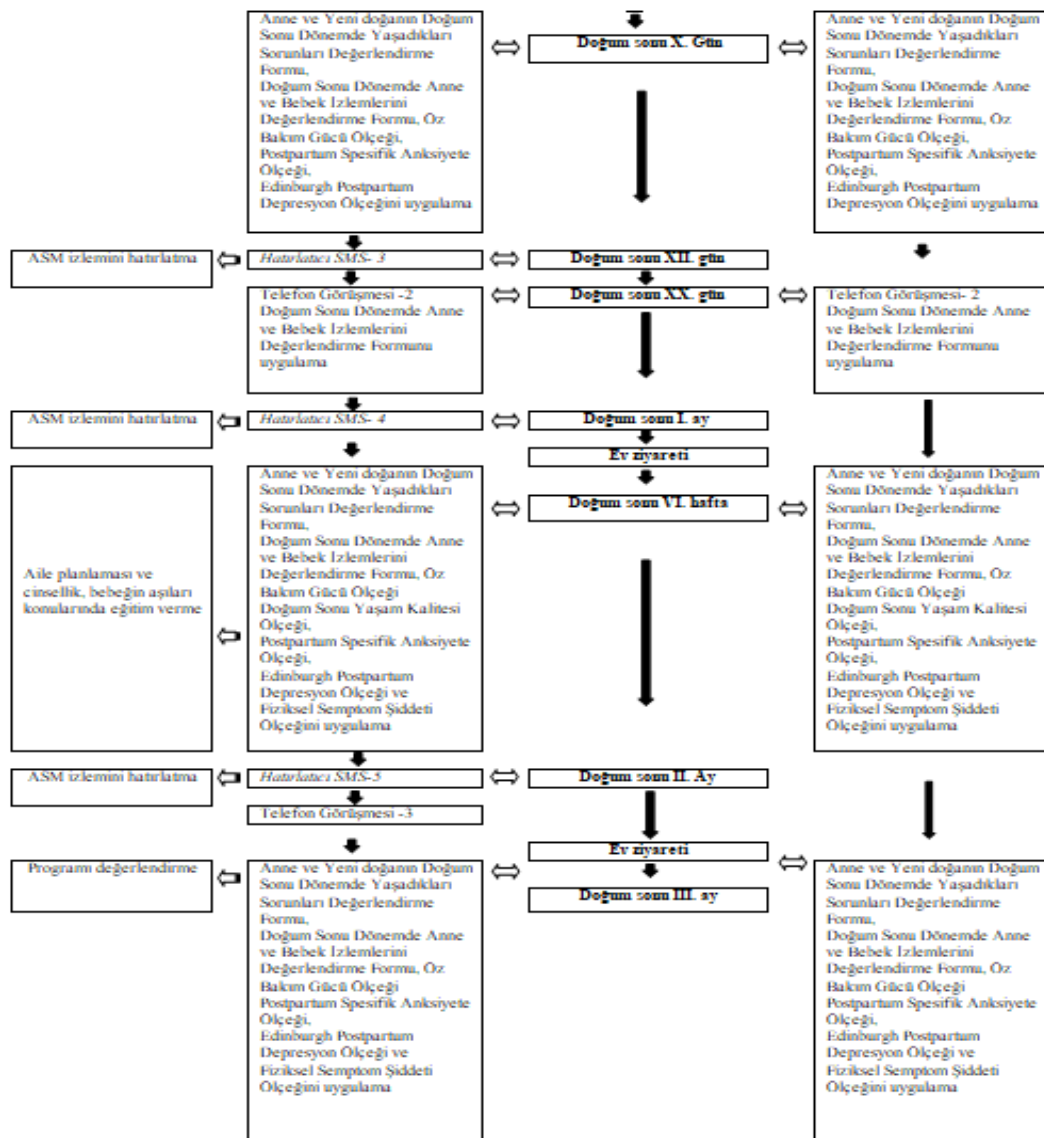
Doğum sonu yirminci günde kadınlar telefonla aranarak 13-17. günler arasında yapılan ASM izlemine yönelik bilgiler Doğum Sonu Dönemde Anne ve Bebek İzlemlerini Değerlendirme Formuna (Ek- 6) kaydedilmiştir.

Doğum sonu altıncı haftada kontrol grubuna da ikinci ev ziyareti yapılmıştır. Bu ziyaret sırasında, Anne ve Yenidoğanın Doğum Sonu Dönemde Yaşadıkları Sorunları Değerlendirme Formu (Ek- 5) ve Doğum Sonu Dönemde Anne ve Bebek İzlemlerini Değerlendirme Formu (Ek- 6) doldurulmuştur. Anneye, Öz Bakım Gücü Ölçeği (Ek- 7), Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek- 8), Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği (Ek- 9), Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (Ek- 10) ve Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği (Ek- 11) uygulanmıştır.

Doğum sonu üçüncü ayda üçüncü ve son ev ziyareti yapılmıştır. Ev ziyareti yapılmadan iki gün önce anne telefonla aranmış, ev ziyaretinin günü ve saati belirlenmiştir. Ev ziyaretinde, Anne ve Yenidoğanın Doğum Sonu Dönemde Yaşadıkları Sorunları Değerlendirme Formu (Ek- 5), Doğum Sonu Dönemde Anne ve Bebek İzlemlerini Değerlendirme Formu (Ek- 6) doldurulmuştur. Anneye, Öz Bakım Gücü Ölçeği (Ek- 7), Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek- 8), Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği (Ek- 9), Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (Ek- 10) ve Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği (Ek- 11) uygulanmıştır. Son ziyarette kadınların varsa soruları cevaplanmış, isteyen kadınlara ‘Doğum Sonu Anne Eğitim Kitapçığı’ (Ek- 12) ile eğitim ve danışmanlık verilmiş, görüşme sonlandırılmıştır.



Şekil 3.2. Araştırmanın akış şeması



Şekil 3.2.(Devam) Araştırmanın akış şeması

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (EK- 15) ve Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK)’ndan (EK- 16) yazılı onay alınmıştır. Çalışmaya dahil edilen kadınlardan yazılı onam alınmıştır (EK-17). Araştırmada kullanılacak ölçeklerin kullanım izinleri, ölçekleri geliştiren ve/veya Türkçeye uyarlayan yazarlardan e-posta yoluyla alınmıştır (EK- 18). Çalışmanın uygulama aşaması tamamlandıktan ve ölçek formları doldurulduktan sonra, son görüşmede, kontrol grubundaki kadınların anne ve bebek bakımı ile ilgili soruları yanıtlanarak annelere eğitim kitapçığı verilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri

Araştırmanın Sınırlılıkları

- Doğum sonu dönemde anne ve bebeğin yaşadığı sorunlara ilişkin veriler, annelerin beyanları dikkate alınarak belirlenmiştir.
- Araştırma verilerinin normal dağılım göstermemesi nedeniyle, araştırma sonuçlarına zamanın etkisi değerlendirilememiştir.
- Araştırmanın uygulama ve veri toplama aşamalarının araştırmacı tarafından yürütülmesi ve çalışma kapsamına alınan kadınların yapılan müdahalelerden haberdar olması nedeniyle körleme yapılamamıştır.

Araştırmanın Güçlü Yönleri

- Çalışma, randomize kontrollü araştırma desenindedir.
- Araştırma verilerinin analizi bağımsız bir istatistik uzmanı tarafından yapılmıştır ve istatistiksel analiz ve raporlama açısından körleme sağlanmıştır.
- Araştırma verilerinin toplanmasında kullanılan ölçekler geçerlik ve güvenirlikleri yüksek ve araştırmalarda yaygın olarak kullanılan, kabul gören ölçeklerdir.
- Çalışma kapsamında, ülkemizde ihtiyaç duyulan, kültürel ve sağlık hizmeti sunum yapısına uygun, koruyucu sağlık hizmetlerinin ön planda olduğu doğum sonu dönemdeki ilk kez annelik deneyimi yaşayan kadınlara özgü ulusal ve

uluslararası yaygınlaşma potansiyeline sahip hemşire navigasyon programı geliştirilmiştir.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde, IBM Statistical Package for Social Sciences Statistics (SPSS) version 26 (IBM Corp., Armonk, NY, USA 2019) paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, min. maks.) kullanılmıştır. Normal dağılıma uygun ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanılmıştır. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında Bağımsız Gruplarda t Testi, bağımlı üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, bağımlı iki grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında Wilcoxon testi, bağımlı üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında Friedman test yöntemi kullanılmıştır.

Normal dağılıma sahip olan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde Pearson; en az birinin normal dağılım göstermediği durumlarda Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır. İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde Fisher'in Kesin Testi ve Pearson Kikare Testi çapraz tabloları kullanılmıştır. Araştırma verilerinin normal dağılım göstermemesi nedeniyle, araştırma sonuçlarına zamanın etkisi değerlendirilememiştir. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Doğum sonu dönemdeki annelere yönelik geliştirilen hemşire navigasyon programının annelerin öz bakım gücü, yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon riskleri ile fiziksel semptom şiddeti üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular iki başlık altında incelenmiştir;

4.1. Kadınların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular

4.2. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların öz bakım gücü, yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon riskleri ile fiziksel semptom şiddetine ilişkin bulgular



4.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı.

Bazı Tanıtıcı Özellikler	Müdahale (n=31)		Kontrol (n=30)		Test İstatistiği p
	$\bar{X} \pm S. S.$	Ortanca [Min-Maks]	$\bar{X} \pm S. S.$	Ortanca [Min-Maks]	
Yaş (yıl)	22,52±3,32	22,0 [18,0-29,0]	23,57±3,41	24,0 [18,0-28,0]	Z=-1,197 ^a p=0,231
Eşin yaşı (yıl)	26,84±3,41	26,0 [20,0-36,0]	27,73±4,98	28,0 [20,0-45,0]	Z=-0,523 ^a p=0,601
Evlilik süresi (ay)	16,81±13,34	12,0 [6,0-72,0]	18,60±14,84	12,0 [9,0-72,0]	Z=-0,416 ^a p=0,678
	n	%	n	%	
Eğitim düzeyi					
Ortaokul	3	9,7	1	3,3	$\chi^2=1,576^b$ p=0,665
Lise	8	25,8	9	30,0	
Ön lisans	16	51,6	14	46,7	
Lisans	4	12,9	6	20,0	
Çalışma durumu					
Evet	4	12,9	4	13,3	p=1,000 ^c
Hayır	27	87,1	26	86,7	
Sosyal güvence durumu					
Var	25	80,6	26	86,7	p=0,731 ^c
Yok	6	19,4	4	13,3	
Aile tipi					
Çekirdek aile	23	74,2	21	70,0	$\chi^2=0,006^b$ p=0,937
Geniş aile	8	25,8	9	30,0	
Resmi nikah durumu					
Var	31	100,0	28	93,3	p=0,238 ^c
Yok	-	-	2	6,7	
Eşle akrabalık durumu					
Var	2	6,5	7	23,3	p=0,081 ^c
Yok	29	93,5	23	76,7	
Eşin eğitim düzeyi					
Ortaokul	3	9,7	3	10,0	$\chi^2=2,621^b$ p=0,454
Lise	10	32,3	15	50,0	
Ön lisans	14	45,1	8	26,7	
Lisans ve üstü	4	12,9	4	13,3	
Eşin çalışma durumu					
Evet	29	93,5	29	96,7	p=1,000 ^c
Hayır	2	6,5	1	3,3	
Algılanan gelir düzeyi					
Gelir gidere eşit	13	41,9	11	36,7	p=0,795 ^c
Gelir giderden az	18	58,1	19	63,3	
Kronik hastalık					
Var*	2	6,5	5	16,7	p=0,255 ^c
Yok	29	93,5	25	83,3	

^a Mann-Whitney U" testi

^b Pearson- χ^2 testi

^c Fisher kesin testi

* Müdahale grubu: Hepatit B ve Astım; Kontrol Grubu: Hipotiroidi, Astım, Eklem romatizması, Bel Fıtığı ve Migren

Tablo 4.1'de müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Müdahale grubundaki kadınların yaş ortalaması 22,52±3,32, eşlerinin yaş ortalaması 26,84±3,41; kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması 23,57±3,41, eşlerinin yaş ortalaması 27,73±4,98 ve

müdahale grubundaki kadınların evlilik süresi ortalaması $16,81 \pm 13,34$, kontrol grubundaki kadınların evlilik süresi ortalaması $18,60 \pm 14,84$ 'tür.

Müdahale grubundaki kadınların %51,6'sı, eşlerinin %45,1'i, kontrol grubundaki kadınların ise %46,7'si ön lisans düzeyinde, kontrol grubundaki kadınların eşlerinin %50'si lise düzeyinde eğitime sahiptir. Müdahale grubundaki kadınların %12,9'unun, eşlerinin %93,5'inin; kontrol grubundaki kadınların %13,3'ünün eşlerinin %96,7'sinin çalıştığı; müdahale grubundaki kadınların %80,6'sının, kontrol grubundaki kadınların %86,7'sinin sosyal güvencesinin olduğu; müdahale grubundaki kadınların %74,2'sinin, kontrol grubundaki kadınların %70'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu; müdahale grubundaki kadınların tamamının, kontrol grubundaki kadınların %93,3'ünün resmi nikahının olduğu; müdahale grubundaki kadınların %6,5'inin, kontrol grubundaki kadınların %23,3'ünün eşiyle akraba olduğu belirlendi. Müdahale grubundaki kadınların %58,1'i, kontrol grubundaki kadınların %63,3'ü gelirlerinin giderlerinden daha az olduğunu ifade etti.

Müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınlar yaş, eşin yaşı, evlilik süresi, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, aile tipi, resmi nikah durumu, eşle akrabalık durumu, eşin eğitim düzeyi, eşin çalışma durumu, gelir düzeyi ve kronik hastalık varlığı açısından birbirine benzerdir ($p > 0,05$).

Tablo 4.2. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı obstetrik özelliklerine göre dağılımı.

Bazı Obstetrik Özellikler	Müdahale (n=31)		Kontrol (n=30)		Test İstatistiği P
	$\bar{X} \pm S. S.$	Ortanca [Min-Maks]	$\bar{X} \pm S. S.$	Ortanca [Min-Maks]	
Menarş yaşı (yıl)	13,45±1,57	13,0 [10,0-17,0]	13,93±1,31	14,0 [12,0-16,0]	Z=-1,285 ^a p=0,199
	n	%	n	%	
Gebelik öncesinde aile planlaması yöntemi kullanma durumu					
Evet*	1	3,2	2	6,7	p=0,612 ^b
Hayır	30	96,8	28	93,3	
Doğum öncesi izlem sayısı					
3-6	2	6,5	6	20,0	$\chi^2=4,779^c$ p=0,189
7-10	17	54,7	11	36,7	
11-14	10	32,3	8	26,7	
15 ve üzeri	2	6,5	5	16,6	
Doğum öncesi izlemlerin yapıldığı yer**					
Devlet hastanesi	31	86,1	30	87,5	$\chi^2=1,114^c$ p=0,573
Özel hastane	4	11,1	5	14,3	
Üniversite hastanesi	1	2,8	-	-	
Doğum öncesi izlemlerde bilgi alma durumu					
Bilgi alan	13	41,9	8	26,7	$\chi^2=3,607^c$ p=0,547
Bilgi almayan	18	58,1	22	73,3	
Doğum öncesi izlemlerde bilgi alınan konular**					
Gebelik	3	8,3	-	-	$\chi^2=6,710^c$ p=0,152
Anne sütü/emzirme	12	33,3	8	26,7	
Aile planlaması	1	2,8	-	-	
Doğum sonrası bakım	2	5,6	-	-	

^a Mann-Whitney U” testi

^bFisher-kesin testi

^cPearson- χ^2 testi

* Müdahale grubundaki kadınların tamamı geri çekme yöntemini, kontrol grubundaki kadınların %50’si geri çekme, %50’si kondom kullanmıştır.

** Birden fazla cevap verilmiştir ve yüzdelere n üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.2’de müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı obstetrik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların menarş yaş ortalaması 13,69±1,44’tür (M: 13,45±1,57; K: 13,93±1,31). Müdahale grubundaki kadınların %87,0’ının, kontrol grubundaki kadınların %90,0’ının daha önce gebe kalmadığı, müdahale grubundaki kadınların %96,8’inin, kontrol grubundaki kadınların %93,3’ünün gebelik öncesinde bir aile planlaması

yöntemi kullanmadığı; müdahale grubundaki kadınların %54,7'sinin, kontrol grubundaki kadınların %36,7'sinin 7-10 kez doğum öncesi izlem yaptırdığı, müdahale grubundaki kadınların %86,1'inin, kontrol grubundaki kadınların %87,5'inin doğum öncesi izlemlerini devlet hastanesinde yaptırdığı saptandı. Tabloda belirtilmemekle birlikte çalışma kapsamına alınan kadınların tamamının doğum öncesi izlemlerinin doktor tarafından yapıldığı belirlendi. Müdahale grubundaki kadınların yarısının (%50), kontrol grubundaki kadınların %73,3'ünün doğum öncesi bilgi almadığı, bilgi alanların ise en fazla anne sütü ve emzirme konusunda bilgi aldığı (M:%33,3 K:%26,7) saptandı.

Müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınların menarş yaşı, gebelikten önce aile planlaması yöntemi kullanma durumu, kullanılan aile planlaması yöntemi, doğum öncesi izlem sayısı, doğum öncesi izlemlerin yapıldığı yer, doğum öncesi izlemlerde bilgi alma durumları açısından benzer oldukları belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 4.3. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların şimdiki gebelik özelliklerine göre dağılımı

Değişken	Müdahale (n=31)		Kontrol (n=30)		Test İstatistiği p
	n	%	n	%	
Gebe okuluna katılma durumu					
Evet	2	6,5	-	-	p=0,492 ^a
Hayır	29	93,5	30	100,0	
Gebelikte ilaç kullanma durumu					
Evet	30	96,8	28	93,3	p=0,612 ^a
Hayır	1	3,2	2	6,7	
Gebelikte kullanılan ilaç*					
Demir	24	60,0	24	51,1	$\chi^2=6,638^b$ p=0,356
Vitamin	10	25,0	18	38,3	
Diğer**	6	15,0	5	10,6	
Gebelikte alınan kilo					
8 kg ve altı	3	9,7	5	16,7	$\chi^2=5,944^b$ p=0,051
8.1-12 kg	7	22,6	14	46,7	
12.1 kg ve üzeri	21	67,7	11	36,6	
Gebelikte sorun yaşama durumu					
Evet	13	41,9	14	46,7	$\chi^2=0,396^b$ p=0,529
Hayır	18	58,1	16	53,3	
Gebelikte yaşanan sorunlar					
Bulantı/kusma	4	30,8	3	21,6	$\chi^2=9,450^b$ p=0,150
Mide yanması	-	-	1	7,1	
İdrar yolu enfeksiyonu	4	30,8	-	-	
Kanama	1	7,7	2	14,2	
Hipotioridi	1	7,7	1	7,1	
Allerji	-	-	1	7,1	
Mantar/vajinal enfeksiyon	-	-	3	21,6	
COVID 19	1	7,7	-	-	
Soğuk algınlığı	1	7,7	1	7,1	
Diş absesi	-	-	1	7,1	
Böbrek taşı düşürme	-	-	1	7,1	
Gebeliğin planlı olma durumu					
Planlı	23	74,2	22	73,3	$\chi^2=0,006^b$ p=0,997
Planlı değil	8	25,8	8	26,6	
Çocuk sahibi olma kararını veren kişi					
Eşi ile birlikte kendisi	26	83,9	22	73,4	$\chi^2=1,127^b$ p=0,569
Eşi	2	6,5	4	13,3	
Kendisi	3	9,6	4	13,3	

^aFisher kesin testi^bPearson- χ^2 testi^{*}Birden fazla cevap verilmiştir ve yüzdeler n üzerinden alınmıştır.^{**}Antiemetik, ağrı kesici, tiroid ilacı, fitil

Tablo 4.3'te müdahale ve kontrol grubundaki kadınların şimdiki gebelik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Müdahale grubundaki kadınların %93,5'inin, kontrol grubundaki kadınların tamamının gebe okuluna katılmadığı; müdahale grubundaki kadınların %96,8'inin, kontrol grubundaki kadınların %93,3'ünün gebelikte ilaç kullandığı ve müdahale grubundaki ilaç kullanan kadınların %60,0'ının, kontrol grubundaki kadınların % 51,1'inin demir ilacı kullandığı saptandı. Müdahale grubundaki kadınların %67,7'sinin gebelikte 12,1 kg ve üzerinde, kontrol grubundaki kadınların %46,7'sinin 8.1-12 kg kilo aldığı; müdahale grubundaki kadınların %41,9'unun kontrol grubundaki kadınların %46,7'sinin gebelikte sorun/hastalık yaşadığı; müdahale grubundaki kadınların %30,8'inin bulantı/kusma, %30,8'inin idrar yolu enfeksiyonu, kontrol grubundaki kadınların %21,6'sının bulantı/kusma, %21,6'sının mantar/vajinal enfeksiyon geçirdiği belirlendi. Müdahale grubundaki kadınların %74,2'sinin, kontrol grubundaki kadınların %73,3'ünün gebeliğinin planlı olduğu; müdahale grubundaki kadınların %83,9'unun, kontrol grubundaki kadınların %73,4'ünün çocuk sahibi olma kararını eşiyle birlikte verdiği belirlendi.

Müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınların gebe okuluna katılma durumu, gebelikte ilaç kullanma durumu, gebelikte alınan kilo, gebelikte hastalık/sorun yaşama durumu, gebelikte yaşanan hastalık/sorunlar, gebeliğin planlı olma durumu ve çocuk sahibi olmaya karar verme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.4. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların tekrar çocuk sahibi olmaya ilişkin görüşleri ve aile planlaması kullanma durumlarına göre dağılımı

Değişken	Müdahale (n=31)		Kontrol (n=30)		Test İstatistiği p
	n	%	n	%	
Planlanan çocuk sayısı					
1	5	16,1	3	10,0	$\chi^2=3,404^a$ p=0,493
2	19	61,3	19	63,3	
3	6	19,4	8	26,7	
4	1	3,2	-	-	
Tekrar gebe kalmayı istediği zamanı					
1-2 yıl	7	25,9	11	40,7	$\chi^2=2,489^a$ p=0,477
3-4 yıl	11	40,7	11	40,7	
5-6 yıl	7	25,9	3	11,2	
7 yıl ve üzeri	2	7,5	2	7,4	
Doğumdan sonra kullanılması planlanan AP yöntemi					
RIA	9	29,0	3	9,7	$\chi^2=9,773^a$ p=0,135
Kondom	2	6,5	6	19,4	
Hap	2	6,5	2	6,5	
Geri çekme	8	25,8	3	9,7	
Fikri/bilgisi yok	9	29,0	15	50,0	
Diğer*	1	3,2	1	3,3	
AP yöntemine başlamayı düşündüğü zamanı					
Doğumdan hemen sonra	4	12,9	-	-	$\chi^2=10,088^a$ p=0,039
6 hafta sonra	11	35,5	7	23,3	
Fikri/bilgisi yok	14	45,2	23	76,7	
Diğer**	2	6,4	-	-	

^aPearson- χ^2 testi

* Yöntem kullanmayı düşünmeme, partneriyle ayrı yaşama

** 3-6 ay içerisinde

Tablo 4.4'te müdahale ve kontrol grubundaki kadınların tekrar çocuk sahibi olmaya ilişkin görüşleri ve aile planlaması kullanma durumlarına göre dağılımı yer almaktadır. Müdahale grubundaki kadınların %61,3'ünün kontrol grubundaki kadınların %63,3'ünün 2 çocuk sahibi olmayı planladığı hem müdahale hem de kontrol grubundaki kadınların %40,7'sinin 3-4 yıl sonra tekrar gebe kalmak istediği saptandı. Müdahale grubundaki kadınların %29,0'ının doğumdan sonra aile planlaması için RIA, %25,8'inin geri çekme, kontrol grubundaki kadınların %19,4'ünün kondom yöntemlerini kullanmak istediği; müdahale grubundaki kadınların %29,0'ının, kontrol grubundaki kadınların %50,0'ının ise doğumdan sonra kullanabileceği aile planlaması yöntemlerine ilişkin bilgisinin olmadığı belirlendi. Müdahale grubundaki kadınların %35,5'inin doğumdan 6 hafta sonra aile planlaması yöntemine başlamayı düşündüğü, %45,2'sinin doğumdan sonra aile planlaması

yöntemi kullanmaya başlama zamanı ile ilgili fikri olmadığı, kontrol grubundaki kadınların ise, %23,3'ünün doğumdan 6 hafta sonra aile planlaması yöntemine başlamayı düşündüğü, %76,7'sinin doğumdan sonra aile planlamasına başlama zamanı ile ilgili fikrinin olmadığı saptandı.

Müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınların planlanan çocuk sayısı ve doğumdan sonra kullanılması planlanan aile planlaması yöntemi arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark bulunmazken ($p>0,05$), aile planlaması yöntemi kullanmaya başlamayı düşündükleri zamanlar açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).



Tablo 4.5. Kadınların doğum sonu dönemde yaşadıkları sorunların gruplara ve izlem zamanlarına göre dağılımı

Sorunlar	2.gün						10.gün						6.hafta						3.ay					
	Müdahale			Kontrol			Müdahale			Kontrol			Müdahale			Kontrol			Müdahale			Kontrol		
	n	%		n	%		n	%		n	%		n	%		n	%		n	%		n	%	
Epizyotomi ile ilgili sorunlar*	31	100,0		30	100,0		4	12,9		11	36,7		-	-		2	6,7		-	-		-	-	
Pertine ile ilgili sorunlar**	6	19,4		12	40,0		7	22,6		11	36,7		5	16,1		6	20,0		5	16,1		7	23,3	
Meme sorunları***	6	19,4		17	56,7		10	32,3		24	80,0		2	6,5		9	30,0		2	6,5		1	3,3	
Emzirme ile ilgili sorunlar****	8	25,8		27	90,0		7	22,6		29	96,7		3	9,7		23	76,7		3	9,7		15	50,0	
Boşaltım ile ilgili sorunlar*****	6	19,4		27	90,0		8	25,8		15	50,0		1	3,2		14	46,7		-	-		7	23,3	
Dolaşım ile ilgili sorunlar*****	1	3,2		2	6,7		-	-		-	-		1	3,2		-	-		-	-		-	-	
Uyku sorunları ve yorgunluk*****	11	35,5		27	90,0		6	19,4		10	33,3		1	3,2		5	16,7		-	-		3	10,0	
Psikolojik sorunlar*****	9	29,0		25	83,3		3	9,7		9	30,0		-	-		1	3,3		-	-		-	-	
Cinsel ilişki ve kullanılan AP yöntemi ile ilgili sorunlar*****	-	-		-	-		-	-		-	-		-	-		2	6,7		10	32,3		15	50,0	
Anne-bebek ilişkisinde sorun*****	2	6,5		4	13,3		-	-		1	3,3		-	-		-	-		-	-		-	-	

* Ağrı, akıntı, kızamıklık

** Ağrı, akıntı, kızamıklık, ödem, hemoroid

*** Meme ucu çatlağı, doğunluk, tıkanıklık, hassasiyet, içe dönük meme başı, meme apsesi, mastit

**** Emzirmek istememe, yetersiz süt salınımı, emmede isteksizlik, yanlış emzirme tekniği

***** Konstipasyon, hemoroid, idrar yolu enfeksiyonu, idrar kaçırma

***** Tromboflebit, ödem

***** Uykuya dalmada güçlük, uykusuzluk, yetersiz uyuma ve yorgunluk

***** Üzüntü, yalnızlık, huzursuzluk, sinirlilik, kolayca ağlama, sebpsiz yere gerginlik vb.

***** Disparoni, cinsel doyunda ve istekte azalma, ilişki sıklığında azalma, AP yöntemi kullanımıyla ilgili sorun yaşama, etkisi sınırlı yöntem kullanma

***** Bebek bakımına katılmama, kucaak/temastan kaçınma, bebeği istememe

Tablo 4.5'te kadınların doğum sonu dönemde yaşadıkları sorunların gruplara ve izlem zamanlarına göre dağılımı yer almaktadır. Tabloya göre, doğum sonu ikinci günde müdahale ve kontrol grubundaki kadınların tamamının (%100) epizyotomi ile ilgili sorun yaşadığı, doğum sonu onuncu günde ise müdahale grubundaki kadınların %12,9'unun kontrol grubundaki kadınların %36,7'sinin epizyotomi ile ilgili sorun yaşadığı saptandı. Doğumdan altı hafta sonra, müdahale grubundaki kadınlar epizyotomi ile ilgili bir sorun yaşamazken, kontrol grubundaki kadınların %6,7'sinin epizyotomi ile ilgili sorunun devam ettiği belirlendi.

Doğum sonu ikinci günde müdahale grubundaki kadınların %19,4'ünün, kontrol grubundaki kadınların %40'ının, doğum sonu onuncu günde müdahale grubundaki kadınların %22,6'sının, kontrol grubundaki kadınların %36,7'sinin doğum sonu altıncı haftada müdahale grubundaki kadınların %16,1'inin kontrol grubundaki kadınların %20,0'ının, doğum sonu üçüncü ayda ise müdahale grubundaki kadınların %16,1'inin, kontrol grubundaki kadınların ise %23,3'ünün perine ile ilgili sorun yaşadığı belirlendi.

Doğum sonu ikinci günde müdahale grubundaki kadınların %19,4'ünün, kontrol grubundaki kadınların %56,7'sinin; doğum sonu onuncu günde müdahale grubundaki kadınların %32,3'ünün, kontrol grubundaki kadınların %80'inin doğum sonu altıncı haftada müdahale grubundaki kadınların %6,5'inin kontrol grubundaki kadınların %30,0'ının; üçüncü ayda müdahale grubundaki kadınların %6,5'inin, kontrol grubundaki kadınların %3,3'ünün memelerle ilgili sorun yaşadığı saptandı.

Doğum sonu ikinci günde müdahale grubundaki kadınların %25,8'inin, kontrol grubundaki kadınların %90,0'ının emzirmeyeyle ilgili sorun yaşadığı, doğum sonu onuncu günde, müdahale grubundaki kadınların %22,6'sının, kontrol grubundaki kadınların %96,7'sinin emzirmeyeyle ilgili sorun yaşadığı belirlendi. Doğum sonu altıncı haftada, müdahale grubundaki kadınların %9,7'sinin, kontrol grubundaki kadınların %76,7'sinin emzirme ile ilgili sorun yaşadığı; doğum sonu üçüncü ayda ise müdahale grubundaki kadınların %9,7'sinin kontrol grubundaki kadınların %50,0'ının emzirme ile ilgili sorun yaşadığı saptandı.

Doğum sonu ikinci günde müdahale grubundaki kadınların %19,4'ünün, kontrol grubundaki kadınların %90,0'ının, doğum sonu onuncu günde müdahale grubundaki kadınların %25,8'inin, kontrol grubundaki kadınların %50,0'ının doğum

sonu altıncı haftada müdahale grubundaki kadınların %3,2'sinin, kontrol grubundaki kadınların %46,7'sinin boşaltımla ilgili sorun yaşadığı, üçüncü ayda müdahale grubundaki kadınların başaltım ile ilgili sorun yaşamazken, kontrol grubundaki kadınların %23,3'ünün başaltım ile ilgili sorun yaşadığı saptandı.

Doğum sonu ikinci günde müdahale grubundaki kadınların %3,2'sinin, kontrol grubundaki kadınların %6,7'sinin dolaşım ile ilgili sorun yaşadığı, doğum sonu onuncu günde her iki grupta da dolaşım ile ilgili sorun görülmediği belirlendi. Doğum sonu altıncı haftada kontrol grubundaki kadınlar dolaşım ile ilgili sorun yaşamazken, müdahale grubundaki kadınların %3,2'sinin dolaşım ile ilgili sorun yaşadığı, üçüncü ayda ise her iki grupta da dolaşım ile ilgili sorun yaşanmadığı saptandı.

Doğum sonu ikinci günde müdahale grubundaki kadınların %35,5'inin, kontrol grubundaki kadınların %90,0'ının uyku sorunları ve yorgunluk yaşadığı, doğum sonu onuncu günde müdahale grubundaki kadınların %19,4'ünün, kontrol grubundaki kadınların %33,3'ünün, doğum sonu altıncı haftada müdahale grubundaki kadınların %3,2'sinin, kontrol grubundaki kadınların %16,7'sinin uyku sorunları ve yorgunluk yaşadığı, doğum sonu üçüncü ayda müdahale grubundaki kadınlar sorun yaşamazken, kontrol grubundaki kadınların %10'unun uyku sorunları ve yorgunluk yaşadığı saptandı.

Doğum sonu ikinci günde müdahale grubundaki kadınların %29,0'ının, kontrol grubundaki kadınların %83,3'ünün, onuncu günde müdahale grubundaki kadınların %9,7'sinin, kontrol grubundaki kadınların %30'unun psikolojik sorunların yaşadığı belirlendi. Doğum sonu altıncı haftada müdahale grubundaki kadınlar sorun yaşamazken, kontrol grubundaki kadınların %3,3'ünün psikolojik sorunlar yaşadığı saptandı. Doğum sonu üçüncü ayda her iki grupta da kadınların hepsi herhangi bir psikolojik sorun yaşamadığını ifade etti.

