

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM, KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**SEZARYEN İLE DOĞUM YAPAN LOĞUSALARA ROY’UN
MODELİNE GÖRE VERİLEN BAKIMIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Serap EJDER APAY

Tez Yöneticisi

Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU

Doktora Tezi

ERZURUM – 2011

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM, KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

SEZARYEN İLE DOĞUM YAPAN LOĞUSALARA ROY'UN MODELİNE
GÖRE VERİLEN BAKIMIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Serap EJDER APAY

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih : 28.02.2011

Tezin Sözlü Savunma Tarihi : 04.03.2011

Tez Danışmanı

: Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU

Jüri Üyesi

: Prof. Dr. Behice ERCİ

Jüri Üyesi

: Doç. Dr. Mağfiret KARA KAŞIKÇI

Jüri Üyesi

: Yrd. Doç. Dr. Funda ÖZDEMİR

Jüri Üyesi

: Yrd. Doç. Dr. Hava ÖZKAN

Enstitü Müdürü

: Prof. Dr. İsmail CEYLAN

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU

Doktora Tezi
Mart – 2011
ERZURUM

İÇİNDEKİLER

TABLolar DİZİNİ	III
ÖZGEÇMİŞ	IV
ÖZET	V
SUMMARY	VI
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Sezaryen Operasyonu	6
2.2. Sezaryen ile Doğumda Bakım	9
2.3. Postpartum Dönem	11
2.4. Postpartum Dönemde Annedeki Fizyolojik Değişiklikler	12
2.5. Postpartum Dönemde Annedeki Psikososyal Değişiklikler	16
2.6. Postpartum Döneme Uyum	17
2.7. Postpartum Dönemde Gelişebilecek Komplikasyonlar	19
2.8. Postpartum Dönemde Annenin Bakım Gereksinimleri	20
2.9. Hemşirelikte Model Kullanma	25
2.10. Roy'un Adaptasyon Modeli	26
3. MATERYAL VE METOD	34
3.1. Araştırmanın Türü	34
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	34
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	34
3.4. Verilerin Toplanması	35
3.5. Hemşirelik Girişimi	36
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	37

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	37
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	38
3.8. Araştırmanın Sınırlılığı	39
4. BULGULAR	41
5. TARTIŞMA	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	64
KAYNAKLAR	66
EKLER	
EK - I. KİŞİSEL BİLGİ FORMU	
EK - II. LOĞUSA İZLEM FORMU	
EK -III. POSTPARTUM DÖNEMDE HEMŞİRELİK BAKIM PLANI	
EK -IV. ARAŞTIRMANIN YAPILMASI İÇİN GEREKLİ İZİN YAZILARI	
EK -V. ETİK KURUL FORMU	

TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Verilerin Analizinde Kullanılan Testler	38
Tablo 2. Deney ve Kontrol Gruplarının Tanıtıcı Özelliklere Göre Karşılaştırılması ...	41
Tablo 3. Deney Grubunun Postpartum Görüşmelerde Belirlenen Fizyolojik Gereksinimlerine Göre NANDA Hemşirelik Tanılarının Dağılımı	43
Tablo 4. Deney Grubunun Postpartum Görüşmelerde Loğusaların Kendilik Gereksinimlerine Göre NANDA Hemşirelik Tanılarının Dağılımı	46
Tablo 5. Deney Grubunun Postpartum Görüşmelerde Loğusaların Rol-İşlevi Biçim Gereksinimlerine Göre NANDA Hemşirelik Tanılarının Dağılımı	48
Tablo 6. Deney Grubunun Postpartum Görüşmelerde Loğusaların Birbirine Bağlanma Biçimi Gereksinimlerine Göre NANDA Hemşirelik Tanılarının Dağılımı	50
Tablo 7. Deney Grubunun İlk ve Son Görüşmede Belirlenen NANDA Hemşirelik Tanılarının Karşılaştırılması	52
Tablo 8. Kontrol Grubunun Yedinci Haftada Belirlenen NANDA Hemşirelik Tanılarının Dağılımı	54
Tablo 9. Deney ve Kontrol Grubunun Son Görüşmede Belirlenen NANDA Hemşirelik Tanılarının Karşılaştırılması	56

ÖZGEÇMİŞ

06.10.1976 tarihinde Erzurum’da doğdu. İlkokul, ortaokul ve lise eğitimini Erzurum’da tamamladıktan sonra üniversite eğitimini Atatürk Üniversitesi Erzurum Sağlık Yüksekokulunda 2000 yılında tamamladı. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında 2004 yılında yüksek lisans eğitimini, 2011 yılında doktora eğitimini tamamladı.

1996-2002 yılları arasında 800 yataklı Mareşal Çakmak Asker Hastanesinde ebe olarak görev yaptı. Nisan 2002 yılında Erzurum Sağlık Yüksekokulu’na Araştırma Görevlisi olarak atandı. 2009 yılında Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesine Araştırma Görevlisi olarak atandı. Halen iş hayatına devam etmektedir.

Evli ve bir çocuk annesidir.

Serap EJDER APAY

ÖZET

Sezaryen İle Doğum Yapan Loğusalara Roy’un Modeline Göre Verilen Bakımın Değerlendirilmesi

Bu araştırma, postpartum dönemdeki kadınlara Roy’un Adaptasyon modeli kullanılarak verilen bakımın değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma, kontrol gruplu yarı deneme modeli kullanılarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, Eylül 2009-Şubat 2011 tarihleri arasında, Nene Hatun Kadın Doğum Hastanesi’nde miyadında, sezaryen ile doğum yapan loğusalar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, yukarıda belirtilen evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilen toplam 134 (65 deney, 69 kontrol) loğusa oluşturmuştur. Çalışmaya ilk olarak kontrol grubu loğusalar ile başlanmış ve deney grubu ile devam edilmiştir. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen “*Kişisel Bilgi Formu*” ve “*Loğusa İzlem Formu*” kullanılmıştır.

Deney grubunun verileri ev ziyareti yapılarak toplanmıştır. Ziyaretler doğumdan sonraki ilk haftada 2 kez, 2., 3., 4., 5. ve 6. haftalarda haftada 1 kez olmak üzere toplam 7 kez yapılmıştır. Mevcut tanılar ile oluşabilecek yeni tanılar “*Loğusa İzlem Formu*” ile değerlendirilmiştir. Mevcut tanılar ile ortaya çıkan yeni tanılara yönelik olarak hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. Postpartum dönem bittikten sonra bakım sonuçları değerlendirilmiştir.

Kontrol grubundaki loğusalara, yalnızca doğum sonrası 6. haftanın bitiminde ev ziyareti yapılmıştır. Gerekli veriler toplandıktan sonra mevcut tanılar değerlendirilmiş ve tanılara yönelik hemşirelik girişimleri uygulanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik, ki-kare, aritmetik ortalama, standart sapma ve McNamer testi kullanılmıştır.

Deney grubunda; postpartum 7 hafta boyunca, loğusalarla toplam 7 görüşme yapılmış ve toplam 36 hemşirelik tanısı belirlenmiştir. Bu tanılardan 28 tanesi verilen bakımla giderilmiştir.

Kontrol grubunda; 6. haftanın sonunda loğusalarla 1 görüşme yapılmış ve toplam 23 tanı konulmuştur.

Bu araştırma sonucunda postpartum dönemdeki kadınlara Roy'un Adaptasyon modeli kullanılarak verilen bakımın, postpartum problemlerin çoğunu giderdiği veya önlediği belirlenmiştir. Belirlenen tanılardan enfeksiyon alma/bulaştırma riski, yetersiz emzirme, emzirmenin kesintiye uğraması, yalnızlık, bilgi eksikliği (beslenme, hijyen, emzirme, aile planlaması), sosyal izolasyon ve ebeveyn rol çatışması gibi birçok tanı giderilmiştir. Deney ve kontrol gruplarının; loğusalığın son haftasında belirlenen tanıları karşılaştırıldığında; çoğu tanılar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, $p<0.001$). Örneğin; emzirmenin kesintiye uğraması, yorgunluk, fiziksel hareketlerin bozulması, düşük benlik saygısı ve bilgi eksikliği (beslenme, hijyen, emzirme, aile planlaması) sayılabilir. Bu sonuca dayanarak bakım alan gruptaki (deney grubu) loğusaların daha az problem yaşadıkları söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Post-partum Dönem, Roy Adaptasyon Modeli, Hemşirelik Bakımı

SUMMARY

Evaluating Care Given Accordance With the Roy Model to Puerperal Women

After Their Caesarean Section

The objective of this research is to evaluate the care given accordance with the Roy Adaptation Model to women during their postpartum period. The study is carried out using a quasi-experimental model with control group.

The population of research consisted of puerperal women that had undergone a caesarean section, at Nene Hatun Maternity Hospital, between September 2009 and February 2011. The sample of the research was formed of 134 puerperal women (65 experimental, 69 control) from the said population, chosen using a non-probability convenience sampling method. The study started with the puerperal women in the control group and continued with those in the experimental group. A “*Personal Information Form*” and a “*Postpartum Period Monitoring Form*,” developed by the researcher, were used to collect the data.

Data of the experimental group was collected by carrying out house visits. Seven visits were made in total; twice in the first week after delivery, and once in the 2nd, 3rd, 4th, 5th, and 6th week after delivery. New diagnoses that arose from existing diagnosis were evaluated with the “*Postpartum Period Monitoring Form*.” Nursing interventions directed at new diagnoses that arose from existing diagnosis were carried out. Care results were evaluated after the postpartum period finished.

For the puerperal women in the control group, only one house visit was made at the end of the 6th week after delivery. The existing diagnoses were assessed, and nursing interventions for the diagnoses were carried out after the required data was collected.

Percentage, the chi-square test, the arithmetic mean, standard deviation, and McNamer test were used to evaluate the data.

In the experimental group, **36** nursing diagnoses were determined from total **7** interviews, carried out with the puerperal women over the 7-week postpartum period. **28** of these diagnoses were remedied with care given.

In the control group, total **23** diagnoses were determined from **1** interview, carried out in the 6th week of the postpartum period.

In conclusion, the research carried out proved that the care provided to women during the post partum period in accordance with the Roy Adaptation Model, prevented or resolved most of the postpartum problems. Many diagnoses among determined diagnoses were remedied such as infection / infection transmitting risk, poor breastfeeding, discontinuing breastfeeding, loneliness, lack of knowledge (nutrition, hygiene, breastfeeding, family planning), social isolation and parental role conflict. When the diagnoses, determined in the last week of postpartum, were compared for the experimental and control groups, the difference between most of the diagnoses was seem statistically significant ($p < 0.05$, $p < 0.001$). For example discontinuing breastfeeding, fatigue, disorder in physical movements, low self-esteem and lack of knowledge (nutrition, hygiene, breastfeeding, family planning) can be regarded. In accordance with the result obtained, it is possible to state that those in the group receiving care (the experimental group) experience less problems.

Key Words: Post-partum Period, Roy Adaptation Model, Nursing Care

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kadınların sağlık gereksinimleri geniş ölçüde doğurganlıkları ile ilgilidir. Kadın hayatında önemli bir yere sahip olan doğurganlık döneminin sağlıklı geçirilmesi, kadının yalnızca kendi sağlığını değil aynı zamanda çocuğun, ailenin ve toplumun sağlığını da olumlu yönde etkiler.

Gebelik dönemini sağlıklı geçirmenin anne-çocuk sağlığı açısından önemi büyüktür. Ancak gebeliğin; sağlıklı bir doğum ve sağlıklı bir doğum sonu dönemin takip etmesi de bir o kadar önemlidir. Annenin ve bebeğin sağlığı açısından öncelikle tercih edilmesi gereken doğum şekli vajinal doğumdur.¹ Ancak, vajinal doğum eylemi, anne ve/veya fetus için tehlikeli kabul edildiğinde sezaryen operasyonu zorunlu hale gelmektedir.²⁻⁵ Bunların dışında sosyal endikasyonlar da günümüzde sezaryenle doğum oranında belirgin bir artışa neden olmuştur.⁶

Gelişmiş ülkelerin çoğunda doğumların %15-25 kadarı sezaryenle yapılmaktadır. Amerika Birleşik Devletlerinde sezaryenle doğum yapma oranı %25, İtalya’da %33.2, Kanada’da %20, İngiltere’de %13, İskoçya’da %20, Avustralya’da %20 oranındadır.³ Gelişmiş ülkelerin aksine Türkiye’de sezaryen oranlarının ciddi artış gösterdiği görülmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre, sezaryen oranı 1993 yılında %6.9, 1998’de %14.0, 2003’te %21.2 ve 2008’de %36.7’ye yükselmiştir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre hastane doğumları arasındaki sezaryen oranı 2005’te %40.7, 2006’da %40,3 ve 2007’de %42.5’tir^{7,8}. Sezaryen doğum oranının son yıllarda hızla yükseldiği görülmektedir. Sağlık Bakanlığı bu artışı frenlemek için bir genelge yayınlamıştır.⁹ Genelge ile %42.5 olan sezaryen oranını %25’lere indirmek için önlem almıştır.

Sağlık Bakanlığı'nın, 1 Eylül 2008'de yürürlüğe giren "Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesine göre hastanede gerçekleştirilen sezaryenle doğum oranları hastanenin performansında gösterge olarak kabul edilmektedir. Sezaryen oranlarını düşürmek ve normal doğuma özendirmek amacıyla "Doğum ve Sezaryen Programı" ile "Her gebeye normal doğum şansı" isimli program başlatılmıştır. Ayrıca bu program çerçevesinde "Doğum Eylemi Yönetim Rehberi" hazırlanmış ve 81 ilde uygulanması için genelge yayımlanmıştır. Bu genelgeden sonra, eğitim hastanelerindeki sezaryenle doğum oranının %20'yi, diğer hastanelerde ise %15'i geçmemesi gerektiği bildirilmiştir.⁹

Sezaryen doğumu, maternal veya fetal riskleri olan bir operasyondur. Sezaryen doğumlarda maternal ölüm hızı daha yüksek, tıbbi müdahale daha fazla, hastanede kalış ve iyileşme süreci daha uzun olmaktadır. Daha geç mobilize olma, enfeksiyon gelişme risklerinin daha fazla olması, anne-bebek etkileşimini ve süt salınımının gecikmesi, oral beslenmeye daha uzun sürede geçiş ve ayrıca cerrahi bir operasyona maruz kalmış olma sezaryenin diğer istenmeyen etkilerindendir. Tüm bunlar annenin kaygı ve endişesini artırıp dengesini bozabilir.¹⁰⁻¹³

Postpartum dönem, gebeliğe bağlı anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin doğumdan sonra normale dönme sürecinin yaşandığı 6 haftalık bir periyot olarak tanımlanabilir. Bu dönem, anne sağlığı açısından kritik bir dönemdir.^{11,12} Postpartum dönem, annede oluşan fizyolojik değişikliklerin yanı sıra yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir dönemdir. Bu dönemde ebeveynler bebek bakımı vermek, bebek için güvenli bir çevre oluşturmak, bebekle iletişim kurmak, yeni rolleri öğrenmek, aile duyarlılığını geliştirmek ve bebekle ilgili problemlerle baş etmek zorundadırlar.¹³ Doğum sonu dönemin özellikle ilk 24 saati başta olmak üzere, ilk bir

haftası hem fizyolojik hem de psikolojik yönden bir geçiş dönemi, ayrıca doğum sonu komplikasyonların en yüksek olduğu dönemdir. Yapılan çalışmalar, annelerin doğumdan sonra yaşadıkları fizyolojik ve psikolojik değişimlerden dolayı en az 24 saat kendilerine dönük olduklarını ve öğrenme için motivasyonlarının en alt düzeyde olduğunu ortaya koymaktadır.¹⁴⁻¹⁶ Bu çalışmalardan da anlaşılacağı gibi, doğum yapan kadının hastanede almaya başladığı sağlık bakımının evde de devam etmesi çok önemli ve gereklidir. Bu nedenle literatürde, doğum sonu dönemde loğusaların evde, hemşireler veya ebeler tarafından takip edildiklerinde yararlı sonuçlar alınabildiği vurgulanmıştır.

15, 17-21

Türkiye’de 1961 yılında yürürlüğe giren 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun’a” göre, sağlık ocakları ve sağlık evlerinde çalışan ebe ve hemşireler, doğum yapan kadınların evdeki bakımını yürütmekle görevlidir. Ebe ve hemşireler tarafından verilen doğum sonu bakımın amacı; anne ve yenidoğanın bu döneme fizyolojik ve psikolojik olarak sağlıklı uyum yapmalarını sağlayarak, anne ve yenidoğana ait hastalanma ve ölüm oranlarını azaltmaktır. Bu amaçla, ebe ve hemşirelerden doğum yapan kadını taburculuktan 48 saat sonra, 15. günde ve 40. günde olmak üzere en az 3 kez ev ziyareti ile izlemeleri beklenmektedir.²² Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), doğum sonu ev ziyaretlerinin sıklığı konusunda kesin bir öneri geliştirmemişse de özellikle doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde bir kez, ilk haftanın başlangıcında ve bitiminde birer kez ev ziyaretinin etkili olabileceğini belirtmiştir. DSÖ’ne göre, her bir ziyarette ebe/hemşire, anne ve yenidoğanın gerekli muayene kontrollerini yapmalı ve bulgulara göre uygun müdahalelerde bulunmalıdır.²³ Ebe/hemşirenin diğer bir sorumluluğu da anneyi, kendi ve bebeğinin bakımı konusunda bilgilendirmektir. Ancak 224 sayılı kanunla belirtilmesine karşın ülkemizde doğum

sonu evde izlem sisteminin sağlıklı işlemediği ve annelerin doğum sonu evlerinde yeterli sayıda ziyaret edilmedikleri düşünülmektedir.

Doğum sonu dönemde görülen problemlerin çoğunluğu etkili bir hemşirelik/ebelik bakımı ve eğitim ile önlenabilir veya azaltılabilir. Basit gibi görülen problemler zamanında müdahale ile büyümeden çözüme kavuşturulabilir ve hem annenin hem de bebeğin yaşamını uzun yıllar etkileyebilecek komplikasyonlar ortadan kaldırılabilir. Yapılan çeşitli çalışmalarda, doğum sonu dönemde erken taburculuk sonrası evde izlenen ve bakımı yapılan anne ve bebeklerin herhangi bir sağlık problemi için hastaneye başvurma ve hastaneye yatma oranlarının daha düşük olduğu saptanmıştır.^{18,19, 24-28} Bu nedenle planlı ev ziyaretleri ile doğum yapan kadın ve bebeğinin sağlığını değerlendirme, sorunları erken saptama ve uygun müdahaleleri başlatma yoluyla, anne ve bebeklerin sağlığı korunabilir ve geliştirilebilir.

Doğum sonu dönemde anneye verilecek kapsamlı, standardize ve kaliteli bir hemşirelik bakımı ve eğitimiyle, anneye, bilinçli bir öz bakım ile annelik, kendi ve bebeğinin bakımında ve gelişiminde yeterlilik, olumlu sağlık davranışları ve sağlık statüsü kazandırılabilir. Böylece sorunsuz, rahat ve sağlıklı bir doğum sonu dönem sağlanabilir.

Ülkemizde doğum yapan annelerin doğum sonu hastanede kalma sürelerinin kısalması, doğum hastanelerinde hasta sayısının fazla ve hasta değişiminin hızlı olması, hemşire ve ebelerin mesleki uygulamalar dışındaki işlevlerle ilgilenmelerinin kapsamlı bakım ve eğitim vermelerini engellemesi nedeniyle doğum sonu bakımın kalitesinin düşürdüğü düşünülmektedir.

Ebeler ve hemşireler doğum sonrası dönemde kadına en yakın olan kişilerdir. Bu nedenle ebe ve hemşirelerin doğum sonrası dönemde kadının ve yenidoğanın bakım

gereksinimlerinin yanı sıra, ailenin sosyal ve psikolojik gereksinimlerini de göz önünde bulundurması önemlidir. Bu gereksinimlerin anlaşılabilmesi için kadının postpartum dönemde yakından izlenmesi gerekmektedir.

Literatürde Roy'un Adaptasyon Modeli kullanılarak değişik alanlarda yapılmış birçok çalışma vardır.²⁹⁻⁵⁹ Bu çalışmalar işçilerde²⁹⁻³¹, kalp hastalıklarında³², kanserde^{33,34}, Alzheimer da³⁵, cinsellikte^{37,38}, adölesanlarda³⁹, hastaneden taburcu edilmiş değişik gruplarda⁴⁰⁻⁴³, çocuklarda⁴⁴, multiple sklerozda^{45,46}, evde bakımda^{47,48}, loğusalıkta^{40,49}, cerrahi hastalarında⁵⁰⁻⁵³, yeme bozukluklarında⁵⁴⁻⁵⁷ ve hastanede yatan hastalarda^{58,59} vb. değişik gruplarda yapılmıştır. Bu çalışmaların sonucunda Roy'un Adaptasyon Modelinin çok yararlı olduğu ve adaptasyonu kolaylaştırdığı saptanmıştır.

