



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SEZARYEN SONRASI ANNENİN VE BEBEĞİN İZLENMESİ

NURİYE AKAY
YÜKSEK LİSANS TEZİ

138730

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

138730

DANIŞMAN
Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ

İSTANBUL - 2003

ÖNSÖZ

Araştırmanın yürütülmesi sırasında desteği, yol göstericiliği ve bana gösterdiği sabırdan dolayı tez danışmanım Doç. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ'ye; veri toplama aşamasında onay aldığım ve maddi-manevi desteğini esirgemeyen Özel Erdem Hastanesi yöneticisi Hasan KÜLÜNK'e; çalışma sisteminde bana kolaylık sağlayan başhemşire Nesrin TOPÇU'ya; tüm çevirilerde benden yardımını esirgemeyen en iyi dostuma; verilerin toplanmasında bana yardımcı olan birim arkadaşlarıma ve bu teze katkıda bulunan tüm dostlarıma teşekkür ederim.

Ayrıca beni dünyaya getiren, yetiştiren ve bu tezi hazırlayacak hale gelmemi sağlayan aileme teşekkür ediyorum

Nuriye AKAY

Şubat 2003

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLolar DİZİNİ.....	iv
ÖZET.....	v
SUMMARY.....	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. SEZARYENİN TARİHÇESİ.....	6
2.2. SEZARYEN ORANLARINDAKİ ARTIŞ SEBEPLERİ.....	6
2.3. SEZARYEN ENDİKASYONLARI.....	7
2.3.1. Anneye Ait Endikasyonlar.....	7
2.3.2. Fetusa Ait Nedenler.....	8
2.3.3. Fetus Eklerine Ait Sebepler.....	8
2.3.4. Mediko-Sosyal Nedenler.....	8
2.3.5. Diğer Nedenler.....	8
2.4. SEZARYENİN KOMPLİKASYONLARI.....	9
2.4.1. Annenin Erken Komplikasyonları.....	9
2.4.2. Annenin Geç Komplikasyonları.....	10
2.4.3. Bebek Komplikasyonları.....	10
2.5. SEZARYEN TİPLERİ.....	11
2.6. PRE-OPERATİF HEMŞİRELİK BAKIM.....	11
2.6.1. Yasal Hazırlık.....	11
2.6.2. Fizyolojik Hazırlık.....	12
2.6.3. Ameliyat Öncesi Eğitim.....	13
2.6.4. Psikolojik Hazırlık.....	13
2.7. SEZARYENLE DOĞUM İÇİN KULLANILAN ANESTEZİ TİPLERİ.....	14
2.7.1. Genel Anestezi.....	14
2.7.2. Lokal Anestezi.....	14
2.7.2.1. Spinal Anestezi.....	14
2.7.2.2. Epidural Anestezi.....	14
2.8. CERRAHİ PROSEDÜR.....	15
2.9. POSTOPERATİF HEMŞİRELİK BAKIMI.....	15
2.9.1. Doğum Sonu Dönemi.....	15
2.9.1.1 Doğum Sonu Fizyolojik Adaptasyon.....	16
2.9.1.2. Doğum Sonu Psikolojik Adaptasyon.....	19

2.9.2. Doğum Sonu Postoperatif Hemşirelik Bakımının Amaçları.....	20
2.9.3. Doğum Sonu Postoperatif Hemşirelik Bakımının Hedefleri.....	20
2.9.4. Doğum Sonu Postoperatif Hemşirelik Uygulamaları.....	21
2.10. SEZARYENLE İLGİLİ YAPILAN BAZI ÇALIŞMALAR.....	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	40
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ.....	40
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN.....	40
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	41
3.4. VERİLERİN TOPLANMASINDA KULLANILAN ARAÇ VE GEREÇLER.....	41
3.4.1. Anne Tanılama Formu.....	42
3.4.2. Sezaryen Sonrası Hemşirelik Bakım Formu-1.....	42
3.4.3. Sezaryen Sonrası Hemşirelik Bakım Formu-2.....	42
3.4.4. Hasta Memnuniyeti Anket Formu.....	42
3.4.5. Taburculuk Sonrası Anne Takip Formu.....	43
3.4.6. Taburculuk Sonrası Bebek Takip Formu.....	43
3.5. VERİLERİN TOPLANMASI.....	43
3.5.1. Kontrol Grubu Veri Toplama Aşaması.....	43
3.5.2. Deney Grubu Veri Toplama Aşaması.....	44
3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	46
4. BULGULAR.....	47
5.TARTIŞMA VE SONUÇLAR.....	67
5.1. OLGULARIN BİREYSEL/OBSTETRİK ÖAELLİKLERİNE VE TRAVAY/DOĞUM ÖYKÜLERİNE İLİŞKİN BULGULARININ TARTIŞILMASI.....	67
5.2. OLGULARIN HEMŞİRELİK BAKIM FORMLARINDAKİ VİTAL BULGULARININ TARTIŞILMASI.....	69
5.3. OLGULARIN DOĞUM SONRASI 5. VE 10. GÜNDEKİ BULGULARININ TARTIŞILMASI.....	71
5.4. BEBEKLERİN DOĞUM SONRASI 5. VE 10. GÜNDEKİ BULGULARININ TARTIŞILMASI.....	74
5.5 OLGULARIN MEMNUNİYET DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULARININ TARTIŞILMASI.....	75
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	78
7. EKLER.....	82
8. KAYNAKLAR.....	92
9. ÖZGEÇMİŞ.....	96

TABLolar DİZİNİ:

Tablo 1. Olguların Bireysel / Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 2. Olguların Travay / Doğum Öykülerine göre Dağılımı

Tablo 3. Olguların Hemşirelik Bakım Formlarındaki Vital Bulgularına Göre Dağılımı

Tablo4. Olguların Hemşirelik Bakım Formlarındaki Ortak Fiziksel Bulgularına Göre Dağılımı

Tablo 5. Olguların Doğum Sonrası 5. Gündeki Bulgularına Göre Dağılımı

Tablo 6. Olguların Doğum Sonrası 10. Gündeki Bulgularına Göre Dağılımı

Tablo 7. Bebeklerin Doğum Sonrası 5. Gündeki Bulgularına Göre Dağılımı

Tablo 8. Bebeklerin Doğum Sonrası 10. Gündeki Bulgularına Göre Dağılımı

Tablo 9. Olguların Hasta Memnuniyeti Anket Sorularına Verdikleri Cevaplara Göre Dağılımı

Tablo10. Deney ve Kontrol Grubundaki Olguların Memnuniyet Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo11. Olguların Bireysel/Obstetrik Özellikleri ve Travay/Doğum Öykülerine Göre Memnuniyet Puanlarının Dağılımı

Tablo 12. Deney Grubundaki Olguların Bireysel/Obstetrik Özellikleri ve Travay/doğum Öyküleri ile Memnuniyet Puan Ortalamalarının İlişkisi

Tablo 13. Deney Grubundaki Olguların Bireysel/Obstetrik Özellikleri ve Travay/doğum Öyküleri ile Memnuniyet Puan Ortalamalarının İlişkisi

ÖZET

Bu araştırma sezaryen sonrası postoperatif dönemde literatür doğrultusunda hazırlanan hemşirelik bakım formu ile verilen hemşirelik bakımını değerlendirmek ve bu bakımın doğum sonu klinikte ve taburculuk sonrasında evde annelerin kendi ve bebek bakımıyla ilgili fonksiyonel durumlarına olan etkilerini belirlemek amacıyla deneysel olarak planlanmıştır.

Araştırmanın evrenini Ümraniye'de bulunan Özel Erdem Hastanesi'nde 2001 yılında sezaryenle doğum yapan kadınların tümü (890); örneklemini ise sezaryen sonrası takip edilen toplam 100 primipar anne oluşturmaktadır. Önce Şubat-Nisan 2001'de kontrol grubu (50), sonra Eylül-Ekim 2001'de deney grubunu (50) oluşturan vakalar ele alınmıştır.

Çalışmada, kontrol grubundaki annelere hastanedeki mevcut şartlar dışında bir şey yapılmamış, deney grubundaki annelere araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan ve hemşirelerin uyguladığı *Sezaryen Sonrası Hemşirelik Bakım Formu-2* ile bakım verilmiştir. İki gruba verilen bakımın değerlendirilmesinde; araştırmacı tarafından geliştirilen *Hasta Memnuniyeti Anket Formu* kullanılmış ve annelere taburcu olmadan önce zarf içinde verilip alınarak doldurulmaları sağlanmıştır. Ayrıca doğum sonrası 5 ve 10. günlerde anne ve bebek takibini sağlamak amacıyla *Taburculuk Sonrası Anne Takip Formu* ve *Taburculuk Sonrası Bebek Takip Formu* kullanılmıştır. Doğum sonrası 5.günde hastalar hastaneye kontrole geldiklerinde, 10.günde de telefonla görüşülerek formlar doldurulmuştur.

Araştırmada, deney ve kontrol grubundaki annelerin demografik ve obstetrik özellikleri ile ilgili değişkenler arasında benzer özellikler saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki annelerin memnuniyet durumları değerlendirildiğinde; daha önce başka bir sağlık kuruluşunda yatarak hizmet alma durumlarında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Hemşirelik hizmetleri ile ilgili sorularda ve ikinci doğumlarında tekrar bu hastaneyi seçme yada bir tanıdığına tavsiye etme ile ilgili sorularda anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Hekimlik Hizmetleri ve destek hizmetleri ile ilgili sorularda anlamlı fark saptanmamıştır ($p<0,05$). Doğum sonrası 5 ve 10. günlerdeki anne ve bebek takip kriterlerinde genel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p<0,05$).

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda; bakım kriterleri arasında anlamlı fark görülmemesi, hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet durumları arasında anlamlı fark görülmesi araştırmanın özel hastanede yürütülmüş olmasına bağlanmıştır ve buna yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Veriler Yates düzeltilmeli Ki-kare, Dört gözlü ki-kare, t-testi ve Varyans Analizi testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

SUMMARY

The aim of this study was to evaluate nursing care given with nursing care form which was prepared according to guidelines in the literatures at the postpartum period and to evaluate the effects of this method on mother's functional status in respect to themselves and their babies both in hospital and at home.

The universe of the study was including all mothers (890) who cesarean-section and hospitalized in Private Erdem Hospital in Ümraniye. The sample of the study was including 100 primar mothers, who had cesarean-section and had convenient criterions. First 50 mothers who were in control group, were evaluated between February and April 2001 and then study group including 50 mothers, were evaluated during between September and November 2001. In the study, routine nursing care was given to control group, but nursing care prepared according to quidlines was given to study group. Nurses were responsible for this care.

The satisfaction of the mothers were evaluated by the *Patient Satisfaction Evaluation Forms* prepared by the investigator. These forms were given to mothers in an envelope before the discharge from the hospital. Also after discharge in the 5th and 10th postpartum days to fallow the maternal babies status. *Post Discharge Mothers Fallow Form* and *Post Discharge Baby Fallow Forms* were used. In the postpartum 5th day mothers came for fallow up to hospital and filled the questinare; in the postpartum 10the day mothers were questionned by the phone.

In the study, similar properties were observed between the study and control groups in the variations of demographic and obstetric properties of both group.

When the satisfaction of the mothers were compered no significant differnces was observed in the prior hospitalization status in another hospital($p>0.005$). There was significant differences the assesment nursing service, choose again the hospital for 2nd birth, and recommendation to relatives between both groups($p<0.05$). There was no observed significant difference in medical and supportive service evaluation ($p<0,05$). When the postoperatif maternal and baby fallow up criteria were evaluated in 5th and 10 th days after discharge, no significant differnces were observed($p>0.05$).

The results of the study were shown that significant difference nurse service, whereas not in care criteria, because of the study was made in a private hospital.

In data analyses, Yates correction, chi square and Analisis of Variance methods were used.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kadınlar doğurganlık özellikleri ile insanlığın devamını sağlamış, üretkenlikleri ile de ekonomiye katkıda bulunmuşlardır. Dünya nüfusunun yarısını oluşturmalarına ve toplumun ana unsuru olmalarına karşın kadınlar, sosyal ve sağlık statüsünde en çok değişmelere uğrayan ve sorunlar yaşayan bireylerdir. Kadınların özel sağlık gereksinimleri geniş ölçüde doğurganlıkları ile ilgilidir. Bu özellikleri nedeniyle kadın sağlığı kendisi için olduğu kadar, çocuğun, ailenin dolayısıyla toplumun sağlığı üzerindeki etkisi bakımından da önemlidir. Çünkü sağlığı bozulan kişi anne olduğunda aile içindeki denge de bozulmaktadır. Ayrıca gebelik sürecinden kaynaklanan biyolojik özellikler kadınların hem hastalanma hem ölüm riskini artırmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre kadınların sağlık düzeyinin gelişmekte olan ülkelerde düşük olduğu görülmektedir. Bu da kadın sağlığını özel olarak ele alınma gereğini ortaya koymuştur (27,34,59).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) uluslararası düzeyde doğum sonu bakımı değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen bir çalışmada gelişmekte olan ülkeler ile ABD'deki anne ölüm oranları karşılaştırılmıştır. Hem ABD'de hem de gelişmekte olan ülkelerde anne ölümlerinin % 60'ının doğum sonu dönemde meydana geldiği tespit edilmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde bu ölümlerin %80'i doğum sonrası birinci haftada ortaya çıkan sorunlardan kaynaklanmaktadır ve bu risk ikinci haftaya kadar da devam etmektedir. Kanama, gebeliğin sebep olduğu hipertansiyon ve doğum sonu enfeksiyonlar en yaygın ölüm sebepleridir (30).

Bir toplumun sağlık düzeyini etkileyen en önemli ölçütlerinden bir ana ölüm hızıdır. 1989 yılında yapılan bir araştırmada Türkiye'de ana ölüm hızı yüzbinde 134'tür. Üçüncü Bin Yıla Bakarken Anne ve Çocukların Durumu'nda ise bu rakam yüzbinde 49 olmuştur. Anne ölüm nedenleri ise %33 kanama, %20 toksemi, %17 dolaylı obstetrik nedenler, %14 enfeksiyon ve %6 diğer nedenlerdir (58).

İnsanın yaşam sürecinde bazı deneyimlerin veya dönemlerin diğerlerine göre daha çok önemi vardır. Gebelik ve doğum kadının özel deneyimlerinden birisidir. Bunlar yaşam sürecinde normal bir evredir, ancak bu durum anneyi bedensel ve ruhsal yönden etkiler ve sağlık ile hastalık arasındaki çizgiyi daraltır. Her gebelik sağlıklı kadınlar için bile risk yaratır. Doğum olayı geriye dönüşü olmayan bir süreçtir. Tüm anneler gebelikleri süresince bu sürecin

endişesini yaşarlar. Eylem ilk kez doğum yapacak kadınlar için tamamen yeni bir deneyimdir. Multiparlar ise yeni bir doğumun ne getireceğinin belirsizliği içindedirler (15,59,64).

Doğum eylemi son menstrual periyoddan 38-40 hafta sonra, gebelik ürünü olan fetus ve eklerinin uterusdan dış ortama atılmasıdır. Bu süreç doğum kanalından vajinal yolla olabileceği gibi cerrahi yöntemle de gerçekleştirilebilir. Sezaryen 20 haftadan büyük fetusun, bir abdominal kesit (laparotomi) ve uterus kesitinden (histerotomi) doğrultulmasıdır. Günümüzde kullanılmamasına rağmen vajinal yolla sezaryen tekniği de vardır. Jinekoloji ve obstetrikte en sık uygulanan ve en önemli operasyonlarından biridir, çünkü gerek anne gerekse fetus için yaşam kurtarıcı değeri vardır (5,6,8,9,10,11,12,38,46,54,55,56,59).

Sezaryen operasyonu 1960'larda tüm doğumlarda %5 oranında yapılırken bu yıllardan sonra uygulanma oranı giderek artmış, 1980'lerde %24-30 oranlarına kadar yükselmiştir. Bugün gelişmiş ülkelerde tüm doğumların %15-25 kadarı sezaryenle yapılmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) tüm doğumların 1/4'ü, Kanada'da 1/5'i sezaryenle yapılmaktadır. Sezaryen oranı ABD'nde 1988'de %25 iken büyük çabalarla 1993'te %22,8'e düşürülmüştür. İngiltere'de %13, Avustralya'da %20 oranında yapılmaktadır. Operasyon ve anestezi tekniklerindeki ilerlemeler yanında başka bazı faktörler de bu artışa katkıda bulunmaktadır. Sezaryen, tarihçe ve pratik değer açısından, obstetri ve jinekolojinin en önemli operasyonlarından biridir. Bu girişimin, gerek anne, gerekse fetus için yaşam kurtarıcı değeri, yıllar içinde azalmamış aksine artmıştır (7,9,10,11,12,21,33,34,57,64).

Sezaryen doğumlarda maternal morbidite ve mortalite çok düşüktür ve uzman ellerde yaklaşık olarak % 0.02 yada daha az olarak bildirilmiştir. Sezaryen ameliyatın tüm abdominal ameliyatlar içinde en güvenilir olduğu düşünülür ve postoperatif dönemde en az rahatsızlık ve komplikasyon gelişen durumdur. Ölümünün çoğu anestezi kazaları, toksemiler, kardiyak problemler, renal hastalıklar, diyabet gibi altta yatan nedenlere bağlıdır (7,9,26,64).

Sezaryen aile bireyleri üzerinde farklı etkileri olan alternatif bir doğum yöntemi olması nedeniyle hemşirelik bakımının sadece anne merkezli bir bakım değil, aile merkezli bir bakım niteliğinde olması gerekmektedir. Ailelere doğum öncesi dönemde sezaryenle doğumun gerekli olabileceği durumların ve sezaryen hakkındaki diğer bilgilerin verilmemesi, gerek planlı gerekse plansız, her iki durumda da sezaryen endikasyonu konulan ailelerin yoğun bir şekilde korku ve endişe yaşamalarına neden olabilir. Sezaryenle doğum, özellikle planlanmamış ise gebe ve ailesi için büyük korkulara neden olmaktadır. Ameliyat hasta ve

ailesi için sadece fizyolojik değil aynı zamanda güçlü bir psikolojik stres kaynağıdır. Hastalar ameliyatın kendileri için faydalı olduğunu kabul etseler de, ameliyatın risklerinden korkarlar. Çünkü sezaryen operasyonu bir doğum olayı olması yönüyle ailelere fizyolojik bir süreci yaşatmasına karşın cerrahi bir girişim olması nedeniyle de olumsuz etkileri olan travmatik bir deneyimdir. Ameliyat öncesindeki anksiyete nedenlerinin en önemlilerinden birisi bilinmeyen korkusudur. Bu dönemde görülen diğer korkular, ameliyat sonrası ağrı, ölüm korkusu, anestezi tehlikesi, sevdiği kişi ve aktivitelerden uzak kalmadır (1,7,9,13,25,26,47,64).

Sezaryenle doğum yapan annelerle yapılan çalışmalar, bu kadınların anksiyete, korku, kontrolünü kaybetme, kızgınlık, hayal kırıklığı gibi duyguları içeren olumsuz deneyimleri olduğunu göstermiştir. Bunun yanında planlanmadan sezaryenle doğum yapan kadınların, planlı sezaryen ve vajinal doğum yapan kadınlardan daha fazla doğum deneyimlerini olumsuz buldukları bildirilmektedir (37,64).

Ameliyat, insan vücudunun homeostazisinin bozulmasında önde gelen büyük bir travmadır. Ameliyat travması ile birlikte insan vücudunun bütün sistemleri, özellikle kardiovasküler, solunum ve endokrin sistemi etkilenmektedir. Travma ile birlikte vücudun enerji gereksinimleri artmakta, metabolizma hızlanmakta, vücudun yedek enerji depoları yitime uğramakta, vücudun direnci azalmakta, ameliyat sonunda sekonder komplikasyonlar oluşmaktadır. Tüm post-operatif sorunların erken tanısı, etkin önlem alınması ve sağaltılması, olası fetal sonuçların önlenmesi iyi yetiştirilmiş bilgili ve titiz hemşirelik hizmetiyle mümkündür (7).

Cerrahi hastasında yapılacak tedavinin başarısı, cerrahi teknik bilgi ve beceri olduğu kadar aynı ölçüde ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası bakımın kusursuz olmasına da bağlıdır. Yapılan birçok araştırmada, hastaların preoperatif hazırlığının ve eğitiminin postoperatif iyileşmelerini önemli derecede etkilediği ifade edilmektedir (9,25).

Doğum sonu dönemi anne, bebek ve ailenin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli bir dönüm noktasıdır. Tamamen fizyolojik ve çok hızlı bir dizi kompleks yenilenme sürecinin yaşandığı, psiko-sosyal dengelerin bozulduğu ve bu değişikliklere uyumda anne ve ailenin yoğun stres yaşadığı kriz dönemidir. Hemşirelik bakımı da bu dönemde yaşanan problemlere yöneliktir. Bu problemlerin büyük bölümünün sebebi anneye gebeliği boyunca ve doğum sırasında gösterilen ilgi ve dikkatin doğum sonu dönemde azalmasıdır. Gerekli bakım verilmediği takdirde annenin sağlığı ciddi şekilde etkilenecek ve anne fizyolojik ve psikolojik komplikasyonlarla karşı karşıya kalacaktır (3,15,17,34,50,59).

Doğum sonu hemşirelik bakımı; annenin ve ailenin fiziksel, psiko-sosyal gereksinimlerini tanımlama ve karşılamaya yönelik etkin, bireysel, nitelikli bakım ve

profesyonelliğe temellendirilmiştir. Kötü geçirilen bir doğum sonu dönemi anne ve bebek hastalıklarına, aile sağlığının bozulmasına yol açabilir. İyi bir hemşirelik bakımının temel prensibi hasta merkezli bir bakım planlamak ve uygulamaktır. Her anne bireysel olarak ele alındığında doğum sonu hemşirelik bakım gereksinimleri farklılık gösterebilir (27,58).

Ameliyat sonrası bakımı, sezaryene neden olan faktörün ne olduğu, deneyimin ilk ya da birden fazla yaşanmış olması, planlı olup olmaması gibi faktörler etkilemektedir. Sezaryenle doğumda önemlilik gösteren ve unutulmaması gereken bir durum, anne hem bir ameliyat geçirmiş, hem de doğum yapmıştır. Sezaryen sonrasında hemşirelik bakımı; fiziksel, psikolojik, sosyal gereksinimler doğrultusunda ve taburculuk eğitimine yönelik olarak planlanır (64).

Doğum sonu dönemi anneler ve aile için önemli bir dönüm noktasıdır. Bu dönemde özellikle yeni olayı deneyimleyen anneler ve aileler en fazla bilgi ve desteğe ihtiyaç duyarlar. Annelerin dinlenmeye, desteğe, cesaretlendirilmeye; nitelikli, dikkatli ve kapsamlı bakıma; gereksinimlerine yönelik beceri ve bilgiye sahip olması için öğrenmeye; rolüne adaptasyona, aile olarak yeni duruma uyumda yardıma ihtiyaçları vardır ve bu dönemde hemşirelerin rolü yaşamsaldır. Doğum sonu dönemde göz ardı edilen fiziksel, psikososyal bakım ve eğitim yetersizliği; anne ölümlerinde rol oynayan doğum sonu komplikasyonların ve yaşam boyu sürebilen jinekolojik sorunların oluşmasına, psiko-sosyal problemlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. İyi bir hemşirelik bakımının doğum sonu komplikasyonlarının azalmasında büyük rol alacağı bir gerçektir (27,34,50).

Bu dönemde verilecek kapsamlı, standardize, kaliteli bir bakım ve eğitimin önemi çok büyüktür. Eğitimle anneler kendi ve bebeğin bakımında yeterlilik, olumlu sağlık davranışları, memnuniyet, kendine güven, sorunlarla başa çıkma yeteneği, yeni yaşama ve rollere uyum, emzirme başarısında artma ve dolayısıyla sorunsuz, rahat, sağlıklı bir doğum sonu dönem ve daha güvenli bir gelecek sağlanabilir. Mevcut olanakların daha verimli, kullanılabilir hale getirilmesi ile sağlık hizmetlerinde yapılacak değişiklikler ve uygun bakım sistemlerinin geliştirilmesi, bakımın kalitesini artırarak, anne-bebek ve aile sağlığı açısından çok önemli sonuçlar doğuracaktır. Çağdaş anlayışa göre hemşirelik, insanların kendi kendine bakım verebilme kapasitelerini yükseltme, bakım gereksinimleri doğrultusunda bu kapasiteyi işe yarar hale getirme ve yönlendirme doğrultusunda hemşirelik sürecini kullanma sanatıdır. Buna

göre profesyonel hemşirelik bakımında hastanın aktif bir şekilde kendi bakımına katılması beklenmektedir (27,34,59).

Çalışmamızın amacı giderek artmakta olan sezaryanle doğumlarda hem cerrahi bir girişim hem de bir doğum eylemi olarak hemşirelik bakımını daha standardize ve kaliteli bir hale getirmektir. Ayrıca araştırmanın yapıldığı kurumda verilmekte olan hemşirelik bakımı ve literatüre göre geliştirilen bakım formu doğrultusunda verilen bakımın etkinliğinin karşılaştırılması için deneysel olarak planlanmıştır. Geliştirilen bakım formunun etkinliği doğrultusunda kurumda uygulamada kullanılması düşünülmektedir.

Hipotezler:

Sezaryen ameliyatı sonrası literatür doğrultusunda verilen hemşirelik bakımını alan ve kurumda verimekte olan hemşirelik bakımını alan hastalar arasında:

1. Hastanede kaldıkları süredeki bulgularında,
2. Annelerin doğum sonrası 5.gün (kontrole geldiklerinde) ve doğum sonrası 10.gün (evden telefonla aranarak)'lerdeki bulgularında,
3. Bebeklerin doğum sonrası 5.gün (kontrole geldiklerinde) ve doğum sonrası 10.gün (evden telefonla aranarak)'lerdeki bulgularında,
4. Taburculuktaki memnuniyet durumlarında istatistiksel fark beklenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. SEZARYENİN TARİHÇESİ

Tarihte karın duvarına yönelik yapılmış ilk operasyon sezaryendir. Erken dönemde yapılan abdominal doğumlar hemen daima ölü kadınlara uygulanmıştı. Yunan mitolojisinde Asclepius (tıp tanrısı) babası Apollo tarafından annesinin karnından alınmıştır. Ayrıca Hindu, Mısır, Roma ve diğer Avrupa uygarlıklarında da sezaryenle ilgili kayıtlara rastlanmıştır. Romalılar ölmek üzere olan gebe kadının karnını yarılarak bebeğin kurtarılmasını öngören yasa (Lex Regio) bile yapmışlardır (5,7,8,26,64).

"*Cesarean sectio*" (sezaryen kesi) benzer anlamlı iki sözcük kullanılarak yapılmış bir tümdurumdur. "Sezar", Latince'de bir fiil olan *caedo*-kesmek'ten üretilmiştir. İkinci kelime kesmek anlamına gelen *seco, seciu, sectium* fiillerinden doğmuştur. Bu fiilin isim hali "*sectio*"dur. (5,7,11,24).

Tarihte sezaryene ait ilk kayıt İsa'dan önce (İ.Ö.) 2 bin yılında Sümerlere aittir. Bu girişim çok yavaş gelişmiştir, ancak; anestezi, hemostaz, antisepsi ve uterus dikişinin kullanılması ile 1700'lerin son yarısı ve özellikle 1800'lerde hızlı bir gelişme gösterebilmiştir. 1900'lerin başından ortasına kadar cerrahi giderek kabul görmüş ve o tarihten sonra tamamen kabul edilmiştir (5,8,11,24).

2.2 SEZARYEN ORANLARINDAKİ ARTIŞ SEBEPLERİ

- ❖ Girişim ve anestezi tekniklerinin yani sıra antibiyotiklerin ve kan ürünlerinin geliştirilmesi;
- ❖ Kadınların eskiye göre daha geç yaşta evlenmeleri, daha geç yaşta gebe kalmaları, daha az sayıda çocuk sahip olmak istemeleri, infertilite sorunlarının varlığı, infertil kadınların tedavi ile gebe kalabilmeleri, "Riskli gebelik" ve "Kıymetli bebek" kavramının ortaya çıkması;

- ❖ Ultrasonografi ve Fetal Monitorizasyon yöntemlerinin uygulanmaya başlanması ile uterus içindeki bebeğe daha kolay ulaşabilme olanağının doğması, "Fetal distres " kavramının ortaya çıkması;
- ❖ Gelişmiş ülkelerde doğum sırasında gerçekleşen olumsuzluklar nedeniyle hakkında dava açılan hekim sayısının artması;
- ❖ Tekrarlayan sezaryen sayılarının artması;
- ❖ Makat gelişlerde sezaryen eğiliminin artması.

Bazı araştırmacılar son 20 yılda perinatal mortalitedeki azalmayı sezaryen oranındaki artışa bağlamaktaysa da diğerleri bu düşüncüyü reddetmektedir. ABD'de bu doğru olabilir ama örneğin İrlanda'da sezaryen oranı artmamasına rağmen perinatal mortalite azalmıştır. Perinatal mortalitedeki azalmayı; eğitim seviyesinde artma, ekonomik durumun düzelmesi, perinatal bakımda düzelme ve özellikle yenidoğan yoğun bakım ve tedavisine bağlamak daha doğrudur (7,11,18,38,46,55).

2.3. SEZARYEN ENDİKASYONLARI

Vajinal yoldan doğumun olmasını engelleyen sebepler doğum yoluyla, doğacak olan grupla (fetus ve ekleri) yada uterusun fetusu yeterince itmemesi (kontraksiyon zayıflığı) ile kısmen açıklanabilir. Bunların dışında annenin yada bebeğin doğumun fiziksel ya da psişik travmasından korunması gereken durumlarda önemli bir endikasyon grubu teşkil eder.

2.3.1. Anneye Ait Endikasyonlar

- ◆ *Dar pelvis*
 - Pelvis kemik gelişmesi normal
 - Pelvik kemik gelişmesi yada şekli anormal
- ◆ *Yumuşak doğum kanalına ait sebepler*
 - Vulva yada vajenin hiperplazisi
 - Bölgede geçirilmiş operasyonlar
 - Bölgenin doğumu engelleyici nitelikte olan enfeksiyon, neoplazik yada enflamatuvar hastalıkları

- Malformasyonlar
- Colluma ait bazı nedenler (rijit kollum, geçirilmiş konizasyon,koterizasyon v.s)
- ◆ *Uterus rüptür tehdidi* (en tehlikeli komplikasyondur)
- ◆ *Ağır preeklampsi ve eklampsi*
- ◆ *Kontraksiyonların yetersizliği ya da düzensizliği*
- ◆ *Sistemik hastalıklar:* kalp problemleri, diyabet, psikiyatrik hastalıklar v.s.