Doğum sonu altıncı haftada kontrol grubundaki kadınların %6,7'si cinsel ilişki ve aile planlaması yöntemi ile ilgili sorun yaşarken, doğum sonu üçüncü ayda müdahale grubundaki kadınların %32,3'ünün, kontrol grubundaki kadınların %50,0'sinin cinsel ilişki ve kullanılan aile planlaması ile ilgili sorun yaşadığı belirlendi.

Doğumdan sonra ikinci günde müdahale grubundaki kadınların %6,5'inin, kontrol grubundaki kadınların %13,3'ünün anne-bebek ilişkisi ile ilgili sorun yaşadığı, doğum sonu onuncu günde müdahale grubundaki kadınlar sorun yaşamazken kontrol grubundaki bir kadının (%3,3) anne- bebek ilişkisi ile ilgili sorun yaşadığı saptandı.



Tablo 4.6. Bebeklerin doğum sonu dönemde yaşadıkları sorunların gruplara ve izlem zamanlarına göre dağılımı

Değişken	2.gün				10.gün				6.hafta				3.ay			
	Müdahale		Kontrol		Müdahale		Kontrol		Müdahale		Kontrol		Müdahale		Kontrol	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gözle ilgili sorunlar*	3	9,7	2	6,7	1	3,2	5	16,7	1	3,2	3	10,0	-	-	2	6,7
Umbilikal kord ile ilgili sorunlar**	1	3,2	3	10,0	6	19,4	11	36,7	-	-	-	-	-	-	-	-
Boşaltımla ilgili sorunlar***	2	6,4	10	33,3	2	6,4	10	33,3	5	16,1	13	43,3	3	9,7	8	26,7
Refli	-	-	-	-	1	3,2	-	-	1	3,2	-	-	-	-	-	-
İnatçı karın ağrısı ve gaz	1	3,2	-	-	5	16,1	10	33,3	10	32,3	21	70,0	8	26,7	14	46,7
Ciltle ilgili sorunlar****	1	3,2	5	16,7	1	3,2	18	60,0	-	-	6	20,0	-	-	2	6,7
Pamukçuk	-	-	-	-	-	-	1	3,3	-	-	7	23,3	1	3,2	1	3,3
Fizyolojik sarılık	16	51,6	21	70,0	9	29,0	14	46,7	-	-	-	-	-	-	-	-
Yetersiz kilo alımı	-	-	-	-	-	-	15	50,0	-	-	9	30,0	-	-	2	6,7

* Akıntı, kızarıklık

** Akıntı, kızarıklık, ödem, ısı artışı, kanama

*** Konstipasyon, diyare, idrar sıklığının az olması

**** Pişik, isilik/ allerji

Tablo 4.6’da bebeklerin doğum sonu dönemde yaşadıkları sorunların gruplara ve izlem zamanlarına göre dağılımı yer almaktadır. Doğum sonu ikinci günde müdahale grubundaki bebeklerin %9,7’sinin, kontrol grubundaki bebeklerin %6,7’sinin, onuncu günde müdahale grubundaki bebeklerin %3,2’sinin, kontrol grubundaki bebeklerin %16,7’sinin, doğum sonu altıncı haftada, müdahale grubundaki bebeklerin %3,2’sinin kontrol grubundaki bebeklerin %10,0’ının gözle ilgili sorun yaşadığı, doğum sonu üçüncü ayda müdahale grubundaki bebeklerin sorun yaşamadığı, kontrol grubundaki bebeklerin %6,7’sinin gözle ilgili sorun yaşadığı saptandı.

Doğum sonu ikinci günde müdahale grubundaki bebeklerin %3,2’sinin, kontrol grubundaki bebeklerin %10’unun, onuncu günde müdahale grubundaki bebeklerin %19,4’ünün, kontrol grubundaki bebeklerin %36,7’sinin umbilikal kordla ilgili sorun yaşadığı belirlendi.

Doğum sonu ikinci günde müdahale grubundaki bebeklerin %6,4’ünün, kontrol grubundaki bebeklerin %33,3’ünün, onuncu günde müdahale grubundaki bebeklerin %6,4’ünün, kontrol grubundaki bebeklerin %33,3’ünün, doğum sonu altıncı haftada müdahale grubundaki bebeklerin %16,1’inin, kontrol grubundaki bebeklerin %43,3’ünün, doğum sonu üçüncü ayda, müdahale grubundaki bebeklerin %9,7’sinin, kontrol grubundaki bebeklerin %26,7’sinin boşaltımla ilgili sorun yaşadığı belirlendi.

Doğum sonu onuncu günde ve altıncı haftada müdahale grubundaki bebeklerin %3,2’sinin reflü sorunu yaşarken kontrol grubundaki bebeklerin inatçı kusma ile ilgili sorun yaşamadığı saptandı. Doğum sonu ikinci günde müdahale grubundaki bebeklerin %3,2’sinin, kontrol grubundaki bebeklerin hiçbirinin, onuncu günde müdahale grubundaki bebeklerin %16,1’inin, kontrol grubundaki bebeklerin %33,3’ünün, doğum sonu altıncı haftada müdahale grubundaki bebeklerin %32,3’ünün, kontrol grubundaki bebeklerin %70’inin, doğum sonu üçüncü ayda müdahale grubundaki bebeklerin %26,7’sinin, kontrol grubundaki bebeklerin %46,7’sinin inatçı karın ağrısı ve gaz sorunu yaşadığı belirlendi.

Doğum sonu ikinci günde müdahale grubundaki bebeklerin %3,2’sinin, kontrol grubundaki bebeklerin %16,7’sinin pişik sorunu yaşadığı, onuncu günde müdahale grubundaki bebeklerin %3,2’sinin isilik, kontrol grubundaki bebeklerin

%60'ının pişik sorunu yaşadığı belirlendi. Doğum sonu altıncı haftada ve üçüncü ayda müdahale grubundaki bebeklerde pişik görülmezken, kontrol grubundaki bebeklerin doğum sonu altıncı haftada %20'sinin pişik, doğum sonu üçüncü ayda %6,7'sinin pişik ve isilik/allerji sorunu yaşadığı saptandı.

Kontrol grubundaki bebeklerin doğum sonu onuncu günde %3,3'ünün, altıncı haftada %23,3'ünün pamukçuk sorunu yaşadığı belirlenirken; doğum sonu üçüncü ayda müdahale grubundaki bebeklerin %3,2'sinin, kontrol grubundaki bebeklerin %3,3'ünün pamukçuk sorunu yaşadığı saptandı.

Doğum sonu ikinci günde müdahale grubundaki bebeklerin %51,6'sının, kontrol grubundaki bebeklerin %70,0'ının, onuncu günde müdahale grubundaki bebeklerin %29,0'ının, kontrol grubundaki bebeklerin %46,7'sinin fizyolojik sarılık sorunu yaşadığı belirlendi.

Kontrol grubundaki bebeklerin doğum sonu onuncu günde %50'sinin, doğum sonu altıncı haftada %30'unun, doğum sonu üçüncü ayda %6,7'sinin yetersiz kilo aldığı saptandı.

Tablo 4.7. Kadınların ve bebeklerin hastaneye başvurma ve hastanede yatma durumlarının gruplara ve izlem zamanlarına göre dağılımı

Hastaneye başvurma ve hastanede yatma durumları	2.gün				10.gün				6.hafta				3.ay			
	Müdahale		Kontrol		Müdahale		Kontrol		Müdahale		Kontrol		Müdahale		Kontrol	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Annenin hastaneye başvurma durumu	1	3,2	2	6,7	3	9,7	6	19,4	1	3,2	3	10,0	-	-	-	-
Annenin hastane yatışı	-	-	-	-	1	3,2	3	10,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Bebek'in hastaneye başvurma durumu	-	-	6	20,0	1	3,2	4	13,3	-	-	5	16,7	2	6,5	5	16,7
Bebek'in hastaneye yatışı	-	-	4	13,3	-	-	1	3,3	-	-	-	-	-	-	-	-

Tablo 4.7’de kadınların ve bebeklerin hastaneye başvurma ve hastanede yatma durumlarının gruplara ve izlem zamanlarına göre dağılımı yer almaktadır. Doğum sonu ikinci günde müdahale grubundaki bir kadının (%3,2), kontrol grubundaki iki kadının (%6,7) hastaneye yeniden başvurduğu belirlendi. Tabloda yer almamasına rağmen, müdahale grubundaki kadının hastaneye başvuru nedeninin epizyotomi enfeksiyonu, kontrol grubundaki kadınların ise epizyotomi dikişlerinin açılması ve ağrı olduğu saptandı.

Doğum sonu onuncu günde müdahale grubundaki kadınların %9,7’sinin, kontrol grubundaki kadınların %19,4’ünün hastaneye başvurduğu saptandı. Tabloda belirtilmemekle birlikte, müdahale grubundaki bir kadının anemi, iki kadının epizyotomi dikişlerinde açılma ve ağrı, kontrol grubundaki kadınların tamamının (altı kadın) epizyotomi dikişlerinde açılma ve enfeksiyon nedeniyle hastaneye başvurduğu belirlendi. Aynı izlem zamanında, müdahale grubundaki kadınların %3,2’sinin (bir kadın), kontrol grubundaki kadınların %10’unun (üç kadın) epizyotomi dikişlerinde açılma nedeniyle hastaneye yatışının yapıldığı saptandı.

Doğum sonu altıncı haftada müdahale grubundaki bir kadının (tromboflebit nedeniyle), kontrol grubundaki üç kadının (meme enfeksiyonu nedeniyle) hastaneye başvurduğu belirlendi.

Doğum sonu ikinci günde kontrol grubundaki bebeklerin altısının (%20,0) sağlık kuruluşuna başvurduğu ve bu bebeklerin dördünün (%13,3) hastaneye yatışının yapıldığı belirlendi. Tabloda yer almamasına rağmen, kontrol grubundaki bebeklerin hastaneye başvurma nedenlerinin klavikula kırığı (bir bebek) ve fizyolojik sarılık (beş bebek) olduğu, hastaneye yatan tüm bebeklerin ise yatış nedeninin fizyolojik sarılık olduğu belirlendi.

Doğum sonu onuncu günde müdahale grubundaki bebeklerin %3,2’sinin (bir bebek), kontrol grubundaki bebeklerin %13,3’ünün (dört bebek) sağlık kuruluşuna başvurduğu saptandı. Tabloda yer almamasına rağmen, müdahale grubundaki bebeğin isilik nedeniyle, kontrol grubundaki bebeklerin ise klavikula kırığı (bir bebek), fizyolojik sarılık (bir bebek), göz enfeksiyonu (bir bebek), burun tıkanıklığı (bir bebek) nedenleriyle başvurduğu belirlendi. Kontrol grubundaki bebeklerden birinin fizyolojik sarılık nedeniyle hastaneye yatışının yapıldığı belirlendi.

Doğum sonu altıncı haftada, kontrol grubundaki bebeklerin %16,7'sinin (beş bebek) (ateş, burun tıkanıklığı, göz enfeksiyonu, alerji nedenleriyle) bir sağlık kuruluşuna başvurduğu, doğum sonu üçüncü ayda müdahale grubundaki bebeklerin %6,5'inin (iki bebek) (yüzde egzema ve göz enfeksiyonu nedenleriyle), kontrol grubundaki bebeklerin %16,7'sinin (beş bebek) (isilik, bronşit, alerji, soğuk algınlığı ve göz enfeksiyonu nedenleriyle) bir sağlık kuruluşuna başvurduğu belirlendi.



Tablo 4.8. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların ve bebeklerinin doğum sonu bakım rehberine göre sağlık izlemlerini yaptırma durumları ve yaptırma süresi ortalamalarına göre dağılımı.

İzlemler	İzlemlerin yapılma durumu										İzlemin yapılma zamanı (gün)			
	Müdahale					Kontrol					Müdahale		Kontrol	
	İzlem yaptırılan		İzlem yaptırmayan		İzlem yapmayan	İzlem yaptıran		İzlem yapmayan		İzlem yapmayan	Test istatistiği		Test istatistiği	
	n	%	n	%		n	%	n	%		$\bar{X} \pm S. S.$	Ortanca [Min-Maks]	$\bar{X} \pm S. S.$	Ortanca [Min-Maks]
1.izlem (Doğum sonu 3.gün-Hastane)	30	96,8	1	3,2	13	43,3	17	56,7	$\chi^2=18,442^a$ p=0,001	2,53±0,78	2,0	[1,0-5,0]	3,77±1,59	3,0
2.izlem (Doğum sonu 3-5.gün-ASM)	31	100,0	-	-	26	86,7	4	13,3	p=0,053 ^b	3,94±1,73	4,0	[2,0-8,0]	7,47±3,37	6,5
3.izlem (Doğum sonu 10. gün-Hastane)	31	100,0	-	-	30	100,0	-	-	-	10,03±1,22	10,0	[7,0-13,0]	10,30±1,24	10,0
4.izlem (Doğum sonu 13-17. gün- ASM)	27	87,1	4	12,9	4	13,3	26	86,7	$\chi^2=30,305^a$ p=0,001	14,30±2,81	14,0	[11,0-26,0]	24,0±17,19	18,5
5.izlem (Doğum sonu 30-42. gün- ASM)	31	100,0	-	-	30	100,0	-	-	-	32,29±5,63	32,0	[29,0-62,0]	34,50±6,12	33,0
6.izlem (Doğum sonu 60-89. gün- ASM)	31	100,0	-	-	29	96,7	1	3,3	p=0,305 ^b	62,45±6,44	62,0	[52,0-95,0]	65,24±8,56	64,0

^aPearson- χ^2 testi

^bFisher kesin testi

^cBağımsız gruplarda t testi

Tablo 4.8’de müdahale ve kontrol grubundaki kadınların ve bebeklerinin doğum sonu bakım rehberine göre sağlık izlemlerini yaptırma durumları ve yaptırma süresi ortalamalarına göre dağılımı yer almaktadır. Tabloya göre, müdahale grubundaki kadınların %96,8’inin, kontrol grubundaki kadınların %43,3’ünün birinci izlemi yaptırdığı, müdahale grubundaki kadınların kontrol grubuna göre birinci izlemi yaptırma oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Tabloda yer almamasına rağmen ilk izlemi yaptırmayan müdahale grubundaki bir kadın bayram tatili sürecinde polikliniklerin kapalı olması nedeniyle izlemi yaptıramadığını ifade etti. Birinci izlemi yaptırmayan kontrol grubundaki kadınların dördü (%23.5) bebeğinin sarılık nedeniyle hastaneye yatması, beşi (%29.4) acil servise başvurduğu için kontrole gerek duymaması, altısı (%35.4) bebeğinin sağlıklı olduğunu düşünmesi ve gerek görmemesi, biri (%5.9) evinin uzak olması, biri de (%5.9) eşinin getirmemesi nedeniyle birinci izlemini yaptıramadığını belirtti. Tabloda yer almamakla birlikte, izleme katılan müdahale ve kontrol gruplarında yer alan kadınların tamamı birinci izlemde, bebeklerinin boy ve kilosunun ölçüldüğünü ve bilirubin değerlerine bakıldığını ifade etti. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların birinci izlemi doğum sonu üçüncü günde yaptırma durumu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulundu ($p>0,05$).

Doğum sonu ikinci izlemi müdahale grubundaki kadınların tamamının yaptırdığı; müdahale ve kontrol grubundaki kadınların ikinci izlemi yaptırma durumları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemsiz olduğu saptandı ($p>0,05$). Tabloda yer almamakla birlikte, kontrol grubunda izlem yaptırmayan iki kadın (%50,0) epizyotomi sorunları, iki kadın ise (%50,0) bebeğinin sarılık nedeniyle hastanede yatması nedeniyle ikinci izlemi yaptırmadığını; izleme katılan müdahale ve kontrol gruplarındaki kadınların tamamı bu izlemde, bebeklerinden topuk kanı alındığını, boy ve kilolarına bakıldığını ifade etti. Müdahale grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre ikinci izlemi doğum sonu 3.-5. günlerde yaptırma durumu istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0,05$).

Hastanede yapılan doğum sonu üçüncü izleme müdahale ve kontrol grubundaki kadınların tamamının katıldığı belirlendi. Tabloda yer almamakla birlikte bu izlemde tüm kadınlara yalnızca epizyotomi değerlendirilmesi yapıldı. Müdahale

ve kontrol grubundaki kadınların üçüncü izlemi doğum sonu onuncu günde yaptırma durumu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulundu ($p>0,05$).

Doğum sonu dördüncü izlemi müdahale grubundaki kadınların %87,1'inin kontrol grubundaki kadınların ise %13,3'ünün yaptırdığı, müdahale grubundaki kadınların kontrol grubuna göre dördüncü izlemi yaptırma oranlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde kontrol grubundan daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Tabloda yer almamakla birlikte, müdahale grubunda dördüncü izlemini yaptırmayan kadınların tamamının (4 kadın) aile hekiminin gelmelerine gerek olmadığını belirtmesi, kontrol grubundaki kadınların tamamının ise (26 kadın) ise böyle bir izlemde haberdar olmaması nedeniyle dördüncü izlemi yaptırmadığı belirlendi. Yine tabloda yer almamakla birlikte, doğum sonu dördüncü izlemi yaptıran kadınların tamamı bu izlemde, bebeklerine D vitamini başlandığını ve boy ve kilo takibi yapıldığını ifade etti. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların dördüncü izlemi doğum sonu 13-17. günlerde yaptırma durumu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulundu ($p>0,05$).

Doğum sonu beşinci izlemi, müdahale ve kontrol gruplarında yer alan kadınların tamamının yaptırdığı belirlendi. Tabloda yer almamakla birlikte, kadınların tamamı bu izlemde, bebeklerine birinci ay aşısının ve boy ve kilo ölçümünün yapıldığını ifade etti. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların beşinci izlemi doğum sonu 30-42. günlerde yaptırma durumu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulundu ($p>0,05$).

Doğum sonu altıncı izlemi, müdahale grubundaki kadınların tamamının yaptırdığı; müdahale ve kontrol grubundaki kadınların altıncı izlemi yaptırma durumları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemsiz olduğu belirlendi ($p>0,05$). Tabloda yer almamakla birlikte kontrol grubunda altıncı kontrolü yaptırmayan bir kadının (%100.0) yurt dışına çıkması nedeniyle kontrole gitmediği saptandı. İzleme katılan kadınların tamamı izlemde bebeklerine ikinci ay aşısının yapıldığını ifade etti. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların altıncı izlemi doğum sonu 60-89. günlerde yaptırma durumu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulundu ($p>0,05$).

4.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Öz Bakım Gücü, Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Riskleri İle Fiziksel Semptom Şiddetine İlişkin Bulgular

Tablo 4.9. Kadınların öz bakım gücü ölçeği puan ortalamalarının gruplara ve izlem zamanlarına göre dağılımı

Gruplar	Öz Bakım Gücü Ölçeği Puanları									
	2. gün		10. gün		6. hafta		3. ay		Grup içi Test	
	$\bar{X} \pm S.S$	Ortanca [Min-Maks]	$\bar{X} \pm S.S$	Ortanca [Min-Maks]	$\bar{X} \pm S.S$	Ortanca [Min-Maks]	$\bar{X} \pm S.S$	Ortanca [Min-Maks]	İstatistiği p	p
Müdahale Grubu	122,09±7,55	122,0 [104,0-133,0]	129,55±7,68	131,0 [103,0-140,0]	134,19±4,21	135,0 [124,0-140,0]	138,71±3,74	138,0 [125,0-140,0]	$\chi^2=58,687$	p=0,001
Kontrol Grubu	96,33±12,36	95,0 [70,0-130,0]	100,60±8,95	102,0 [80,0-117,0]	110,10±7,84	111,0 [91,0-126,0]	116,87±5,37	117,0 [106,0-126,0]	F=52,336 ^d	p=0,001
Gruplar Arası Test İstatistiği p	t=9,779 ^a p=0,001		Z=-6,467 ^b p=0,001		Z=-6,694 ^b p=0,001		Z=-6,693 ^b p=0,001			

^a Bağımsız örneklem t testi

^b Mann-Whitney U testi

^c Friedman testi

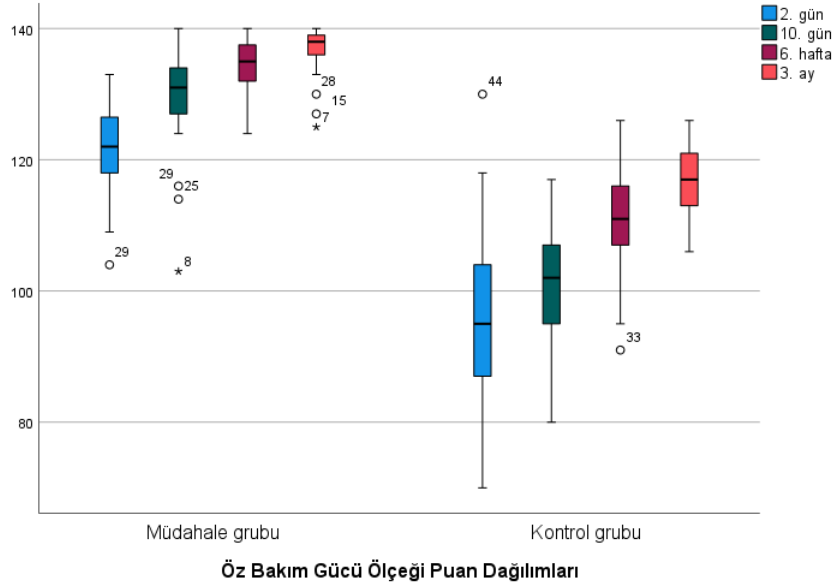
^d Tekrarlı ölçüm ANOVA

Tablo 4.9’da kadınların Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarının gruplara ve izlem zamanlarına göre dağılımı yer almaktadır. Doğum sonu ikinci günde müdahale grubundaki kadınların Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamasının $122,09 \pm 7,55$, kontrol grubundaki kadınların puan ortalamasının $96,33 \pm 12,36$; doğum sonu onuncu günde müdahale grubundaki kadınların Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamasının $129,55 \pm 7,68$, kontrol grubundaki kadınların puan ortalamasının $100,60 \pm 8,95$; doğum sonu altıncı haftada müdahale grubundaki kadınların Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamasının $134,19 \pm 4,21$, kontrol grubundaki kadınların puan ortalamasının $110,10 \pm 7,84$ ve doğum sonu üçüncü ayda müdahale grubundaki kadınların Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamasının $138,71 \pm 3,74$, kontrol grubundaki kadınların puan ortalamasının $116,87 \pm 5,37$ olduğu belirlendi. Doğum sonu ikinci gün, onuncu gün, altıncı hafta ve üçüncü ayda müdahale grubundaki kadınların Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamasının kontrol grubundaki kadınların Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamasından anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı ($p < 0,05$). Bu bulgulara dayanarak, **‘Doğum sonu dönemde Hemşire Navigasyon Programı temelli hemşirelik bakımı alan ve almayan kadınların öz bakım gücü puan ortalamaları arasında fark vardır.’** hipotezi (H_{1a}) kabul edildi.

Hemşire Navigasyon Programı uygulanan müdahale grubunda Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları izlem zamanlarına göre giderek yükseldiği belirlendi. Doğum sonu ikinci gün Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamasının ($122,09 \pm 7,55$), onuncu gün ($129,55 \pm 7,68$), altıncı hafta ($134,19 \pm 4,21$) ve üçüncü ay ($138,71 \pm 3,74$) puan ortalamasından; onuncu gün puan ortalamasının ($129,55 \pm 7,68$) ise üçüncü ay puan ortalamasından ($138,71 \pm 3,74$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı ($p < 0,05$).

Kontrol grubundaki kadınların izlem zamanlarına göre Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarının (İkinci gün: $96,33 \pm 12,36$, onuncu gün: $100,60 \pm 8,95$, altıncı hafta: $110,10 \pm 7,84$, üçüncü ay: $116,87 \pm 5,37$) giderek yükseldiği ve izlem zamanlarına göre öz bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p < 0,05$). Kontrol grubundaki kadınların doğum sonrası altıncı hafta ($110,10 \pm 7,84$) ve üçüncü ay ($116,87 \pm 5,37$) Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları doğum sonu ikinci gün ($96,33 \pm 12,36$) ve onuncu gün puan ortalamasından ($100,60 \pm 8,95$); doğum sonu üçüncü ay Öz Bakım Gücü Ölçeği puan

ortalamasının ($116,87 \pm 5,37$) ise doğum sonu altıncı hafta puan ortalamasından ($110,10 \pm 7,84$) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p < 0,05$).



Grafik 4.1. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların izlem zamanlarına göre Öz Bakım Gücü Ölçeği puan dağılımları

Tablo 4.10. Kadınların Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının gruplara ve izlem zamanlarına göre dağılımı

Gruplar	Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları				Grup İçi Test İstatistiği p
	6. hafta		3. ay		
	$\bar{X} \pm S.S$	Ortanca [Min-Maks]	$\bar{X} \pm S.S$	Ortanca [Min-Maks]	
Müdahale Grubu	27,85±1,14	28,2 [24,8-29,2]	29,30±0,45	29,3 [28,2-29,9]	Z=-4,860b p=0,001
Kontrol Grubu	25,29±1,15	25,6 [20,5-26,7]	27,10±0,80	27,1 [25,3-28,3]	Z=-4,762b p=0,001
Gruplar Arası Test İstatistiği p	Z=-5,684 ^a p=0,001		Z=-6,668a p=0,001		

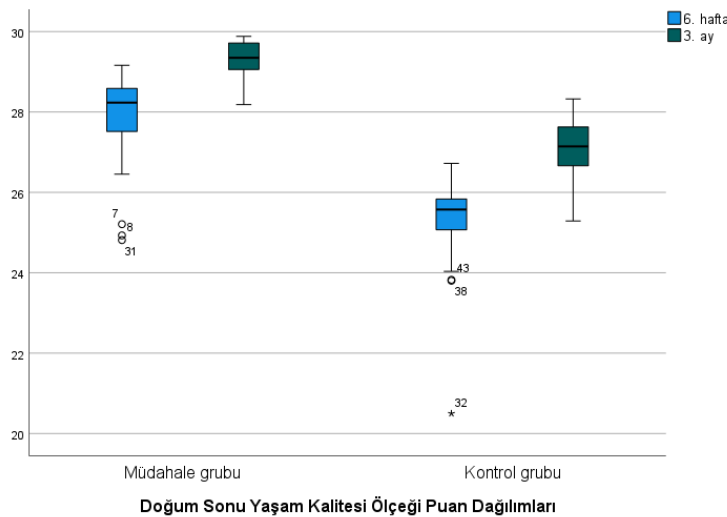
^a Mann-Whitney U test

^b Wilcoxon test

Tablo 4.10’da kadınların Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının gruplara ve izlem zamanlarına göre dağılımı yer almaktadır. Doğum

sonu altıncı haftada müdahale grubundaki kadınların Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının $27,85 \pm 1,14$, kontrol grubundaki kadınların Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının $25,29 \pm 1,15$; doğum sonu üçüncü ayda müdahale grubundaki kadınların Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının $29,30 \pm 0,45$, kontrol grubundaki kadınların Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının $27,10 \pm 0,80$ olduğu belirlendi. Doğum sonu altıncı hafta ve üçüncü ayda müdahale grubundaki kadınların Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının kontrol grubundaki kadınların Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasından anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı ($p < 0,05$). Bu doğrultuda, **‘Doğum sonu dönemde Hemşire Navigasyon Programı temelli hemşirelik bakımı alan ve almayan kadınların doğum sonu yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında fark vardır.’** hipotezi (H_{1b}) kabul edildi.

Grup içi karşılaştırmalarda, müdahale grubundaki kadınların ($29,30 \pm 0,45$) grubundaki kadınların doğum sonu üçüncü ayda Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının altıncı haftaya ($27,85 \pm 1,14$) göre istatistiksel açıdan önemli derecede arttığı belirlendi ($p < 0,05$). Kontrol grubundaki kadınların da doğum sonu üçüncü ayda ($27,10 \pm 0,80$) Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının altıncı haftaya ($25,29 \pm 1,15$) göre istatistiksel açıdan önemli derecede arttığı belirlendi ($p < 0,05$).



Grafik 4.2. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların izlem zamanlarına göre Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği puan dağılımları

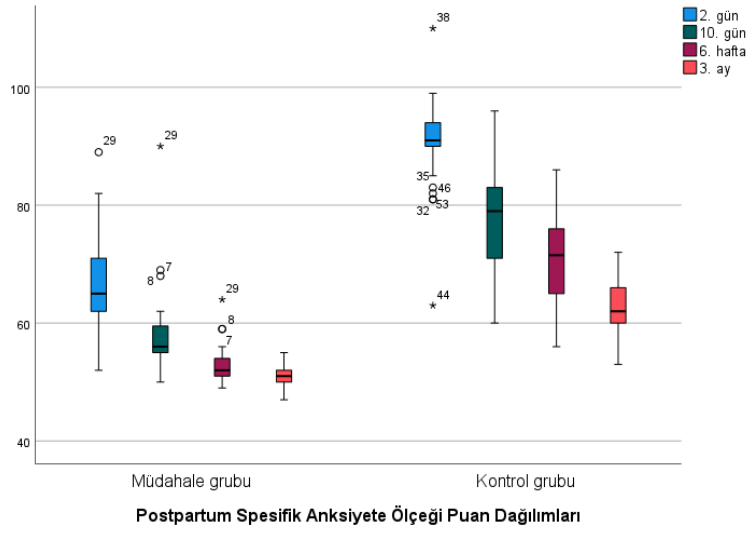
Tablo 4.11. Kadınların Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği puan ortalamalarının gruplara ve izlem zamanlarına göre dağılımı

Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği Puanları									Grup İçi Test İstatistiği p
Gruplar	2. gün		10. gün		6. hafta		3. ay		
	$\bar{X} \pm S.S$	Ortanca [Min-Maks]	$\bar{X} \pm S.S$	Ortanca [Min-Maks]	$\bar{X} \pm S.S$	Ortanca [Min-Maks]	$\bar{X} \pm S.S$	Ortanca [Min-Maks]	
Müdahale Grubu	67,35±8,11	65,0 [52,0-89,0]	58,25±7,25	56,0 [50,0-90,0]	53,09±3,11	52,0 [49,0-64,0]	50,74±1,61	51,0 [47,0-55,0]	$\chi^2=88,130$ p=0,001
Kontrol Grubu	90,43±7,76	91,0 [63,0-10,0]	76,90±7,69	79,0 [60,0-96,0]	71,50±7,61	71,5 [56,0-86,0]	62,60±4,85	62,0 [53,0-72,0]	$\chi^2=80,819$ p=0,001
Gruplar Arası Test İstatistiği p	Z=-6,298 p=0,001		Z=-6,131 p=0,001		Z=-6,582 p=0,001		t=-12,891 p=0,001		

^a Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri)^b Friedman” test (χ^2 -tablo değeri)

Tablo 4.11'de kadınların Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği puan ortalamalarının gruplara ve izlem zamanlarına göre dağılımı yer almaktadır. Doğum sonu ikinci günde müdahale grubundaki kadınların Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği puan ortalamasının $67,35 \pm 8,11$, kontrol grubundaki kadınların Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği puan ortalamasının $90,43 \pm 7,76$; doğum sonu onuncu günde müdahale grubundaki kadınların Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği puan ortalamasının $58,25 \pm 7,25$; kontrol grubundaki kadınların puan ortalamasının $76,90 \pm 7,69$; doğum sonu altıncı haftada müdahale grubundaki kadınların Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği puan ortalamasının $53,09 \pm 3,11$, kontrol grubundaki kadınların puan ortalamasının $71,50 \pm 7,61$ ve doğum sonu üçüncü ayda müdahale grubundaki kadınların Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği puan ortalamasının $50,74 \pm 1,61$, kontrol grubundaki kadınların puan ortalamasının $62,60 \pm 4,85$ olduğu belirlendi. Doğum sonu ikinci gün, onuncu gün, altıncı hafta ve üçüncü ayda müdahale grubundaki kadınların Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği puan ortalamasının kontrol grubundaki kadınların Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği puan ortalamasından anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı ($p < 0,05$). Bu bulguya dayanarak '**Doğum sonu dönemde Hemşire Navigasyon Programı temelli hemşirelik bakımı alan ve almayan kadınların doğum sonu anksiyete puan ortalamaları arasında fark vardır.**' hipotezi (H_{1c}) kabul edildi.

Hemşire Navigasyon Programı uygulanan müdahale grubunda Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları izlem zamanlarına göre giderek yükseldiği belirlendi, bununla birlikte, ikinci gün Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği puan ortalamasının ($67,35 \pm 8,11$), onuncu gün ($58,25 \pm 7,25$), altıncı hafta ($53,09 \pm 3,11$) ve üçüncü ay ($50,74 \pm 1,61$) puan ortalamasından; onuncu gün puan ortalamasının ($58,25 \pm 7,25$) ise altıncı hafta ($53,09 \pm 3,11$) ve üçüncü ay puan ortalamasından ($50,74 \pm 1,61$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p < 0,05$). Kontrol grubundaki kadınların doğum sonu onuncu gün ($76,90 \pm 7,69$), altıncı hafta ($71,50 \pm 7,61$) ve üçüncü ay ($62,60 \pm 4,85$) Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği puan ortalamalarının ikinci güne ($90,43 \pm 7,76$) göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlendi ($p < 0,05$).