Türkiye'de Roy'un modeli kullanılarak yapılmış çalışmalar mevcuttur. Fakat sezaryenla doğum yapan loğusalar ile ilgili çalışmaya rastlanılamamıştır. Bu eksiklikten hareket ederek sezaryen ile doğum yapan loğusalara ev ziyareti yolu ile Roy'un Adaptasyon Modeli kullanılarak verilen bakımın etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

1.1. Hipotez

Sezaryen ile doğum yapan loğusalara Roy'un Adaptasyon Modeli kullanılarak verilen bakım, doğum sonu sorun yaşama sıklığını azaltır ya da önler.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sezaryen Operasyonu

Jinekoloji ve obstetride en çok kullanılan operasyon türü olan sezaryen; 20 haftadan büyük olan fetusun, plesanta ve eklerinin karın yoluyla uterus duvarına yapılan insizyondan doğurtulması işlemidir. Uterus rüptürüne bağlı olarak fetusun abdominal yolla dışarı alınmasını veya abdominal gebeliğin tahliyesini içermektedir.^{3,5,60}

“Seksiyo” sözcüğü ilk kez Rousset tarafından yayınlanmıştır. 1598’de Guillemeau “Sezaryen Kesi” tamlamasını kullanmıştır. Tarihte karın duvarına yapılmış ilk operasyon sezaryendir. Birçok tarihçi Roma imparatoru olan Sezarlardan bazılarının özellikle Julius Sezar’ın bir karın kesisi ile doğduğunu ifade etmektedir.^{3,5,60} Ancak tarihte sezaryene ait ilk kayıt İsa’dan önce 2 bin yılında Sümerlere aittir. Bu girişim yavaş gelişme kaydetmiştir, 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.³ Erken dönemde yapılan abdominal doğumların çoğu ölü kadınlara uygulanmıştır ancak canlı bir kadında ilk başarılı sezaryen kesisi 1610’da Wittenberg’te Trautmann ve Seest tarafından yapılmıştır.^{3,5} O tarihten itibaren ameliyat ender yapılmışsa da zaman geçtikçe, maternal mortalitenin yüksek olmasına karşın uygulanmasında artış olmuştur. Canlı kadında sezaryen gerçekte 20.yüzyılın bir ameliyatıdır.³

Sezaryen Operasyonunun Görülme Sıklığı

ABD dahil birçok gelişmiş ülkede tüm doğumların %15-25 kadarı sezaryenle yapılmaktadır.³ Türkiye’de sezaryen ile doğum oldukça yaygındır. Son beş yılda

meydana gelen tüm doğumların %37'si sezaryen ile yapılmıştır. Sezaryen ile doğum hızı, TNSA-2003'e (%21) göre büyük ölçüde yükselmiştir. Sezaryen ile doğum yapma olasılığı annenin yaşıyla birlikte artarken, doğum sayısı artıkça da azalmaktadır. İlk doğumların %45'i sezaryen ile yapılmıştır. Kentlerde yaşayan kadınlar (%42) arasında kırsal bölgelere (%24) göre sezaryen daha yaygındır. Sezaryen ile yapılan doğumlar, Doğu bölgesi (%16) hariç, tüm bölgelerde %40 ve üzerindedir. Doğu bölgesinde ki bu oran da istenilen düzeyin üstündedir. Sezaryen ile doğum hızı, eğitim ve refah düzeyiyle birlikte artmaktadır. En yüksek eğitim ve refah düzeyinde sezaryen oranı %60'tır. Bu oran en düşük eğitim ve refah düzeyinde sezaryenle gerçekleşen doğumların üç katından daha fazladır.⁷ 2008 TNSA verilerine göre Batı Anadolu bölgesinde yaklaşık her dört kadından ikisi (%46) sezaryen ile doğum yapmaktadır ve sezaryen doğumlarının sıklığı diğer bölgelere göre yüksektir. 1998 TNSA ve 2008 TNSA verilerine göre ileri yaşlarda doğum yapan, çocuğun doğum sırası daha düşük olan, kentsel yerleşim yerleri ile Batı ve Kuzey bölgelerinde yaşayan özellikle İstanbul, Batı Marmara ve Doğu Karadeniz'de doğumların %50'den fazlası sezaryen ile yapılmıştır ve daha eğitilmiş kadınlar arasında doğumların sezaryenle yapılması daha yaygındır. 2008 TNSA verilerine göre 35 yaş ve üzerinde annelerin %45.4'ü sezaryen ile doğum yapmıştır. Sezaryen doğumlarının sıklığı ilk doğumlarda daha yüksektir; 2008 verilerine göre ilk doğumlarda yaklaşık her beş kadından ikisi (%44.6), 10 kadından 3'ü sezaryen olmaktadır.⁷ Yalınkaya ve arkadaşlarının⁶¹ yaptığı çalışmada yıllara göre yıllık toplam doğum sayısı 573 ile 1655, sezaryen oranı ise %17.22 ile %50.39 arasında değişmektedir. Sezaryen oranlarının ilerleyen yıllar ile gittikçe arttığı gözlenmiştir.

Sezaryen olma durumunu etkileyen başka faktörler de bulunmaktadır. Ülkemizde özellikle bazı sağlık kuruluşlarında uygulamaya konulan performans sistemi, özel doktora muayene olmak, etkili ve yeterli olmayan bir doğum öncesi bakım (DÖB) almak da sezaryen oranlarını arttırmaktadır. Özellikle özel doktorlara muayene olmak hiçbir risk faktörü olmadan isteğe bağlı olarak yapılan sezaryen oranlarını arttırmıştır. Sayın ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada özel doktor kontrolünde olan hastalarda sezaryen oranının daha yüksek olduğu veya yüksek öğrenim görmüş olmanın ve aktif çalışmanın sezaryen tercihinde önemli rol oynadığı saptanmıştır.⁶² Yalınkaya ve arkadaşlarının⁶¹ yaptığı çalışmada ise isteğe bağlı olarak sezaryen olma oranının 1995 yılından itibaren artarak, 2002 yılına kadar %1.63'ten %14.01'e yükseldiği saptanmıştır. Yıldız'ın⁶³ yaptığı araştırmada annelerin büyük bir kısmının (%60.9) doğum öncesi bakıma düzenli bir şekilde geldiği belirlenmiş olup, %39'unun düzenli kontrol yaptırmadığı ve bu durumun plansız sezaryeni arttırıcı bir etken olduğu düşünülmüştür.

Sezaryen Operasyonu Endikasyonları

Sezaryen operasyonu için endikasyonlar;^{2-5,60}

- 1) Daha önce geçirilmiş sezaryen
- 2) Çoğul gebelik
- 3) Fetal distres
- 4) Sefalo-pelvis uyumsuzluk
- 5) Prezantasyon-pozisyon bozuklukları
- 6) Plasenta anomalileri
- 7) Fetal anomaliler

- 8) Maternal hastalıklar
- 9) Aşırı kanama
- 10) Jinekolojik kanserlerdir.

2.2. Sezaryen ile Doğumda Bakım

Preoperatif Dönemde Hazırlık ve Bakım: Sezaryen olmak için servise gelen gebe, hasta karşılama ilkelerine uygun bir şekilde servise kabul edilir. Gebe ve eşi, sezaryenin neden gerekli olduğu, bebeğin durumu, yapılacak operasyonun özellikleri, operasyonda olabilecek komplikasyonlar, operasyon sonrası dönemde neler olacağı ve gelişebilecek komplikasyonlar konusunda bilgilendirilir. Daha sonra gebenin vital bulguları, fetal kalp sesleri değerlendirilir ve öyküsü alınır.^{6,64} Gebenin operasyondan 8 saat önce oral alımı durdurulur, bu nedenle intravenöz solüsyonlarla desteklenir ve böylece damar yolunun açık kalması da sağlanmış olur. Operasyon süresince gebenin uygun şekilde hava yolu açıklığının sağlanması ve operasyon sonrası enfeksiyon gelişmemesi için gerekli önlemler alınır, hasta ve ailesine önemi anlatılır.^{2-4,11}

Boşaltıcı lavman ile barsaklar boşaltılır ve abdominal bölge ile perineal bölgenin temizliği yapılır ve önemi anlatılır. Tüm bunlar yapılırken hastanın mahremiyetine özen gösterilir ve her aşamada duygularını ifade etmesi sağlanır. Operasyon saatinden önce gebenin yapmış olduğu hazırlıklar kontrol edilir ve eksikler birlikte tamamlanır. Hazırlıkların tam olduğundan emin olunduğunda gebeye ameliyat önlüğü giydirilir, uygun ve güvenli bir şekilde ameliyathaneye ulaşması sağlanır.^{6,64}

Postoperatif Dönemde Bakım: Postoperatif dönemde verilen bakım anne ve yeni doğanın sağlığını korumak ve yükseltmek amacıyla yapılır ve oldukça önemlidir. Postoperatif bakımı annenin yaşı, geçirilen sezaryenin ilk olup olmadığı, sezaryene

neden olan etken, annenin destek mekanizmaları, kronik bir hastalığının olup olmadığı vb. birçok değişken etkilemektedir.^{3,11,65,66}

Annenin ve bebeğin postoperatif dönemi sağlıklı ve huzurlu şekilde geçirebilmesi için, ameliyathaneden çıkmadan önce kalacakları odanın fiziki koşulları ayarlanmalıdır. Operasyondan çıkan anne uygun şekilde karşılanmalı ve giydirilmesinden, ilaç uygulamalarına kadar her aşamada mahremiyetine özen gösterilmeli ve bilgilendirilmelidir. Annenin sezaryen ameliyatına ilişkin duygularını ifade etmesine izin verilmeli ve bebeğinin sağlığı hakkında bilgilendirilmelidir. Anneye doktor istemine göre analjezikler verilerek ağrısı giderilmelidir.^{3,11,65,66}

Annenin ve bebeğin yaşam bulguları yakından takip edilmeli, bebeğin emme refleksinin uyarılması ve uterusun kontrakte olması için ilk 30 dakika içinde bebek emzirilmelidir. Uterus kontraksiyonlarını sağlamak amaçlı uterusun önce sertlik, yumuşaklık açısından muayenesi yapılmalıdır. Uterusta yumuşama varsa; uterus masajı yapılmalı ve doktor istemine göre intravenöz oksitosin infüzyonu uygulanmalıdır. Bu dönemde kanama kontrolünün ve loşia takibinin (renk, koku, miktar) yapılması oldukça önemlidir.^{3,65,66}

Barsak hareketleri aktifleşinceye kadar anne oral almaya başlayamaz. Bu nedenle sıvı elektrolit dengesini korumak amacıyla intravenöz solüsyonlarla anne desteklenir. Barsak hareketleri aktifleştğinde annenin tolere etme durumuna göre uygun gıdalar verilir.

Böbreğin normal fonksiyonlarını yerine getirip getirmediğini anlamak için aldığı çıkardığı takibi yapılmalıdır. Sonda çıkarıldıktan sonra spontan idrar çıkışının olup olmadığının kontrolünün yapılması oldukça önemlidir.^{3,64}

Annenin involüsyon sürecinin hızlanması için postoperatif dönemde ilk 24 saat içinde derin soluk alma, öksürme egzersizleri, ilk 10 saat için yatak içi egzersizler ve 8-10 saat sonunda hastanın yürütülmesi önemlidir. Her aşamada anne günlük yaşam aktivitelerini bağımsız gerçekleştirmesi açısından desteklenmelidir.^{3,64}

Postpartum dönemde gelişebilecek komplikasyonlar nedeniyle anne ve bebek yakından takip edilmeli ve bu konuda anneye de eğitim verilmelidir. Annenin bebek bakımı, anne sütü, emzirme, bebekte gelişebilecek sorunlar (pamukçuk, konak, pişik vb.), aile planlaması, loşia takibi, insizyon bakımı, perine hijyeni konusundaki bilgi düzeyine bakılmalı ve eksik kalan noktalar tamamlanmalı, anne taburculuk dönemi için hazırlanmalıdır.

Hem preoperatif dönemde hem de postoperatif dönemde verilen tüm bakım ve tedavilerin geliştirilen standartlara uygun olarak verilmesi ve gerekli kayıtların tutulması oldukça önemlidir.^{3,64}

2.3. Postpartum Dönem

Doğum eylemi sona erdikten (bebek, plasenta ve membranlar doğduktan) sonra başlayan altı haftalık süreye doğum sonu dönem (postpartum ya da puerperium) denir. Bu dönemdeki kadına loğusa ya da puerpera denir. Bu dönemde gebelik sırasında kadın vücudunda oluşan değişiklikler hemen hemen gebelik öncesi duruma geri döner.^{67,68}

Postpartum dönem, annede meydana gelen retrogressive (gerileyici) ve progressive (ilerleyici) değişikliklerle karakterizedir. Retrogressive değişiklikler uterus, vajina ve diğer genital organların ve sistemlerin gebelik öncesi durumlarına geri dönme sürecidir. Progressive değişiklikler laktasyona hazırlanan göğüslerde meydana gelir.^{64,69} Doğum sonrası ilk 1 haftada değişiklikler çok hızlı olur. Bu değişiklikler olurken potansiyel

risklerin ortaya çıkması söz konusudur. Geç doğum sonu dönemde (2-6 haftalar) ise değişiklikler daha yavaş ve aşama aşamadır.^{68, 70}

2.4. Postpartum Dönemde Annedeki Fizyolojik Değişiklikler

Üreme Sistemi

Postpartum dönemde üreme sisteminde uterus, serviks, vulva, vajen ve perinede değişiklikler meydana gelir. Üreme organlarının doğumu izleyen 6 hafta içerisinde normal ölçülerine ve fonksiyonlarına dönme sürecine involüsyon denir. İnvolüsyon süreci, normal fizyolojik bir süreçtir. Bu süreç ilk günlerde çok hızlıdır ve ilk 3-4 günde çok belirgin değişiklikler gözlenir.^{64,68,69}

Uterus: Doğumdan hemen sonra uterusun boyu 15 cm, genişliği 12 cm ve kalınlığı 10 cm kadardır. Yassı armut şeklinde ve yaklaşık 1000 gram ağırlığında olan uterus, her gün biraz daha küçülerek, 5-6 hafta sonra gebelikten önceki ağırlığına, yani 60-70 grama iner.^{68,71}

Uterus kas liflerinin kontraksiyonu, uterus duvarında gebelikten arta kalan fibroelastik doku kalıntılarının otolizi (dokunun kendi kendini sindirmesi) ve uterin hücrelerde küçülme uterus involüsyonunu sağlayan faktörlerdir. Uterus involüsyonunu uzamış doğum eylemi, genel anestezi alma, mesanenin dolu olması yavaşlatırken, doğum eylemi süresinin kısa olması, emzirme, sık ve erken hareket etme ise artırır.⁶⁴

Uterus fundusunun sertliği ve yüksekliği, uterusun involüsyonu için çok önemli bir göstergedir. Doğumdan hemen sonra fundus, umblikusun altındadır ve plasenta ayrıldıktan sonra umblikus hizasına yükselir. Doğumdan 12 saat sonra da fundus, aynı seviyede palpe edilir. Doğumu izleyen 1. günde fundus, umblikusun 2 cm altında, 2. günde 4 cm altındadır. 10.-12. günlerde artık karın duvarından palpe edilemez.^{13,67}

Doğumdan sonra genellikle bütün puerperium boyunca süren vajinal akıntıya **loşia** denir. Loşia kan, küçük desidua parçaları, mukus, verniks kaseoza ve lanugo gibi maddeleri içerir. Doğumdan sonra her geçen gün loşianın rengi değiştiğinden loşia farklı isimler alır.

1. Loşia rubra, 1-3 gün sürer. Adını koyu kırmızı renginden alır. İlk günlerde plasentanın ayrıldığı yerdeki damar ağızları henüz kapandığı için loşia daha çok kan içerir.

2. Loşia seroza, 4-10 gün devam eder. Loşia pembe bir renk ve seroz bir hal alır. Damar ağızları tromboze olmaya başladığı için iyileşen yüzeyden gelen kan azalır.

3. Loşia alba, 11 günden, 6 haftaya kadar sürer. Bu günlerde loşia açık sarımsı ve beyaza yakın bir renk alır ve miktarı azalır.⁶⁴

Başlangıçta loşianın miktarı fazladır, fakat zaman geçtikçe azalır. İlk 8 saatten sonra loşia miktarı normal menstrual akıntıdan fazla değildir. Total loşia miktarı 150-400 cc arasında değişir. Loşia miktarı multiparlarda primiparlardan fazladır. Loşianın miktarı ve rengi, uterusun involusyonu ve yenilenme sürecinin bir göstergesi olduğundan, loşianın normal olup olmadığının gözlenmesi hayati önem taşır.

1-Loşianın miktar olarak çok fazla ve renginin parlak kırmızı olmaması gerekir.

2-Loşia pis kokulu olmamalıdır.

3-Loşia büyük doku parçaları olmamalıdır.

4-Loşianın ilk üç hafta boyunca sürmesi veya bu süreden önce kesilmemesi gerekir.

5-Loşianın karakteri rubradan serozaya veya albaya dönüştüğünde artık yeniden rubraya dönmemelidir.⁶⁴

Serviks: Serviks involüsyonu uterus gibi 6 hafta sürer. Doğumdan sonra eksternal os 2-3 parmak girecek şekilde açıktır ve 6. haftanın sonunda kapanır. Serviks tamamen gebelik öncesi durumuna dönmez. Gebelik öncesi servikal os yuvarlaktır. Doğumdan sonra ise yatay bir çizgi şeklindedir.^{13,69}

Vulva, Vajen ve Perine: Doğum eyleminde aşırı baskıya maruz kalan vulva, vajen ve perine doğumdan hemen sonra gevşek ve ödemlidir. Yumuşak ve gevşek olan vajende ekimoz alanları vardır. 3. haftadan sonra gebelik öncesi haline döner. Vajen epiteli, overlerden östrojen salgılanması başlayana kadar menapoz sonrası dönemdeki gibi düz, ince ve yumuşak görünümündedir. Perinede labia majörler ve minörler doğumdan sonra tamamen eski haline dönemez ve biraz gevşek ve sarkık kalır.^{67,69}

Üriner Sistem

Gebelikte böbreklerde oluşan genişleme, renal kapasitede artma, renal pelvis ve üretra dilatasyonu doğum sonu dönemde yavaş yavaş eski haline döner. Kadınların çoğunda üriner sistemdeki bu değişiklikler, doğumdan sonra 3. ayda gebelik öncesi durumuna döner. Kadınların yaklaşık %10'unda böbreklerdeki genişleme bazen kalıcı olabilir. Travay ve doğumun lokal etkisiyle mesane fonksiyonları değişebilir ve mesane tonusu azalabilir. Mesane mukozası ile üretradaki ödem rahat idrar geçişini engelleyebilir. Ağrı ya da ağrı duyma kaygısı ile kadın idrar yapmayı erteleyebilir. Bu faktörler, mesane distansiyonu ya da mesanenin tamamen boşalamamasına neden olabilir.^{68, 70}

Mesane tonusu ve mesanenin yeterli boşalımını için gerekli iyileşme, 5-7 gün içinde gerçekleşir. Aşırı mesane distansiyonu uzun sürerse mesane duvarı hasara uğrar, üriner retansiyon ve mesane enfeksiyonlarının gelişmesine zemin hazırlar.⁷¹⁻⁷³

Gastrointestinal Sistem

Doğumdan sonra mide, ince barsaklar ve kolon eski durumuna döner. Genellikle barsak fonksiyonları 3-4 gün sonra normale döner. Doğumdan sonra progesteron seviyesinin düşmesine rağmen doğum öncesi yapılan lavman, doğum öncesi ve sonrası 1-2 gün az besin alımı, beden hareketlerinin az olması gibi nedenlerin yanında batının ağrılı olması, insizyonun olması defekasyonu geciktirir.^{67, 71-73}

Endokrin Sistem

Doğum sonu dönemde plasentanın atılması ile birlikte plasentadan salgılanan hormonların düzeyinde ani düşme görülür. Plasental laktojenik hormon ortadan kalktığı için, insülin normal işlevine kavuşur. Doğumdan sonra hipofiz ön lobundan prolaktin hormonu salgılanmaya başlar. Prolaktin alveollerdeki epitelyal hücrelerden süt yapımını sağlar. Prolaktin hormonu, over fonksiyonlarını baskılayarak ovulasyonu ve ovaryumlardan östrojen ve progesteron hormonlarının salgılanmasını engeller.⁷¹

Kardiovasküler Sistem

Gebelik boyunca ekstrasellüler aralıkta biriken sıvının ve uteroplazental alanda göllenen kanın dolaşıma dönmesi ile erken postpartum dönemde total kan volümü yükselir. Ancak östrojen seviyesinin düşmesi sonucu belirgin bir diürez meydana gelir. Bunun sonucunda kan volümü gebe olmayan kadının kan volümü seviyesine iner. Eritrosit sayısı ve hemoglobin miktarı 5. haftadan sonra normale döner.⁷¹

Nabız, postpartum ilk 6-8 gün düşüktür (50-70/Dk). Yükselen nabız aşırı kan kaybının, enfeksiyonun, ağrının, anksiyetenin veya kardiyak bozukluğun belirtisi olabilir.^{64, 73,74}

Solunum Sistemi

Gebelikte uterusun diyafragma yapığı basının ortadan kalkması sonucu toraks kapasitesinde artış görülür. Pulmoner fonksiyon değişiklikleri hızla gebelik öncesi duruma geri döner. Ayrıca plasentanın ayrılmasıyla birlikte progesteron hormonunun seviyesi düşer ve gebelikte görülen hiperventilasyon da ortadan kalkar. Anne, doğum öncesi göğüs solunumu yaparken, doğum sonrası abdominal solunum yapmaya başlar.^{68,70,74}

Karın Duvarı ve Deri

Deri pigmentasyonu, loğusalık döneminde hızla azalır. Gebelik sırasında gerilen karın duvarı doğumdan hemen sonra sarkık bir görünüm alır. Karın duvarının ve karın kaslarının gebelik öncesi durumlarına dönmesi için 6 haftalık bir süreye gereksinim vardır. Stria gravidarum doğumdan sonra grimsi, beyaz renkli parlak şerit halini alır.^{64, 68, 69}

Göğüsler

Doğum sonu dönemde üreme organlarında atrofik değişiklikler meydana gelirken göğüslerde tam tersine değişiklikler görülür. Doğumdan sonra östrojen ve progesteron seviyesinin düşmesiyle daha önce baskılanmakta olan prolaktin hormonu aktive olur ve göğüslerden süt yapımını uyarır. Doğum yapan kadında, doğumu izleyen 24-72 saat içinde laktasyon başlar.^{64,69}

2.5. Postpartum Dönemde Annedeki Psikososyal Değişiklikler

Postpartum dönem, annede oluşan fizyolojik değişikliklerin yanı sıra ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir dönemdir. Birçok kadın, bu dönemde ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklere kolaylıkla

uyum sağlarken bazıları uyum sağlayamaz. Uyum sağlayamayan kadınlarda çeşitli düzeylerde duygusal sorunlar gelişebilmektedir. Doğum sonu dönemde ortaya çıkan başlıca duygusal sorunlar; annelik hüznü, postpartum depresyon ve postpartum psikozdur.

Postpartum dönemde annenin sosyal yaşantısında da değişiklikler olur. Sosyal yaşamın kısıtlanması, annede stres yaratır. Annenin stresinin azaltılması ve bu döneme uyum sağlaması için sosyal desteğe ihtiyacı vardır. Sosyal destek, anneye aile, arkadaş ve özellikle eşi tarafından sağlanan bebek bakımına destek, ev işlerinde yardım ve duygusal desteği içerir. Sosyal desteğin yeterli düzeyde karşılanması kadının fiziksel ve mental iyilik hali üzerinde olumlu etki gösterir.^{13, 67,72}

2.6. Postpartum Döneme Uyum

Doğum sonu dönem, aileye yeni bir üyenin katılmasından dolayı yeni bir düzenin kurulduğu bir dönemdir. Bebeğine, postpartum rahatsızlıklara, ailedeki yeni düzene ve vücut imgesindeki değişikliklere uyum yapmak zorunda olan anne için bu dönem oldukça zordur.^{15,64}

Sezaryenden sonra anestezinin etkisinin geçmesinin ardından anne bebeğini görmek ister; ebe/hemşirenin bebeği annenin yanına vermesi ile anne-bebek etkileşimi başlamış olur.

Anne doğumdan sonra ilk birkaç gün pasif ve bağımlıdır. Cerrahi operasyona bağlı olarak uykuya eğilimlidir. Daha çok doğum eylemi ve doğum olayı ile ilgili konuşma ihtiyacı içindedir. İlk günlerde anne daha çok alıcı konumundadır ve kendine dönüktür.^{66,67}

İkinci günden sonra anne postpartum sürece uyum sağlamaya başlar. Artık ilgisi bebeğine yönelmiştir, endişeleri daha çok bebeği ile ilgilidir. Bu süreçte anne yeterli olduğu konusunda güven kazanmak ister. Bu periyotta anne daha çok verici konumdadır.