2.3.2. Fetusa Ait Endikasyonlar

- ◆ *Situs yada prezentasyon bozuklukları*
- ◆ *Fetal distres*
- ◆ *Habitüel bebek ölümleri*
- ◆ *Sürmatürasyon*
- ◆ *Rh immünizasyonu*

2.3.3. Fetus Eklerine Ait Endikasyonlar

- ◆ *Kordon komplikasyonları*
- ◆ *Ablatio plasenta*
- ◆ *Plasenta previa*
- ◆ *Hidroamnios*

2.3.4. Mediko-Sosyal Endikasyonlar

- ◆ *İlerlemiş anne yaşı*
- ◆ *Sterilite tedavisi görmüş olan*

2.3.5. Diğer Endikasyonlar

- ◆ *Annenin ölüm yada agoni hali*
- ◆ *Eski sezaryen vakası*

Zaman içinde sezaryen endikasyonlarında değişiklikler olmuştur, önceleri anne hayatını kurtarmak için yapılırken bugün fetal nedenler ağırlıktadır. Birçok endikasyon artık yerleşmiştir, yine de bir kısmı kişiseldir veya hastaya göre selektif biçimde uygulanır ve bazıları da tartışmalıdır. Ancak vajinal yoldan doğumun mümkün olmadığı ya da doğumun

gecikmesi anne adayı veya bebek için tehlikeli olduğu durumlarda muhakkak sezaryene başvurulması gerekir.

Onaylanmış:

- Başarısız indüksiyon,
- Sefalopelvik uyumsuzluk
- Eylemin ilerleyememesi
- Distosi
- Kanıtlanmış fetal distres
- Plasentanın erken ayrılması
- Umblikal kordonun sarkması
- Doğum yolunda engel, iyi/kötü huylu tümörler
- Vulvada büyük kondilomalar
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar
- Abdominal serkölaj
- Birleşik (yapışık) ikizler (5,7,8,9,11,24,38,41,55,64).

Tartışmalı:

- Makat geliş
- Eski sezaryen vakası
- İmmün trombositopeni
- Şiddetli Rh immünizasyonu
- Büyük konjenital fetal anomaliler
- Serviks karsinoması
- Öyküde vajinal kolpografi

2.4. SEZARYENİN KOMPLİKASYONLARI

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

2.4.1. Anneye Bağlı Erken Komplikasyonlar

Hastaların %25-50'sinde ateş, endometrit, yara enfeksiyonu, kanama, aspirasyon, atelektazi, üriner yol enfeksiyonu, treoboemboli, pulmoner emboli v.b. görülebilir. Kabul edilen maternal ölüm 1-2/1000 kadardır ve bunların %25 kadarı anestezi komplikasyonlarıyla ilgilidir.

- ◆ **Kanama:** Obstetrigin en önemli komplikasyonlarından birisi olduğu gibi maternal mortalitenin de önde gelen nedenlerindendir. Sezaryende kanama komplikasyonu; uterus atonisi, uterin damarlarda yaralanma, plasenta previa veya ablatio plasenta sebebiyle meydana gelebilir. Yetersiz satürasyon, süturların açılması, enfeksiyon gibi sebepler uterin damarlardan postoperatif kanamaya yol açabilir. Uterus atonisi iri fetus, hastanın travayının uzun sürmüş olması, oksitosin kullanılmış olması gibi

sebeplerle ortaya çıkar. Operasyonda mesane yaralanması da olabilir; en çok batin açılması veya skarlı bir uterusda önceki operasyondan yapışmış olan mesanenin operasyon alanından uzaklaştırılması sırasında görülür. Daha nadir olarak türeter yaralanması görülebilir.

- ◆ *Postoperatif respiratuvar komplikasyonlar;*
- ◆ *Gastrointestinal disfonksiyon*
- ◆ *Tromboembolik hastalık:* sezaryen sonrası derin ven trombozu vajinal doğuma göre 3-5 kat fazladır.
- *Enfeksiyon:*
 - Endomiyometrit: Alt genital traktusta normal olarak mevcut olan bakterilerin yayılmasıyla gelişen sekonder polimikrobiyal bir enfeksiyondur. Profilaktik antibiyotik kullanılmamışsa sezaryen sonrası endomiyometrit insidansı %20-40 kadardır. Genç yaş, düşük sosyoekonomik durum, uzamış travay, uzamış erken membran rüptürü, multipl vajinal muayene enfeksiyon gelişimi için major risk faktörleri arasındadır.
 - Yara enfeksiyonu: Sezaryen sonrası yara enfeksiyonu insidansı %2,5-16 kadardır. Elektif olgularda %4,7 iken, acil olgularda insidans %24,2'ye yükselir. Anemi, erken membran rüptürü, kordon prolapsusu, mekonyumun varlığı, obezite, diyabet, kortizon tedavisi ve hematoma oluşumu yara enfeksiyonu artıran nedenlerdir.

2.4.2. Anneye Bağlı Geç Komplikasyonlar

Geç komplikasyonlar; adezyonlara bağlı barsak obstrüksiyonu, sonraki gebelikte uterin insizyonun açılmasıdır.

2.4.3. Bebek Komplikasyonları

- ◆ *Prematür doğum:* beklenen doğum tarihi doğru hesaplanmamışsa elektif sezaryenlerde bebek erken doğurtulmuş olur.
- ◆ *Solunum problemleri:* sezaryen bebeklerinde geçici taşipne gibi solunum problemleri doğum sonu ilk günde sık görülür.
- ◆ *Fetal yaralanmalar* (7,8,11,14,16,21,24,41,46,55,64)

Gelişmiş ülkelerde sezaryen doğuma ilişkin maternal mortalite son 20 yıl azalmaktadır, ABD ve İngiltere'de 1/1000'den azdır. Dünyanın diğer ülkelerinde daha fazla, genellikle vajinal doğumdan 2-4 daha çoktur. Ölüm sebebi en sıklıkla enfeksiyon (sepsis), kanama, pulmoner emboli, anesteziyle ilişkili komplikasyonlar, aspirasyon pnömonisi ve kardiyopulmoner arrestdir (11).

2.5. SEZARYEN TİPLERİ

◆ *Üst segment insizyon:*

- Klasik sezaryen: Uterus korpusuna boydan boya vertikal insizyon yapılmaktadır
- Kerr insizyonu: Üst segmente uygulanan transvers insizyondur.

◆ *Alt segment insizyonu:*

- Transvers insizyon: en sık kullanılır.
- Vertikal insizyon: Daha nadir kullanılır. Prezantasyon bozukluğu, çoğul gebelik, travayda olmayan uterusda immatür fetusun doğumunda uygundur (5,8,11,16,21,24,38,41,46,55)

2.6. PRE-OPERATİF HEMŞİRELİK BAKIMI

Preoperatif dönem, ameliyata kara verilmesinden ameliyat işleminin gerçekleşmesine kadar olan zamanda, tüm sağlık ekibinin hastanın hazırlanmasına katıldığı ve aralarında bir çok ilişki ve düşünce alış verişinin olduğu önemli bir dönemdir. Hastanın gerek fiziksel gerekse ruhsal bakımdan iyi bir durumda olmasında büyük ölçüde etkili olabilecek, ameliyat öncesi eğitimi üstlenebilecek sağlık profesyoneli hemşiredir. Preoperatif dönemde hemşirelik bakımının amacı, hastayı mümkün olabilecek en iyi fizyolojik, psikolojik ve sosyal durumda ameliyat ve anestezi ile karşı karşıya getirmektir (9,15,25,59).

2.6.1. Hastanın Yasal Hazırlığı

Cerrahi bir operasyon geçirecek her hastada olduğu gibi, sezaryen operasyonunda da hastanın ve kurumun yasal güvencesi olan ve hastanın kendisine uygulanacak girişimi kabul gösterir ameliyat izin belgesinin preoperatif dönemde alınması zorunludur. Belge bilinci açık, erişkin hastaların kendisine, vesayet altında olanların varislerine imzalatılır (1,2,9,25,59)

2.6.2. Hastanın Fizyolojik Hazırlığı

Sezaryen elektif şartlarda yapılacaksa önceden gebe ve eşi sezaryenin neden gerekli olduğu, yapılacak operasyonun özellikleri, verilecek anestezi tipi, operasyonda olabilecek komplikasyonlar gibi durumlar hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirilmelidir. Hastayı anestezi ile görüştürerek onun istediği ek testleri de yaptırması uygun olur. Gebelikte anemiye nispeten sık rastlandığından, cerrahi girişim öncesi , hemoglobinin veya hematokrit değerinin saptanması önemlidir. Daima mevcut hemoraji riski nedeniyle, acil transfüzyon için hazır kan bulundurulmalıdır. Hastanın uygulanacak prosedüre, anestezi almaya, gerekirse kan transfüzyonu ve histerektomiye izin verdiğine dair formlar hazır bulundurulmalıdır (1,2,11,33,42,46,51,52,53,59).

Acil sezaryende tüm hazırlıklar için zaman çok kısıtlıdır ve pre-operatif süreci çok hızlı planlanmalıdır. Ancak hasta ve eşiyle mutlaka konuşularak bilgilendirilmesi ve yapılacak işlemler için onay alınması gerekir (11,25,46).

Hastanın Ameliyattan Önceki Gece Hazırlığı

- ❑ Cilt hazırlığı: cilt hazırlığıyla deri yüzeyindeki mikroorganizmaların sayıları azaltılarak, enfeksiyon gelişmesi önlenir. Hastaya banyo yapması önerilir.
- ❑ Gastrointestinal sistem hazırlığı: Hastaya genel anestezi uygulanacaksa, gece yarısından sonra (ameliyattan 8-10 saat öncesinden) besin ve sıvılar verilmez. Böylece hastanın ameliyat sırasında kusup aspirasyon pnömonisi geçirmesi önlenir. Hastaya besin ve sıvıların verilmeyiş nedenleri açıklanmalı.
- ❑ Anestezi hazırlığı: Ameliyattan önceki gün anestezi, hastayı ziyaret ederek hastanın solunum, kardiyovasküler ve nörolojik fonksiyonu değerlendirmek için muayene yapar. Böylece hasta ne tip anestezi uygulanacağı belirlenir.
- ❑ İstirahat ve uykunun sağlanması.

Hastanın Ameliyat Günü Hazırlığı

- ❑ Yaşam bulguları alınır ve kayıt edilir;
- ❑ Cilt hazırlığı yapılır: Bölge kontrol edilir, gerekirse kıllar alınır;
- ❑ Hekim istemleri yerine getirilir: lavman, IV sıvı uygulaması gibi özel istemler uygulanır;
- ❑ Hastaya idrar yapması söylenir, istem varsa idrar sondası takılır;
- ❑ Hastaya dişlerini fırçalamasını varsa takma dişlerini çıkarması söylenir;
- ❑ Tüm takılar çıkartılır;

- ❑ Ojeleri varsa silinmesi sağlanır;
- ❑ Hastaya ameliyat gömleğini giymesi için yardım edilir;
- ❑ Premedikasyon: ameliyat öncesi anksiyeteyi giderme, farenksteki sekresyonları azaltmak, anestezi ilaçların yan etkilerini azaltmak için uygulanır (1,2,7,16,25,33,42,49,51,53,64).

2.6.3. Hastanın Ameliyat Öncesi Eğitimi

Gebenin eğitimi, sezaryen operasyonuna hazırlıkta büyük önem taşır. Gebeye operasyon öncesi dönemde, preoperatif dönem testlerinin neden yapıldığı, ameliyathaneye ne zaman gideceği, doğum sonu döneme ilişkin bilgiler (ameliyat sonrası tedavi, erken mobilize olmanın önemi, ağrı kesicilerin zamanı ve sıklığı gibi), ameliyat sonrası komplikasyonları önlemeye yönelik egzersizlerin (solunum, öksürük, yatak içinde dönme ve ekstremitte egzersizleri) anlatılmasını kapsar. (1,9,13,26,27).

İyi hazırlanmış olan hastaların çok az bilgi verilen hastalara oranla anestezi almalarında daha az güçlük çektikleri ve ameliyat sonrasında hastanede daha az yatmayı gerektirdikleri ve daha az komplikasyon geliştiği saptanmıştır (7).

2.6.4. Hastanın Psikolojik Hazırlığı

Ameliyat öncesi dönemde psikolojik olarak iyi hazırlanmayan yada depresyon, paranoya gibi psikolojik sorunları olan hastalar, ameliyat stresine uyum gösteremezler, buna bağlı olarak komplikasyonlar gelişebilir ve hastanın iyileşmesi gecikebilir (1,9,25).

■ Ameliyat öncesi dönemde psikolojik hazırlık:

- Anksiyeteyi gidermeye,
- Ameliyatta az anestezi, ameliyat sonrasında az anestezi kullanılmasına,
- Ameliyat sonrasında yaşam bulgularının kısa sürede düzene girmesine,
- Strese tepki olarak salınacak kortikosteroid hormonlarının az salınmasına,
- Ameliyat sonrasında hızlı iyileşmeye ve erken taburcu olmaya yardımcı olur (1,2,9,25).

Hastaların psikolojik açıdan ameliyata hazırlanmaları, öncelikle ameliyatı yapacak cerrahın ameliyatın gerekliliğine karar vermesi, çıkabilecek komplikasyonları hastaya ve ailesine açıklaması ile başlar. Hastalara, operasyon ve olabilecekler hakkında öğrenmek

istedikleri her şeyin açık bir biçimde, doğru ve ayrıntıya kaçılmadan anlatılması güven duygularını desteklemede yardımcı olacaktır. Açıklamalar, hekim ve hemşire tarafından kendi görev alanlarının gerektirdiği şekilde yapılmalıdır (1,2,27,43).

Hasta ile sürekli ilişkileri nedeniyle hemşire, hastanede çalışan sağlık elemanları ve hasta arasında bağlantıyı sağlayan kişi rolündedir. Hastanın duyguları açıklamada kendini serbest hissetmesi sağlanmalı, sormak istediklerini sorması için cesaretlendirmeli ve anlamadıklarının tekrar tekrar açıklamasını yapmalıdır. İyi bir hemşirelik bakımı, hastanın hissettiği yüksek düzeyde anksiyeteyi minimuma indirmede oldukça etkilidir. Hastalar ameliyat travmasıyla daha iyi baş edebilirler, komplikasyonlar daha az gelişir ve daha kısa sürede iyileşirler (1,9,25,64).

2.7. SEZARYENLE DOĞUM İÇİN KULLANILAN ANESTEZİ TİPLERİ

2.7.1. Genel Anestezi

Genel anestezi ile anne ameliyat sırasında tamamen uyutulur. Geçici olarak bilinç kaybı söz konusudur. Anne solunumunun devamı için ameliyat süresince entübe edilmiş şekilde kalır.

2.7.2. Lokal Anestezi

Lokal anestezi ile anne ameliyat süresince uyanık kalır. Vücudunun bir bölgesi uyuşturulur. İki tip anestezi kullanılır:

2.7.2.1. Spinal Anestezi

Spinal anestezi ile anestetik bir ilaç lumbar vertebranın 2.3. ve 4. aralıklarına ve subaraknoid boşluğa enjekte edilir. İlaç, spinal sinir köklerine etki eder ve hem sinir iletimini hem de ağrı hissini önler. Anestezinin etkisi ayak parmaklarından başlar, bacaklara doğru yayılır ve perine ile abdomeni içine alır.

2.7.2.2. Epidural Anestezi

Epidural anestezide, kullanılan anestetik ilaç epidural aralığa enjekte edilir. Spinal anestezi gibi epidural anestezide tek bir dozda verilebilir. Anesteziist tarafından epidural boşluğa yerleştirilen bir kateter yoluyla uygulanır. İstenildiğinde daha sonradan anestetik maddenin ve narkotiklerin uygulanma imkanı vardır (8,16,22,55,64).

2.8. CERRAHİ PROSEDÜR

- Cilt uygun antiseptikle temizlenir,
- Damar yolu açılır,
- Mide asiditesini azaltmak için antiasit verilir,
- Hasta monitörize edilir,
- Anestezi verilir,
- Cilt kesilir,
- Uterus duvarı kesilir,
- Su kesesi açılır,
- BEBEK ÇIKARTILIR,
- Umbilikal kord klemplenir ve kesilir,
- Yenidoğan değerlendirilir,
- Plasenta alınır uterus dikilir,
- Cilt dikilir,
- Hasta derlenme odasına alınır (8,10,22,38,55).

2.9. SEZARYEN AMELİYATI SONRASI HEMŞİRELİK BAKIMI

2.9.1. Doğum Sonrası Dönem

Puerperium, doğum sonrası plasentanın çıkışını takiben, gebelik sırasında ortaya çıkan anatomik ve fizyolojik değişikliklerin gerilediği, vücudun gebelik öncesine döndüğü 6 haftalık dönem olarak tanımlanır.

- Çok erken puerperium (ilk 24 saat)
- Erken puerperium (ilk hafta)
- Geç puerperium (1-6 hafta) (7,11,15,16,27,34,36,43,58,59).

Bu 6 hafta içinde genital organlarda involüsyon olurken, emzirmeyen kadınlarda ovulasyon ve menstruasyon geriye döner. Bu hızlı fizyolojik değişikliklere uyum sağlamaya çalışan annede psikolojik ve davranış değişiklikleri de gözlenir (7,11,15,16,43,46,59).

Hemşirenin doğum sonu döneme ait özellikleri, normal ve normalden sapmaları değerlendirebilmesi, gerekli girişimlerde bulunabilmesi, önlem alabilmesi ve gereksinimleri doğrultusunda kişileri bilgilendirip destek olabilmesi gerekir (15,46,59).

2.9.1.1. Doğum Sonu Fizyolojik Adaptasyon

Sezaryenle doğum ve vajinal doğum sonrası fizyolojik adaptasyon ve hemşirelik bakımı birbiri ile benzerdir. Sezaryende ek olarak anne anestezi almıştır ve abdominal insizyonu vardır ve hemşire annenin ek ihtiyaçları konusunda dikkatli olmalıdır (46).

Fizyolojik adaptasyonda; doğumdan sonraki ilk saatlerden başlayarak, genital-extragenital organ ve sistemlerde gebelik ve doğum sonucu oluşan anatomik, fizyolojik değişikliklerin geriye dönüşüyle (retrogressive), normal durum ve işlevlerini kazanması ve ileriye dönük memelerin laktasyona hazırlanması (progressive) söz konusudur (15,42,46).

Üreme Sistemindeki Değişiklikler

Üreme organlarının gebelik öncesi duruma dönüşü involüsyon olarak adlandırılır. Doğumdan hemen sonra plasantanın ayrılmasıyla hızlanan involüsyon, ilk 7-10. günlere kadar hızlı olarak devam eder, bundan sonra değişiklikler daha yavaştır (15,27,59).

Uterus involüsyonu için uterus kontraksiyonu, miometrial hücrelerin fibroelastik doku kalıntılarının otolizi ve endometrial rejenerasyon olmalıdır. Doğum sonu uterus kontraktedir, fundus sert olarak ele gelir ve myometrial kontraksiyonlar, doğum sonu ilk 24 saat içinde uterus ölçülerini hızla küçültür ve uterus 20 haftalık gebelik cesametinde globuler sert bir kitle halini alır. Uterin kan akımında hızlı değişiklikler ortaya çıkar. 8 şeklindeki orta myometrial kas ağı plasental bölgedeki kanamayı önler. Postpartum bir hafta içinde uterus %50 boyutunda küçülerek 500 gr'a iner. 2 hafta sonra normal involüsyonla uterus abdominal palpasyonla hissedilemez hale gelir. 6 hafta içinde ise normal boyutlarına geri döner (11,15,27).

Lochia involüsyon ve endometriumun rejenerasyonu sonucu oluşan vajinal akıntıdır. Loşia kan, küçük desidua parçaları ve mukus, ayrıca verniks kazeoza, lanugo ve mekonyum gibi maddeleri içerir. Doğumdan sonra her geçen günle lochianın renk ve miktarında değişiklikler olur.

Ameliyat sırasında plasenta çıkarıldıktan sonra uterusun süngerimsi, yumuşak bir yapısı vardır. Uterin kavite boşaldıktan sonra vajinadan lochial kanama başlar.

- **Lochia Rubra:** Doğumdan hemen sonra başlayıp 3-4 gün süren koyu kırmızı-kahverengi ve ekşi, taze kan kokusunda olan kanamadır.
- **Lichia Seroza:** Doğumun 3-4. günlerinden sonra iyileşmeye bağlı olarak kanama azalır, lochia seröz (sulu) görünür, rengi kahverengimsi pembeye döndüşür ve bu akıntı 10. güne kadar sürer.
- **Lochia Alba:** 10-14. günden 6. haftaya kadar süre. Lochia sarı renk alır ve miktar olarak azalır. Lökositöz ve hücre yıkımında artma olur.

Doğum sonu dönemde lochia miktarı 150-400 ml arasında değişir. Genellikle 3 yada 4. günlerde en fazladır ve daha sonra hızla azalır. Miktarı genellikle multiparlarda daha fazla; emziren, sezaryenle doğum yapan kadınlarda daha azdır (11,15,27,46,59).

Endokrin Sistemindeki Değişiklikler

Plasental hormonlardan HPL ve HCG plazma seviyesi doğum sonu ilk 24 saat içinde hızla düşer ve HCG ovulasyon oluncaya kadar düşük seviyede kalır (8,11,50,59).

Östrojen plazma seviyesi, doğum sonu 3.saatte prenatal değer in %10 oranında altına düşerek, yaklaşık 7. günden düşük seviyeye ulaşır ve emzirmeyen kadınlarda, doğumdan 3 hafta sonra foliküler fazdaki seviyede kalır. Progesteron plazma seviyesi doğum sonu 3. günde, normal lüteal fazdaki seviyenin altına düşerek, doğum sonu 7.günde serumda bulunmayabilir ve üretimi ilk ovulasyonla başlar. Prolaktin düzeyi emzirmeyen kadınlarda düşer ve iki hafta içinde doğum öncesi düzeye düşer. Emziren kadınlarda günlük emzirme sıklığı ve süresine göre değişir (8,50,59).

Doğum sonu ilk 10-12. günlerde tüm kadınlarda düşük olan FSH ve LH seviyesi yavaş yavaş yükselir. FSH doğum sonu 3. haftada foliküler fazdaki seviyesine çıkar. LH seviyesi, doğum sonu ilk ovulasyon oluncaya kadar düşük kalır (8,43,50,59).

İlk menstrüasyon emzirmeyen kadınlar için 7-9 haftalarda, emziren kadınlarda 12-35 haftalar arasındadır. İlk ovulasyon zamanı da emzirmeyen kadınlarda 10. hafta veya daha önce olabilir. Emziren kadınlarda ise 10. haftadan önce görülmediği saptanmıştır (8,43,50,59).

Göğüslerdeki Değişiklikler

Gebelikte memelerde gelişme, büyüme ve süt salgısına hazırlık başlayarak doğumdan sonraki ikinci haftaya kadar devam eder. Bütün bu değişimler hormonların etkisi ile meydana gelir. Gebelikte östrogen hormonu, areola ve göğüs ucunun büyümesine, kanalların gelişmesine neden olur.

Progesteron hormonu; memelerde hiperemiye, alveolar üniteye gelişmeye neden olur. İlk süt gebeliğin son üç ayında bir-iki damla akmaya başlar.

Laktasyonda iki aşama söz konusudur. Birincisi alveollerdeki epitellerden süt salgısı, ikincisi ise salgı yerinden sütün ampullaya geçişidir. Emzirmenin devamı için iki refleks gereklidir:

1. **Prolaktin yada nöro-hormonal refleks:** Emzirmenin başlangıcında bir miktar süt aerolanın altındaki genişlemiş süt kanallarında sunuma hazırdır. Emmenin başlaması ile meme ucundan gelen uyarılar hipofizden prolaktin ve oksitosin salgılamasına neden olur.
2. **Let-down reflesi:** Prolaktin alveollerdeki süt yapımını, oksitosin ise alveollerin etrafındaki kasların kasılmasını sağlayarak süt salgılamasını sağlar. Bu hormonların uyarısı ile süt akımı devam eder. Bu salgı döngüsüne boşalım (let-down) reflesi denir (15,16,40,42,43,59).

Üriner Sistemdeki Değişiklikler

Doğum sonu, gebelikte üriner yolların dilatasyonu ve böbreklerin genişlemesi gibi durumlar gebelik öncesi durumuna ve fonksiyonlarına doğumdan sonra 3 ayda döner ve kadınların yaklaşık %10'da böbreklerdeki genişleme bazen sürekli kalabilir. Geç gebelikte glomerüler filtrasyon hızı ve kreatinin klirensi ile beraber renal plazma akımı yaklaşık 200-250 ml/dk artış gösterir. Bu artış 6 hafta içinde normale döner (8,11,15,31,43,49,50,59).

Kardiyovasküler Sistemdeki Değişiklikler

Gebelik sırasında ortaya çıkan dolaşıma ait değişiklikler puerperiumda normale döner. Bunların başlıcaları; kardiyak output ve kan volümündeki artış ve periferik vasküler dirençte olan düşmedir. Bu değişiklikler postpartum 6 hafta içinde normale döner. Kan volümünde olan değişiklikler hızla meydana gelir. Sezaryenle doğumda 1000 ml kan kaybı olmaktadır. Postpartum 3. günde kan volümünde %16 azalma olur. Buna ek olarak kalp atım sayısı, kan basıncı, oksijen tüketimi ve total vücut suyu birkaç gün içinde normale döner. Bu değişikliklerin normale dönmesi bazen günler alır, bazen de 12. haftaya kadar devam eder (15,49,50,59).

Gastrointestinal Sistemdeki Değişiklikler

Gebelikte tonüsü ve peristaltizmi azalan mide ve bağırsaklar, doğumdan sonraki 1-2 hafta içinde normale dönerler. Doğum öncesi yapılan lavman, doğum sonrası günlerde az besin alımı, beden hareketlerinin az olması gibi nedenler erken dışkılamayı inhibe eder (15,49,50,59).

2.9.1.2. Doğum Sonu Psikolojik Adaptasyon

Doğum sonu dönem; annede oluşan fizyolojik değişikliklerin yanı sıra, ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir dönemdir. Bu dönemde kadınların çoğunun, özellikle de primipar annelerin zaman ve enerjilerinin büyük kısmını bebeğin istekleri ve bakımı almakta ve anneler genellikle kendi ve bebek bakımına yönelik sorun/kaygı yaşamaktadır (7,27).

Doğum sonu dönemde yaygın olarak görülen ve kadınları ortalama %80'ini etkileyen, genellikle geçici ve orta derecede bir duygusal rahatsızlık olarak tanımlanan annelik hüznü; doğum sonu ilk 3-5 günlerde çok yaygın olmakla birlikte genellikle 7-10 günler içerisinde görülür ve spontan iyileşme gösterir. Annelik hüznü ABD'de %60, İngiltere'de %75, Kanada'da %14 olarak belirlenmiştir (27,43,50).

Doğum sonu dönemin en önemli özelliklerinden biri, anne-bebek etkileşiminin başlangıcı olmasıdır ve bu etkileşimin sağlıklı başlayıp, sürdürülmesinde annenin yeni ebeveynlik rolüne uyumu önemlidir (7,27,43,50).

Rubin'nin annelik rolüne geçiş fazları:

1. Faz: Doğum sonu ilk 1-2. günü kapsayan bağımlı davranışların olduğı periyottur.

Bu dönemde anne kendi ihtiyaçlarına odaklanmıştır.

2. Faz: Doğum sonu 3-4. günden 14. güne kadar uzayabilen bağımlılıkla bağımsızlık arası dönemdir. Annenin enerji seviyesi artmış, kendini daha rahat hissetmeye başlamış ve kendinden çok bebeğin gereksinimleri üzerine odaklanmış, bebek bakım aktivitelerinde daha bağımsız olmuştur.

3. Faz: Yeni rolüyle ilgili sorumluluk aldığı dönemdir ve doğum sonu ilk hafta sonunda başlar. Bu fazda annelik davranışları yerleşir. Bu dönemde iki psikolojik farklılığı başarmak zorundadır: biri önceki çocuksuz rolünden vazgeçmek, ikincisi bebeğin ondan fiziksel ayrılığını anlamak ve kabul etmektir (15,27,42,48).

2.9.2. Doğum Sonu Dönemde Hemşirelik Bakımının Amaçları:

- ⇒ Kanama, enfeksiyon ve diğer komplikasyonların gelişmesini önlemek,
- ⇒ Doğum sonu fiziksel iyileşmeyi, involüsyonu geliştirmek,
- ⇒ Fiziksel rahatlık, istirahat, aktivite ve güvenliği düzenlemek,
- ⇒ Hastanın bağırsak ve mesane eliminasyonuna yardımcı olmak,
- ⇒ Annenin kendi ve bebek bakımı ile ilgili becerisini arttırmak, destek olmak,
- ⇒ Emzirmeyi başlatmak ve beceriyi arttırmak,
- ⇒ Annenin kendi ve bebek bakımı ile ilgili bilgi gereksinimini karşılamak,
- ⇒ Anneye kendi ve bebeği ile ilgili oluşabilecek komplikasyonlar, yapması gerekenler hakkında bilgi vermek,
- ⇒ Anne, bebek, aile etkileşiminin gelişmesinde yardımcı olmak (23,27,28,34,64).

2.9.3. Doğum Sonu Post-operatif Hemşirelik Bakımının Hedefleri

- ⇒ Kardiyovasküler fonksiyonları normal,
- ⇒ Solunum sistemi fonksiyonları normal,
- ⇒ Yeterli beslenme ve boşaltım sağlanmış,
- ⇒ Sıvı ve elektrolit dengesi sağlanmış,
- ⇒ Renal fonksiyonları normal,

- ⇒ İstirahati sağlanmış,
- ⇒ Yara iyileşmesi için koşullar sağlanmış,
- ⇒ Komplikasyonlar önlenmiş,
- ⇒ Lochia rubra, kanama normal,
- ⇒ Emzirme başarılı,
- ⇒ Doğum sonrasında kendi ve bebek bakımına ilişkin bilgiyi almış,
- ⇒ Doğum sonu komplikasyonları önlenmiş,
- ⇒ Anne-bebek etkileşimi pozitif olmalıdır (1,2,25,33,51,52,53)

2.9.4. Doğum Sonu Post-operatif Hemşirelik Uygulamaları

Post-operatif dönemde ilk 5-6 saat vital bulguların izlenmesi amacıyla hastalar Anestezi Sonrası Bakım Ünitesinde (PACU) alınmalıdır. Hasta her 15 dk'da bir anestezinin komplikasyonları açısından takip edilmeli ve etkisi geçene kadar güvenliği sağlanmalıdır. Şuuru takip edilmeli derin nefes almaya teşvik edilmeli ve öksürme konusunda yardımcı olunmalıdır. Bunun için insizyon yerini yastıkla destekleyerek öksürmesi önerilir. Daha rahat ve derin nefes alabilmesi için yatağın başı hafifçe kaldırılmalıdır. Hasta yeterince uyandıktan sonra ailesi ve bebeğini görmesi sağlanmalıdır. Durumu tamamen stabil hale geldikten sonra da servisteki odasına alınmalıdır (1,2,16,25,43).