Grafik 4.3. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların izlem zamanlarına göre Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği puan dağılımları

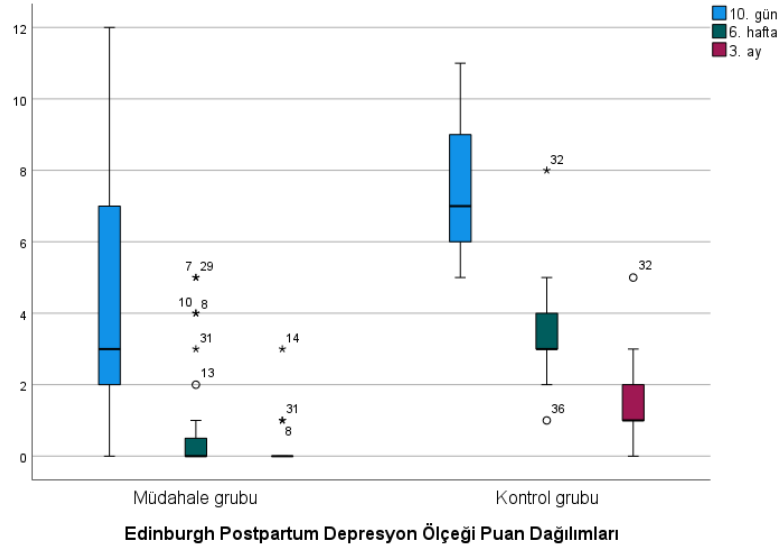
Tablo 4.12. Kadınların Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının gruplara ve izlem zamanlarına göre dağılımı

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği Puanları							Grup İçi Test İstatistiği p
Gruplar	10. gün		6. hafta		3. ay		
	$\bar{X} \pm S.S$	Ortanca [Min-Maks]	$\bar{X} \pm S.S$	Ortanca [Min-Maks]	$\bar{X} \pm S.S$	Ortanca [Min-Maks]	
Müdahale Grubu	4,45±2,91	3,0 [0,0-12,0]	0,81±1,60	0,0 [0,0-5,0]	0,16±0,58	0,0 [0,0-3,0]	$\chi^2=55,535^b$ p=0,001
Kontrol Grubu	7,20±1,79	7,0 [5,0-11,0]	3,47±1,36	3,0 [1,0-8,0]	1,60±0,93	1,0 [0,0-5,0]	$\chi^2=54,119^b$ p=0,001
Gruplar Arası Test İstatistiği p	Z=-3,886 ^a p=0,001		Z=-5,282 p=0,001		Z=-6,297 ^a p=0,001		

^a Mann-Whitney U'' test^b Friedman'' test

Tablo 4.12’de kadınların Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının gruplara ve izlem zamanlarına göre dağılımı yer almaktadır. Doğum sonu onuncu günde müdahale grubundaki kadınların Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği puan ortalamasının $4,45 \pm 2,91$, kontrol grubundaki kadınların puan ortalamasının $7,20 \pm 1,79$; doğum sonu altıncı haftada müdahale grubundaki kadınların Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği puan ortalamasının $0,81 \pm 1,60$, kontrol grubundaki kadınların puan ortalamasının $3,47 \pm 1,36$ ve doğum sonu üçüncü ayda müdahale grubundaki kadınların Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği puan ortalamasının $0,16 \pm 0,58$, kontrol grubundaki kadınların puan ortalamasının $1,60 \pm 0,93$ olduğu belirlendi. Doğum sonu onuncu gün, altıncı hafta ve üçüncü ayda müdahale grubundaki kadınların Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği puan ortalamasının kontrol grubundaki kadınların Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği puan ortalamasından anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı ($p < 0,05$). Bu bulgular doğrultusunda, **‘Doğum sonu dönemde Hemşire Navigasyon Programı temelli hemşirelik bakımı alan ve almayan kadınların doğum sonu depresyon puan ortalamaları arasında fark vardır.’** hipotezi (H_{1a}) kabul edildi.

Hemşire Navigasyon Programı uygulanan müdahale grubunda Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının izlem zamanlarına göre giderek düştüğü belirlendi, bununla birlikte, onuncu gün Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği puan ortalamasının ($4,45 \pm 2,91$), altıncı hafta ($0,81 \pm 1,60$) ve üçüncü ay puan ortalamasından ($0,16 \pm 0,58$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu saptandı ($p < 0,05$). Kontrol grubundaki kadınların Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının ise her ölçümde anlamlı düzeyde giderek düştüğü ve doğum sonu üçüncü ayda ($1,60 \pm 0,93$) en düşük düzeye ulaştığı belirlendi ($p < 0,05$).



Grafik 4.4. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların izlem zamanlarına göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği puan dağılımları

Tablo 4.13. Kadınların Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği puan ortalamalarının gruplara ve izlem zamanlarına göre dağılımı.

Gruplar	Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği Puanları				Grup İçi Test İstatistiği p
	6. hafta		3. ay		
	$\bar{X} \pm S.S$	Ortanca [Min-Maks]	$\bar{X} \pm S.S$	Ortanca [Min-Maks]	
Müdahale Grubu	0,10±0,30	0,0 [0,0-1,0]	0,06±0,25	0,0 [0,0-1,0]	Z=-0,577 ^b p=0,564
Kontrol Grubu	1,63±1,77	1,5 [0,0-7,0]	1,30±1,80	1,0 [0,0-7,0]	Z=-1,588 ^b p=0,112
Gruplar Arası Test İstatistiği p	Z=-4,784 ^a p=0,001		Z=-3,696 ^a p=0,001		

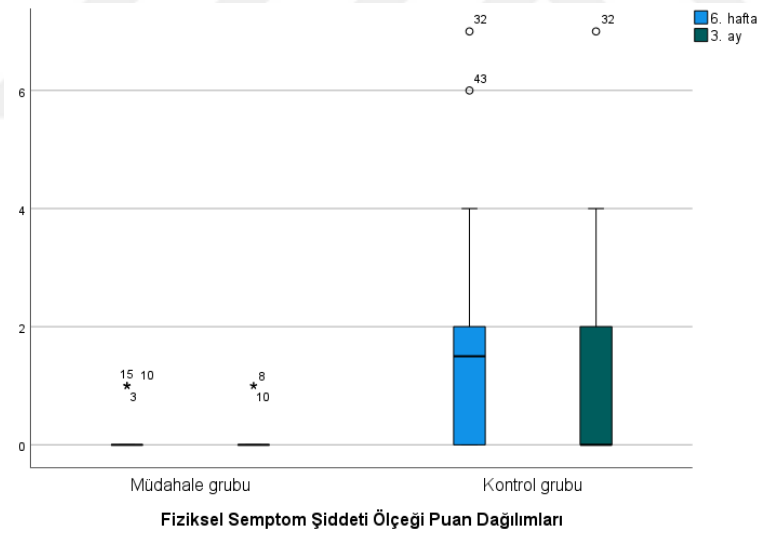
^aMann-Whitney U” test

^bWilcoxon” test

Tablo 4.13’te kadınların Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği puan ortalamalarının gruplara ve izlem zamanlarına göre dağılımı yer almaktadır. Doğum sonu altıncı haftada müdahale grubundaki kadınların Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği puan ortalamasının 0,10±0,30, kontrol grubundaki kadınların puan ortalamasının 1,63±1,77 olduğu saptandı. Müdahale grubundaki kadınların Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği puan ortalaması ile kontrol grubundaki kadınların Fiziksel

Semptom Şiddeti Ölçeği puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Doğum sonu üçüncü ayda müdahale grubundaki kadınların Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği puan ortalamasının $0,06\pm0,25$; kontrol grubundaki kadınların Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği puan ortalamasının $1,30\pm1,80$ olduğu belirlendi. Müdahale grubundaki kadınların Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği puan ortalamasının kontrol grubundaki kadınların Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı ($p<0,05$). Bu bulguya dayanarak **‘Doğum sonu dönemde Hemşire Navigasyon Programı temelli hemşirelik bakımı alan ve almayan kadınların fiziksel semptom şiddeti puan ortalamaları arasında fark vardır.’** hipotezi (H_{1e}) kabul edildi. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların doğum sonu altıncı hafta ve üçüncü ay Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği puan ortalamaları arasında ise zaman içerisinde istatistiksel açıdan anlamlı bir değişim olmadığı belirlendi ($p>0,05$).



Grafik 4.5. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların izlem zamanlarına göre Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği puan dağılımları

Tablo 4.14. Müdahale grubundaki kadınların Öz Bakım Gücü, Doğum Sonu Yaşam Kalitesi, Postpartum Spesifik Anksiyete, Edinburgh Postpartum Depresyon ve Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçekleri ilk uygulama puanları arasındaki ilişki

Korelasyon*		Müdahale grubu (n=31)				
		Öz Bakım Gücü Ölçeği**	Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği***	Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği**	Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği****	Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği***
Öz Bakım Gücü Ölçeği**	<i>r</i>	1,000	0,496	-0,656	-0,429	0,171
	<i>p</i>	-	0,005	0,001	0,016	0,357
Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği***	<i>r</i>	0,495	1,000	-0,479	-0,361	0,049
	<i>p</i>	0,005	-	0,006	0,046	0,794
Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği**	<i>r</i>	-0,656	-0,479	1,000	0,532	-0,018
	<i>p</i>	0,000	0,006	-	0,002	0,922
Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği****	<i>r</i>	-0,429	-0,361	0,532	1,000	-0,006
	<i>p</i>	0,016	0,046	0,002	-	0,974
Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği***	<i>r</i>	0,171	0,049	-0,018	-0,006	1,000
	<i>p</i>	0,357	0,794	0,922	0,974	-

*Normal dağılıma sahip olan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson"; en az birinin normal dağılım göstermediği durumlarda "Spearman" korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

**Öz bakım Gücü ve Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçekleri doğum sonu ikinci gün uygulanmıştır.

*** Doğum Sonu Yaşam Kalitesi ve Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçekleri doğum sonu altıncı hafta uygulanmıştır.

**** Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği doğum sonu altıncı hafta uygulanmıştır.

Tablo 4.14'te müdahale grubundaki kadınların Öz Bakım Gücü, Doğum Sonu Yaşam Kalitesi, Postpartum Spesifik Anksiyete, Edinburgh Postpartum Depresyon ve Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçekleri ilk uygulama puanları arasındaki ilişki yer almaktadır. Müdahale grubundaki kadınlarda Öz Bakım Gücü Ölçeği puanı ile Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği puanı arasında pozitif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p < 0,005$). Kadınların öz bakım gücü arttıkça, doğum sonu yaşam kalitesi de artmaktadır.

Müdahale grubundaki kadınların Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları ile Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği puanı arasında negatif yönde, sırasıyla orta ve zayıf derecede bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Kadınların öz bakım gücü ve doğum sonu yaşam kalitesi arttıkça anksiyete düzeyleri azalmaktadır.

Müdahale grubundaki kadınların Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları ile Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği puanları arasında negatif yönde, zayıf derecede bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınların öz bakım gücü ve doğum sonu yaşam kalitesi arttıkça doğum sonu depresyon düzeyi azalmaktadır.

Müdahale grubundaki kadınların ilk uygulama Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği ile Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği puanları arasında pozitif yönde, orta derecede bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,005$). Kadınların anksiyete düzeyi arttıkça, depresyon düzeyi artmaktadır.

Tablo 4.15. Müdahale grubundaki kadınların Öz Bakım Gücü, Doğum Sonu Yaşam Kalitesi, Postpartum Spesifik Anksiyete, Edinburgh Postpartum Depresyon ve Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçekleri doğum sonu üçüncü ay puanları arasındaki ilişki

Korelasyon*		Müdahale grubu (n=31)				
		Öz Bakım Gücü Ölçeği**	Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği***	Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği**	Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği****	Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği***
Öz Bakım Gücü Ölçeği**	r	1,000	0,254	-0,434	0,019	0,134
	p	-	0,168	0,015	0,919	0,473
Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği***	r	0,254	1,000	-0,465	-0,352	-0,118
	p	0,168	-	0,008	0,052	0,528
Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği**	r	-0,434	0,468	1,000	0,264	0,287
	p	0,015	0,008	-	0,151	0,117
Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği****	r	0,019	-0,352	0,264	1,000	0,343
	p	0,919	0,052	0,151	-	0,059
Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği***	r	0,134	-0,118	0,287	0,343	1,000
	p	0,473	0,528	0,117	0,059	-

*Normal dağılıma sahip olan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson"; en az birinin normal dağılım göstermediği durumlarda "Spearman" korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

**Öz bakım Gücü ve Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçekleri doğum sonu ikinci gün uygulanmıştır.

*** Doğum Sonu Yaşam Kalitesi ve Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçekleri doğum sonu altıncı hafta uygulanmıştır.

**** Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği doğum sonu altıncı hafta uygulanmıştır.

Tablo 4.15'te müdahale grubundaki kadınların Öz Bakım Gücü, Doğum Sonu Yaşam Kalitesi, Postpartum Spesifik Anksiyete, Edinburgh Postpartum Depresyon ve Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçekleri doğum sonu üçüncü ay puanları arasındaki ilişki yer almaktadır. Müdahale grubundaki kadınların doğum sonu üçüncü ay Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği puanları arasında negatif yönde, zayıf derecede bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınların öz bakım gücü ve doğum sonu yaşam kalitesi düzeyleri arttıkça, anksiyete düzeyleri azalmaktadır.

5. TARTIŞMA

Doğum sonu dönem, kadının ve ailesinin yoğun fiziksel, mental ve sosyal değişimler yaşadıkları kritik bir geçiş dönemidir. Bu dönemde sunulan kapsamlı ve bütüncül bir bakım hizmeti, yalnızca akut sorunların yönetilmesinde değil sağlığı geliştirici uygulamaların da kazandırılarak uzun vadede sağlıklı anne, bebek, aile ve toplumun temelini atılmasında da ön plana çıkmaktadır (178,203). Bununla birlikte, doğum sonrası dönemde görülen problemlerin normal bir durum olduğunu düşünme, mahremiyetin zedelenmesi korkusu, sağlık merkezlerinin uzak olması, ekonomik sorunlar, sağlık personeline güvenmeme gibi nedenler kadınların zorunlu olmadıkça doğum sonrası bakım hizmeti almalarını engellemektedir (63). Bakımın önündeki engelleri kaldırmak, tekrarlı yatışları önlemek, acil servis başvurularını azaltmak, annelerin öz bakım gücünü, yaşam kalitesini artırmak, anksiyete ve depresyon düzeyini azaltmak amacıyla Hemşire Navigasyon Programının doğum sonu bakım hizmetleri içerisinde kullanılması önerilmiştir (56,61,178,203). Bu nedenle, bu çalışmada doğum sonu dönemdeki annelere yönelik geliştirilen hemşire navigasyon programının annelerin öz bakım gücü, yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon riski ile fiziksel semptom şiddeti üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Doğum sonu dönem, anne ve bebeğin fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan iyiliğinin ve bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesinde kaliteli bakıma en çok ihtiyaç duydukları dönemlerden biridir. Bu dönemde nitelikli bakım eksikliği ve anne ve bebeğin gereksinimlerin yeterli düzeyde karşılanamaması, anne ve bebeğin çeşitli sağlık sorunları yaşamasına neden olabilir (204,205). Doğum sonu dönemde kadınlar, yaşadıkları çeşitli fiziksel semptomlar nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini yapmakta zorluk yaşamakta, yaşam kaliteleri düşmekte ve normal hayatlarına dönme süreçleri uzamaktadır (193,206).

Çalışmamızda, müdahale grubundaki kadınların doğum sonrası altıncı hafta ve üçüncü ayda Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği puan ortalamalarının kontrol grubundaki kadınların doğum sonrası altıncı hafta ve üçüncü ayda Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği puan ortalamalarından anlamlı düzeyde daha düşük olduğu, zamanla fiziksel semptom şiddetinin her iki grupta da azalmasına karşın gruplar arasındaki farkın üçüncü ayda da devam ettiği bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.13).

Doğum sonu dönemdeki kadınların postpartum fiziksel semptom şiddetinin azaltılması, kadınların öz bakım gereksinimlerini karşılamalarına ve bebeklerinin bakımlarını rahatlıkla yapabilmelerine olanak sağlamaktadır (206). Austad ve arkadaşları (44) doğum sonu dönemde istenmeyen komplikasyonların önlenmesi, erken farkedilmesi ve gerekli müdahale ve yaklaşımların uygulanması, güvenli annelik kapsamında gerekli yaklaşımların doğum sonu navigasyon programıyla başarılabileceğini bildirmiştir. Yapılan bir çalışmada, doğum sonu navigasyon programının kadınların klinik sonuçlarını ve fiziksel semptomlarını azaltmada ve iyileştirmede etkili olduğu belirtilmiştir (207). Yapılan diğer çalışmalar da, Hemşire Navigasyon Programının doğum sonu kanama, endometrit, yara yeri enfeksiyonu, anemi (56), uterus rüptürü, ölü doğum (208) görülme oranlarını ve komplikasyonları önemli ölçüde azalttığını ortaya koymaktadır (60,178,209). Filicko ve ark. (210), birinci basamakta çalışan sağlık profesyonellerinin doğum sonu navigasyon programına ilişkin görüşlerini değerlendirdiği çalışmada, çalışmaya katılan sağlık profesyonellerinin navigasyon programı sayesinde doğum sonu dönemde kadınlarda komplikasyon görülme sıklığının, fiziksel ve psikolojik sorunların azaldığı, ortaya çıkan komplikasyonların kısa sürede ve zamanında tedavi edildiğini bildirdikleri gösterilmiştir (210). Bu doğrultuda, doğum sonu dönemde Hemşire Navigasyon Programı temelli hemşirelik bakımının doğum sonu fiziksel semptom görülme sıklığını azaltmada ve semptomları iyileştirmede etkili bir yöntem olarak kullanılabileceği düşünülmektedir.

Literatürde doğum sonu dönemde annelerin sıklıkla epizyotomi (211), emzirme ve meme sorunları (15,212,213), konstipasyon ve psikolojik problemler (94,214) yaşadıkları belirlenmiştir. Primipar kadınlarla yapılan çalışmalarda da benzer şekilde doğumdan sonra en sık ağrı, emzirme ve meme bakımı ile ilgili sorunlar, epizyo ile ilgili sorunlar, anksiyete ve depresyon, inkontinans gibi komplikasyonların daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (215). Çalışmamızda müdahale ve kontrol grubundaki kadınların tamamının doğum sonu ikinci günde epizyotomi ile ilgili sorun yaşadığı, bununla birlikte müdahale grubundaki kadınlarda epizyotomi ile ilgili sorunların doğum sonu onuncu gün ve altıncı haftada görülmemesine rağmen, kontrol grubundaki kadınlarda devam ettiği saptanmıştır (Tablo 4.5). Yapılan çalışmalarda, kadınların %97'sinin doğum sonu ilk günlerde

(211,216), % 61-76'sının 7-10. günlerde epizyotomi ağrısı yaşadığı bildirilmektedir (6,211,216). Jones ve ark. (217), epizyotomi sonrası yara enfeksiyonu ve epizyotomi açılması ile ilgili kanıtları değerlendirdikleri sistematik derlemede, epizyotomi enfeksiyonu oranının %0,1 ile % 24, epizyotomi açılma oranının ise % 0,2 ile % 25 arasında olduğunu bildirmiştir. Ayrıca çalışmalarda, epizyotomi ve perine ile ilgili sorunların primipar kadınlarda sık yaşandığı, primiparların epizyotomi ile ilgili bilgi ve desteğe gereksinimlerinin daha fazla olduğu ortaya konulmuştur (153,218). Çalışmamızda, gebelikten itibaren başlayan ve doğum sonu dönemde devam eden sürekli bakım, izlem ve danışmanlığı kapsayan Hemşire Navigasyon Programının kadınların epizyotomi bakımı ile ilgili bilgi ve destek ihtiyacını karşılamaya, sorunların erken dönemde saptanmasına ve ilerlemeden çözülmesine yardımcı olmuştur.

Doğum sonu dönemde kadınların sıklıkla yaşadıkları bir diğer sorun meme ile ilgili sorunlardır. Meme ile ilgili olarak meme başında ağrı ve hassasiyet, süt kanallarında tıkanıklık, engorjman, içe çökük meme ucu sorunları görülmektedir (219,220). Çalışmamızda da doğum sonu ikinci günde müdahale grubundaki yaklaşık her beş kadından birinde, kontrol grubundaki kadınların yarsından fazlasında, doğum sonu onuncu günde müdahale grubunda her on kadından üçünde, kontrol grubunda ise her dört kadından üçünde meme ucu çatlağı, dolgunluk, tıkanıklık, mastit, içe dönük meme başı gibi sorunlar yaşandığı belirlenmiştir. Emzirme ve meme ile ilgili sorunların altıncı hafta ve üçüncü ayda her iki grupta da azalmasına rağmen, kontrol grubundaki kadınlarda emzirme ve meme ile ilgili sorunların daha uzun süre devam ettiği görülmüştür (Tablo 4.5).

Doğumdan sonra annelerde emzirme ve meme ile ilgili sorunların değerlendirildiği bir çalışmada annelerin %25'inin yanlış emzirme pozisyonu, %26,1'nin bebeğin memeyi kavraması sorunu, %28,3'ünün meme dolgunluğu, hassasiyet, meme başı çatlağı, içe dönük veya düz meme başı sorunları yaşadığı gösterilmiştir (221). Türkiye'de yapılan çalışmalar temel alınarak emzirme ve meme sorunlarının değerlendirildiği bir sistematik derlemede, kadınların en sık emzirme tekniği ile ilgili sorunlar (%24,5), anne sütü yetersizliği/sütün yetmediği endişesi/bebeğinin doymadığını düşünme/bebeğin yetersiz kilo alması (%15,7), emzirme konusunda bilgi ve deneyim eksikliği/eğitim ve desteğe ihtiyaç duyması

(%17,8), meme ucunun düz, içe çökük olması (%7,7), ağrı/hassasiyet (%3,9), tıkanıklık ve dolgunluk (%10,8), meme ucu çatlağı (%28,8), ve mastit (%5,6) olduğu bildirilmiştir (222). Hemşire Navigasyon Programı, emzirme ve meme ile ilgili sorunların önlenmesine ve çözümüne, gebelikten itibaren başlayan eğitim ve danışmanlıkla erken dönemde meme ucunun içe çökük olması gibi sorunların saptanabilmesine, doğum sonu dönemde kadınların hem hastanede hem de ev ortamında emzirme ve meme bakımı konularında desteklenmesi ile sorunların görülme sıklığının azalmasına, ortaya çıkan sorunların kısa sürede çözülmesine olanak sağlamaktadır. Hu ve ark. (207) doğum sonu navigasyon programına yönelik annelerin ve sağlık profesyonellerinin görüşlerini değerlendirdiği çalışmada, navigatör hemşirenin kadının emzirme ve meme bakımı ile ilgili gereksinim duyduğu ve sorun yaşadığı konularda emzirme hemşiresi ile iletişimini sağlayarak sorunlarını çözebildiğini belirtilmiştir. Aynı çalışmada, çalışmaya katılan annelerin %44'ü doğum sonu navigasyon programı sayesinde aldıkları emzirme desteğinin arttığını ifade ettiği belirtilmiştir (207).

Çalışmamızda, navigatör hemşirenin gebeliğin 36. haftasından itibaren kadınların emzirme ve meme bakımı ile ilgili sorularını yanıtlaması, kadınların ilk emzirmeleri esnasında ve hastanede kaldıkları süreçte yanında olması, emzirme ve meme bakımı eğitimi vermesi, klinikte bebek hemşiresi ve hastanenin emzirme danışmanı ile yakın çalışması, sorun gelişen durumlarda ev ziyaretleri ile emzirmeyi değerlendirmesi ve takip etmesi, kadınları hastanenin ilgili birimlerine yönlendirerek hızlı çözüm sağlaması ile emzirme ve meme bakımı konularında destek olmasının ilgili sorunların önlenmesinde ve azalmasında yararlı olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda doğum sonu ikinci günde boşaltımla ilgili sorunlar; kontrol grubunda müdahale grubuna göre yaklaşık beş kat daha fazla, ikinci hafta yaklaşık iki kat daha fazla görülmüş, müdahale grubunda altıncı haftada sorun çözülürken altıncı haftada kontrol grubunda yarısına yakınında, üçüncü ayda her dört kadından birinde sorun devam etmiştir (Tablo 4.5). Doğum sırasında anal sfinkter ve pelvik taban kaslarında travma, epizyotomi ve perine bölgesinde ağrı, hemoroid gibi durumlar doğum sonu dönemde özellikle boşaltımla ilgili konstipasyon görülmesine neden olmaktadır. Konstipasyon, doğum stresinden kurtulan anne için yeni bir endişe kaynağı haline gelmektedir (13,223). Doğum sonu dönemde kadınların %41,8'i

konstipasyondan şikayet etmektedir (223). Yapılan bir çalışmada, doğum sonu dönemde kadınların %71'inde en az bir kez konstipasyon görüldüğü, %13'ünde konstipasyonun kronikleşerek devam ettiği; %10'unda hemoroid görüldüğü belirtilmiştir (13). Bu doğrultuda Hemşire Navigasyon Programı kapsamında doğum sonu erken dönemde kadınların defekasyon çıkışının sorgulanması ve değerlendirmesi, sıvı alımına teşvik edilmesi, beslenme takibinin yapılması ve liften zengin diyet önerilmesi, yürüyüş yapmaya teşvik edilmesi hastanede, evde ve telefonla izlem ve danışmanlığın devam etmesinin müdahale grubundaki kadınlarda boşaltım ile ilgili sorunların çözülmesine yardımcı olduğu söylenebilir.

Çalışma bulgularımıza göre doğum sonu ikinci gün ve onuncu gün müdahale grubundaki kadınlarda yorgunluk ve uyku sorunları, kontrol grubundaki kadınlara göre daha az görülmüştür. Doğum sonu altıncı hafta ve üçüncü ayda yorgunluk ve uyku sorunları her iki grupta da azalmıştır (Tablo 4.5). Doğum sonu erken dönemde kadınların %52-62'si doğum sonu yorgunlukla baş etmek durumunda kalmaktadır (13,101). Yorgunluk, doğumdan hemen sonra en yüksek seviyedeyken, ilerleyen haftalarda azalmaktadır (224). Giallo ve arkadaşları (225), doğum sonu dönemde yorgunluk düzeyinin düşük uyku kalitesi ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Bu doğrultuda, Navigatör Hemşirenin doğum sonu erken dönemde anneleri desteklemesinin, doğru ve etkili emzirmenin sağlanarak ve annenin kendisi ve bebeğiyle ilgili sorunların önlenerek/çözümlenerek annenin rahatlığını sağlamasının etkili olduğu söylenebilir.

Psikolojik sorunlar, doğum sonu ikinci günde ve onuncu günde kontrol grubunda müdahale grubundan daha fazla görülürken, altıncı haftada ve üçüncü ayda müdahale grubunda bu sorunlar görülmezken, kontrol grubunda da giderek azalmıştır (Tablo 4.5). Doğumun olumlu bir yaşam deneyimi olmasına rağmen, anne hem pozitif hem de negatif duygusal değişiklikleri bir arada yaşayabilmektedir. Bu nedenle, doğum sonu dönemde kolayca ağlama, duyarlılık artışı, hüznün, üzgün hissetme, huzursuzluk gibi duygusal- psikolojik sorunlar sıklıkla görülmektedir (73). Bu doğrultuda, Hemşire Navigasyon Programı kapsamında annelerin her zaman yanında olan ve her an ulaşılabilir Navigatör Hemşirenin varlığını ve desteğini hissetmesi, annelerin kendi ve bebeğin bakımı, sağlık bakım hizmetlerinden yararlanması konularında işlerini kolaylaştırması ve yönlendirmesi, anne ve bebeğin

sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesi, daha az fiziksel sorun yaşamaları, yorgunluk ve uykusuzluğun azaltılmasına yardımcı olunması ile psikolojik sorunların daha az görüldüğü ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda doğum sonu üçüncü ayda kontrol grubundaki kadınlarda daha fazla görülmekle birlikte her iki gruptaki kadınların yaklaşık üçte birinde cinsel ilişki ile ilgili sorun yaşandığı belirlenmiştir (Tablo 4.5). Doğum esnasında uygulanan epizyotomi ve perineal travma disparoniye neden olmaktadır. Bu nedenle doğum sonrası dönemde cinsel istek ve ilişki sıklığında azalma görülebilmektedir (226). Literatürde kadınların emzirmeyle ilişkili hormonların artışı doğumdan üç ay sonrasına kadar disparoni, cinsel istekte azalma gibi sorunlar nedeniyle cinselliği etkilediği belirtilmektedir (227). Almanya’da yürütülen ve çiftlerin cinsel ilişki sıklığının gebelik öncesi dönemden doğum sonu altıncı aya kadar değerlendirildiği bir çalışmada, çiftlerin cinsel ilişki sıklığında gebelikte her trimesterde giderek düştüğü, doğum sonu ilk üç ayda en düşük seviyede olduğu, doğum sonu dördüncü aydan sonra yükselmeye başladığı belirlenmiştir (228). Hemşire Navigasyon Programı kapsamında kadınların doğum sonu dönemde cinsel yaşama yönelik bilgilendirme yapılması; kadınların cinsel sorunlarının ya da cinselliği etkileyecek değişimlerin belirlenmesi ve çözümlenmesi, kadınla endişe ve kaygıların konuşulması, gerekli durumlarda yönlendirme yapılması ile cinsel ilişki ile ilgili sorunların azaltılabileceği düşünülmektedir.

Annenin yaşadığı çeşitli fizyolojik sorunlarla birlikte, sistem ve hormonlardaki hızlı değişim, annenin bu değişimlere uyum sağlayamaması ve bilgi eksikliği çeşitli komplikasyonlara neden olmakta ve doğum sonu dönemde hastaneye başvuruları arttırmaktadır (40,75). Çalışmamızda, doğum sonu ikinci günde müdahale grubundaki kadınların %3,2’sinin kontrol grubundaki kadınların %6,7’sinin, onuncu günde müdahale grubundaki kadınların %9,7’sinin kontrol grubundaki kadınların %19,4’ünün, altıncı haftada müdahale grubundaki kadınların %3,2’sinin kontrol grubundaki kadınların %10,0’ının hastaneye başvurduğu, üçüncü ayda ise her iki gruptaki kadınların da hastaneye başvurusunun olmadığı belirlenmiştir. İzlem zamanlarına göre, müdahale grubundaki kadınlar, kontrol grubundaki kadınlara göre daha az hastaneye başvurduğu, her iki grupta da doğum sonu onuncu günde en fazla hastaneye başvurusunun yapıldığı belirlenmiştir, her iki

grupta da altıncı haftada hastaneye başvuruların azaldığı ve üçüncü ayda başvuru yapılmadığı görülmüştür. Doğum sonu onuncu günde müdahale grubundaki kadınların %3,2'sinin kontrol grubundaki kadınların %10,0'ının hastaneye yatışının yapıldığı belirlenmiştir. Çalışmamızda, doğum sonu dönemde hastaneye başvuru ve tekrarlı yatışların epizyotomi enfeksiyonu ve açılması, meme sorunları ve tromboemboli nedenleriyle yapıldığı görülmüştür (Tablo 4.7).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yürütülen bir çalışmada, 222.084 kadının doğum sonu 6 hafta içerisinde acil servise başvuru oranları değerlendirilmiş ve her 20 kadından birinin acil servise başvurduğu görülmüştür. Bu kadınların %25'i doğum sonu ilk dört gün içerisinde, yarısı ise doğum sonu ilk on günde acil servise başvurmuştur. Aynı çalışmada kadınların %2.8'inin mastit, %1.2'sinin konstipasyon, %1'inin engorjman, %0.3'ünün epizyotomi enfeksiyonu nedeniyle başvurduğu belirlenmiştir (229). Brousseau ve ark. (36) doğum sonu komplikasyon görülme ve hastaneye tekrarlı yatış oranlarını değerlendirdiği çalışmasında, 5708 kadın değerlendirilmiş ve bu kadınların 252'sinin doğumdan sonra ortalama 7,5 gün içinde en az bir kez acil servise başvurduğu belirlenmiştir. Çalışmada en sık başvuru nedenleri, epizyotomi ile ilgili komplikasyonlar (%17.5), ateş (%17.1), karın ağrısı (%15.9), baş ağrısı/baş dönmesi (%12.3), meme sorunları (%10.7) ve hipertansiyon (%10.3) olarak sıralanmıştır ve acil servise başvuran kadınların %57'sinin vajinal doğum yapan kadınlar olduğu bildirilmiştir (36).

