



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SEZARYEN OLAN LOHUSALARA VERİLEN EĞİTİMİN
DOĞUM SONU YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

NİLAY ŞENER

EBELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi FİLİZ OKUMUŞ

İSTANBUL - 2019

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Ebelik
Tez Sahibi : Nilay ŞENER
Tez Başlığı : Sezaryen Olan Lohusalara Verilen Eğitimin Doğum Sonu
Yaşam Kalitesine Etkisi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Haliç Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 26.07.2019

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Dr.Öğr.Üyesi Filiz OKUMUŞ

Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

İmza

Sınav Jüri Üyeleri

Dr.Öğr.Üyesi Özcan AYGÜN

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Dr.Öğr.Üyesi Pınar IRMAK VURAL İstanbul Medipol Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun 08/08/2019 tarih ve 2019/25 - 03 sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü V.



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Nilay ŞENER



TEŞEKKÜR

Araştırmanın planlanmasında ve yürütülmesinde yönlendiren danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Filiz OKUMUŞ'a,

Araştırmanın istatistik aşamasında desteğini esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Özcan Aygün'e,

Bu stresli süreçte kıymetli arkadaşlarım Ebe Selin Gökalg ve Ebe Gonca Köse'ye tüm desteklerinden dolayı,

Bu zorlu süreçte maddi ve manevi desteğini esirgemeyen, yaşamım boyunca her zaman yanımda olan canım aileme teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTIMA VE SİMGELER LİSTESİ	vi
TABLolar LİSTESİ	vii
1.ÖZET	1
2.ABSTRACT	2
3.GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4.GENEL BİLGİLER	6
4.1.Postpartum Dönem	6
4.2.Postpartum Dönemdeki Fizyolojik Değişiklikler	6
4.2.1.Uterus involüsyonu	6
4.2.2.Plasantanın implantasyon alanındaki değişiklikler	7
4.2.3.Serviks, vajen, pelvik kas duvarındaki değişiklikler	7
4.2.4.Üriner sistem	8
4.2.5. Sıvı dengesi ve elektrolitler	8
4.2.6.Laktasyon fizyolojisi.....	8
4.3.Postpartum Bakım ve Eğitim	9
4.4. Yaşam Kalitesi	30
4.4.1. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi.....	32
4.4.2. Doğum sonu yaşam kalitesi.....	33
5.METOD VE MATERYAL	35
5.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi	35
5.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	35
5.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	35
5.4.Örneklem Seçim Kriterleri.....	35
5.5. Veri Toplama Araçları	36
5.5.1.Tanımlayıcı bilgi formu	36
5.5.2.Doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği	37

5.6. Eğitim Programı	37
5.7. Veri Toplama.....	38
5.7.1. Çalışma Akış Diyagramı	40
5.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	41
5.9. Araştırmanın Hipotezleri	41
5.10. Verilerin Değerlendirilmesi	42
5.11. Araştırmanın Etik İlkeleri	43
5.12. Araştırmanın Sınırlılıkları	43
6. BULGULAR	44
6.1. Araştırmaya Katılan Grupların Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulgular	45
6.2. Araştırmaya katılan kadınların DSYKÖ puan ortalamalarının grup içi karşılaştırmasına ait bulgular	50
6.3. Araştırmaya katılan kadınların DSYKÖ ön test ve son test puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılmasına ait bulgular	58
7. TARTIŞMA.....	66
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	71
9. KAYNAKÇA	73
10. EKLER.....	84
11. ETİK KURUL ONAYI.....	108
12. ÖZGEÇMİŞ.....	111

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
DSYKÖ	:Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği
MAPP-QOL	:Maternal Postpartum Quality Of Life
SPSS	:Statistical Package for Social Sciences for Windows
SS	:Standart sapma
TNSA	:Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
ACOG	:American Collage of Obstetrics and Gynecology
AAP	:American Academy of Pediatrics
SSVD	:Sezaryen Sonrası Vaginal Doğum
C/S	:Sezaryen
RCOG	:Royal College of Obstetricians andGynaecologists
AAFP	:American Academy of Family Physicians
KKMM	Kendi Kendine Meme Muayenesi
AP	:Aile Planlaması
GBP	:Genişletilmiş Bağışıklama Programı
ASM.....	Aile Sağlığı Merkezi