Yaşam Bulgularının Kontrolü

* Yaşam bulguları kanama, enfeksiyon yada diğer komplikasyonlara karşı hemşireyi uyanık tutar. Kıyaslama için doğum öncesi yaşam bulgularının bilinmesi önemlidir.

* Kan basıncının doğum öncesi değerine doğum sonu 6 saat içinde dönmesi beklenir. Genellikle doğum sonrasında TA hafif yükselir. Eğer 30 mm Hg sistolik ve/veya 15 mmHg diastolikte yükselme olursa hekime bildirilmelidir. TA'da düşme olursa bu doğum sonu kanamaya işaret olabilir.

* Vücut ısısı 4 saatte bir alınır. Doğum sonu dönemde vücut ısısının 36-38 C° olması beklenir. İlk 24 saatte görülen 38 C°'in üzerinde vücut ısısı dehidratasyon kaynaklı olabilir. 24 saat sonra ateş yükselir ve 2 gün 38 C° üzerinde seyrederse puerperal yada yara enfeksiyonu açısından değerlendirme yapılmalıdır.

* Genelde nabız doğum sonrası dönemde doğum sonu döneme göre daha yavaştır. Hızlı, ipliksi nabız ve eşlik eden hipotansiyon varsa hasta emboli açısından değerlendirilmelidir.

* Solunum düzenli ve solunum sesleri temiz olmalıdır. Bradipne (dakikada 14'ten az) anesteziiden kaynaklanabilir. Takipne (dakikada 24'ten çok) ağrı, enfeksiyon, aşırı kanama şok, pulmoner emboli yada pulmoner ödeme işaret olabilir.

* Ameliyat sonrası yaşam bulgularının (TA, Nb, Solunum) kontrolü:

- İlk bir saatte 15 dakikada bir,
- İkinci saatte 30 dakikada bir,
- 3-6 saatlerde saatte bir,
- Daha sonra 4 saatte bir alınmalıdır

**** Yaşam bulguları, bir sorun varsa daha sık izlenir ve altında yatan neden değerlendirilerek gerekli önlem, girişimler uygulanır ve varolan problemler gerekirse doktora bildirilir (1,15,25,31,43,49,50,59).

Uterus-involüsyon kontrolü

* Fundus kontrolü doğum sonrası ilk 1 saatte 15 dakikada bir, problem yoksa daha sonra 4 saatte bir kontrol edilir ve kayıt edilir. Fundus kontrolüyle, yüksekliği, sertliği, pozisyonu değerlendirilir.

* Uterusa ait normal değerlerden herhangi bir sapma varsa kaydedilir, problem araştırılır, gerekli girişimde bulunulur, doktora bildirilir.

* Ameliyat sonrasında uterus pozisyonunu belirlemek için fundus hafifçe palpe edilir. gerekirse masaj yapılmalıdır, fakat rutin masaj yapılmamalıdır. Uterusun sertliğinin ve pozisyonunun değerlendirilmesi hemşireye kanama kontrolü konusunda yardımcı olur.

* Yüksek fundus, yumuşak uterus, fazla miktarda kanama, ısrarla devam eden bel ve pelvik ağrı subinvolüsyona işarettir. Nedeni araştırılır, gerekli girişimlerde bulunulur ve hekime haber verilir.

* Yüksek, sert fundus mesane distansiyonunu (gergin mesane altında bulunduğu ve hala zayıf ligamentlere sahip uterusu yukarı kaldırır). Mesane distansiyonu postpartum kanamaların önemli sebeplerinden biridir ve önlenmelidir. Bunun için gerekirse hasta kateterize edilmelidir.

* Eğer uterus yumuşak ele gelirse sertleşmeye kadar gerekirse hafif yumuşak şekilde masaj yapılır. Aşırı, sert, uzun süreli masajdan atoniye sebep olabileceğinden kaçınılır.

* Anneye fundusun değerlendirilmesi, masajın hangi durumda, nasıl yapılacağı, uterus atonisi ve bunu izleyen kanama hakkında bilgi verilir.

* Gerektiğinde, uterus tonüsünü korumak, sürdürmek için uterotonik uygulanır ve takip edilir (9,15,31,43,46,49,59).

Lochia-kanama kontrolü

Sezaryenle doğum sonrasında genelde lochial kanama vajinal doğuma göre daha fazladır. Taze et kokusunda ve koyu kırmızı renkte olmalıdır.

* Kanama takibi ilk saatte 15 dk'da bir kez, 2. saatte 30 dk'da bir, ondan sonra durumu stabilse 4 saatte bir kontrol edilip kaydedilmelidir.

* Lochia kanama kontrolü mutlaka uterus kontrolü ile birlikte yapılarak değerlendirilmelidir.

* Lochiada pıhtıların varlığı ve büyüklüğü takip edilmeli ve kayıt edilmelidir. Normalde lochial akıntıda ilk 1-2 gün vajinadaki kan birikimine bağlı birkaç küçük pıhtı olabilir. Pıhtılar birkaç cm veya daha büyükse patolojik olabilir ve dikkatle gözlenmesi gerekir. Bu durum uterus atonisi yada plasenta retansiyonuna işaret olabilir.

Lochial kanama miktarının sınıflandırılması: *Az, hafif, normal ve şiddetli* şeklinde yapılmaktadır. Normal miktarı kişiye göre değiştiğinden (parite durumu, emzirme durumu, egzersiz...) kesin değerlendirme yapmak güçtür. Kanama takibi pedin üzerindeki kanın miktarına ve lekenin büyüklüğüne göre yapılır:

<u>Kapladığı alan</u>	<u>Kan miktarı</u>
<i>Az:</i>2 cm'den az.....	10 cc'den az
<i>Hafif:</i>10 cm'den az.....	10-25 cc kadar
<i>Normal:</i>15 cm'den az.....	25-50 cc kadar
<i>Şiddetli:</i>ped tamamen dolu.....	50-80 cc ve daha fazla

Bu sınıflandırma doğrultusunda peddeki kanama miktarı değerlendirilerek, aşırı kanama durumunda gerekli önlemler alınmalı ve hekime bildirilmelidir.

Doğum Sonu Kanamalarda Hemşirelik Bakımı:

- * Nedenini saptayıp buna yönelik tedavi başlanır,
- * Vital bulguların sık takibi yapılır (15 dk'da bir),
- * Damar yolu açılır, IV tedavi başlanır,
- * Uterus kontraksiyon kontrolü yapılır, kan kaybı değerlendirilir,
- * Kan grubu / Rh tayini, kanın hazırlanması, gerektiğinde transfüzyonu yapılır,
- * Uterotonik tedavi başlanır,

- * Uygun etkin uterus masajı yapılır,
- * Aldığı çıkardığı takibi yapılır,
- * Mesanenin boşaltılması için foley kateter uygulanır,
- * Gerekirse O terapisi başlanır,
- * Bacakların 20-30 elevasyonu sağlanır
- * Hipovolemik şok belirtileri gözlenir

Doğum Sonu Kanamalara Neden Olan Faktörler:

- ❖ Uterusun aşırı gerilmesi (iri bebek, çoğul gebelik, hidroamnios),
- ❖ Kas zayıflığına neden olan faktörler (çok sık doğum, yaşlı multiparlar),
- ❖ Fazla tıbbi müdahale, derin anestezi,
- ❖ Mesanenin dolu olması,
- ❖ Aşırı ve sert uterus masajı.

Olası kanama ve endometrium enfeksiyonunun önlenmesinde hemşirenin yapması gerekenler:

- * Lochia miktarını ve karakteristik özelliklerini gözlemek ve kayıt etmek,
- * Lochiada pıhtı durumunu gözlemek, kayıt etmek,
- * Kanamada normalden sapmaların temelini oluşturacak sebepleri önlemek (uterus tonüsünü korumak, mesane distansiyonunu önlemek...)

Lochiada anormal durumlar:

- Pedin 1 saat içinde tamamen kanla ıslanması: atoni
- Lochianın büyük pıhtılar içermesi: Plasenta retansiyonu, atoni, subinvölüsyon,
- Lochia Rubra'nın bir haftadan fazla sürmesi ve kötü kokulu olması: puerperal enfeksiyon yada plasenta retansiyonu,
- Lochianın 2 haftadan önce bitmesi, L. Alba iken L.Serozaya yada L.Rubra'ya dönüşmesi, kötü koku, yüksek ateş, karın ağrısı, lochianın 4-6haftadan uzun ve ısrarla sürmesi: puerperal enfeksiyon düşündürür (7,15,16,27,43,46,49,59).

Hastanın Rahatlatılması

Ağrının giderilmesi: Ameliyat sonrası en erken görülen ve ilk yakınma olan ağrının yoğunluğu; anestezinin türü, hastanın anksiyete düzeyi, ameliyat süresi, hastanın mental durumu ile ilişkilidir. Hastanın bilincini kazanması ağrı hissi ile beraberdir.

- * Ağrı süresi, yoğunluğu ve lokalizasyonu değerlendirilir.

* Ağrı giderici madde verilmeden önce hastada ağrıya neden olabilecek bir sorun olup olmadığı kontrol edilir ve sorun varsa önce sorun giderilir (mesane distansiyonu, yatis pozisyonu, uterus kontraksiyonları, laktasyon ağrısı).

* Ağrı giderici ilaçlar kan basıncının düşmesine ve solunum depresyonuna neden olabileceğinden sık kontroller yapılır.

Bulantı ve kusma:

Kusmuğun aspire edilmemesi önemlidir. Bu nedenle hasta sürekli gözlem altında tutulmalıdır.

* Bulantı kusmayı önlemek için ağız bakımı verilebilir, hastanın yüzüne soğuk kompres uygulanır ve antiemetik ilaçlar verilir (7,25,31,37,39,42,43).

Sıvı-Elektrolit Dengesinin Sağlanması

Ameliyat sonrasında, uygun sıvı ve elektrolit alımı ve çıkarılması, sürekli gözlenerek kaydedilmelidir. Alım ve çıkarılma sırasındaki dengesizlik, metabolik artık ürünlerinin birikimine, sonuçta da kardiyolojik ve nörolojik sorunların oluşmasına yol açar. Ameliyat sonrası sıvı tedavisi yeterli kan volümünü, kardiyak atımı ve idrar çıkarılmasını sağlar. Elektrolit sıvı dengesizliğinin önlenmesinde, hemşire, günlük bazal gereksinimlerin yanı sıra aldığı çıkardığı sıvı takibi sonucu, ek kayıpları da göz önüne alarak bu doğrultuda hesaplanan miktarı uygulamada önemli rol üstlenir.

- * Aldığı ve çıkardığının tam ve doğru takibi yapılır.
- * Uygun hızda, zamanında ve miktarda IV sıvılar uygulanır.
- * Kusma durumunda uygun önlemler alınır.
- * Labaratuvar bulgularında değişiklik olması halinde derhal hekime bildirilmelidir.
- * Bağırsak hareketleri başladığında hastaya uygun sıvılar ağız yoluyla verilir.
- * Sıvı-elektrolit dengesizliği belirti ve bulguları izlenmelidir (33,42,51,52,53).

Eliminasyon Kontrolü

Üriner eliminasyon:

Ameliyattan sonra hastanın idrar yapamaması, anestezi, ağrı, korku, utanma, üretral kateterin tıkanması yada hastanın pozisyonu nedeniyle olabilir. Hasta idrar yapamıyorsa mesane distansiyonu belirtileri izlenmelidir.

* Hastanın foley kateteri varsa idrar miktarı ve karakteri yönünden izlenir. Foley kateter çekildikten sonra 6-8 saat içinde annenin idrar yapması sağlanır.

* Foley kateter yoksa doğum sonrası ilk 6-8 saat içinde idrarını yapması sağlanır. idrar yapma durumu sıklıkla kontrol edilir ve ilk idrarının saati ve miktarı kaydedilir.

* İlk idrar ve daha sonraki boşaltımın miktarı ölçülür, 100 cc'nin altında olmaması gerekir.

* Annenin 24 saatlik total idrarı ölçülür, kaydedilir. Aldığı sıvı miktarıyla ve doğum sonu günlük diürez miktarı karşılaştırılır, çıkardığı miktar az ise idrar retansiyonu düşünülür

**** Dolu mesane; hasta sırt üstü yattığında, suprapubik bir şişkinlik olarak görülür. Bu durumda uterusun pozisyonu değişir, uterus fundusu umblikus üzerine ve yan taraflara kayabilir.

* Mesane distansiyonunun değerlendirilmesi ve önlenmesi önemlidir. Çünkü yeterli boşalmayan mesanede idrar retansiyonuna bağlı gelişen mesane distansiyonu involüsyonu engeller ve atoni kanamalarına neden olur.

* Anneye, idrar yapma hissi olmasa da her 4 saatte bir tualete gitmesi önerilir ve idrar yapıp mesaneyi boşaltmanın önemi anlatılır.

* Annenin, spontan idrar yapması ve mesaneyi tamamen boşaltmasına yardımcı olunur. Bunun için; günlük en az 2000-3000 ml oral sıvı + diğer sıvı yiyeceklerin alımı desteklenir. Gerekirse boşaltımı uyarmak için perineye ılık su dökme, duş alma, akan su sesi dinletme, sitz banyosu yaptırma gibi girişimlerde bulunulur. Spontan idrar yapamama perineal rahatsızlık, ağrı nedeniyle ise ağrı hafifletilir ve kadın cesaretlendirilir.

* Eğer anne, doğum sonu 8 saatte spontan idrarını tüm uygulamalara rağmen yapamamışsa, kateter uygulanarak mesane boşaltılır, miktarı kaydedilir.

* Kateterizasyondan sonra da spontan idrar yapmasındaki yeterliliği değerlendirilir.

* Eğer idrar retansiyonu / distansiyonu oluşmuşsa durum rapor edilir ve uygun hemşirelik girişimleriyle sorunun çözümüne gidilir.

* Anne potansiyel üriner enfeksiyon bulguları açısından değerlendirilir ve enfeksiyon gelişmesi önlenir. Belirtiler hakkında bilgi verilir (1,2,15,25,31,37,38,43,59).

Bağırsak eliminasyonu:

* Doğum sonu annenin bağırsak sesleri, hareketleri, gaz çıkarma, abdominal distansiyon vb. değerlendirilir.

* Doğum sonu bağırsak seslerinin durumu, kadının karnı her 4 kadrandan dinlenerek değerlendirilir. Sezaryen doğumu sonrasında bağırsak sesleri en az 8 saatte bir değerlendirilir.

* Barsak hareketleri için anne erken ayağa kalkması konusunda desteklenip cesaretlendirilir.

* Sıvı, kepekli yiyecekler alımı konusunda bilgilendirilir ve desteklenir.

* İlk 2-3 gün defekasyon ihtiyacının olmayabileceği ve nedenleri açıklanır.

* Anneye, sıvı alımı, yiyecekler, egzersiz, bağırsak alışkanlıkları, defekasyon sonrası hijyene yönelik danışmanlık yapılır (15,31,43,49,50).

Emzirme ve Meme Bakımı

İlk 4-6 ayda anne sütü, bebeğin tüm ihtiyaçlarını fizyolojik durumuna uygun şekilde karşılayabilen tek besleyicidir. Anne sütü yenidoğanın optimal gelişimi için gerekli ideal besin maddelerini içerir. Anne sütü bileşim yönünden bebeğin büyüme hızı ve sindirim sistemi özelliklerine uygun olarak salgılanmaktadır.

Emzirmenin, bebeğe yararlarının yanında annenin kendisine de sağladığı bir çok yararı vardır. Meme komplikasyonlarını önler, meme ucundaki ağrı, hassasiyeti azaltır, uterus involüsyonunu sağlayarak laktasyonu çoğaltır ve bu annelerde prolaktin yüksek olduğundan, prolaktin, FSH'nunu inhibe edip ovulasyonu gerçekleştirmektedir. Anne sütü ile beslenmenin doğal kontraseptif etkisi vardır. Emziren annelerde meme kanseri prevalansının daha düşük olduğu bilinmektedir. Hatta WHO (Dünya Sağlık Örgütü) ve yapılan bazı çalışmalar, emzirmeyi doğumun üçüncü evresindeki doğum sonu kanamaları özellikle de büyük hemorajilere bağlı kan kayıplarını azaltmada oksitociclerin bulunmadığı hallerde emin, etkili ve ekonomik bir yol olarak önermektedir.

Emzirmenin, anneye fiziksel yararının yanında, ruhsal açıdan sağladığı yararlar da vardır. Anne için emzirme bir doyum ve mutluluk kaynağı yaratmakta, anneye zevkli bir deneme ve huzur vermektedir. Özellikle bebekleri çok iyi emen annelerde memnuniyet artmaktadır.

Emzirmenin Neonatal Yararları

- Türe spesifiklik
- Besleyici özellikleri
- Enfeksiyonlardan korunma
- Allerji profilaksisi
- Psikososyal etkiler

Emzirmenin Maternal Yararları

- Postpartum iyileşme
- Kendini güçlü hissetme
- Osteoporoz riskinin azalması
- Over kanserinden koruyucu etki
- Meme kanseri riskinin azalması

Bebeğin doğar doğmaz emzirilmesini etkileyen faktörler:

- ⇒ Yoğun şekilde ilaç kullanılmış anne,
- ⇒ 5.dk Apgar skoru <6 olan bebek,
- ⇒ Emmesi yetersiz prematür bebek,
- ⇒ Tedavi ile kontrol altına alınmamış aktif tüberküloz,
- ⇒ HIV taşıyıcılığı,
- ⇒ Annenin kontrol altına alınmamış ciddi sistemik hastalığı,
- ⇒ Sezaryenle doğum yapmış annenin anestezinin etkisinde olması.

Başarılı bir emzirmeyi etkileyen faktörler:

- ◆ Doğum öncesi meme hazırlığı:
 - Gebelik sırasında büyüyen göğüsler uygun bir şekilde desteklenmeli,
 - Göğüs uçları ılık su ile yıkanmalı ve çatlamayı önlemek için yağlı kremlerden yararlanılmalı,
 - Göğüs uçları emzirmeye elverişli değilse gebeliğin 5-6 aylarında masaja başlaması yada göğüs ucu aplikatörü kullanması önerilir.
- ◆ Emzirme öncesi meme temizliği: Memelerin sabun veya karbonatlı su ile temizlenmesi meme başının ve areolanın da tahriş olmasına yol açar.
- ◆ Meme ucu şekli: Meme ucu düz veya içe çökükse meme başlarına çekme ve germe şeklinde masaj gebeliğin son trimestrinde uygulanmalıdır. Meme başı çok uzun ise bebek sadece onu ağzına alabilir, dolayısıyla dili ile süt kanallarına bası yapamaz ve süt oluşumu ile salınımı sağlanamaz.
- ◆ Emzirme tekniği: Bebeğin pozisyonu uygun değilse, areola yeterince bebeğin ağzına yerleştirilmezse sadece meme başı alınır, bu da ağrıya sebep olur. Bebek kötü pozisyonda emmeyi sürdürürse meme başı ciddi zedelenir, çatlaklar oluşur ve bu durumda anne emzirmeyi bırakabilir.

Emzirme için uygun pozisyonlar:

- Beşik pozisyonu: Bebek annenin kolu üzerine yatırılır ve karni annenin göğsüne dönüktür.
- Futbol pozisyonu: Oturur pozisyondaki annenin yanına yatırılan bebeğin kafasını anne bebeğin altında bulunan eli ile sıkıca tutar. Özellikle sezaryen sonrası bebeğin

anne karnı üzerine konulduğunda annenin ağrısı olabilmektedir. Bu pozisyonda annenin daha rahat emzirmesini sağlayabilir.

- Yan yatma pozisyonu: Sezaryen sonrası annenin henüz oturmadığı durumlarda anne emzirilecek meme tarafına hafif yan dönerek bebeğini emzirebilir. Bebeğin başı ve gövdesi anneye dönük olmalıdır.

Uygun emzirme pozisyonunda bebeğin görünümü:

- ❖ Bebeğin tüm vücudu anneye bitişiktir,
- ❖ Ağız ve çene memeye bitişiktir,
- ❖ Bebeğin ağzı geniş olarak açıktır,
- ❖ Areoladan az bir kısım görülebilir,
- ❖ Bebeğin emmesi yavaş ve düzenlidir,
- ❖ Bebek rahat ve huzurludur.

Emzirmeyi kolaylaştıracak öneriler:

- ⇒ Emzirme işlemi rahat ve sakin bir ortamda yapılmalıdır.
- ⇒ Doğumdan sonra bebeğin ısısı çok iyi korunmalıdır.
- ⇒ Bebek doğumdan sonraki ilk saati uyanık geçirdiği için anne, baba ve bebeğin aynı ortamda kalması mutluluk vericidir.
- ⇒ Annenin giysileri memeyi sıkıştırmayacak, emzirme sırasında memenin rahat ele alınmasını sağlayacak şekilde önü açılabilir tipte olmalıdır.
- ⇒ Bebeğin başı asla memeye doğru itilmemelidir.
- ⇒ Postpartum ilk günde emziren anneye özellikle sezaryen geçirmişse yardım edilmesi gereklidir.
- ⇒ Bebek ilk memeyi boşaltana kadar emdikten sonra kucağa alınarak gazı çıkartılmalı ve uyanırsa ikinci meme verilmelidir. Sonraki emzirmede ikinci verilen memeden başlanmalıdır.

Meme ucu çatlaklarını hazırlayıcı faktörler:

- ✓ Emzirme öncesi ve sonrası yapılan temizlik (karbonatlı su ile silme...)
- ✓ Göğüslerin yaş ve nemli tutulması.
- ✓ Vücut hijyenine dikkat edilmemesi.
- ✓ Yanlış emzirme tekniği ile emzirme sonucu bebeğin sadece meme ucunu emmesi

Emzirme problemleri:

- ◆ **Laktasyon yetersizliği:** Emziren annelerin %14 kadarında önceleri yeterli olan süt salgısında sıklıkla ilk üç ay içinde azalma olmaktadır. Emme refleksinin yetersiz olması üretilen sütün yeterli boşalmaması sonucunu doğurur.
- ◆ **Postpartum meme şişliği (Engojman):** Meme şişliği postpartum 2-4 günlük dönemde sık rastlanan normal bir durumdur. Meme dokusunda ödem, süt retansiyonu ve vasküler ve lenfatik staz vardır. Bu durumu engellemek için:
 - Bebe gece ve gündüz düzenli emzirilmelidir. Günde 8-12 kez emzirmeye dikkat edilmeli ve gece de olsa iki emzirme arasındaki süre 5 saatten fazla geçirilmemeli,
 - Sıcak duş ve sıcak duş süt akımını artırır,
 - Emzirmeler arasında buz uygulaması ağrıyı azaltır,
 - Meme üzerine çok nazik bir şekilde masaj uygulanabilir,
 - Elektrikli meme pompası ile memelerdeki süt boşaltılabilir.
- ◆ **Ağrılı meme başı:** Emzirme tekniğine uyulmadığında bebek meme başı ve areolayı tam ağızına alamadığında damakları ile emmeye çalışarak meme başını ezmekte ve meme başında çatlaklara ve ağrıya neden olmaktadır. Bu durumda meme başı emzirdikten sonra süt artıklarından temizlenip epitelizasyonu artırıcı krem sürülerek üzerine kağıttan yapılmış meme pedi konularak giysilere sürtünmesi önlenmelidir. Emzirmeden önce meme başı tekrar temizlenmeli ve en az ağrılı olan memeden başlanarak emzirilmelidir. Memeleri boşaltmak için süt pompası da kullanılabilir. Anneye meme başı çatlaklarının meme enfeksiyonu şansını arttırdığı ve enfeksiyon bulguları konusunda bilgilendirilmelidir.
- ◆ **Süt kanallarının tıkanması ve ağrılı meme kitleleri:** Bir veya birden fazla meme lobunun süt kanalı tıkanığında o lobun veya lobların ürettiği sütün boşalamaması süt kanalları ve alveoller içinde sütün birikmesine ve lobun gerilmesine neden olur. Yeterli emzirmeme ve sıkı sütyen nedeniyle görülür. Meme muayenesinde memenin herhangi bir kadranında ağrılı sert kitle ele gelir. Bu durumun giderilmesi için postpartum meme şişliğini giderme girişimleri geçerlidir.
- ◆ **Düz veya içe çökük meme başı** Meme başının normal olmaması emzirmeyi etkilemektedir. Areola sikildığında meme başı dışarı çıkıyorsa meme başı düz veya normaldir. meme başı içeri çöküyorsa gerçek içeri çökük meme başıdır. Bunun için gebeliğin son trimestrinde meme masajı önerilir ancak meme başı uyarisi ile doğumun

erken başlamasına sebep de olabileceği için dikkatli olunmalıdır. Doğumdan sonra elektrikli meme pompası ile meme başının normale dönmesine çalışılabilir.

- ◆ Puerperal mastit: Meme bezinin enfekte olmasıdır. Genellikle doğumdan sonraki ilk ayda ve hijyen koşullarına tam uymayan tecrübesiz annelerde görülür. Oluşumunda meme ucu çatlakları ve bebeğin ağız florasındaki mikroorganizmalar önemli etkindir. Memeden sütün az gelmesi, meme ağrısı, hassasiyet, sıcaklık artması, kızarıklık ile karakterizedir. Düzenli emzirmeye dikkat edilmesi ve meme başı çatlaklarının ve süt kanallarındaki tıkanmaların oluşumunun önlenmesi ve oluşmuşsa da doğru tedavi edilmesi mastit oranını azaltmaktadır.

*** Meme şişliği, süt kanalı tıkanması ve mastitin ayırıcı bulguları:

Bulguları	Meme şişliği	Süt kanalının tıkanması	Mastit
Başlangıç	Yavaş ve doğumdan sonraki ilk hafta içinde	Yavaş ve emzirmeden önce	Ani ve genellikle doğumdan 10 gün sonra
Yer	Bilateral	Unilateral	Genellikle unilateral
Şişlik ve ısı artışı	Yaygın	Yeri değişen ve ısı artışı hafif veya yok	Belli bir bölgede yerleşmiş kızarıklık ve sıcak şişlik
Ağrı	Yaygın	Hafif fakat belli bölgede	Şiddetli fakat belli bölgede
Vücut ısı	< 38,4 C°	< 38,4 C°	> 38,4 C°
Sistemik belirtiler	İyi hisseder	İyi hisseder	Grip benzeri yakınmalar

Başarılı emzirme ve devamı için hemşirelik uygulamaları:

- * Doğum sonu ilk 1/2-1 saat içinde emzirme başlatılır.
- * Annelerin 8-10 defa / 24 saat olacak şekilde, genelde bebekler ağladığında, sık sık emzirmesi (yaklaşık 2 saatte bir) desteklenir.
- * Her emzirmeden sonra memeler muayene edilip bulgular not edilir.
- * Anne sütünün önemi anlatılır.
- * Anneler göğüslerde dolgunluk, yumuşaklık, sertlik, kızarıklık, şişlik, hassasiyet, ağrı, süt akımı yönünden her 8 saatte bir gözlenip, değerlendirilirken meme uçları da; çatlak, acı, ağrı, içe çöküklük yönünden değerlendirilir ve durum kaydedilir.
- * Uygun emzirme teknikleri anneye öğretilir ve gereksinimleri doğrultusunda bilgi verilir.
- * Bebeği nasıl tutacağı ve emzireceği konusunda anneye destek olunur. Annenin en az iki başarılı emzirmeyi deneyimlemesi sağlanır ve emzirmeyi başarması desteklenir.

* Anneye emzirme esnasında kullanabileceği değişik pozisyonlar, gösterilerek ve emzirme başarısını destekleyerek öğretilir.

* Doğumdan sonraki ilk saat içinde, özellikle plasentanın atılmaya çalışıldığı süreçte, serumda oksitosin en yüksek düzeydedir. Bebeğin doğduktan hemen sonra emzirilmesi sağlanırsa, oksitosin emme refleksi ile daha da artmakta, emzirme başarısı ve süresi o kadar uzun olmaktadır.

* Emzirmeden önce ve sonra ellerini yıkama konusunda anne desteklenir ve önemi anlatılır.

* Her emzirmeden önce, sütünü biraz sağıp meme ucuna silmesi belirtilir.

* Emziren kadınların ilk birkaç gün hatta 1 hafta meme ucunda acıma, ağrı, hassasiyet olabileceği ve bu durumda emzirmekten kaçınmaması söylenir.

* Meme uçlarının kuru kalması gereği anlatılır.

* Memelerin desteklenmesi için 24 saat boyunca, uygun (ne sıkı nede gevşek) sütyen kullanması önerilir.

* Emzirme süresince yeterli ve dengeli beslenmenin önemi açıklanır ve günlük bol sıvı alımı desteklenir.

* Anne çalışıyorsa, emzirmesini nasıl devam ettirebileceği, sütün sağlıp bekletilmesi, çocuğa verilmesi vb. konularda bilgilendirilir.

* Meme ucu çatlağı, süt retansiyonu, mastitis vb. komplikasyonların gelişmesinin önlenmesi, bu komplike durumların önlenmesine ilişkin anne bilgilendirilir (11,16,18,43,44,46,48,49,50,59).

Mobilizasyon

Hastanın erken mobilizasyonu ile post-operatif dönemdeki komplikasyonların önlenmesi amaçlanır. Uzun süre hareketsizlik, hareket edememe ve kasları kullanma yeteneğinin ağrı nedeniyle kısıtlanması:

- Ortostatik hipotansiyon ve venöz staz trombüs oluşması gibi vasküler,
- Pnömoni, atelektazi gibi respiratuar,
- İdrar retansiyonu, mesane taşı gibi üriner,
- İştahsızlık, konstipasyon gibi gastrointestinal,
- kas atrofisi gibi sorunların gelişmesine olanak sağlar.