Doğum sonu dönemde hastanede kalış süresinin azalması, çoğu zaman bebeğin ve anne bebek uyumunun değerlendirilme sürecini kısaltmakta, anneyle birlikte bebeklerin de hastaneye başvurularının artmasına ve tekrarlı yatışlara neden olabilmektedir (18,230). Çalışmamızda, doğum sonu ikinci günde müdahale grubundaki bebeklerde hastaneye başvuru görülmezken kontrol grubundaki her beş bebeğin birinin hastaneye başvuru yaptığı, onuncu günde müdahale grubundaki bebeklerin %3,2'sinin, kontrol grubundaki bebeklerin %13,3'ünün hastaneye başvuru yaptığı; altıncı haftada müdahale grubundaki bebeklerde hastaneye başvuru görülmezken kontrol grubundaki bebeklerin %16,7'sinin, üçüncü ayda ise müdahale grubundaki bebeklerin %6,5'inin kontrol grubundaki bebeklerin %16,7'sinin hastaneye başvurduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundaki bebeklerin doğum sonu ikinci günde %13,3'ünün, onuncu günde %3,3'ünün hastaneye yatışının yapıldığı

saptanmıştır (Tablo 4.7). Lüteratürle uyumlu olarak hastaneye yapılan başvuruların nedenlerinin ise; fizyolojik sarılık, burun tıkanıklığı, enfeksiyondan kaynaklandığı belirlenmiş, hemşire navigasyon programı uygulanan müdahale grubundaki bebeklerin daha az hastaneye başvurduğu saptanmıştır (Tablo 4.7). Eser ve ark. (230), yenidoğanların %11,38'inin doğumdan sonraki ilk üç günde, %24,66'sının 4-7 günlerde, %63,96'sının 8-28 günlerde hastaneye başvurduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada, doğum sonu ilk bir hafta acil servise başvuru nedeninin sarılık olduğu, ilk 28 günde ise, %12,8'inin burun tıkanıklığı, %6,1'inin cilt sorunları, %3,5'inin ateş olduğu gösterilmiştir (230). Carty ve ark. (54), bebeklerde hastaneye yatışların navigasyon programı kapsamında bakım alan ebeveynlerin bebeklerinde, rutin bakım alan ebeveynlerin bebeklerine göre %17 daha az olduğu gösterilmiştir.

Sarılık doğum sonu ilk on günde en sık görülen acil servise başvuru nedenidir ve sarılığın büyük çoğunluğu fizyolojik sarılık ile ilişkilidir (230,231). Fizyolojik sarılık, hastaneye yatışları önemli ölçüde etkilemektedir (232). Bu nedenle, acil servise başvuru oranlarını ve tekrarlı hastaneye yatışları azaltmaya yönelik müdahaleler, emzirme ve fizyolojik sarılığın önlenmesine/giderilmesine yoğunlaşmış, doğum öncesi ve/veya doğum sonu dönemde ilgili konularda yeterli eğitim verilmesi ve annelerin desteklenmesinin olumlu etkilerinin olduğu vurgulanmıştır (230–232). Ladley ve ark. (233) düşük sağlık okuryazarlığına sahip ebeveynlere gönderilen eğitici SMS'lerin bebekte görülen sorunlar nedeniyle acil servise başvurma durumlarına etkisini değerlendiği çalışmasında, SMS alan müdahale grubundaki kadınlarda kontrol grubundaki kadınlara göre 1,48 kat daha az acil servise başvuru yapıldığı ortaya koyulmuştur. Yapılan diğer bir çalışma da, temel sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu ile bebeklerde acil servis başvuruları arasında negatif yönde bir ilişki olduğunu göstermiştir (234). Çalışmamızdan elde edilen bu sonucu, Hemşire Navigasyon Programı kapsamında emzirme eğitimi verilmesinin, annelerin desteklenmesinin, destekleyici, hatırlatıcı ve motive edici SMS'ler gönderilmesinin, kadınların ve bebeklerinin temel sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarının artırılmasının önemli etkilerinin desteklediği söylenebilir.

Literatürde navigasyon programı, acil servis başvurularını ve tekrarlı hastane yatışlarını azaltmada önerilen bir uygulamadır (50,60,208,229). Çalışmamızdan elde edilen sonuç doğrultusunda, hemşire navigasyon programı kapsamında kadınlara

kendi ve bebeğinin bakımı konusunda eğitim ve danışmanlık yapılmasının, sağlık izlemlerinin hatırlatılmasının ve düzenli izlemlere katılımının artırılmasının, sağlık risklerinin erken dönemde belirlenmesinin ve komplikasyonların önlenmesinin hastaneye başvuruları ve tekrarlı yatışları azaltmada etkili olduğu söylenebilir.

Doğum sonu dönem, annelerin yeni rolüne uyum sağlamasını, bebeklerine bakım verme ve gereksinimlerini karşılamasını ve bebekle ilgili çeşitli sorunlarla baş etmesini gerektiren de bir dönemdir (235). Çalışmamızda, doğum sonu ikinci günde müdahale grubundaki bebeklerin yaklaşık yarısında, kontrol grubundaki bebeklerin yaklaşık dörtte üçünde fizyolojik sarılık geliştiği belirlenmiştir. Doğum sonu onuncu günde , müdahale grubundaki bebeklerin yaklaşık dörtte birinde, kontrol grubundaki bebeklerin yaklaşık yarısında fizyolojik sarılık devam etmiş, doğum sonu altıncı hafta ve üçüncü ayda sorun her iki grupta da görülmemiştir (Tablo 4.6). Literatürde annelerin bebek bakımı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmamaları nedeniyle sıklıkla göbek bakımı, göz bakımı, bebeğin ilk banyosu ve hijyen uygulamalarında sorun yaşadığı belirtilmektedir (235,236). Yenidoğanda sıklıkla fizyolojik sarılık, gözlerde ve umbilikal kordda enfeksiyon, inatçı karın ağrısı, gaz, pişik, konstipasyon, ishal, pamukçuk görülmekte ve bu sorunlar yenidoğanların hastaneye başvuru oranlarını artırmaktadır (18,237). Yol (238)'un çalışmasına göre, ülkemizde yenidoğanların %60-70'inde sarılık görüldüğü bildirilmektedir (238). Emzirme ve meme ile ilgili sorunlar yenidoğan sarılığı için önemli bir risk faktörüdür (239,240). Hemşire Navigasyon Programı kapsamında müdahale grubundaki annelere emzirme desteğinin sağlanarak emzirme ve meme ile ilgili sorunların azalmasının, etkili emzirmenin sağlanmasının, bebeklerin zamanında izlemlerinin yapılmasının sarılık görülme sıklığını azaltmada etkili olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda bebeklerde umbilikal kordla ilgili sorunların doğum sonu ikinci günde kontrol grubunda müdahale grubuna oranla yaklaşık üç kat daha fazla, doğum sonu onuncu yaklaşık gününde iki kat daha fazla görüldüğü, altıncı hafta ve üçüncü ayda umbilikal kordla ilgili sorunların her iki grupta da görülmediği belirlenmiştir (Tablo 4.6). Umbilikal kord, doğumdan sonra bakteriler için giriş kapısı olup, burada gelişen enfeksiyon nedeniyle sepsise, hatta yenidoğan ölümlerine neden olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada, umbilikal kord enfeksiyonunun görülme sıklığının %1-15 arasında değiştiği belirtilmiştir (241). Pakistan'da

yürütülen toplum tabanlı bir çalışmada umbilikal kord enfeksiyonu insidansının 217.4/1000 olduğu bildirilmiştir (242). Umbilikal kordla ilgili enfeksiyon, kızarıklık, akıntı gibi sorunlar, umbilikal kord kuru ve temiz tutularak, kordun bebeği bezlerken bezin altında kalmasını sağlayarak, el hijyenine özen gösterilerek, bebeğin banyosu, giydirilmesi ve kucağa alınması gibi durumlarda korduna dikkat edilerek önlenabilir (195). Hemşire Navigasyon Programı kapsamında annelere bebeğin göbek bakımına yönelik dikkat etmesi gereken konuların da vurgulandığı eğitim ve danışmanlığın ve umbilikal kord bakımıyla ilgili bilgiler içeren eğitim kitapçığı verilmesinin, annelerin bebeklerin izlemelerini düzenli yaptırması konusunda desteklenmesinin umbilikal kordla ilgili sorun sıklığının azalmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda, doğum sonu ikinci gün müdahale grubunda üç bebekte, kontrol grubunda iki bebekte, onuncu gün müdahale grubunda bir bebekte, kontrol grubunda beş bebekte, altıncı hafta müdahale grubunda bir bebekte, kontrol grubunda üç bebekte gözle ilgili sorun görüldüğü, üçüncü ayda müdahale grubunda sorun görülmezken kontrol grubunda iki bebekte gözle ilgili sorunların devam ettiği belirlenmiştir (Tablo 4.6). Doğum esnasında bebeğin annenin doğum kanalından geçerken mikroorganizmalara maruz kalmasıyla gözlerinde çapaklanma ve akıntı görülebilir. Yeterli göz bakımı verilmediği ve hijyene dikkat edilmediği durumlarda gözlerde enfeksiyon gelişebilir (104,195). Bu doğrultuda, Hemşire Navigasyon Programı kapsamında kadınlara bebeğin göz bakımının öğretilmesi ve göz bakımı uygulamalarına yönelik eğitim kitapçığı verilmesi, bebeklerin izlemlerine katılımının desteklenmesi, ev ziyaretleri ile gözle ilgili sorunlara yönelik risklerin değerlendirilmesi, gözlerde kızarıklık gibi sorunların erken dönemde saptanması girişimleri gözle ilgili sorunların gelişmesinin önlenmesinde, mevcut sorunların çözümünde etkili olabilir.

Çalışmamızda, doğum sonu ikinci günde müdahale grubundaki bir bebekte, kontrol grubunda beş bebekte, onuncu günde müdahale grubunda bir bebekte, kontrol grubunda 18 bebekte cilt ile ilgili sorunların görüldüğü, altıncı hafta ve üçüncü ayda müdahale grubundaki bebeklerde cilt ile ilgili sorun görülmezken kontrol grubundaki bebeklerde cilt ile ilgili sorunların devam ettiği belirlenmiştir. Bu sorunların ise pişik, isilik ve alerji olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Literatürde pişiğin bebeklerde doğum sonu dönemde yaygın görülen cilt sorunlarından biri

olduğu, genel olarak bebeklerin %7-70'inde görülen bu sorunun doğumdan sonraki ilk haftada sıklıkla görüldüğü bildirilmektedir (243). Al-hasani ve ark. (244) yenidoğan bebeklerde cilt sorunları görülme sıklığını inceledikleri çalışmada, yenidoğan bebeklerin %23,4'ünde atopik dermatit, alerji ve egzema, %6,9'unda pişik görüldüğü bildirilmiştir. Uygun bakım sağlandığında ve eğitim verildiğinde cilt sorunları çözümlenebilmektedir (243). Hemşire Navigasyon Programı kapsamında annelere bebeklerin alt bakımına yönelik eğitim verilmesi, cilt sorunlarıyla karşılaşan kadınların navigatör hemşireye telefon aracılığıyla istedikleri zaman ulaşabilmeleri, ev ziyaretleri esnasında bebeklerin ciltlerinin ve annelerin bakım uygulamalarının gözlenmesinin müdahale grubundaki bebeklerde daha az cilt sorunu görülmesinde ve ciltle ilgili görülen sorunların kısa zamanda çözümlenmesinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda, doğum sonu ikinci gün müdahale grubundaki bebeklerin %6,4'ünde, kontrol grubundaki bebeklerin %10'unda, onuncu gün müdahale grubundaki bebeklerin %6,4'ünde kontrol grubundaki bebeklerin 33,3'ünde, altıncı haftada müdahale grubundaki bebeklerin %16,1'inde, kontrol grubundaki bebeklerin %43,3'ünde, üçüncü ayda müdahale grubundaki bebeklerin %9,7'sinde kontrol grubundaki bebeklerin %26,7'sinde boşaltımla ilgili sorunların görüldüğü, izlemlerin tamamında müdahale grubundaki bebeklerde kontrol grubundaki bebeklerden daha az boşaltımla ilgili konstipasyon, diyare, idrar sıklığında azalma sorunlarının görüldüğü belirlenmiştir (Tablo 4.6). Zivich ve ark. (245) başarılı emzirmenin ve diyare ve solunum sistemi hastalıkları görülmesi üzerine etkisini değerlendirdiği 18.932 bebeğin dahil edildiği çalışmada, bebeklerin 833'ünde diyare görüldüğü ve bu bebeklerin %4,4'nün diyare nedeniyle hastaneye yatırıldığı gösterilmiştir. Yapılan bir çalışmada doğum sonu ilk iki günde bebeklerin %13,3'ünde, 1-3 aylık bebeklerin %18,7'sinde konstipasyon görüldüğü bildirilmiştir (246). Diğer bir çalışmada da, bebeklerin %39,6'sında konstipasyon görüldüğü, hemşire liderliğinde konstipasyona ve beslenmeye yönelik eğitim verilmesinin, ev ziyaretleri ile bebeklerin izlenmesinin konstipasyondan korunma ve konstipasyonun giderilmesinde etkili olduğu belirtilmiştir (247). Hemşire Navigasyon programı kapsamında defekasyon sıklığının değerlendirilmesinin, annelere bebeklerin uygun sıklıkta beslenmesine, emzirmeye, annelerin kendi beslenmelerine, fiziksel aktivite yapmaya yönelik eğitim,

danışmanlık ve destek verilmesinin bebeklerde boşaltımla ilgili sorunların önlenmesinde ve giderilmesinde etkili olduğu görülmektedir.

Boşaltım sorunlarının çözülmemesi bebeklerde karın ağrısı, gaz, kolik gibi sorunları tetiklemektedir. Bu sorunlar genellikle doğum sonu ikinci haftadan itibaren başlamakta, 4-8. haftalarda zirveye ulaşp dördüncü ayda sonlanmaktadır (248,249). Çalışmamızda, literatürle uyumlu olarak, doğum sonu ikinci günde kontrol grubundaki bebeklerde görülmemekle birlikte müdahale grubundaki bebeklerin %3,2'sinde, onuncu günde müdahale grubundaki bebeklerin %16,1'inde kontrol grubundaki bebeklerin %33,3'ünde, altıncı haftada müdahale grubundaki bebeklerin %32,3'ünde kontrol grubundaki bebeklerin %70,0'ında, üçüncü ayda müdahale grubundaki bebeklerin %26,7'sinde kontrol grubundaki bebeklerin %46,7'sinde inatçı karın ağrısı ve gaz sorununun görüldüğü, onuncu günden itibaren bu sorunları kontrol grubundaki bebeklerde müdahale grubundaki bebeklerden daha fazla yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Dünya genelinde her beş bebekten birinde inatçı karın ağrısı, gaz, kolik gibi sorunların görüldüğü bildirilmektedir (250). Biberonla besleme, beslenme sonrası bebeğin gazını çıkarmama, annenin beslenme düzeni ve tükettiği besinler bebeklerde gaz, karın ağrısı, kolik gibi sorunların görülme sıklığını artırmaktadır (248–250). Hemşire navigasyon programı kapsamında bebeklerin ev izlemleri ile beslenme süresi, sıklığı, pozisyonunun değerlendirilmesi, anneye emzirme ve gaz çıkarma, annenin beslenmesi konularında eğitimlerin verilmesi müdahale grubundaki bebeklerde gaz ve karın ağrısı sorunlarının görülme sıklığını azalttığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda, müdahale grubundaki bebeklerde yetersiz kilo alımı ile ilgili sorun yaşanmazken, doğum sonu onuncu gün kontrol grubundaki bebeklerin yarısında, altıncı hafta %30,0'ında, üçüncü ayda %6,7'sinde yetersiz kilo alımı sorunu yaşandığı belirlenmiştir (Tablo 4.6). Literatürde, emzirme eğitimi ve yeterli emzirme desteği alamayan annelerin bebeklerinde kilo kaybının sıklıkla görüldüğü bildirilmektedir (251). Emzirmeye geç başlama, yeterli sıklıkta emzirmeme, kısa emzirme süresi, emzirme tekniği ve memeyle ilgili sorunlar, emzik/biberon/ek besin verme gibi faktörler bebeğin yeterli süt almasını etkilemekte ve kilo alımını sınırlandırmaktadır (252). Hemşire Navigasyon Programı kapsamında emzirme ve

meme bakımı konularında eğitim verilmesinin, emzirmenin gözlenmesi ve hastanede, ev ziyaretleri ve telefonla izlem yoluyla değerlendirilmesinin, bebek beslenmesi konusunda annelerin soruları ve ihtiyaç duyduğu durumlarda telefonla iletişim kurabilmelerinin, bebeğin sağlık izlemlerine katılımı konusunda annenin desteklenmesinin, klinik emzirme hemşiresi ve emzirme danışmanı ile işbirliği içerisinde çalışılmasının müdahale grubundaki kadınlarda bebeklerin kilo alımını olumlu etkilediği söylenebilir.

Çalışmamızda, kadınların ve bebeklerinin T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım; Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri Rehberlerine ve hastane prosedürüne göre hastaneden taburcu olduktan sonraki birinci, ikinci, üçüncü, beşinci ve altıncı izlemi müdahale grubundaki kadınların ve bebeklerin tamamının yaptırdığı, dördüncü izlemi ise müdahale grubundaki kadınların ve bebeklerin %87,1'inin yaptırdığı belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların ve bebeklerin ise birinci izlemi %43,3'ünün, ikinci izlemi %86,7'sinin, üçüncü izlemi tamamının, dördüncü izlemi %13,3'ünün, beşinci izlemi tamamının ve altıncı izlemi %96,7'sinin yaptırdığı saptanmıştır. Çalışmamızda, müdahale grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre ikinci izlemi doğum sonu 3.-5. günlerde yaptırma durumu istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.8).

Doğum sonrası bakım, anne ve bebek morbidite ve mortalitesinin azaltılmasında önemli bir yere sahiptir (7,59). DSÖ, NICE ve ACOG gibi önde gelen kuruluşlar kadınların ve bebeklerin doğum sonu dönemde takip edilmesini önermektedir (5,194). Bununla birlikte, kadınların ve bebeklerin doğum sonrası izlemleri yaptırma düzeyleri yeterli değildir (5,17,33,102,132). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına (30) göre, araştırmadan önceki 2 yıl içinde doğum yapan kadınların %79'unun doğum sonrası ilk 2 gün içinde, %96'sının 41 gün içinde doğum sonu bakım hizmeti aldığı; yenidoğan bebeklerin %56'sının doğumdan sonraki ilk dört saat içerisinde sağlık kontrolünün yapıldığı, %58'inin ilk 24 saat içerisinde değerlendirildiği ve %68'inin doğumdan sonraki ilk iki gün içerisinde doğum sonu bakım hizmeti aldığı, %2'sinin bakım almadığı rapor edilmiştir (30). Yapılan bir çalışmada, bebeklerin %98'inin doğum sonu dönemde Sağlık Bakanlığı İzlem Protokolüne göre izlendiği ancak izlem zamanlarının yalnız %18'inin bu rehberine uygun şekilde yapıldığı gösterilmiştir (136). Çatak ve ark. (33) Burdur'da

2009 yılında doğum yapmış kadınların doğum sonu bakım hizmetlerini ve doğum sonu bakım alma durumlarını değerlendirdiği çalışmada, kadınların %76,5'inin doğumdan sonraki ilk bir hafta içerisinde, %13,4'ünün doğum sonu ikinci ve üçüncü haftalarda, %0,4'ünün 6-8 haftalarda izlemlerini yaptırdığı bildirilmiştir. Özel-Gün ve ark. (102), kadınların aile sağlığı merkezinden (ASM) aldıkları doğum sonu bakım hizmetlerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, katılımcıların taburculuk sonrası kayıtlı oldukları ASM'de yapılan doğum sonu izlemleri içerisinde en çok yapılan izlemin 3. izlem olduğu (%94,4), bunu sırasıyla ilk izlem (%80,6) ve ikinci izlemin (%27,5) takip ettiği gösterilmiştir (102). Çalışmamız sonucuna benzer şekilde yapılan diğer çalışmalarda da doğum sonu 13-17. günlerde yapılan ikinci izleme katılımın en az olduğu, bu durumun nedeni ise kadınların ASM'lerde yapılan bu izlemden haberdar olmaması olarak belirtilmiştir (33,102,132). Çalışmamızda, Hemşire Navigasyon Programı kapsamında kadınların telefonla aranması ve hatırlatıcı SMS gönderilmesi, izlemler konusunda kadınların bilgilendirilmesi ve izlemlerin yeri, zamanı ve içeriğine yönelik yazılı materyal ve çizelge verilmesinin kadınların izlemlere katılımını arttırmada etkili olduğu söylenebilir.

Literatürde, navigatör hemşirenin bakımın koordinasyonunu sağlayarak navigasyon programı temelli bakımın doğum sonu bakım hizmetlerine erişimi artırdığı, kadınların doğum sonu bakım hizmetlerinden yararlanma durumunu iyileştirdiği bildirilmektedir (60,61,203). Hemşire Navigasyon Programı, yüz yüze danışmanlık, sağlık izlemlerinin hatırlatılması ve randevu zamanlarının planlanması, randevuların koordine edilmesi, sağlık bakım hizmetinin doğru yerden alınması, mobil teknolojinin de kullanılması ile mevcut sağlık hizmeti sunumunda bu yeni stratejileri birleştirerek doğum sonu bakım hizmeti sunumunu kolaylaştırmaktadır. Bunların yanı sıra, psikososyal destek veren ve multidisipliner çalışan bir navigatörün yönlendirmesi ile çok yönlü bir uygulamadır (36, 55, 162). Yee ve ark. (56) doğum sonrası navigasyon programına dahil edilen kadınların doğum sonu izlemleri yaptırma durumlarını değerlendirdiği çalışmada, kadınların programa katılmadan önce %70,3'ü doğum sonu izlemlerini yaptırırken navigasyon programı sonrası bu oranın %88,1'e yükseldiği ve navigasyon programının doğum sonu izlemlere katılımı önemli ölçüde artırdığı gösterilmiştir (56). Austad ve ark. (208), obstetrik navigasyon programının sağlık hizmeti kullanımına etkisini incelediği

çalışmada, 12 ay boyunca gebeliklerinden itibaren 847 kadın izlenmiş ve bu programa katılan kadınların obstetrik bakım alma oranının %24'ten %62'ye yükseldiği gösterilmiştir (208). Yapılan bir çalışmada da, navigasyon programının bebeklerin sağlık hizmeti alma ve aşılama oranlarını artırdığı bildirilmiştir (54). Bununla birlikte yapılan çalışmalar, doğum sonu izlemlerin planlamasının yapılmasının (253), yoğun ve iş yükü artmış sağlık profesyonelleri tarafından rutin klinik bakımın ötesinde iletişimi güçlendiren ve kalitesini arttıran bireyselleştirilmiş bütüncül yaklaşımın doğum sonu bakım oranlarını artırdığını göstermektedir (56). Ayrıca, kısa mesajla doğum sonu izlemleri hatırlatma, telefonla izlemlerin takibi gibi mobil sağlık uygulamaları doğum sonu izlemlerin zamanında ve eksiksiz yapılmasına teşvik etmektedir (254). Bu çalışmada geliştirilen Hemşire Navigasyon Programı mevcut sağlık sistemine kolayca entegre edilmiş, navigatör hemşire annelerin klinik kaygılarını azaltmış, sağlık personeli ile iletişim kalitesini artırmıştır. Ayrıca, destekleyici ve hatırlatıcı SMS iletileri ve hemşire yönetimli telefon destek danışma hattı ile kadınlar hastaneye başvurmaları gereken durumları kolaylıkla belirleyebilmişler ve izlem zamanlarını kaçırmamışlardır.

Doğum sonu dönemde anneler kendi ve bebeklerinin bakım gereksinimlerini karşılamada ve sorunlarla baş etmede kendilerini yetersiz hissedebilmektedir. Çalışmamızda, müdahale ve kontrol gruplarına dört farklı zaman diliminde uygulanan Öz-Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları müdahale grubunda (doğum sonu ikinci gün: $122,09 \pm 7,55$, onuncu gün: $129,55 \pm 7,68$, altıncı hafta: $134,19 \pm 4,21$, üçüncü ay: $138,71 \pm 3,74$), kontrol grubuna göre (doğum sonu ikinci gün: $96,33 \pm 12,36$, onuncu gün: $100,60 \pm 8,95$, altıncı hafta: $110,10 \pm 7,84$, üçüncü ay: $116,87 \pm 5,37$) anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Çalışma bulgularımız Hemşire Navigasyon Programının müdahale grubunda yer alan kadınların öz bakım gücünü doğum sonu erken dönemden itibaren olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Bununla birlikte kontrol grubunda annelerin öz bakım gücünün zamanla arttığı belirlenmiştir ($p < 0,05$) (Tablo 4.9). Özdemir ve ark. (255), doğum sonu dönemde annelerin öz bakım gücü ölçeği puan ortalamasının $84,56 \pm 21,39$ olduğunu ve öz bakım gücünün orta düzeyde olduğunu bildirmiştir. Aktaş ve Karaçam (256), doğum sonu dönemde annelerin öz bakım gücü ölçeği puan ortalamalarının $75,47 \pm 15,28$ olduğunu ve algılanan sosyal desteğin öz bakım gücünü

arttırdığını göstermiştir. Yapılan diğer bir çalışmada da, doğum sonu dönemde ev ziyaretlerini kapsayan öz bakım teorisine temellendirilmiş hemşirelik bakımının annelerin öz bakım gücünü arttırdığı gösterilmiştir (257).

Kapsamlı bir doğum sonu bakım, eğitim, danışmanlık ve rehberlik ile annelerin desteklenmesi, doğum sonu süreci kolaylıkla yönetmelerine ve güçlenmelerine yardımcı olmaktadır (97, 100, 244). Hemşire navigasyon programı, bireyin öz bakım eylemlerinde bağımsızlığını ve sorumluluğunu arttıracak biçimde yönlendirmeyi ve desteklemeyi temel alan bir müdahaledir. Ayrıca birey, aile ve toplumun sağlığını iyileştirmek için bireyin olumlu sağlık davranışlarını geliştirmeye, sağlık durumu ile ilgili öz farkındalığı arttırmaya yönelik bir yaklaşımdır (61,162,259). Doğum sonu hasta navigasyon programının sonuçlarının değerlendirildiği nitel bir çalışmada, programın öz bakım gücünü artırdığı bildirilmiştir (207). Çalışmamızda kontrol grubundaki kadınlarda da zamanla öz bakım gücünün arttığı belirlenmiş olsa da tüm izlem zamanlarında müdahale ve kontrol grupları özbakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı farkın devam etmesi ve konu ile ilgili yapılmış diğer çalışmalardan elde edilen sonuçlar doğrultusunda hemşire navigasyon programının öz bakım gücü farkındalığının kazandırılması, geliştirilmesi ve desteklenmesinde etkili bir müdahale olduğu söylenebilir.

Doğum sonu dönemde kadınların kendi öz bakımlarında ve bebek bakımında yaşadıkları sorunlar, güçlükler ve komplikasyonlar kadınların yaşam kalitelerini doğrudan etkilemektedir (260,261). Çalışmamızda, müdahale ve kontrol gruplarına iki farklı zaman diliminde (doğum sonu 6. hafta ve üçüncü ay) uygulanan Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları müdahale grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Bununla birlikte hem müdahale hem de kontrol grubundaki kadınların Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının zamanla anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.10). Demir ve Taşpınar (262)'ın yaptığı çalışmada Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının 18.62 ± 1.26 olduğu (262), Bağcı ve Altıntuğ (205)'un yaptığı çalışmada annelerin Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının 16.53 ± 0.83 olduğu, Sis Çelik ve ark. (263) yapmış olduğu çalışmada Annelerin Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının 16.85 ± 4.82 olduğu

bulunmuş ve bu çalışmalarda doğum sonu dönemde annelerin yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu bildirilmiş, doğum sonu dönemde alınan eğitim ve danışmanlık hizmetinin annelerin yaşam kalitesini olumlu etkilediği belirtilmiştir (205,262,263). Yaşam kalitesini artırmak, navigasyon programının ortaya çıkış nedenlerinden biridir (157). Literatürde, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde uygulanan navigasyon programının yaşam kalitesini iyileştirebileceği bildirilmektedir (61). Ramirez ve ark. (264), navigasyon programının bireylerin karşılanmayan bakım gereksinimlerini azaltarak, birey ve sağlık profesyonelleri arasında olumlu iletişimi destekleyerek ve olumlu sağlık davranışlarını kazanmaya yardımcı olarak yaşam kalitesini artırdığını bildirmiştir (264). Doğum sonu dönemde kadınların yaşadığı sorunlarla baş edebilmek için formal ve informal destek kaynaklarının olması yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir (265). Bu çalışmada, kadınların navigatör hemşireden ve Hemşire Navigasyon Programı kapsamında diğer sağlık profesyonelleri tarafından aldığı sosyal desteğin yüksek olmasının doğum sonu yaşam kalitesini iyileştirdiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda müdahale ve kontrol gruplarına doğum sonu ikinci gün, onuncu gün, altıncı hafta ve üçüncü ayda uygulanan Postpartuma Spesifik Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları müdahale grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Bununla birlikte hem müdahale hem de kontrol grubundaki kadınların Postpartuma Spesifik Anksiyete Ölçeği puan ortalamalarının zamanla anlamlı düzeyde azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.11). Doğum sonu dönem, kadınların yaşamında ruh sağlığını etkileyen sorunların görülebilmesi açısından riskli bir dönemdir. Bu dönemde, bebeğin bakımı ve sağlığı, annenin kendi gereksinimleri, ortaya çıkan komplikasyonlar, annelik rolüne uyum, hormonal değişimler gibi nedenlerle anksiyete ve depresyon görülme sıklığı artmaktadır. Anksiyete, gebelik ve doğum sonu dönemde sık görülen ruh sağlığı sorunlarından biridir (266). Doğum sonu dönemde anksiyete görülme sıklığı %13-40 arasında değişmektedir (267).

Hemşire Navigasyon Programının gebelik, doğum, doğum sonu dönem ve jinekolojik sorunlarda kadınların anksiyete düzeyini azaltan bir uygulama olduğu ön görülmektedir (61). Hu ve ark. (207), doğum sonu dönemdeki yeni anneler ve bu annelere sağlık bakım hizmeti sunan sağlık profesyonellerinin doğum sonu hasta

navigasyon programına ilişkin görüşlerini değerlendirdiği çalışmada, annelerin %33'ünün navigasyon programının kaygılarını azalttığını bildirdiği gösterilmiştir. Aynı çalışmada, anneler navigatörün '*Konuşacak biri olduğunda her zaman yanımda olduğunu hissettim.*', '*Kendimi kaybettiğim zamanlarda bana yol gösterici oldu.*' ifadeleriyle duygusal destek sağladıklarını ifade etmişlerdir (207). Carty ve ark. (54) çalışmasında, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebekleri kalan ebeveynlere yönelik uygulanan navigasyon programının ebeveynlerin stres ve kaygı düzeyini iyileştirdiği belirtilmiştir (54). Yapılan diğer bir çalışmada, navigasyon programının hasta takibini kolaylaştırmasının, hastalıkların tanısı için geçen süreyi kısaltmasının, hastaların navigatörün her durumda yanında olduğunu bilmelerinin kaygı düzeylerini olumlu etkilediği bildirilmiştir (268). Bu çalışmada da ev ziyaretleri ile anne ve bebeğin fiziksel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarının belirlenmesi, bebek bakımı ile ilgili sorularının yanıtlanması ve destek olunması, annenin ihtiyacı olan bilgi ve becerilerinin öğretilmesi, annenin sağlık izlemleri sırasında bilgilendirilmesi, annenin desteklenmesi ve etkili baş etme yöntemlerini kullanma konusunda cesaretlendirilmesinin anksiyete düzeyini azaltan girişimler olduğu düşünülmektedir.

Doğum sonu navigasyon programı, doğum sonu depresyonun önlenmesine, zamanında taranmasına, erken dönemde belirlenmesine ve tedavi edilmesine olanak sağlayarak doğum sonu depresyon görülme riskinin azalmasına yardımcı olmaktadır (207). Çalışmamızda müdahale ve kontrol gruplarına doğum sonu onuncu gün, altıncı hafta ve üçüncü ayda uygulanan Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği puan ortalamaları Hemşire Navigasyon Programı uygulaması ile müdahale grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Bununla birlikte hem müdahale hem de kontrol grubundaki kadınların Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının zamanla anlamlı düzeyde azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.12). Liu ve ark. (269) doğum sonu depresyon prevalansını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla 33 çalışmayı değerlendirdikleri meta analizinde, dünya çapında kadınların %14'ünde doğum sonu depresyon görüldüğü, bu oranın ülkelere göre değiştiği (%5-26,32) gösterilmiştir. Ülkemizde postpartum depresyon prevalansının %6-58 arasında olduğu bildirilmiştir (270). Yee ve ark. (56) yeni annelere yönelik navigasyon programının etkilerini değerlendirdiği çalışmalarında, navigasyon programının kadınların doğum sonrası

dönemde depresyon tarama oranlarını arttırdığı, ve programa dahil olan kadınlarda depresyon görülme oranlarını azalttığı gösterilmiştir. Kominiarek ve ark. (271), doğum sonu navigasyon programına dahil olan kadınların %1,9'unun doğum sonu izlemler sırasında yapılan depresyon taramasında riskli olduğunu belirtirken, navigasyon programına katılmayan kadınların %7.2'sinin depresyon taramasında riskli olduğunun belirlendiğini göstermiştir. Carty ve ark. (54) çalışmasında, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebekleri kalan ebeveynlere yönelik uygulanan navigasyon programının ebeveynlerin depresif belirtilerini iyileştirdiğini bildirmektedir. Martinez ve ark. (209), doğum sonu navigasyon programının gebelik ve doğum sonu dönemde depresif belirtiler üzerine etkisini değerlendirdiği çalışmada, navigasyon programı kapsamında doğum sonu dönemde izlemlerini zamanında ve önerilen sıklıkta yaptıran kadınların doğum sonu depresyon riskinin daha düşük olduğunu göstermiştir. Ayrıca, doğum sonu navigasyon programı uygulanan kadınlarda fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerin karşılanma düzeyinin daha yüksek olmasının da depresif belirtileri olumlu etkilediği vurgulanmıştır (209). Zhou ve ark. (150) mobil sağlık teknolojisinin doğum sonu depresyon üzerine etkisini değerlendirdiği, altı ülkede 2424 katılımcıyı kapsayan, 11 çalışmayı değerlendirdikleri meta analizinde, SMS gönderimi ve telefonla desteğin Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puanını önemli ölçüde düşürdüğü gösterilmiştir. Ayrıca, ev ziyaretlerinin doğum sonu dönemde depresyon görülme oranlarını ve depresyon riskini azaltmada etkili olduğu çalışmalarda kanıtlanmıştır (70,214,272).