Bu sürede ebe/hemşire annenin duygusal durumunu da değerlendirmeli, anneye duygularını ifade etmesi için fırsat verilmelidir. Doğum sonu dönemde hormonal değişikliklere ek olarak, uykusuzluk, bebeğin kendi hayatında getireceği değişikliklerle ilgili endişeler, bakımda yetersizlik, yorgunluk ve bazı fiziksel rahatsızlıklar, annenin yeni sorumluluklarla baş edememe korkusu gibi faktörler annenin doğum sonu döneme psikolojik uyumunu zorlaştırabilir.^{13,66,67,72,73}

Doğumu takip eden ilk 2-4 gün içinde annenin kendisini bir anda gözyaşına boğulmuş olarak bulması “*postpartum hüznün veya annelik hüznü*” olarak tanımlanmaktadır. Görülme sıklığı %50-80 olan annelik hüznünün uzun süre devam etmesi sonucunda depresyon görülebilir. Depresyon doğumdan sonraki 2 hafta-3 ay arasındaki bir zamanda ve %3-17.5 oranında görülmektedir. Kadında sinirlilik, hayal kırıklığı, kolayca ağlama, iştah değişiklikleri, uyku düzeninde değişiklikler, ve endişelenme gibi belirtiler görülebilir. Annenin depresyonla baş etmesini kolaylaştırmak için, ebeveyn yeni rolü hakkında bilgilendirilmeli, anne ve bebek bakım becerilerinin gelişmesine yardım edilmelidir. Ayrıca kadına kolaylıkla başarabileceği bakım uygulamaları yaptırılarak cesareti artırılmalı, yeterli dinlenmesi ve beslenmesi sağlanmalıdır. Doğumdan sonra anne-bebek etkileşiminin erken dönemde sağlanması da olumlu bir yaklaşımdır. Anne ve bebek zorunlu olmadıkça ayrı kalmamalı, anne ve bebeğe birlikte bakım verilmelidir.^{66,67,72,73}

Anneye taburcu olmadan önce, kendisi ve bebeğinin evde bakım ile gelişebilecek komplikasyonlar hakkında eğitim verilmeli, her türlü sorun için iletişim kurabileceği kurum ve sağlık personeli açıklanmalıdır. Ayrıca doğum sonu ziyaretler ve telefon ile annenin durumu kontrol edilmelidir.^{66,73}

2.7. Postpartum Dönemde Gelişebilecek Komplikasyonlar

Sezaryen, major bir girişim olduğu için herhangi bir abdominal operasyonda görülebilecek tüm komplikasyonlar; tıbbi, anestezi ve cerrahiye bağlı komplikasyonlar görülebilir.⁶⁶

- ❖ Puerperal Enfeksiyonlar
- ❖ Yara Enfeksiyonları
- ❖ Peritonit
- ❖ Adneksiyal Enfeksiyonlar
- ❖ Pelvik Abse
- ❖ Septik Pelvik Tromboflebit
- ❖ Toksik Şok Sendromu
- ❖ Uterusun Subinvölüsyonu
- ❖ Geç Postpartum Kanamalar
- ❖ Meme Angorjmanı
- ❖ Mastit
- ❖ Postpartum Psikoz

2.8. Postpartum Dönemde Annenin Bakım Gereksinimleri

Postpartum dönem, anne ve bebeğin hemşirelik bakımına çok fazla ihtiyaç duydukları bir dönemdir. Bu dönemde anneler diğer insanlara göre çok basit olan problemlerin çözümünde bile birinin yardımına ve desteğine ihtiyaç duyarlar. Bu dönemde ebeler ve hemşireler, hastanede ve evde anne ve bebeğe ihtiyacı olan bakımı verirler. Ayrıca annenin ihtiyacı olan konularda eğitim ve danışmanlık yaparlar.

Postpartum dönemde verilen bakımın amacı, anne ve bebeğin sağlıklı bir şekilde taburcu olmasını ve iyilik halinin bütün doğum sonu dönem boyunca devam etmesini sağlamaktır. Bu amaca ulaşmak için ebeler ve hemşireler;⁶⁴

- Annenin gebeliğe ve doğuma bağlı fiziksel ve emosyonel yorgunluğu atabilmesi için dinlenmesini sağlamalı,
- Hızlı fizyolojik değişikliklerin olduğu bu dönemde vital bulguları sık sık takip etmeli,
- Puerperal kanama, atoni ve enfeksiyon gibi komplikasyonlara karşı dikkatli olmalı,
- Zedelenmiş dokuların iyileşmesini engelleyen faktörleri önlemeli,
- Tekniğine uygun emzirmeyi sağlamalı,
- Anneyi bebek bakımı konusunda bilgilendirmelidir.

Fiziksel Değerlendirme: Postpartum değerlendirme, annede görülebilecek değişikliklerin normal sınırlarda olup olmadığını değerlendirmeyi esas alır. Sezaryen operasyonundan sonra anne yaklaşık 8-10 saat yoğun bakımda kalır. Bu sürede annenin

yaşam bulguları, üreme ve üriner sistem, kardiyovasküler ve gastrointestinal fonksiyonları, enerji seviyesi, memeler ve rahatsızlık durumu değerlendirilmelidir.

Sezaryen doğumdan sonra yoğun bakımda vital bulgular ilk 1 saatte her 15 dakikada bir, sonraki 2 saatte 30 dakikada bir, sonraki 2 saatte ise saatte bir değerlendirilir. Vital bulguları alırken; uterus, loşia, mesane, perine ve insizyon bölgesi değerlendirilmelidir.^{13,64}

Yara Bakımı: Yara iyileşmesini sağlamada ameliyat sırasında ve sonrasında asepsi ilkelerine kesin bir şekilde uyulması önemli bir faktördür. Enfeksiyon yara onarım sürecini bozduğundan, enfeksiyon gelişmesini önlemek için pansumanın yapılmasına özen gösterilmelidir. Yara iyileşmesini sağlamaya yönelik bakım; yaranın sürekli izlenmesini ve uygun yara bakımını kapsar. Pansumanlar değiştirilirken aseptik ilkelere uyulmalıdır.^{2,3,11}

Perine Bakımı: Doğum sonu dönemde ürogenital enfeksiyonların önlenmesinde perine bakımı önem taşır. Bu konuda anneye eğitim vermek ebe/hemşirenin sorumluluğundadır. Loğusalık süresince anneye perine bakımını kendi kendine nasıl yapacağı, nelere dikkat edeceği öğretilmelidir. Anneye her miksiyon ve defekasyondan sonra mutlaka perinenin temizlenmesi, işlem öncesi ve sonrasında ellerin yıkaması, pedin sık değiştirilmesi gerektiği anlatılmalıdır. Loşianın özelliği de anneye anlatılarak kontrol etmesi ve normalden sapma durumunda sağlık çalışanlarına bildirmesi konusunda uyarılmalıdır.^{13,64}

Mesane ve Barsak Kontrolü: Sezaryen operasyonundan sonra foley kataterin çıkarılmasının ardından 6-8 saat içerisinde annenin spontan olarak idrarının yapması beklenir. Doğumdan sonra anne 2 saatte bir mesanesini boşaltması için teşvik edilmeli

ve belli aralıklarla mesanenin dolu olup olmadığı kontrol edilmelidir. Dolu bir mesane uterus kontraksiyonlarını engelleyerek doğum sonu kanamayı artırır. Ayrıca distansiyon mesane tonüsünü azaltır ve daha sonra sistite yol açabilecek idrar retansiyonuna neden olur.

Abdominal distansiyona bağlı ağrı sezaryen sonrası en sık karşılaşılan sorunlardandır. Sezaryenden önce lavman yapılması ve anestezinin etkisi ile annede doğumdan sonra 1-2 gün içinde barsak hareketi az olabilir. Annelere, distansiyona bağlı ağrının ve konstipasyonun önlenmesi için erken mobilizasyonun, sıvı alımının artırılmasının ve diyetle posalı yiyeceklere yer vermesinin önemi konusunda eğitim verilmelidir. Bütün bunlara rağmen annede konstipasyon oluşmuşsa laksatif kullanılması gerekebilir.¹³

Dinlenme ve Uyku: Dinlenme ve uyku fizyolojik bir gereksinimdir ve bireysel farklılıklar gösterir. Loğusa, sezaryen sonu dönemde cerrahi operasyona bağlı ilk saatlerde uykulu ve yorgundur. Sezaryenin yarattığı anksiyete ve yorgunluğu gidermek için anneye bu dönemde iyi bir uyku ve dinlenmenin sağlanması oldukça önemlidir. Postpartum bakım sırasında annenin istirahat süresi değerlendirilmelidir.

Doğumdan sonraki ilk haftalarda bebeğin geceleri emzirilmesi ve ailedeki artmış sorumluluklar nedeniyle annenin yeterli uyuması güçleşir. Bunun için anne gündüzleri de uyumaya çalışmalıdır. Ayrıca loğusalığın ilk günlerinde pelvis taban ve destek dokularının involüsyonu henüz tamamlanmadığından pelvis relaksasyonunu önlemek için anne istirahat etmeli, uzun süre ayakta durmamalı ve ağır işlerden kaçınmalıdır. Anne evdeki sorumluluklarını hafifletmek için yardım almalıdır.⁶⁴

Banyo Yapma: Postpartum dönemde loğusa hastaneden taburcu olduktan sonra (sezaryen operasyonundan 3 gün sonra) ayakta durabilir. Doğumdan sonraki günlerde annenin ayakta durması, vajinal akıntıdan dolayı oluşan kokuyu giderir, anneyi rahatlatır ve annenin iyi bir uyku uyumasına yardımcı olur. Emzirirken genellikle aşırı terleme olur. Banyo yapma ile terin verdiği rahatsızlık ve kötü koku da giderilir. Küvette banyo enfeksiyona neden olabileceğinden önerilmez.⁷⁴

Beslenme: Loğusalıkta yeterli ve dengeli beslenme son derece önemlidir. Doğum eyleminde kaybedilen kan ve enerjiyi yerine koymak, iyi bir doku onarımı sağlamak ve rutin besin gereksinimini karşılayanın yanı sıra süt yapımı için de iyi beslenmek gerekir. Bu faktörler göz önüne alınarak beslenme konusunda eğitim verilmelidir.⁶⁴

Sezaryen operasyonundan sonra hastalar ilk 8-12 saat IV sıvı ile beslenirler. Bu süre içerisinde annenin aldığı-çıkarıldığı izlenir, özellikle foley kataterin çıkarılmasından sonra spontan idrara çıkıp çıkmadığı gözlenir.

Laktasyon sırasında diyetin yeterli ve dengeli olması, gebelikteki kadar önemlidir. Laktasyonda yeterli miktarda süt salgılanması için annenin kalorisi yüksek bir diyetle beslenmesi ve bol sıvı alması gerekir. Süt yapımını sağlamak ve kabızlığı önlemek için emziren anneler günde 2500-3000 ml sıvı almalıdır.⁷³

Anne emzirdiği sürece zayıflamak için diyet uygulamamalıdır. Diyet uygularsa anne sütünün içeriği değişir. Laktasyonda sütün fazla yapılması için unlu ve şekerli besinler aşırı tüketilmemelidir.⁷⁵

Uterus Kontrolü ve Masajı: Uterus yüksekliğini ve kıvamını gözlemek postpartum dönemde bakımın önemli bir parçasıdır. Uterus kontrolünün amacı uterus yüksekliğini,

kıvamını, günlere göre involüsyonunu gözlemektir. Bu uygulamalar yapılırken annenin insizyon bölgesine yönelik ağrı yaşamaması için dikkat edilmelidir.¹³

Doğum Sonu Mobilizasyon: Doğumdan sonra erken ambulasyon; annenin kendisini iyi hissetmesi, uterus involüsyonunun ve uterin drenajın sağlanması ve doğum sonu tromboflebitin ve konstipasyonun önlenmesi açısından oldukça önemlidir. Erken ambulasyon normal günlük aktiviteye geri dönmek değildir.

Anneye operasyondan sonra ilk 8 saat içinde yatak içinde pasif egzersizler yapması, yoğun bakımdan çıktıktan sonra bir an önce mobilize olması konusunda eğitim verilmeli ve desteklenmelidir. Ayrıca annenin; vajen ve perine kaslarını güçlendirmek, dolaşımı hızlandırmak ve inkontinansı önlemek için Kegel Egzersizlerini yapması oldukça önemlidir.¹³

Emzirme: Tüm dünyada bebeklerin beslenmesinde en çok tercih edilen besin anne sütüdür. Özellikle yaşamın ilk 6 ayında anne sütü en ideal besindir. Emzirmenin bebeğe olan faydalarının yanı sıra annede involüsyonu hızlandırma, over ve meme kanserine karşı koruma, kendini güçlü hissetme gibi yararları da vardır. Doğum sonu dönemde anneye uygun bir meme bakımının verilmesi çok önemlidir. Meme bakımında amaç enfeksiyonu önlemek, memeyi yeterince desteklemek ve anneyi rahatlatmaktır. Emzirme sürecinde annede meme dolgunluğu, süt kanalının tıkanıklığı, meme başı çatlağı gibi bazı sorunlar gelişebilir.^{3,64,75}

Postpartum Egzersizler: Yeni doğum yapmış anne yorgun ve ağrıları olduğu için hareket etmek istemeyebilir. Ancak erken ambulasyon venöz trombozu önler, involüsyon sürecini hızlandırır.² Hareket etmek, kan dolaşımına ve bağırsakların çalışmasına da olumlu etki yapar. Postpartum dönemdeki egzersizler, abdominal kasları

gerginleştirir ve karın sarkmalarını önler. Annenin iyi bir fizik görünüm kazanmasını sağlar. Ayrıca postpartum egzersizler kan dolaşımının düzenlenmesine de yardımcı olur. Doğum sonrasında fazla kilo ve bozulan vücut ölçüleri nedeniyle kadınlarda güven duygusu azalır. Doğumdan hemen sonra uygulanan iyi bir egzersiz programı postpartum iyileşmeyi ve vücut ölçülerinin eski haline dönmesini hızlandırır. Böylece pozitif vücut imajı ve kendine güven duygusu da yeniden kazanılır.⁶⁴

2.9. Hemşirelikte Model Kullanma

Profesyonel bir disiplinin temel amacı, mesleğin uygulamalarında kullanılabilecek bilimsel bilgi içeriğini ortaya koymaktır. Bu bilgi, özellikle davranış ve sosyal bilimler alanında sıklıkla “*kavram*” ve “*kuram*” terimleri ile açıklanır. Model terimi, hemşirelikte oldukça yeni olmasına rağmen yeni bir düşünce değildir. Model, bir dizi amaca hizmet eden, ihtiyacın belirlenmesini sağlayan sistematik zihinsel bir süreçtir. Sistematik zihinsel süreç ifadesi modelin örgütlü, planlı olması gerektiğini vurgular. Böylece modeller aracılığıyla gördüğümüz, duyduğumuz, hissettiğimiz şeyleri zihinsel bir süreçten geçirerek açıklayabiliriz.⁷⁶

Modeller hemşireliğe bir bilgi bazı oluşturarak kavramları birleştirirler. Bunun sonucunda profesyonel bir dil ortaya çıkar, bu da mesleğe profesyonel boyut kazandırır. Hemşirelik teorik temeli olan, uygulamalı bir disiplindir. Modeller hemşireliğe bir bakış açısı getirmekte ve hemşirelik uygulamalarına yön vermektedir.⁷⁷

Hemşireliğe özgü çeşitli modelleri kullanarak; hemşireliğin anlamı açığa kavuşturulabilir ve netleştirilir. Hemşireliğin değerler sistemi tanımlanır. Seçilen model, uygulamaya yön verebilir. Hemşirenin yerine getirmesi gereken roller tanımlanabilir ve kendi uygulamalarında bireysel sorumluluk alması sağlanabilir. İnterdisipliner bir ekip

çalışmasında hemşirenin katkılarının görülmesi sağlanır. Uygulamalara kanıt oluşturur. Araştırılması gereken uygulama alanlarına dikkat çekilir. Böylece hemşirelik bakımında gereksinim duyulan alanlarda gereken radikal değişiklikler için zemin hazırlanmış olur.^{77,78}

Hemşirelik modelleri, hemşirelik aktivitelerinin temelini oluşturmaktadır. Model, hemşireliğe ilişkin bir düşünme biçimi getirir ve hemşireliğin özüne ve hemşirelik uygulamasına rehberlik eder. Daha fazla düşünme ve yeni tanımlamalar yapma sonucunda modeller sürekli olarak değişebilir. Modeller, gelişmeye açık bir yapıya sahip olmalıdır. Araştırma, uygulama, eğitim ve yönetimden gelen girdiler, modellerin canlı kalmasını sağlamalıdır.^{76,77}

Modellerin profesyonel uygulamada kullanılması uygulamayı daha belirgin hale getirir. Modellerin bir araç olarak akıllıca kullanılması, bilinçli karar vermeyi ve uygulamada esnekliği sağlar. Ancak hemşireler, bunun gerçekleşmesinin güç olduğunu ve modellerin hemşirelerin iş yapma yöntemine göre adapte edilebileceğini ya da reddedilebileceğini belirtmişlerdir. Çünkü hemşirelikte esnekliği sağlamanın çok güç olduğunu belirtmişlerdir.⁷⁶⁻⁷⁸

2.10. Roy'un Adaptasyon Modeli

İnsan içten ve dıştan gelen uyaranlara maruz kalmaktadır. Bu uyaranlara verilen cevap, kişi ile çevre arasındaki ilişkiyi belirlemektedir. Çevreden gelen uyaranlar, bireysel yeteneklerin gelişmesine ya da azalmasına neden olur. Örneğin sevgi ve destek davranışları ailelerin çocuklarına karşı uyumunu kolaylaştırır.^{76,79}

Hemşireler, hastalık ya da karşılaşılan yeni duruma uyum sağlamada önemli rol üstlenmektedirler. Roy'un Adaptasyon Modeli; bireylerin, ailelerin ve grupların uyum

ihtiyaçlarını belirlemede çatı oluşturmaktadır. ⁷⁹ Bu model, “Sistem” ve “Adaptasyon” kavramları üzerine temellendirilmiştir. Roy; bireyi, dört adaptif biçimle ilgili olarak adaptasyonu sürdürmede rol oynayan kognatör ve regülatör başa çıkma mekanizmalarına sahip, adaptif bir sistem olarak tanımlar. İ ve dış çevreden gelen uyarılar sıra ile fizyolojik, ben kavramı, rol fonksiyonu ve birbirine bağlanma biçimleriyle ilgili davranışsal cevapları meydana getiren regülatör ve kognatör başa çıkma mekanizmalarını aktive ederler. Bireyin cevabı uyarı ve adaptasyon düzeyi sonucu oluşur. Bunun sonucunda birey bütünlüğünü devam ettiren adaptif davranış ya da etkisiz, olumsuz davranış gösterir. ^{76,79}

Kavramlar

Roy’un Adaptasyon Modeli’nde temel kavramlar; kişi, evre, hemşirelik ve sağlık’tır.

Kişi: Hemşirelik diğer bilimlerden farklı olarak insan varlığına özel bir bakış sağlar. Hemşireler insanlara bireyler ve gruplar halinde bakım verir. Adaptasyon modelinde kişi, adaptif bir sistem olarak açıklanır. Herhangi bir sistemde olduğu gibi kişi, bir cevap meydana getiren “girdi” ve “girdi süreçlerini” ya da “ıktı”yı içerir. Roy’a göre kişinin davranışları kişinin yetenekleri, içsel uyarıları ve dış çevreden gelen uyarılar tarafından etkilenir. Fokal, kontekstüel ya da reziduel uyarıları kişi için girdi olarak açıklar. Kişinin başa çıkma mekanizmaları geniş olarak “regülatör alt sistem” ya da “kognator alt sistem” olarak sınıflandırılır. ^{76,79}

Kognator başa çıkma mekanizmaları kavramsal-duygusal kanallar vasıtası ile cevap verirken, regulator başa çıkma mekanizmaları otomatik olarak nöral, kimyasal ve endokrin aktivite vasıtasıyla cevap verir. Bu mekanizmalar sonucu davranışlar dört

kategoride gözlenebilir. Roy hasta davranışlarının büyük örneğini; "fizyolojik biçim", "ben kavramı biçimi", "rol fonksiyonu biçimi" ve "birbirine bağlanma biçimi"nde meydana gelip gelmediklerine göre sınıflandırılabilirdiğini belirtmiştir. Bu sınıflandırmaları adaptif biçimler olarak adlandırmıştır.^{76,79}

Çevre: Kişinin ya da grupların gelişim ve davranışlarını kapsayan tüm koşullar, durumlar ve etkilerdir. Çevre, hem iç hem de dış faktörleri içerir ve sürekli değişim, çevreye adaptif cevaplar vermesi için kişiyi uyarır.^{76,79}

Sağlık: Roy ve Andrews sağlığı; "bir kişi ve bütünü başlamış ve sürdürmekte olduğu bir süreci ya da durumu" olarak tanımlamaktadırlar. Sağlık, çevresel uyaranlara adaptasyonu gösteren kişisel başarının yansımasıdır. Sağlıklı kişi potansiyelini en üst düzeyde kullanabilir. Sağlık ve hastalık kişinin tüm yaşamının kaçınılmaz bir boyutudur ve bu durum hemşireliğin kaygısıdır. İnsan sürekli olarak adaptasyonu gerçekleştiriyorsa sonuç sağlık, başa çıkma mekanizması yetersiz ise sonuç hastalıktır.

^{76,79}

Hemşirelik: Roy'un modelinde hemşirelik, bir bilim ve bilimsel bilginin hemşirelik girişimlerine uyarlanması olarak açıklamaktadır. Hemşirelik bilimi, kişinin sağlık durumlarının olumlu biçimde etkileyen süreçleri devamlı gözleyen, bunları sınıflandıran ve aralarında bağlantı kuran gelişmiş bir bilgi sistemidir.

Hemşirelik, insana temel hizmetleri sağlamak amacı ile bilimsel bilgilerin bütünlük içinde kullanılmasıdır. Hemşireliğin hedefi ise kişinin hayatta kalmasına, büyümesine, gelişmesine ve yönlendirilmesine yardım ederek adaptasyonunu sağlamaktır.^{76,79}

Roy'un modelini hemşirelik uygulamalarına geçirirken bilinmesi gerekenler şunlardır:⁷⁹

- Adaptasyonu engelleyen veya destekleyen faktörler
- Adaptasyon düzeyi
- Adaptasyonu engelleyen ya da destekleyen hemşirelik girişimleri
- Hemşirelik bakımının sonuçlarından adaptasyonun artırılması için etkili yöntemler

Tanımlar

Sistem, “girdi”, “çıkı”, “kontrol”, “geri bildirim” süreçleri ile karakterize, tam ve bütüncül bir yapı ortaya çıkarmak üzere bir dizi ünitelerden oluşur. Roy çevreden gelen uyarıları girdi olarak tanımlamış ve uyarılara karşı savunma mekanizmalarının gösterilmesini de çıkı olarak tanımlanmıştır.^{76,79}

Uyaranlar

Roy, Helson'un çalışmalarını temel alarak uyarıları fokal, kontekstüel ve rezidüel olmak üzere üçe ayırmıştır.