Fiziksel aktivite dolaşım sistemi üzerine kan basıncını düşürmek, kan dolaşımını düzenleyerek varikoz venlerin, bacak kramplarının, periferik ödemin ve trombüslerin oluşum

risklerini azaltır. Ayrıca sindirim sistemini de etkileyip iştahı, sindirimi, bağırsakların çalışmasını düzenler, konstipasyonu önler.

Mobilizasyon sırasında dikkat edilmesi gerekenler:

- İlk kaldırma işlemi sırasında hemşire mutlaka hastanın yanında bulunmalıdır.
- Hasta ayağa kaldırılırken varsa drenaj kateterleri klampe edilir.
- İlk ayağa kalkma esnasında olası sorunlarla ilgili olarak hasta bilgilendirilir.
- İlk ayağa kaldırmada hasta 3-5 adımdan fazla yürütülmemelidir.
- İlk ayağa kaldırmadan önce hastanın vital bulguları normal sınırlar içinde olmalıdır.

* Doğum sonu hastayı ayağa kaldırılana kadar yatak içinde pasif egzersizler yapması konusunda teşvik edilir.

* Hasta doğum sonu 6 saatte ayağa kaldırılır. Erken mobilizasyon; trombo-emboli riskini azaltır, barsak, mesane fonksiyonlarını düzenler, retroversiyon uterusu önler ve annenin psikolojik rahatlığını, kendini yeterli hissetmesini sağlar.

* Mobilizasyon öncesinde hastaya işlem hakkında bilgi verilir, vital bulguları alınır, yatak yüksekse indirilir ve hastaya yatak kenarına yaklaşması için yardım edilir.

* Hasta yatak kenarına oturtulur ve birkaç dakika bekletilir. İnsizyon yerinin elle desteklenmesi ağrının azalması için yararlıdır. Nabız ve solunum kontrol edilir, baş dönmesi ve bulantı olursa hasta kendini iyi hissedene kadar yatak kenarında oturtulur.

* Hasta koltuk altında desteklenerek yavaşça ayağa kaldırılır. Baş dönmesini engellemek için başını dik tutması ve karşıya bakması; bulantısı olursa derin nefes alması önerilir.

* Hasta 3-5 adım dolaştırıldıktan sonra yatağına götürülür.

* Önce yatağına oturtulur, yatağın başı yükseltilir ve hastaya yatakta rahat edeceği pozisyonu alması için yardım edilir.

* Annenin bacaklarının her ikisi, ödem, kızarıklık, ağrı, sıcaklık hissi farkı açısından değerlendirilir. Trombo-flebitin yatakta istirahat eden gözden kaçabilen iki bulgusu vardır: ayak bileğinde şişlik ve bacakta aşırı soğukluktur.

* Annenin bacakları hastanede kaldığı sürede her 8 saatte bir *Homan's Bulgusu* açısından değerlendirilir.

**** *Homan's Bulgusu:* Trombo-emboli, tromboflebit riskinin değerlendirilmesi açısından önemlidir. Hasta yatar ya da oturur pozisyonda iken bacağına yatağına düz olarak

uzatması söylenir. Ayak kavranarak ani şekilde hızla dorsofleksiyo pozisyonuna getirilir. Bacağın baldır kısmında ağrı, acı hissetme veya bacağın dorsofleksiyo pozisyonuna getirilmesinde direnç artması durumları değerlendirilir. Bu belirtiler varsa Homan's bulgusu (+)'tir ve trombo-emboli, tromboflebit riskini gösterir. Değerlendirme her iki bacakta da yapılır (4,7,21,27,39,48,63)

Yara İyileşmesinin Sağlanması

Yara iyileşmesinin sağlanmasında, kesin cerrahi aseptik yöntemlerin uygulanması başlı başına önemli bir faktördür. Bulaşma ve enfeksiyonun gelişmesini, yaranın iyileşme sürecini durdurur.

* Ameliyat sırasında ve sonrasında asepsi ilkelerine kesin uyulmalıdır.

* Enfeksiyon yara sürecini bozduğundan, enfeksiyon gelişmesini önlemek için pansumanların bakımına özen gösterilmelidir.

* Dren varsa yerinden çıkmamasına özen gösterilmeli ve çevresi temiz ve kuru tutulmalıdır.

* Sağlık kurumunun yara temizliğine ilişkin özel bir uygulaması yoksa steril gazlı bezde, serum fizyolojik yada %50'lik hidrojen peroksit kullanılacak. İnsizyon içten dışa doğru silinir.

* Pansuman drenaj yönünden gözlenmelidir.

*İnsizyon kızarıklık, ödem, ısı artışı açısından değerlendirilmelidir (33,42,51,52,53).

Komplikasyonlardan Korunma

Doğum sonu olası komplikasyonlar: Kanama, enfeksiyon, Trombo-emboli, idrar retansiyonu, meme ve meme ucu komplikasyonları, doğum sonu psikoz, patolojik labaratuvar bulguları açısından değerlendirilmelidir ve gerekli girişimlerde bulunulmalıdır (11,15,27,31,43,49,50,57,59).

Annenin Kendi ve Bebek Bakımına İlişkin Bilgi Gereksinimini Karşulamak

* Öncelikle annelerin hangi konuda bilgi gereksinimleri olduğu tespit edilir,

* Annenin kendi bakımına ilişkin bilgi verilir (Doğum sonu kanamanın özellikleri, genel hijyen, istirahat, bağırsak-mesane eliminasyonu, emzirme, meme bakımı, beslenme vb).

* Komplikasyon bulguları (ateş, lochia ile ilgili problemler, bacaklarda ağrı, şişlik, idrar yaparken yanma, mesaneyi boşaltmada yetersizlik vb.) ve yapması gerekenler anlatılır.

* Doğum sonu ovulasyon, menstürasyonun başlaması, cinsel ilişki ve aile planlaması metodları, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, jinekolojik kontrol zamanı vb.

* Bebek bakımına ilişkin bilgiler: Emzirme, beslenme, gaz çıkarma, göbek bakımı, banyo, giydirme, giysi özellikleri, bezleme, altını alma, cilt bakımı, aşılar-zamanı ve nerede yapılabileceği, sağlam çocuk kontrollerinin önemi, nerelerde yaptırabileceği, hastalık bulguları, vücut ısı ölçümü, bebeğin güvenliği vb.

Doğum Sonu Eğitiminin Faydaları

- ✓ Annelerin sağlık bakımı ve aktiviteleri üzerindeki yetkisini bilgisini artırır,
- ✓ Annenin kendi kendine yeterliliğini pozitif etkiler,
- ✓ Doğum sonu komplikasyon oluşumunu en aza indirir,
- ✓ Annenin ve bebeğin doğum sonunu sağlıklı geçirmesine yardımcı olur,
- ✓ Pozitif sağlık davranışları geliştirir,
- ✓ Bebek bakımını etkili olarak yapabilmek için anneye, aileye yetki verir, bebek bakımı ve beslenmesinde başarıyı artırır,
- ✓ Annenin anksiyetesini azaltır ve kendi yetenekleri üzerine güvenini artırır,
- ✓ Etkili bebek ve kendi bakımını sağlayabilmesi için kişinin güvenini geliştirmesinin yanında, sorumluluk alma becerilerini de artırır. (15,27,30,42,48,49).

Taburculuğu Planlamak

Erken taburculuk kriterleri doğrultusunda anne ve bebek değerlendirilir:

Erken Taburculuk Kriterleri

- Anne 38-40 haftalık gebelik süresini normal ve komplikasyonsuz geçirmiştir,
- Hg ve hct seviyeleri normal sınırdadır,
- Aşağıdaki tüm bulgular normal sınırlar içindedir:

Anne

- Yaşam bulguları stabildir,
- Fundus serttir,
- Orta şiddette lochia rubra vardır,
- Homan's bulgusu negatiftir,
- Yeterli ve spontan idrar çıkışı vardır,
- Bulantı kusma olmaksızın sıvılar tolere edilir,

- Yardımsız ve zorlanmadan dolaşabilir.

Bebek

- Uygun kilo ve gestasyondadır,
 - Yaşam bulguları stabildir,
 - Normal ağlama ve refleks vardır,
 - Emme ve beslenmesi iyidir,
 - İlk idrarını ve kakasını yapmış ve gözlenmiştir,
 - Coombs testi negatiftir,
 - Kord kanı bilirubin seviyesi normal sınırlardadır,
 - Normal anne-baba ilişkisi kurulmuştur,
- Evde bakım sistemi varsa doğum sonu ilk 48-72 saat içinde randevu alınmıştır,
- Tüm konularda annenin eğitimi yapılmış, yazılı materyal sağlanmıştır:
- Doğum sonu evdeki taburculuk ihtiyaçları değerlendirilir,
 - Aile planlaması, jinekolojik kontrol randevuları belirlenir,
 - Annenin doğum sonu destek sistemleri değerlendirilir,
 - Annenin kendi ve bebek bakımına ilişkin bilgi alıp almama durumu değerlendirilir,
 - Annenin kendi ve bebek bakımına ilişkin güveni ve kaygıları değerlendirilir,
 - Gerekli yazılı materyal sağlanır,
 - Bir sorunu olduğunda yada aile planlaması, jinekolojik kontrolü için sağlık bakımı alabileceği yerler hakkında danışmanlık yapılır (12,31,43,50).

2.10. SEZARYENLE İLGİLİ YAPILAN BAZI ÇALIŞMALAR

Kızılkaya'nın 1995'te 84 sezaryenle doğum yapan kadının bu yönteme karşı tepkilerini açık uçlu sorularla belirlemeye çalışmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre olgular sezaryenle doğum sırasında en fazla cerrahi işlem için açıklama yapılmasına ve kendi bebeğinin bakımı için yardıma gereksinim duymaktadır. Ayrıca doğum deneyimlerinin daha iyi olması için en sık olarak belirtilen faktörler, yenidoğan ve kocasıyla birlikte olma isteği ve doktorlardan daha iyi bakım alma isteğidir. Bu bulgular ışığında, sezaryenle doğuma baskın olan tepkinin; mutluluk ve sağlıklı bir yenidoğanın doğumuna ilişkin heyecan fakat vajinal doğum yapamamaya bağlı üzüntü ve hayal kırıklığı olduğu görülmüştür (37).

Babacan'ın 1999'da sezaryenle doğum yapan kadınların postoperatif dönemde ağrılarını izlemek ve ağrı şiddetini ölçmek, ağrılarını tanımlamak ve ağrıya verdikleri duygusal yanıtlarını belirlemek, lohusaları deney ve kontrol grubuna ayırarak 1. deney grubuna Masaj/Dokunma girişimi, 2. deney grubuna Müzik/Gevşeme girişimi uygulayarak her iki ilaç dışı yöntemin etkinliğini ölçmek, karşılaştırmak, araştırma dönemi sonunda deney ve kontrol grubu lohusaların; ağrılarını, ağrı şiddetlerini, ağrıya verdikleri duygusal yanıtlarını, kullandıkları analjeziklerin sıklık ve sayısını karşılaştırarak incelemek amacıyla bir çalışma yürütmüştür. Bu araştırmanın sonucunda sezaryen ile doğum yapan lohusaların, doğum sonrası ağrılarının kontrolünde; hemşirelerin, Masaj/ Dokunma ve Müzik/Gevşeme girişimlerini uygulayarak lohusaların ağrı oluş sıklığını, ağrı şiddetini, kaygı düzeyini ve ilaç kullanımını azaltmada etkinlik sağlayabileceği görülmüştür (9).

Altuğ' un 1998'de yürüttüğü çalışmada, sezaryen ameliyatı olacak anne adayları ile ameliyat öncesi hazırlık aşamasında planlanmış bireysel düzeyde eğitsel ve danışmanlık ilişkisi kurmanın, ameliyat sonrası dönemde rehabilitasyonun başarısına etkisi incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre ameliyat öncesi hazırlık döneminde bireysel düzeyde eğitim ve danışmanlık ilişkisi kurmanın sezaryen ameliyatı olacak annelerin rehabilitasyon sürelerini olumlu yönde etkilediği ve bebeklerin bakımı açısından daha kısa sürede bağımsızlık kazandıkları görülmüştür (7).

Yıldız'ın 1994'te sezaryenle doğum deneyiminin anne, bebek ve baba açısından incelenmesi amacıyla yürüttüğü çalışmasında sezaryenle doğumun mutlaka anne, bebek ve baba üçgenini içeren bir yaklaşım gerektirdiği, annelerin postoperatif dönemde en çok ağrı,

yeterli hareket edememe ve gaz gibi fiziksel sorunlardan yakındıkları, anne ve babanın sağlık düzeylerine, yapılan ameliyata ve hastaneden çıktıktan sonraki döneme ilişkin olarak bilgi ihtiyacı içinde oldukları, bebeklerin fiziksel yönden sezaryenle doğumdan olumsuz olarak etkilenmedikleri, bebeklerin anne yanına verilış ve ilk beslenme zamanının sezaryenle nedeniyle uzadığı ve bu doğum şeklinin ebeveynler tarafından normal doğumun yanında alternatif bir doğum olarak kabul edildiği saptanmıştır (64).

Al-Nobani'nin Şişli Etfal Hastanesi 1. Kadın Doğum Kliniğinde'nde 1981-1985 ve 1989-1992 yıllarındaki sezaryenle doğum vakalarının artış nedenleri ve endikasyonlarını incelediği çalışmasında sezaryenle doğum insidansının ikinci periyotta yaklaşık iki kat arttığı ve bu artışta esas rolü, fetal kaynaklı endikasyonların oynadığı görülmüş, bu sonuç, gelişmiş tam yöntemlerinin rutine girmesiyle açıklanmıştır (5).

Department of Obstetrics and Gynecology, University of Vienna'da yapılan bir araştırmada sezaryen ameliyatı sırasında periton zarı kapatılan ve kapatılmayan kadınların gelecekteki fertilité durumları incelenmiştir. Çalışma sonucunda peritonun kapatılıp kapatılmamasının fertilité üzerinde herhangi bir olumsuzluğu görülmemiştir (45).

Brezilya'da Sao Paulo ve Pernambuco'da yedi hastanede brezilyalı kadınların vajinal doğum ve sezaryenle doğum hakkındaki görüşlerini ifade etmeleri amacıyla bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Üç grup ele alınmış: % 77 sadece sezaryenle doğum yapanlar, %22 her iki yoldan doğum yapmış olanlar ve % 1 sadece vajinal yoldan doğum yapmış olanlar. Elde edilen sonuçlara göre tüm gruptaki kadınların çoğunluğu vajinal doğumun en iyi doğum şekli olduğunu düşünmektedirler (47).

Massachusetts General and Brigham Women's Hospitals'da 1998'de yapılan bir araştırmada ilerlemiş anne yaşıyla sezaryen artışlarının ilişkisi araştırılmıştır (n = 3715). İlerleyen yaşlardaki kadınların sezaryenle doğuma daha yatkın oldukları ve en sık endikasyonların malprezentasyon ve geçirilmiş miyomektomi ameliyatları olduğu görülmüş. Artan anne yaşıyla birlikte sezaryenle doğum oranlarında artış görülmüştür (<25 yaş: %11,6; ≥ 40 yaş: %43,1) (22).

Brezilya Uberaba'da yürütölen retrospektif bir çalışmada artan sezaryen oranları ile sosyo ekonomik durum arasındaki ilişki analiz edilmeye çalışılmıştır (Ocak-Aralık 1996).

Çalışma üç hastanede gerçekleştirilmiştir. Birincisi Birleşik Sağlık Sistemi (BSS) sayesinde bedava sağlık hizmeti sunmaktadır. İkincisi BSS, özel sağlık sigortalı ve özel hastalara hizmet sunmaktadır. Üçüncüsü özel sağlık sigortalı ve özel hastalara sağlık hizmeti vermektedir. Anne yaşı, eğitim düzeyi, doğum şekli, sezaryen endikasyonları analize edilmiştir. Adolesanlarda (%75) ve 30 yaş ↑ (92,7) kadınlarda sezaryen oranı en yüksek üçüncü hastanede çıkmıştır. Her üç hastanede de yüksek eğitim seviyeli kadınların sezaryen oranı en yüksektir ve en sık rastlanan sezaryen endikasyonları distosi ve akut fetal distrestir. Ancak sezaryen oranlarının artışından sadece medikal endikasyonlar sorumlu değildir. Bu sebeplerden birisi de tıptaki gelişmelerdir. Özel hastaların yoğunlukta olduğu üçüncü hastanede sezaryen oranının daha yüksek olduğu görülmüştür (29).

Erken doğum sonu taburculuk konusunda yapılan retrospektif bir araştırmada konuyla ilgili 1966-1997 yılları arasındaki ingilizce yayınlar incelenmiştir. Çalışma sonucunda erken taburculuk (vajinal doğumda 48 saatten az; sezaryenle doğumda 96 saatten az) sonrasında maternal ve neonatal morbidite oranlarında artış gözlenmemiştir (36).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Çalışma sezaryen sonrası annenin klinikte ve evde izlenmesi amacıyla deneysel olarak planlanmıştır.

3.1. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma İstanbul ilinde, Ümraniye ilçesinde Özel Erdem Hastanesi'nde kurum yetkilileri ile sözlü ve yazılı görüşmeler yapılarak gerekli izinler (EK: 8) alındıktan sonra 11.02.2001-05.04.2001 (Kontrol grubu) ve 14.09.2001-28.11.2001 (Deney grubu) tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Toplam 23 yatağı bulunan hastane tüm branşlarda sağlık hizmeti vermektedir. Bulunduğu bölge itibarıyla ve uygulamış olduğu fiyat politikasıyla ağırlıklı sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan kesime hizmet vermektedir. Araştırmacının bu kurumda çalışıyor olması kurum idaresinin araştırmaya destek vermesi ve çalışma önerileri doğrultusunda klinikte gerekli değişiklikleri yapma düşünceleri nedenleriyle uygulamanın, Özel Erdem Hastanesi'nde yapılmasına karar verilmiştir.

Genel bir servis niteliğindeki klinikte kadın hastalıkları ve doğum, genel cerrahi, dahiliye, çocuk v.b. branşlarda hastalar yatırılmaktadır. Yatanların büyük çoğunluğu (%60-70) doğum sonrası takip hastaları oluşturmaktadır. Ayrıca doğumhane katında bulunan odalara da doğum sonrası takip hastaları alınabilmektedir.

Hastanede doğumdan sonra bebeklerle ilgilenen birim ayrıdır. Bu birimin hemşireleri doğumda bebeği teslim alırlar ve ilk müdahalesini, ilk kontrolünü yaptıktan sonra ailesine teslim ederler. Ayrıca anneye emzirme konusunda yardımcı olurlar; bebek bakımı, taburculuk sonrası kontroller ve aşı tarihleri konusunda eğitim verirler.

Klinikte sorumlu ile birlikte 8 hemşire, doğumhanede 4 ebe çalışmaktadır. Ayrıca kadrolu (gündüz) 2 kadın hastalıkları ve doğum hekimi, gece nöbetinde değişen sayılarda kadın hastalıklar ve doğum hekimi çalışmaktadır. Tüm birimlerdeki hemşirelerin çalışma saatleri, gündüz 08:30-18:00 ve gece 18:00-08:30'dır. Klinikte gündüz 4, gece nöbetlerinde de 2 hemşire çalışmaktadır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Hastanede son bir yılda (Ocak-Aralık 2001) yapılan sezaryenle doğumların sayısı 890, vajinal doğum sayısı 957'dir. Burada sezaryen oranının yüksek oluşu (% 48,2) dikkati çekmektedir.

Araştırmanın evrenini Özel Erdem Hastanesi'nde 2001 yılında sezaryenle doğum yapan kadınların tümü; örneklemini ise 11.02.2001-05.04.2001 (Kontrol grubu) ve 14.09.2001-28.11.2001 (Deney grubu) tarihleri arasında sezaryen ameliyatı olan ve aşağıdaki kriterlere uyan hastalar oluşturmaktadır.

- Primipar olması: daha önceden sezaryenle yada vajinal yolla doğum yapan ve hiç doğum yapmayan kadınların duygu durumu aynı olmayacağından bu sınırlılık getirilmiştir. Ayrıca daha önceki pozitif yada negatif deneyimleri onun şimdiki durumunu da etkileyebilir.
- Genel serviste yatıyor olması: doğumhane katında yatan hastanın servis hemşireleri tarafından takibi mümkün olmayacaktır.
- Hastanenin kendi kadrolu hekimi yada nöbetçi hekimi tarafından opere edilmiş olması: hastanenin kendi kadrolu yada nöbete gelen hekimler haricinde, hastane dışında muayenehanesi olup sadece hastasına doğum yaptırmak için gelen hekimlerin hastalarını kontrolde takip etme imkanı olmadığından örnekleme alınmamıştır.
- Annenin özgeçmişinde önemli bir sağlık problemi (Şeker hastalığı, Kalp hastalığı v.s.) olmaması yada doğumda ve doğum sonrası dönemde anne-bebek sağlığını önemli derecede etkileyecek tıbbi komplikasyon yaşanmaması (pre-eklempsi...): hastada meydana gelecek ek komplikasyonlar onun hastanedeki kalış süresini, ekonomik yükünü, memnuniyet durumunu ve dolayısıyla çalışmayı da olumsuz etkileyeceğinden bu sınırlılık getirilmiştir.

Yukarda belirtilen kriterlere uygun 50 kontrol grubunda, 50 deney grubunda toplam 100 hasta araştırma kapsamına alınmıştır.

3.4. VERİLERİN TOPLANMASINDA KULLANILAN ARAÇ VE GEREÇLER

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen *Anne Tanılama Formu*, *Sezaryen Sonrası Hemşirelik Bakım Formu-2*, *Hasta Memnuniyet Formu*, *Taburculuk Sonrası Anne Takip Formu*, *Taburculuk Sonrası Bebek Takip Formu* ve serviste rutin uygulanan post-operatif bakımı yansıtan *Sezaryen Sonrası Hemşirelik Bakım Formu-1* kullanılmıştır.

3.4.1. Anne Tanılama Formu (EK:1)

Bu form araştırmacı tarafından olgunun bireysel, obstetrik özelliklerini ve travay/doğum öyküsünü öğrenmek amacıyla geliştirilmiştir. 7 bölümden oluşmaktadır:

Demografik veriler: adı-soyadı, yaşı, eğitimi, işi, adres ve telefon numarası; Özgeçmişi; Soygeçmişi; Gebelik öyküsü:gebelikte yaşanan sorunlar; Menstrual öykü: menarş yaşı, premenstruel sendrom, menstrasyon sıklığı-süresi, kullanılan günlük ped sayısı; Travay/doğum öyküsü; Sezaryen endikasyonları

3.4.2. Sezaryen Sonrası Hemşirelik Bakım Formu-1 (EK:2)

Bu form araştırmacı tarafından tamamen klinikteki rutin uygulamalara dayanarak hazırlanmıştır. İçerdiği konular: vital bulgular (kan basıncı, nabız, vücut ısı); lochia, insizyon, diürez, GİS kontrolü; medikasyon, mobilizasyon, kişisel hijyene yardım, anne-bebek eğitimi. Ayrıca tüm vakalarda rutin uygulanan kum torbasını da içermektedir. Takipler 0-15. dk, 16-30. dk, 31-45. dk, 46-60. dk, 61-90. dk, 91-120. dk, 3.saat, 4.saat, 5-6. saat, 7-8.saat, 9-24.saat, 25-36.saat, 37-48.saat aralarla yapılmaktadır.

3.4.3. Sezaryen Sonrası Hemşirelik Bakım Formu-2 (EK:3)

Araştırmacı tarafından literatür bilgisine dayanılarak ve uzman görüşüne başvurularak geliştirilmiştir. Amacı hemşirelerin sezaryen sonrası bütüncül bakım vermesini kolaylaştırmak ve şekillendirmektir. İçerdiği konular: vital bulgular (kan basıncı, nabız, vücut ısı, solunum sayısı, akciğer sesleri); insizyon, lochia, involüsyon, Homan's Bulgusu, meme durumu, diürez, GİS kontrolü; mobilizasyon, konsültasyon, emzirmeye yardım, aktivite ve pozisyon, psikososyal durum, eğitim ve taburculuğun planlanması. Takipler 0-15. dk, 16-30. dk, 31-45. dk, 46-60. dk, 61-90. dk, 91-120. dk, 3.saat, 4.saat, 5-6. saat, 7-8.saat, 9-24.saat, 25-36.saat, 37-48.saat aralarla yapılmaktadır (15,16,27,28,43,46,59).

3.4.4. Hasta Memnuniyeti Anket Formu (EK:6)

Hastanede kaldığı sürede aldığı hizmeti algılamasına yönelik hazırlanmış bir formdur. Toplam 15 sorudan oluşan bu formda; soruların ikisi daha önce başka bir sağlık kuruluşunda yatarak hizmet alma durumlarını, sekizi annenin aldıkları hemşirelik bakımı ile ilgili görüşlerini, biri hekimlik hizmeti ile görüşlerini, ikisi destek hizmetler ile ilgili görüşlerini, ikisi de bir sonraki doğum yeri tercihleri ile ilgili görüşlerini içermektedir.

Hasta memnuniyet formu taburculuk gününde doldurulmuştur. Memnuniyet formlarının hemen taburculukta değil de aradan belli bir süre geçtikten sonra (ör: 8 hafta) doldurulmasının daha uygun olacağı düşünülse de, daha geç bir zamanda annelere tekrar ulaşamama ihtimali göz önünde bulundurulmuştur. Aynı zamanda hastanenin kendi bünyesinde de bir memnuniyet formu (EK: 8) kullanıyor olması bu kararın alınmasında önemli etkisi olmuştur.

3.4.5. Taburculuk Sonrası Anne Takip Formu (EK:4)

Taburculuk sonrasında (post-operatif 5 ve 10. günlerde) anneyi fizyolojik ve psiko-sosyal açıdan değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından literatür bilgisine dayanılarak hazırlanmıştır. İçerdiği konular: insizyon, lochia, ağrı, Homan's Bulgusu, ödem, meme durumu, üriner sistem, GİS kontrolü; uyku durumu, beslenme /sıvı alımı, yardım alma durumu, eşi ile iletişimi, bebeği ile iletişimi, psikolojik durumu, genel fiziksel görünümü (15,16,27,28,43,59).

3.4.6. Taburculuk Sonrası Bebek Takip Formu (EK:5)

Taburculuk sonrasında (post-operatif 5 ve 10. günlerde) bebeği değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından literatür bilgisine dayanılarak hazırlanmıştır. İçerdiği konular: Genel fiziksel görünümü (cilt, pamukçuk, konak, sarılık), beslenme, eliminasyon, uyku, göbeğin görünümü (28).

3.5. VERİLERİN TOPLANMASI

3.5.1. Kontrol Grubu Veri Toplama Aşaması

Kontrol grubunda, araştırma örnekleminde belirlenen özelliklere sahip 50 primipar anne çalışma kapsamına alınmıştır. Bu gruba, hastanedeki uygulamalara yönelik hiç bir değişik girişimde bulunmadan, yalnızca hastanenin o dönemdeki hemşirelik bakımı verilmiştir.

Kontrol Grubunun Uygulama Adımları:

1. Adım: Anne ameliyat öncesi direkt servise yatırılmışsa *Anne Tanılama Formu* ameliyat öncesinde doldurulmuştur. Eğer anne travay odasında vajinal doğum için takip edilirken acil sezaryene alınmışsa bu form ameliyat sonrasında, anne anestezinin etkisinden çıktıktan sonra doldurulmuştur.

2. Adım: Hastanede kaldığı süre içinde verilen hemşirelik bakımını yansıtan *Sezaryen Sonrası Bakım Formu-1* doldurulmuştur. Anne hastanede ortalama 48 saat kalmaktadır ve verilen bakım forma yazılmaktadır. Hastanede rutin olarak bebek hemşireleri anneyi bebek bakımı, emzirme, tehlikeli bulgular, kontroller ve aşılar hakkında bilgilendirmektedirler.

3. Adım: Taburculuk sırasında *Hasta Memnuniyeti Anket Formu*, etkilenmemeleri amacıyla zarf içinde teslim edilmiş ve hasta tarafından doldurulduktan sonra yine zarf içinde teslim alınmıştır. Aynı zamanda hastanenin de kendi uyguladığı memnuniyet formu yüzünden tekrarı önlemek için çalışma kapsamındaki olgulara sadece araştırmacının formu kullanılmıştır.

4. Adım: Taburculuk sonrasında post-op 5. günde hasta kontrole geldiğinde yüz yüze görüşülerek ve kontrol muayenesine katılarak *Taburculuk Sonrası Anne Takip Formu* doldurulmuştur.

5. Adım: Bebek yanındaysa gözleme dayanılarak, değilse anneden alınan bilgilerle *Taburculuk Sonrası Bebek Takip Formu* doldurulmuştur.

6. Adım: Hastanede hasta memnuniyetini artırmak amacıyla taburcu olan tüm hastalar rutin olarak 7-10 gün içinde telefonla aranarak, sadece şikayet yada memnuniyet durumları öğrenilmektedir. Kontrol grubundaki anneler de buna paralel olarak telefonla aranıp *Taburculuk Sonrası Anne Takip Formu* ve *Taburculuk Sonrası Bebek Takip Formu* taburculuk sonrası 10. gününde doldurulmuştur.

3.5.2. Deney Grubu Veri Toplama Aşaması

Deney grubunun uygulaması için bakım veren kişiler araştırmacı ve onun tarafından seçilen toplam 4 hemşiredir. Hemşirelerin seçiminde klinikteki performansları, sorun çözme yetenekleri ve istekli olma durumları göz önünde bulundurulmuştur. Bu grup araştırmacı tarafından doğum sonu post-operatif bakım adımları konusunda eğitildikten sonra deney grubu vakaları birlikte ele alınmıştır.

Deney Grubunun Uygulama Adımları:

1. Adım: Anne ameliyat öncesi direkt servise yatırılmışsa *Anne Tanılama Formu* ameliyat öncesinde doldurulmuştur. Eğer anne travay odasında vajinal doğum için takip edilirken acil sezaryene alınmışsa bu form ameliyat sonrasında, anne anestezinin etkisinden çıktıktan sonra doldurulmuştur.

2. Adım: Araştırmacı tarafından literatür bilgisine dayanılarak hazırlanan *Sezaryen Sonrası Hemşirelik Bakım Formu 2* doğrultusunda hemşirelik bakımı planlanmış ve form doldurulmuştur.