Doğum sonrası depresyon riskini azaltmada kullanılan psikososyal müdahalelerin etkinliğinin incelendiği bir Cochrane sistematik derlemesinin sonuçlarına göre; doğum sonu dönemde bir profesyonel tarafından ev ziyareti yapılmasının, doğumdan sonra annenin telefonla desteklenmesinin doğum sonrası depresyonun önlenmesine yardımcı olduğu kanıtlanmıştır (273). Çalışmamızda, hemşire navigasyon programı uygulanan kadınların doğum sonu izlemlerini zamanında ve önerilen sıklıkta yaptırmalarının, ev ziyaretleri yapılarak ve destekleyici SMS'ler gönderilerek, hastane randevularına eşlik edilerek ve telefon desteği sağlanarak psikososyal destek sağlanmasının depresyon riskini azaltmış olabileceği düşünülebilir.

Sonuç olarak; doğum sonu dönem, kadının fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığını etkileyebilen önemli değişimlerin yaşandığı hassas bir dönemdir. Ayrıca doğum sonu dönem, anne ve bebeğin gelecekteki sağlığı için bir pencere işlevi görerek uzun vadede sağlık durumunu şekillendirmektedir. Bu nedenle, bu dönemde sunulan bakım, anne ve bebeğin kısa ve uzun dönem sağlık sonuçlarını iyileştirmek için bir fırsattır. Doğum sonu bakım hizmetlerinin kalitesini iyileştirmek için yenilikçi ve kapsamlı girişimlere ihtiyaç vardır. Hemşire Navigasyon Programı da bu ihtiyaçtan doğan kapsamlı bir uygulamadır. Çalışmamızda, Hemşire Navigasyon Programı temelli hemşirelik bakımının kadınların öz bakım gücü ve yaşam kalitesini artırmak, anksiyete ve depresyon riski ile fiziksel semptom şiddetini azaltmak, doğum sonu dönemde anne ve bebekte görülebilecek sağlık sorunlarını ve komplikasyonları önlemek ve azaltmak, anne ve bebeklerin doğum sonu izlemlerinin zamanında yapılmasını sağlamak için etkili bir yaklaşım olabileceği ve hem annenin hem de bebeğin sağlığını yükseltmede önemli bir strateji olarak kullanılabileceği gösterilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Doğum sonu dönemdeki annelere yönelik geliştirilen hemşire navigasyon programının annelerin öz bakım gücü, yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon riskleri ile fiziksel semptom şiddeti üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

6.1. Sonuçlar

6.1.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

- Müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınlar yaş, eşin yaşı, evlilik süresi, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, aile tipi, resmi nikah durumu, eşle akrabalık durumu, eşin eğitim düzeyi, eşin çalışma durumu, algılanan gelir düzeyi, kronik hastalıklar, obstetrik özellikler açısından benzerdirler ($p>0,05$; Tablo 4.1, Tablo 4.2).
- Müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınlar şimdiki gebelik özellikleri, planlanan çocuk sayısı ve doğumdan sonra kullanılması planlanan aile planlaması yöntemi açısından benzerdiler ($p>0,05$; Tablo 4.3, Tablo 4.4).
- Müdahale grubuna uygulanan Hemşire Navigasyon Programı ile kadınların ve bebeklerinin doğum sonu dönemde yaşadıkları sorunlar üçüncü ayda azalmış ya da tamamen ortadan kalkmıştır (Tablo 4.5, Tablo 4.6).
- Müdahale grubundaki annelerin ve bebeklerin hastaneye başvurma ve yatma oranları kontrol grubundaki anne ve bebeklerden daha az görülmüştür (Tablo 4.7).
- Müdahale grubundaki kadınların ve bebeklerin doğum sonu izlemleri yaptırma oranları kontrol grubundaki anne ve bebeklerden daha yüksektir (Tablo 4.8).

6.1.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Öz Bakım Gücü, Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Riskleri İle Fiziksel Semptom Şiddetine İlişkin Bulgular

- Müdahale grubundaki kadınların doğum sonrası ikinci gün ($122,09\pm7,55$), onuncu gün ($129,55\pm7,68$), altıncı hafta ($134,19\pm4,21$) ve üçüncü ay

(138,71±3,74) Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamaları kontrol grubundaki kadınların doğum sonrası ikinci gün (96,33±12,36), onuncu gün (100,60±8,95), altıncı hafta (110,10±7,84) ve üçüncü ay (116,87±5,37) Öz Bakım Gücü Ölçeği puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0,05$; Tablo 4.9).

- Müdahale grubundaki kadınların doğum sonrası altıncı hafta (27,85±1,14) ve üçüncü ay (29,30±0,45) Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları kontrol grubundaki kadınların doğum sonrası altıncı hafta (25,29±1,15) ve üçüncü ay (27,10±0,80) Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0,05$; Tablo 4.10).
- Müdahale grubundaki kadınların doğum sonrası ikinci gün (67,35±8,11), onuncu gün (58,25±7,25), altıncı hafta (53,09±3,11) ve üçüncü ay (50,74±1,61) Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları kontrol grubundaki kadınların doğum sonrası ikinci gün (90,43±7,76), onuncu gün (76,90±7,69), altıncı hafta (71,50±7,61) ve üçüncü ay (62,60±4,85) Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha düşüktür ($p<0,05$; Tablo 4.11).
- Müdahale grubundaki kadınların doğum sonrası onuncu gün (4,45±2,91), altıncı hafta (0,81±1,60) ve üçüncü ay (0,16±0,58) Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği puan ortalamaları kontrol grubundaki kadınların doğum sonrası onuncu gün (7,20±1,79), altıncı hafta (3,47±1,36) ve üçüncü ay (1,60±0,93) Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha düşüktür ($p<0,05$; Tablo 4.12).
- Müdahale grubundaki kadınların doğum sonrası altıncı hafta (0,10±0,30) ve üçüncü ay (0,06±0,25) Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği puan ortalamaları kontrol grubundaki kadınların doğum sonrası altıncı hafta (1,63±1,77) ve üçüncü ay (1,30±1,80) Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha düşüktür ($p<0,05$; Tablo 4.13).

6.2. Öneriler

Çalışmada Doğum sonu dönemdeki annelere yönelik geliştirilen hemşire navigasyon programının annelerin öz bakım gücü, yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon riskleri ile fiziksel semptom şiddeti üzerine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olumlu etkilerinin olduğu belirlenmiştir. Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Doğum sonu dönemdeki annelere yönelik geliştirilen Hemşire Navigasyon Programının anne ve bebek sağlığını geliştirmek amacıyla mevcut doğum sonu bakım protokolüne entegre edilmesi ve kullanılması,
- Doğum sonu dönemdeki annelere yönelik geliştirilen Hemşire Navigasyon Programının uzun dönem sonuçlarının değerlendirildiği randomize kontrollü çalışmaların planlanması,
- Hemşire Navigasyon Programı içerisine mobil ve web tabanlı uygulamaların entegre edildiği farklı modellerin etkinliğine yönelik randomize kontrollü çalışmaların planlanması,
- Hemşire Navigasyon Programına ilişkin hasta ve yakınlarının, sağlık ekibi üyelerinin görüşlerinin belirlendiği nitel çalışmalar yapılması,
- Programın maliyet etkinliğinin değerlendirildiği çalışmaların planlanması.

7. KAYNAKLAR

1. Betran A, Torloni M, Zhang J, Gülmezoglu A. WHO Statement on Caesarean Section Rates. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2016;123(5):667–70.
2. Dol J, Hughes B, Bonet M, Dorey R, Dorling J, Grant A, vd. Timing of maternal mortality and severe morbidity during the postpartum period: a systematic review. *JBI Evid Synth*. 2022;20(9):2119–94.
3. UNICEF. Maternal mortality [Internet]. 2021. [Erişim Tarihi 20 Aralık 2022]. Erişim adresi: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>
4. TUSEB. 2018 yılı Birim Faaliyet Raporu, Türkiye Anne Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü; 2018.
5. Stuebe A, Auguste T, Gulati M. ACOG committee opinion optimizing postpartum care. *Obstet Gynecol*. 2018;131(5):E140–50.
6. Manresa M, Pereda A, Bataller E, Terre-Rull C, Ismail KM, Webb SS. Incidence of perineal pain and dyspareunia following spontaneous vaginal birth: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*. 2019;30(6):853–68.
7. Boz İ, Selvi N. Doğum sonu dönemde iyi bakım uygulamaları: kanıtlarla tamamlayıcı terapiler. *J Anatolia Nurs Heal Sci*. 2017;19:0–0..
8. Harrison MS, Goldenberg RL. Making cesarean delivery SAFE in low- and middle-income countries. *Semin Perinatol*. 2019;43(5):260–6.
9. Hahn-holbrook J. Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries. *Front Psychiatry*. 2018;1:248.
10. Banaei M, Kariman N, Ozgoli G, Nasiri M, Ghasemi V, Khiabani A, vd. Prevalence of postpartum dyspareunia: A systematic review and meta-analysis. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2021;153:14–24.
11. Qian J, Sun S, Liu L, Yu X. Effectiveness of nonpharmacological interventions for reducing postpartum fatigue: a meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21:1–16.
12. Sultan P, Ando K, Sultan E, Hawkins J, Blake L, Barwick F, vd. Review A systematic review of patient-reported outcome measures used to assess sleep in postpartum women using Consensus Based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments (COSMIN) guidelines. *Sleep*. 2021;44(10):1–10.
13. Cooklin AR, Amir LH, Jarman J, Cullinane M, Donath SM, Garland SM, vd. Maternal physical health symptoms in the first 8 weeks postpartum among primiparous Australian women. *Birth*. 2015;42(3): 254–60
14. Aydemir S, Onan N. The relationship between maternal self - confidence and postpartum depression in primipara mothers : A follow-up study. *Community Ment Health J*. 2020;56(8):1449–56.

15. Benahmed N, San Miguel L, Devos C, Fairon N, Christiaens W. Vaginal delivery: How does early hospital discharge affect mother and child outcomes? A systematic literature review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):1–14.
16. T.C. Sağlık Bakanlığı. Doğum sonu bakım yönetim rehberi. 2018. [Internet]. 2018. [Erişim Tarihi 13 Ağustos 2020]. Erişim adresi: <https://kirkclareliism.saglik.gov.tr/Eklenti/115526/0/dogum-sonu-bakim-rehberi-2018pdf.pdf>
17. Bay F, Özerdoğan N. Doğum sonrası bakım ve ev ziyaretlerinin önemi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2021;4(1):77–90.
18. Koç G, Eroğlu K. Evde bakım hizmetlerinin doğum sonu erken taburcu edilen yenidoğanlarda görülen komplikasyonlar üzerine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg*. 2009;16(1):25–38.
20. Büyükkayacı Duman N. Pospartum erken taburculuk sonrası evde bakım. *TAF Prev Med Bull*. 2009;8(8):73–82.
21. Jones E, Stewart F, Taylor B, Davis PG, Brown SJ. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;6: CD002958.
21. Fink AM. Early hospital discharge in maternal and newborn care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2011;40(2):149–56.
22. Nilsson IMS, Kronborg H, Knight CH, Strandberg-Larsen K. Early discharge following birth – What characterises mothers and newborns? *Sex Reprod Healthc*. 2017;11:60–8.
23. Bravo P, Uribe C, Contreras A. Early postnatal hospital discharge: The consequences of reducing length of stay for women and newborns. *Rev da Esc Enferm*. 2011;45(3):758–63.
24. Jones E, Taylor B, MacArthur C, Bradshaw S, Hope L, Cummins C. Early postnatal discharge for infants: A meta-analysis. *Pediatrics*. 2020;146(3): e20193365.
25. Jackson GL, Kennedy KA, Sendelbach DM, Talley DH, Aldridge CL, Vedro DA, vd. Problem identification in apparently well neonates: Implications for early discharge. *Clin Pediatr (Phila)*. 2020;39(10):581–90.
26. World Health Organization. WHO Proportion of mothers who had postnatal contact with a health provider within 2 days of delivery. Maternal, newborn, child and adolescent health and aging data portal [Internet]. 2022. [Erişim Tarihi 20 Aralık 2022]. Erişim Adresi: <https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/proportion-of-mothers-who-had-postnatal-contact-with-a-health-provider-within-2-days-of-delivery>
27. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience [Internet]. 2022. [Erişim Tarihi 18 Ağustos 2022]. Erişim Adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

28. Askelsdottir B, Lam-de Jonge W, Edman G, Wiklund I. Home care after early discharge: Impact on healthy mothers and newborns. *Midwifery*. 2013;29:927–34.
29. Baas CI, Wiegers TA, Cock TP De. Experience with and amount of postpartum maternity care: Comparing women who rated the care they received from the maternity care assistant as ‘ good ’ or ‘ less than good care ’. *Midwifery*. 2017;55:128–36.
30. Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-2018) [Internet]. 2019. [Erişim Tarihi 13 Ağustos 2020]. Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/sonuclar_sunum.pdf
31. Nesanır N, Özcebe H. Düzce’de birinci basamak sağlık hizmetleri üzerine bir değerlendirme: Ölü doğum ve bebek ölümleri. *Türk Pediatr Arşivi Derg*. 2011;46(1):55–62.
32. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Resmi Gazete, 28539. 25.01.2013.
33. Çatak B, Sütlü S, Kılınç AS, Badıllıoğlu O, Zencir M. Burdur’da 2009 yılında doğum yapmış kadınların doğum özellikleri ve doğum sonu bakım hizmetleri. *TAF Prev Med Bull*. 2011;10(5):579–86.
34. Beraki GG, Tesfamariam EH, Gebremichael A, Yohannes B. Knowledge on postnatal care among postpartum mothers during discharge in maternity hospitals in Asmara: a cross- sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;8(20):1–10.
35. Tiruneh GT, Shiferaw CB, Worku A. Effectiveness and cost-effectiveness of home-based postpartum care on neonatal mortality and exclusive breastfeeding practice in low-and-middle-income countries: a systematic review and meta- analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;6:1–19.
36. Brousseau EC, Danilack V, Cai F, Matteson KA. Emergency department visits for postpartum complications. *Journal of Women's Health*. 2018;27(3):253–7.
37. Macarthur C, Bick DE, Belfield C. Redesigning postnatal care: A randomised controlled trial of protocol-based midwifery-led care focused on individual women’s physical and psychological health needs. *Heal Technol Assess*. 2003;7(37).
38. ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists. Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period [Internet]. 2015. [Erişim Tarihi 15 Şubat 2021]. Erişim adresi: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/04/physical-activity-and-exercise-during-pregnancy-and-the-postpartum-period>
39. Paul IM, Beiler JS, Schaefer EW, Hollenbeak CS, Alleman N, Sturgis SA, vd. A Randomized Trial of Single Home Nursing Visits vs Office-Based Care After Nursery/Maternity Discharge: The Nurses for Infants Through Teaching and Assessment After the Nursery (NITTANY) Study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012;166(3):263–70.

40. Laliberté C, Dunn S, Pound C, Sourial N, Yasseen AS, Millar D, vd. A randomized controlled trial of innovative postpartum care model for mother-baby dyads. *PLoS One*. 2016;11(2):e0148520.
41. Apter AJ, Bryant-stephens T, Han X, Park H, Morgan A, Klusaritz H, vd. Clinic navigation and home visits to improve asthma care in low income adults with poorly controlled asthma: Before and during the pandemic. *Contemp Clin Trials*. 2022;118:106808. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2022.106808>
42. Shejila CH, Pai MS, Fernandes DJ. Oncology nurse navigator programme a narrative review. *Nitte Univ J Heal Sci*. 2015;5:103–7.
43. Freeman HP, Rodriguez RL. History and principles of patient navigation. *Cancer*. 2011;117(15):3539–42.
44. Austad K, Chary A, Martinez B, Juarez M, Martin YJ, Ixen EC, vd. Obstetric care navigation: A new approach to promote respectful maternity care and overcome barriers to safe motherhood Prof. Suellen Miller. *Reprod Health*. 2020;14(1):1–8.
45. Carter N, Valaitis RK, Lam A, Feather J, Nicholl J, Cleghorn L. Navigation delivery models and roles of navigators in primary care: A scoping literature review. *BMC Health Serv Res*. 2020;18(1):96.
46. Pautasso FF, De Medeiros Zelmanowicz A, Dias Flores C, Catalina R, Caregnato A. Role of the Nurse Navigator: integrative review. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:2017–0102.
47. Masoi TJ, Kibusi SM. Improving pregnant women's knowledge on danger signs and birth preparedness practices using an interactive mobile messaging alert system in Dodoma region, Tanzania: a controlled quasi experimental study. *Reprod Health*. 2019;16(1):177.
48. DeGroff A, Schroy PC, Morrissey KG, Slotman B, Rohan EA, Bethel J, vd. Patient Navigation for colonoscopy completion: Results of an RCT. *Am J Prev Med*. 2017;53(3):363–72.
49. Gorin SS, Haggstrom D, Han PKJ, Fairfield KM, Krebs P, Clauser SB. Cancer care coordination: A systematic review and meta-analysis of over 30 years of empirical studies. *Ann Behav Med*. 2022;51(4):532–46.
50. Wang X, Fang C, Tan Y, Liu A, Ma GX. Evidence-Based Intervention to Reduce Access Barriers to Cervical Cancer Screening Among Underserved Chinese American Women. 2010;19(3):463–9.
51. Ko YL, Lee HJ. Randomised controlled trial of the effectiveness of using back massage to improve sleep quality among Taiwanese insomnia postpartumwomen. *Midwifery*. 2014;30(1):60–4.
52. Mertz BG, Dunn-Henriksen AK, Kroman N, Johansen C, Andersen KG, Andersson M, vd. The effects of individually tailored nurse navigation for patients with newly diagnosed breast cancer: a randomized pilot study. *Acta Oncol (Madr)*. 2017;56(12):1682–9.

53. Gordils-Perez J, Schneider SM, Gabel M, Trotter KJ. Oncology Nurse Navigation Development and implementation of a program at a comprehensive cancer center. *Clin J Oncol Nurs*. 2017;21(5):581–8.
54. Carty CL, Soghier LM, Kritikos KI, Tuchman LK, Jiggetts M, Glass P, vd. The Giving Parents Support Study: A randomized clinical trial of a parent navigator intervention to improve outcomes after neonatal intensive care unit discharge. *Contemp Clin Trials*. 2018;70:117–34.
55. Torke AM, Wocial LD, Johns SA, Sachs GA, Callahan CM, Bosslet GT, vd. The family navigator: A pilot intervention to support intensive care unit family surrogates. *Am J Crit Care*. 2016;25(6):498–507.
56. Yee LM, Martinez NG, Nguyen AT, Hajjar N, Chen MJ, Simon MA. Using a patient navigator to improve postpartum care in an Urban Women's Health Clinic. İçinde: *Obstetrics and Gynecology*. Lippincott Williams and Wilkins; 2017 s. 925–33.
57. Juarez M, Austad K, Rohloff P. Stories from the field lay midwives: On the front lines of the fight against maternal mortality in rural Guatemala. *Am J Trop Med Hyg*. 2019;100(2):237–8
58. Martinez B, Ixen EC, Hall-Clifford R, Juarez M, Miller AC, Francis A, vd. MHealth intervention to improve the continuum of maternal and perinatal care in rural Guatemala: A pragmatic, randomized controlled feasibility trial. *Reprod Health*. 2018;15(1):1–12.
59. Şimşek Ç, Esencan TY. Doğum sonu dönemde hemşirelik bakımı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2017;48(10):183–9.
60. Yee LM, Williams B, Green HM, Carmona-Barrera V, Diaz L, Davis KD, vd. Bridging the postpartum gap: best practices for training of obstetrical patient navigators. *Am J Obstet Gynecol*. 2021;225(2):138–52.
61. McKenney KM, Martinez NG, Yee LM. Patient navigation across the spectrum of women's health care in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;218(3):280–6.
62. Bensink ME, Ramsey SD, Battaglia T, Fiscella K, Hurd TC, McKoy JM, vd. Costs and outcomes evaluation of patient navigation after abnormal cancer screening: Evidence from the patient navigation research program. *Cancer*. 2014;120(4):570–8.
63. Karaçam Z. Normal postpartum dönemin fizyoloji ve bakımı. İçinde: Şirin A, Kavlak O, editörler. *Kadın Sağlığı*. 2. baskı İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2015. s. 460–87.
64. Barends P. Overview of the postpartum period: Normal physiology and routine maternal care - UpToDate [Internet]. 2022 [Erişim Tarihi 26 Temmuz 2022]. Erişim adresi: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-postpartum-period-normal-physiology-and-routine-maternal-care>
65. Chauhan G, Tadi P. Physiology, postpartum changes. *StatPearls* [Internet]. 2020 [Erişim Tarihi 02 Ağustos 2022]; Erişim adresi: <http://europepmc.org/books/NBK555904>

66. Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Taşkın L, editör. Akademisyen Kitabevi; 2020.
67. Nazik E. Doğum, Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği. Akademisyen Kitabevi; 2022.
68. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(1):3–12.
69. Rezaie-Keikhaie K, Arbabshastan ME, Rafiemanesh H, Amirshahi M, Ostadkelayeh SM, Arbabisarjou A. systematic review and meta-analysis of the prevalence of the maternity blues in the postpartum period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2020;49(2):127–36.
70. Traube DE, Molina AP, YingWangKay S, Kemner A. Perinatal mental health support and early childhood home visitation during COVID-19. *Prev Sci*. 01 2022;23(2):260–70.
71. Jiao N, Zhu L, Chong YS, Chan WCS, Luo N, Wang W, vd. Web-based versus home-based postnatal psychoeducational interventions for first-time mothers: A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2019;99:103385.
72. Doering JJ, Sims DA, Miller DD. How Postpartum women with depressive symptoms manage sleep disruption and fatigue. *Res Nurs Health*. 2017;40(2):132–42.
73. Yıldırım F, Duman NB. Kanıta dayalı bilgiler ışığında postpartum emosyonel sorunlara yönelik yaklaşımlar. *Hitit Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg*. 2018;11(1):755–64.
74. Chien LY, Tai CJ, Hwang FM, Huang CM. Postpartum physical symptoms and depressive symptomatology at 1 month and 1 year after delivery: A longitudinal questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2009;46(9):1201–8.
75. Wang CY, Yee LM, Feinglass JM. Delivery complications and postpartum hospital use in California. *Women's Heal Issues*. 2022;32(1):57–66.
76. Belfort MA, Clark SL, Saade GR, Kleja K, Dildy GA, Van Veen TR, vd. Hospital readmission after delivery: evidence for an increased incidence of nonurogenital infection in the immediate postpartum period. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;202(1):35e1-e7.
77. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage [Internet]. 2012 [Erişim Tarihi 03 Ağustos 2022]. Erişim adresi: www.who.int/maternal_child_adolescent
78. Shields LE, Goffman D, Caughey AB. ACOG practice bulletin: Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol*. 2017;130(4):e168–86.
79. Sheldon WR, Blum J, Vogel JP, Souza JP, Gülmezoglu AM, Winikoff B, vd. Postpartum haemorrhage management, risks, and maternal outcomes: findings from the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2014;121:5–13.

80. Reale SC; Easter, Sarah R, Xu X, Bateman BT, Farber MK. Trends in Postpartum Hemorrhage in the United States From 2010: Ingenta connect. *Anesth Analg*. 2020;130(5):e119–22.
81. Li S, Gao J, Liu J, Hu J, Chen X, He J, vd. Incidence and risk factors of postpartum hemorrhage in China: A multicenter retrospective study. *Front Med*. 2021;8:673500.
82. Deneux-Tharaux C, Bonnet MP, Tort J. Epidemiology of post-partum haemorrhage. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2014;43(10):936–50.
83. Belfort MA. Postpartum hemorrhage: Medical and minimally invasive management - UpToDate [Internet]. 2022 [Erişim Tarihi 05 Ağustos 2022]. Erişim adresi: https://www.uptodate.com/contents/postpartum-hemorrhage-medical-and-minimally-invasive-management?search=postpartum&topicRef=127985&source=see_link#H3106519889
84. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, vd. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Heal*. 2014;2(6):e323–33.
85. Şencan İ, Engin-Üstün Y, Sanisoğlu S, Özcan A, Karaahmetoğlu S, Keskin HL, vd. 2014 Yılı Türkiye ulusal anne ölümlerinin demografik verilere göre değerlendirilmesi demographic characteristics of Turkish national maternal deaths in 2014. *J Gynecol - Obstet Neonatol*. 2016;13(2):45–7.
86. Ngonzi J, Bebell LM, Fajardo Y, Boatın AA, Siedner MJ, Bassett I V., vd. Incidence of postpartum infection, outcomes and associated risk factors at Mbarara regional referral hospital in Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):1–11.
87. Boushra M, Rahman O. Postpartum infection. *StatPearls*; 2022.
88. Sanches SMV, Da Fonseca Cerqueira MMB, Junqueira PL, Gomez MT. Thromboprophylaxis during the pregnancy-puerperal cycle- Literature review. *Rev Bras Ginecol e Obstet*. 2020;42(4):218–27.
89. Okoroh EM, Azonobi IC, Grosse SD, Grant AM, Atrash HK, James AH. Prevention of venous thromboembolism in pregnancy: A review of guidelines, 2000-2011. *J Women's Heal*. 2012;21(6):611–5.
90. ACOG. Optimizing Support for Breastfeeding as Part of Obstetric Practice Committee on Obstetric Practice. [Erişim Tarihi 06 Ağustos 2022]. Erişim adresi: www.cdc.gov/breastfeeding/data/nis_data/index.htm.
91. Walters D, Kakietek JJ, Eberwein JD, Pullum T, Shekar M. Breastfeeding in the 21st century. *Lancet*. 2016;387(10033):2087.
92. Eidelman AI, Schanler RJ. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):e827–e841.
93. Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, Keïta H, Dubertret C. Predictors of postpartum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res*. 2014;215(2):341–6.

94. Yıldız PD, Ayers S, Phillips L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2017;208:634–45.
95. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet.* 2004;363(9405):303–10.
96. Tikkanen R, Gunja MZ, Fitzgerald M, Zephyrin L. Maternal mortality and maternity care in the United States compared to 10 other developed countries. *Commonweath Fund Issue Briefs.* 2020:1–17.
97. Ukah UV, Dayan N, Potter BJ, Ayoub A, Auger N. Severe Maternal Morbidity and Risk of Mortality Beyond the Postpartum Period. *Obstet Gynecol.* 2021;137(2):277–84.
98. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 [Internet]. 2021. [Erişim Tarihi 19 Ağustos 2019] Erişim adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/40564,saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf>
99. Kikuchi K, Ansah EK, Okawa S, Enuameh Y, Yasuoka J, Nanishi K, vd. Effective linkages of continuum of care for improving neonatal, perinatal, and maternal mortality: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* . 2015;10(9):e0139288.
100. Bilgin N. Doğum sonu dönem kanıt temelli yaklaşımlar ve hemşirelik. *Maltepe Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi.* 2010;3(3): 80-87.
101. Güneri SE. Postpartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2015;4(3):482–96.
102. Özel Gün E, Çetin H, Şimşek E. Yeni doğum yapmış kadınların aile hekimlerinden aldıkları doğum sonu bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi. *TJFMPC.* 2020;14(4):576–87.
103. Karadeniz H, Yıldız H. Klinik uygulamada rehberler: Doğum Sonu döneme ait örnekler. 2021;14(3):296–307.
104. Zeren F, Gürsoy E. Dünya Sağlık Örgütü'nün anne ve yenidoğan için postpartum bakım önerileri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2018;7(4):95–102.
105. ACOG. Optimizing Postpartum Care [Internet]. Presidential Task Force on Redefining the Postpartum Visit Committee on Obstetric Practice. 2018 [Erişim Tarihi 11 Ağustos 2020]. Erişim adresi: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/05/optimizing-postpartum-care>
106. ACOG. ACOG Committee Opinion No. 742: Postpartum Pain Management. *Obstet Gynecol.* 2018;132(1):e35–43.
107. ACOG. Breastfeeding in Correctional Settings (2018) - National Commission on Correctional Health Care [Internet]. [Erişim Tarihi 06 Ağustos 2022]. Erişim adresi: <https://www.ncchc.org/breastfeeding-in-correctional-settings-2018/>

108. ACOG. ACOG Committee Opinion No. 570. Obstet Gynecol. 2015];122(2):423–7.
109. AAFP. ACOG Releases Guideline for Management of Postpartum Hemorrhage [Internet]. 2007 [Erişim Tarihi 06 Ağustos 2022]. Erişim adresi: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2007/0401/p1101.html>
110. AAFP. CDC Updates Recommendations for Contraceptive Use in the Postpartum Period [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi 06 Ağustos 2022]. Erişim adresi: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2011/1215/p1422.html>
111. AAFP. Racial and Socioeconomic Disparities in Breastfeeding --- United States, 2004 [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi 06 Ağustos 2022]. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5512a3.htm>
112. AAFP. AAP Releases Updated Breastfeeding Recommendations [Internet]. 2005 [Erişim Tarihi 06 Ağustos 2022]. Erişim adresi: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2005/0501/p1819.html>
113. NICE. Postnatal care [Internet]. 2021 [Erişim Tarihi 06 Ağustos 2022]. Erişim adresi: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194>
114. NICE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance [Internet]. 2020 [Erişim Tarihi 06 Ağustos 2022]. Erişim adresi: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
115. NICE. Happy Mum Healthy Bump [Internet]. 2019 [Erişim Tarihi 06 Ağustos 2022]. Erişim adresi: <https://www.nice.org.uk/sharedlearning/happy-mum-healthy-bump>
116. NICE. Antenatal and postnatal mental health [Internet]. 2016 [Erişim Tarihi 06 Ağustos 2022]. Erişim adresi: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs115>
117. NICE. Donor milk banks: service operation [Internet]. 2010 [Erişim Tarihi 06 Ağustos 2022]. Erişim adresi: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg93>
118. RCOG. Maternal Collapse in Pregnancy and the Puerperium (Green-top Guideline No. 56) [Internet]. 2019 [Erişim Tarihi 06 Ağustos 2022]. Erişim adresi: <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/maternal-collapse-in-pregnancy-and-the-puerperium-green-top-guideline-no-56/>
119. RCOG. Antenatal and Postnatal Analgesia (Scientific Impact Paper No. 59) [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 06 Ağustos 2022]. Erişim adresi: <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/scientific-impact-papers/antenatal-and-postnatal-analgesia-scientific-impact-paper-no-59/>
120. RCOG. Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage (Green-top Guideline No. 52) [Internet]. 2016 [Erişim Tarihi 06 Ağustos 2022]. Erişim adresi: <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/prevention-and-management-of-postpartum-haemorrhage-green-top-guideline-no-52/>
121. RCOG. Best practice in Postpartum Family Planning [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi 06 Ağustos 2022]. Erişim adresi: <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/best-practice-papers/>

122. RCOG. Reducing the Risk of Thrombosis and Embolism during Pregnancy and the Puerperium (Green-top Guideline No. 37a) [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi 06 Ağustos 2022]. Erişim adresi: <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/green-top-guidelines/reducing-the-risk-of-thrombosis-and-embolism-during-pregnancy-and-the-puerperium-green-top-guideline-no-37a/>
123. RCOG. Management of Women with Mental Health Issues during Pregnancy and the Postnatal Period (Good Practice No.14) [Internet]. 2011 [Erişim Tarihi 06 Ağustos 2022]. Erişim adresi: <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/good-practice-papers/management-of-women-with-mental-health-issues-during-pregnancy-and-the-postnatal-period-good-practice-no14/>
124. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek, Çocuk ve Ergen İzlem Protokolü- E-Kütüphane Sistemi [Internet]. 2018. [Erişim Tarihi 13 Ağustos 2020]. Erişim adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/420>
125. Sütü S. Burdur’da aile hekimlerinin sunduğu doğum sonu bakım hizmetleri ve ilişkili faktörler. *Sted.* 2021;30(6):436-443.
126. Wise J. Postnatal checks for new mothers need to be properly funded, charity tells government. *BMJ.* 2019;366:l5438.
127. Gebrehiwot G, Medhanyie AA, Gidey G, Abrha K. Postnatal care utilization among urban women in northern Ethiopia: Cross-sectional survey. *BMC Womens Health.* 2018;18(1):1–10.
128. Dennis ML, Abuya T, Campbell OMR, Benova L, Baschieri A, Quartagno M, vd. Evaluating the impact of a maternal health voucher programme on service use before and after the introduction of free maternity services in Kenya: a quasi-experimental study. *BMJ Glob Heal.* 2018;3(2):e000726.
129. Khanal V, Adhikari M, Karkee R, Gavidia T. Factors associated with the utilisation of postnatal care services among the mothers of Nepal: Analysis of Nepal Demographic and Health Survey 2011. *BMC Womens Health.* 2014;14(1):1–13.
130. Ulu N. Ağrı ili köyleri gebe ve çocuk izlemleri durumu ve sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik değerlendirmesi. *SDÜ Sağlık Bilim Enstitüsü Derg.* 2012;2(3):127–34.
131. Çakır R. Kırsal mahallelerde birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi: Bursa ili örneği [Doktora tezi]. Bursa :Uludağ Üniversitesi; 2017.
132. Özdemir R, Karaçalı M, Karabük ili Safranbolu ilçesinde doğum sonu bakım hizmetlerinin kapsamı ve hizmet kullanımının belirleyicileri. *Ege J Med.* 2019;58(4):351–62
133. Durusoy R, Davas A, Ergin I, Hassoy H, Aksu F. İzmir ’ de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin aile hekimi tarafından izlenme sıklıkları ve etkileyen etmenler. *Türkiye Halk Sağlığı Derg.* 2011;9(1):1–15.