Fokal Uyaran: Kişinin hemen karşı koyduğu internal ve eksternal uyarılardır. Kişinin dikkatini çeken nesne ya da olaylardır.^{76,79}

Kontekstüel Uyaranlar: Fokal uyarının etkisine katkıda bulunan tüm diğer uyarılardır. Kişinin içinden gelen ya da gelmeyen fakat kişinin dikkat ve enerji merkezi olmayan tüm çevresel faktörlerdir.^{76,79}

Rezidüel Uyaranlar: Davranışı etkileyebilen fakat etkileri dikkate alınmayan faktörlerdir. Kişi bu faktörlerin farkında olmayabilir, ya da faktörün gözlenebilir bir etkiye sahip olduğu belli olmayabilir. Rezidüel uyarılar şimdiki durumda kişi üzerinde

anlaşılır etkileri olan ya da olmayan çevresel faktörlerdir. Bunlar inançlar, davranışlar kişisel deneyimlerdir. Geçmişten kaynaklanırlar tedaviyi ve cevabı etkilerler.^{76,79}

Hemşire hastasına bakım verirken, kişiyi neyin etkilediğine bakarak, olası uyaranları göz önüne almalıdır. Bu yolla durumu daha iyi açıklayabilir. Kişinin uyaranlara olumlu cevap vermesi, üç tipteki uyaranın hepsinde oluşturulan davranışı ve adaptasyon düzeyini etkiler.^{76,79}

Adaptasyon Düzeyi

Adaptasyon düzeyi, kişinin herhangi bir durumda olumlu olarak cevap verme yeteneğini gösteren değişme noktasıdır. Kişinin adaptasyon düzeyi sürekli olarak değişir. Olumlu olarak cevap verme yeteneği, üç uyaran tipine ve onların o anda kişi üzerindeki etkisine bağlıdır. Adaptasyon düzeyi bireyin alışılmış adaptif tepkilerini içeren ve değişen durumlara uyum sağlamadaki kendi standartlarını gösteren bir durumdur.^{76,79}

Kişi ve çevre birbiriyle sürekli etkileşim halindedir. Eğer kişinin yeni bir deneyimle uğraşma yeteneği sınırlı ise, kişi aktif olarak bu deneyim hakkında öğrenmeye çalışır. Örneğin, yeni bir iş kuracak olan kişi, o iş hakkında mali konularla ilgili olarak bir kurs almayı seçebilir. Bu yolla kişi adaptasyon düzeyini değiştirebilir.^{76,79}

Hemşireler, değişen durumlarla başa çıkma mekanizmalarına sahip kişilerle çalışırlar. Bu yüzden kişilerin adaptasyon düzeylerini bilmeleri gerekir.^{76,79}

Cevaplar

Cevaplar davranış olarak adlandırılır. Davranış, internal ya da eksternal olabilir. Eğer kişi, gürültünün geldiği yöne doğru yürüyorsa bu eksternal bir cevaptır. Aynı zamanda kişinin kalp hızında bir artma oluyorsa bu internal bir cevaptır. Cevaplar

adaptif bir sistem olarak kişinin davranışlarıdır. Adaptif cevaplar adaptasyon amaçlarına karşın kişinin bütünlüğünün gelişmesine yardımcı olur. Bir kişi çevreden gelen uyarılara aktif olarak cevap veriyorsa baş etme mekanizmaları ve kontrol süreci tarafından yönlendirilmektedir. Bu savunma mekanizmaları doğuştan ve sonradan kazanılan başa çıkma mekanizmalarıdır.^{76,79}

Regülâtör alt sistem: Birey uyarılara; nöral, endokrin, kimyasal başa çıkma mekanizmalarıyla otomatik olarak cevap verir. Regülâtör alt sisteminin baş etme mekanizmaları nöral, kimyasal ve endokrin bir süreçtir. Bilgi, uygun bir tarzda otomatik olarak yöneltilir ve otomatik, bilinçsiz cevap meydana gelir. Doğum yapan bir anne, regülâtör alt sistem aktivitesinin bir örneğini oluşturur. Doğum süreci boyunca hem kimyasal hem de nöral olan internal uyarılar, bebeğin doğmasına izin veren serviksin açılması ve uterus kasılması gibi doğumun fizyolojik cevaplarını oluşturmak için endokrin ve merkezi sinir sistemi aktivitesini başlatır. Dışarıdan verilen ilaçlar eksternal uyarılara örnektir.^{76,79}

Kognatör alt sistem: Algısal/bilgi süreci, öğrenme, karar verme ve duygusallık gibi dört kavramsal-duygusal kanallar yoluyla cevap üreten savunma mekanizmalarıdır. Algısal/bilgi süreci dikkat çekici kodlama aktiviteleri ve anıyı içerir. Psikolojik, sosyal, fiziksel ve fizyolojik faktörleri içeren internal ve eksternal uyarılar kognatör alt sistemde girdiler olarak etki yapar.^{76,79}

Adaptif Biçimler

Regülâtör ve kognatör alt sistemler adaptasyon sürecini direkt olarak açıklayamadığından Roy, bu alt sistemdeki davranışsal cevapları dört adaptif biçimde

açıklamıştır. Bunlar; fizyolojik, ben/benlik kavramı, rol fonksiyon ve birbirine bağlanma adaptif biçimleridir.^{76,79}

Fizyolojik Biçim: Çevreden kaynaklanan uyaranlara karşı kişinin bedensel olarak verdiği cevaplar ile ilişkilidir. Başa çıkma mekanizmalarının onları etkileyen uyaranlara karşı adapte olup olmadığını gösteren kişinin bedensel davranışlarıdır. Bu adaptif sistemde fiziksel ihtiyaçlar; solunum, beslenme, boşaltım, aktivite, dinlenme ve korunma olmak üzere 5 (beş) başlık altında toplanmıştır. Bu gereksinimler vücut bütünlüğünün devamını sağlar.^{76,79}

Kendilik Kavramı Biçimi: Belirli bir zaman sürecinde bireyin kendisi hakkında edindiği inanç ve duygularının bileşimidir. Kişinin hem kendi algılarını hem de başkalarından edindiği algıları içerir. Kendilik kavramı birinin öncülüğünde ve zamanla değişebilir. Fiziksel ben ve kişisel ben olmak üzere iki temel bileşeni vardır. Fiziksel ben; kişinin beden imajı, görünüm ve duygu düzeyi olarak tanımlanır. Kişisel ben ise; moral-ahlaki-spiritüel değerler, idealler, davranışlar ve kişisel standartların uyumu ile ilişkilidir.^{76,79}

Rol Fonksiyon Biçimi: Roy, rol kavramını “*kişinin toplumdaki pozisyonundan dolayı, (anne, öğrenci vb.) pozisyonunu devam ettirebilmesi için toplumun beklediği davranışları göstermesi*” ya da “*bir pozisyondan başka bir pozisyona geçtiğinde nasıl davranması gerektiğini bilmesi*” olarak tanımlar. Rol işlevi toplumda edinilen pozisyonlara dayanarak görevlerin gerçekleştirilmesidir. Sosyal bütünlük rol fonksiyon biçiminin hedefidir.^{76,79}

Birbirlerine Bağlanma Biçimi: Birbirine bağlanma bireyin ayrıcalıklı kişilerle ve destek sistemleri ile ilişkilerini kapsar. Bu süreç içinde birey doyum ve sevgi gibi

gereksinimlerini karşılayarak psişik bütünlüğünü devam ettirir. Bu adaptif biçimdeki baş etme davranışları; aşk, saygı ve değer gibi alınan veya verilen kavramlardan kaynaklanan kapalı ilişkilerin bir sonucudur.^{76,79}

Uygulama

Modelin amacı; sağlık ve hastalık durumlarında dört adaptif biçim ile bireyin adaptasyonunun sağlanmasıdır.^{76,79}

Roy'un Modelindeki Belli Başlı Varsayımlar

Roy'un adaptasyon modelindeki varsayımlar kısaca şu şekilde özetlenebilir:^{76,80}

- Biyolojik, psikolojik, sosyal yönleriyle insan bir bütündür ve değişen çevre ile sürekli etkileşim halindedir.
- Dengeyi devam ettirmek için, doğuştan ve sonradan kazanılan mekanizmalar kullanılarak çevresel değişikliğe uyum sağlanmaya çalışılır.
- Uyarıların cevaplama kapasitesi, bilinen bireysel adaptasyon alanı ile ilişkilidir.
- İnsanlar bütünlük sağlamak için temel ihtiyaçlarını karşılamaya çabalarlar. Bu gereksinimler "*fizyolojik biçim, ben kavramı, rol işlevi ve birbirine bağlanma biçimi*" olarak adlandırılır.
- Bireylerin sağlıklı kalması pozitif uyum sağlamasına bağlıdır. Uyarılar çok fazla olduğunda ya da yetersiz enerji olduğunda, bireyin adaptasyon alanı cevap vermediği zaman hastalık meydana gelir.

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Türü

Kontrol gruplu yarı deneme modeli olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Bu araştırma, Nene Hatun Kadın Doğum Hastanesinden tespit edilen sezaryen ile doğum yapan loğusaların evlerinde yürütülmüştür. Araştırma Eylül 2009-Şubat 2011 tarihleri arasında yapılmıştır. İlk veriler hastanede sonraki veriler loğusaların evlerinde toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, ilgili kurumdan ve belirtilen tarihler arasında miyadında olup sezaryen ile doğum yapan ve Erzurum il merkezinde ikamet eden loğusalar oluşturmaktadır.

Minimum örneklem büyüklüğü güç analizi yapılarak hesaplanmış ve 84 olarak belirlenmiştir.⁸¹ 84 katılımcı çalışmaya alındığı durumda %95 güven aralığında, 0.05 yanlışlığı seviyesinde çalışmanın gücünün 0.95 olacağı bulunmuştur. Ancak bazı loğusaların çeşitli nedenlerle çalışmadan ayrılacakları ihtimali düşünülerek örneklem büyüklüğü %50 artırılarak 130'a (65 deney, 65 kontrol) çıkarılmıştır. Araştırmanın örnekleme, yukarıda belirtilen evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Çalışmaya ilk olarak kontrol grubu alınmış, sonra deney grubu ile devam edilmiştir.

Örneklem grubunda aranan kriterler şunlardır;

- * 15-49 yaş arasında olmak,
- * Bebeğinde ya da kendisinde bir hastalık ya da sakatlık bulunmamak,
- * Görme ve işitme ile ilgili duyu kaybı olmamak,
- * İletişime ve işbirliğine açık olmak.

3.4.Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında “*Kişisel Bilgi Formu*”, ve “*Loğusa İzlem Formu*” kullanılmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Veri toplanmasında kullanılan kişisel bilgi formu; loğusa ameliyat olduktan yaklaşık 24 saat sonra, soruları algılayıp, cevaplayabilecek duruma geldikten sonra doldurulmuştur. Hemşirelik tanımlarını belirlemede kullanılan loğusa izlem formu; loğusalar taburcu olduktan sonra loğusaların evlerinde uygulanmıştır. Loğusa izlem formu; deney grubundaki loğusalar için doğumdan sonraki ilk haftada 2 kere, 2., 3., 4., 5. ve 6. haftalarda haftada bir kez olmak üzere toplam 7 kez ev ziyareti yapılarak uygulanmış, kontrol grubundaki loğusalara sadece 6. haftanın bitiminde bir kez uygulanmıştır.

Veri Toplama Araçları

a. Kişisel Bilgi Formu (EK-I)

Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmış olup loğusaların sosyo-demografik özelliklerini içermektedir.

b. Loğusa İzlem Formu (EK-II)

Araştırmacı tarafından Roy'un Adaptasyon Modeli esas alınarak ilgili literatür doğrultusunda geliştirilen bu form, “*Adaptif Biçimler*” alt sistemlerini içeren bir formdur.²⁹⁻³⁹ Adaptif Biçimler 4 alt bölümden oluşmuştur. Bunlar;

- Fizyolojik Biçim
- Kendilik Biçimi
- Rol-İşlevi Biçimi
- Birbirine Bağlanma Biçimi'dir.

Bu formun geliştirilmesinde uzman görüşü alınmıştır.

3.5. Hemşirelik Girişimi

Loğusa kadınlara verilen hemşirelik bakımında NANDA tarafından onaylanan hemşirelik tanılarından bireye uygun olanlar konulmuştur. Saptanan hemşirelik tanılarına yönelik ilk hemşirelik girişimi, önceden hazırlanan hemşirelik tanılarını içeren bakım planı formu kullanılarak loğusaların evinde uygulanmıştır. Hemşirelik girişimlerinde, “*hemşirelik süreci*” ve girişim sonuçlarının değerlendirilmesinde “*Loğusa İzlem Formu*” kullanılmıştır. Saptanan sorun giderildiyse “*sorun giderildi*”, giderilmediyse “*sorun devam ediyor*” değerlendirilmesi yapılmıştır.

Deney grubundaki loğusalara, doğumdan sonraki ilk haftada 2 kere, 2., 3., 4., 5. ve 6. haftalarda haftada bir kez olmak üzere toplam 7 ev ziyareti yapılmıştır. Mevcut tanılar ve oluşabilecek yeni tanılar “*Loğusa İzlem Formu*” ile değerlendirilmiştir. Her ziyarette bir önceki ziyarette belirlenen tanıların giderilip giderilmediği değerlendirilmiştir. Giderilemeyen tanılar için gerekli girişimler sürdürülmüştür. Ortaya

ıkan yeni tanılara ve oluşabilecek yeni tanılara yönelik hemşirelik girişimleri uygulanmış ve bir sonraki ziyarette değerlendirilmiştir. Her ziyaretin sonunda bir sonraki görüşme için randevu alınmıştır. Ayrıca loğusalara araştırmacının telefon numarası verilerek istedikleri zaman ulaşmaları sağlanmıştır. Postpartum dönem bittikten sonra bakım sonuçları değerlendirilmiştir.

Kontrol grubundaki loğusalara, doğum sonrası 6. haftanın sonunda ev ziyareti yapılmış, gerekli veriler toplandıktan sonra mevcut tanıları değerlendirilmiş ve tanılara yönelik hemşirelik girişimleri uygulanmıştır.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişken: Loğusalara verilen postpartum bakım.

Bağımlı Değişkenler: Doğum sonrası dönemde belirlenen hemşirelik tanıları.

Kontrol Değişkenleri: Yaş, eğitim durumu, gebelik sayısı, alınan anestezi tipi ve hastanede kalma süresi.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS 11.0 paket programında yapılmıştır.

Tablo1. Verilerin analizinde kullanılan testler

Değerlendirilen Parametreler	Uygulanan Testler
- Deney ve kontrol grubunun tanımlayıcı özelliklerini incelemek amacıyla	-Yüzdelik, aritmetik ortalama ve standart sapma
- Deney ve kontrol grubunun kontrol değişkenleri açısından karşılaştırılmasında	-Ki-kare,
- Deney grubunun postpartum haftalara göre hemşirelik tanılarının değerlendirilmesinde	- McNamer,
- Deney ve kontrol grubunun postpartum haftalara göre hemşirelik tanılarının karşılaştırılması	- Ki-kare testi

3.8.Araştırmanın Etik İlkeleri

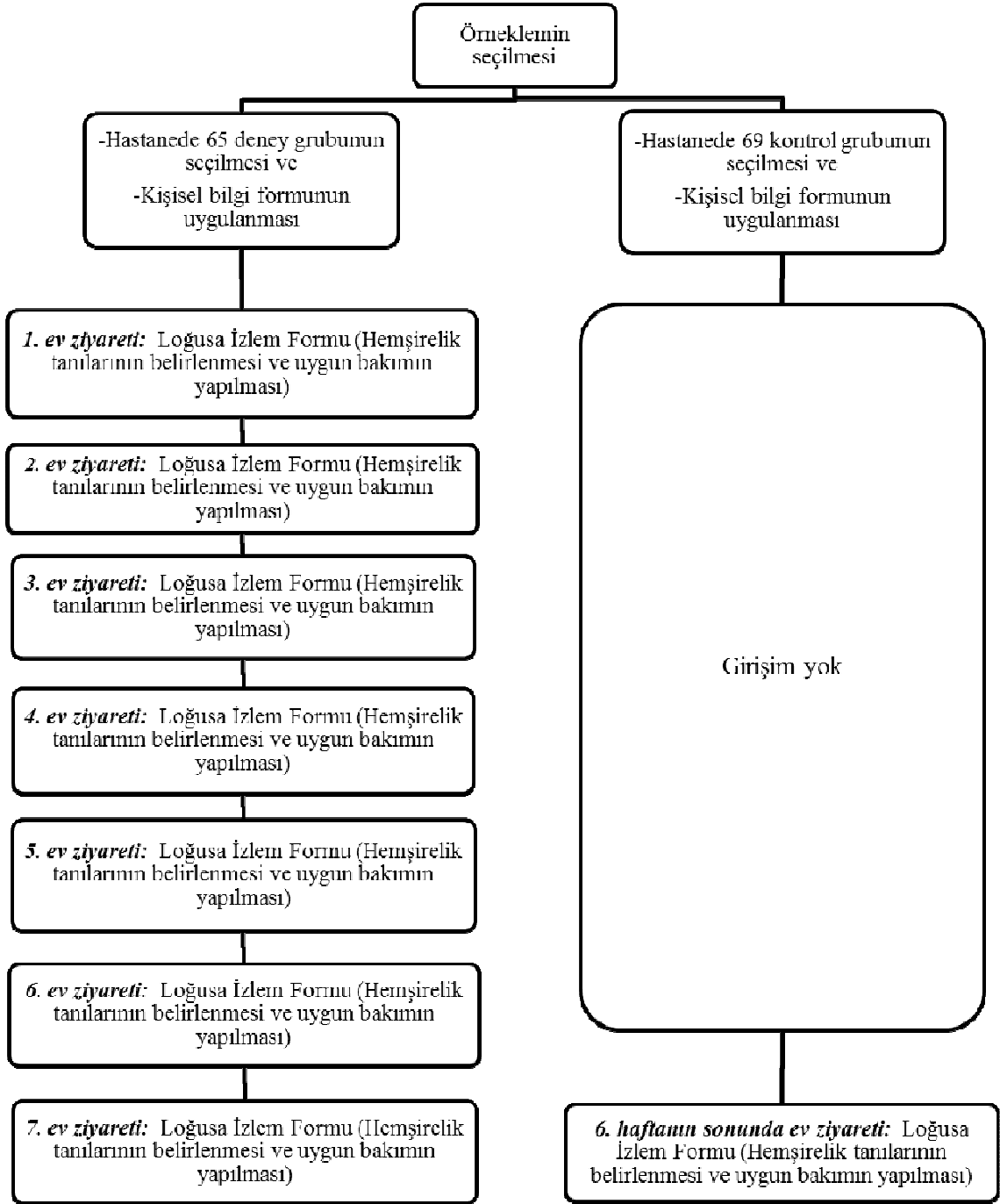
Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın yapılacağı hastaneden yazılı izin alınmıştır. Ayrıca tez önerisi, Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde bulunan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna sunulmuş ve onay alınmıştır. Araştırma kapsamındaki loğusaların haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce loğusalara, araştırmanın amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler açıklanmış “*Aydınlatılmış Onam*” ilkesine uyulmuştur. Loğusaların istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “*Özerklik*” ilkesi, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek “*Gizlilik ve Gizliliğin Korunması*” ilkesine uyulmasına özen gösterilmiştir. Elde edilen bilgilerin ve

cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek “*Kimliksizlik ve Güvenlik*” ilkesi yerine getirilmiştir.⁸²⁻⁸⁴

3.9. Araştırmanın Sınırlılığı

Olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılmış olması ve kontrol grubunun ön test hemşirelik tanılarının belirlenmemiş olması ve kontrol grubundaki loğusalara loğusalık süresince ev ziyaretinin yapılmaması bu çalışmanın sınırlılığıdır. Kontrol grubunun loğusalarındaki problemleri tanılayıp herhangi bir girişim yapmamanın etik olmayacağı düşünülerek; kontrol grubuna sadece loğusalık bitiminde 1 kez ev ziyareti yapılmıştır.

ARAŞTIRMANIN AŞAMALARI



Deney ve kontrol gruplarının tanıtıcı özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 2’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde; deney grubunda yer alan loğusaların %47.7’sinin 18-23 yaş grubunda ve %46.2’sinin ortaokul mezunu olduğu, %67.7’sinin herhangi bir işte çalışmadığı ve %75.4’ünün sosyal güvencesinin bulunduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundaki loğusaların %36.3’ünün 24-29 yaş grubunda ve %33.3’ünün ortaokul mezunu olduğu ve çoğunluğunun (%66.7) bir işte çalışmadığı belirlenmiştir. Deney ve kontrol grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı ve grupların değişkenler yönünden benzer özellikler taşıdığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 2). Deney ve kontrol grubundaki bütün gebeler genel anestezi ile ameliyat edilmiştir.