3. Adım: Taburcu olacakları gün kendi odalarında anneler doğum sonu dönemde kendi ve bebeklerin bakımı, emzirme, doğum sonu değişiklikler, doğum sonu tehlike bulguları, doğum sonu cinsel ilişki, menstürasyon, aile planlaması, kendi ve bebeğin sağlık kontrolü ve aşılar konularında bilgilendirilmişlerdir.

4. Adım: Taburculuk sırasında *Hasta Memnuniyeti Anket Formu*, etkilenmemeleri amacıyla zarf içinde teslim edilmiş ve hasta tarafından doldurulduktan sonra yine zarf içinde teslim alınmıştır. Aynı zamanda hastanenin de kendi uyguladığı memnuniyet formu yüzünden tekrarı önlemek için çalışma kapsamındaki olgulara sadece araştırmacının formu kullanılmıştır.

5. Adım: Taburculuk sonrasında post-op 5. günde hasta kontrole geldiğinde yüz yüze görüşülerek ve kontrol muayenesine katılarak *Taburculuk Sonrası Anne Takip Formu* doldurulmuştur.

6. Adım: Bebek yanındaysa gözleme dayanılarak, değilse anneden alınan bilgilerle *Taburculuk Sonrası Bebek Takip Formu* doldurulmuştur.

7. Adım: *Taburculuk Sonrası Anne Takip Formu* ve *Taburculuk Sonrası Bebek Takip Formu* taburculuk sonrası 10. gününde de annelerle telefonda görüşülerek doldurulmuştur.

3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRMESİ

Veriler araştırmacı tarafından kodlama formlarına işlendikten sonra, SPSS programında hazırlanmıştır. Veriler Yates düzeltmeli Ki-kare, Dört gözlü Ki-kare, t-tesi ve Varyans Analizi testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.



4 . BULGULAR

Tablo1. Olguların Bireysel ve Obstetrik Özelliklerine Dağılımları

BİREYSEL/OBSTETRİK ÖZELLİKLER	Deney Grubu		Kontrol Grubu		p değeri
	n = 50	%	n = 50	%	
Yaş					
17-22	27	54	25	50	$\chi^2 = 0,08$ $p > 0,05$
23-28	21	42	22	44	
29-36	2	4	3	6	
Eğitim Durumu					
İlkokul	18	36	20	40	$\chi^2 = 0,10$ $p > 0,05$
Ortaokul	23	46	20	40	
Lise	8	16	9	18	
Üniversite	1	2	1	2	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	-	-	1	2	$\chi^2 = 0$ $p > 0,05$
Çalışmıyor	50	100	49	98	
Gebelik Öyküsü					
Sorun yaşanmamış	40	40	41	82	$\chi^2 = 0$ $p > 0,05$
Sorun yaşanmış	10	20	9	18	
Düşük					
Var	2	4	5	10	$\chi^2 = 0,18$ $p > 0,05$
Yok	48	96	45	90	
Özgeçmiş					
Sağlık problemi yok	44	88	44	88	$\chi^2 = 0$ $p > 0,05$
Sağlık problemi var	6	12	6	12	
Soygeçmiş					
Sağlık problemi yok	33	66	34	68	$\chi^2 = 0$ $p > 0,05$
Sağlık problemi var	17	34	16	32	
Eşinin mesleği					
Bir kurumda işçi/memur	23	46	27	54	$\chi^2 = 0,72$ $p > 0,05$
Kendi işinde çalışıyor	25	50	22	44	
Çalışmıyor	2	4	1	2	

Tablo 1’deki olguların bireysel ve obstetrik özellikleri incelendiğinde; her iki grupta da (%54, %50) çoğunluğun genç yaş (17-22) grubunda olduğu; ortaokul mezunu (46,%40) oranlarında olduğu ve her iki grupta da yalnızca %2 oranında üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Deney grubunda çalışan anne hiç yokken, kontrol grubunda yalnızca bir çalışan anne vardır.

Gebelik öykülerine bakıldığında; her iki gruptaki olguların büyük çoğunluğunun (%80, %82) gebelikte herhangi bir sorun yaşamadıkları; yaşanan sorunların ise kan basıncında değişiklikler (düşme/yükselme), kas krampları, blanti-kusma olduğu, her iki grupta da düşük yaşamayanların (%96, %90) çoğunlukta olduğu görülmüştür.

Her iki grubun da %88’inin sağlık problemi yoktur; soygeçmişlerinde de çoğunlukla (% 66, %68) özellik yoktur.

Olguların eşlerinin mesleklerine baktığımızda; deney grubunda %50 ile kendi işinde çalışanların, kontrol grubunda da % 54 ile bir kurumda işçi/ memur olarak çalışanların birinci

sırada oldukları; deney grubunun %4'ünün, kontrol grubunun %2'sinin ise çalışmadıkları görülmüştür.

Tablo 2. Olguların Travay / Doğum Öykülerine Göre Dağılımları

TRAVAY / DOĞUM ÖYKÜSÜ	Deney Grubu		Kontrol Grubu		p değeri
	n=50	%	n=50	%	
Hastaneye Geldiğinde Ağrı Durumu					
Var	28	56	26	52	$\chi^2 = 0,08$ $p > 0,05$
Yok	22	44	24	48	
Erken Membran Ruptürü					
Var	4	8	4	8	$\chi^2 = 0$ $p > 0,05$
Yok	46	92	46	92	
İndüksiyon					
Var	33	66	30	60	$\chi^2 = 0,18$ $p > 0,05$
Yok	17	34	20	40	
Sezaryen Endikasyonu					
İstemli sezaryen	8	16	8	16	$\chi^2 = 1,45$ $p > 0,05$
İlerlemeyen Travay	31	62	28	56	
Pre / postmatürite	4	8	6	12	
Fetal Distres	6	12	5	10	
Diğer (CYBH, TA↑, Placenta previa)	1	2	3	6	

Tablo 2’deki olguların Travay/doğum öyküleri incelendiğinde; deney grubunun 56’sının, kontrol grubunun %52’sinin hastaneye geldiğinde ağrıların olduğu; her iki grubun %92’sinin erken membran rüptürünün olmadığı ve deney grubunun %66’sına, kontrol grubunun da %60’ına indüksiyon uygulandığı görülmektedir.

Sezaryen endikasyonlarına bakıldığında her iki grubun da büyük çoğunluğu (%62, %56) ilerlemeyen travay. Her iki grupta da aynı oranda (%16) istemli sezaryen yapıldığı anlaşılmıştır.

Tablo 3. Olguların Hemşirelik Bakım Formlarındaki Vital Bulgularına Göre Dağılımı

VİTAL BULGULAR	TAKİP SAATLERİ											
	0-6. SAAT				7-24. SAAT				25-48.SAAT			
	Deney G.		Kontrol G.		DeneyG.		KontrolG.		DeneyG.		KontrolG.	
	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
Kan Basıncı												
Sistolik	125.9	14.0	124.2	13.1	119.1	11.2	118.3	13.9	117.9	12.6	115.2	13.5
Diastolik	81.7	10.2	80.5	10.1	76.7	8.4	75.5	5.9	72.9	9.3	72.7	9.6
Nabız												
	81.8	6.1	80.3	6.2	82.3	4.6	81.4	5.4	80.6	3.9	79.8	4.7
Vücut ısısı												
	36.1	5.6	36.3	4.7	36.0	4.7	36.4	3.8	36.8	3.6	36.7	4.6

Tablo 3.’teki olguların vital bulguları incelendiğinde; grupların vital bulgularının ortalamaları : 0-6. saatlerde kan basıncı 125.9/81.7, 124.2/80.5; nabız 81.8, 80.3; vücut ısı 36.1, 36.3 ‘tür. 7-24. saatlerde kan basıncı 119.1/76.7, 118.3/75.5; nabız 82.3, 81.4; vücut ısı 36.0, 36.4’tür. 25-48. saatlerde kan basıncı 117.9/72.9, 115.2/72.7; nabız 80.6, 79.2; vücut ısı 36.8, 36.7’dir. Bulgular arasında yapılan istatistiksel değerlendirmelerde anlamlı fark görülmemiştir.

Tablo 4. Olguların Hemşirelik Bakım Formlarında Yer Alan Fiziksel Bulgularına Göre Dağılımları

FİZİKSEL BULGULAR	0 – 6 saat				7- 24 saat				25- 48 saat			
	D. G.		K. G.		D. G.		K. G.		D. G.		K. G.	
	n=50	%	n=50	%	n=50	%	n=50	%	n=50	%	n=50	%
İnsizyon												
Temiz	31	62	33	66	29	58	32	64	28	56	32	64
Küçük kan lekeleri var	13	26	12	24	15	30	13	26	16	32	13	26
Büyük kan lekeleri var	6	12	5	10	6	12	5	10	6	12	5	10
Lochia Miktarı												
Az / Hafif	8	16	10	20	9	18	10	20	10	20	10	20
Normal	39	78	37	74	40	80	39	78	40	80	40	80
Şiddetli	3	6	3	6	1	2	1	2	-	-	-	-
Lochia rengi												
Kırmızı	3	6	3	6	1	2	1	2	-	-	-	-
Koyu kırmızı	47	94	47	94	49	98	49	98	50	100	50	100
Lochiada pıhtı												
Var	3	6	9	18	5	10	8	16	1	2	2	4
Yok	47	94	41	82	45	90	42	84	49	98	48	96
Lochianın kokusu												
Normal	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100	50	100
İnvölüsyon												
Normal	45	90	42	84	48	96	47	94	50	100	50	100
Yumuşak / Tam gevşek	5	10	8	16	2	4	3	6	-	-	-	-
Diürez												
Foley kateterli	29	58	27	54	3	6	5	10	-	-	-	-
Foley katetersiz	21	42	23	46	47	94	45	90	50	100	50	100
Gaz çıkışı												
Var	-	-	-	-	17	34	14	28	50	100	50	100
Yok	50	100	50	100	33	66	36	72	-	-	-	-

Tablo 4’te olguların fiziksel bulguları incelendiğinde; deney grubunda pansumanı temiz olanların 0-6. saatlerde %62, 7-24. saatlerde %58, 25-48. saatlerde de %56’dır. Kontrol grubunda ise pansumanı temiz olanların oranı 0-6. saatlerde %66, 7-24. ve 25-48. saatlerde %64’tür. Pansumanı tamamen kanlı olguya hiç rastlanmamıştır.

Lochia miktarı; deney grubunda 0-6. saatlerde %78, 7-25. ve 25-48 saatlerde %80 oranında normaldir. Kontrol grubunda 0-6. saatlerde %74, 7-24. saatlerde %78 ve 25-48.

saatlerde %80 oranında normaldir. Lochianın rengi; deney grubunda 0-6.saatlerde %94, 7-24. saatlerde %98 ve 25-48. saatlerde %100 oranında koyu kırmızı renktedir. Kontrol grubunda 0-6. saatlerde %94- 7-24. saatlerde %98 ve 25-48. saatlerde %100 oranında. koyu kırmızıdır. Lochiada pıhtı durumuna bakıldığında; deney grubunda 0-6. saatlerde %94, 7-24. saatlerde %90, 25-48. saatlerde %98 oranında; kontrol grubunda da 0-6. saatlerde %82, 7-25. saatlerde %84 ve 24-48. saatlerde %95 oranında pıhtı yoktur. Her iki grupta da hiç bir takip saatinde kötü kokulu lochiaya rastlanılmamıştır.

İnvölüsyon değerlendirildiğinde; deney grubunun 0-6. saatlerde %90'ının, 7-24. saatlerde %96'sının, 25-48. saatlerde % 100; kontrol grubunun da 0-6. saatlerde %84'ünün, 7-24. saatlerde %94'ünün, 25-48 saatlerde de %100 oranında uterus sertliği normaldir. Olgulardan yalnızca kontrol grubunun %2'sinde tam gevşek uterusu rastlanılmıştır, ilerleyen saatlerdeki takiplerde de normale dönmüştür.

Deney grubunun %58'inde kontrol grubunun%54'ünde ameliyat öncesi foley kateter takılmıştır. 7-25. saatlerde deney grubunun %6'sında, kontrol grubunun %10'unda foley kateter kalmıştır. 25-48. saatlerde de hiç bir olguda kateter kalmamıştır.

Her iki grupta da 0-6. saatlerde gaz çıkışı yokken, deney grubunda 7-24 saatlerde %34'ünün, kontrol grubunda %28'inin gaz çıkışı vardır. 25-48. saatlerde de gazını çıkarmayan olgu kalmamıştır. Deney grubunun %4'ünde, kontrol grubunun %2'sinde defekasyon olduğu görülmüştür.

❖ **Asağıdaki bulguların takibi yalnızca deney grubunda yapılmıştır:**

Meme durumu kontrolü yalnızca deney grubunda yapılmıştır. İlk 24 saatte memede çatlak %20, ikinci 24 saatte %25 ; meme ucu çöküklüğü ilk 24 saatte %20, ikinci 24 saatte %16 olarak saptanmıştır. Memelerde gerginlik ilk 24 saatte yokken ikinci 24 saatte %16 oranında saptanmıştır.

Homans' Bulgusu hiç bir olguda rastlanılmamıştır.

Ödeme 0-6., 7-24. ve 25-48. saatlerde olguların % 52'sinde rastlanılmıştır.

Tablo 5. Olguların Doğum Sonu 5. Gündeki Bulgularına Göre Dağılımı

DOĞUM SONRASI 5. GÜNDEKİ BULGULAR	Deney Grubu		Kontrol Grubu		χ^2 ve p değeri
	n = 50	%	n = 50	%	
Lochianın kokusu					
Normal	46	92	42	84	$\chi^2 = 0,85$ $p > 0,05$
Kötü	4	8	8	16	
İnsizyon					
Temiz	45	90	44	88	$\chi^2 = 0$ $p > 0,05$
Kızarak	5	10	6	12	
Ağrı					
Bazen	32	64	35	70	$\chi^2 = 0,18$ $p > 0,05$
Hareketle	18	36	15	30	
Ağrısı olmuyor	-	-	-	-	
Meme					
Normal görünümde	32	64	27	54	$\chi^2 = 0,68$ $p > 0,05$
Gergin ve/veya kızarak	7	14	9	18	
Meme ucu çatlak	5	10	6	12	
Meme ucu içe çökük	6	12	8	16	
Emzirme					
Düzenli ve yeterli	42	84	36	72	$\chi^2 = 1,45$ $p > 0,05$
Düzensiz ve yetersiz	8	16	14	28	
Homan's Bulgusu					
Yok	50	100	50	100	
Ödem					
Var	8	16	6	12	$\chi^2 = 0,08$ $p > 0,05$
Yok	42	84	44	88	
Üriner sistem					
Düzenli ve sorunsuz	35	70	31	62	$\chi^2 = 0,72$ $p > 0,05$
Sık idrara çıkma	9	18	11	22	
Ağrılı idrar yapma	6	12	8	16	
GİS					
Defekasyon normal	39	78	34	68	$\chi^2 = 0,81$ $p > 0,05$
Konstipasyon/diare	11	22	16	32	
Hemoroid					
Var	8	16	11	22	$\chi^2 = 0,25$ $p > 0,05$
Yok	42	84	39	78	
Beslenme / sıvı alımı					
Yeterli ve düzenli	43	86	43	86	$\chi^2 = 0$ $p > 0,05$
Yetersiz ve düzensiz	7	14	7	14	
Uyku Durumu					
Düzenli	25	50	25	50	$\chi^2 = 0$ $p > 0,05$
Düzensiz	25	50	25	50	
Yardım Alma Durumu					
Alıyor	27	54	24	48	$\chi^2 = 0,16$ $p > 0,05$
Almıyor	23	46	26	52	
Bebegi ile İletişimi Çok iyi	50	100	50	100	
Eşi ile İletişimi					
Çok iyi	37	74	30	60	$\chi^2 = 2,26$ $p > 0,05$
İyi	12	24	18	36	
Kötü	1	2	2	4	
Psikolojik Durumu					
Mutlu	48	96	47	94	$\chi^2 = 0$ $p > 0,05$
Şaşkın	2	4	3	6	
Genel Fiziksel Görünümü					
Sağlıklı ve Bakımlı	46	92	45	90	$\chi^2 = 0$ $p > 0,05$
Bakımsız ve halsiz	4	8	5	10	

Tablo 5'teki olguların doğum sonrası 5.gündeki bulgularına bakıldığında;

Locia renginin ve miktarının her iki grupta da normal oldukları; lochiada pıhtı olmadığı ve deney grubunun %92'sinin, kontrol grubunun da %84'ünün lochia kokusunun normal olduğu görülmüştür.

Deney grubunun %90'ının, kontrol grubunun %88'inin insizyonu temizdir. Akıntılı insizyona hiç rastlanılmamıştır. Deney grubunun %64'ünün, kontrol grubunun %70'inin ağrısının arasıra olduğu görülmüştür.

Meme durumuna bakıldığında deney grubunun %64'ünün, kontrol grubunun %54'ünün normal olduğu görülmüştür. Yaşanılan meme sorunları birbirlerine yaklaşık oranlarda (deney grubu: %14, %10, %12; kontrol grubu: %18, %12, %16) memede gerginlik ve/veya kızarıklık, meme ucu çatlağı ve meme ucu çöküklüğüdür. Emzirme deney grubunda %84, kontrol grubunda %72 oranında düzenli ve yeterlidir.

Homan's bulgusu her iki grubun %100'inde de yoktur. Ödem deney grubunda %84, kontrol grubunda %88 oranında yoktur.

Üriner sistemi deney grubunda %74, kontrol grubunda %62 oranında düzenli ve sorunsuzdur. Yaşanılan sorunlar sık idrara çıkma ve ağırlı idrar yapmadır (deney grubu: %18,%12; kontrol grubu: %22,%16).

GİS değerlendirildiğinde deney grubunda %78, kontrol grubunda %68 oranında normal defekasyon olduğu ve daire vakasına hiç raslanmadığı görülmüştür. Deney grubunun %84'ünde; kontrol grubunun %78'inde hemoroid yoktur.

Beslenme ve sıvı alımı her iki grupta da %88 oranında düzenli ve yeterlidir. Uyku durumu da her iki grupta eşittir ve %50 oranında düzenli ve yeterlidir.

Yardım alma durumuna bakıldığında deney grubunun %54'ü, kontrol grubunun %48'i yardım almamaktadır. Her iki grubun da tüm olgularının bebeği ile iletişimi çok iyidir. Deney grubunun %74'ünün kontrol grubunun %60'ının eşi ile iletişimi çok iyidir ve deney grubunun %2'sinin, kontrol grubunun da %4'ünün eşi ile iletişimi kötüdür.

Deney grubunun %96'sı kontrol grubunun %84'ü kendisini mutlu hissetmektedir. Deney grubunun %92'sinin, kontrol grubunun %90'ının sağlıklı ve bakımlı oldukları görülmüştür.

Bulgular arasında yapılan istatistiksel değerlendirmelerde anlamlı fark görülmemiştir.

Tablo 6. Olguların Doğum Sonrası 10.Gündeki Bulgularına Göre Dağılımı

DOĞUM SONU 10. GÜNDEKİ BULGULAR	Deney Grubu		Kontrol Grubu		χ^2 ve p değeri
	n = 50	%	n = 50	%	
Lochia Kokusu					
Normal	47	94	46	92	$\chi^2 = 0$ $p > 0,05$
Kötü	3	6	4	8	
İnsizyon					
Temiz	47	94	45	90	$\chi^2 = 0,13$ $p > 0,05$
Kızarıklık	3	6	5	10	
Ağrı					
Bazen	41	82	40	80	$\chi^2 = 0,48$ $p > 0,05$
Hareketle	5	10	7	14	
Ağrısı olmuyor	4	8	3	6	
Meme					
Normal görünümde	36	72	31	62	$\chi^2 = 1,13$ $p > 0,05$
Gerginlik ve/veya kızarıklık	6	12	8	16	
Meme ucu çatlak	3	6	4	8	
Meme ucu içe çökük	5	10	7	14	
Emzirme					
Düzenli ve yeterli	39	78	36	72	$\chi^2 = 0,21$ $p > 0,05$
Düzensiz ve yetersiz	11	22	14	28	
Ödem					
Yok	48	96	47	94	$\chi^2 = 0$ $p > 0,05$
Ödem var	2	4	3	6	
Üriner sistem					
Düzenli ve sorunsuz	38	76	34	68	$\chi^2 = 0,80$ $p > 0,05$
Sık idrara çıkma	7	14	9	18	
Ağrılı idrar yapma	5	10	7	14	
GİS					
Defekasyon normal	43	86	39	78	$\chi^2 = 0,60$ $p > 0,05$
Konstipasyon	7	14	11	22	
Hemoroid					
Var	8	16	11	22	$\chi^2 = 0,25$ $p > 0,05$
Yok	42	84	39	78	
Beslenme / sıvı alımı					
Yeterli ve düzenli	43	86	43	86	$\chi^2 = 0$ $p > 0,05$
Yetersiz ve düzensiz	7	14	7	14	
Uyku Durumu					
Düzenli	29	58	28	56	$\chi^2 = 0$ $p > 0,05$
Düzensiz	21	42	22	44	
Yardım Alma Durumu					
Alıyor	27	54	24	48	$\chi^2 = 0,16$ $p > 0,05$
Almıyor	23	46	26	52	
Bebek ile İletişimi Çok iyi	50	100	50	100	
Eşi ile İletişimi					
Çok iyi	37	74	30	60	$\chi^2 = 2,26$ $p > 0,05$
İyi	12	24	18	36	
Kötü	1	2	2	4	
Psikolojik Durumu					
Mutlu	48	96	47	94	$\chi^2 = 0$ $p > 0,05$
Şaşkın	2	4	3	6	

Tablo 6'daki olguların doğum sonrası 10.gündeki bulgularına bakıldığında;

Locia renginin ve miktarının her iki grupta da normal oldukları; lochiada pıhtı olmadığı ve deney grubunun %94'ünün ontrol grubunun da %92'sinin lochia kokusunun normal olduğu görülmüştür.

Deney grubunun %94'ünün kontrol grubunun %90'mın insizyonu temizdir. Akıntılı insizyona hiç rastlanılmamıştır.Deney grubunun %41'inin kontrol grubunun %80'inin,ağrısının bazen olduğu; deney grubun %8'inde kontrol grubunun %6'sında ise ağrı olmadığı görülmüştür

Meme durumuna bakıldığında deney grubunun %72'sinin, kontrol grubunun %62'sinin normal olduğu görülmüştür. Yaşanılan meme sorunları birbirlerine yaklaşık oranlarda (deney grubu: %12, %6, %10; kontrol grubu: %16, %8, %16) memede gerginlik ve/veya kızarıklık, meme ucu çatlağı ve meme ucu çöküklüğüdür. Emzirme deney grubunda %78, kontrol grubunda %72 oranında düzenli ve yeterlidir.

Ödem deney grubunda %96, kontrol grubunda %94 oranında yoktur.

Üriner sistemi deney grubunda %76, kontrol grubunda %68 oranında düzenli ve sorunsuzdur. Yaşanılan sorunlar sık idrara çıkma ve ağrılı idrar yapmadır (deney grubu: %14, %10; kontrol grubu: %18, %14).

GİS değerlendirildiğinde deney grubunda %86, kontrol grubunda %78 oranında normal defekasyon olduğu ve daire vakasına hiç raslanmadığı görülmüştür. Deney grubunun %84'ünde; kontrol grubunun %78'inde hemoroide yoktur.

Beslenme ve sıvı alımı her iki grupta da %88 oranında düzenli ve yeterlidir. Uyku durumu deney grubunda % 58, kontrol grubunda %56 oranında düzenli ve yeterlidir.

Yardım alma durumuna bakıldığında deney grubunun %54'ü, kontrol grubunun %48'i yardım almamaktadır. Her iki grubun da tüm olgularının bebeği ile iletişimi çok iyidir. Deney grubunun %74'ünün kontrol grubunun %60'ının eşi ile iletişimi çok iyidir ve deney grubunun %2'sinin, kontrol grubunun da %4'ünün eşi ile iletişimi kötüdür. Deney grubunun %96'sı kontrol grubunun %84'ü kendisini mutlu hissetmektedir.

Bulgular arasında yapılan istatistiksel değerlendirmelerde anlamlı fark görülmemiştir.

Tablo 7. Bebeklerin Doğum Sonrası 5.gündeki Bulgularının Dağılımı

DOĞUM SONRASI BEBEK TAKİBİ (5. GÜN)	Deney grubu		Kontrol grubu		χ^2 ve p değeri
	n	%	n	%	
Cildin görünümü					
Pembe ve sağlıklı	34	68	33	66	$\chi^2=0,39$ $p > 0,05$
Sarı	11	22	10	20	
Kuru ve buruşuk	5	10	7	14	
Pamukçuk					
Yok	36	72	32	64	$\chi^2=0,41$ $p > 0,05$
Var	14	28	18	36	
Konak					
Yok	45	90	43	86	$\chi^2=0,9$ $p > 0,05$
Var	5	10	7	14	
Emzirme					
Yeterli	42	84	36	72	$\chi^2=2,10$ $p > 0,05$
Yetersiz	5	10	9	18	
Hiç yok	3	6	5	10	
Ek besin					
Tamamen anne sütü	42	84	36	72	$\chi^2=2,10$ $p > 0,05$
Hazır mama	5	10	9	18	
İnek sütü	3	6	5	10	
Beslenme sıklığı					
Ağladıkça	17	34	24	40	$\chi^2=2,72$ $p > 0,05$
1-2 saat arayla	18	36	17	34	
3 saatten fazla arayla	15	30	9	6	
Eliminasyon					
2-3 saatte bir bez değiştirme	27	54	21	42	$\chi^2=0,04$ $p > 0,05$
3 saatten fazla bez değiştirme	23	46	29	58	
Defekasyon					
Koyu kahve,normal kıvamda	23	46	15	30	$\chi^2=4,35$ $p > 0,05$
Hardal rengi	19	38	21	42	
Açık sarı ve sulı	4	8	10	20	
Kabızlık	4	8	4	8	
Göbeğin görünümü					
Normal / düştü	50	100	45	90	$\chi^2=3,36$ $p > 0,05$
Kızamık / ödemli	0	0	5	10	
Uyku düzeni					
Düzenli uyku	25	50	25	50	$\chi^2=0$ $p > 0,05$
Genelde geceleri uykusuz	25	50	25	50	

Tablo 7'deki bebeklerin doğum sonrası 5. gündeki bulgularına bakıldığında;

Cildin görünümü deney grubunun %68'inde, kontrol grubunun % 66'sında pembe ve sağlıklıdır. Deney grubunun %72'sinde, kontrol grubunun %64'sinde pamukçuğa; deney grubunun %90'ında, kontrol grubunun %86'sında konağa rastlanmamıştır.

Deney grubunun %84'ü, kontrol grubunun %72'si tamamen anne sütü ile beslenmektedir. Deney grubunun %34'ü, kontrol grubunun %40'ı her uyandığında beslenilmektedir.

Deney grubunun %54'ünde, kontrol grubunun %58'inde bebek bezi 3 saatten fazla aralıklarla değiştirilmektedir. Deney grubunun %46'sının koyu kahve normal kıvamda dışkı, kontrol grubunun %42'sinin açık kahverengi dışkı vardır.

Deney grubunun % 100'ünün, kontrol grubunun %90'ının göbek durumu normaldir.

İki grubun da %50'sinin düzenli uykusu vardır.

Tablo 8. Bebeklerin Doğum Sonrası 10. Gündeki Bulgularının Dağılımı

DOĞUM SONRASI BEBEK TAKİBİ (10. GÜN)	Deney grubu		Kontrol grubu		χ^2 ve p değeri
	n = 50	%	n = 50	%	
Cildin görünümü					
Pembe ve sağlıklı	40	80	36	72	$\chi^2=3,25$ $p > 0,05$
Sarı	10	20	11	22	
Kuru ve buruşuk	0	0	3	6	
Pamukçuk					
Yok	43	86	38	76	$\chi^2=1,03$ $p > 0,05$
Var	7	14	12	24	
Konak					
Yok	43	86	40	80	$\chi^2=0,28$ $p > 0,05$
Var	7	14	10	20	
Emzirme					
Yeterli	42	84	36	72	$\chi^2=2,10$ $p > 0,05$
Yetersiz	5	10	9	18	
Hiç yok	3	6	5	10	
Ek besin					
Tamamen anne sütü	42	84	36	72	$\chi^2=2,10$ $p > 0,05$
Hazır mama	5	10	9	18	
İnek sütü	3	6	5	10	
Beslenme sıklığı					
Ağladıkça	20	40	20	40	$\chi^2=0,26$ $p > 0,05$
1-3 saat arayla	17	34	15	30	
3 saatten fazla	13	26	15	30	
Eliminasyon					
2-3 saatte bir bez değiştirme	27	54	21	42	$\chi^2=1,45$ $p > 0,05$
3 saatten fazla bez değiştirme	23	46	29	58	
Defekasyon					
Koyu kahve,normal kıvamda	16	32	13	26	$\chi^2=0,61$ $p > 0,05$
Hardal rengi	25	50	26	52	
Açık sarı ve sulu	6	12	8	16	
Kabızlık	3	6	3	6	
Göbeğin görünümü					
Normal /düşük	50	100	50	100	
Uyku düzeni					
Düzenli uyku	28	56	26	52	$\chi^2=0,04$ $p > 0,05$
Düzensiz uyku	22	44	24	48	

Tablo 8'deki bebeklerin doğum sonrası 10. gündeki bulgularına bakıldığında;

Cildin görünümü deney grubunun %80'inde, kontrol grubunun % 72'sinde **pembe ve sağlıklıdır**. Deney grubunun %86'sında, kontrol grubunun %76'sında **pamukçuğa**; deney grubunun %86'ında, kontrol grubunun %80'sinde **konağa rastlanmamıştır**.

Deney grubunun %84'ü, kontrol grubunun %72'si **tamamen anne sütü ile beslenmektedir**. Her iki grubun da %40'ı, **her uyandığında beslenilmektedir**.

Deney grubunun %52'inde her 2-3 saatte bir bez değiştirilirken, kontrol grubunun %62'sinde **bebek bezi 3 saatten fazla aralıklarla değiştirilmektedir**. Deney grubunun %50'sinin, kontrol grubunun %52'sinin **açık kahverengi dışkısı vardır**.

Her iki grubun da % 100'ünün, **göbek durumu normaldir**.

Deney grubunun %56'sının, kontrol grubunun % 52'sininde **düzenli uykusu vardır**.