134. Soysal A, Kırac R, Ulu A. Türkiye’de aile hekimliği sistemi ve Diyarbakır Halkının aile hekimliği sistemine olan memnuniyet ölçütleri. Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Derg. 2016;6(10):76–89.
135. Minuye B, Id B, Alebachew W, Id B, Chanie M, Id AY, vd. Home based postpartum care and determinants in Ethiopia : A multilevel analysis. PLoS One. 2022;17(8):1–12.
136. Durduran Y, Bodur S, Filiz E. Konya il merkezinde sağlıkta dönüşüm öncesi ve sonrası gebe ve bebek izlemleri. Dicle Tıp Derg. 2012;39(2):227–33.
137. WHO. Maternal mortality [Internet]. 2019. [Erişim Tarihi 13 Ağustos 2020]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
138. Hemşirelik Yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete, 27515. 08.03.2010.
139. Shaw E, Levitt C, Wong S. Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physical health. Birth. 2006;33(3):210–20.
140. Dennis CL, Grigoriadis S, Zupancic J, Kiss A, Ravitz P. Telephone-based nurse-delivered interpersonal psychotherapy for postpartum depression: Nationwide randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2020;216(4):189–96.
141. Ozcan S, Eryilmaz G. Using Levine’s conservation model in postpartum care: a randomized controlled trial. Health Care Women Int. 2020;1–21.
142. OECD. Average length of stay: childbirth. Health: Key Tables from OECD [Internet]. 2014 [Erişim Tarihi 05 Ağustos 2022]. Erişim adresi: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/average-length-of-stay-childbirth-2014-1_l-o-s-childbirth-table-2014-1-en
143. Gölbaşı Z. Postpartum dönemde erken taburculuk, evde bakım hizmetleri ve hemşirelik. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003;7:15-22.
144. WHO. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn [Internet]. 2014 [Erişim Tarihi 05 Ağustos 2022]. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/97603>
145. Kilpatrick SJ, Papile LA. Guidelines for perinatal care. 8. baskı. Washington D.C.: American College of Obstetricians and Gynecologists;2017.
146. Lindblad V, Gaardsted PS, Melgaard D. Early discharge of first-time parents and their newborn: A scoping review. Eur J Midwifery. 2021;5:1–19.
147. Handler A, Zimmermann K, Dominik B, Garland CE. Universal early home visiting : a strategy for reaching all postpartum women. Matern Child Health J . 2019;23(10):1414–23.
148. Xiao X, Ngai F, Zhu S, Loke AY. The experiences of early postpartum Shenzhen mothers and their need for home visit services : a qualitative exploratory study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2020;8:1–12.
149. Mccarter DE, Bc W, Investigator P. Technology - assisted nursing for postpartum support : A randomized controlled trial. J Adv Nurs. 2019;103506:2223–35.

150. Zhou C, Hu H, Wang C, Zhu Z, Feng G, Xue J, vd. The effectiveness of mHealth interventions on postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *J Telemed Telecare*. 2022;28(2):83–95.
151. Chen L, Qiong W, Velthoven MH Van, Yanfeng Z, Shuyi Z, Ye L, vd. Coverage , quality of and barriers to postnatal care in rural Hebei , China : a mixed method study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014;14(1):1–2.
152. itrin D, Guenther T, Murray J, Pilgrim N, Rubayet S, Ligowe R, vd. Reaching mothers and babies with early postnatal home visits : the implementation realities of achieving high coverage in large-scale programs. *PLoS One*. 2013;8(7):e68930.
153. Forster DA, McLachlan HL, Rayner J, Yelland J, Gold L, Rayner S. The early postnatal period: Exploring women’s views, expectations and experiences of care using focus groups in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2008;8:1–11.
154. Kurth E, Krähenbühl K, Eicher M, Rodmann S, Fölmli L, Conzelmann C, vd. Safe start at home: What parents of newborns need after early discharge from hospital - A focus group study Healthcare needs and demand. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(1):1–14.
155. Tesfau YB, Kahsay AB, Gebrehiwot TG. Postnatal home visits by health extension workers in rural areas of Ethiopia : a cross- sectional study design. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020;1–9.
156. Carter N, Valaitis RK, Lam A, Feather J, Nicholl J, Cleghorn L. Navigation delivery models and roles of navigators in primary care: A scoping literature review. *BMC Health Serv Res*. 2018;18:1–13.
157. Freeman HP. Patient navigation: a community centered approach to reducing cancer mortality. *J Cancer Educ*. 2006;21(1):pS11–S14.
158. Freeman HP, Chu KC. Determinants of cancer disparities: Barriers to cancer screening, diagnosis, and treatment. *Surg Oncol Clin N Am*. 2005;14(4):655–69.
159. Percac-Lima S, Benner CS, Lui R, Aldrich LS, Oo SA, Regan N, vd. The impact of a culturally tailored patient navigator program on cervical cancer prevention in latina women. *J Women’s Heal*. 2013;22(5):426–31.
160. Freeman HP. The origin, evolution, and principles of patient navigation. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2012;21(10):1614–7.
161. Liang X, Ying H, Wang H, Xu H, Liu M, Zhou H, vd. Enhanced recovery care versus traditional care after laparoscopic liver resections: a randomized controlled trial. *Surg Endosc*. 2018;32(6):2746–57.
162. McMurray A, Cooper H. The nurse navigator: An evolving model of care. *Collegian*. 2017;24(2):205–12.
163. McMullen L. Oncology Nurse Navigators and the continuum of cancer care. *Semin Oncol Nurs*. 2013;29(2):105–17.

164. Wagner EH, Ludman EJ, Aiello Bowles EJ, Penfold R, Reid RJ, Rutter CM, vd. Nurse navigators in early cancer care: A randomized, controlled trial. *J Clin Oncol*. 2014;32(1):12–8.
165. Pratt-Chapman M. Oncology Issues What Does a Patient Navigator Do? *Oncol Issues*. 2017;31(1):54–60.
166. Baileys K, McMullen L, Lubejko B, Christensen D, Haylock PJ, Rose T, Sellers J, Srdanovic D. Nurse Navigator Core Competencies: An update to reflect the evolution of the role. *Clin J Oncol Nurs*. 2018;22(3): 272–81.
167. Lubejko BG, Bellfield S, Kahn E, Lee C, Peterson N, Rose T, vd. Oncology Nurse Navigation: Results of the 2016 role delineation study. *Clin J Oncol Nurs*. 2017;21(1):43–50.
168. Valaitis RK, Carter N, Lam A, Nicholl J, Feather J, Cleghorn L. Implementation and maintenance of patient navigation programs linking primary care with community-based health and social services: a scoping literature review. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):1–14.
169. Skrutkowski M, Ritchie J, Marchionni C, Admin M, Ladouceur M. Impact of a Pivot Nurse in oncology on patients with lung or breast cancer: Symptom distress, fatigue, quality of life, and use of healthcare resources. *Oncol Nurs Forum*. 2008;35(6):948–54.
170. Carroll JK, Humiston SG, Meldrum SC, Salamone CM, Jean-Pierre P, Epstein RM, vd. Patients' experiences with navigation for cancer care. *Patient Educ Couns*. 2010;80(2):241–7.
171. Swanson J, Koch L. The role of the oncology nurse navigator in distress management of adult inpatients with cancer: A retrospective study. *Oncol Nurs Forum*. 2010;37(1):69–76.
172. Liang H, Tao L, Ford EW, Beydoun MA, Eid SM. The patient-centered oncology care on healthcare utilization and cost: A systematic review and meta-analysis. *Health Care Manage Rev*. 2020;45(4):364.
173. Gervès-Pinquié C, Girault A, Phillips S, Raskin S, Pratt-Chapman M. Economic evaluation of patient navigation programs in colorectal cancer care, a systematic review. *Health Econ Rev*. 2018;8(1):1–12.
174. Wells KJ, Battaglia TA, Dudley DJ, Garcia R, Greene A, Calhoun E, Mandelblatt JS, Paskett ED, Raich PC, Patient navigation: state of the art or is it science?. *Cancer*. 2008;113(8):1999-2010.
175. Svikis DS, Kelpin SS, Keyser-Marcus L, Bishop DL, Parlier-Ahmad AB, Jones H, vd. Increasing prenatal care compliance in at-risk black women: Findings from a RCT of Patient Navigation and behavioral incentives. *J Racial Ethn Heal Disparities*. 2022;9(2):630–40.
176. Ergin F, Aksu H, Demiröz H. Doğum öncesi ve doğum sonrası dönem bakım hizmetlerinin niteliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2010;13(4):1-9.

177. Fallin-Bennett A, Rademacher K, Dye H, Elswick A, Ashford K, Goodin A. Perinatal Navigator Approach to Smoking Cessation for Women With Prevalent Opioid Dependence. *West J Nurs Res*. 2019;41(8):1103–20.
178. Hall M, Hutson SP. A Randomized, controlled trial of nurse-navigated texting support for primiparous women after an unplanned cesarean birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2019;48(3):S131.
179. Sunay D, Şengezer T, Oral M, Aktürk Z. CONSORT 2010 Raporu : Randomize paralel grup çalışmalarının raporlanmasında güncellenmiş kılavuzlar. *Eurasian J Fam Med*. 2013;2(1):1–10.
180. Piaggio G, Elbourne DR, Pocock SJ, Evans SJ, Altman DG, CONSORT Group FT. Reporting of noninferiority and equivalence randomized trials: extension of the CONSORT 2010 statement. *Jama*. 2012;308(24):2594-604.
181. Altuntuğ K. Gebe kadınlara verilen eğitimin doğum sonu taburculuğa hazır oluşluk ve yaşam kalitesine etkisi [Doktora tezi]. Kayseri: Erciyes Üniversitesi; 2011.
182. Şahin E. Doğum sonrası dönemde verilen planlı taburculuk eğitimi ve danışmanlığın öz-bakım gücü ve emzirme üzerine etkisinin değerlendirilmesi [Doktora tezi]. Ankara: GATA; 2015.
183. Taşkın L, Eroğlu K, Terzioğlu F, Vural G, Kutlu Ö. Hemşire ve ebeler için doğum ve kadın sağlığı uygulama rehberi. Ankara: Nobel Kitabevi; 2019.
184. Koç G. Doğum sonu erken dönemde taburcu edilen anneler için geliştirilen evde bakım hizmet modelinin etkinliğinin incelenmesi [Doktora tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2005.
185. Kearney BY, Fleischer BJ. Development of an Instrument to Measure Exercise of Self-care Agency. *Res Nurs Health*. 1979;2(1):25–34.
186. Nahcivan N. Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması: Öz-Bakım Gücü Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni*. 1994;7(33):109-119.
187. Hill PD, Aldag JC, Hekel B, Riner G, Bloomfield P. Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire. *J Nurs Meas*. 2006;14(3):205–20.
188. Altuntuğ K, Ege E. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg*. 2012;15(3):214–22.
189. Fallon V, Halford JCG, Bennett KM, Harrold JA. The Postpartum Specific Anxiety Scale: development and preliminary validation. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19(6):1079–90.
190. Duran S. Postpartum Specific Anxiety Scale (PSAS): Reliability and validity of the Turkish version. *Perspect Psychiatr Care*. 2020;56(1):95–101.
191. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150(6):782–6.
192. Engindeniz A, Küey L, Kültür S. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Ankara: Bahar Sempozyumları 1 Kitabı, Psikiyatri Derneği Yayınları; 1996: 51–52.

193. Arkan G, Cetişli NE. Validity and reliability study of Postpartum Physical Symptom Severity Scale. *Int Ref J Gynaecol Matern Child Heal*. 2017;10:18–34.
194. World Health Organization. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn [Internet]. 2013 [Erişim Tarihi 11 Ağustos 2020]. Erişim adresi: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/
195. Bekdemir Ak Ö, Dolgun G. Doğum sonu dönemde yenidoğanda yapılan kanıta dayalı uygulamalar ve ebelik. *Samsun Sağlık Bilim Derg*. 2021;6(1):18–27.
196. Ateşman E. Türkçe’de okunabilirliğin ölçülmesi. *AÜ Tömer Dil Derg*. 1997;(58):171–4.
197. Temur T. Okunabilirlik (readability) kavramı. *Türklük Bilim Araştırmaları Türkçenin Öğretimi Özel Sayısı*. 2003;13:169–80.
198. Christie J, Itzkowitz S, Lihau-Nkanza I, Castillo A, Redd W, Jandorf L. A randomized controlled trial using patient navigation to increase colonoscopy screening among low-income minorities. *J Natl Med Assoc*. 2008;100(3):278–84.
199. Han HR, Lee H, Kim MT, Kim KB. Tailored lay health worker intervention improves breast cancer screening outcomes in non-adherent Korean-American women. *Health Educ Res*. 2009;24(2):318–29.
200. Dunaway L. Development of a plan for a navigator program [Doctoral study]. Minnesota:Walden University;2017.
201. Grose W. Nurse practitioner navigator policy and procedure protocols in private practice [Doctoral study]. Minnesota:Walden University;2017.
202. Temucin E, Nahcivan NO. The Effects of the Nurse Navigation Program in promoting colorectal cancer screening behaviors: a randomized controlled Trial. *J Cancer Educ*. 2020;35(1):112–24.
203. Ruderman RS, Dahl EC, Williams BR, Feinglass JM, Kominiarek MA, Grobman WA, vd. Obstetric Provider Perspectives on Postpartum Patient Navigation for low-income patients. *Health Educ Behav*. 2021;12:10901981211043116.
204. Gülşen Ç, Doğan Merih Y. Doğum sonu dönemde anneler kimden hangi desteği bekliyor? *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 2018;4(1):20–34.
205. Bağcı S, Altuntuğ K. Problems experienced by mothers in postpartum period and their associations with quality of life *J Hum Sci*. 2016;13(2):3266–79.
206. Egelioğlu Cetişli N, Işık S, Kahveci M, Hacılar A. Primipar annelerde doğum şekline göre postpartum fiziksel semptom şiddeti ve emzirme davranışları. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2020;17(2):98–103.
207. Hu F, Strohbach A, Martinez NG, Simon MA, Yee LM. Patient and provider perceptions of a patient navigation program to improve postpartum care among publicly insured women. *Am J Perinatol*. 2021;38(3):248–57.

208. Austad K, Juarez M, Shryer H, Moratoya C, Rohloff P. Obstetric care navigation: results of a quality improvement project to provide accompaniment to women for facility-based maternity care in rural Guatemala. *BMJ Qual Saf.* 2020;29(2):169–78
209. Martinez NG, Yee LM, Miller ES. Is postpartum patient navigation uniquely beneficial for women with antenatal depressive symptoms? *Am J Perinatol.* 2022; 39(11): 1189-1195.
210. Filicko A, Huennekens K, Davis KD, Dolan BM, Williams BR, Feinglass J, vd. Primary care clinician perspectives on patient navigation to improve postpartum care for patients with low income. *Women's Heal Reports.* 2022;3(1):1006–15.
211. MacArthur AJ, MacArthur C. Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: A prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(4):1199–204.
212. Paladine HL, Blenning CE, Strangas Y. Postpartum care: An approach to the fourth trimester. *Am Fam Physician.* 2019;100(8):485–91.
213. ACOG. Barriers to breastfeeding: Supporting initiation and continuation of breastfeeding: ACOG Committee Opinion Summary, Number 821. *Obstet Gynecol.* 2021;137(2):396–7.
214. Kang SY, Khang YH, June KJ, Cho SH, Lee JY, Kim YM, vd. Prevalence and risk factors of maternal depression among women who participated in a home visitation program in South Korea. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2022;57(6):1167–78.
215. Martínez-Galiano JM, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Delgado-Rodríguez M, Gómez-Salgado J. Relationship between parity and the problems that appear in the postpartum period. *Sci Rep.* 2019;9(1):1–8.
216. Persico G, Vergani P, Cestaro C, Grandolfo M, Nespoli A. Assessment of postpartum perineal pain after vaginal delivery: prevalence, severity and determinants. A prospective observational study. *Minerva Ginecol.* 2013;65(6):669-78.
217. Jones K, Webb S, Manresa M, Hodgetts-Morton V, Morris RK. The incidence of wound infection and dehiscence following childbirth-related perineal trauma: A systematic review of the evidence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2019;240:1–8.
218. Yıldız H. Postpartum problems and care needs of mothers living in rural area. *Türkiye Aile Hekim Derg.* 2011;15(4):159–66.
219. Najem B, Al-Deen D. Breast feeding problems in primipara mothers in early postnatal period results : Iraqi J Comm Med. 2011;24(3):3–6.
220. Shanbhag S, Joseph RC. A study of maternal breast feeding issues during early postnatal days. *SciMedicine Journal.* 2020;2(4):219-24.
221. Elpídio G, Barbosa F, Bruno V, Mendes J, Silva M, Medeiros A, vd. Initial breastfeeding difficulties and association with breast. *Rev Paul Pediatr.* 2017;35(3):265–72.

222. Karaçam Z, Sağlık M. Breastfeeding problems and interventions performed on problems : systematic review based on studies made in Turkey. *Turkish Arch Pediatr.* 2018;53(3):134–48.
223. Turawa EB, Musekiwa A, Rohwer AC. Interventions for preventing postpartum constipation. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2020(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011625.pub3>
224. Ataş AN, Özerdoğan N. Doğum sonu dönemde fonksiyonel durum ve yorgunluk. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2021;47–54.
225. Giallo R, Seymour M, Dunning M, Cooklin A, Loutzenhiser L, McAuslan P. Factors associated with the course of maternal fatigue across the early postpartum period. *J Reprod Infant Psychol.* 2015;33(5):528–44.
226. Dişli D. Kanıt temelli yaklaşım perspektifinde postpartum bakımın optimizasyonu. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 2021;6(2):143-51.
227. Lee JT, Tsai JL. Transtheoretical model-based postpartum sexual health education program improves women’s sexual behaviors and sexual health. *J Sex Med.* 2012;9(4):986–96
228. Von Sydow K, Ullmeyer M, Happ N. Sexual activity during pregnancy and after childbirth: Results from the sexual preferences questionnaire. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2001;22(1):29–40.
229. Clark SL, Belfort MA, Dildy GA, Englebright J, Meints L, Meyers JA, Frye DK, Perlin JA. Emergency department use during the postpartum period: implications for current management of the puerperium. *American journal of obstetrics and gynecology.* 2010 Jul 1;203(1):38–e1.
230. Eser OS, Boga A, Çalışkan Sg, Nafie Sayman E, Cengiz M, Güven Ş. Çocuk Acilin En Küçük Misafirleri Yenidoğanlar. *Sakarya Tıp Dergisi.* 2021;11(3):489–95.
231. Bozlu G, Sağcan MF, Çelik Y, Kuyucu N. Çocuk acil servisine getirilen 624 yenidoğanın geriye dönük olarak değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2018;11(1):7–12.
232. Paul DA, Agiro A, Hoffman M, Denemark C, Brazen A, Pollack M, vd. Hospital Admission and Emergency Department Utilization in an Infant Medicaid Population. *Hosp Pediatr.* 2016;6(10):587–94
233. Ladley A, Hieger AW, Arthur J, Broom M. Educational text messages decreased emergency department utilization among infant caregivers: A randomized trial. *Acad Pediatr.* 2018;18(6):636–41.
234. Brousseau DC, Meurer JR, Isenberg ML, Kuhn EM, Gorelick MH. Association between infant continuity of care and pediatric emergency department utilization. *Pediatrics.* 2004;113(4):738–41.
235. Majumder S, Najnin Z, Ahmed S, Bhuiyan SU. Knowledge and attitude of essential newborn care among postnatal mothers in Bangladesh. *Journal of Health Research.* 2018;32(6):440–8.

236. Senarath U, Fernando DN, Vimpani G, Rodrigo I. Factors associated with maternal knowledge of newborn care among hospital-delivered mothers in Sri Lanka. *Transactions of the Royal society of tropical medicine and hygiene*. 2007;101(8):823–30.
237. Caner İ. Yenidoğan beslenmesinde sık karşılaşılan sorunlar. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*. 2016;8(2):14–8.
238. Yol E. Bebeği indirekt hiperbilirubinemi tanısı almış annelerin emzirme öz-yeterliliği ve emzirme başarısının değerlendirilmesi [Yükseklisans tezi]. Ankara:Ankara Üniversitesi; 2017.
239. Çayönü N, Bülbül A, Uslu S, Bolat F, Güran Ö, Nuhoglu A. Yenidoğan bebeklerde son on yılda indirekt hiperbilirubinemi değişimi. *Med Bull Şişli Etfal Hosp*. 2011;3(3):85–93.
240. Özdemir S, Yılmaz B. Derleme (Review) Yenidoğanlarda hiperbilirubinemi ve başarılı emzirme. *EGE HFD*. 2019;35(2):69–75.
241. Karumbi J, Mulaku M, Aluvaala J. Europe PMC funders group topical umbilical cord care for prevention of infection and neonatal mortality. 2013;32(1):78–83.
242. Mullany L, Darmstadt G, Tielsch J. Role of antimicrobial applications to the umbilical cord in neonates to prevent bacterial colonization and infection: a review of the evidence. *Pediatr Infect Dis J*. 2005;22(11):996–1002.
243. Yılmaz G, Yıldız S. Bez dermatiti ve hemşirelik bakımı. *Hemşirelik Bilim Derg J Nurs Sci*. 2019;2(2):31–7.
244. Al-hasani F, Al-hamam H, Farhood IG, Tareq A. The Prevalence Of Skin Diseases Among Iraqi infants. *Sci J Med Res*. 2021;5(19):67–72.
245. Zivich P, Lapika B, Behets F, Yotebieng M. Implementation of steps 1 – 9 to successful breastfeeding reduces the frequency of mild and severe episodes of diarrhea and respiratory tract infection among 0-6 month infants in Democratic Republic of Congo. *Matern Child Health J*. 2018;22(5):762–71.
246. Sütçü ÇH. 0-12 aylık bebeklerde konstipasyon görülme sıklığının belirlenmesi [Yüksek lisans tezi]. Konya:Necmettin Erbakan Üniversitesi;2017.
247. Hisar F, Sütçü ÇH, Şahin S. 0-12 Aylık Konstipe çocukları olan kadınlara verilen eğitim v e danışmanlık hizmetinin çocuklardaki konstipasyonun giderilmesinde etkinliğinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg*. 2019;8(1):35–43.
248. Karabayır N, Oğuz F. İnfantil Kolik. *Çocuk Derg*. 2009;9(1):16–21.
249. Karabayır N, Gökçay G. Eski soruna yeni bir bakış: İnfantil kolik. *Çocuk Derg*. 2017;17(2):53–60.
250. Savino F, Ceratto S, Marco A De, Cordero L. Looking for new treatments of infantile colic. *Ital J Pediatr*. 2014;40(53):1–6.
251. Feldman-winter L, Kellams A, Peter-wohl S, Taylor S. Evidence-based updates on the first week of exclusive breastfeeding among infants >35 weeks. *Pediatrics*. 2020;145(4):e20183696.

252. Örs R. Kilo alamayan yenidoğana yaklaşım. *Klin Tıp Pediatr Derg.* 2018;10(4):30–4.
253. Tsai PJ, Nakashima L, Yamamoto J, Ngo L, Kaneshiro B. Postpartum follow-up rates before and after the postpartum follow-up initiative at Queen Emma Clinic. *Hawaii Med J.* 2011;70(3):56–9.
254. Watterson JL, Walsh J, Madeka I. Using mHealth to Improve Usage of Antenatal Care, Postnatal Care, and Immunization: A Systematic Review of the Literature. *Biomed Res Int.* 2015; 25:2015.
255. Özdemir F, Öztürk A, Karabulutlu Ö, Tezel A. Determination of the life quality and self-care ability of the mothers in post-partum. *J Pak Med Assoc.* 2018;68(2):210–5.
256. Aktaş N, Karaçam Z. Doğum sonrası yorgunluk , kadının özbakım gücü ve ilişkili faktörler. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastan Derg.* 2017;27(3):186–96.
257. Nazik E, Eryılmaz G. The Prevention and reduction of postpartum complications : Orem 's model. *Nurs Soc Q.* 2013;26(4):360–4.
258. Altuntuğ K, Ege E. Sağlık eğitiminin annelerin taburculuğa hazır oluş, doğum sonu güçlük yaşama ve yaşam kalitesine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg.* 2013;15(2):45–56.
259. Riihimies R, Kosunen E, Koskela T. Web-based patient segmentation in finnish primary care: protocol for clinical validation of the navigator service in patients with diabetes. *JMIR Res Protoc.* 2020;9(11)e20570.
260. Jeong YJ, Nho JH, Kim HY, Kim JY. Factors influencing quality of life in early postpartum women. *Int J Environ Res Public Heal.* 2021;18(6):2988.
261. Valla L, Helseth S, Småstuen MC, Misvær N, Andenæs R. Factors associated with maternal overall quality of life six months postpartum: a cross sectional study from The Norwegian Mother, Father and Child Cohort Study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2022;22(1):1–8.
262. Demir R, Taşpınar A. Doğum öncesi eğitimin doğum sonu yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Balıkesir Sağlık Bilim Derg.* 2021;10(2):155–64.
263. Sis Çelik A, Türkoğlu N, Pasinlioğlu T. Annelerin doğum sonu yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg.* 2014;17(3):151–7.
264. Ramirez AG, Muñoz E, Long Parma D, Perez A, Santillan A. Quality of life outcomes from a randomized controlled trial of patient navigation in Latina breast cancer survivors. *Cancer Med.* 2020;9(21):7837–48.
265. Abdollahpour S, Keramat A. The impact of perceived social support from family and empowerment on maternal wellbeing in the postpartum period. *J Midwifery Reprod Heal.* 2016;4(4):779–87.
266. Paul IM, Downs DS, Schaefer EW, Beiler JS, Weisman CS. Postpartum anxiety and maternal-infant health outcomes. *Pediatrics.* 2013;131(4):e1218–24.

267. Field T. Postpartum anxiety prevalence, predictors and effects on child development : a review. *J Psychiatry Psychiatr Disord*. 2017;1(2):86–102.
268. Ferrante JM, Chen PH, Kim S. The effect of patient navigation on time to diagnosis, anxiety, and satisfaction in urban minority women with abnormal mammograms: A randomized controlled trial. *J Urban Heal*. 2008;85(1):114–24.
269. Liu X, Wang S, Wang G. Prevalence and risk factors of postpartum depression in women: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2021;31(19–20):2665–77.
270. Ay F, Tektaş E, Mak A, Aktay N. Postpartum depression and the factors affecting it: 2000-2017 study results. *J Psychiatr Nurs*. 2018;9(3):147–52.
271. Kominiarek MA, Summerlin S, Martinez NG, Yee LM. Postpartum patient navigation and postpartum weight retention. *AJP Rep*. 2019;9(3):e292–7.
272. Tandon SD, McGown M, Campbell L, Smith JD, Yeh C, Brady C. Results from an effectiveness-implementation evaluation of a postpartum depression prevention intervention delivered in home visiting programs. *J Affect Disord*. 2022;315:113–20.
273. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. C. 2013, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;2:CD001134.

8. EKLER

EK-1. CONSORT 2010 Bilgi Kontrol Listesi

Bölüm/başlık	Madde No	Kontrol Listesi	Maddeyi Bildiren Sayfa Numarası
Başlık ve özet	1a	Başlıkta randomize bir çalışma olarak tanımlama	-
	1b	Çalışma dizaynı, yöntemler, bulgular ve sonuçlarının yapılandırılmış özeti (özgütl kılavuz için, bakımız özetler için CONSORT	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez yazım kılavuzunda yapılandırılmamış özet istenmektedir
Giriş			
Arka plan ve amaçlar	2a	Bilimsel arka plan ve gerekçenin açıklanması	1-7
	2b	Özgütl amaçlar veya hipotezler	7-8
Yöntemler			
Çalışma dizaynı	3a	Çalışma dizaynının tanımlanması (paralel, faktöriyel, gibi) ayırma oranları dahil	39
	3b	Çalışma başlandıktan sonra yöntemlerdeki önemli değişiklikler (uygunluk kriterleri gibi), sebeplerle birlikte	-
Katılımcılar	4a	Katılımcılar için uygunluk kriterleri	44
	4b	Verilerin toplandığı ortamlar ve yerler	39-40
Girişimler	5	Kopyalamaya olanak sağlamak için, yeterli detaylarla her grup için girişimler, tam olarak nasıl ve ne zaman uygulandığı dahil	41-62
Sonuçlar	6a	Eksiksiz bir şekilde tanımlanmış önceden belirlenmiş birincil ve ikincil sonuç ölçümleri, nasıl ve ne zaman değerlendirildiği dahil	44-51
	6b	Çalışma başladıktan sonra çalışma sonuçlarındaki herhangi bir değişiklik, nedenleriyle	-
Örnekleme büyüklüğü	7a	Örnekleme büyüklüğü nasıl belirlendi	41-42
	7b	Uygulandığında, ara analizlerin ve durdurma yönergelerinin açıklaması	-
Randomizasyon Dizi oluşturma	8a	Rastgele ayırma dizisi oluşturmada kullanılan yöntem	41-42
	8b	Randomizasyon tipi; herhangi bir kısıtlamanın ayrıntıları (bloklama ve blok boyutu gibi)	41 -42
Ayırmayı gizleme mekanizması	9	Girişimler ayrılmaya kadar diziyi gizlemek için yapılan adımları tanımlayan rasgele ayırma dizisi sağlamada kullanılan mekanizma (sıralı olarak numaralandırılmış kaplar gibi)	41-42, 145
Uygulama	10	Rastgele ayırma dizisini kim oluşturdu, katılımcıları kim kaydetti ve girişimler için katılımcıları kim ayırdı	41-42
Kontrolleme	11a	Eğer yapıldıysa, girişimler için ayrıldığı kim (örneğin, katılımcılar, bakım verenler, sonuçları değerlendirilenler) ve nasıl karşılaştırıldı	44
	11b	Eğer ilgili ise girişimlerin benzerliğinin açıklaması	-
İstatistiksel Yöntemler	12a	Birincil ve ikincil sonuçlar için grupların karşılaştırılmasında kullanılan istatistiksel yöntemler	64
	12b	Alt grup analizleri ve düzeltilmiş analizler gibi ek analizler için yöntemler	64

Bulgular		
Katılımcı akışı (bir diyagram şiddetle önerilir)	13a	Her grup için, rasgele ayrılan, planlanan tedaviyi alan ve birincil sonuçlar için analiz edilen katılımcı sayısı
		41-42
Çalışmaya alım	13b	Her grup için, randomizasyondan sonraki kayıplar ve hariç bırakmalar, nedenleriyle birlikte
	14a	Çalışmaya alım ve izlem sürelerini tanımlayan tarihler
	14b	Çalışma neden sonlandırıldı veya durduruldu
Temel veriler	15	Her grubun temel demografik ve klinik özelliklerini gösteren bir tablo
Analiz edilen sayılar	16	Her grup için, her analize dahil edilen katılımcı sayısı (payda) ve analizin asıl olarak seçilen gruplara göre olup olmadığı
Sonuçlar ve tahmin	17a	Birincil ve ikincil her sonuç için, her grup için sonuçlar ve tahmini etki boyutu ve hassasiyeti (%95 güven aralığı gibi)
	17b	İkili sonuçlar için, hem kesin ve hem nispi etki boyutunun sunulması önerilir
Yan analizler	18	Yapılan herhangi diğer analiz sonuçları, alt grup analizleri ve düzeltilmiş analizler dahil, önceden belirlenmiş olanları planlanmamış olanlardan ayırarak
Zararlar	19	Her grupta bütün önemli zararlar veya istenmeyen etkiler (özgöl kılavuz için, zararlar için CONSORT'a bakınız)
Tartışma		
Kısıtlılıklar	20	Çalışma kısıtlılıkları; potansiyel önyargı kaynakları; beklenmeyen durum ve diğer bağlantılı ise analizlerin çeşitliliğini ele alan
Genelleştirilebilirlik	21	Çalışma bulgularının genelleştirilebilirliği (dış geçerlik, uygulanabilirlik)
Yorum	22	Sonuçlarla tutarlı yorum, yararları ve zararları dengeleme ve diğer ilgili kanıtları göz önünde tutma
Diğer bilgiler		
Kayıt	23	Çalışma kaydının ismi ve kayıt numarası
Protokol	24	Tam çalışma protokolüne nereden erişilebilir, eğer mevcutsa
Fon bulma	25	Fon kaynakları ve diğer destekler (ilaçların sağlanması gibi), fon sağlayıcıların rolleri
		-

EK-2. Tabakalı Blok Randomizasyon Listesi

Tablo 1. Tabakalı Blok Randomizasyon Listesine Göre Müdahale ve Kontrol Gruplarına Atama

Öğrenim durumu	Yaş			
	18-22	23-28	29-34	35-40
İlkokul	1. A	1. A	1. A	1. B
	2. B	2. B	2. A	2. A
	3. A	3. B	3. B	3. B
	4. B	4. A	4. B	4. A
	5. A	5. B	5. A	5. B
	6. B	6. A	6. B	6. B
	7. B	7. B	7. B	7. A
	8. A	8. A	8. A	8. A
	9. B	9. A	9. A	9. B
	10. B	10. A	10. B	10. A
	11. A	11. B	11. B	11. B
	12. A	12. B	12. A	12. A
	13. B	13. A	13. A	13. B
	14. B	14. B	14. A	14. A
	15. A	15. A	15. B	15. A
	16. A	16. B	16. B	16. B
	17. A	17. A	17. A	17. B
	18. B	18. B	18. A	18. A
	19. A	19. B	19. B	19. B
	20. B	20. A	20. B	20. A
Ortaokul	1. A	1. A	1. B	1. A
	2. B	2. B	2. B	2. B
	3. A	3. A	3. A	3. A
	4. B	4. B	4. A	4. B
	5. B	5. A	5. B	5. A
	6. A	6. A	6. A	6. A
	7. A	7. B	7. B	7. A
	8. B	8. B	8. A	8. B
	9. B	9. A	9. B	9. A
	10. A	10. A	10. A	10. B
	11. B	11. B	11. A	11. B
	12. A	12. B	12. B	12. B
	13. A	13. A	13. A	13. A
	14. A	14. B	14. B	14. A
	15. B	15. B	15. A	15. B
	16. B	16. A	16. B	16. A
	17. A	17. A	17. B	17. A
	18. B	18. B	18. B	18. B
	19. A	19. A	19. A	19. A
	20. B	20. B	20. A	20. B
Lise	1. B	1. A	1. B	1. A
	2. A	2. B	2. B	2. B
	3. B	3. A	3. A	3. B
	4. A	4. B	4. A	4. A
	5. A	5. A	5. B	5. A
	6. B	6. B	6. A	6. B
	7. A	7. B	7. B	7. A
	8. A	8. A	8. A	8. A
	9. B	9. A	9. B	9. A
	10. B	10. B	10. A	10. B
	11. A	11. B	11. A	11. B
	12. B	12. A	12. B	12. A
	13. B	13. B	13. A	13. A
	14. A	14. B	14. B	14. A
	15. A	15. A	15. A	15. B
	16. B	16. A	16. B	16. B
	17. B	17. A	17. B	17. A
	18. A	18. B	18. B	18. B
	19. B	19. A	19. A	19. B
	20. A	20. B	20. A	20. A
Üniversite	1. B	1. B	1. A	1. B
	2. A	2. B	2. B	2. B
	3. B	3. A	3. A	3. A
	4. A	4. A	4. B	4. A
	5. A	5. B	5. A	5. B
	6. B	6. A	6. A	6. A
	7. B	7. A	7. B	7. B
	8. A	8. B	8. A	8. A
	9. B	9. A	9. B	9. B
	10. B	10. B	10. A	10. B
	11. A	11. A	11. B	11. A
	12. A	12. B	12. B	12. A
	13. B	13. A	13. B	13. A
	14. A	14. B	14. A	14. B
	15. A	15. B	15. B	15. A
	16. B	16. A	16. A	16. B
	17. B	17. B	17. A	17. A
	18. A	18. B	18. B	18. A
	19. B	19. A	19. A	19. B
	20. A	20. A	20. B	20. B

A: Müdahale grubuna atılacaktır.