Tablo 3. Deney Grubunun Postpartum Görüşmelerde Belirlenen **Fizyolojik** Gereksinimlerine Göre NANDA Hemşirelik Tanılarının Dağılımı (n=65)

Hemşirelik Tanıları	G Ö R Ü Ş M E L E R																											
	1. Görüşme (1. H a f t a)				2. Görüşme (1. H a f t a)				3. Görüşme (2. H a f t a)				4. Görüşme (3. H a f t a)				5. Görüşme (4. H a f t a)				6. Görüşme (5. H a f t a)				7.Görüşme (6. H a f t a)			
	Var		Yok		Var		Yok		Var		Yok		Var		Yok		Var		Yok		Var		Yok		Var		Yok	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Enfeksiyon Alma Riski	65	100	--	--	50	76.9	15	23.1	28	43.1	37	56.9	5	7.7	60	92.3	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100
Enfeksiyon Bulaştırma Riski	37	56.9	28	43.1	4	6.2	61	93.8	--	--	65	100	4	6.2	61	93.8	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100
Bebeği Yetersiz Emzirme	36	55.4	29	44.6	27	41.5	38	58.5	24	36.9	4	63.1	4	6.2	61	93.8	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100
Emzirmenin Kesintiye Uğraması	--	--	65	100	11	16.9	54	83.1	3	4.6	62	95.4	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100
Beden Gereksiniminden Az Beslenme	32	49.2	33	50.8	20	30.8	45	69.2	14	21.5	51	78.5	8	12.3	57	87.7	8	12.3	57	87.7	1	1.5	64	98.5	--	--	65	100
Beden Gereksiniminden Çok Beslenme	33	50.8	32	49.2	27	41.5	38	58.5	21	32.3	44	67.7	10	15.4	55	84.6	1	1.5	64	98.5	--	--	65	100	--	--	65	100
Bireysel Bakımda Yetersizlik (Banyo Yapma)	31	47.7	34	52.3	19	29.2	46	70.8	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100
Bireysel Bakımda Eksiklik (Hijyen)	25	38.5	40	61.5	14	21.5	51	78.5	7	10.8	58	89.2	2	3.1	63	96.9	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100
Uyku Düzeninde Bozulma	51	78.5	14	21.5	51	78.5	14	21.5	30	46.2	35	53.8	14	21.5	51	78.5	10	15.4	55	84.6	7	10.8	58	89.2	4	6.2	61	93.8
Yorgunluk	40	61.5	25	38.5	40	61.5	25	38.5	22	33.8	43	66.2	14	21.5	51	78.5	5	7.7	60	92.3	3	4.6	62	95.4	2	3.1	63	96.9
Konforda Değişim Ağrı (Batın)	65	100	--	--	40	61.5	25	38.5	40	61.5	25	38.5	40	61.5	25	38.5	11	16.9	54	83.1	5	7.7	60	92.3	3	4.6	62	95.4

Tablo 3'ün devamı. Deney Grubunun Postpartum Görüşmelerde Belirlenen **Fizyolojik** Gereksinimlerine Göre NANDA Hemşirelik Tanılarının Dağılımı (n=65)

Hemşirelik Tanıları	G Ö R Ü Ş M E L E R																											
	1. Görüşme (1. H a f t a)				2. Görüşme (1. H a f t a)				3. Görüşme (2. H a f t a)				4. Görüşme (3. H a f t a)				5. Görüşme (4. H a f t a)				6. Görüşme (5. H a f t a)				7.Görüşme (6. H a f t a)			
	Var		Yok		Var		Yok		Var		Yok		Var		Yok		Var		Yok		Var		Yok		Var		Yok	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Konforda Değişim Ağrı (Meme)	11	16.9	54	83.1	50	76.9	15	23.1	41	63.1	24	36.9	32	49.2	33	50.8	19	29.2	46	70.8	8	12.3	57	87.7	2	3.1	63	94.9
Konstipasyon	5	7.7	60	92.3	20	30.8	45	69.2	20	30.8	45	69.2	8	12.3	57	87.7	4	6.2	61	93.8	1	1.5	64	98.5	1	1.5	64	98.5
İdrar Retansiyonu	7	10.8	58	89.2	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100
Fonksiyonel İnkontinans	2	3.1	63	96.9	2	3.1	63	96.9	1	1.5	64	98.5	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100
Stres İnkontinansı	2	3.1	63	96.9	2	3.1	63	96.9	2	3.1	63	96.9	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100
Bireyin Tedavi Planını Düzenleme ve Sürdürmede Yetersizlik	--	--	65	100	24	36.9	41	63.1	8	12.3	57	83.7	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100
Sıvı Volüm Eksikliği	65	100	--	--	20	30.8	45	69.2	11	16.9	54	83.1	2	3.1	63	96.9	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100
Doku Bütünlüğünde Bozulma	65	100	--	--	50	76.9	15	23.1	29	44.6	36	55.4	5	7.7	60	92.3	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100
Sağlığın Sürdürülmesinde Yetersizlik/Değişiklik	32	49.2	33	50.8	22	33.8	43	66.2	11	16.9	54	83.1	3	4.6	62	95.4	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100
Fiziksel Hareketlerin Bozulması	65	100	--	--	46	70.8	19	29.2	14	21.5	51	78.5	6	9.2	59	90.8	1	1.5	64	98.5	1	1.5	64	98.5	--	--	65	100

Fizyolojik gereksinimlerine yönelik postpartum ilk görüşmede deney grubundaki loğusaların %56.9'una enfeksiyon bulaştırma riski, %55.4'üne yetersiz emzirme, %49.2'sine beden gereksiniminden daha az beslenme, %47.7'sine bireysel bakımda eksiklik (banyo yapma), %78.5'ine uyku düzeninde bozulma, %61.5'ine yorgunluk, %100'üne konforda değişim (batında ağrı) ve fiziksel hareketlerin bozulması tanıları konulmuştur. 7. görüşmede loğusaların %6.2'sine uyku düzeninde bozukluk, %3.1'ine yorgunluk, %4.6'sına konforda değişim (batında ağrı), %3.1'ine konforda değişim (memede ağrı), %1.5'ine konstipasyon tanıları konulmuştur (Tablo 3).

Tablo 4. Deney Grubunun Postpartum Görüşmelerde Belirlenen **Kendilik** Gereksinimlerine Göre NANDA Hemşirelik Tanılarının Dağılımı (n=65)

Hemşirelik Tanıları	G Ö R Ü Ş M E L E R																											
	1. Görüşme (1. H a f t a)				2. Görüşme (1. H a f t a)				3. Görüşme (2. H a f t a)				4. Görüşme (3. H a f t a)				5. Görüşme (4. H a f t a)				6. Görüşme (5. H a f t a)				7.Görüşme (6. H a f t a)			
	Var		Yok		Var		Yok		Var		Yok		Var		Yok		Var		Yok		Var		Yok		Var		Yok	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Yalnızlık	21	32.3	44	67.7	13	20	52	80	4	6.2	61	93.8	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100
Düşük Benlik Saygısı Riski	11	16.9	54	83.1	10	15.4	55	84.6	27	41.5	38	58.5	19	29.2	46	70.8	6	9.2	59	90.8	3	4.6	62	95.4	1	1.5	64	98.5
Bilgi Eksikliği (Beslenme)	38	58.5	27	41.5	20	30.8	45	69.2	12	18.5	53	81.5	18	27.7	47	72.3	9	13.8	56	86.2	1	1.5	64	98.5	--	--	65	100
Bilgi Eksikliği (Hijyen)	25	38.5	40	61.5	19	29.2	46	70.8	6	9.2	59	90.8	2	3.1	63	96.9	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100
Bilgi Eksikliği (Emzirme)	45	69.2	20	30.8	32	49.2	33	50.8	14	21.5	51	78.5	4	6.2	61	93.8	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100
Bilgi Eksikliği (Aile Planlaması)	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100	14	21.5	51	78.5	22	33.8	43	66.2	10	15.4	55	84.6	--	--	65	100
Beden Bilincinde Bozulma	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100	15	23.1	50	76.9	10	15.4	55	84.6

Kendilik kavramı gereksinimlerine yönelik postpartum ilk görüşmede deney grubundaki loğusaların %32.3'üne yalnızlık, %16.9'una düşük benlik saygısı riski, %58.5'ine bilgi eksikliği (beslenme), %38.5'ine bilgi eksikliği (hijyen), %69.2'sine bilgi eksikliği (emzirme) tanıları konulmuştur. 2. görüşmede loğusaların %20'sine yalnızlık, %15.4'üne düşük benlik saygısı riski, %30.8'ine bilgi eksikliği (beslenme), %29.2'sine bilgi eksikliği (hijyen), %49.2'sine bilgi eksikliği (emzirme) tanıları konulmuştur. 3. görüşmede loğusaların %6.2'sine yalnızlık, %41.5'ine düşük benlik saygısı riski, %18.5'ine bilgi eksikliği (beslenme), %9.2'sine bilgi eksikliği (hijyen), %21.5'ine bilgi eksikliği (emzirme) tanıları konulmuştur. 4. görüşmede loğusaların %29.2'sine düşük benlik saygısı riski, %27.7'sine bilgi eksikliği (beslenme), %3.1'ine bilgi eksikliği (hijyen), %6.2'sine bilgi eksikliği (emzirme), %21.5'ine bilgi eksikliği (aile planlaması) tanıları konulmuştur. 5. görüşmede loğusaların %9.2'sine düşük benlik saygısı riski, %13.8'ine bilgi eksikliği (beslenme), %33.8'ine bilgi eksikliği (aile planlaması) tanıları konulmuştur. 6. görüşmede loğusaların %4.6'sına düşük benlik saygısı riski, %1.5'ine bilgi eksikliği (beslenme), %15.4'üne bilgi eksikliği (aile planlaması), %23.1'ine beden bilincinde bozulma tanıları konulmuştur. 7. görüşmede loğusaların %1.5'ine düşük benlik saygısı riski ve %15.4'üne beden bilincinde bozulma tanıları konulmuştur (Tablo 4).

Tablo 5. Deney Grubunun Postpartum Görüşmelerde Belirlenen **Rol-İşlevi** Gereksinimlerine Göre NANDA Hemşirelik Tanılarının Dağılımı (n=65)

Hemşirelik Tanıları	G Ö R Ü Ş M E L E R																											
	1. Görüşme (1. H a f t a)				2. Görüşme (1. H a f t a)				3. Görüşme (2. H a f t a)				4. Görüşme (3. H a f t a)				5. Görüşme (4. H a f t a)				6. Görüşme (5. H a f t a)				7.Görüşme (6. H a f t a)			
	Var		Yok		Var		Yok		Var		Yok		Var		Yok		Var		Yok		Var		Yok		Var		Yok	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Bakım Verici Rolünde Zorlanma	39	60	26	40	29	44.6	36	55.4	34	52.	31	47.	18	27.7	47	72.3	11	16.9	54	83.1	5	7.7	60	92.3	3	4.6	62	95.4
Ebeveynlikte Yetersizlik Riski	9	13.8	56	86.2	6	9.2	59	90.8	27	41.5	38	58.	3	4.6	62	95.4	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100
Evdeki Sorumlulukları Sürdürme ve Yönetmede Yetersizlik	21	32.3	44	67.7	14	21.5	51	78.5	26	40	39	60	21	32.3	44	67.7	7	10.8	58	89.2	3	4.6	62	95.4	--	--	65	100
Sosyal İzolasyon	21	32.3	44	67.7	12	18.5	53	81.5	5	7.7	60	92.	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100

Rol-işlevi gereksinimlerine yönelik postpartum ilk görüşmede deney grubundaki loğusaların %60'ına bakım verici rolünde zorlanma, %13.8'ine ebeveynlikte yetersizlik riski, %32.3'üne evdeki sorumlulukları sürdürme ve yönetmede yetersizlik, %32.3'üne sosyal izolasyon tanıları konulmuştur. 2. görüşmede loğusaların %44.6'sına bakım verici rolünde zorlanma, %9.2'sine ebeveynlikte yetersizlik riski, %21.5'ine evdeki sorumlulukları sürdürme ve yönetmede yetersizlik, %18.5'ine sosyal izolasyon tanıları konulmuştur. 3. görüşmede loğusaların %52.3'üne bakım verici rolünde zorlanma, %41.5'ine ebeveynlikte yetersizlik riski, %40'ına evdeki sorumlulukları sürdürme ve yönetmede yetersizlik, %7.7'sine sosyal izolasyon tanıları konulmuştur. 4. görüşmede loğusaların %27.7'sine bakım verici rolünde zorlanma, %4.6'sına ebeveynlikte yetersizlik riski, %32.3'üne evdeki sorumlulukları sürdürme ve yönetmede yetersizlik tanıları konulmuştur. 5. görüşmede loğusaların %16.9'una bakım verici rolünde zorlanma ve %10.8'ine evdeki sorumlulukları sürdürme ve yönetmede yetersizlik tanıları konulmuştur. 6. görüşmede loğusaların %7.7'sine bakım verici rolünde zorlanma ve %4.6'sına evdeki sorumlulukları sürdürme ve yönetmede yetersizlik tanıları konulmuştur. 7. görüşmede loğusaların %4.6'sına bakım verici rolünde zorlanma tanısı konulmuştur (Tablo 5).

Tablo 6. Deney Grubunun Postpartum Görüşmelerde Belirlenen Birbirine Bağlanma Biçimi Gereksinimlerine Göre NANDA Hemşirelik Tanılarının Dağılımı (n=65)

Hemşirelik Tanıları	G Ö R Ü Ş M E L E R																											
	1. Görüşme (1. H a f t a)				2. Görüşme (1. H a f t a)				3. Görüşme (2. H a f t a)				4. Görüşme (3. H a f t a)				5. Görüşme (4. H a f t a)				6. Görüşme (5. H a f t a)				7. Görüşme (6. H a f t a)			
	Var		Yok		Var		Yok		Var		Yok		Var		Yok		Var		Yok		Var		Yok		Var		Yok	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Ebeveyn Rolünde Değişim	23	35.4	42	64.6	16	24.6	49	75.4	7	10.8	58	89.2	4	6.2	61	93.8	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100
Aile İçi Süreçlerde Değişim	20	30.8	45	69.2	15	23.1	50	76.9	8	12.3	57	87.7	3	4.6	62	95.4	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100
Ebeveyn Rol Çatışması	--	--	65	100	11	16.9	54	83.1	3	4.6	62	95.4	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100	--	--	65	100

Birbirine bağlanma biçimi gereksinimlerine yönelik postpartum ilk görüşmede deney grubundaki loğusaların %35.4'üne ebeveyn rolünde değişim, %30.8'ine aile sürecinde değişiklik tanıları belirlenmiştir. 2. görüşmede loğusaların %24.6'sına ebeveyn rolünde değişim, %23.1'ine aile sürecinde değişiklik, %16.9'una ebeveyn rol çatışması tanıları konulmuştur. 3. görüşmede loğusaların %10.8'sine ebeveyn rolünde değişim, %12.3'üne aile sürecinde değişiklik, %4,6'sına ebeveyn rol çatışması tanıları konulmuştur. 4. görüşmede loğusaların %6.2'sine ebeveyn rolünde değişim, %4.6'sına aile sürecinde değişiklik tanıları saptanmıştır. 5., 6. ve 7. görüşmelerde hiçbir tanı konulmamıştır (Tablo 6).

Tablo 7. Deney Grubunun İlk ve Son Görüşmede Belirlenen NANDA Hemşirelik Tanılarının Karşılaştırılması

Gerek sinim ler	Hemşirelik Tanıları	1. Görüşme				7. Görüşme				p*
		Var		Yok		Var		Yok		
		S	%	S	%	S	%	S	%	
FİZYOLOJİK	Enfeksiyon Alma Riski	65	100	--	--	--	--	65	100	p<0.001
	Enfeksiyon Bulaştırma Riski	37	56.9	28	43.1	--	--	65	100	p<0.001
	Bebeği Yetersiz Emzirme	36	55.4	29	44.6	--	--	65	100	p<0.001
	Emzirmenin Kesintiye Uğraması	--	--	65	100	--	--	65	100	Test Yapılmadı
	Beden Gereksiniminden Az Beslenme	32	49.2	33	50.8	--	--	65	100	p<0.001
	Beden Gereksiniminden Çok Beslenme	33	50.8	32	49.2	--	--	65	100	p<0.001
	Bireysel Bakımda Yetersizlik (Banyo Yapma)	31	47.7	34	52.3	--	--	65	100	p<0.001
	Bireysel Bakımda Eksiklik (Hijyen)	25	38.5	40	61.5	--	--	65	100	p<0.001
	Uyku Düzeninde Bozulma	51	78.5	14	21.5	4	6.2	61	93.8	p<0.001
	Yorgunluk	40	61.5	25	38.5	2	3.1	63	96.9	p<0.001
	Konforda Değişim Ağrı (Batin)	65	100	--	--	3	4.6	62	95.4	p<0.001
	Konforda Değişim Ağrı (Meme)	11	16.9	54	83.1	2	3.1	63	94.9	p<0.05
	Konstipasyon	5	7.7	60	92.3	1	1.5	64	98.5	p>0.05
	İdrar Retansiyonu	7	10.8	58	89.2	--	--	65	100	p<0.05
	Fonksiyonel İnkontinans	2	3.1	63	96.9	--	--	65	100	p>0.05
	Stres İnkontinansı	2	3.1	63	96.9	--	--	65	100	p>0.05
	Bireyin Tedavi Planını Düzenleme ve Sürdürmede Yetersizlik	--	--	65	100	--	--	65	100	Test Yapılmadı
	Sıvı Volüm Eksikliği	65	100	--	--	--	--	65	100	p<0.001
	Doku Bütünlüğünde Bozulma	65	100	--	--	--	--	65	100	p<0.001
	Sağlığın Sürdürülmesinde Yetersizlik/Değişiklik	32	49.2	33	50.8	--	--	65	100	p<0.001
Fiziksel Hareketlerin Bozulması	65	100	--	--	--	--	65	100	p<0.001	
KENDİLİK	Yalnızlık	21	32.3	44	67.7	--	--	65	100	p<0.001
	Düşük Benlik Saygısı	11	16.9	54	83.1	1	1.5	64	98.5	p<0.001
	Bilgi Eksikliği (Beslenme)	38	58.5	27	41.5	--	--	65	100	p<0.001
	Bilgi Eksikliği (Hijyen)	25	38.5	40	61.5	--	--	65	100	p<0.001
	Bilgi Eksikliği (Emzirme)	45	69.2	20	30.8	--	--	65	100	p<0.001
	Bilgi Eksikliği (Aile Planlaması)	--	--	65	100	--	--	65	100	Test Yapılmadı
	Beden Bilincinde Bozulma	--	--	65	100	10	15.4	55	84.6	p<0.001
ROL-İŞLEVİ	Bakım Verici Rolünde Zorlanma	39	60	26	40	3	4.6	62	95.4	p<0.001
	Ebeveynlikte Yetersizlik Riski	9	13.8	56	86.2	--	--	65	100	p<0.001
	Evdeki Sorumlulukları Sürdürmede ve Yönetmede Yetersizlik	21	32.3	44	67.7	--	--	65	100	p<0.001
	Sosyal İzolasyon	21	32.3	44	67.7	--	--	65	100	p<0.001
BİRBİRİNE BAĞLANMA BİÇİMİ	Ebeveyn Rolünde Değişim	23	35.4	42	64.6	--	--	65	100	p<0.001
	Aile Sürecinde Değişiklik	20	30.8	45	69.2	--	--	65	100	p<0.001
	Ebeveyn Rol Çatışması	--	--	65	100	--	--	65	100	Test yapılmadı

* McNemar testi uygulanmıştır

Deney grubundaki loğusaların ilk ve son görüşmede belirlenen tanılarının karşılaştırılması incelendiğinde (tablo 7); konstipasyon, fonksiyonel inkontinans ve stres inkontinansı tanıları arasında anlamlı fark bulunmazken ($p > 0.05$), diğer tanılar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$, $p < 0.05$).

Tablo 8. Kontrol Grubunun 6. Haftanın Sonunda Belirlenen NANDA Hemşirelik Tanılarının Dağılımı (n=69)

Gereksinimler	Hemşirelik Tanıları	2. Görüşme			
		Var		Yok	
		S	%	S	%
FİZYOLOJİK	Enfeksiyon Alma Riski	7	10.1	62	89.9
	Enfeksiyon Bulaştırma Riski	7	10.1	62	89.9
	Yetersiz Emzirme (Emzirmeyi Bırakma)	11	15.9	58	84.1
	Emzirmenin Kesintiye Uğraması	58	84.1	11	15.9
	Beden Gereksiniminden Çok Beslenme	12	17.4	57	82.6
	Uyku Düzeninde Bozulma	43	62.3	26	37.7
	Yorgunluk	51	73.9	18	26.1
	Konforda Değişim Ağrı (Batin)	10	14.5	59	85.5
	Konforda Değişim Ağrı (Meme)	38	55.1	31	44.9
	Doku Bütünlüğünde Bozulma	7	10.1	62	89.9
	Sağlığın Sürdürülmesinde Yetersizlik / Değişiklik	12	17.4	57	82.6
	Fiziksel Hareketlerin Bozulması	10	14.5	59	85.5
KENDİLİK KAVRAMI	Yalnızlık	6	8.7	63	91.3
	Düşük Benlik Saygısı Riski	14	20.3	55	79.7
	Bilgi Eksikliği (Beslenme)	11	15.9	58	84.1
	Bilgi Eksikliği (Hijyen)	16	23.2	53	76.8
	Bilgi Eksikliği (Emzirme)	11	15.9	58	84.1
	Bilgi Eksikliği (Aile Planlaması)	58	84.1	11	15.9
	Beden Bilincinde Bozulma	14	20.3	55	79.7
ROL-İŞLEVİ	Bakım Verici Rolünde Zorlanma	9	13.0	60	87.0
	Evdeki Sorumlulukları Sürdürme ve Yönetmede Yetersizlik	18	26.1	51	73.9
	Sosyal İzolasyon	6	8.7	63	91.3
BİRBİRİNE BAĞLANMA BİÇİMİ	Aile Sürecinde Değişiklik	4	5.8	65	94.2

Fizyolojik gereksinimlerine yönelik postpartum 7. haftada kontrol grubundaki loğusaların %10.1'ine enfeksiyon bulaştırma ve enfeksiyon alma riski, %15.9'una yetersiz emzirme (emzirmeyi bırakma), %17.4'üne beden gereksiniminden çok beslenme, %62.3'üne uyku düzeninde bozulma, %73.9'una yorgunluk, %14.5'ine konforda değişim (batında ağrı), %55.1'ine konforda değişim (memede ağrı), %10.1'ine doku bütünlüğünde bozulma ve %14.5'ine fiziksel hareketlerin bozulması tanıları saptanmıştır.

Kendilik gereksinimlerine yönelik postpartum 7. haftada kontrol grubundaki loğusaların %8.7'sine yalnızlık, %20.3'üne düşük benlik saygısı riski, %15.9'una bilgi eksikliği (beslenme), %23.2'sine bilgi eksikliği (hijyen), %15.9'una bilgi eksikliği (emzirme), %84.1'ine bilgi eksikliği (aile planlaması), %20.3'üne beden bilincinde bozulma tanıları belirlenmiştir.

Rol-işlevi gereksinimlerine yönelik postpartum 7. haftada kontrol grubundaki loğusaların %13'ünde bakım verici rolünde zorlanma, %26.1'inde evdeki sorumlulukları sürdürme ve yönetmede yetersizlik, %8.7'sinde sosyal izolasyon tanıları saptanmıştır.

Birbirine bağlanma biçimi gereksinimlerine yönelik postpartum 7. haftada kontrol grubundaki loğusaların %5.8'ine aile sürecinde değişiklik tanısı konulmuştur.