Tablo 9. Olguların Hasta Memnuniyeti Anket Soruları'na Göre Cevapların Dağılımı

HASTA MEMNUNİYETİ ANKET SORULARI	D. G.		K. G.		p değ eri
	n=50	%	n=50	%	
1. Daha önce başka bir sağlık kuruluşunda yatarak hizmet aldınız mı? Evet Hayır	22 28	44 56	21 29	42 58	> 0,05
2. Size sunduğumuz hizmeti daha önce aldığınız hizmetle karşılaştırır mısınız? Almadım Daha iyi Benzer Daha kötü	28 15 6 1	56 30 12 2	29 11 9 1	58 22 18 2	> 0,05
3. Servise ilk geldiğinizde hemşire tarafından size servisin tanıtım yapıldı mı? Evet Kısmen Hayır	25 19 6	50 38 12	21 21 8	42 42 16	> 0,05
4. Hastanemizde yatmanız sürede hemşire size yapılan işlemler hakkında yeterli bilgiyi verdi mi? Evet Kısmen Hayır	41 9 0	82 18 0	28 21 1	56 42 2	< 0,05
5. Herhangi bir konuda talepte bulunduğunuzda çözüm bulundu mu? Evet Kısmen	42 8	84 16	33 17	66 34	< 0,05
6. Yardıma ihtiyacınız olduğunda hemşireye nasıl ulaşabileceğiniz konusunda bilgilendirildiniz mi? Evet Kısmen	46 4	92 8	44 6	88 12	> 0,05
7. İsteddiğiniz an hemşireyi bulabildiniz mi? Evet Kısmen Hayır	39 10 1	78 20 2	30 17 3	60 34 6	< 0,05
8. Hemşireler tedavi dışında da size zaman ayırdı mı? Evet Kısmen Hayır	45 5 0	90 10 0	35 14 1	70 28 2	< 0,05
9. Taburcu olmadan önce hemşireden evde bakım konusunda yeterli bilgiyi aldınız mı? Evet Kısmen Hayır	36 14 0	72 28 0	16 28 6	32 56 12	< 0,05
10. Hastanemizde kaldığınız sürede verilen hemşirelik hizmetinin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz? Evet Kısmen	42 8	84 16	27 23	54 46	< 0,05
11. Hastanemizde kaldığınız sürede verilen hekimlik hizmetinin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz? Evet Kısmen Hayır	24 20 6	48 40 12	22 22 6	44 44 12	> 0,05
12. Hastanemizde kaldığınız sürede odanın düzeninden ve temizliğinden memnun kaldınız mı? Evet Kısmen	37 13	74 26	32 18	64 36	> 0,05
13. Hastanede kaldığınız sürede yemeklerden memnun kaldınız mı? Evet Kısmen Hayır	23 24 3	46 48 6	21 25 4	42 50 8	> 0,05
14. İkinci doğumunuz için bizi tercih eder misiniz ? Evet Kararsızım	45 5	90 10	37 13	74 26	< 0,05
15. Doğum için bir yakınınıza bizi önerir misiniz? Evet Kararsızım	47 3	94 6	39 11	78 22	< 0,05

Daha önce başka bir sağlık kuruluşunda yatarak hizmet aldınız mı? sorusuna deney grubunun %56'si, kontrol grubunun %52'si Hayır cevabını vermiştir.

Size sunduğumuz hizmeti daha önce aldığınız hizmetle karşılaştırır mısınız? sorusuna deney grubunun %56'si, kontrol grubunun %58'i Almadım, deney grubunun %30'u, deney grubunun %22'si Daha iyi cevabını vermiştir.

Servise ilk geldiğinizde hemşire tarafından size servisin tanıtımı yapıldı mı? sorusuna deney grubunun %50'si, kontrol grubunun %42'si Evet cevabını vermiştir.

Hastanemizde yattığınız sürede hemşire size yapılan işlemler hakkında yeterli bilgiyi verdi mi? sorusuna deney grubunun %82'si, kontrol grubunun %56'sı Evet cevabını vermiştir. Anlamlı istatistiksel fark vardır.

Herhangi bir konuda talepte bulunduğunuzda çözüm bulundu mu? sorusuna deney grubunun %84'ü , kontrol grubunun %66'sı Evet cevabını vermiştir. Anlamlı istatistiksel fark vardır.

Yardıma ihtiyacınız olduğunda hemşireye nasıl ulaşabileceğiniz konusunda bilgilendirildiniz mi? sorusuna deney grubunun %92'si, deney grubunun %88'i Evet cevabını vermiştir.

İstedığınız an hemşireyi bulabildiniz mi? sorusuna deney grubunun %78'i, kontrol grubunun %60'sı Evet cevabını vermiştir. Anlamlı istatistiksel fark vardır.

Hemşireler tedavi dışında da size zaman ayırdı mı? sorusuna deney grubunun %90'ı, kontrol grubunun %70'i Evet cevabını vermiştir. Anlamlı istatistiksel fark vardır.

Taburcu olmadan önce hemşireden evde bakım konusunda yeterli bilgiyi aldınız mı? sorusuna deney grubunun %72'si Kısmen, kontrol grubunun %56'sı Evet cevabını vermiştir. Anlamlı istatistiksel fark vardır.

Hastanemizde kaldığınız sürede verilen hemşirelik hizmetinin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz? sorusuna deney grubunun %84'ü, kontrol grubunun %54'ü Evet cevabını vermiştir. Anlamlı istatistiksel fark vardır.

Hastanemizde kaldığınız sürede verilen hekimlik hizmetinin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz? sorusuna deney grubunun %48'i, kontrol grubunun %42'si Evet cevabını vermiştir.

Hastanemizde kaldığınız sürede odanın düzeninden ve temizliğinden memnun kaldınız mı? sorusuna deney grubunun %74'ü, kontrol grubunun %64'ü Evet cevabını vermiştir.

Hastanede kaldığınız sürede yemeklerden memnun kaldınız mı? sorusuna kontrol grubunun %48'i, deney grubunun %50'si Kısmen cevabını vermiştir.

İkinci doğumunuz için bizi tercih eder misiniz ?sorusuna deney grubunun %90'ı, kontrol grubunun %74'ü Evet cevabını vermiştir. Anlamlı istatistiksel fark vardır.

Doğum için bir yakınınıza bizi önerir misiniz?sorusuna deney grubunun %94'ü, kontrol grubunun %78'i Evet cevabını vermiştir. Anlamlı istatistiksel fark vardır.

Anketin güvenilirlik çalışması Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları tekniği incelemeleri sonucundan anketin geçerlilik ve güvenilirliğinin yeterli olduğu belirlendi: $\alpha = 0,92$ ($\alpha > 0,80$)

Tablo 10. Deney ve Kontrol Grubundaki Olguların Memnuniyet Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PUAN ORTALAMALARI						t ve p değeri
Deney Grubu			Kontrol Grubu			
n	X	SD	n	X	SD	
50	83,5	9,5	50	74,8	12,1	t=3,98 / P=0

Tablo 10'daki grupların aldıkları total puan ortalamalarına bakıldığında; deney grubunu ortalaması 83,57, kontrol grubunun ortalaması 74,85 olduğu görülmektedir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 11. Olguların Bireysel/obstetrik Özellikleri ve Travay/Doğum Öykülerine

Göre memnuniyet Puanlarının Dağılımı

BİREYSEL/OBSTETRİK ÖZELLİKLER VE TRAVAY/DOĞUM ÖYKÜLERİ	PUAN ORTALAMALARI						t ve p değerleri
	Deney Grubu			Kontrol Grubu			
	n	X	SD	n	X	SD	
Yaş							
17-22	27	84,5	8,6	25	75,8	9,9	t= 3,36 /p < 0,05
23-28	21	81,6	10,0	22	73,3	14,0	t= 2,19 /p < 0,05
29-36	2	91,0	12,6	3	77,3	18,3	t= 0,9 /p < 0,05
Eğitim Durumu							
İlkokul	18	81,5	10,2	2	70,7	10,9	t= 3,13 /p < 0,05
Ortaokul	23	86,0	7,9	20	78,2	11,1	t= 2,68 /p < 0,05
Lise	8	80,8	12,0	9	75,0	15,0	t= 0,86 /p < 0,05
Üniversite	1	85,7	0,0	1	89,2	0,0	
Eşinin Çalışma Durumu							
Kendi işinde çalışıyor	25	83,7	10,7	22	73,0	12,2	t= 3,19 /p < 0,05
Bir kurumda işçi/memur	23	83,8	8,4	27	75,7	12,1	t= 2,68 /p < 0,05
Çalışmıyor	2	78,5	10,1	1	89,2	0,0	
Özgeçmiş							
Sağlık sorunu yok	44	84,1	12,6	44	74,3	12,6	t= 4,22 /p < 0,05
Sağlık sorunu var	6	79,1	14,0	6	78,5	7,1	t= 0,09 /p > 0,05
Soygeçmiş							
Sağlık sorunu yok	33	83,4	9,2	34	73,0	11,9	t= 3,9 /p < 0,05
Sağlık sorunu var	17	83,8	9,2	16	78,7	12,0	t= 1,35 /p > 0,05
Gebelik Öyküsü							
Sorun yaşamamış	40	80,2	9,4	41	78,7	10,4	t= 2,1 /p > 0,05
Sorun yaşamış	10	78,1	10,3	9	77,6	9,3	t= 1,36 /p > 0,05
Hastaneye Geldiğinde							
Ağrı Durumu							
Var	28	83,1	9,2	26	77,3	11,4	t= 2,6 /p < 0,05
Yok	22	84,0	10,0	24	72,1	12,5	t= 3,52 /p < 0,05
Erken Membran Ruptürü							
Var	4	76,7	11,1	4	83,0	6,7	t= 0,96 /p > 0,05
Yok	46	84,16	9,3	46	74,1	12,3	t= 4,4 /p < 0,05
İndüksiyon							
Var	33	84,7	8,8	30	74,8	12,7	t= 3,6 /p < 0,05
Yok	17	81,3	10,7	20	74,8	11,6	t= 1,75 /p > 0,05
Sezaryen Endikasyonu							
Var	42	82,4	8,7	42	73,1	9,3	t= 2,53 /p < 0,05
Yok	8	89,2	5,7	8	72,3	11,0	t= 3,84 /p < 0,05

Tablo 11'deki olguların bireysel/obstetrik özellikleri ve travay/doğum öykülerine göre aldıkları memnuniyet puanlarına bakıldığında;

(17-22) yaş grubunda deney grubunun ortalaması 84,5, kontrol grubunun ortalaması 75,8'dir. (23-28) yaş grubundaki ortalamalar 81,6 ve 73,3'tür. (29-36) yaş grubundaki

ortalamlar 91,0 ve 77,3'tür. Tüm gruplarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

İlkokul mezunlarının puan ortalamaları 81,5 ve 70,7'dir. **Ortaokul** mezunlarının ortalamaları 86,0 ve 78,2'dir. Aradaki farklar istatistiksel olarak farklı bulunmuştur ($p<0,05$). **Lise** mezunlarının ortalamaları 80,8 ve 75,0'dır. Her iki grupta birer üniversite mezunu vardır. Onların puan ortalamaları 85,7 ve 98,2'dir.

Eşlerinin çalışma durumlarına göre puan ortalamalarına bakıldığında; eşi kendi işinde çalışanların ortalamaları 83,7 ve 73'dir. **Bir kurumda işçi/memur olarak çalışanların** ortalamaları 83,8 ve 75,7'dir ve bu iki grubun arasında anlamlı istatistiksel fark vardır ($p<0,05$). **Çalışmayanların** ortalaması 78,5 ve 98,2'dir.

Özgeçmişlerine göre puan ortalamasına bakıldığında; sağlık sorunu olmayanların ortalamaları 84,1 ve 74,3'tür. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p<0,05$). **Soygeçmişlerinde sağlık sorunu olmayanların** ortalamaları 83,4 ve 73,0'dır. Anlamlı istatistiksel fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Gebelikte sorun yaşama durumuna göre puan ortalamalarına bakıldığında sorun yaşamayanların ortalamaları 80,2 ve 78,7'dir. Anlamlı istatistiksel fark yoktur ($p>0,05$).

Hastaneye geldiğinde ağrısı olanların ortalamaları 83,1 ve 77,3'tür; **ağrısı olmayanların** ortalaması 84,0 ve 72,1'dir. İki gruptaki farklar da istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Erken membran rüptürü olmayanların; ortalamaları 84,1 ve 74,1'dir. Anlamlı istatistiksel fark vardır ($p<0,05$). **Erken membran rüptürü olanların** ortalamaların ortalamaları 76,7 ve 83,0'dır ve anlamlı istatistiksel fark yoktur.

İndüksiyon uygulananların arasında da anlamlı istatistiksel fark vardır (84,7 ve 74,8) ($p<0,05$).

Sezaryen endikasyonu olmayanların ortalamaları 89,2 ve 72,3'tür. **Sezaryen endikasyonu olanların** ortalamaları 82,4 ve 73,1'dir. İki grupta da anlamlı istatistiksel fark vardır ($p<0,05$).

Tablo 12. Deney Grubundaki Olguların Bireysel/Obstetrik Özellikleri ve Travay/Doğum Öyküleri ile Memnuniyet Puanları Arasındaki İlişkileri

OLGULARIN BİREYSEL/OBSTETRİK ÖZELLİKLERİ VE TRAVAY/DOĞUM ÖYKÜLERİ	PUAN ORTALAMALARI			f, t ve p değerleri
	Deney Grubu			
	n	X	SD	
Yaş				
17-22	27	84,5	8,6	f= 1,19 p > 0,05
23-28	21	81,6	10,0	
29-36	2	91,0	12,6	
Eğitim Durumu				
İlkokul	18	81,5	10,2	f= 0,30 p > 0,05
Ortaokul	23	86,0	7,9	
Lise	8	80,8	12,0	
Üniversite	1	85,7	0	
Eşinin Çalışma Durumu				
Kendi işinde çalışıyor	25	83,7	10,7	f= 0,27 p > 0,05
Bir kurumda işçi/memur	23	83,8	8,4	
Çalışmıyor	2	78,5	10,1	
Özgeçmiş				
Sağlık sorunu yok	44	84,1	12,6	t= 1,21 p > 0,05
Sağlık sorunu var	6	79,1	14,0	
Soygeçmiş				
Sağlık sorunu yok	33	83,4	9,2	t= 0,13 p > 0,05
Sağlık sorunu var	17	83,8	9,2	
Gebelik Öyküsü				
Sorun yaşamamış	40	80,2	9,4	t= 0,31 p > 0,05
Sorun yaşamış	10	78,1	10,3	
Hastaneye Geldiğinde Ağrı Durumu				
Var	28	83,1	9,2	t= 0,34 p > 0,05
Yok	22	84,0	10,0	
Erken Membran Ruptürü				
Var	4	76,7	11,1	t= 1,5 p > 0,05
Yok	46	84,16	9,3	
İndüksiyon				
Var	33	84,7	8,8	t= 1,21 p > 0,05
Yok	17	81,3	10,7	
Sezaryen Endikasyonu				
Var	42	82,4	8,7	t= 3,03 p > 0,05
Yok	8	89,2	5,7	

Tablo 12’da deney grubundaki olguların bireysel/obstetrik özelliklerine ve travay/doğum öykülerine göre aldıkları memnuniyet puan ortalamalarına bakıldığında;

(17-22) yaş grubunda puan ortalaması 84,5; (23-28) yaş grubundaki ortalama 81,6; (29-36) yaş grubundaki ortalamaları 91,0’dır. Tüm gruplarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,05).

İlkokul mezunlarının puan ortalamaları 81,5. Ortaokul mezunlarının ortalamaları 86,0'dır. Lise mezunlarının ortalamaları 80,8'dir. Birer üniversite mezunu vardır. Onun puanı da 85,7'dir.

Eşlerinin çalışma durumlarına göre puan ortalamalarına bakıldığında; eşi kendi işinde çalışanların ortalaması 83,7'dir. Bir kurumda işçi memur olarak çalışanların puan ortalaması 83,8'dir. Çalışmayanların ortalaması 78,5'tir.

Özgeçmişlerine göre puan ortalamasına bakıldığında; sağlık sorunu olmayanların ortalaması 84,1'dir. Soygeçmişlerinde sağlık sorunu olmayanların puan ortalaması 83,4'tür. Gebelikte sorun yaşama durumuna göre puan ortalamasına bakıldığında sorun yaşamayanların ortalamaları 80,2'dir.

Hastaneye geldiğinde ağrısı olanların ortalaması 83,1; ağrısı olmayanların ortalaması 84,0'dır.

Erken membran rüptürü olmayanların ortalaması 84,1; Erken membran rüptürü olanların ortalaması 76,7; indüksiyon uygulananların ortalaması 81,3'tür.

Sezaryen endikasyonu olanların ortalaması 82,4'tür. Sezaryen endikasyonu olmayanların ortalaması 89,2'dir.

Hiçbir grupta istatistiksel farka rastlanılmamıştır.

Tablo 13. Kontrol Grubundaki Olguların Bireysel/Obstetrik Özellikleri ve Travay/doğum Öyküleri ile Memnuniyet Puanları Arasındaki İlişkileri

OLGULARIN BİREYSEL/OBSTETRİK ÖZELLİKLERİ VE TRAVAY/DOĞUM ÖYKÜLERİ	PUAN ORTALAMALARI			f, t ve p değerleri
	Kontrol Grubu			
	n	X	SD	
Yaş				
17-22	25	75,8	9,9	f= 0,3 p > 0,05
23-28	22	73,3	14,0	
29-36	3	77,3	18,3	
Eğitim Durumu				
İlkokul	2	70,7	10,9	f= 1,83 p > 0,05
Ortaokul	20	78,2	11,1	
Lise	9	75,0	15,0	
Üniversite	1	89,2	0,0	
Eşinin Çalışma Durumu				
Kendi işinde çalışıyor	22	73,0	12,2	f= 1,02 p > 0,05
Bir kurumda işçi/memur	27	75,7	12,1	
Çalışmıyor	1	89,2	0,0	
Özgeçmiş				
Sağlık sorunu yok	44	74,3	12,6	t= 0,79 p > 0,05
Sağlık sorunu var	6	78,5	7,1	
Soygeçmiş				
Sağlık sorunu yok	34	73,0	11,9	t= 0,34 p > 0,05
Sağlık sorunu var	16	78,7	12,0	
Gebelik Öyküsü				
Sorun yaşamamış	41	78,76	10,4	t= 0,51 p > 0,05
Sorun yaşamış	9	77,6	9,3	
Hastaneye Geldiğinde Ağrı Durumu				
Var	26	77,3	11,4	t= 1,52 p > 0,05
Yok	24	72,1	12,5	
Erken Membran Ruptürü				
Var	4	83,0	6,7	t= 1,41 p > 0,05
Yok	46	74,1	12,3	
İndüksiyon				
Var	30	74,8	12,7	t= 0,02 p > 0,05
Yok	20	74,8	11,6	
Sezaryen Endikasyonu				
Var	42	73,3	9,3	t= 0,4 p > 0,05
Yok	8	72,36	10,8	

Tablo 13’de kontrol grubundaki olguların bireysel/obstetrik özelliklerine ve travay/doğum öykülerine göre aldıkları memnuniyet puan ortalamalarına bakıldığında;

(17-22) yaş grubunda puan ortalaması 75,8’dir. (23-28) yaş grubundaki ortalama 73,3’tür. (29-36) yaş grubundaki ortalama 77,3’tür.

İlkokul mezunlarının puan ortalaması 70.7'dir. Ortaokul mezunlarının ortalaması 78,2'dir. Lise mezunlarının ortalaması 75,0'dır. Bu grupta da bir üniversite mezunu vardır. Onun puanı 98,2'dir.

Eşlerinin çalışma durumlarına göre puan ortalamalarına bakıldığında; eşi kendi işinde çalışanların ortalaması 73,0'dır. Bir kurumda işçi memur olarak çalışanların puan ortalaması 75,7'dir. Çalışmayanların ortalaması 98,2'dir.

Özgeçmişlerine göre puan ortalamasına bakıldığında; sağlık sorunu olmayanların ortalaması 74,3'tür. Soygeçmişlerinde sağlık sorunu olmayanların puan ortalaması 73,0'dır.

Gebelikte sorun yaşama durumuna göre puanlara bakıldığında sorun yaşamayanların ortalaması 78,7'dir.

Hastaneye geldiğinde ağrısı olanların ortalaması 77,3; ağrısı olmayanların ortalaması 72,1'dir.

Erken membran rüptürü olmayanların ortalaması ve 74,1'dir. Erken membran rüptürü olanların ortalaması 83,0'dır. İndüksiyon uygulananların ortalaması 74,8'dir.

Sezaryen endikasyonu olanların ortalaması 73,1'dir. Sezaryen endikasyonu olmayanların ortalaması 72,3'tür.

Hiçbir grupta istatistiksel farka rastlanılmamıştır.

5. TARTIŞMA

Araştırma amacına uygun şekilde, özel Erdem Hastanesi'nde sezaryen ameliyatı geçirmiş ve örnekleme de belirtilen özelliklere uyan deney grubu 50, kontrol grubu 50 olgu belirlenerek araştırma kapsamına alınmıştır.

5.1. OLGULARIN BİREYSEL / OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNE VE TRAVAY / DOĞUM ÖYKÜLERİNE İLİŞKİN BULGULARININ TARTIŞILMASI

Kadınlarda doğurganlık dönemi 18-49 olmasına karşın anne ve bebek sağlığı yönünden 18-35 yaş arasındaki gebelikler daha az risk taşımaktadır (15,23,32,59,64).

TNSA 1998 verilerine göre annelerin 20-29 yaşlarındaki doğumlarında bebek ölüm hızları düşük düzeye inmekte, 20 yaşından küçük yada 40 yaşından büyük oldukları durumlarda bu hızda artma gözlenmektedir. Bölgelere göre yapılan değerlendirmelerde Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da erken ve ileri yaş gebelikleri oranları yüksektir (Batıda %14, Doğuda %30 ve ↑ (23,59,60).

Tablo 1'deki olguların bireysel özellikler incelendiğinde; çalışmamızın örneklemini oluşturan (17-36) yaşlar arasındaki gebelerin kontrol grubunun %50'inin, deney grubunun %54'ünün (17-22) yaş grubunda olduğu görülmüştür.

TNSA 1998 verilerine göre ülkemizde en sık doğurganlık hızı 20-24 ile 25-29 yaş gruplarında görülmektedir (60).

Bu çalışmada düşük yaş grubundakilerin ağırlıkta olmasını örneklemin primipar kadınlardan oluşturulmuş olmasına bağlayabiliriz. Ayrıca çalışmamızda örnekleme alınan annelerin yaş açısından risk grubunda olmadıkları söylenebilir.

Olguların çalışma durumlarına bakıldığında her iki grubun tamamına yakınının çalışmadığı görülmüştür.

Eryılmaz'ın yaptığı çalışmada annelerin çoğunluğunun çalışmadığı (deney %88,kontrol %94) görülmüştür (27). Devlet İstatistikleri Enstitüsü'nün Ekim 1992 verilerine göre ülkemizde herhangi bir işte çalışmayan ancak ücretsiz aile işçisi olduğu belirtilen kadın oranı %65.1 olarak belirtilmiştir (19).

Olguların eğitim durumlarına bakıldığında deney grubunun %36'sının, kontrol grubunun %40'ının ortaokul mezunu; deney grubunun %46'sının, kontrol grubunun %40'ının ilkokul mezunu olduğu; okuma-yazma bilmeyen olguya rastlanmadığı görülmüştür.

Eryılmaz'ın çalışmasında annelerin eğitim düzeyi genellikle ilkokul mezunu (deney:

%62, kontrol: %60) olarak tespit edilmiştir (27). Gündüz'ün çalışmasında olguların %78.7'sinin ilköğretim okulu mezunu, %1.3'ünün de okuma-yazma bilmediği belirlenmiştir (32). Yıldız'ın çalışmasında annelerin çoğunluğunun (%46.6) eğitim düzeyi okur-yazar ve ilkokul olduğu belirlenmiştir (64). Yeşilçiçek'in çalışmasında olguların %51.4'ü okur-yazar/ilkokul mezunudur (52). TNSA 1998 verilerine göre ülkemizde 25-29 yaş grubundaki kadınların %51,3'ü ilkokul, %21,6'sı ortaokul , % 13,6'sı lise mezunu; okuma-yazma bilmeyenlerin oranı ise %17'dir (60). Dünya Çocuklarının Durumu 1998'e göre ülkemizde yetişkinlerin okur-yazar oranı kadınlarda %72 olarak bildirilmiştir (20).

Örnekleme okur-yazar oranının yüksek oluşunu; olguların çoğunluğunun 17-22 yaşları arasındaki primipar annelerin oluşturmasından, ayrıca çalışmanın özel bir hastanede ve Marmara Bölgesi gibi eğitim düzeyi yüksek bir bölgede yapılmasından kaynaklandığını düşünebiliriz.

Çalışma kapsamındaki olguların eşlerinin çalışma durumuna bakıldığında; deney grubunda % 50 ile kendi işinde çalışanların, kontrol grubunda da bir kurumda işçi memur olarak çalışanların birinci sırada oldukları; deney grubunun %4'ünün, kontrol grubunun %2'sinin ise çalışmadıkları görülmüştür.

Özgeçmişlerine bakıldığında, iki grubun da %88'inin sağlık problemi olmadığı; soygeçmişlerinde de deney grubunun %66'sının , kontrol grubu %68'inin sağlık problemi olmadığı görülmüştür. Yıldız'ın çalışmasında da olguların %79'unda herhangi bir sağlık problemi olmadığı saptanmıştır (64). Gündüz'ün çalışmasında olguların %16.8'i batin ameliyatı (appendektomi, sezaryen, tübal ligasyon, böbrek ameliyatı), %4'ünün GİS hastalığı geçirmiş olduğu ve %8.7'sinde tiroid hastalığının (hipo/hipertiroidi) mevcut olduğu görülmüştür (32).

Her iki grupta olguların büyük çoğunluğu (%80, %82) gebeliklerini sorunsuz rahat geçirmiş. Gebelikte yaşadıkları sorunlar gebeliği tehdit etmeyen sorunlardır ($TA\uparrow$ / $TA\downarrow$, kas krampları, bulantı, kusma). Eryılmaz'ın çalışmasında gebelikte sorun yaşamama oranı deney grubunda %58, kontrol grubunda %54'tür (27). İki çalışma arasındaki farka bu çalışmanın özel hastanede, Eryılmaz'ın çalışmasının devlet hastanesinde yapılmış olması neden olmuş olabilir. Bu sonuçlar olguların primipar oldukları dikkate alındığında beklenen sonuçlardır.

Deney grubunun %96'sı, kontrol grubunun %90'ı daha önce düşük yapmamıştır. Altımsoy'un araştırmasında düşük yapmama oranı %75,3' (6) ve Yıldız'ın çalışmasında düşük yapmama oranı %79'dur (64). TNSA 1998 verilerine göre ülkemizdeki kadınların gebelik sayısının ortalaması 2,6'dır (60). Marmara Bölgesi'nde düşük oranı %23,2, küretaj oranı %14.5'tir.

Düşük oranının düşük olması yine olguların primipar olmasına ve ağırlıkla genç yaş grubunda olmalarına bağlayabiliriz.

Tablo 2'deki travay/doğum öykülerine bakıldığında deney grubunun %56'sının. Kontrol grubunun %52'sinin hastaneye geldiğinde ağrısının olduğu, her iki grubun da %92'sinin erken membran rüptürü olmadığı ve deney grubunun %66'sına, kontrol grubunun %60'ına indüksiyon uygulandığı belirlenmiştir.

İndüksiyon uygulanma oranının yüksek olması indüksiyonun hastanelerde doğumu hızlandırmak için uygulanma eğiliminin fazla olduğunu düşündürmektedir. Ancak izlemi iyi yapılmadığında gebe zorunlu sezaryene alınabilmektedir.

Sezaryen endikasyonlarının büyük kısmını (%62, %56) ilerlemeyen travay oluşturmaktadır. S.B. Şişli Etfal Hastanesi'nde sezaryen vakalarının artış nedenleri ve endikasyonlarının incelenmesi konusunda yürütülen çalışmaya göre 1981-1985 yılları arasındaki endikasyonları %46,03 ilerlemeyen travay, %29,20 tekrarlayan sezaryen; 1989-1992 arasında ise %40,70 ilerlemeyen travay, %24,44 tekrarlayan sezaryen oluşturmaktadır (5). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda sezaryen endikasyonları araştırıldığında ilerlemeyen travay oranı %19,9; tekrarlayan sezaryen oranı %22 bulunmuştur (24). Gündüz'ün çalışmasında sezaryen oranı %32'dir (32). TNSA 1998 verilerine göre ülkemizde sezaryen ile doğum yapma oranı %14'tür (50).

Bu çalışmanın sezaryen endikasyonlarıyla da paralel olarak olguların çoğunluğunun normal vajinal doğum için bekledikleri ancak eylemin ilerlememesi sonucunda sezaryen tercih edildiğini göstermektedir. Ayrıca çalışmanın özel hastanede yürütülüyor olması ve sezaryenin özel sektörde hem hekimlerin hem de anne adaylarının tercih ettikleri bir müdahale haline gelmesi de bu sonuçları desteklemektedir. Ayrıca kurumun uyguladığı fiyat politikasıyla da sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan kesim de sezaryenle doğumu tercih edebilmektedir.

5.2. OLGULARIN HEMŞİRELİK BAKIM FORMLARINDAKİ BULGULARININ TARTIŞILMASI

Tablo 3'teki vital bulgu değerlerinde hiçbir takip saatinde normal değerler sınırı üzerine çıkmamış yada altında inmemiştir. Tüm vital bulgular literatür bilgileri doğrultusunda beklenen sonuçlarla paraleldir. Bunu olguların özgeçmişinde önemli sağlık problemi olmamasına ve primipar annelerden oluşmasına bağlayabiliriz.

Tablo 4.'teki bulgulara bakıldığında her iki gruptaki olguların büyük çoğunluğunun (0-6. saatlerde %62, %66; 7-24. saatlerde %58, %64 ve 25-48 saatlerde %56, %64) insizyonu klinikte kaldıkları sürece temizdir. Küçük yada büyük kan lekeleri olan hastalara da ara pansuman yapma

ihtiyacı duyulmamıştır.

Lochianın özelliklerine baktığımızda 0-6 saatlerde her iki grupta da 0-6 saatlerde %6 oranında şiddetli ve kırmızı renklidir. Bu oran 7-24 saatlerde %2'ye inmiştir ve 25-48 saatlerde bu bulgulara hiç rastlanılmamıştır. Lochianın kokusu tüm olgularda tüm takip saatlerinde normaldir. 0-6. saatlerde %10, %16; 7-24. saatlerde %4, %6 oranlarında gevşek/tam gevşek uterusa rastlanılmıştır.