B: Kontrol grubuna atılacaktır.

EK-3. Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Veri Toplama Formu

Anket No:

Doğum yaptığı tarihi:

- ☐ **Kontrol**
☐ **Müdahale**

a. Tanıtıcı Bilgiler

1. Katılımcının Ad ve Soyad baş harfleri:

2. Adresiniz:

3. Telefon Numaranız:

4. Size ulaşılabilir diğer telefon numarası:

5. Doğum tarihiniz:

6. Öğrenim durumunuz nedir?

- a. Okuryazar
- b. İlkokul
- c. Ortaokul
- d. Lise
- e. Ön lisans
- f. Üniversite ve üzeri

7. Düzenli gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

- a. Evet (Lütfen belirtiniz.....)
- b. Hayır

8. Sağlık güvenceniz var mı?

- a. Evet (Lütfen belirtiniz.....)
- b. Hayır

9. Kaç yıldır evlisiniz? (Ay ve yıl olarak belirtiniz).....

10. Aile tipiniz:

- a. Çekirdek aile
- b. Geniş aile
- c. Diğer (Lütfen belirtiniz.....)

11. Resmi nikâhınız var mı? a. Evet b. Hayır

12. Eşinizle akrabalık bağınız var mı?

- a. Evet (Lütfen belirtiniz.....)
- b. Hayır

13. Eşiniz kaç yaşında?

14. Eşinizin öğrenim durumu nedir?

- a. Okuryazar değil
- b. Okuryazar
- c. İlkokul
- d. Ortaokul
- e. Lise
- f. Üniversite ve üzeri

15. Eşiniz gelir getiren bir işte çalışıyor mu?

- a. Evet (Lütfen belirtiniz.....)
- b. Hayır

16. Gelirinizi giderinizle karşılaştırdığınızda aşağıdakilerden hangisi sizin için uygundur?

- a. Gelirim giderimden fazla
- b. Gelirim giderime eşit
- c. Gelirim giderimden az

b. Alışkanlıkları

1. Önceki ya da şimdiki sigara, alkol vb. alışkanlıklarınızı lütfen belirtiniz.

Alışkanlıklar	Tüketilen miktar/gün	Gebelikte tüketilen miktar/gün	Ne kadar süredir kullanılıyor?/ Bırakıldıysa ne kadar süre kullanıldı ve ne zaman bırakıldı?
☐ Sigara			
☐ Alkol			
☐ Çay			
☐ Kahve			
☐ Diğer (Lütfen belirtiniz.....)			
☐ Herhangi bir alışkanlığım yok			

c. Doğurganlık Özellikleri

1. İlk adetinizi kaç yaşınızda gördünüz?
2. Kaç kez gebelik geçirdiniz?
3. Şimdiye kadar herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandınız mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır

Kullandığı AP Yöntemi (En son kullanılan yöntemden başlanarak)	Kullanma Süresi	Bırakma Nedeni

d. Şimdiki Gebeliğine İlişkin Özellikler

1. Bu bebeğe gebe kalmadan önceki son adet tarihiniz nedir?.....
2. Gebeliğiniz süresince doğum öncesi kontrollere gittiniz mi?
 - a. Evet
 - b. Hayır (Lütfen 3. Soruya geçiniz)
3. Son gebeliğiniz süresince kaç kez doğum öncesi kontrole gittiniz?.....
4. Kontrollere nereye gittiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).
 - a. Aile Sağlığı Merkezi (ASM)
 - b. Devlet Hastanesi
 - c. Özel Hastane
 - d. Üniversite hastanesi
 - e. Özel hekim muayenesi
 - f. Diğer (Lütfen belirtiniz.....)
5. Bu kontroller sırasında size hangi konularda ve ne tür bilgiler verildi lütfen belirtiniz.

Bilgi Alınan Konular	Bilgi İçeriği
☐ Gebelik	
☐ Doğum	
☐ Doğum sonu dönem	
☐ Anne sütü ve emzirme	
☐ Aile planlaması	
☐ Diğer(Lütfen belirtiniz...)	
☐ Bilgi almadım.	

6. Kontrolleriniz kimin tarafından yapıldı?
 - a. Doktor
 - b. Ebe
 - c. Hemşire
 - d. Diğer (Lütfen belirtiniz.....)
7. Gebe okuluna katıldınız mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır
8. Gebe kaldıktan sonra herhangi bir hastalık geçirdiniz mi?
 - a. Evet
 - b. Hayır (Lütfen 12. Soruya geçiniz)

9. Bu hastalığınız için doktora gittiniz mi? a. Evet b. Hayır
10. Hastalığınızın adı neydi?
11. Hastalığınıza yönelik tedavi oldunuz mu? a. Evet b. Hayır
12. Gebe olduktan sonra herhangi bir ilaç kullandınız mı?
a. Evet b. Hayır (Lütfen 15. Soruya geçiniz)
13. Niçin ilaç kullandınız?
14. Ne kadar süre bu ilacı kullandınız?
15. Gebeliğiniz süresince kaç kilo aldınız?
16. Kronik bir rahatsızlığınız var mı?
a. Evet (Lütfen belirtiniz.....) b. Hayır
17. Gebeliğiniz süresince sorun yaşadınız mı?
a. Evet (Lütfen belirtiniz.....) b. Hayır
18. Gebeliğinizi istediniz ve planladınız mı?
a. İstedim ve planladım
b. İstemedim ve planlamadan oldu
c. İstiyordum ancak henüz planlamıyordum
d. Diğer (Lütfen belirtiniz.....)
19. Çocuk sahibi olma kararını kim/kimler verdi?
a. Eşimle birlikte verdik
b. Eşim verdi
c. Ben verdim
d. Diğer (Lütfen belirtiniz.....)
20. Tekrar çocuk sahibi olmak istiyor musunuz?
a. İstiyorum
b. İstemiyorum
c. Gebe kalmam mümkün değil
d. Kararsızım/bilmiyorum
e. Diğer (Lütfen belirtiniz.....)
21. Başka çocuk istiyorsanız ne kadar zaman sonra gebe kalmak istiyorsunuz?.....
22. Kaç çocuk sahibi olmak istiyorsunuz?.....

23.Doğumdan sonra hangi yöntemle korunmayı düşünüyorsunuz?

- a. RİA (Spiral)
- b. Kondom
- c. Hap
- d. İğne
- e. Emzirme
- f. Geri çekme (Eşin korunması)
- g. Fikrim yok/bilgim yok
- h. Diğer (Lütfen belirtiniz).....

24.Doğum sonu dönemde kullanmayı planladığınız aile planlaması yöntemine ne zaman başlamak istiyorsunuz?

- a. Doğumdan hemen sonra
- b. Doğumdan 6 hafta sonra
- c. Doğumdan sonraki 3 ay içerisinde
- d. Doğumdan sonraki 6 ay içerisinde
- e. Fikrim yok/bilgim yok
- f. Diğer (Lütfen belirtiniz).....

25.Doğumdan sonra ne zaman işe başlamayı planlıyorsunuz?:....

EK-4. Doğum Sonu Anne ve Yenidoğanı Değerlendirme ve Tanılama Formu

Değerlendirme Tarihi ve Saati:

(Bu form anne ve yenidoğan doğum sonu servise kabul edildikten sonra kullanılacaktır)

A. ANNEYE İLİŞKİN VERİLER

1.Yaşam Bulguları

Hb değeri:

Ateş

Nabız

Solunum

Kan basıncı

() Normal

() Hırıltılı

2. Akciğer sesleri

3. Memeler

() Simetrik

() Asimetrik

Görünümü

() İkisi aynı büyüklükte

() Sağ meme büyük

() Sol meme büyük

Sağ meme

Sol meme

Nodül

() Var

() Yok

() Var

() Yok

Kızarıklık

() Var

() Yok

() Var

() Yok

Dolgunluk

() Var

() Yok

() Var

() Yok

Meme ucu çatlağı

() Var

() Yok

() Var

() Yok

Meme ucu içe çökük

() Var

() Yok

() Var

() Yok

Meme ucunda ağrı

() Var

() Yok

() Var

() Yok

Sütyen () Bedenine uygun yeterli destek sağlıyor

() Bedenine uygun değil, yeterli destek sağlamıyor

() Kullanmıyor

Emzirme Davranışı

Emzirme sıklığı:

Emzirme Süresi:

Emzirme pozisyonu:

4. Fundus

Pozisyonu

Kıvamı

Seviyesi

5. Loşia (Veriler kadının pedine bakılarak yazılacak)

Renk

Miktar (24 saatte değiştirdiği ped sayısı yazılacak)

İçerik

Koku

4. Perine

Epizyo

() Var

() Yok

Epizyo bölgesinde;

Şiddetli Ağrı

() Var

() Yok

Akıntı

() Var

() Yok

Kızarıklık

() Var

() Yok

Ödem

() Var

() Yok

Ekimoz

() Var

() Yok

Anüste hemoroid

() Yok

() Var (genişliği, sayısı, ağrı ve hassasiyet olup olmadığını yazınız)

5. Alt Ekstremiteler

Sağ Bacak

Sol Bacak

Ödem

Var

Yok

Var

Yok

Human's belirtisi

()

()

()

()

Varis

()

()

()

()

6. Beslenme durumu(Genelde ve gebelik dönemindeki yemek yeme alışkanlıkları, öğün sayısı, sevdiği ya da sevmediği yiyecekler, günlük aldığı sıvı miktarı.)**7. Eliminasyon**

İdrar

() Yaptı

() Yapmadı (doğum sonu saati.....)

Gaita

() Yaptı

() Yapmadı (doğum sonu saati.....)

8. Uyku () Rahat uyuduğunu ifade ediyor

() Epizyotomi, hemoroid ya da genel vücut ağrıları nedeniyle uyuyamadığını ifade ediyor

() Yabancı çevre ya da gürültü gibi nedenlerle uyuyamadığını ifade ediyor

- 9. Kendini yorgun hissetme** () Yok () Var
- 10. Bebeğinin bakımına katılma durumu** () Evet () Hayır
- 11.Evde bebeğin bakımına yardım edecek kişi** () Yok () Var
- () Eş
- () Akraba

12. Anne bebek ilişkisi

- Bebeğini okşuyor () Evet () Hayır
- Bebeğiyle konuşuyor () Evet () Hayır
- Emzirmeye istekli () Evet () Hayır
- Bebeğiyle göz iletişimi kuruyor () Evet () Hayır
- Bebeğine adı ile sesleniyor (adı kondu ise) () Evet () Hayır
- Bebeğe bakıyor () Evet () Hayır
- Bebek bakımıyla ilgili sorular soruyor () Evet () Hayır
- Bebeğin cinsiyetinden memnun () Evet () Hayır

13. Kadının Bilgi Gereksinimleri

Yenidoğanla ilgili	Evet	Hayır
Göz bakımı	()	()
Göbek Bakımı	()	()
Bebek Banyosu	()	()
Bebek Giyimi	()	()
Pişik Bakımı	()	()
Konak Bakımı	()	()
Pamukçuk bakımı	()	()
Emzirme/biberonla besleme	()	()
Bebeğin büyüme ve gelişmesi	()	()
Yenidoğan bebeğin özellikleri	()	()
Bebeğe uyarın verilmesi	()	()
Diğer (Lütfen belirtiniz)		

Kendi Bakımı İle İlgili

Kişisel hijyen	()	()
Loşia/Epizyotomi izlemi	()	()
Beslenme	()	()
Aile planlaması	()	()
Cinsel yaşam	()	()
Ebeveyn olma	()	()
Diğer (Lütfen belirtiniz)		



B. YENİDOĞANA İLİŞKİN**VERİLER APGAR Skoru:****Doğum kilosı:****Doğum****haftası:****Cinsiyeti:****a. Yaşam Bulguları**

Ateş:

Solunum:

Kalp hızı:

b. Baş

1. Baş Çevresi: /cm

2. Süturların arası () Normal () Geniş () Kapalı 3. Ön fontanel büyüklüğü:

...../cm

4. Ön fontanel () Normal () Dışa doğru bombeli ve hassas
() Aşırı içe çökük

5. Arka fontanel büyüklüğü: /cm

6. Arka fontanel () Normal () Dışa doğru bombeli ve hassas
() Aşırı içe çökük6. Kafa derisi () Normal () Kaput Suksadeneum
() Sefal Hematom7. Yüz hareketleri () Çift taraflı () Tek taraflı
() Eşit () Asimetrik

8. Yüzde doğum lekesi () Var () Yok

8. Kaş çizgisi () Var () Yok

() Yok

9. Kirpik çizgisi () Var

10. Saç çizgisi ☐ Var ☐ Yok

11. Gözler ☐ Simetrik ☐ Asimetrik

12. Göz kapakları Sağ göz kapağı Sol göz kapağı

Normal ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Evet ☐ Hayır

Ödemli ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Evet ☐ Hayır

Akıntı ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Evet ☐ Hayır

13. Pupiller-ışık refleksi ☐ Var ☐ Eşit ☐ Eşit değil
☐ Yok

14. Gözün iç dış çizgileri ile kulak kepçesinin üst kısmı ☐ Aynı düzeyde
☐ Aynı düzeyde değil

15. Burun delikleri Sağ burun deliği Sol burun deliği

Kapalı ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Evet ☐ Hayır

Açık ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Evet ☐ Hayır

Akıntı ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Evet ☐ Hayır

16. Dudak Hareketleri ☐ Simetrik ☐ Simetrik değil

17. Damaklar Alt damak Üst damak

Bütün ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Evet ☐ Hayır

Bütün değil ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Evet ☐ Hayır

Diş ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Evet ☐ Hayır

18. Dil ☐ Hareketli ☐ Dil altı bağı var

19. Boyun hareketleri ☐ Normal-Sağa sola hareketli ☐ Hareketi kısıtlı

c. Üst Gövde

1. Göğüs çevresi...../cm

2. Memeler
- | | | |
|-----------|---|---|
| | Sağ meme | Sol meme |
| Dolgunluk | ☐ Var ☐ Yok | ☐ Var ☐ Yok |
| Akıntı | ☐ Var ☐ Yok | ☐ Var ☐ Yok |
3. Meme uçları ☐ Simetrik ☐ Simetrik değil
4. Koltuk altı nodülü
- | | | |
|--|---|---|
| | Sağ koltuk altı | Sol koltuk altı |
| | ☐ Var ☐ Yok | ☐ Var ☐ Yok |
5. Solunum ☐ Abdominal ☐ Torakal
6. Solunum sesleri ☐ Eşit ☐ Eşit değil (Bu bilgi dosyadan alınacaktır)
7. Solunum sırasında retraksiyon ☐ Yok ☐ Var
8. Nabızlar;
- | | |
|----------------|--|
| Apeks | ☐ Var ☐ Yok |
| Femoral | ☐ Var ☐ Yok |
| Dorsalis pedis | ☐ Var ☐ Yok, |
| Brakial | ☐ Var ☐ Yok |
9. Kalp atımları ☐ Ritmik ☐ Ritmik değil
10. Kalp sesleri ☐ Normal ☐ Üfürüm (Bu bilgi dosyadan alınacaktır)
11. Cilt rengi ☐ Tüm cilt pembe
☐ Ekstremiteler mor vücut pembe
☐ Tüm cilt mor ☐ Tüm cilt sarı
12. Aktivite sırasında cilt rengi değişikliği ☐ Var ☐ Yok
13. Ciltte döküntü ☐ Var ☐ Yok
14. Ciltte doğum lekesi ☐ Yok ☐ Var (Yeri ve Tipi.....)
15. Cilt ☐ Esnek ☐ Esnek değil

d. Alt Gövde

1. Abdomen ☐ Yuvarlak ve hafif şiş ☐ Aşırı şiş ve distansiyon
2. Umbilikal Kord damarları ☐ İki arter ve bir ven ☐ Bir arter ve bir ven
3. Göbek etrafında kanama ☐ Var ☐ Yok

4. Umblikal herni ☐ Var ☐ Yok

5. Dış Genitaller (kız bebekler için);

Vajinal açıklık ☐ Açık ☐ Kapalı

Renk ☐ Kırmızı ☐ Mor

Şekil ☐ Normal ☐ Anormal

Akıntı ☐ Var ☐ Yok

Kanama ☐ Var ☐ Yok

6. Dış Genitaller (erkek bebekler için);

Fimozis ☐ Var ☐ Yok

Epispadias ☐ Var ☐ Yok

Hipospadias ☐ Var ☐ Yok

Akıntı ☐ Var ☐ Yok

Skrotum ☐ Normal ☐ Aşırı ödemli ve büyük

Testisler ☐ İnmiş ☐ İnmemiş

☐ Sağ ☐ Sol ☐ Sağ ☐ Sol

7. Anüs ☐ Açık, mekonyumunu yaptı

☐ Açık, mekonyumunu yapmadı (Doğum sonu saat.....)

☐ Kapalı

8. Sırtta pylonidol çukur ☐ Yok

☐ Var, kılla kaplı değil

☐ Var, kılla kaplı

e. Ekstremiteler

1. Ekstremiteler

Üst ekstremiteler

Alt ekstremiteler

Simetrik	☐ Evet	☐ Hayır	☐ Evet	☐ Hayır
Asimetrik	☐ Evet	☐ Hayır	☐ Evet	☐ Hayır
2. Ekstremitelerin hareketi				
Sağ kol	☐ Tam	☐ Tam değil		
Sol kol	☐ Tam	☐ Tam değil		
Sağ bacak	☐ Tam	☐ Tam değil		
Sol bacak	☐ Tam	☐ Tam değil		
3. Avuç içi çizgisi	☐ Tek	☐ Birden fazla		

4. Polidaktili				
Sağ el		() Var		() Yok
Sol el		() Var		() Yok
Sağ ayak		() Var		() Yok
Sol ayak		() Var		() Yok

5. Sindaktili

Sağ el	() Var	() Yok
Sol el	() Var	() Yok
Sağ ayak	() Var	() Yok
Sol ayak	() Var	() Yok

6. Bacak ve kalça kıvrımları () Eşit () Eşit değil

7. Kalça çıkığı

Sağ	() Var	() Yok
Sol	() Var	() Yok

f. Refleksler

1. Moro refleksi	() Var	() Yok
2. El-ayak yakalama refleksi	() Var	() Yok
3. Tonik boyun refleksi	() Var	() Yok
4. Emme-yutma refleksi	() Var	() Yok
5. Adım atma ve basma refleksi	() Var	() Yok
6. Babinski refleksi	() Var	() Yok
7. Gövdeyi içe eğme refleksi	() Var	() Yok
8. Derin tendon refleksi	() Var	() Yok
9. Göz kırpması refleksi	() Var	() Yok
10. İtme refleksi	() Var	() Yok
11. Kaldırma refleksi	() Var	() Yok
12. Aksırma-öksürme refleksi	() Var	() Yok

EK-5. Anne ve Yenidoğanın Doğum Sonu Dönemde Yaşadıkları Sorunları Değerlendirme Formu

ANNE İLE İLGİLİ

(Saptanan her sorun; ortaya çıkış zamanı, sorunun çözümü için acil servise başvuru ya da hastanede yatış durumu ile birlikte kaydedilecektir)

SORUNLAR	Ev Ziyareti (1. Gün)	Hastane (10.Gün)	2. Ev Ziyareti (6. Hafta)	3. Ev Ziyareti (3. ay)
1. Loşia ile ilgili sorunlar				
Miktarının fazla olması				
Kokulu olması				
Pıhtı içermesi				
Rengi açıldıktan sonra tekrar koyulaşması				
Erken kesilmesi				
2. Epizyotomi ile ilgili sorunlar				
Ağrı olması				
Ödem olması				
Ekimoz olması				
Akıntı olması				
Kızarıklık olması				
3. Perine bölgesi ile ilgili sorunlar				
Ağrı olması				
Kızarıklık				
Isı Artışı				
Ödem				
Hematom olması				

SORUNLAR	Ev Ziyareti (1. Gün)	Hastane (10.Gün)	2. Ev Ziyareti (6. Hafta)	3. Ev Ziyareti (3. ay)
Hemoroid olması				
Artmış Vajinal akıntı				
4. Memeler ile ilgili sorunlar				
Meme ucu çatlağı				
Meme dolgunluğu				
Meme tıkanıklığı				
Meme absesi				
Mastit				
İçe Çökük Meme Ucu				
Aşırı Hassasiyet				
Sıcaklık Artışı				
Meme Ucundan Kötü, Pis Kokulu Akıntı				
5. Emzirmeye İlişkin Sorunlar				
Emzirmeden kaçınma				
Yanlış Emzirme Tekniği				
Yanlış Emzirme Pozisyonu				
5. Emzirmeye İlişkin Sorunlar(devam)				
Yetersiz Emzirme				
Yetersiz Emme				
Yetersiz Süt İnme Refleksi				
Yetersiz Anne Sütü				
6. Boşaltım ile ilgili sorunlar				
Konstipasyon				

SORUNLAR	Ev Ziyareti (1. Gün)	Hastane (10.Gün)	2. Ev Ziyareti (6. Hafta)	3. Ev Ziyareti (3. ay)
Fekal inkontinans				
İdrar inkontinansı				
İdrar yaparken yanma				
İdrar yaparken ağrı				
Sık idrara çıkma				
İdrarda kötü koku				
İdrar kaçırma				
7. Tromboflebit				
Yüzeysel venöz tromboflebit				
Femoral tromboflebit				
Pelviktromboflebit				
4. Pulmoneremboli (Kadının Hastane/sağlık kuruluşu kayıtlarından elde edilen bilgilerle belirlenecektir.)				
9. Genel sorunlar (Kadının Hastane/sağlık kuruluşu kayıtlarından elde edilen bilgilerle belirlenecektir.)				
Kan basıncında yükselme				
Ateş				
Ödem				
Taşikardi				
10. Ağrı				
Bel ve/veya sırtta ağrı				
Epizyotomi bölgesinde Ağrı				

SORUNLAR	Ev Ziyareti (1. Gün)	Hastane (10. Gün)	2. Ev Ziyareti (6. Hafta)	3. Ev Ziyareti (3. ay)
Kasık ve Karın Ağrıları				
Gaz Sancısı				
Baş Ağrısı				
Diğer (Lütfen belirtiniz.....)				
11. Uyku Sorunları				
Uykuya Dalmada Güçlük				
Uykusuzluk				
Yetersiz Uyuma				
12. Yorgunluk				
13. Psikolojik sorunlar (Yoğun bir üzüntü, yalnızlık, kimsesizlik, huzursuzluk, sinirlilik, kolayca ağlama, sebepsiz yere gerginlik ve korku, iştahsızlık, uykusuzluk vb.) Varsa Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği puanı:.....				
Depresyon (Kadının Hastane/sağlık kuruluşu kayıtlarından elde edilen bilgilerle belirlenecektir.)				
Psikoz (Kadının Hastane/sağlık kuruluşu kayıtlarından elde edilen bilgilerle belirlenecektir.)				
14. Anne bebek ilişkisine yönelik sorunlar				
Bebegin Bakımına Katılmama				
Bebegi Kucağına Alma ve Tensel Temas Kurma Gibi Eylemlerden Kaçınma				

SORUNLAR	Ev Ziyareti (1. Gün)	Hastane (10.Gün)	2. Ev Ziyareti (6. Hafta)	3. Ev Ziyareti (3. ay)
Bebegi İstememe				
14. Cinsel İlişki ile ilgili sorunlar (Kadının Hastane/sağlık kuruluşu kayıtlarından elde edilen bilgilerle belirlenecektir.) (Cinsel ilişkiye başlama zamanı:.....)				
Disparoni				
Cinsel ilişki sıklığında azalma				
Cinsel doyumda azalma				
Cinsel istekte azalma				
Partnerin cinsel ilişkiden kaçınması				
15. Aile planlaması yöntem kullanımıyla ilgili sorunlar (adet görme durumu, kullanılan aile planlaması yöntemi ve başlama zamanı not edilecektir)				
Yöntem kullanmak istememe				
Kullanılan yöntemin olumsuz etkisi (Yöntemin olumsuz etkisi belirtilecektir)				
16. Şiddet Türü: (fiziksel, cinsel, ekonomik, duygusal).....				
17. Öz bakım ile ilgili sorunlar				
Kişisel Hijyen				
Beslenme ve Boşaltım				
Loşia Takibi				
Epizyotomi ve Perine Bakımı				
Fundus Kontrolü				

SORUNLAR	Ev Ziyareti (1. Gün)	Hastane (10. Gün)	2. Ev Ziyareti (6. Hafta)	3. Ev Ziyareti (3. ay)
Perine Bakımı				
Pozisyon Değiştirme				
Mobilizasyon				
Emzirme ve Meme Bakımı				
Diğer(Lütfen belirtiniz.....)				
18. Annenin Doğum Sonu Dönemde Sağlık Kuruluşuna Başvurma Durumu (Sağlık kuruluşuna başvurma nedenini açıklayınız).....				
19. Annenin Hastaneye Yeniden Yatış Durumu (Hastaneye yatış nedenini açıklayınız)				
20. Diğer (Lütfen belirtiniz.....)				

BEBEK İLE İLGİLİ (Saptanan her sorun ortaya çıkış zamanı ile birlikte kaydedilecektir)

SORUNLAR	Ev Ziyareti (1. Gün)	Hastane (10.Gün)	2. Ev Ziyareti (6. Hafta)	3. Ev Ziyareti (3. ay)
1. Gözlere İlişkin Sorunlar				
Akıntı				
Kızarıklık				
2. Umbilikal kordla İlgili Sorunlar				
Kızarıklık				
Akıntı				
Isı artışı				
Ödem				
Hassasiyet				
Kanama				
3. Diyare				
4. Konstipasyon				
5. İnatçı karın ağrısı (kolik)				
6. İnatçı kusma				
7. İdrar yapma sıklığının az olması				
8. Pişik				

SORUNLAR	Ev Ziyareti (1. Gün)	Hastane (10.Gün)	2. Ev Ziyareti (6. Hafta)	3. Ev Ziyareti (3. ay)
9. Pamukçuk				
10. Hipotermi (35 °C ve Altı)				
11. Ateş (38°C Üstü)				
12. Fizyolojik sarılık				
13. Kilo alma (Bebek doğum sonrası İlk 3 ayda yaklaşık 30 gr/gün kilo almalıdır.)				
Yetersiz kilo alımı (Bebğin 3 persantil ve altında olması)				
Aşırı kilo alımı (Bebğin 97 persantil ve üzerinde olması)				
13. Diğer (Lütfen belirtiniz.....)				

EK-6. Doğum Sonu Dönemde Anne ve Bebeğin Sağlık Bakanlığı Önerilerine Göre Sağlık İzlemlerini Değerlendirme Formu

İzlemler	İzlemin yapıldığı yer	İzlemin amacı	İzlemin yapılma zamanı	İzlem yapılmadıysa nedeni	Alınan hizmet
Birinci İzlem (Doğum Sonu 2- 3. Gün)	Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Bebeğin genel değerlendirilmesini, muayenesini, laboratuvar bulgularının izlenimini ve ağırlık ölçümünü yapmak, gerekli durumlarda annenin emzirme danışmanlığı vermek			
İkinci İzlem (Doğum Sonu 3- 5. günler)	Aile Hekimi (Aile Sağlığı Merkezi)	Lohusanın genel değerlendirilmesini, muayenesini, laboratuvar bulgularının izlenimini yapmak, bakım ve danışmanlık vermek; Bebeğin baş, boy, ağırlık ölçümü, işitme ve görme taramasını, fizik muayenesini yapmak ve bebekten topuk kanı almak			
Üçüncü İzlem (Doğum Sonu 10. Gün)	Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Lohusanın involüsyon, kanama ve perine değerlendirmesini yapmak; Bebeğin emzirme/beslenme ve genel durum değerlendirmek			
Dördüncü İzlem (Doğum Sonu 13- 17. Günler)	Aile Hekimi (Aile Sağlığı Merkezi)	Lohusanın genel değerlendirmesini, muayenesini, laboratuvar bulgularının izlenimini yapmak, bakım ve danışmanlık vermek; Bebeğin baş, boy, ağırlık ölçümü, fiziksel gelişimini değerlendirmek, fizik muayenesini yapmak ve danışmanlık vermek			
Beşinci İzlem (Doğum Sonu 30- 42. Günler)	Aile Hekimi (Aile Sağlığı Merkezi)	Lohusanın genel değerlendirilmesini, muayenesini, laboratuvar bulgularının izlenimini yapmak, bakım ve danışmanlık vermek; Bebeğin baş, boy, ağırlık ölçümü, fiziksel gelişimin değerlendirilmesi, sosyal davranışsal değerlendirmesini, fizik muayenesi,, Hep B aşısının 2. dozunu yapmak ve danışmanlık vermek			
Altıncı İzlem (Doğum Sonu 60- 89. Günler)	Aile Hekimi (Aile Sağlığı Merkezi)	Bebeğin baş, boy, ağırlık ölçümü, fiziksel gelişimin değerlendirilmesi, sosyal davranışsal değerlendirmesini, fizik muayenesini ve BCG-dabt- İPA-hib- KPA aşılarını yapmak, danışmanlık vermek			

EK-7. Öz Bakım Gücü Ölçeği

	Beni hiç tanımlamıyorum	Katılıyorum	Fikrim Yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
1-Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim					
2- Kendimi beğeniyorum					
3- Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim					
4- Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.					
5-Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyuyorum.					
6-Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.					
7-Kendime bakamadığım zaman yardım ararım.					
8-Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.					
9- Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.					
10-Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.					
11-Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.					
12- Dengeli beslenirim.					
13-Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınırım.					
14-Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi koruma yolları araştırırım.					
15-Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.					
16-Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.					
17-Kararlarımı sonuna kadar uygulayırım.					
18-Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.					
19-Sağlığım ile ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygulayırım					
20-Kendimle dostum.					
21-Kendime iyi bakarım.					
22-Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.					
23-Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketlerimi yaparım.					