Tablo 9. Deney ve Kontrol Grubunun Son Görüşmede Belirlenen NANDA Hemşirelik Tanılarının Karşılaştırılması

Gerek sinim ler	Hemşirelik Tanıları	DENEY				KONTROL				p*
		Var		Yok		Var		Yok		
		S	%	S	%	S	%	S	%	
FİZYOLOJİK	Enfeksiyon Alma Riski	--	--	65	100	7	10.1	62	89.9	p<0.001
	Enfeksiyon Bulaştırma Riski	--	--	65	100	7	10.1	62	89.9	p<0.001
	Bebegi Yetersiz Emzirme	--	--	65	100	11	15.9	58	84.1	p<0.001
	Emzirmenin Kesintiye Uğraması	--	--	65	100	58	84.1	11	15.9	p<0.001
	Beden Gereksiniminden Daha Az Beslenme	--	--	65	100	--	--	--	--	Test Yapılmadı
	Beden Gereksiniminden Daha Çok Beslenme	--	--	65	100	12	17.4	57	82.6	p<0.001
	Bireysel Bakımda Yetersizlik (Banyo Yapma)	--	--	65	100	--	--	--	--	Test Yapılmadı
	Bireysel Bakımda Eksiklik (Hijyen)	--	--	65	100	--	--	--	--	Test Yapılmadı
	Uyku Düzeninde Bozulma	4	6.2	61	93.8	43	62.3	26	37.7	p<0.001
	Yorgunluk	2	3.1	63	96.9	51	73.9	18	26.1	p<0.001
	Konforda Değişim Ağrı (Batın)	3	4.6	62	95.4	10	14.5	59	85.5	p<0.05
	Konforda Değişim Ağrı (Meme)	2	3.1	63	94.9	38	55.1	31	44.9	p<0.001
	Konstipasyon	1	1.5	64	98.5	--	--	--	--	Test Yapılmadı
	İdrar Retansiyonu	--	--	65	100	--	--	--	--	Test Yapılmadı
	Fonksiyonel İnkontinans	--	--	65	100	--	--	--	--	Test Yapılmadı
	Stres İnkontinansı	--	--	65	100	--	--	--	--	Test Yapılmadı
	Bireyin Tedavi Planını Düzenleme ve Sürdürmede Yetersizlik	--	--	65	100	--	--	--	--	Test Yapılmadı
	Sıvı Volüm Eksikliği	--	--	65	100	--	--	--	--	Test Yapılmadı
	Doku Bütünlüğünde Bozulma	--	--	65	100	7	10.1	62	89.9	p<0.001
	Sağlığın Sürdürülmesinde Yetersizlik/Değişiklik	--	--	65	100	12	17.4	57	82.6	p<0.001
Fiziksel Hareketlerin Bozulması	--	--	65	100	10	14.5	59	85.5	p<0.001	
KENDİLİK	Yalnızlık	--	--	65	100	6	8.7	63	91.3	p<0.05
	Düşük Benlik Saygısı	1	1.5	64	98.5	14	20.3	55	79.7	p<0.001
	Bilgi Eksikliği (Beslenme)	--	--	65	100	11	15.9	58	84.1	p<0.001
	Bilgi Eksikliği (Hijyen)	--	--	65	100	16	23.2	53	76.8	p<0.001
	Bilgi Eksikliği (Emzirme)	--	--	65	100	11	15.9	58	84.1	p<0.001
	Bilgi Eksikliği (Aile Planlaması)	--	--	65	100	58	84.1	11	15.9	p<0.001
	Beden Bilincinde Bozulma	10	15.4	55	84.6	14	20.3	55	79.7	p>0.05
ROL-İŞLEVİ	Bakım Verici Rolünde Zorlanma	3	4.6	62	95.4	9	13.0	60	87.0	p>0.05
	Ebeveynlikte Yetersizlik Riski	--	--	65	100	--	--	--	--	Test Yapılmadı
	Evdeki Sorumlulukları Sürdürmede ve Yönetmede Yetersizlik	--	--	65	100	18	26.1	51	73.9	p<0.001
	Sosyal İzolasyon	--	--	65	100	6	8.7	63	91.3	p<0.05
BİRBİRİNE BAĞLANMA BİÇİMİ	Ebeveyn Rolünde Değişim	--	--	65	100	--	--	--	--	Test Yapılmadı
	Aile Sürecinde Değişiklik	--	--	65	100	4	5.8	65	94.2	p>0.05
	Ebeveyn Rol Çatışması	--	--	65	100	--	--	--	--	Test Yapılmadı

* Ki-Kare testi uygulanmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki loğusaların son görüşmede belirlenen tanılarının karşılaştırılması incelendiğinde (Tablo 9); beden bilincinde bozulma ($p>0.05$), bakım verici rolünde zorlanma ($p>0.05$) ve aile sürecinde değişiklik tanıları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunurken diğer tanılar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$, $p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Sezaryen ile doğum yapan loğusalara Roy'un Adaptasyon Modeli kullanılarak verilen bakımın etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları ilgili literatürle tartışılmıştır.

Fizyolojik Gereksinimlerine Yönelik Hemşirelik Tanılarının Tartışılması

Deney Grubunda; 6 hafta boyunca fizyolojik gereksinimlerine yönelik çok sayıda hemşirelik tanısı konulmuştur. Bu tanılardan uyku düzeninde bozukluk, yorgunluk, konforda değişim (batın, meme) ve konstipasyon tanıları postpartum tüm görüşmeler boyunca tanıya uygun girişimlerin yapılmasına rağmen giderilememiştir. İlk ve son görüşmede belirlenen tanılar karşılaştırıldığında; konstipasyon ($p>0.05$), fonksiyonel inkontinans ($p>0.05$) ve stres inkontinans ($p>0.05$) tanıları hariç diğer bütün tanılar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Kontrol Grubunda 7. haftada yapılan değerlendirmede enfeksiyon alma riski, enfeksiyon bulaştırma riski, bebeği yetersiz emzirme, emzirmenin kesintiye uğraması, beden gereksiniminden çok beslenme, uyku düzeninde bozukluk, yorgunluk, konforda değişim (batın, meme), doku bütünlüğünde bozulma, sağlığın sürdürülmesinde yetersizlik/değişiklik ve fiziksel hareketlerin bozulması tanıları konulmuştur.

Deney ve kontrol grubundaki loğusaların son görüşmede fizyolojik gereksinimlerine yönelik olarak belirlenen tanılar karşılaştırıldığında; çoğu tanılar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Fizyolojik gereksinimlere yönelik hemşirelik tanıların çoğunun giderilmesi, Roy'un Adaptasyon modeline göre verilen bakımının etkinliğini göstermektedir.

Giderilemeyen tanılardan **Uyku Düzeninde Bozukluk** tanısının, loğusa ziyaretlerinin fazla olmasından ve loğusaların günlük ev işleri ve bebek bakımında

yeterli desteği alamamalarından dolayı giderilemediği düşünölmektedir. Nazik'in⁸⁵ çalışmasında giderilemeyen tanılar arasında uyku düzeninde bozukluk tanısı yer almaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda da postpartum dönemdeki kadınlarda uyku problemlerinin yaşandığı bulunmuştur.^{28,86,87}

Yorgunluk tanısının, loğusa kadınların ev içi sorumluluklarında ve bebek bakımında yardım edecek bireylerin olmamasından dolayı giderilemediği düşünölmektedir. Nazik'in çalışmasında da giderilemeyen tanılar arasında yorgunluk tanısı yer almaktadır. Rychnovsky ve Hunter'in⁸⁸ çalışmasında postpartum dönemdeki kadınlarda uyku rahatsızlıklarının yorgunluğu arttırdığı bulunmuştur. Benzer şekilde Güngör ve ark.²⁸, Güner⁸⁶ ve Doğaner'in⁸⁷ çalışmalarında da yorgunluk, loğusalarda yaşanan problemler arasında yer almaktadır.

Konforda Değişim (Batın) tanısının, sezaryenle doğum yapan loğusaların iyileşme sürecinin vajinal doğum yapanlara göre daha uzun sürmesi nedeniyle giderilemediği düşünölmektedir. Nazik'in⁸⁵ çalışmasında konforda değişim (perine) tanısının giderilmiş olması doğum şekillerinin farklı olmasından kaynaklanabilir. Güngör ve arkadaşlarının²⁸ sezaryenle doğum yapan loğusaların yaşadıkları problemleri değerlendirdiği çalışmada; batında gerginlik, ağrı, gaz şikâyetlerinin olduğu görölmüştür.

Konforda Değişim (Meme) tanısının giderilememe nedeninin, cerrahi operasyona maruz kalan loğusaların emzirmek için doğru pozisyon alamadıklarında ve bunun bir komplikasyonu olarak memede problemler yaşayabileceklerinden neden olabileceği düşünölmektedir. Nazik'in⁸⁵ çalışmasında konforda değişim (meme) tanısı giderilmiştir. Bunun sebebi de doğum şekillerinin farklı olması olabilir. Araştırma bulgusuna benzer şekilde Güngör ve arkadaşlarının²⁸ çalışmasında “*emzirmede güçlük ve meme problemleri*” yaşanan fiziksel problem arasında yer almaktadır.

Konstipasyon tanısının; ameliyattan sonra geçen süre arttıkça da giderek azaldığı belirlenmiştir. Ancak 1 loğusada konstipasyon tanısı giderilememiştir. İlgili loğusanın gebelikten önce de sürekli konstipasyon şikayetinin olduğu belirlenmiştir. Bu tanının giderilememesi ilgili duruma bağlı olabilir. Doğaner'in⁸⁷ çalışmasında da loğusaların postpartum dönemde kabızlık şikayeti yaşadıkları bulunmuştur.

Kendilik Gereksinimlerine Yönelik Tanıların Tartışılması

Deney grubunda kendilik gereksinimlerine yönelik olarak, yalnızlık, düşük benlik saygısı, bilgi eksikliği (beslenme), bilgi eksikliği (hijyen), bilgi eksikliği (emzirme), bilgi eksikliği (aile planlaması) ve beden bilincinde bozulma tanıları konulmuştur. Bu tanılardan “düşük benlik saygısı” ve “beden bilincinde bozulma” tanıları giderilememiştir. İlk ve son görüşmede belirlenen tanıları karşılaştırıldığında; “bilgi eksikliği (aile planlaması) tanısı hariç diğer bütün tanıları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Kontrol grubunda 7. haftada yapılan değerlendirmede yalnızlık, düşük benlik saygısı, bilgi eksikliği (beslenme), bilgi eksikliği (hijyen), bilgi eksikliği (emzirme), bilgi eksikliği (aile planlaması) ve beden bilincinde bozulma tanıları konmuştur.

Deney ve kontrol grubundaki loğusalarla son görüşmede, kendilik gereksinimlerine yönelik belirlenen tanıları karşılaştırıldığında; beden bilincinde bozulma tanısı hariç diğer tanıları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Kendilik gereksinimlerine yönelik hemşirelik tanılarının çoğunun giderilmesi Roy'un Adaptasyon modeline göre verilen bakımının etkinliğini göstermektedir.

Giderilemeyen tanılarından **Düşük Benlik Saygısının**; hormonal dalgalanmalar, bedensel ve sosyal değişiklikler, doğum sonrası görülebilen duygu durum değişiklikleri, sosyal izolasyon, yorgunluk, annelik rolünü benimsememe, ev içi sorumluluklarında ve

bebek bakımında yardım edecek bireylerin olmamasından dolayı giderilemediği düşünülmektedir. Loğusalara bu dönemde yeterli desteğin sağlanmaması, onların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını olumsuz yönde etkileyebilir. Benzer şekilde Najman ve ark.'nın⁸⁹ çalışmasında da loğusalık döneminde düşük benlik saygısına sahip olan kadınlar görülmüştür.

Beden Bilincinde Bozulma tanısının; cerrahi bir operasyona maruz kalma, gebelik sırasında alınan kiloların erken dönemde verilememesi ve eşi tarafından daha önceden gösterilen ilginin yoğun bir şekilde bebeğe kaymış olması gibi sebeplerden dolayı giderilemediği düşünülmektedir. Güngör ve ark.²⁸ ve Doğaner'in⁸⁷ çalışmasında da loğusalar olumsuz beden imajı yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Rol-İşlevi Gereksinimlerine Yönelik Tanılarının Tartışılması

Deney grubunda rol-işlevi gereksinimlerine yönelik olarak bakım verici rolünde zorlanma, ebeveynlikte yetersizlik riski, evdeki sorumlulukları sürdürmede ve yönetmede yetersizlik ve sosyal izolasyon tanıları konulmuştur. Bunlardan ebeveynlikte yetersizlik riski, evdeki sorumlulukları sürdürmede ve yönetmede yetersizlik ve sosyal izolasyon tanıları giderilmiştir. Postpartum tüm görüşmeler boyunca tanıya uygun girişimleri yapılmasına rağmen bakım verici rolünde zorlanma tanısı giderilememiştir. İlk ve son görüşmede belirlenen tanılar karşılaştırıldığında; bütün tanılar için aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Kontrol grubunda rol-işlevi gereksinimlerine yönelik olarak bakım verici rolünde zorlanma, evdeki sorumlulukları sürdürmede ve yönetmede yetersizlik ve sosyal izolasyon tanıları konulmuştur.

Deney ve kontrol grubundaki loğusaların son görüşmede rol-işlevi gereksinimlerine yönelik olarak belirlenen tanıları karşılaştırıldığında; bütün tanılar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Rol-işlev

gereksinimlerine yönelik olarak belirlenmiş olan çoğu tanının giderilmesi Roy'un Adaptasyon modeline göre verilen bakımının etkinliğini göstermektedir.

Giderilemeyen tanılardan **Bakım Verici Rolünde Zorlanma** tanısının, ev içi sorumluluklar ve bebek bakımında yardım edecek bireylerin olmamasından dolayı giderilemediği düşünülmektedir. Güngör ve ark.²⁸, Güner⁸⁶ ve Doğaner⁸⁷ çalışmalarında da loğusaların kendilerinin ve bebeklerinin bakımında zorlandıkları bulunmuştur. Logsdon ve Koniak-Griffin⁹⁰ yaptığı çalışmada; hem fiziksel hem de psikolojik değişikliklerin yoğun olarak yaşandığı postpartum dönemde annelere yeterli desteğin sağlanmasının, annelerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarını olumlu yönde etkileyeceğini belirtmiştir.

Birbirine Bağlanma Gereksinimlerine Yönelik Tanılarının Tartışılması

Deney grubunda birbirine bağlanma gereksinimlerine yönelik olarak ebeveyn rolünde değişim, aile içi süreçlerde değişim ve ebeveyn rol çatışması tanıları konulmuştur. İlk ve son görüşmede belirlenen tanılar karşılaştırıldığında; çoğu tanılar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Kontrol grubunda birbirine bağlanma gereksinimlerine yönelik olarak aile içi süreçlerde değişim tanısı konmuştur.

Deney ve kontrol grubundaki loğusaların son görüşmede birbirine bağlanma gereksinimlerine yönelik belirlenen tanıları karşılaştırıldığında; aile içi süreçlerde değişim tanısı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Birbirine bağlanma gereksinimlerine yönelik bütün tanıların giderilmesi, Roy'un Adaptasyon modeline göre verilen bakımının etkinliğini göstermektedir.

Postpartum dönemdeki loğusalara Roy'un Adaptasyon modeline dayanarak verilen bakım sonucunda, doğum sonu dönemde loğusalarda daha az sorun yaşandığı saptanmıştır. Bu sonuç "**Sezaryen ile doğum yapan loğusalara Roy'un Adaptasyon**

Modeli kullanılarak verilen bakım doğum sonu sorun yaşama sıklığını azaltır ya da önler” hipotezinin doğrulandığını göstermektedir. Benzer şekilde Nazik’in⁸⁵, Koç’un⁹¹ ve Kılıç’ın⁹² model kullanarak yapmış olduğu çalışmalarında da postpartum dönemde verilen bakımın postpartum komplikasyonları azalttığı/önlediği belirlenmiştir. Anılan çalışmalarda model temelli bakım olduğu için benzer sonuçlar vardır. Modellerin kullanılarak yapılan çalışmalarda bakım sonuçların daha etkili ve daha sistematik olduğu görülmüştür. Ayrıca model kullanmadan yapılan De la Rosa ve arkadaşlarının⁹³, Wager ve arkadaşlarının⁹⁴ çalışmalarında da postpartum ev ziyaretlerinin anne ve bebek sağlığını olumlu yönde etkilediği bulunmuştur. Fakat bu çalışmalardaki sonuçlar olumlu olmasına rağmen daha az problemi çözdüğü ve az bir sistematığe sahip olduğu görülmüştür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Postpartum dönemde sezaryen ile doğum yapan loğusalara ev ziyareti yolu ile Roy'un Adaptasyon Modeli kullanılarak verilen bakımın etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Çalışmada postpartum 6 hafta boyunca, deney grubundaki loğusalarla toplam 7 görüşme yapılmış ve toplam 36 hemşirelik tanısı belirlenmiştir. Bu tanılardan 22 tanesi **Fizyolojik** gereksinimlerini, 7 tanesi **Kendilik** gereksinimlerini, 4 tanesi **Rol-İşlev** gereksinimlerini ve 3 tanesi **Birbirine Bağlanma** biçimi gereksinimlerini içermektedir. Konulan tanıların büyük bir kısmı verilen bakım ile giderilmiştir.
- Çalışmada kontrol grubundaki loğusalarla toplam 2 görüşme yapılmış ve toplam 23 hemşirelik tanısı belirlenmiştir. Bu tanılardan 12 tanesi **Fizyolojik** gereksinimlerini, 7 tanesi **Kendilik** gereksinimlerini, 3 tanesi **Rol-İşlev** gereksinimlerini ve 1 tanesi **Birbirine Bağlanma** biçimi gereksinimlerini içermektedir.
- Verilen bakım sonucunda deney ve kontrol gruplarının; loğusaliğın son haftasında belirlenen tanıları karşılaştırıldığında; çoğu tanı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bu sonuç bakım alan grubun daha az problem yaşadığını göstermektedir.
- Roy'un Adaptasyon modeli kullanılarak verilen bakım sonucunda postpartum problemlerin çoğu giderilmiştir.
- Roy'un Adaptasyon modeli kullanılarak verilen bakım sonucunda postpartum dönemde belirlenmiş olan hemşirelik tanılarının çoğunluğu bakım sonrasında ortadan kalkmıştır.

- Roy'un Adaptasyon modelinin sezaryen ile doğum yapan loğusalar için etkin bir bakım modeli olduğu belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

Loğusalık döneminde gelişebilecek problemlerin giderilmesi/önlenmesi ve loğusalığa adaptasyonun artırılması amacıyla;

- Sezaryenle doğum yapan loğusalara Roy'un Adaptasyon modeli kullanılarak bakım verilmesi,
- Sezaryenle doğum yapan loğusalara farklı hemşirelik modelleri kullanılarak bakım verilmesi ve bakım sonuçlarının karşılaştırılması,
- Postpartum dönemde Roy'un Adaptasyon modelinin standart olarak kullanılabilmesi için farklı coğrafi bölgelerde ve daha büyük örneklem grubunda araştırmaların yapılması,

önerilebilir.

KAYNAKLAR

- 1- Akın A. Türkiye’de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 İleri Analiz Sonuçları. Hacettepe Üniversitesi, Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, UNFPA. Hacettepe Üniversitesi Yayını, Ankara, 2002: 243-293.
- 2- Scott JR, Disaia JP, Hammend BC, Spellacy NW. Danforth Obstetrik ve Jinekoloji. Çeviren: Erez S. 7. Baskı, Yücel Yayın A.Ş. İstanbul, 1994: 563-576.
- 3- Demir N, Koç A, Yüksel A. Sezaryen. Maternal-Fetal Tıp&Perinatoloji. Kozan Ofset, Ankara, 2001: 231-293.
- 4- Sachs BP, Beard R, Papiernik E, Christine R. Cesarean Section. Reproductive Health Care For Women And Babies Policy and Ethics. Oxford University Press, USA, 1995: 234-256.
- 5- Gürgüç A. Sezaryen Tarihçesi. Doğum Operasyonları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, Ankara, 1984: 28-57.
- 6- Bonnar J. Obstetrics and Gynaecology. Churchill Livingstone Pres, Sidney Toronto, 1999: 154-201.
- 7-<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/arastirma.htm>. Erişim tarihi: 11.09.2009.
- 8-<http://arsiv.ntvmsnbc.com/news/461355.asp#storyContinues>.
Erişim tarihi: 11.09.2009.
- 9-[http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/kongre/\(4\)%20kurum_verimlilik_gostergeleri.pdf](http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/kongre/(4)%20kurum_verimlilik_gostergeleri.pdf).
Erişim tarihi: 11.09.2009.

- 10-** Önderoğlu L, Deren Ö, Ayhan A. Vajinal Doğum mu?, Sezaryen mi?. Hacettepe Tıp Derg. 1999; 30(1): 61-65.
- 11-** Pernoll ML. Çağdaş Obstetrik&Jinekolojik Teşhis&Tedavi. Barış Kitabevi, Ankara, 1994: 694-712.
- 12-** Decherney HA, Nathan L. Current Obstetric&Gynecologic Diagnosis&Treatment, 9 Edition, Newyork USA, 2003: 683-785.
- 13-** Varney H. Varney's Midwifery. Third Edition, Jones and Bartlett Publishers, Boston, 1997: 267-280.
- 14-** Fishbein EG, Burggraf E. Early postpartum discharge: How are mothers managing. JOGNN 1998; 27(2): 142-148.
- 15-** O'Connor K, Mowat DL, Scott HM. Carr PA, Dorland JL, Young KF. A randomized trial of two public health nurse follow-up programs after early obstetrical discharge: an examination of breastfeeding rates, maternal confidence and utilization and costs of health services. Canadian J Public Health 2003; 94(2): 98-103.
- 16-** Martell L. Postpartum women's perceptions of the hospital environment. JOGNN 2003; 32(4): 478-485.
- 17-** Lieu TA, Braveman PA. A randomized comparison of home and clinic follow-up visits after early postpartum hospital discharge – Part I. Pediatrics 2000; 105(5): 1058-1065.
- 18-** Mandl KD, Homer CJ. Effect of a reduced postpartum lenght of stay program on primary care services use by mothers and infants. Pediatrics 2000; 106(4):937-941.
- 19-** Bossert R, Rayburn WF. Early postpartum at a university hospital: Outcome analysis. J Reprod Med 2001; 46(1):39-43.

- 20-** Escobar GJ, Braveman PA. A randomized comparison of home and clinic follow-up visits after early postpartum hospital discharge–Part II. *Pediatrics* 2001;108(3):719-727.
- 21-** Lichtenstein B, Brumfield C, Cliver S, Chapman V, Lenze D, Davis V. Giving birth, going home: Influences on when low-income women leave hospital. *Health* 2004; 8(1): 81-100.
- 22-** Bertan M, Güler Ç. Halk Sağlığı. Güneş Kitabevi, Ankara, 1995: 342-356.
- 23-** World Health Organization, Postpartum Care Of The Mother and Newborn: A Practical Guide, WHO/RHT/MSM, 98/3, 1998: 11-40.
- 24-** Gagnon AJ, Edgar L. A randomized trial of a program of early postpartum discharge with nurse visitation. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176(1): 205-211.
- 25-** Brown SG, Johnson BT. Enhancing early discharge with home follow-up: A pilot project. *JOGNN* 1998; 27(1): 33-38.
- 26-** Bashiri A, Smolin A, Sheiner E, Zelingher J, Mazor M. Maternal rehospitalization after singleton term vaginal delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2003;14(5):344-348.
- 27-** Maera E, Kotagal UR, Atherton HD. Impact of early discharge legislation and early follow-up visits on infant outcomes. *Pediatrics* 2004; 113(6): 1619-1630.
- 28-** Güngör İ, Gökyıldız Ş, Nahcivan NÖ. Sezaryen doğum yapan bir grup kadının doğuma ilişkin görüşleri ve doğum sonu erken dönemde yaşadıkları sorunlar. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale HYO Derg* 2004; 13(53),185-197.
- 29-** Newman DM. Responses to caregiving: a reconceptualization using the Roy adaptation model. *Holist Nurs Pract* 1997; 12(1): 80-88.