Deney grubunda doğum sonrasında lochia ve involüsyon kontrolü, literatür doğrultusunda hazırlanmış olan hemşirelik bakım formu doğrultusunda sistematik bir şekilde yapılmıştır. Kontrol grubunda da deney grubundaki gibi sistematik bir şekilde olmasa da lochia ve involüsyon kontrolü yapılmaktadır. Gruplarda oranların arasında istatistiksel olarak fark olmaması buna bağlanabilir.

Foley kateteri takılan ve takılmayan hastaların sonuçları birbirine yakındır (%58, %54). 6. saatten sonra foley kateterin kalma oranları %6ve %10'dur. Klinikte en geç 24. saatten sonra foley kateter çekilir; miksiyona teşvik edilir ve taburculuk öncesinde hastanın bu konuyla ilgili bir sorununu olmadığına emin olunur. Gaz çıkışı 7-24 saatlerde yalnızca %34, %28 oranlarda iken taburculuk öncesinde tüm olgularda gaz çıkışı vardır. Beslenme bulguları literatüre paralel olarak 0-6. saatlerde hastaya oral yoldan bir şey verilmez; 7-24 saatlerde Rejim 1 ve 25-48 saatlerde Rejim 11 verilir. Gündüz'ün çalışmasında ilk defekasyon yapma zamanı %40.7 oranla doğum sonu 2. gündür (32).

Klinikte rutin olarak meme durumu kontrolü, Homan's bulgusu, ödem ve barsak sesleri takibi yapılmamaktadır. Bu bulguların takibi yalnızca deney grubunda yapılmıştır .

Meme ucu çatlağı ilk 24 saatte %20, 24-48 saatte %25 olarak saptanmıştır. Bu oran Mert'in çalışmasında ilk 24 saat %15, 24-48 saatte %37 olarak bulunmuştur. Yine Mert'in yaptığı çalışmada primipar annelerde bu oran %44,2'dir ve ikinci doğumunu yapan annelere (%29,2) göre daha yüksektir (44). Ziemer ve arkadaşları bu oranı %34 olarak bulmuştur (65). Kömürcü'nün çalışmasında doğum sonu ikinci gün %31 oranında çatlak saptanmıştır (40).Bu sonuçların farklı örneklem ve gözlemcilerin değerlendirme farklılıkları ile açıklanabilir. Meme ucunda ağrı annelerde ilk 24 saatte %30, ikinci 24 saatte %45'tir. Mert'in çalışmasında bu oran %50'dir (44). Memelerde gerginlik ilk 24 saatte görülmemiş, 24-48 saatlerde de %18 oranında saptanmıştır. Bu oran Mert'in çalışmasında %2'dir (44). Meme ucunda içe çöküklük ilk 24 saatte %20, ikinci 24 saatte %16 olarak saptanmıştır Ayrıca Mert çalışmasında doğum şeklinin meme ucunda görülen sorunların görülme oranı etkilemediğini saptamıştır (44). Kamburun çalışmasında annelerde doğum sonu klinikte iken memede görülen sorunlar ağrı, şişlik %3,5; göğüs uçlarının çıkmaması %22.1 ve sütün gelmemesi %49'dur (34). Çalışmamızda doğum sonrası ilk 24 saatte meme ucu çatlaklarının büyük oranda görülmesini örneklemdeki annelerin doğum öncesinde

takip etme ve kendi/bebek bakımı konusunda eğitilme imkanı olmamasına; ayrıca annelerin primipar olması ve emzirme travmasıyla ilk defa karşılaşılıyor olmasına bağlayabiliriz.

Homan's bulgusu tüm deney grubunda yokken %52 oranında ödem görülmüştür. Barsak sesleri de tüm olgularda vardır.

5.3. OLGULARIN DOĞUM SONRASI 5. VE 10. GÜNDEKİ BULGULARININ TARTIŞILMASI

Tablo 5 ve 6'dakii annelerin doğum sonrası 5. ve 10 gündeki bulgularına bakıldığında lochianın renginin ve miktarının her iki grupta da %100 oranında normal olması, iki grupta da hiçbir olguda pıhtı olmaması sevindirici, beklenen ve literatür bilgisini destekleyen sonuçlardır (15,16,59).

Lochia kokusu her iki grupta ve iki günde de tamamına yakını normaldir. Eryılmaz'ın çalışmasında annelerin doğum sonu 8. haftada deney grubunda 5 kişiden 4'ü uzun süren kanama ve 1'i de kötü kokulu akıntı gibi enfeksiyon belirtilerini deneyimlemiştir. Kontrol grubunda 8 kişiden 2'si yüksek ateş, 22si uzun süren kanama ve 4'ü kötü kokulu akıntı deneyimlemiştir (75).

Kambur'un doğum sonu dönemde kadınların hemşirelik bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi konusundaki çalışmasında klinikte kanama ile ilgili sorunları olduğunu ifade eden annelerin sorunları %63.6 fazla kanama, %36,4 de kanamanın nedeninin bilmemektir (34).

Doğum sonu 5.günde deney grubunda insizyon %90, kontrol grubunda %88 oranında temizdir. Deney grubunun %64, kontrol grubunun %70, oranında ağrısı bazen olmaktadır. Doğum sonu 10. günde deney grubunun %94'ünün kontrol grubunun %90'ının insizyonu temizdir. Akıntılı insizyona hiç rastlanılmamıştır. Deney grubunun %41'inin kontrol grubunun %80'inin, ağrısının bazen olduğu; deney grubun %8'inde kontrol grubunun %6'sında ise ağrı olmadığı görülmüştür. Ağrı, ek bir problem gelişmedikçe giderek azalması gereken bir rahatsızlıktır. Ancak dikişlerde iltihaplanma ve açılma doğum eyleminde sağlık ekibinin steril şartlarda çalışmaması ve annenin doğum sonu dönemde bilinçli bir perine bakımı yapmamasıyla yakından ilgilidir. Böyle bir komplikasyonun görülmemesi sevindirici bir sonuçtur.

Meme durumuna bakıldığında doğum sonu 5.günde deney grubunun %64, kontrol grubunun %54 oranında normal olduğu görülmektedir. Ayrıca yaşanan sorunlar: memede gerginlik ve kızarıklık (%14,%18), meme ucu çatlağı (%10, %12) ve meme ucu çöküklüğüdür (%12, %16). Doğum sonu 10.günde deney grubunun %72'sinin, kontrol grubunun %62'sinin normal olduğu görülmüştür. Yaşanılan meme sorunları birbirlerine yaklaşık oranlarda (deney

grubu: %12, %6, %10; kontrol grubu: %16, %8, %16) memede gerginlik ve/veya kızarıklık, meme ucu çatlağı ve meme ucu çöküklüğüdür.

Vural'ın Ankara'da annelerin doğum sonu dönemde ev ortamında kendi ve bebek bakımları ile ilgili karşılaştıkları sorunlar ve bunlara yönelik uygulamalar konusunda yürüttüğü çalışmasında annelerde %49,1 oranında meme problemleri görülmüştür. Bunların %54,2'sini meme ucunda çatlak; %18,6'sını meme ucunda ağrı; %15,3'ünü mastit ve %11,9'unu dolgunluk oluşturmaktadır (58). Eryılmaz doğum sonu 8. haftada memelerle ilgili sorunlar ilk sırayı yer almakla birlikte gruplar arasında anlamlı fark bulamamıştır (%50, %67,6) (27). Kearney doğum sonrası ilk bir haftada %21'unda meme ucunda çatlak saptanmıştır (35). Ziemer de ilk bir haftada meme ucunda ağrı saptamıştır (65). Memede görülen sorunlar ve bunların oranları literatür verileri ile paralellik göstermektedir.

Doğum sonu dönemde memelerde komplikasyonların önlenmesi bebeğin yeterince beslenmesi açısından da çok önemlidir. Emzirme her iki grupta ve her iki günde de büyük oranda (deney grubu: %80, %78; kontrol grubu: %72, %72) düzenli ve yeterlidir. Günümüzde emziren kadınların sayıları giderek artmaktadır. Ülkemizde anne sütü ile beslenen bebeklerin oranı %90-95'tir (18,19). Ancak bölgeler, eğitim seviyesi ve çeşitli sosyo-demografik özelliklere göre bebek beslenmesi konusundaki yaklaşımlar değişiklik göstermektedir (demirhan). Ek besin olarak sadece hazır mama ve inek sütü verilmektedir. Sorgulandığı halde besleyici değeri fazla olmayan pirinç unu mamalarının verilmediği görülmüştür, bu da sevindirici bir sonuçtur. Vural'ı araştırmasında annelerin bebeklerini beslenme durumları incelendiğinde, 4 ay boyunca sadece anne sütüyle besleyenlerin oranı %52,6, mamayla besleyenlerin oranı %11,4, karışık besleyenlerin oranı ise %36'dır. Annelerin emzirememe nedenlerine bakıldığında da %70,8'inin anneden kaynaklanan ve bilinçli önlem alındığında ortadan kalkabilecek süt yetersizliği ve göğüs ucu çatlakları gibi sorunlardan kaynaklandığı görülmüştür (58). Çalışmamızda emzirme oranların düşük olmasını annelerin primipar olmaları dolayısıyla bu konuda bilgi ve beceri eksikliklerinin olması ve olguların yarısına yakınının evde yardım alabilecekleri birisinin olmamasına (deney %46, kontrol %52) bağlanabilir. Ayrıca annenin sezaryenle doğum yapmış olmasından dolayı daha uzun bir iyileşme süreci gerektirmesi de bu sonucu doğurabileceği düşünülebilir.

Homan's bulgusu her iki grupta da doğum sonrası 5.günde yoktur. Doğum sonu 5.günde ödem deney grubunda %84, kontrol grubunda %88, oranında yoktur. 10.günde ödem deney grubunda %96, kontrol grubunda %94 oranında yoktur.

Üriner sisteminde 5. ve 10. günlerde deney grubunda %70, %76; kontrol grubunda %62, %68 oranında düzenli ve sorunsuzdur. Yaşanılan sorunlar çok düşük oranlarda sık idrara çıkma ve ağrılı idrar yapmadır. Bu oranların düşük olmasını doğum şeklinin sezaryen olmasına ve klinikte foley kateter takılırken aseptik kurallara çok sıkı şekilde uyulmasına bağlanabilir.

Deney grubu %78, %86 ; kontrol grubu %68, %78 oranında normal defekasyon özelliğine sahiptir. Görülen sorun olarak yalnızca konstipasyona rastlanılmıştır. Sorgulandığı halde diare görülmemiştir. Sezaryen abdominal bir operasyon olduğundan ve barsaklara müdahale olabildiği için, ayrıca doğumdan sonra annenin yatağa bağlı kalma süresi uzun olduğu için fiziksel aktivite sınırlanmakta bu durum da konstipasyonun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Doğum öncesinde uygulanan lavmanın doğum sonu dönemde konstipasyona neden olduğu belirtilmektedir (32).

Beslenme ve sıvı alımı her iki grupta ve her iki günde de %86 oranında düzenli ve yeterlidir. Bu sevindirici bir sonuçtur. Başarılı bir laktasyon için annenin günlük 3000 cc sıvı ile beraber, yeterli miktarda vitamin, mineral ve protein içeren gıdaları da alması gerekir(15,23,58,59). Her iki grubun da 5.günde %50'sinin düzenli ve yeterli uykusu vardır. 10.günde %58, %56'dır. Bu sonuç yardım alma durumu ile paralellik göstermektedir. Vural araştırmasında annelerin sağlıklarını korumak için yaptıkları uygulamaları sorguladığında annelerin daha çok beslenmeye (%29) ve dinlenmeye (24,1) dikkat ettiklerini tespit etmiştir (58). Annenin doğum sonu dönemde, özellikle ilk bir hafta içinde kendi ve bebeğin bakımında başka birinin desteğine; bu dönemi sağlıklı atlatabilmesi için yeterli istirahate ihtiyacı vardır. Sezaryenle doğum yapmış bir annenin involüsyon ve insizyonun iyileşme süreçleri içinde istirahat etmesi ve bebeğinin bakımı dışında fazla işe ilgilenmemesi onun fiziksel ve ruhsal yönden daha çabuk iyileşmesi ve laktasyonun devamı açısından önemlidir.

Her iki gruptaki annelerin her iki günde de tamamının ile iletişimi çok iyidir. Aynı zamanda bu sonuç annelerin tamamına yakınının doğumdan dolayı kendini mutlu hissetmeleri ile paraleldir. Eşi ile iletişimine bakıldığında iki grubun da çok büyük kısmının eşi ile arasının çok iyi/iyi olduğu görülmektedir. Örneklemin primipar annelerden oluşması ve bu doğumun beklenen ve istenen bir olay olması bu sonucu doğurduğu düşünülebilir. Yıldız çalışmasında annelerin doğuma yönelik görüşlerine bakıldığında ilk sırayı annenin ameliyattan sonra kendisine geldiğinde bebeğinin sağlığını öğrenmek istemesi almaktadır . Aynı zamanda babaların doğuma yönelik "bir çocuk sahibi olduğum için mutluyum "görüşü ile paraleldir (64).

Oranlarda gruplar arasında fark olmasına ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen, doğum sonrası 5. ve 10. günlere göre normale dönmeye eğilim görülmesi beklenen ve literatür bilgilerini destekleyen sonuçlardır (15,16,27,28,43,46,59).

Kontrol grubu ve deney grubundaki annelerde doğum sonu 5. ve 10. günlerdeki bulgularının arasında anlamlı fark olması beklenmiştir. Araştırmanın özel hastanede yürütülmüş olması ve özel hastanelerde müşteri devamını sağlayabilmek için hastaların klinikte kaldıkları sürece yaşayacakları komplikasyonların en az düzeyde olması gerekmektedir. Dolayısıyla standardize bir şekilde olmasa da ve bazı takiplerin yapılmasa da (Homan's bulgusu, ödem,

meme durumu, barsak sesleri, taburculuk eğitimi) doğum sonu dönemde komplikasyonlara yol açacak en önemli durumlar (vital bulgular, lochia, involüsyon takibi, tedavi, erken mobilizasyon) önemle takip edilmektedir. Bu sebeplerle iki grup arasında istatistiksel fark saptanmadığı düşünülebilir.

5.4. BEBEKLERİN DOĞUM SONRASI 5. VE 10. GÜNDEKİ BULGULARININ TARTIŞILMASI

Tablo 7 ve 8' deki bulgulara bakıldığında 5. günde her iki grupta da büyük oranlarda (%68, %66) cildin rengi pembe ve sağlıklı; pamukçuk (%72,64) ve konak (%90, %86) yoktur. 10.günde cildin görünümü %80, % 72 oranında pembe ve sağlıklıdır; %8, %76 oranında pamukçuğa; %86, %80 oranında konağa rastlanmamıştır. Vural'n çalışmasında bebeklerde %26,9oranında pamukçuk; %14,7 oranında pişik ve %6,3 oranında deride kuruma ve döküntü sorunları görülmüştür (58).

Her iki günde de emzirme deney grubunda %84, kontrol grubunda %72 yeterlidir ve tamamen anne sütü ile beslenmektedirler. 5. günde deney grubunun %36'sı, 1-2 saat arayla; kontrol grubunun %40'ı ağladıkça beslenilmektedir. 10. günde her iki grubun %40'' ağladıkça beslenilmektedir. Demirhan ve arkadaşlarının yeni doğum yapmış annelerin bebek beslenmesi konusundaki bilgi düzeylerini inceledikleri araştırmada annelerin %47,2'si bebeklerini ağladıkça ve %46,3'ü de 15 dakikadan az süreyle beslemektedirler (19). Yıldız'ın çalışmasında anne henüz daha klinikte iken bebeklerin %71,1'i yalnızca anne sütü emmektedir (64). Eryılmaz'ın çalışmasında doğum sonu 8. haftadaki takiplerinde yalnızca anne sütü verenlerin oranı deney grubunda %55,6, kontrol grubunda %41,1'dir (27). Başarılı bir emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesinde doğum öncesi, doğum anı ve sonrası ilk haftalık dönem en hassas dönemdir. Literatürde emzirme konusunda annelerin istekli oldukları ancak emzirme ile ilgili olarak hatalı yaklaşımların varlığı dikkati çekmekte, eğitim düzeyine paralel olarak kadınlarda bilgilenme düzeyinin de arttığı vurgulanmaktadır (19). Demirhan'ın araştırmasında anne ve eşinin eğitim düzeyi ile bebek beslenmesinde bilgi sahibi olma arasında doğru orantılı bir ilişki bulunmuştur. Bu da antenatal dönemde annelerin eşleri ile birlikte eğitilmesinin önemini vurgulamaktadır (19).

Her iki günde de deney grubunda %54 oranında bebeğin bezi üç saatten fazla aralarla; kontrol grubunda da %58 oranında 3 saatten fazla aralarla değiştirilmektedir. 5. günde deney grubunun %46'sının koyu kahve normal kıvamda dışkısı, kontrol grubunun %42'sinin hardal

rengi dışkısı vardır. 10.günde deney grubunun %50'sinin, kontrol grubunun %52'sinin hardsal rengi dışkısı vardır.

Göbek 5. günde sadece kontrol grubunun %10'unda kızarıktır. 10.günde her iki grubun da % 100'ünün, göbek durumu normaldir. Vural'ın çalışmasında bebeklerde göbekte kanama (%7,9), göbek iltihabı (%5,6) sorunları tespit edilmiştir (58). Çalışmamızda göbek sorunlarının görülme oranlarının çok düşük olmasını; anne klinikteyken hemşire tarafından dikkatli göbek bakımının yapılmasına ve taburculuk sırasındaki eğitime bağlayabiliriz.

5.günde bebeklerin her iki grupta da %50 oranlarında düzenli uykusu vardır. 10.günde deney grubunun % 56'sının; kontrol grubunun %52'sinin düzenli uykusu vardır.

Oranlarda gruplar arasında fark olmasına ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen, doğum sonrası 5. ve 10. günlere göre normale dönmeye eğilim görülmesi beklenen ve literatür bilgilerini destekleyen sonuçlardır.

Yapılan çalışmalar annelerin emzirme, meme bakımı, bebek bakımıyla ilgili kapsamlı bilgiye ihtiyaçları olduğunu göstermektedir. Eryılmaz'ın çalışmasında annelerin emzirme, bebeğin banyosu, gaz çıkarma, bebeğin huzursuzluğu konularında sıkıntı yaşadıkları görülmüştür (27).

Kontrol grubu ve deney grubundaki bebeklerde doğum sonrası 5. ve 10. günlerdeki bulguların arasında anlamlı fark olması beklenmiştir. Hastanenin rutininde bebek bakımını yapmak, emzirme konularında yardımcı olmak ve bebek ile ilgili bilgilendirmeyi yapmak bebek hemşirelerinin sorumluluğudur (bebek dostu hastane olmadığı için). Deney grubunda ise klinik hemşireleri bebek hemşireleri ile işbirliği yapılarak anne-bebek bakımı bütünleştirilmiştir. Taburculuk öncesinde de yine bebek hemşiresi işbirliği ile anneler bebek bakımı, beslenmesi, aşıları, kontrolleri hakkında ayrıntılı bilgilendirilmişleridir. Dolayısıyla deney grubunda da annenin bebek konusundaki ihtiyaçları aynı şekilde karşılanmış, ancak kontrol grubundan farklı olarak bu görev sadece bebek hemşiresi ile sınırlı kalmamış, klinik hemşiresi de bebek bakımına aktif olarak katılmıştır. İki grup arasında istatistiksel fark olmaması buna bağlanabilir.

5.5. OLGULARIN MEMNUNİYET DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULARININ TARTIŞILMASI

Tablo 9'daki bulgulara göre deney grubunun %56'sı, kontrol grubunun %58'i daha önce başka bir sağlık kuruluşunda yatarak hizmet almamış, deney grubunun %30'u, kontrol grubunun %22'si şimdiki hizmeti daha iyi bulmuştur.

Deney grubundaki annelerin hastanede yattıkları sürece hemşirelik hizmetlerine yönelik

memnuniyet durumlarında kontrol grubuna oranla anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Eryılmaz'ın çalışmasında annelerin hemşirelerden bekledikleri ilgi ve yaklaşımı görme durumları, hemşirelerin anneler ve bebekler hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarını düşünme durumları, kendi ve bebek bakımında yeterli bilgi alma durumları, hemşirelerle konuşmak ve soruları yanıtlamak için zaman ayırma durumları arasında ileri derecede istatistiksel fark bulunmuştur ($p<0,0001$) (27).

Hekimlik ve destek (temizlik, yemek) hizmetlerine yönelik memnuniyet durumlarında anlamlı fark yoktur ($p<0,05$). Bu sonuç deney grubunda yalnızca hemşirelik uygulamalarına yönelik değişiklikler yapılmış olmasına bağlanabilir.

Annelerin bir sonraki doğum için tekrar bu hastaneyi tercih etme ve bir yakınına önerme konusundaki sorular arasında da anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo10'daki bulgulara göre iki grubun toplam puan ortalamaları arasında anlamlı istatistiksel fark vardır($p<0,05$).

İki grupta doğum sonrası 5. ve 10 günlerdeki anne ve bebek takipleri arasında anlamlı fark olmamasına karşın, hemşirelik uygulamalarına yönelik memnuniyet durumlarında anlamlı istatistiksel fark vardır. Kontrol grubunda rutin olarak verilen hemşirelik bakımının standardize bir şekilde olmasa da doğum sonu komplikasyonlarını minimum düzeye indirme amaçlıdır ve daha çok bu konuya odaklanmıştır (doğum sonu komplikasyon oranlarını düşürerek, müşterinin memnuniyetini artırarak, tekrar bu hastaneyi tercih etmesinin sağlamak için). Deney grubunda ise hemşirelik bakımının standardize edilmiş olmasının yanında annelere daha bütüncül yaklaşmıştır (anne-bebek bakımını birbirinden ayırmadan). Annelerle sürekli diyalog içinde olup hem klinikte kaldıkları sürede hem de taburculuk öncesinde kendi ve bebekleriyle ilgili sürekli bilgilendirilmişlerdir. Bu da daha yakın ve uzun süreli hemşire-anne iletişimine sebep olmaktadır.

Yapılan çalışmalarda annelerin gebelikte, doğumlarda ve doğum sonu dönemde hemşirelerden beklentilerinin öncelikle "ilgi, teselli, moral verme; kızma, bağırma ve azarlamanın olmaması", en alt düzeyde de "bilgi vermesi, ihtiyacını karşılaması, takip etmesi olmuştur (25).

Tablo 11'deki bulgulara bakıldığında tüm yaş gruplarında (17-22), (23-28), (29-36) deney ve kontrol gruplarının memnuniyet puanları arasında anlamlı istatistiksel fark bulunmuştur ($p<0,05$).

İlkokul ve ortaokul mezunları arasında anlamlı fark bulunurken, lise mezunları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu sonuç, kişilerin eğitim seviyeleri yükseldikçe sağlığı talep etme, arama anlayışı yerleşmektedir. Özellikle özel bir hastanede hizmet alıyorsa beklentilerini daha kolay belirleyebilir.

Kendi işinde çalışan ve bir kurumda işçi/memur olarak çalışanların arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Özgeçmişlerinde sağlık sorunu olmayanların arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Soygeçmişlerine ve gebelik öykülerine göre anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Gebelik öykülerine bakıldığında deney grubunun %80, kontrol grubunun %82 Oranında sorun yaşanmamıştır. Yaşanan sorunlar da gebeliği yada hayatı tehdit etmeyen sorunlardır. Dolayısıyla bu bulgular arasında anlamlı istatistiksel fark olmaması beklenen bir sonuç olabilir.

Hastaneye geldiklerinde ağrısı olmayanların arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Erken membran rüptürü olmayanların arasında da anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Sezaryen endikasyonu olanların ve olmayanların arasında anlamlı istatistiksel fark vardır ($p<0,05$).

Sezaryen endikasyonları sonuçlarında da anlaşıldığı gibi her iki grupta da olguların yalnızca %16'sının istemli sezaryen yaptırdığı görülmektedir. Ayrıca hastaneye geldiklerinde ağrıların olma oranları, indüksiyon uygulanma oranları ve sezaryen endikasyonu oranları paralellik göstermektedir. Bu bulgular annelerin büyük bir kısmının normal doğum için takip edilirken sezaryen ameliyatına alındıklarını düşündürmektedir.

Belirli bir süre indüksiyon uygulanıp ağrı çeken ve ilerleyen saatlerde acil sezaryene alınmış olması annelerin memnuniyet durumlarını olumsuz etkilemesi beklenmektedir. Ancak deney grubundaki annelerin beklemedikleri halde sezaryenle doğum yapmalarına karşın ameliyat sonrası kontrol grubundan farklı olarak daha yakın ve uzun süreli ilgi bu farkı doğurmuş olabilir.

Tablo 12 ve13'teki bulgulara bakıldığında ne deney grubunda ne de kontrol grubunda olguların hiçbir bireysel/obstetrik özellikleri ve travay/doğum öyküleri arasında anlamlı fark yoktur. Bu da bize grupların homojenliğini göstermektedir ki bu beklenen ve istenen bir sonuçtur.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Olguların Bireysel/obstetrik Özellikleri ve Travay/doğum Öykülerine İlişkin Sonuçlar

Her iki grupta da (%54, %50) çoğunluğun genç yaş (17-22) grubundadır. Büyük çoğunluğu ortaokul mezunudur (46,%40) ve her iki grupta da yalnızca %2 oranında üniversite mezunu vardır. Deney grubunda çalışan anne hiç yokken, kontrol grubunda yalnızca bir çalışan anne vardır.

Her iki gruptaki olguların büyük çoğunluğu (%80, %82) gebelikte herhangi bir sorun yaşamamışlardır; Her iki grubun da %88'inin sağlık problemi yok yoktur; soygeçmişlerinde de çoğunlukla (% 66, %68) özellik yoktur. Her iki grupta da düşük yaşamayanların oranı %96, %90'dır.

Deney grubunda eşi kendi işinde çalışanların oranı (%50), kontrol grubunda da bir kurumda eşi işçi/ memur olarak çalışanların oranı (%54) birinci sıradadır.

Deney grubunun %56'sının, kontrol grubunun %52'sinin hastaneye geldiğinde ağrıları vardır; her iki grubun %92'sinin erken membran rüptürü yoktur ve deney grubunun %66'sına, kontrol grubunun da %60'ına indüksiyon uygulanmıştır.

Sezaryen endikasyonlarına bakıldığında her iki grubun da büyük çoğunluğu (%62, %56) ilerlemeyen travay. Her iki grupta da aynı oranda (%16) istemli sezaryen yapıldığı anlaşılmıştır.

Olguların Klinikteki Takiplerine İlişkin Sonuçlar

Olgular klinikte kaldıkları sürece vital bulguları ortalamalarında normalden sapma görülmemiştir. Her iki grupta da ara pansuman yapmayı gerektirecek kanama olmamıştır. Tehlikeli locia bulgularına (miktar, renk, pıhtı durumu,koku) anne klinikte kaldığı sürece büyük oranda rastlanılmamıştır. .

Deney grubunun %58'inde kontrol grubunun%54'ünde ameliyat öncesi foley kateter takılmıştır. Taburculuk öncesinde (post-op 48. saat) gazını çıkarmayan olgu kalmamıştır. Deney grubunun %4'ünde, kontrol grubunun %2'sinde defekasyon olduğu görülmüştür.

Aşağıdaki bulguların takibi yalnızca deney grubunda yapılmıştır:

İlk 24 saatte memede çatlak %20, ikinci 24 saatte %25 ; meme ucu çöküklüğü ilk 24 saatte %20, ikinci 24 saatte %16 olarak saptanmıştır. Memelerde gerginlik ilk 24 saatte yokken ikinci 24 saatte %16 oranında saptanmıştır. Homans' Bulgusu hiç bir olguda rastlanılmamıştır.

Ödeme 0-6., 7-24. ve 25-48. saatlerde olguların % 52'sinde rastlanılmıştır.

Olguların Doğum Sonrası 5. ve 10.Gündeki Takiplerine İlişkin Sonuçlar

Lochia rengi ve miktarı her iki grupta da normaldir; Lochiada pıhtı yoktur ve deney grubunun %92 / %94'ünün, kontrol grubunun da %84 / 92'sinin lochia kokusu normaldir. Deney grubunun %90 / %94'ünün, kontrol grubunun %88 / %90'ının insizyonu temiz; deney grubunun %64 / %82'sinin, kontrol grubunun %70 / %80'inin ağrısının ara sıra olduğu görülmüştür.

Meme durumu deney grubunun %64 / %72'sinde, kontrol grubunun %54 / %62'sinde normal ve emzirme deney grubunda %84 / %78, kontrol grubunda %72 / %72 oranında düzenli ve yeterlidir.

Üriner sistemi deney grubunda %74 / %76, kontrol grubunda %62 / %68 oranında düzenli ve sorunsuzdur. Deney grubunda %78 / %86, kontrol grubunda %68 / %78 oranında normal defekasyon vardır. Deney grubunun %84'ünde; kontrol grubunun %78'inde hemoroid yoktur.

Beslenme ve sıvı alımı her iki grupta da %88 oranında düzenli ve yeterlidir. Uyku durumu deney grubunda %50 / %58, kontrol grubunda %50 / %56 oranında düzenli ve yeterlidir. Deney grubunun %54'ü, kontrol grubunun %48'i yardım almamaktadır.

Her iki grubun da tüm olgularının bebeği ile iletişimi çok iyidir. Deney grubunun %74'ünün kontrol grubunun %60'ının eşi ile iletişimi çok iyidir

Bebeklerin Taburculuk Sonrası 5. ve 10. Gündeki Bulgularına İlişkin Sonuçlar

Cilt deney grubunun %68 / %80'inde, kontrol grubunun % 66 / %72'sinde pembe ve sağlıklıdır. Deney grubunun %72 / % 86'sında, kontrol grubunun %64 / 76'sında pamukçuğa rastlanmamıştır. Deney grubunun %90 / %86'sında, kontrol grubunun %86 / 80'inde konağa rastlanmamıştır.

Deney grubunun %84'ü, kontrol grubunun %72'si tamamen anne sütü ile beslenmektedir. Deney grubunun %34 / %40'ı, kontrol grubunun %40 / %40'ı ağızla beslenmektedir.

İki grubun da tamamına yakınının göbek durumu normaldir.

İki grubun da %50'sinin düzenli uykusu vardır.