	Beni hiç tanımlamıyor	Katılıyorum	Fikrim Yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
24-Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.					
25- Yaşam bir zevktir.					
26- Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.					
27- Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.					
28-Yıllar geçtikçe daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.					
29-Sağlıklı olmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.					
30-Vücudumun çalışması ile ilgili her şeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.					
31- Bazen hastalandığımda rahatsızlıklarımı önemsemez ve geçmesini beklerim.					
32-Kendime bakmak için bilgileneceğim çalışırım.					
33-Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.					
34- Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.					
35-Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.					

EK-8. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DSYKÖ)

Bölüm 1

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

NE DERECEDE MEMNUNSUNUZ?	Hiç memnun değil	Orta derecede memnun değil	Biraz memnun değil	Biraz memnun	Orta derecede memnun	Çok memnun
26. Eşinizin Sağlığı						
27. Yaşamınızdaki Günlük İşleriniz						
28. Yaşadığınız Ev						
29. Komşularınız						
30. Ekonomik Bağımsızlığınız						
31. Ekonomik Harcamalarınızı Karşılama Yeterliliğiniz						
32. Tıbbi Hizmete Ulaşım						
33. İstenildiği Zaman Herhangi Bir Araca Ulaşım						
34. Evdeki Yaşam Koşullarınız						
A) Mal Varlığınız						
B) Mali Durumunuz						
C) Çevresel Koşullarınız						
35. İş/Çalışma						
A) Eşinizin İş						
B) Kendi İşiniz						

Bölüm 2

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

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

EK-9. Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği (PSAS)

KATILIMCI:		HAFTA OLARAK BEBEĞİN YAŞI:		TARİH:	
Sorular	Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği	1 = Hiç	2 = Bazen	3 = Çoğu kez	4 Neredeyse Her zaman
1.	Diğer sorumlulukların ile anneliği dengelemekte yetersiz hissediyorum.				
*2.	Ailem ile olan ilişkim hakkında bebeğim doğmadan öncekine oranla daha çok endişeleniyorum.				
3.	Bebeğime istemeyerek zarar verme konusunda endişe duyuyorum.				
4.	Etrafımda bana yardım edebilecek birileri olmadığında bebeğimle nasıl başa çıkacağım diye endişeleniyorum.				
5.	Yeterince destek almadığımı hissediyorum.				
6.	Basit görevlere bebeğim doğmadan öncekinden daha az konsantre olabiliyorum.				
7.	Bebeğime bakmam için yardıma ihtiyaç duymamam gerektiğini hissediyorum.				
8.	Bebeğim benimle birlikte değilken korktuğumu hissediyorum.				
9.	Bebeğim ağladığında ne yapacağımı bilememekten endişeleniyorum.				
*10.	Eşim ile olan ilişkim hakkında bebeğim doğmadan öncekine göre daha fazla endişeleniyorum.				
11.	Bebeğimin başka birinin bakımından daha fazla hoşnut olmasından endişeleniyorum.				
*12.	Ailemden ve arkadaşlarımdan soyutlanmış hissediyorum.				
13.	Bebeğimin kilosu hakkında endişe duyuyorum.				
14.	Bebeğimi rutine sokmak ile ilgili endişe duyuyorum.				
15.	Bebeğime bakamayacak kadar çok hasta olmaktan endişe duyuyorum.				
16.	Bebeğimin kazara birisi ya da bir şey tarafından zarar görmesinden endişe duyuyorum.				
17.	Bebeğimin temel bakım ihtiyaçlarını karşılamada kendimi yetersiz ve güvensiz hissediyorum.				
18.	Bebeğimi yatıştırma konusunda yetersiz kalmaktan endişeleniyorum.				
19.	Bebeğim doğmadan öncekine göre işleri daha belirli ve düzenli bir şekilde yapma konusunda daha fazla ihtiyaç hissediyorum.				
20.	Bebeğimle olan ilişkimle alakalı olumsuz düşüncelere sahibim.				
*21.	Arkadaşlarımla olan ilişkimle alakalı bebeğim doğmadan öncekinden daha çok endişe duyuyorum.				
22.	Bebeğimin mikroplara maruz kalmasını önlemenin yollarını düşünüyorum.				
23.	Bebeğimin diğer bebeklerden daha az mutlu olmasından endişeleniyorum.				
24.	Diğer annelerin bebekleriyle benden daha iyi baş ettiğini hissediyorum.				
25.	Olmak istediğim şekilde bir ebeveyn olmadığımı hissediyorum.				
26.	Ev işlerini tamamlama konusunda bebeğim doğmadan öncekinden daha çok endişeleniyorum.				

Sorular	Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği	1 = Hiç	2 = Bazen	3 = Çoğu kez	4 Neredeyse Her
27.	Bebeğimin zarar görme ihtimalinden korktuğum için günlük aktivitelerde bebeğimle birlikte katılmıyorum.				
28.	Bebeğimin süt alımı ile ilgili endişeleniyorum.				
29.	Bebeğim doğmadan öncekine göre geçen günümle ilgili daha az kontrole sahip olduğumu hissediyorum.				
30.	Mali durumum hakkında bebeğim doğmadan öncekinden daha çok endişeleniyorum.				
31.	Başkalarından güvence aldıktan sonra bile bebeğimin sağlığı hakkında endişeleniyorum.				
32.	Yardım aldığımında bir faydası olmadığını hissediyorum.				
33.	Bebeğim uyurken nefesinin kesilmesinden endişe duyuyorum.				
34.	Bebeğimin sağlığı hakkında emin olmak için interneti kullanıyorum.				
35.	Bebeğimi Çocuk Bakım ortamına bırakma konusunda endişeleniyorum.				
36.	Bebeğimin başkası tarafından daha iyi bakılacağını hissediyorum.				
37.	Uykumu yeterince almayacağım konusunda endişeleniyorum.				
38.	Anneliğin beklediğimden çok daha zor olduğunu hissediyorum.				
39.	Bebeğimin benim kaygılarımı fark edeceğinden endişeleniyorum.				
40.	Bebeğimle aramdaki bağ hakkında endişe duyuyorum.				
41.	Bebeğimin uyurken geçirdiği sürenin uzunluğu hakkında endişe duyuyorum.				
*42.	İşe geri dönme konusunda endişe duyuyorum.				
43.	Görünüşüm hakkında bebeğim doğmadan öncekinden daha çok endişe duyuyorum.				
44.	Uyuma şansım olduğunda bile uyuma konusunda güçlük çekiyorum.				
45.	Diğer insanların ebeveynlik becerilerimin yetersiz olduğunu düşünmesinden endişe duyuyorum.				
*46.	Eşimin beni bebeğim doğmadan öncekine göre daha az çekici bulmasından endişe duyuyorum.				
47.	Bebeğimin diğer bebekler kadar hızlı gelişmemesinden endişeleniyorum.				
*48.	Eşime karşı kırgınlık hissediyorum.				
49.	Bebeğimi besleme şeklim hakkında endişe duyuyorum.				
50.	Uyuyan bebeğimi defalarca kontrol ediyorum.				
51.	İyi miktarda bir dinlenmeden sonra bile yorgun hissediyorum.				
- SON -		SONUÇ: ____ / 204			

EK-10. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ)

Lütfen yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

1. **Son 7 gündür; Gülebiliyor ve olayların komik taraflarını görebiliyorum**
 - ☐ Her zaman olduğu kadar
 - ☐ Artık pek o kadar değil
 - ☐ Artık kesinlikle o kadar değil
 - ☐ Artık hiç değil
2. **Son 7 gündür; Geleceğe hevesle bakıyorum**
 - ☐ Her zaman olduğu kadar
 - ☐ Artık pek o kadar değil
 - ☐ Artık kesinlikle o kadar değil
 - ☐ Artık hiç değil
3. **Son 7 gündür; Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.**
 - ☐ Evet, çoğu zaman
 - ☐ Evet, bazen
 - ☐ Çok sık değil
 - ☐ Hayır, hiçbir zaman
4. **Son 7 gündür; Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum**
 - ☐ Hayır, hiçbir zaman
 - ☐ Çok seyrek
 - ☐ Evet, bazen
 - ☐ Evet, çoğu zaman
5. **Son 7 gündür; İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum**
 - ☐ Evet, çoğu zaman
 - ☐ Evet, bazen
 - ☐ Çok sık değil
 - ☐ Hayır, hiçbir zaman
6. **Son 7 gündür; Herşey giderek sırtıma yükleniyor.**
 - ☐ Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum.
 - ☐ Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum.
 - ☐ Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum.
 - ☐ Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum
7. **Son 7 gündür; Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum**
 - ☐ Evet, çoğu zaman
 - ☐ Evet, bazen
 - ☐ Çok sık değil
 - ☐ Hayır, hiçbir zaman

8. Son 7 gündür; Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet, bazen
- ☐ Çok sık değil
- ☐ Hayır, hiçbir zaman

9. Son 7 gündür; Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum

- ☐ Evet, çoğu zaman
- ☐ Evet, oldukça sık
- ☐ Çok seyrek
- ☐ Hayır, asla

10. Son 7 gündür; Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- ☐ Evet, oldukça sık
- ☐ Bazen.
- ☐ Hemen hemen hiç
- ☐ Asla

EK-11. Postpartum Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği

Semptom	Yok	Hafif Şiddette	Orta Şiddette	Yüksek Şiddette
1. Sezaryen bölgesi veya perinide ağrı				
2.Yetersiz uyku kalitesi veya uykusuzluk				
3. Kabızlık				
4. Sırt ağrısı				
5. Baş ağrısı				
6. Hemoroid				
7. Eklem ağrısı				
8. Ellerde uyuşma				
9. Aşırı vajinal akıntı				
10. Vajinal enfeksiyon				
11. Ayaklarda uyuşma				
12. Aşırı vajinal kanama				
13. İdrar yolu enfeksiyonu				
14. Baş dönmesi				
15. Bacaklarda varis				
16. İdrar kaçırma				
17. Normalden daha fazla üşüme				
18. Eller ve/veya ayaklarda üşüme				

EK-12. Doğum Sonu Anne Eğitim Kitapçığı

ÖNSÖZ



Sevgili Anneler,

Yaklaşık dokuz aydır beklediğiniz, heyecanlı yolculuğun sonuna yaklaştınız. Doğum sonu dönemde, anneliğe ve doğumdan sonra vücudunuzdaki bazı değişimlere uyum süreci sizi bekliyor. Bu kitapçık, size hem doğum sırasında yardımcı olacak bilgiler vermek hem de doğum sonu dönemde kendinizin ve bebeğinizin bakımı, bu dönemde sizin ve bebeğinizin sağlık kontrollerinin zamanları ve sağlık kontrolü için gidilecek sağlık kurumları ile ilgili bilgi sağlamak amacıyla hazırlanmıştır.

Kitapçıkta yer alan bilgilerin size ve bebeğinize yararlı olması dileğiyle.

Saygılarımızla

Arş. Gör. Pınar UZUNKAYA ÖZTOPRAK

Doç. Dr. Gülten KOÇ

Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

KİTAPÇIĞIN AMAÇ VE HEDEFLERİ

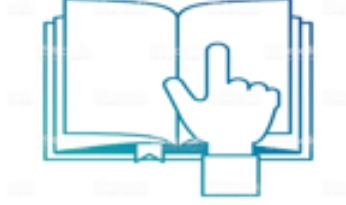


Bu kitapçığın amacı; anneye doğum sırasında yardımcı olacak bilgiler vermek, doğum sonu dönemde kendi ve bebeğinin bakımı, kendi ve bebeği için yaptırması gereken sağlık kontrollerinin zamanları, sağlık kontrolü için gidilecek sağlık kurumları ile ilgili bilgi sağlamaktır.

Hedefler;

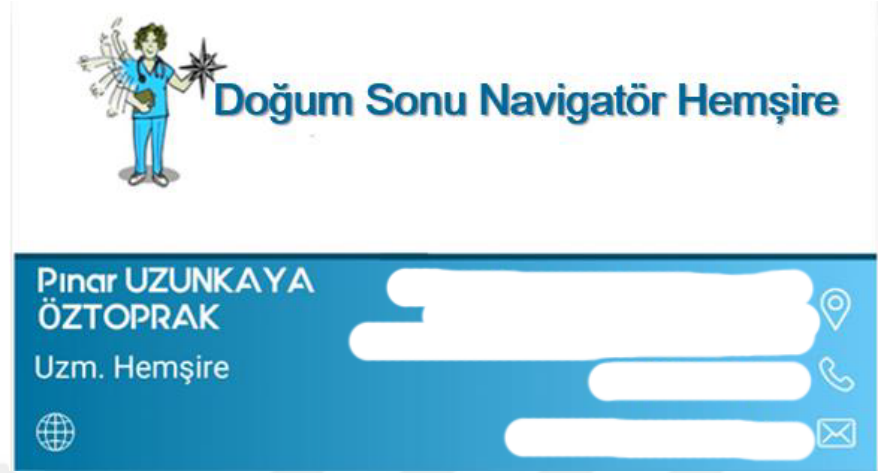
Bu kitapçık doğrultusunda eğitim alan kadınlar;

- ◆ Doğum eyleminin başladığını gösteren belirtileri sayabilecek,
- ◆ Doğum çantasında bulunması gerekenleri söyleyebilecek,
- ◆ Kendi ve bebek bakımına ilişkin bilgi ve beceriyi kazandığını ifade edecek,
- ◆ Bebeğini doğru pozisyonda emzirebilecek,
- ◆ Aile planlaması hizmetine ulaşabileceği birimleri sayabilecek,
- ◆ Kendisinin ve bebeğinin sağlık izlemlerinin zamanını ve bu izlemleri nerelerde yaptırabileceğini söyleyebilecek,
- ◆ Kendisinin ve bebeğinin sağlık izlemlerini içeren çizelgeyi nasıl doldurması gerektiğini açıklayabilecek,
- ◆ Kendisi ve bebeği ile ilgili acilen sağlık kuruluşuna başvurması gereken tehlike belirtilerini sayabilecek.



İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	2
KİTAPÇIĞIN AMAÇ VE HEDEFLERİ	3
İÇİNDEKİLER	4
I. BÖLÜM: DOĞUMA HAZIRLIK	5
II. BÖLÜM: DOĞUM	8
III. BÖLÜM: LOHUSA BAKIMI	10
IV. BÖLÜM: BEBEK BAKIMI	19
V. BÖLÜM: SAĞLIK İZLEMLERİ	29
VI. BÖLÜM: SAĞLIK HİZMETLERİYLE İLGİLİ BİLGİ ALINABİLECEK KURUM VE KURULUŞLAR	31
SÖZLÜK	32
NOTLAR	33
KAYNAKLAR	34

EK- 13. Navigatör Hemşire Kartviziti

EK-14. Hemşire Navigasyon Programı Uygulama Rehberi**DOĞUM SONU HEMŞİRE
NAVİGASYON PROGRAMI
UYGULAMA REHBERİ**

Hazırlayanlar

Arş. Gör. Pınar UZUNKAYA ÖZTOPRAK

Doç. Dr. Gülten KOÇ

Ankara, 2021

ÖNSÖZ

Doğum sonu dönemde, annede fiziksel, ruhsal ve duygusal değişimler yaşanmaktadır. Bu dönem, yaşanan değişimlerin yanı sıra ebeveynliğe geçişin, anneliğe adaptasyonun olduğu ve yeni rol ve sorumlulukların kazanıldığı zor bir dönemdir. Bu nedenle, annenin desteğe, cesaretlendirilmeye, kapsamlı ve nitelikli bir bakıma ihtiyacı vardır. Annenin yeni rollerini öğrenebilmesi, bu döneme uyum sağlaması, bebeğinin ve kendisinin sağlığını koruması ve sürdürmesi için doğru zamanda, doğru sağlık bakım hizmetlerinden yararlanmaya yönelik rehberliğe gereksinimi vardır. Gerekli bakım ve desteğin sağlanmadığı durumlarda, ilk kez anne olan bireyler ve aileler için bu mutlu yaşam deneyimi kriz haline gelebilmektedir.

Hemşire Navigasyon Programı, bireyler/aileler ve bakım vericilerin sağlıkla ilgili bilgiyi ve gereksinimlerini karşılamalarını; bakımın sürekliliğini teşvik etmeyi ve kolaylaştırmayı; bakımın önündeki engelleri belirlemeyi ve kaldırmayı; hem hastalar/aileler ve bakım vericileri hem de sağlık bakım hizmeti sunan bireyler için sağlık sisteminin etkili, verimli ve maliyet etkin kullanımını sağlamaktadır. Böylece, bireylerin doğru bakımı, doğru zamanda, doğru ekip tarafından ve doğru yerden almalarını kolaylaştırmaktadır. Ayrıca, bu program kapsamında, hekim, hemşire, ebe, pediatrist, sosyal hizmet uzmanı, emzirme danışmanı, diyetisyen gibi pek çok bakım sağlayıcının bir arada çalışması sağlık sonuçlarını iyileştirmenin en iyi yollarından biridir.

Doğum sonrası dönemde, hasta merkezli ve maliyeti etkin bir bakım hizmeti ihtiyacını karşılayabilmeye, Hemşire Navigasyon Programı bir seçenektir. Doğum Sonu Hemşire Navigasyon Programı; bu dönemde, multidisipliner bakım yoluyla anne ve yeni doğanın sağlığını geliştirmede bir fırsat olarak düşünülmektedir. Bu nedenle, Doğum Sonu Hemşire Navigasyon Programı; doğum sonu dönem hakkında bilgi vermek, doğru zamanda, doğru sağlık biriminden sağlık hizmeti almayı kolaylaştırmak, komplikasyonları önlemek ve ya erken dönemde fark etmek, depresyon gibi psikolojik sorunları önlemek, doğum sonu dönem ile ilgili bilgi ve uygulamaları anneye paylaşmak ve annelere destek olabilmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu rehberde doğum sonu dönemde navigatör hemşirelik uygulamalarına yön vermek amaçlanmaktadır.

Arş. Gör. Pmar UZUNKAYA ÖZTOPRAK

Doç. Dr. Gülten KOÇ

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı



İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	2
HEMŞİRE NAVİGASYON PROGRAMI UYGULAMA REHBERİNİN AMACI VE HEDEFLERİ	3
HEMŞİRE NAVİGASYON PROGRAMININ UYGULAMA BASAMAKLARI	4
1. BİRİNCİ GÖRÜŞME (Doğum Öncesi Dönem- 36 hafta ve üzerinde gebeliği olan kadının doğum öncesi izlem için hastaneye başvurusunda)	4
2. İKİNCİ GÖRÜŞME (Hastane Ziyareti-Doğum Sonu Birinci Gün)	6
3. ÜÇÜNCÜ GÖRÜŞME (Ev Ziyareti- Taburculuktan sonraki ilk gün)	8
4. DESTEKLEYİCİ VE HATIRLATICI SMS İLETİSİ	10
5. DÖRÜNCÜ GÖRÜŞME (Telefon Görüşmesi- Doğum Sonu Yedinci gün)	10
6. DESTEKLEYİCİ VE HATIRLATICI SMS İLETİSİ	11
7. BEŞİNCİ GÖRÜŞME (Hastane Randevusuna Eşlik Etme- Doğum Sonu Onuncu gün)	12
8. DESTEKLEYİCİ VE HATIRLATICI SMS İLETİSİ	13
9. ALTINCI GÖRÜŞME (Telefon Görüşmesi- Doğum Sonu Yirminci gün)	13
10. DESTEKLEYİCİ VE HATIRLATICI SMS İLETİSİ	14
11. YEDİNCİ GÖRÜŞME (Telefon Görüşmesi- Doğum Sonu Kırkzıncı gün)	15
12. SEKİZİNCİ GÖRÜŞME (Ev Ziyareti- Doğum Sonu Altıncı hafta)	15
13. DESTEKLEYİCİ VE HATIRLATICI SMS İLETİSİ	17
14. DOKUZUNCU GÖRÜŞME (Telefon Görüşmesi- Doğum Sonu Seksen sekizinci gün)	17
15. ONUNCU GÖRÜŞME (Ev Ziyareti- Doğum Sonu Üçüncü ay)	18
EK 1. EĞİTİM PLANI	19
EK 2. TELEFON GÖRÜŞMESİ FORMU	21
EK 3. TELEFON GÖRÜŞMESİ KAYIT FORMU	23
KAYNAKLAR	24

EK-15. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ETLİK ZÜBEYDE HANIM KADIN HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Karar Tarihi: 22.01.2020

Karar No: 2020/12

22.01.2020 tarihinde Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul'u Prof. Dr. Aykan YÜCEL başkanlığında toplantı yeter sayısı ile toplandı.

Toplantıda Sorumlu Araştırmacı Prof. Dr. Salim ERKAYA ve Tez Öğrencisi Arş. Gör. Pınar UZUNKAYA ÖZTOPRAK tarafından başvurusu yapılan "Doğum Sonu Dönemdeki Annelere Yönelik Geliştirilen Hemşire Navigasyon Programının Annelerin Öz Bakım Gücü, Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Riskleri ile Fiziksel Semptom Şiddeti Üzerine Etkisi" klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına ve söz konusunu klinik araştırma başvuru dosyasının kabulüne oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Aykan YÜCEL
Öğretim Üyesi
Etik Kurul Başkanı

Prof. Dr. Salim ERKAYA,
Öğretim Üyesi
(Kadın Hastalıkları ve Doğum)
(katılmadı)

Prof. Dr. Berna DİLBAZ
Öğretim Üyesi
(Kadın Hastalıkları ve Doğum)

Doç. Dr. Ömer Lütfi FAPISIZ
Eğitim Görevlisi
(Farmakoloji/ Kadın
Hastalıkları ve Doğum)

Prof. Dr. Çiğdem ÖZER
Öğretim Üyesi
(Fizyoloji)

Doç. Dr. Fulya
KAYIKÇIOĞLU
Eğitim Görevlisi
(Kadın Hastalıkları ve Doğum)

Doç. Dr. İstemek Han ÇELİK
Öğretim Üyesi
(Neonatoloji)

İl

Doç. Dr. Nüket P. ERBAYDAR
Öğretim Üyesi
(Halk Sağlığı)

Doç. Dr. Şadım KİYKAÇ
ALTINBAŞ
Öğretim Üyesi
(Kadın Hastalıkları ve Doğum)
(katılmadı)

Prof. Dr. Dilek ŞAHİN
Öğretim Üyesi
(Kadın Hastalıkları ve Doğum)

Av./Dr. Emine Neval YILMAZ
Serbest Avukat/ Doktor
(Genel Cerrahi Uzmanı)

Oğuz YILIM
Sivil Üye
(Yüksek Ziraat Mühendisi)

ASLIĞIBDIR

M. H. YILMAZ
KURUL BAŞKANI

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Doğum Sonu Dönemdeki Annelere Yönelik Geliştirilen Hemşire Navigasyon Programının Annelerin Öz Bakım Gücü, Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Riskleri ile Fiziksel Semptom Şiddeti Üzerine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastanesi E.A.H Klinik Uygulamalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Salim ERKAYA			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Kadın Hastalıkları ve Doğum			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları EAH			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ	Yoktur			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	Yoktur			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
FAZ 4		☐			
Gözlemsel ilaç çalışması		☐			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		☐			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐			
	İlaç dışı klinik araştırma	☐			
	Diğer ise belirtiniz: Ön Test Kontrol Randomize				
	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Aykan YÜCEL
İMZA:

ASLI GİBİDİR
M. AYKAN YÜCEL
Etik Kurul Başkanı

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-16. Sağlık Bakanlığı Etlık Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK) Kararı



**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ETLİK ZÜBEYDE HANIM KADIN HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ**



SUAM Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu

KARAR TARİHİ : 10.10.2019
KARAR NO : 15

KARAR

26. Hacettepe Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği doktora programı öğrencisi Pınar UZUNKAYA ÖZTOPRAK'ın "Doğum Sonu Dönemdeki Annelere Yönelik Geliştirilen Hemşire Navigasyon Programının Annelerin Öz Bakım Gücü, Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Riskleri ile Fiziksel Semptom Şiddeti Üzerine Etkisi" konulu çalışmasının kabulüne,

Karar verilmiştir.

Prof. Dr. Salim ERKAYA
Öğretim Üyesi

Doç. Dr. Fulya KAYIKÇIÖĞLU
Eğitim Görevlisi

Doç. Dr. İsmail HANÇELİK
Öğretim Üyesi

Doç. Dr. Şaduman KIYKAÇ ALTINBAŞ
Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Yaprak ÖSTÜN
Başbakan



EK-17. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Gönüllü No:

Gönüllünün Ad ve Soyadının Baş Harfleri:

‘Doğum Sonu Dönemdeki Annelere Yönelik Geliştirilen Hemşire Navigasyon Programının Annelerin Öz Bakım Gücü, Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Riskleri ile Fiziksel Semptom Şiddeti Üzerine Etkisi’ Adlı Araştırma İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Çalışma Merkezi: Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Değerli Katılımcı,

Uzm. Hemşire Pınar UZUNKAYA ÖZTORPAK doktora tezi kapsamında, “Doğum Sonu Dönemdeki Annelere Yönelik Geliştirilen Hemşire Navigasyon Programının Annelerin Öz Bakım Gücü, Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Riskleri ile Fiziksel Semptom Şiddeti Üzerine Etkisi” başlıklı bilimsel bir araştırma çalışması yürütmektedir. Bu çalışmanın amacı, Hemşire Navigasyon Programının doğum sonu dönemdeki annelerin öz bakım gücü, yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon ile fiziksel semptom şiddeti üzerine etkisini çalışmaktır.

Doğum sonu dönem, kadın ve ailesi için kritik bir yaşam dönemidir. Bu dönemde görülen fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler ailenin, kadının ve yenidoğanın sağlığını olumsuz etkileyebilir. Bu çalışmada, doğum sonu dönemde hemşire navigasyon programı ile annelerin öz bakım gücünün artırılması, daha az fiziksel semptom yaşamaları, depresyon riskinin ve anksiyetenin azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılması, gelecekte yapılabilecek çalışmalara yönelik rehberlik etmesi ön görülmektedir.

Araştırma kriterlerini karşılamanız ve gönüllü olmanız durumunda; size Kadınların Tanıtıcı Özellikleriyle İlgili Veri Toplama Formu uygulanacaktır. Çalışmaya katılan kadınlar müdahale ve kontrol grubu olarak 2 gruba ayrılacak ve her bir grupta 32 kadın olmak üzere toplam 64 kadın çalışmaya dâhil edilecektir. Hangi grupta yer alacağınız araştırmacı tarafından bilgisayar programı (<https://www.random.org>) kullanılarak rastgele seçilecektir.

Müdahale grubunda olursanız, Hemşire Navigasyon Programı temelli hemşirelik bakımı alacaksınız ve size verilen anket formlarını dolduracaksınız. Doğumdan sonraki ilk 24 saat içerisinde ve onuncu günde hastanede, taburcu olduktan sonra, altıncı hafta, üçüncü ay ev ziyareti ile izleminiz yapılacaktır. Bu izlemlerde, sizin ve bebeğinizin ihtiyaçları değerlendirilecek ve anket formları doldurulacaktır. Ayrıca, size doğum sonu dönemde sizin ve bebeğinizin izlemlerini hatırlatmak amacıyla 6 kısa mesaj gönderilecek ve üç telefon görüşmesi yapılacaktır.

Size verilen navigatör hemşire kartvizitinde yer alan iletişim adreslerinden siz de ihtiyacınız olduğu durumlarda navigatör hemşireden destek alabileceksiniz.

Kontrol grubunda olursanız, doğumdan sonraki ilk 24 saat içerisinde ve onuncu günde hastanede, taburcu olduktan sonraki 48 saat içinde, altıncı hafta, üçüncü ayda ev ziyareti ile izleminiz yapılacaktır. Bu izlemlerde, anket formları doldurulacaktır. Sizin bu çalışmadaki sorumluluğunuz, araştırmaya katılmak ve anket formlarını yanıtlamaktır.

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırma ekibi de çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir.

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmada, kişisel bilgileriniz, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanılacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır. Sorulara vereceğiniz yanıtlar araştırma sonuçlarını doğrudan etkileyeceği için kendi düşüncelerinizi ifadelemenizi ve yanıtlanmamış soru bırakmamanızı rica ederiz.

Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Salim ERKAYA

Yardımcı Araştırmacı: Doç. Dr. Gülten KOÇ

Arş. Gör. Pınar UZUNKAYA ÖZTOPRAK

Adres:

İmza:

EK-18. Ölçek Sahiplerinin İzinleri

Öz Bakım Gücü Ölçeği Kullanım İzni


Nursen Nahcivan
 Alıcı: ben

09:07 (1 saat önce) ☆ ↶

Pınar Hanım merhaba,

Türkçe Öz-bakım Gücü Ölçeği'ni tez çalışmanızda kaynak göstermek suretiyle elbette kullanabilirsiniz. Ölçek ile ilgili ihtiyacınız olan dokümanlar ekte gönderilmiştir.

Başarı dileklerle,

--

Prof. Dr. Nursen NAHCIVAN
İ.Ü-C. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Emekli Öğretim Üyesi

Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DSYKÖ) Kullanım İzni


kamile altuntug
 Alıcı: emelege, kaltuntug, ben

22:14 (4 c

Sevgili Pınar merhaba,
 Ölçeği atıf yaparak kullanmanızın bir sakıncası yok.
 Ölçeğin Geçerlik güvenirlik çalışması ektedir.
 Çalışmalarında başarılar dilerim. Sevgiler..

Doç. Dr. Kamile ALTUNTUĞ
 Necmettin Erbakan Üniversitesi
 Hemşirelik Fakültesi
 Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD



PDF kamile altuntug-ölç...

Postpartum Spesifik Anksiyete Ölçeği (PSAÖ) Kullanım İzni

Songul Duran
Alıcı: ben ▾ 26 Mayıs Paz 21:23 ☆ ◆

Sevgili Pinar,
Ekte ölçeğin word hali ve puanlaması hakkında bilgi var. Makaleyi sanırım dergide açabildin onu da kaynak olarak kullanabilirsin. İyi çalışmalar dilerim...

Pinar UZUNKAYA ÖZTOPRAK < >, 26 May 2019 Paz, 13:28 tarihinde şunu yazdı:



Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) Kullanım İzni

Levent Küey
Alıcı: ben ▾ 02.10

merhaba,

ilginiz için teşekkür ederim; tabii ki EDDÖ'yü çalışmanızda kullanabilirsiniz.

ekte size ölçeği / yayını, ayrıca, iki ilgili makaleyi gönderiyorum.

çalışmanız bittiğinde bana da gönderirseniz sevinirim.

iyi ve verimli çalışmalar dilerim.

levent

Levent Küey,
Associate Professor of Psychiatry.

Postpartum Fiziksel Semptom Şiddeti Ölçeği Kullanım İzni

Murat Çelenoğlu
Alıcı: ben
Pınar Hanım merhaba,
tabiki kullanabilirsiniz. Ölçeği ve ilişkili bilgileri ekte gönderiyorum.
Çalışmanızda kolaylıklar diliyorum.
Pınar UZUNKAYA ÖZTOPRAK < >, 4 Tem 2019 Per, 15:27 tarihinde şunu yazdı:

EK-19. Orjinallik Ekran Çıktısı

Doğum Sonu Dönemdeki Annelere Yönelik Geliştirilen
Hemşire Navigasyon Programının Annelerin Öz Bakım Gücü,
Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon Riskleri ile Fiziksel
Semptom Şiddeti Üzerine Etkisi

ORJİNALLİK RAPORU

%8	%5	%4	%3
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	tez.sdu.edu.tr	<%1
	İnternet Kaynağı	
2	DUMAN BÜYÜKKAYACI, Nuriye and KARATAŞ, Nimet. "Sezaryen sonrası erken taburcu olan kadınlara verilen evde bakım hizmetinin anne sağlığına ve öz bakım gücüne etkisi", Fırat Üniversitesi, 2011.	<%1
	Yayın	
3	clinicaltrials.gov	<%1
	İnternet Kaynağı	
4	katalog.istanbul.edu.tr	<%1
	İnternet Kaynağı	
5	Submitted to Baskent University	<%1
	Öğrenci Ödevi	
6	katalogtarama.ikcu.edu.tr	<%1
	İnternet Kaynağı	

EK-20. Dijital Makbuz



Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Pınar Uzunkaya Öztoprak
 Ödev başlığı: Doğum Sonu Dönemdeki Annelere Yönelik Geliştirilen Hemşi...
 Gönderi Başlığı: Doğum Sonu Dönemdeki Annelere Yönelik Geliştirilen Hemşi...
 Dosya adı: Doktora_tez_P_nar_UZUNKAYA_ZTOPRAK_03_ubat2023.DOCX
 Dosya boyutu: 5.19M
 Sayfa sayısı: 268
 Kelime sayısı: 45,444
 Karakter sayısı: 301,070
 Gönderim Tarihi: 03-Şub-2023 06:56ÖÖ (UTC+0300)
 Gönderim Numarası: 2005281175



9. ÖZGEÇMİŞ