- 30-** Roy C, Whetsell MV, Frederickson K. The Roy adaptation model and research. *Nurs Sci Q* 2009; 22(3):209-11.
- 31-** Hana DR. Using the Roy adaptation model in management of work groups. *Nurs Sci Q* 2006; 19(3):226-227.
- 32-** Freitas MC, Oliveira MF. Nursing care to elderly patients undergoing heart catheterization: a proposal according to the adaptation model of Calista Roy. *Rev Bras Enferm* 2006; 59(5):642-6.
- 33-** Lamb MA, Sheldon TA. The sexual adaptation of women treated for endometrial cancer. *Cancer Practice* 1994; 2(2):103-113.
- 34-** Legault FM. Adaptation within the role function and self-concept modes among women during the postpartum period. Masters Thesis, D'Youville College, 1991.
- 35-** Thornbury JM, King LD. The Roy adaptation model and care of person with Alzheimer's disease. *Nurs Sci Q* 1992; 5(3):129-133.
- 36-** Mitchell GJ, Cody WK. The role of theory in qualitative research. *Nurs Sci Q* 1993; 6(4): 170-178.
- 37-** Florence ME, Lutzen K, Alexius B. Adaptation of heterosexually infected HIV positive women: A Swedish pilot study. *Health Care Women Int* 1994; 15(4): 265-273.
- 38-** Lamb MA, Sheldon TA. The sexual adaptation of women treated for endometrial cancer. *Cancer Pract* 1994; 2(2): 103-13.
- 39-** Brydolf M, Segesten K. Living with ulcerative colitis: Experiences of adolescents and young adults. *JAN* 1996; 23(1): 39-47.
- 40-** Newman DM. The inventory of functional status-caregiver of a child in a body cast. *J Pediatr Nurs* 1997; 12(3): 142-147.

- 41- Dixon EL. Community health nursing practice and the Roy adaptation model. *Public Health Nurs* 1999; 16(4):290-300.
- 42- Lopes MV, de Araújo TL, Rodrigues DP. The relationship among the adaptation modes of Roy and NANDA taxonomy of nursing diagnoses. *Rev Lat Am Enfermagem* 1999; 7(4): 97-104.
- 43- Lotus-Shyu Y. Role tuning between caregiver and care receiver during discharge transition: An illustration of role function mode in Roy's adaptation theory. *Nurs Sci Q* 2000; 13(3): 323-331.
- 44- Yeh CH. Adaptation in children with cancer: Research with Roy's model. *Nurs Sci Q* 2001; 14(2): 141-148.
- 45- Gagliardi BA. The experiences of sexuality for individuals living with multiple sclerosis. *J Clin Nurs* 2003; 12(4): 571-578.
- 46- Gagliardi BA, Frederickson K, Shanley DA. Living with multiple sclerosis: A Roy adaptation model based study. *Nurs Sci Q* 2002; 15(3): 230-236.
- 47- Dobratz MC. The pattern of the becoming-self in death and dying. *Nurs Sci Q* 2002; 15(2): 137-142.
- 48- Dobratz MC. Life-closing spirituality and the philosophic assumptions of the Roy adaptation model. *Nurs Sci Q* 2004; 17(4), 335-338.
- 49- Fawcett J, Aber C, Weiss M, Haussler S, Myers ST, King C, Newton J, Silva V. Adaptation to cesarean birth: implementation of an international multisite study. *Nurs Sci Q* 2005; 18(3): 204-210.
- 50- Zeigler L, Smith PA, Fawcett J. Breast cancer: Evaluation of the common journey breast cancer support group. *J Clin Nurs* 2004; 13(4), 467-478.

- 51- Lopes MV, Pagliuca LM, Aroujo TL. Historical evolution of the concept environment proposed in the Roy adaptation model. *Rev Lat Am Enfermagem* 2006; 14(2):259-65.
- 52- Perrett SE. Review of Roy adaptation model-based qualitative research. *Nurs Sci Q* 2007; 20(4): 394-356.
- 53- DeSanto-Madeya S. Adaptation to spinal cord injury for families post-injury. *Nurs Sci Q* 2009; 22(1):57-66.
- 54- Barone SH, Roy CL, Frederickson KC. Instruments used in Roy adaptation model-based research: review, critique, and future directions. *Nurs Sci Q* 2008; 21(4): 353-362.
- 55- Dobratz MC. Moving nursing science forward within the framework of the Roy adaptation model. *Nurs Sci Q* 2008; 21(3):255-259.
- 56- Hannon-Engel SL. Knowledge development: the Roy adaptation model and bulimia nervosa. *Nurs Sci Q* 2008, 21(2):126-132.
- 57- Moreno ME, Durán MM, Hernandez A. Nursing care for adaptation. *Nurs Sci Q* 2009; 22(1): 67-73.
- 58- Lefaiver CA, Keough V, Letizia M, Lanuza DM. Using the Roy adaptation model to explore the dynamics of quality of life and the relationship between lung transplant candidates and their caregivers. *Adv Nurs Sci* 2007; 30(3):266-74.
- 59- DeSanto-Madeya S. Using case studies based on a nursing conceptual model to teach medical-surgical nursing. *Nurs Sci Q* 2007; 20(4):324-329.
- 60- Fredeickson HL, Wilkins MDL. Abdominal Doğum. *Jinekoloji ve Obstetrik Sırları*. Çeviren: Ata B. 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, 2001: 256-371.

- 61-** Yalınkaya A, Bayhan G, Kale A, Yayla M. Dicle üniversitesinde 20 yıllık sezaryen oranı ve endikasyonları. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst Derg 2003; 13(5): 356-360.
- 62-** Sayın NC, Berberoğlu U, Varol FG. Sezaryenle doğum yapmış sağlık personelinde doğum sonrası memnuniyet ve takip eden gebelikte doğum şekli tercihi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst Derg 2004; 18(2): 82-88.
- 63-** Yıldız C. Sezaryenle Doğum Deneyiminin Anne–Bebek ve Baba Açısından İncelenmesi. Genel Kurmay Başkanlığı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksekokulu, Yüksek Lisans Tezi, Ankara; 1994.
- 64-** Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 9. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2009: 455-486.
- 65-** Decherney HA, Nathan L. The Normal Puerperium, Current Obstetric& Gynecologic Diagnosis&Treatment. Newyork Ninth Edition, USA, 2003: 256-331.
- 66-** Bankowski JB, Hearne EA, Lambrou CN, Fox EH. Postpartum Care and Breast Feeding. The John Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics. 2nd Edition, USA, 2002: 101-205.
- 67-** Lowdermilk DL. Maternity and Women’s Health Care. Sixth Edition, Mosby-Years Book, Missouri, 1997: 158-230.
- 68-** Çiçek N, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitabevi, Ankara, 2006: 127-194.
- 69-** Köseli A, Akın L. Loğusalık Dönemi ve Bakımı. Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2001: 1377-1381.
- 70-** Carey JC, Rayburn WF. Obstetrik&Jinekoloji. Eds. Güner H. Öncü Basımevi, Ankara, 2006: 554-652.

- 71-** Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. Tercüme: Akman A. Williams Doğum Bilgisi. Nobel Matbaacılık, İstanbul, 2005: 859-921.
- 72-** Phillips RC. The Postpartum Family: Family-Centered Maternity and Newborn Care, Mosby Year Book, St Louis, 1996: 267-313.
- 73-** Novak J, Broom B. Nursing Care During Postpartum: Maternal and Child Health Nursing, Mosby, 1999: 337- 360.
- 74-** Burroughs A, Leifer G. Postpartum Period: Maternity Nursing an Reproductory Text, Saunders Company, Philadelphia, 2001:148-198.
- 75-** Eryılmaz G. Laktasyon ve Emzirme. In: Şirin A, eds. Kadın Sağlığı. Bedray Basın Yayıncılık Ltd Şti, İstanbul, 2008:759-780.
- 76-** Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset, İstanbul,1999.
- 77-** Pearson A, Vaughan B, FitzGerald M. Nursing Models for Practice. Elsiver Limited, China, 2005: 759-780.
- 78-** www.gata.edu.tr/hyo.html. Erişim Tarihi: 10.09.2009.
- 79-** Alligood MR, Tomey AM. Nursing Theory Utilization&Application, Mosby Comp, USA; 2002: 289-315.
- 80-** Roy, C. The Roy Adaptation Model. 3rd edition, Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall Health, New Jersey, 2009: 35-50.
- 81-** <http://www.cs.uiowa.edu/~rlenth/Power/> Erişim tarihi: 11.09.2009.
- 82-** Ulusoy MF, Uçar H. Araştırma Etiği. 72. Tasarım Ltd Şti, Ankara, 2002; 27-40.
- 83-** Terakye G, Ocakçı A. Seçmeler. Aydoğdu Ofset, Ankara, 1995; 84-85.

- 84-** Bayık A. Hemşirelik Araştırmalarında Etik. Hemşirelikte Araştırma, İlke, Süreç ve Yöntemleri. In Erefe İ ed. Ofset Baskı, İstanbul, 2002; 27-48.
- 85-** Nazik E. Öz-bakım modeli kullanılarak verilen bakımın postpartum komplikasyonların önlenmesi ve giderilmesine etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum; 2009.
- 86-** Güner T. Vajinal yol ve sezaryenla doğum yapan adolesan annelerin doğum postpartum döneminde kendilerinin ve bebeklerinin bakımında yaşadıkları sorunların karşılaştırılması. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas; 2007.
- 87-** Doğaner G. Vajinal yolla doğum yapan kadınların postpartum dönemde kendisinin ve yenidoğanın bakımına yönelik yaşadıkları sorunların belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas; 2005.
- 88-** Rychnovsky J, Hunter LP. The relationship between sleep characteristics and fatigue in healthy postpartum women. WHI 2009; 19(1): 38-44.
- 89-** Najman JM, Andersen MJ, Bor W, O'Callaghan MJ, Williams GM. Postnatal depression - myth and reality: Maternal depression before and after the birth of a child. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2000; 35 (1): 19-27.
- 90-** Logsdon MC, Koniak-Griffin D. Social support in postpartum adolescents: guidelines for nursing assessments and interventions. JOGNN 2005; 34(6):761-768.
- 91-** Koç G. Doğum sonu erken dönemde taburcu edilen anneler için geliştirilen evde bakım hizmet modelinin etkinliğinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık

Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, Ankara; 2005.

92- Kılıç A. Dorothy Orem'in öz bakım modelinin sezaryen ile doğum yapan kadınların bakımına uygulanması. Genel Kurmay Başkanlığı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksekokulu, Doktora Tezi, Ankara; 1994.

93- De la Rosa IA, Perry J, Johnson V. Benefits of increased home-visitation services: exploring a case management model. Fam Community Health 2009; 32(1): 58-75.

94- Wager KA, Lee FW, Bradford WD, Jones W, Kilpatrick AO. Qualitative evaluation of South Carolina's postpartum/infant home visit program. Public Health Nurs 2004; 21(6): 541-546.

EK - I

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Adı Soyadı:

Anket No:

Tlf:

Adresi:

Görüşme Tarihi:

1- Kaç yaşındasınız?.....

2- Eğitim durumunuz nedir?

1-İlkokul mezunu

2-Ortaokul mezunu

3-Lise mezunu

4-Yüksek okul mezunu

3- Çalışıyor musunuz ?

1- Evet

2- Hayır

4- Aylık geliriniz nedir?.....

5- Sosyal güvenceniz var mı?

1- Var

2- Yok

6- Bu gebeliğinizi istiyor muydunuz?

1- Evet

2- Hayır

7- Ev işlerinde size yardım eden biri var mı?

1- Evet

2- Hayır

8- Evde bebek bakımında size yardım eden biri var mı?

1- Evet

2- Hayır

9- Bebeğinizi nasıl besliyorsunuz?

1- Anne sütü ile

2- Mama ile

3- Karışık (Anne sütü+mama)

10- Yaşadığınız aile tipi:

1- Çekirdek aile

2- Geniş aile

11- Araştırmacı tarafından değerlendirilecektir.

Ateş=..... Nabız=..... Solunum=..... TA=.....

LOĞUSA İZLEM FORMU

Fizyolojik Biçim	Her zaman	Çoğunlukla	Bazen	Hiç
• Kalp atış hızınız düzenli midir?				
• Düzenli solunum yapabiliyor musunuz?				
• Yeterli ve dengeli beslenir misiniz?				
• Günlük 8-10 bardak sıvı alır mısınız?				
• Günlük dışkılama ihtiyacınızı karşılıyor musunuz?				
• Günde 6-8 saatte bir idrarınızı yapabiliyor musunuz?				
• Haftada en az 3 kez duş şeklinde banyo yapıyor musunuz?				
• Yeterli ve sağlıklı uyur musunuz?				
• Gün içinde uyuma ihtiyacı hissediyor musunuz?				
• Günlük aktivitelerinizi (ev işi) yapabiliyor musunuz?				
• Kendinize bakım vermeden önce ellerinizi tekniğine uygun yıkıyor musunuz?				
• Perine hijyenini sağlamak için uyulması gereken kuralları uyguluyor musunuz?				
• Emzirme ile ilgili sorun yaşıyor musunuz?				
• Her tualete girdiğinizde ped değiştirir misiniz?				
• Doğum sonu kanamanızın kokusu, miktarı, rengi ile ilgili sorun yaşıyor musunuz?				
• Dikişlerinize ile ilgili sorun yaşıyor musunuz?				
• Rahminizin sertliğini değerlendiriyor musunuz?				
• Vajinal akıntınızda kötü koku ve renk değişikliği (sarı, yeşilimtrak vs.) var mı?				
• Kötü kokulu ve/ veya fazla miktarda, kanamanız olur mu?				
• Kanamanızın rengi ve miktarı değişiyor mu?				
• Rahminizin küçülmesi ile ilgili sorun yaşıyor musunuz ?				
• Dikişlerinizde ağrı, akıntı, kızarıklık ve şişlik oluyor mu?				
• Göğüslerinizde hassasiyet, ağrı, dolgunluk var mı?				
• İdrar yaparken ağrı, yanma, sızı oluyor mu?				
• Ateşiniz yükselir mi?				
• Bacakta hassasiyet, kızarıklık, ısı artışı oluyor mu?				
• Dışkılama ihtiyacınızı giderirken ağrı ve kanama oluyor mu?				
• Gülerken, hapsirirken idrar kaçırıyor musunuz?				
• Loğusalığınız nedeniyle hareket yapmakta zorlanıyor musunuz?				
• Her gün düzenli olarak herhangi bir spor aktivitesini yapıyor musunuz?				

Ben kavramı biçimi	Her zaman	Çoğunlukla	Bazen	Hiç
• Bedeninizi eskisi kadar güzel buluyor musunuz?				
• Eskisi gibi ibadetlerinizi yerine getiriyor musunuz?				
• Kendinize eskisi gibi bakamayacağınızdan endişeli misiniz?				
• Kendinize eskisi gibi bakacak kadar güçlü müsünüz?				
• Bebeğinize bakamama konusunda endişeli misiniz?				
• Bebeğinize bakacak kadar güçlü müsünüz?				
• Ailenize/eşinize eskisi gibi bakamayacağınızdan endişeli misiniz?				
• Ailenize/eşinize eskisi kadar bakacak kadar güçlü müsünüz?				

Rol-İşlevi Biçimi	Her zaman	Çoğunlukla	Bazen	Hiç
• Kendinize eskisi gibi bakabiliyor musunuz?				
• Kendinizi eskisi kadar değerli hissediyor musunuz?				
• Eşinizle eskisi kadar ilgilenbiliyor musunuz?				
• Eşinizi eskisi kadar seviyor musunuz?				
• Ev işlerinizi eskisi gibi yapabiliyor musunuz?				
• Dışarıdaki işlerinizi (alışveriş-fatura ödeme) eskisi gibi yapabiliyor musunuz?				
• İşinizi eskisi gibi iyi yapacak kadar güçlü müsünüz?				
• İşinizi eskisi gibi iyi yapamayacağınız için endişeleniyor musunuz?				
• Kendinizle ilgili kararları verebiliyor musunuz?				
• Ailenizde alınan kararlara katılıyor musunuz?				
• Geleceğe yönelik hedefleriniz var mı?				

Birbirine Bağlanma Biçimi	Her zaman	Çoğunlukla	Bazen	Hiç
• Kendinizi yalnız hissediyor musunuz?				
• Çevrenizdeki insanlarla rahatlıkla iletişim kurabiliyor musunuz?				
• Eşinizle ilişkiniz eskisi gibi mi ?				
• Eşinizle eskisi gibi ilgilenbiliyor musunuz?				
• Ailenizle (anne-baba-kardeş) ilişkiniz eskisi gibimi?				
• Ailenizle eskisi gibi ilgilenbiliyor musunuz?				
• Arkadaşlarınızla ilişkiniz eskisi gibimi?				
• Arkadaşlarınızla eskisi gibi ilgilenbiliyor musunuz?				
• Arkadaşlarınızla doğum olayınızı paylaştınız mı?				
• Ailenizle doğum olayınızı paylaştınız mı?				
• Arkadaşlarınızla eskisi gibi toplanabilir misiniz?				
• Akrabalarla eskisi gibi toplanabilir misiniz?				
• Arkadaşlarınızın sizi anladığını düşünüyor musunuz?				
• Ailenizin sizi anladığını düşünüyor musunuz?				
• Arkadaşlarınızla duygularınızı/sorunlarınızı paylaşıyor musunuz?				
• Ailenizle duygularınızı/sorunlarınızı paylaşıyor musunuz?				
• Bebeğinizi kendinize yakın hissediyor musunuz?				
• Bebeğinize bakım vermede zorluk çekiyor musunuz?				

EK III-

POSTPARTUM DÖNEMDE HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

BİÇİMLER	UYARANLAR			HEMŞİRELİK TANISI
	FOKAL	KONTEKSTÜEL	REZİDÜEL	
FİZYOLOJİK	Postpartum dönem, Deri bütünlüğünün bozulması, Ameliyat Kontamine yara	Sıcak, nemli ve ıslık almayan ortam, Stres, Çok sayıda kişi ile temas Anne ile bebeğin aynı ortamda bulunması, Çok sayıda kişi ile temas	Bilgi eksikliği, Bilgi eksikliği,	Enfeksiyon Alma Riski Enfeksiyon Bulaştırma Riski
	Annenin yorgun ve ağrılı olması, Meme başı yaraları,	Yetersiz emme refleksi, Memede yeterli süt olmaması, Yetersiz beslenme	Bilgi eksikliği, Eş ve aile desteğinin olmaması	Bebegi Yetersiz Emzirme
	Ağrı, Meme başı yaraları,	Yetersiz emme refleksi, Yetersiz beslenme	Bilgi eksikliği, Eş ve aile desteğinin olmaması	Emzirmenin Kesintiye Uğraması
	Beden imajının bozulması	Eşinin kendinin beğenmeme korkusu	Eş ve aile desteğinin olmaması, Sosyal izolasyon	Beden Gereksiniminden Az Beslenme
	Gelenekler	Gebelikten kalma alışkanlık,	Bilgi eksikliği	Beden Gereksiniminden Çok Beslenme
	Ağrı, Korku	Banyo şartlarının uygun olmaması, Bilgi eksikliği	Bilgi eksikliği	Bireysel Bakımda Yetersizlik Banyo Yapma
	Karar vermede yetersizlik,	Eş ve aile desteğinin olmaması	Bilgi eksikliği	Bireysel Bakımda Eksiklik Hijyen
	Ağrı, Bebek	İstirahatın artması,	Fazla sayıda kişinin ziyaret etmesi	Uyku Düzeninde Bozulma
	Postpartum dönem, Bebek bakımı	Uterus involüsyonu	Eş ve aile desteğinin olmaması,	Yorgunluk
	Ameliyat	Barsak hareketleri, Uterus involüsyonu	Bilgi eksikliği	Konforda Değişim Ağrı (Batın)
	Ağrı, Yorgunluk, Uykusuzluk	Yetersiz emme refleksi,	Bilgi eksikliği	Konforda Değişim Ağrı (Meme)
	Anestetiklerin kullanımı	Loğusalık boyunca hareketin azalması, İstirahatın artması	Karın kaslarının insizyonu, Beslenme alışkanlığının değişmesi	Konstipasyon
	Ameliyat, Ağrı	Anestetik ilaçlar	Bilgi eksikliği	İdrar Retansiyonu
	Motivasyon eksikliği	Tuvaletin uzakta ve uygun olmaması	Yatağın yüksekte olması, Odada fazla eşya bulunması	Fonksiyonel İnkontinans
	Ameliyat	Hastanede kateter uygulanması	Stres	Stres İnkontinansı

	Ağrı, Bebek bakımı, Motivasyon eksikliği	Bilgi eksikliği	Bilgi eksikliği, Gelenekler	Bireyin tedavi planını düzenleme ve sürdürmede yetersizlik
	Oral olarak yetersiz sıvı alma	Bilgi eksikliği	Gelenekler	Sıvı Volüm Eksikliği
	Ameliyat	Obezite		Doku Bütünlüğünde Bozulma
	Ameliyat, Karar vermede yetersizlik	Karar vermede yetersizlik,	Motivasyon eksikliği, Bilginin yanlış yorumlanması, Bilgi eksikliği	Sağlığın Sürdürülmesinde Yetersizlik/Değişiklik
	Ameliyat, Ağrı	Motivasyon eksikliği, Yorgunluk	Bilgi eksikliği	Fiziksel Hareketlerin Bozulması

		UYARANLAR			
BİÇİMLER	FOKAL	KONTEKSTÜEL	REZİDÜEL	HEMŞİRELİK TANISI	
KENDİLİK KAVRAMI	Postpartum dönem, Bebek bakımı, Eş ve aile desteğinin olmaması	Alışageldiği yaşam tarzının değişimi	Gelenekler	Yalnızlık	
	Postpartum dönem, Alışageldiği yaşam tarzının değişimi	Eşinin kendinin beğenmeme korkusu	--	Düşük Benlik Saygısı Riski	
	Postpartum dönem, Alışageldiği yaşam tarzının değişimi	Bilgi eksikliği	Gelenekler	Bilgi Eksikliği Beslenme	
	Postpartum dönem, Karar vermede yetersizlik	Eş ve aile desteğinin olmaması	Bilgi eksikliği	Bilgi Eksikliği Hijyen	
	Anne sütünün önemini bilmeme	Yetersiz emme refleksi, Memede yeterli süt olmaması, Yetersiz beslenme	Bilgi eksikliği, Eş ve aile desteğinin olmaması	Bilgi Eksikliği Emzirme	
	Cinsel ilişkisinin başlaması,	Yakın zamanda başka çocuk istememe	Bilgi eksikliği	Bilgi Eksikliği Aile Planlaması	
	Cerrahi girişim	Obezite, Fiziksel hareketlerin kısıtlı olması	Bilgi eksikliği	Beden bilincinde bozulma	
	Ameliyattan sonra bireysel gereksinimlerin artması, Bakım vericinin, bu rol için yeterince gelişmiş/hazır olmaması	Bakım alanın bebek olması, Annenin yeterince dinlenme fırsatının bulunmaması	Daha önce hiç bakım verme deneyiminin olmaması, Eş ve aile desteğinin olmaması	Bakım Verici Rolünde Zorlanma	
	Eş ve aile desteğinin olmaması, Ebeveynlik rolü için yeterince gelişmiş/hazır olmaması	Ameliyattan sonra bireysel gereksinimlerin artması,	Çocuğun istenilen cinsiyette olmaması, Gelenekler	Ebeveynlikte Yetersizlik Riski	
	Ameliyattan sonra bireysel gereksinimlerin artması, Ameliyattan sonra bebek gereksinimlerin ortaya çıkması, Eş ve aile desteğinin olmaması	--	Ziyaretçilerin fazla olması	Evdeki sorumlulukları sürdürme ve yönetmede yetersizlik	
ROL-İŞLEVİ KAVRAMI	Bağımlılık, Beden imajında bozukluk	Yaşam tarzının değiştirilmesi	Gelenekler, Eş ve aile desteğinin olmaması	Sosyal İzolasyon	