Olguların Memnuniyet Durumlarına İlişkin Sonuçlar

Daha önce başka bir sağlık kuruluşunda yatarak hizmet alanların oranı deney grubunda %56', kontrol grubunun %48'dir. Şimdiki hizmeti daha öncekinden daha iyi bulanların oranı %30, % 22'dir (deney grubunun %56'sı, kontrol grubunun %58'i bir önceki soruya "almadım" cevabını vermiştir).

Hemşirelik hizmetlerine yönelik memnuniyet durumlarında anlamlı istatistiksel fark vardır. Hekimlik ve destek hizmetlerine yönelik memnuniyet durumlarında anlamlı istatistiksel fark yoktur.

Annelerin bir sonraki doğum için tekrar bu hastaneyi tercih etme ve bir yakınına önerme konusundaki sorular arasında anlamlı istatistiksel fark bulunmuştur.

Olguların Bireysel / Obstetrik Özelliklerine ve Travay / Doğum Öykülerine Göre Aldıkları Memnuniyet Puanlarına İlişkin Sonuçlar

Deney ve kontrol gruplarında yaş gruplarına; eğitim durumlarına; eşlerin çalışma durumlarına; özgeçmişlerine; soygeçmişlerine; gebelikte sorun yaşama durumlarına; hastaneye geldiğinde ağrı durumuna; erken membran rüptürü durumuna; indüksiyon uygulanma durumuna ve sezaryen endikasyonlarına göre aldıkları memnuniyet puanları arasında anlamlı istatistiksel istatistiksel fark bulunmamıştır.

Deney ve kontrol grubu karşılaştırıldığında;

Tüm yaş gruplarında (17-22, 23-28, 29-36); ilkokul ve ortaokul mezunlarında; eşi kendi işinde çalışanlarda ve bir kurumda işçi/memur olarak çalışanlarda; sağlık sorunu olmayanların arasında anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

Soygeçmişlerinde sağlık sorunu olmayanların ve gebelikte sorun yaşamayanların arasında anlamlı istatistiksel fark yoktur ($p<0,05$).

Hastaneye geldiğinde ağrısı olanların; erken membran rüptürü olmayanların; İndüksiyon uygulananların arasında anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

Sezaryen endikasyonu olma durumuna göre de istatistiksel fark vardır ($p<0,05$).

ÖNERİLER

- ❑ Doğum sonrası bakım verilen servislerde hemşirelik bakımını kalitesini artırmak için standart, sistematik, uygulama kolaylığı olan bakım planlarının oluşturulup kullanılması;
- ❑ Doğum sonrası bakım verilen servislerin hizmetini alanlar ve verenler açısından değerlendirilmesi ve çıkan sonuçlara göre düzenlemeye gidilmesi amacıyla çalışmada kullanılan değerlendirme araçlarının kullanılması;
- ❑ Doğum sonu dönemde bireysel eğitimin faydalarını göz önüne alarak bu konuya ağırlık verilmesi;
- ❑ Annelere kendi ve bebek bakımıyla ilgili yazılı materyal verilmesi;
- ❑ Çalışma süresince hastalarımıza evden telefonla ulaşarak görüşmelerden duydukları memnuniyeti göz önünde bulundurarak bunun sistemli hale getirilmesi;
- ❑ Doğum sonu servislerinde çalışan hemşirelerin performansını artırmak amacıyla motive edecek çalışmalarda bulunulması önerilmiştir.

7. EKLER

EK - 1

ANNE TANILAMA FORMU

Tarih :.....	Eşinin işi :.....
Adı Soyadı :.....	Doktor Adı :.....
Yaşı :.....	Adres :.....
Eğitimi :.....	
İşi :.....	Tel. :.....

ÖZGEÇMİŞ	
Kalp hastalığı :.....	İri bebek :.....
AC hastalığı :.....	Toxoplazma :.....
Böbrek hast. :.....	Kist hidatik :.....
Nöropsikiyatrik h. :.....	Allerji :.....
Tiroid hast. :.....	Operasyon :.....
Veneral hast. :.....	Kaza :.....
Jinekolojik hast. :.....	Kan transfüzyonu:.....
Diabetes Mellitus:.....	Sigara içme :.....
Epilepsi :.....	Alkol alma :.....
Ateşli romatizma :.....	Düzenli ilaç kul. :.....
Anemi :.....	Diğer :.....
Tuberkuloz :.....	

SOYGEÇMİŞ

GEBELİK ÖYKÜSÜ	
Çoğul gebelik :.....	
Düşük :.....	

MENSTURAL ÖYKÜ	
Menarş yaşı :.....	Süresi (gün) :.....
Premenstural sendrom:.....	Günlük ped sayısı:.....
Sıklığı :.....	

TRAVAY ÖYKÜSÜ	
Travay süresi:.....	İndüksiyon:.....
EMR :.....	Travay yok:.....

SEZERYAN ENDİKASYONU:

EK - 2

SEZARYEN SONRASI HEMŞİRELİK BAKIM FORMU -1

ELİK TRELERİ	0-15 dk	15-30 dk	30-45 dk	45-60 dk	60-90 dk	1,5-2 saat	2-3 saat	3-4saat	4-6 saat	6-8 saat	8-24 saat	24-48 saat
SINCI												
SISI												
ır												
N												
z												
ekeleri var												
RBASI												
Yok (+ / -)												
kateter (+)												
kateter (-)												
SYON												
ı												
ızık												
lotik												
am (LH)												
ELİK BKM												
l hijyeni												
naya												
n												
meve												
ve yardım												
ve meme												
ıkını												
ASYON												
ME												
ı												
11												
ıkış												
asyon												
İLE												
ıme												
ı												
ol günü												

BAKIM VEREN HEMŞİRELER:

DOKTOR:

Hastanın Adı Soyadı:

Oda No :

Servise geliş tarih / saati :

Ameliyattan geliş tarih / saati:

HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ		0-15 dk	15-30dk	30-45 dk	45-60 dk	60-90 dk	1,5-2 Saat	2-3 saat	3-4saat	4-6 saat	6-8 saat	8-24 saat	24-48 saat
HAYATİ BELİRTİLER	Kan Basıncı												
	Nabız												
	Vücut ısı												
	Solumun sayısı (/dk) AC sesleri												
İNSİZYON	Temiz												
	Kaçık kan lekeleri var												
	Büyük kan lekeleri var												
	Tamamen kanlı												
KANAMA KONTROLÜ (LOCHİA)	Renk												
	Miktar												
	Pıhtı												
	Koku												
İNVOLÜSYON KONTROLÜ (FUNDUS)	Normal (sert)												
	Yumuşak												
	Tam gevşek												
HÖMAN'S BULGUSU LABARATU VAR TESTLERİ	Hemogram												
	Kanama zamanı												
	Pıhtılaşma zamanı												
	TİT												
	Kan grubu												
	IV malı												
TEDAVİLER	Analjezik (adu/LH)												
	Antibiyotik (adu/uyg)												
	Rho-gam												
	Diğer												

EK – 4 TABURCULUK SONRASI ANNE TAKİP FORMU

	5. Gün	10. Gün
LOŞİA * Renk * Miktar * Pıhtı * Koku		
İNSİZİYON * Temiz * Kızarıklık * Akıntılı		
AĞRI * Sürekli * Ara ara * Hareketle birlikte		
MEME * Normal görünümde * Gerginlik, ağrı * Şişlik, kızarıklık * Meme ucu çatlak * Meme ucunda akıntı var		
EMZİRME * Düzenli ve yeterli * Düzensiz ve yetersiz		
BACAK HASSASİYETİ * Homan's Bulgusu * Ödem		
ÜRİNER SİSTEM * Düzenli ve sorunsuz * Sık idrara çıkma * Ağrılı idrar yapma * İdrar kaçırma		
GIS * Barsak hareketleri var * Defekasyon normal * Konstipasyon var * Diare var * Hemoroid var		
BESLENME / SIVI ALIMI		
UYKU DURUMU * Düzenli (8-10 saat) * Düzensiz (8 saatten az) * Yetersiz		
YARDIM ALMA DURUMU * Almıyor * Alıyor (kendisi, bebeği, ev işleri...)		
İLETİŞİM DURUMU * Eşi ile * Bebeği ile * Yakınları ile		
PSİKOLOJİK DURUMU * Çok mutlu * Şaşkın * Öfkeli * Depresif * Diğer		
GENEL FİZİKSEL GÖRÜNÜMÜ * Sağlıklı ve bakımlı * Bakımsız ve halsiz * Diğer		

TABURCU SONRASI BEBEK TAKİP FORMU

	5. Gün	10 Gün
GENEL FİZİKSEL DURUMU * Cilt (rengi, görünümü) * Pamukçuk * Konak * Sarılık * Diğer		
BESLENMESİ * Emzirme - memeyi kavraması - sıklığı (24'te kaç kez) - ek besin * Emzirme yoksa - mama (cinsi, miktarı) - sıklığı (24 h'te kaç kez)		
ELİMİNASYONU * İdrar sıklığı * Kaka (rengi, kıvamı, sıklığı)		
GÖBEĞİN GÖRÜNÜMÜ * Düşük * Normal * Kızarıklık, ödemli		
UYKUSU * Sıklığı * Süresi		

EK - 6

HASTA MEMNUNİYETİ ANKET FORMU

Aşağıdaki sorular, hastanede yattığınız sürece size verilen hemşirelik hizmetinden duyduğunuz memnuniyet hakkındadır. Amacımız, sizden alacağımız bilgiler ve uyarılarla, hizmetteki eksikliklerimizi görebilmek ve daha kaliteli hizmet sunabilmektir

Bize yardımcı olduğunuz için şimdiden teşekkür ederiz.

- | | | | |
|--|----------|------------|-----------|
| 1. Daha önce başka bir sağlık kuruluşunda yatarak hizmet aldınız mı? | Evet | Hayır | |
| 2. Size sunduğumuz hizmeti daha önce aldığınız hizmetle karşılaştırmısınız? | Daha iyi | Benzer | Daha kötü |
| 3. Servise ilk geldiğinizde hemşire tarafından size servisin tanıtımı yapıldı mı? | Evet | Kısmen | Hayır |
| 4. Hastanemizde yattığınız sürede hemşire size yapılan işlemler hakkında yeterli bilgiyi verdimi? | Evet | Kısmen | Hayır |
| 5. Herhangi bir konuda talepte bulunduğunuzda çözüm bulundu mu? | Evet | Kısmen | Hayır |
| 6. Yardıma ihtiyacımız olduğunda hemşireye nasıl ulaşabileceğiniz konusunda bilgilendirildiniz mi? | Evet | Kısmen | Hayır |
| 7. İsteddiğiniz an hemşireyi bulabildiniz mi? | Evet | Kısmen | Hayır |
| 8. Hemşireler tedavi dışında da size zaman ayırdı mı? | Evet | Kısmen | Hayır |
| 9. Taburcu olmadan önce hemşireden evde bakım konusunda yeterli bilgiyi aldınız mı? | Evet | Kısmen | Hayır |
| 10. Hastanemizde kaldığınız surede verilen hemşirelik hizmetinin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz? | Evet | Kısmen | Hayır |
| 11. Hastanemizde kaldığınız süre boyunca yetrlı hekimlik hizmeti aldığınızı düşünüyor musunuz? | Evet | Kısmen | Hayır |
| 12. Hastanemizde kaldığınız sürede odanın düzeninden yetemizliğinden memnun kaldınız mı? | Evet | Kısmen | Hayır |
| 13. Hastanede kaldığınız sürede yemeklerden memnun kaldınız mı? | Evet | Kısmen | Hayır |
| 14. İkinci doğumunuz için bizi tercih eder misiniz? | Evet | Kararsızım | Hayır |
| 15. Doğum için bir yakınınıza bizi önerirmisiniz? | Evet | Kararsızım | Hayır |

EK - 8

ERDEM HASTANESİ

ÇAKMAK ÖZEL SAĞLIK HİZMETLERİ LTD. ŞTİ.

Alemdağ Cad. Sezer Sok. No. 4 ÜMRANIYE-İST.
Tel. : (0216) 443 46 51-52-344 64 25-335 01 02

MARMARA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisi olan Nuriye Akay'ın "Sezeranda Klinikte ve Evde Annenin Klinik Pathwayler Doğrultusunda İzlenmesi" konulu tez çalışmasını Özel Erdem Hastanesi ve Doğumevinde yürütmesine izin verilmektedir.

Başhekim:
Dr. Murat Kaya

Mesul Müdür
Dr. Murat KAYA
Anestezi Uzmanı
508-860446

Başhemşire :
Nesrin Topçu

ERDEM HASTANESİ
ÇAKMAK ÖZEL SAĞLIK HİZMETLERİ LTD. ŞTİ.
Alemdağ Cad. Sezer Sok. No.4
Ümraniye - İst.
Ümraniye V.D.: 224 0045 096



ERDEM HASTANESİ

ÇAKMAK ÖZEL SAĞLIK HİZMETLERİ LTD. ŞTİ.

Alemdağ Cad. Sezer Sok. No. 4 ÜMRANİYE-İST.

Tel. : (0216) 443 46 51-52-344 64 25-335 01 02

www.erdemhastanesi.com

Değerli Misafirimiz;

Erdem Hastahanesi olarak misafirlerimize sunulan hizmetin kaliteli, sizin beklentilerinize uygun verilmesi amacını taşıyoruz. Sizden alacağımız eleştiriler doğrultusunda eksik ya da aksayan hizmetlerimizi güçlendirerek, sizlerin daha mutlu ve sağlıklı hizmet almasını sağlama alacağız.

Hastahanemize gerek telefonla gerek bizzat başvurmanızdan, bizde kalış süreniz ve ayrılışınıza kadar almış olduğunuz hizmetlerin niteliği bu anket aracılığı ile ölçülüp "Halkla İlişkiler Departmanımız" tarafından değerlendirilecektir.

Aşağıda yer alan sorulara cevap vermenizi bekliyoruz, acil şifalar diliyoruz.

- 1- Cinsiyetiniz
☐ Bayan ☐ Erkek
 - 2- Yaşınız
 - 3- Öğrenim Durumunuz
☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise
☐ Üniversite ☐ Y. Lisans ve üstü
 - 4- Daha önce özel bir hastahane muayene veya tedavi oldunuz mu?
☐ Evet ☐ Hayır
 - 5- Hastahanemizi nasıl seçtiniz?
☐ Doktor vasıtasıyla ☐ Tesadüfen
☐ Tavsiye üzerine ☐ Daha önce başvurmuştum
 - 6- Hastahaneye ilk girişte sizi karşılayanların tavrını nasıl buldunuz?
☐ Saygılı, ilgili, istekli ve yardımsever ☐ Normal
☐ İlgisiz ☐ Çok soğuk
 - 7- Kayıt işlemlerinde herhangi bir problem yaşadınız mı?
☐ Evet ☐ Hayır
 - 8- Hastahanemizin ilgili birimlerine ulaşmada güçlük çektiniz mi?
☐ Evet ☐ Hayır
 - 9- Santralimiz size ilgili ve hızlı haberleşme, aydınlatıcı bilgi sağlayabildi mi?
☐ Evet ☐ Hayır
 - 10- Size uygulanan tetkik ve tedavilerde doktorumuz ayrıntılı bilgi verebildi mi?
☐ Evet ☐ Hayır
 - 11- Hemşireler size oda hakkında bilgi verdiler mi?
☐ Evet ☐ Hayır
 - 12- Odanız temiz ve düzenli miydi?
☐ Evet ☐ Hayır
 - 13- Odada teknik bir arıza ile karşılaştınız mı?
☐ Evet ☐ Hayır
- Cevabınız Evet ise ne tür bir arıza idi?

- 14- Temizliğinden memnun olmadığınız yerler neresiydi?
O Odanızın temizliği O Genel temizlik
O Çalışanların temizliği O Yatak ve Çarşafların temizliği
- 15- Hastahanemiz dinlenmeniz ve uyumanız için yeterince sessiz miydi?
O Evet O Hayır
- 16- Yemeklerimiz uygun sıcaklık ve vaktinde size getirildi mi?
O Evet O Hayır
- 17- Yemeklerimiz hakkındaki düşünceniz nedir?
O Çokiyi O İyi O Fena değil O Kötü
- 18- Hemşireler size sunulan hizmeti kısa sürede yerine getirebildi mi?
O Evet O Hayır
- 19- Hemşireler gereksinim duyduğunuz heran yanınızda olabildi mi?
O Evet O Hayır
- 20- Hastahane çalışanlarımızdan memnun kaldınız mı?
Doktorlardan O Evet O Hayır
Hemşirelerden O Evet O Hayır
Hasta Danışmanları O Evet O Hayır
Temizlik Personeli O Evet O Hayır
Diğer Personel O Evet O Hayır
- 21- Hastahanemiz hizmetlerini genel olarak nasıl buldunuz?
O Çokiyi O İyi O Orta O Yetersiz
- 22- Poliklinik işlemlerinde hosteslerimiz size yardımcı oldu mu?
O Evet O Hayır
- 23- Refakatçiniz hastahanemiz hizmetlerinden memnun kaldı mı?
O Evet O Hayır
- 24- Tanıdıklarınıza hastahanemizde gelmelerini tavsiye eder misiniz?
O Tavsiye edemem O Kararsızım O Tavsiye ederim
- 25- Hastahanemizden ayrılırken düşünceniz nasıl olacak?
O İyi bir hastahane O Daha iyi olabilir O Yetersiz
- 26- Sizce eksiklerimiz varsa ne yönde lütfen fikrinizi belirtiniz?

Teşekkür ederiz

Aşağıdaki bilgileri doldurma zorunluluğunuz yoktur.

Ad ve Soyadınız :
Adresiniz :
Mesleğiniz :
Oda numaranız :
Doktorunuz :

8. KAYNAKLAR:

1. Aksoy G., Kanan N., Akyolcu N.: Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Akyürek F., Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir, 1992
2. Aksoy G., Cerrahi Hastalıkları El Kitabı, Ed: Aksoy G., Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul, 1998
3. Albers L.L.: Health Problems After Childbirth, Journal of Midwifery and Women's Health, Cilt 45, Sayı 1, sf: 55-57, January-February 2000
4. Albulak R.: Ameliyat Sonrası Mobilizasyon ve Hemşirelik Bakımı, T.H.D., Cilt:48, Sayı:1, ss:12-14, Ocak-Şubat 1998
5. Al-Nobani A.: Sectio Cesarean Vakalarının Artış Nedenleri ve Endikasyonlarının İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, S.B. Şişli Etfal Hastanesi, 1993
6. Altınsoy N.: Klimakterik Dönemde Vazomotor Bozukluklar ve Cinsel İşlevleri İle İlgili Yakınmalarda Hemşirelik Danışmanlığının Etkisi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002
7. Altuğ S.: Sezaryenle Doğum Yapacak Annelerle Ameliyat Öncesi Kurulan Eğitsel İlişkinin Ameliyat Sonrası Rehabilitasyonun Başarısına Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İzmir, 1988
8. Arısan K.: Propedötik Kadın Doğum, 1.Baskı, Çellüt Matbaacılık San.Tic. AŞ, İstanbul, 1993
9. Babacan S.S.: Sezaryen Sonrası Ağrı Kontrolünde İlaç Dışı Farklı İki Yöntemin (masaj/dokunma ve müzik/gevşeme) Etkililiğinin Karşılaştırılarak İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 1999
10. Beck W.W.: Kadın Hastalıkları ve Doğum, 4.Baskı, Uçar A., Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 1998
11. Berkaç S., Demir N., Koç A., Yüksel A.: Obstetrik-Fetal Tıp & Perinatoloji, MN Medikal&Nobel, İstanbul, 2001
12. Berkow R., Fletcher A.: The Merk Manual of Diagnosis and Therapy, Keldikoğlu M., Tuzcu M., Nobel Tıp Kitapevleri, Yüce Yayın, İstanbul, 1995
13. Bölükbaş N.: Ameliyat Olacak Hastaların Hemşirelerden Beklentileri, HB, Cilt:5, Sayı:20, ss: 81-86, 1991
14. Bölükbaş N.: Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar, THD Cilt:41, Sayı:4, ss: 15-18, 1991
15. Coşkun A. Karanisoglu H.: Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, A.Ü.A.Ö.F. Yayınları, Eskişehir, 1992
16. Coşkun A., Ekizler H., İnanc N., Karanisoglu H., Kömürcü N., Okumuş H., Pasinlioğlu T., Taşkın L., Yılmaz D.: Doğum ve Kadın Hastalıkları El Kitabı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul, 1996

17. Coşkun A.: Üreme Sağlığının Kadın Yaşamındaki Yeri, HB Cilt:9, Sayı:38, ss: 13-20, 1995
18. Çavuşoğlu H.: Çocuk Sağlığı Hemşireliği, II Cilt, Dizgi Baskı, Ankara, 2000
19. Demirhan H., Özkan S., Demir Ü.: Yeni Doğum Yapan Annelerin Bebek Beslenmesi Konusundaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi, Hemşirelik Forumu, Cilt:4, Sayı:6, sf:35-39 Kasım-Aralık 2001
20. ——— Dünya Çocuklarının Durumu, UNİCEF, Tisamat Basım Sanayi, Ankara, 1999
21. Dunn L.J.: Danfort Obstetrik ve Jinekoloji, 6.Baskı, Yüce Yayınları, 1992
22. Ecker J.L., Chen K.T., Cohen A.P., Riley L.E., Lieberman E.S.: Increased Risk of Cesarean, Delivery with Advancing Maternal Age: Indications and Assosiated Factors in Nulliparous Women, American Journal of Obstetrics & Gynecology, Sayı:185, sf: 883-887, October 2001
23. Ekizler H.: Perinatal Dönemde Anne ve Çocuk Sağlığının Sürdürülmesi, Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesi, H.B. ,Cilt X, Sayı 39, sf: 5-13, 1996
24. Erdemtok M.: Sezaryen Seksiyo Uygulanan Olguların Çeşitli Parametreler Yönünden İrdelenmesi, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi, 1997
25. Erdil F., Özhan Elbaş N.: Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, 2.Baskı, Tasarım Ofset, Ankara, 1997
26. Erdoğan E., Yılmaz D., Şirin A.: Sezaryenle Doğum Yapan Annelerin Ameliyata Yönelik Gereksinimlerinin İncelenmesi, Ege Ü.H.Y.O. Dergisi, 7:1, ss:19-28, 1991
27. Eryılmaz H.Y.: Doğum Sonu Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesinde Ölçek Geliştirilmesi ve Uygulanan Bakım Yönteminin (Pathway) Etkilerinin Belirlenmesi, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, 1999
28. Eryılmaz H.Y.: Prenatal-Postnatal ve Yenidoğan ile İlgili Klinik Bakım Yöntemleri (Clinical Pathways), II. Ulusal Perinatoloji Hemşireliği Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu 11-12 Mayıs 1998, Antalya
29. Fabri R.H., Murta E.F.C.: Socioeconomic Factors and Cesarean Section Rates, International Journal of Gynecology & Obstetrics, 76, ss: 87-88, 2002
30. Fortneyb J.A., Kotelchucka M., Gloverb L.H.: The Postpartum Period: The Key to Maternal Mortality, International Journal of Gynecology & Obstetrics, Cilt:54, Sayı:1, ss: 1-10, July 1996
31. Gorrie İ.M., McKinney E.S., Murray S.S.: Foundation of Maternal Newborn Nursing, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1994
32. Gündüz G.: Gebelikte Konstipasyonun Değerlendirilmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002
33. Harkness G.A., Dincher J.R.: Medikal Surgical Nursing Total Patient Care, Ninth Edition, MOSBY, USA, 1996

34. Kambur N.: Erken Posatpartum Dönemde Kadınların Hemşirelik Bakım İhtiyaçlarının Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1988
35. Kearney M., Cronenwet L.R.: Breast-feeding Problems in the First Week Postpartum, Nursing REsearch. Vol:39, No:2, ss:90-95, 1990
36. Kenneth K., Grimes D.A.: The Safety of Early Postpartum Discharge: a Review and Critique, Obstetric & Jynecology, Cilt:90, Sayı:5, sf: 860-865, November1997
37. Kızılkaya N.: Seksiyo Sezaryenle Doğum Yapan Kadınları Bu Yönteme Karşı tepkilerin Belirlenmesi, HB Cilt: 9, Sayı: 36, ss: 41-48, 1995
38. Kışınışçi H.A., Göksin E., Durukan T., Üstay K., Ayhan A., Gürkan T., Önderoğlu L.S.: Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Güneş Kitapevi, Ankara, 1996
39. Koçak F., Kukulu.: Gebelik ve Doğum Sonu Dönemde Egzersiz, T.H.D., Cilt: 43, Sayı: 3, ss: 13-14, 1993
40. Kömürücü N.: gebelere Doğum Öncesi ve Sonrası Verilecek Koruyucu Göğüs Bakımlarının Emzirmeye Etkisinin Karşılaştırılması, Doktora Tezi, Ankara,1985
41. Leuwellyn-Jones D.: Fundamentals of Obstetrics and Gynecolgy, Volume 1=Obstetrics Fifth Edition, EL/BS, London, 1999
42. Lewis S.M., Collier İ.C., Heitkemper M.M.: Medical Surgical Nursing Assesment and Menagement of Clinical Problems, MOSBY, USA, 1996
43. Martin L.L., Reeder S.J.: Essentials of Maternity Nursing, J.B.Lippincott Company, Philadelphia, 1991
44. Mert H.: Postpartum Erken Dönemde Görülen Meme Sorunları ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir, 1997
45. Nather A., Hohlagschwandtner M., Sami A., Husslein P., Joura E.A.: Nonclosure of Peritoneum at Cesarean Delivery and Future Fertility, Fertility and Sterility, Cilt: 78, Sayı: 2, ss: 424-425, August 2002
46. Novak J.C., Broom B.L.: Maternal and Child Health Nursing, Ninth Edition, MOSBY, USA, 1999
47. Osis M.J., Padua K.S., Duarte G.A., Souza T.R., Faunde S.A.: The Opinion of Brazilian Women Regarding Vaginal Labor and Cesaren Section, İnternational Journal of Gynecology & Obstetrics, 75, ss: 59-66, 2001
48. Özdağ N.: Emzirmenin ve Meme Ucu Stimulasyonunun Postpartum Uterus Aktivitesi Üzerine Etkileri, T.H.D., Cilt:46, Sayı:4, ss:3-4, 1996
49. Pasinlioğlu T.: Doğum ve Kadın Hastalıkları El Kitabı, Coşkun A., Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 1.Baskı, İstanbul, 1996

50. Pillitteri A.: **Maternal and Child Health Nursing**, J.B. Lippincott, Philadelphia, 1992
51. Potter P.A., Perry A.G., Elkin M.K.: **Nursing Interventions and Clinical Skills**, MOSBY, USA, 1996
52. Potter P.A., Perry A.G.: **Basic Nursing Theory and Practice**, MOSBY, USA, 1987
53. Potter P.A., Perry A.G.: **Fundamentals of Nursing / Concepts, Progress and Practice**, 4. Edition, MOSBY, USA, 1997
54. Saraçoğlu F.: **Özet Temel ve Klinik Bilimler**, Cilt 2, Güneş Kitabevi, Ankara, 1996
55. Scott J.R., Disaia P.J., Hammond C.B., Spellasy W.N.: **Ostetrik ve Jinekoloji**, 7.Baskı, Çev:Erez,S., J.B.Lippincott Company & Yüce Yayın, 1994
56. Scott J.R.: **Putting Elective Cesarean into Perspective**, *Obstetrics & Gynecology*, Cilt: 99, Sayı:6, ss: 967-968, June 2002
57. Simpson K.R., Greeham P.A.: **Perinatal Nursing**, J.B. Lippincott, Philadelphia, 1994
58. Takak Vural G., Akan N.: **Annelerin Doğum Sonu Dönemde Ev Ortamında Kendi Bakımları ve Bebek Bakımları İle İlgili Karşılaştıkları Sorunlar ve Bu sorunlara Yönelik Uygulamalar**, *Hacettepe Ü.H.Y.O.Dergisi*, Cilt:2, Sayı:1, ss:37-49, Ocak-Haziran 1995
59. Taşkın L.: **Kadın ve Doğum Sağlığı Hemşireliği**, 4. Baskı, Sistem Ofset, 2000
60. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları 1998, Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Macro International Inc., Ankara, 1999
61. ———— **Üçüncü Bin Yıla Başlarken Anne ve Çocukları Durumu**, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Tasamat Basım-Yayın Sanayi, Ankara 2000
62. Yeşilçiçek K.: **Kadınların Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara İlişkin Bilgileri ve Hastalıklardan Korunmaya Yönelik Uygulamaları**, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002
63. Yıldırım A., Sayık F., Kutlu L., Aygün P., Yeşiltepe G., User R., Koşar N.: **Hemşirelik Bakım Protokolleri El Kitabı**, İstanbul, 2001
64. Yıldız C.: **Sezaryenle Doğum Deneyiminin Anne-Bebek ve Baba Açısından İncelenmesi**, Yüksek Lisans Tezi, GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1994
65. Ziemer M., Pigeon S.: **Skin Changes and Pain in the Nipple During the First Week of Lactation**, *Journal of Obstetrics Gynecology and Neonatal Nursing*, 22:3, ss:247-256, May-June 1993

9. ÖZGEÇMİŞ

Nuriye Akay 10.12.1977’de bulgaristan’da doğdu. Yedinci sınıfa kadar Bulgaristan’da, ortaokul 3 ve Lise 1’i Silivri’de (İstanbul), Lise 2ve 3’ü Değirmendere’de (İzmit) okudu. 1995-1999 yılları arasında Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’nda lisansını tamamladı. 1999 yılında M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü’nde Doğum ve Kadın Hastalıkları AD’da Yüksek lisans programına başladı. 1999 yılında servis hemşiresi olarak göreve başladığı Özel Erdem Hastanesi’nde 11 aydır supervisor olarak görevine devam etmektedir

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Yüksek Lisans öğrencisi Nuriye AKAY'ın, çalışması jürimiz tarafından Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans tezi olarak uygun görülmüştür.

İMZA

Tez Danışmanı : Doç.Dr.Nuran KÖMÜRCÜ
Üniversitesi : Marmara

Üye : Prof.Dr.Hediye ARSLAN
Üniversitesi : Marmara

Üye : Yrd.Doç.Dr.Ayşe YILDIZ
Üniversitesi : Marmara

Üye : Doç.Dr. Sema KUĞUOĞLU
Üniversitesi : Marmara

.....

.....(Raporlu).....

.....

.....

ONAY

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 12 / 03 / 2003 tarih ve 4..... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof.Dr.Şevim ROLLAS
Müdür

20.03.2003
Enstitü Yönetim Kurulu
Karar No: 4