		UYARANLAR			
BİÇİMLER		FOKAL	KONTEKSTÜEL	REZİDÜEL	HEMŞİRELİK TANISI
BAĞLANMA		Ameliyattan sonra bireysel gereksinimlerin artması, Ameliyattan sonra bebek gereksinimlerin ortaya çıkması, Eş ve aile desteğinin olmaması	Evdeki kardeşlerin bebeği kıskanmaları ve zarar verme endişesinin olması	Ebeveynlik rolü için yeterince gelişmiş/hazır olmaması	Ebeveyn Rolünde Değişim
		Postpartum dönem, Ameliyattan sonra bireysel gereksinimlerin artması, Ameliyattan sonra bebek gereksinimlerin ortaya çıkması	Aile üyelerinin fiziksel ve duygusal gereksinimlerini karşılayamama	Eş ve aile desteğinin olmaması	Aile İçi Süreçlerde Değişim
KARŞITILIKLI		Postpartum dönem, Ameliyattan sonra bireysel gereksinimlerin artması, Ameliyattan sonra bebek gereksinimlerin ortaya çıkması	Eş ve aile desteğinin olmaması	--	Ebeveyn Rol Çatışması

POSTPARTUM DÖNEMDE HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

SORUN	NEDEN	AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
Enfeksiyon Alma Riski	Deri bütünlüğünün bozulması	-Enfeksiyon ile ilgili risk faktörlerini ve enfeksiyonlardan korunma yollarını bilmesi	-Enfeksiyonun belirti ve bulgularının öğretilmesi, -Enfeksiyonların nasıl önleneceği konusunda bilgilendirme *Bol proteinli diyet *Günde en az 8-10 bardak su içme *İnsizyon yerinin bakımı *El yıkama tekniğini öğretme *Genital hijyen kurallarını öğretme
Enfeksiyon Bulaştırma Riski	Kontamine yara	-Hastanın enfeksiyon geçene kadar izole edilmesinin gereğinin anladığını ifade etmesi -Enfeksiyonlardan korunma yollarını bilmesi	-Enfeksiyon ajanına göre geçiş şeklini öğretme -Uygun izolasyon önlemleri alma -Aile bireylerine gerekli bilgi verilerek ziyaretçiler kısıtlama -Enfeksiyonların nasıl önleneceği konusunda bilgilendirme *Bol proteinli diyet *Günde en az 8-10 bardak su içme *İnsizyon yerinin bakımı *El yıkama tekniğini öğretme
Bebegi Yetersiz Emzirme	-Meme ile ilgili problemler -Emzirmeye ilişkin bilgi eksikliği -Annenin olumsuz inanç ve davranışları -Annenin yetersiz beslenmesi -Memede yeterli süt olmaması	- Yeterli emzirmeyi sağlamak	-Tekniğine uygun emzirmenin sağlanması, -Bebegin her iki memeyi emmesini ve memelerin tam boşaltılmasının sağlanması -Emzirme sonrası memede dolgunluk varsa elle sağıarak veya pompayla memenin boşaltılmasının gösterilmesi, -Meme ucunun düzenli kontrol edilmesi, -Eğer meme ucu çatlağı gelişmişse uygun girişimlerin yapılması

		-Mastit gelişmişse, *Memelerin uygun bir sutyenle desteklenmesi, *Bebegin emzirilmeye devam edilmesi *Doktorun önerdiği antibiyotik ve ağrı kesici ilaçların kullanılmasının sağlanması -Süt kanallarında tıkanma gelişmişse *Emzirmeden önce sıcak uygulama yapılması, *Bebegin sık sık emmesini sağlanması *Bebegin etkilemiş taraftan emzirilmesi *Emzirmeden önce göğse masaj yapılması, *Besleme aralarında buz uygulamasının yapılması, *Göğüsleri iyi destekleyen sütyen kullanılması, *Gerekliyorsa hafif analjezikler kullanılması -Annenin yeterli ve dengeli beslenmesinin sağlanması -Annenin günde en az 8-10 bardak sıvı almasının sağlanması
--	--	--

SORUN	NEDEN	AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
Emzirmenin Kesintiye Uğraması	-Ağrı, -Enfeksiyon -Hastalıklar -Emzirme için kontraendike olan ilaç alımı -Meme ile ilgili problemler -Yetersiz emme refleksi, -Yetersiz beslenme -Bilgi eksikliği -Eş ve aile desteğinin olmaması		
Beden Gereksiniminden Az Beslenme	-Annenin bilgi eksikliği -Doğum sonu desteğın yetersiz olması -Eşinin kendisini beğenmeme endişesi -Beslenmeye ilişkin kültürel inanış	-Annenin yeterli ve dengeli beslenmesini sağlamak	-Yeterli ve dengeli beslenmenin önemi konusunda annenin bilgilendirilmesi - Beslenmeyi olumsuz etkileyen faktörlerin belirlenmesi -Loğusalıkta beslenmenin öneminin anlatılması -Aile üyelerinin desteğinin sağlanması
Beden Gereksiniminden Çok Beslenme	-Annenin bilgi eksikliği -Bebeğе daha fazla süt olması için besin alımını artırmak -Gebelikten kalma bir alışkanlık -Beslenmeye ilişkin kültürel inanış	-Annenin yeterli ve dengeli beslenmesini sağlamak	-Yeterli ve dengeli beslenmenin önemi konusunda annenin bilgilendirilmesi -Fazla beslenmeye sebep olan faktörlerin belirlenmesi -Loğusalıkta beslenmenin öneminin anlatılması -Aile üyelerinin desteğinin sağlanması -Gıdaların kalorisi hakkında bilgi verilmesi -Yemekten önce 200-250 ml su içmesi -Büyük yemek tabağı yerine ufak tabakların tercih edilmesi -Kimsenin tabağından yemek almaması -Yavaş yemek yemesi ve iyice çiğnemesi

SORUN	NEDEN	AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
Bireysel Bakımda Yetersizlik (Banyo Yapma)	- Yorgunluk - Yetersiz destek - Bilgi eksikliği -Annenin olumsuz inanç ve davranışları, -Ev ortamının uygun olmaması	Annenin yeterli sıklıkta banyo yapmasını sağlamak	-Anneye banyo yapmanın önemi hakkında bilgi verilmesi -Annenin ev koşullarının gözden geçirilmesi ve gerekli önerilerin yapılması -Olumsuz inanç ve davranışların belirlenerek giderilmesi sağlandı -Annenin aile bireylerinden destek almasının sağlanması
Bireysel Bakımda Eksiklik (Hijyen)	-Bilgi eksikliği (el ve perine hijyeni)	-Annenin bireysel bakımındaki eksikliği gidermek, -Bireysel bakım eksikliğine bağlı çıkabilecek komplikasyonları önlemek	-Anneye hijyenin önemi hakkında bilgi verilmesi, -Hijyen kurallarına uygun davranmasının sağlanması *Ellerini en az 15 sn su ve sabunla yıkaması, *Tırnaklarını kısa ve temiz tutması, *Genital hijyeni kurallarına uygun yapması -Haftada en az 3 kez duş şeklinde banyo yapmasına yönelik bilgi verilmesi
Uyku Düzeninde Bozulma	-Gece boyunca sık sık uyanma (bebeğin ağlaması, acıklması v.s.) -Gündüzleri fazla uyuyamama	Annenin günde en az 8 saat uyumasını sağlamak,	-Annenin uykusuzluğunun nedeninin belirlenerek giderilmeye çalışılması -Ailedeki diğer üyelerle görüşülerek bebek bakımı, ev işleri konusunda anneye yeterli desteğin sağlanması, -Annenin gün içinde uyumasının ve dinlenmesinin sağlanması -Ziyaretçilerin kısa süre kalmasının sağlanması

SORUN	NEDEN	AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
Yorgunluk	-Doğum eyleminde enerji kaybetme, -Bebek bakımı, -Uyku düzeninde bozulma -Destek sisteminin yeterli olmaması	-Annenin yorgunluğunu gidermek	-Yorgunluğun nedenlerinin belirlenmesi, -Annenin, gün içinde dinlenmesine yönelik bilgilendirilmesi (bebek uyurken v.s) -Aile bireylerinden destek alınmasının sağlanması
Konforda Değişim Ağrı (Meme, Batın)	- Memelerde dolgunluğun olması - Meme ucu çatlağı - İnsizyonun varlığı	- Annenin ağrısını azaltmak ya da gidermek	-Annenin bebeğini sık sık emzirmesi, -Bebek memeyi boşaltmıyorsa memenin elle boşaltılmasının sağlanması, -Memelere uygun pomadların kullanımının öğretilmesi, -Tekniğine uygun emzirmenin sağlanması, -Abdomenin rahatlatılması için alınacak önlemlere yönelik annenin bilgilendirilmesi *Annenin yan yatar pozisyonunda istirahat etmesi, *Günde en az 3 defa 10-15 dakikalık süreyle ev içinde kısa yürüyüşler yapması, -Annenin distansiyon şikayetinde rahatlaması için bilgilendirilmesi * Annenin kabız olmaması için bilgilendirilmesi (posalı yiyecekler tüketmesi, bol su içmesi vs), - Hekimin önerdiği ağrı kesicileri alması konusunda annenin bilgilendirilmesi ve kullanmasının sağlanması

SORUN	NEDEN	AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
Konstipasyon	-Ameliyattan önce lavman yapılması -Anestetik ilaç kullanımı -Aktivitenin azalması -Batundaki insizyon nedeniyle ağrı duyma korkusu -Yetersiz ve dengesiz beslenme	-Normal barsak eliminasyonunu sağlamak	-Konstipasyon nedeninin belirlenmesi, -Konstipasyonu gidermeye yönelik annenin bilgilendirilmesi * Posalı yiyecekleri açıklama, *Günde en az 8-10 bardak su içilmesini sağlama, *Erken ambulasyonu sağlama *Düzenli defekasyon alışkanlığı kazanılması konusunda bilgilendirme *Hemoroidde, insizyona bağlı ağrıları giderme, *Tuvalet ihtiyacı ertelenmemesi konusunda bilgilendirme
İdrar Retansiyonu	-Mesaneye kateter uygulanması, -İnsizyon varlığı, -Stres	-Normal idrar eliminasyonunu sağlamak	-İdrar retansiyonunun nedeninin belirlenmesi, -İdrar retansiyonunu gidermeye yönelik annenin bilgilendirilmesi, -Üriner sistem enfeksiyon belirti ve bulgularının araştırılması, -Günlük idrar miktarını, idrar yapma sıklığını ve zamanını kaydetmesinin sağlanması, -İdrar yaparken su sesi dinletilmesi, Perine üzerine yapılan sıcak uygulama, duş, sıcak içecekler mesane sfinkterlerinin gevşemesinin sağlanması

SORUN	NEDEN	AMAC	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
Fonksiyonel İnkontinans	-Ameliyat nedeniyle hareket kısıtlılığı -Yatağın yüksekte olması -Odanın kalabalık olması	-Normal idrar eliminasyonunu sağlamak	-Tuvalete gidişi engelleyici veya geciktirici fazla eşyanın ortadan kaldırılması, -Çok fazla idrara sıkışmadan tuvalete gidilmesi, -Kolay giyilip çıkarılan, düğmesiz, giysilerin tercih edilmesi
Stres İnkontinansı	-Doğum sırasındaki doku travmasına bağlı olarak pelviz kaslarında ve destek dokularda zayıflama	-Stres inkontinansı önlemek yada gidermek	- Stres inkontinansa neden olan durum hakkında annenin bilgilendirilmesi, -Kegel egzersizlerinin öğretilmesi,
Bireyin Tedavi Planını Düzenleme ve Sürdürmede Yetersizlik	-Sağlığa ilişkin inançlarda çatışma yaşama, -Yetersiz sosyal destek, -Ekonomik durum	-Annenin postpartum dönemde komplikasyonların önlenmesi için gerekli olan sağlık davranışlarını uygulamasını sağlamak	-Etkili yönetimin engellenmesine neden olan faktörlerin belirlenmesi ve konu ile ilgili bilgilerin verilmesi
Sıvı Volüm Eksikliği	-Oral sıvı almaya ilişkin kültürel inancı	-Annenin yeterli sıvı almasını sağlamak	-Yeterli sıvı almanın gerekliliği konusunda annenin bilgilendirilmesi -Su içmeye yönelik olumsuz düşüncelerin ortadan kaldırılması
Doku Bütünlüğünde Bozulma	-Ameliyat	-Doku bütünlüğünün yeniden sağlanması	-Annenin insizyon bakımı ve hijyeni konusunda bilgilendirilmesi -İnsizyon yerinin düzenli pansumanının yapılması
Sağlığın Sürdürülmesinde Yetersizlik/Değişiklik	-Sağlığa ilişkin inançlarda çatışma yaşama, - Yetersiz sosyal destek, - Ekonomik durum	-Annenin postpartum dönemde komplikasyonların önlenmesi için gerekli olan sağlık davranışlarını uygulamasını sağlamak	- Etkili yönetimin engellenmesine neden olan faktörlerin belirlenmesi ve konu ile ilgili bilgilerin verilmesi
Fiziksel Hareketlerin Bozulması	-Ameliyat -Yorgunluk	Fiziksel hareketlerin yeniden kazanılması	-Vücut mekanizmasının anlatılması -Hekimin önerdiği ağrı kesicileri alması konusunda annenin bilgilendirilmesi ve kullanmasının sağlanması

SORUN	NEDEN	AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
Yalnızlık	-Bebek nedeniyle yaşam tarzının değişmesi -Evdeki sorumluluğun artması, -Eş ve aile desteğinin olmaması	Yalnızlık duygusunun giderilmesi	-Neden olan ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, -Sosyal destek mekanizmalarının belirlenmesi ve işlevselleştirmek, -Aile bireylerinden destek alınmasının sağlanması
Düşük Benlik Saygısı Riski	-Vücuttaki değişiklikler (deride, kiloda)	-Annenin bedeni ile ilgili olumlu düşünmesini sağlamak	-Doğum sonrası vücutta oluşan değişiklikler ile ilgili bilgi verilmesi, -Olumlu ve olumsuz duyguları kabul etmesi için yardım edilmesi
Bilgi Eksikliği (Beslenme, Hijyen, Emzirme, Aile Planlaması)	-Postpartum döneme ait değişikliklerin ilk defa yaşanması -Eğitim seviyesinin düşük olması -Sağlığa ilişkin inançlarda çatışma yaşama, -Yetersiz sosyal destek, -Ekonomik durum	Bilgi eksikliğinin giderilmesi	-Neden olan ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, -Yanlış bilgilerin giderilmesi ve doğru bilgilerin verilerek uygulutulması -Annenin postpartum dönemde oluşabilecek değişiklikler, ortaya çıkabilecek komplikasyonlar, kendi bakımı ve emzirme konusunda bilgilendirilmesi
Beden Bilincinde Bozulma	-Ameliyat	Bireysel bakımını ve sorumluluklarını yerine getirerek olumlu beden imajı kazanması,	Annenin kendini nasıl algıladığı ve düşüncelerini ifade etmesi için desteklenmesi, -Doğum sonrası vücutta oluşan değişiklikler ile ilgili bilgi verilmesi, -Olumlu ve olumsuz duyguları kabul etmesi için yardım edilmesi -Sosyal destek mekanizmalarının belirlenmesi ve işlevselleştirmek, -Aile bireylerinden destek alınmasının sağlanması

SORUN	NEDEN	AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
Bakım Verici Rolünde Zorlanma	-Bebek nedeniyle yaşam tarzının değişmesi -Evdeki sorumluluğun artması, -Eş ve aile desteğinin olmaması	-Bakım verici rolünün yerine getirilmesi	-İlgili risk faktörleri belirlenmesi ve kontrol altına alınması, -Sosyal destekleri harekete geçirmesi, -Aile bireylerinden destek alınmasının sağlanması
Ebeveynlikte Yetersizlik Riski	-Eş ve aile desteğinin olmaması, -Ebeveynlik rolü için yeterince gelişmiş/hazır olmaması, -Ameliyattan sonra bireysel gereksinimlerin artması	-Ebeveynlik rolünün yerine getirilmesi	-İlgili risk faktörleri belirlenmesi ve kontrol altına alınması, -Sosyal destekleri harekete geçirmesi, -Aile bireylerinden destek alınmasının sağlanması
Evdeki Sorumlulukları Sürdürme ve Yönetmede Yetersizlik	-Ameliyattan sonra bireysel gereksinimlerin artması, -Ameliyattan sonra bebek gereksinimlerin ortaya çıkması, -Eş ve aile desteğinin olmaması	Evdeki sorumlulukları sürdürmesini ve yönetmesini sağlamak,	-İlgili risk faktörleri belirlenmesi ve kontrol altına alınması, -Sosyal destekleri harekete geçirmesi, -Aile bireylerinden destek alınmasının sağlanması
Sosyal İzolasyon	-Beden imajının değişmesi, -Ameliyat, -Alışla gelmiş yaşam tarzının değişmesi	Annenin eski sosyal uyumuna dönmesini sağlamak	-İlgili risk faktörleri belirlenmesi ve kontrol altına alınması, -Sosyalleşmesinin sağlayacak yöntemlerin belirlenmesi, -Sosyal destekleri harekete geçirmesi, -Aile bireylerinden destek alınmasının sağlanması
Ebeveyn Rolünde Değişim	Ameliyattan sonra bireysel gereksinimlerin artması, -Ameliyattan sonra bebek gereksinimlerin ortaya çıkması, -Eş ve aile desteğinin olmaması, -Evdeki kardeşlerin bebeği kıskanmaları ve zarar verme endişesinin olması, -Ebeveynlik rolü için yeterince gelişmiş/hazır olmaması	-Ebeveyn rolüne uyum sağlama	-İlgili risk faktörleri belirlenmesi ve kontrol altına alınması, -Sosyal destekleri harekete geçirmesi, -Aile bireylerinden destek alınmasının sağlanması

SORUN	NEDEN	AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ
Aile İçi Süreçlerde Değişim	-Postpartum dönem, -Ameliyattan sonra bireysel gereksinimlerin artması, -Ameliyattan sonra bebek gereksinimlerin ortaya çıkması, -Aile üyelerinin fiziksel ve duygusal gereksinimlerini karşılayamama, -Eş ve aile desteğinin olmaması	-Aile içi süreçlerde destekleyici yaklaşımın sağlanması	-İlgili risk faktörleri belirlenmesi ve kontrol altına alınması, -Sosyal destekleri harekete geçirmesi, -Aile bireylerinden destek alınmasının sağlanması
Ebeveyn Rol Çatışması	-Postpartum dönem, -Ameliyattan sonra bireysel gereksinimlerin artması, -Ameliyattan sonra bebek gereksinimlerin ortaya çıkması, -Eş ve aile desteğinin olmaması	-Ebeveyn rolüne uyum sağlanması	-İlgili risk faktörleri belirlenmesi ve kontrol altına alınması, -Sosyal destekleri harekete geçirmesi, -Aile bireylerinden destek alınmasının sağlanması

EK -IV



T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



90

Sayı : B-10-4-İSM-4-25-00-09 /773-02
Konu : Anket Çalışması

30954
/524

31 Aralık 2009

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)
ERZURUM

İlgi:24.12.2009 tarih ve 19975 sayılı yazınız

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora öğrencisi Serap Ejder APAY' ın "Sezeryan ile Doğum Yapan Lohusalara Roy'un Adaptasyon Modeli Kullanılarak Verilen Bakımın Doğum Sonrası Fonksiyonel Duruma Etkisi" konulu çalışmasını; gönüllülük esasına göre Müdürlüğümüze bağlı Nenehatun Kadın Doğum Hastanesinde yapması uygun görülmüştür. Bilgilerinize rica ederim.

Ahmet KARATEPE
Vali a.
Vali Yardımcısı

Annenin bebeğine en güzel hediyesi anne sütüdür. Yenidoğan bebeklerinizi ilk 6 ay sadece anne sütü ile besleyiniz

Erzurum Sağlık Müdürlüğü: Hastaneler Cad. 25200 / ERZURUM. Telefon (0442) 234 39 25 Faks: (0442) 234 39 18, Web sayfası:
www.erzurum.saglik.gov.tr

EK -V.



T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı



Sayı : B.10.4.ISM.4.25.00.34.158/29734

Konu : Etik Kurul Kararı.

17 Aralık 2009

Sayın: Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU
(Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

20.11.2009 tarihinde ilimiz Etik Kurulluna yapmış olduğunuz başvuru neticesi; ilimiz Etik Kurulunun 20.11.2009 tarihinde almış olduğu 15' nolu karar Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyesi Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU' nun "Sezeryan ile Doğum Yapan Loğusalara Roy'un Adaptasyon Modeli Kullanılarak Verilen Bakımın Doğum Sonrası Fonksiyonel Duruma Etkisi" başlıklı çalışması Etik Kurulumuz tarafından kabulüne karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. A. Metin GÖRGÜNER
Etik Kurul Başkanı

EKİ: Etik Kurul Kararı

Sağlıklı nesiller emzirilen bebeklerden oluşacaktır. Yenidoğan bebeklerinizi ilk 6 ay sadece anne sütü ile besleyiniz.

Erzurum Sağlık Müdürlüğü: Hastaneler Cad. 25200 / ERZURUM. Telefon : (0442) 234 39 25 Faks: (0442) 234 39 18, Web sayfası: www.erzurum.saglik.gov.tr

"2011. 3. 2/a " ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI OTURUM TARİHİ: 26.01.2011

2/a-Enstitümüz Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Serap EJDER APAY'ın tez konu başlığının değiştirilmesine ilişkin Anabilim dalı Başkanlığının 19.01.20011 tarih ve 14 sayılı yazısı görüşüldü.

Konunun Anabilim Dalı Başkanlığından geldiği şekli ile (**Sezeryan İle Doğum yapan Lohusalara Roy'un Modeline Göre Verilen Bakımın Değerlendirilmesi**) kabul edilmesine, kararın Anabilim Dalı Başkanlığına bildirilmesine mevcudun oy birliği ile

MÜDÜR
(İMZA)
Prof. Dr. İsmail CEYLAN

Müdür YRD
(İMZA)
Doç. Dr. Bányami ÜNAL

MÜDÜR YRD.
(İMZA)
Prof. Dr. Y.Ziya BAYINDIR

ÜYE
(İMZA)
Prof. Dr. Mustafa ATASEVER

ÜYE
(İMZA)
Doç. Dr. Ufuk ÖZGEN

ÜYE
(İMZA)
Doç. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI

Hilmi DİYARBAKIR
Enstitü Sek.