TABLolar LİSTESİ

Tablo 5.10.1. Araştırmanın Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler.....	42
Tablo 6.1.1. Araştırmaya Katılan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması.....	45
Tablo 6.1.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Gebelik Öyküsü Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması.....	47
Tablo 6.1.3. Araştırmaya Katılan Kadınların Son Gebeliğe Ait Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması.....	48
Tablo 6.2.1. Araştırmaya Katılan Kadınların DSYKÖ'ne Ait Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması	50
Tablo 6.2.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin DSYKÖ'ne Ait Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması	51
Tablo 6.2.3. Araştırmaya Katılan Kadınların Gebelik Öyküsü Özelliklerinin DSYKÖ'ne Ait Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması	54
Tablo 6.2.4. Araştırmaya Katılan Kadınların Son Gebeliğe Ait Özelliklerinin DSYKÖ'ne Ait Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması.....	56
Tablo 6.3.1. Araştırmaya Katılan Kadınların DSYKÖ Ön-test ve Son-test Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması.....	58
Tablo 6.3.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin DSYKÖ'ne Ait Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması	59
Tablo 6.3.3. Araştırmaya Katılan Kadınların Gebelik Öyküsü Özelliklerinin DSYKÖ'ne Ait Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması	62

Tablo 6.3.4. Araştırmaya Katılan Kadınların Son Gebeliğe Ait Özelliklerinin DSYKÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması64



1. ÖZET

SEZARYEN OLAN LOHUSALARA VERİLEN EĞİTİMİN DOĞUM SONU YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Araştırma, sezaryen olan annelere ev ziyareti yoluyla verilen eğitimin doğum sonu yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Ön test son test kontrol gruplu yarı deneysel bir çalışma araştırmadır. Araştırmanın verileri Aralık- Şubat 2019 tarihleri arasında, İstanbul Bahçelievler Erzurumlu İbrahim Hakkı Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı doğum sonrası 1-6 haftasındaki sezaryen olan kadınlardan toplanmıştır. Örneklem büyüklüğü belirlemede G*Power 3.1.5 Programı kullanılmış ve 30 deney 30 kontrol grubu olmak üzere 60 lohusa dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında Tanımlayıcı Bilgi Formu ve Pamela Hill tarafından geliştirilen Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Deney grubundaki lohusalar, ev ziyareti yoluyla birebir eğitim almış, kontrol grubundaki kadınlara ise rutin izlemler sırasında yer alan doğum sonu bilgilendirme yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, ki-kare, Mann-Whitney U test ve t testi kullanılmıştır. Deney grubundaki lohusalarda ön testte DSYKÖ toplam puan ortalaması 18.11 ± 1.19 , son testte 19.27 ± 0.90 olduğu tespit edilmiş ve puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede önemli bulunmuştur ($p < 0.001$). Kontrol grubundaki lohusalarda ise DSYKÖ toplam puan ortalaması ön testte 17.24 ± 1.24 , son testte 17.93 ± 1.09 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p = 0.001$). Sezaryen olan kadınlarda doğum sonu dönemde verilen eğitimin doğum sonu yaşam kalitesini artırdığı ortaya çıkmıştır.

Anahtar kelimeler: Postpartum dönem, Yaşam kalitesi, Postpartum eğitim

2. ABSTRACT

THE EFFECT OF EDUCATION PROVIDED TO POSTPARTUM WOMEN WHO UNDERWENT A CESAREAN SECTION ON THEIR QUALITY OF LIFE

This study aimed to determine the effect of education provided through home visits to mothers who had undergone a cesarean section on their postpartum quality of life. This quasi-experimental study carried out pre- and post-tests on experimental and control groups. The study data were collected between December 2018 and February 2019 from women registered at the Erzurumlu İbrahim Hakkı Family Health Center in Bahçelievler, Istanbul who had recently undergone a cesarean section and were currently in their 1st-6th week after birth. The sample size was determined using the G*Power 3.1.5 program. Sixty postpartum women were included in the study (30 in the experimental group and 30 in the control group). The data were collected using an Introductory Information Form and the Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire (MAPP-QOL) developed by Pamela Hill. The postpartum women in the experimental group received education through home visits while the women in the control group only received the postpartum information which is included in routine follow-ups. The data were analyzed with mean, chi-square, Mann Whitney U test and *t*-test. The total MAPP-QOL mean score of the experimental group at pre-test was 18.11 ± 1.19 and was 19.27 ± 0.90 at post-test. The difference between the mean scores were statistically significant and at a high level ($p < 0.001$). The total MAPP-QOL mean score of the control group at pre-test was 17.24 ± 1.24 and was 17.93 ± 1.09 at post-test. The difference between the mean scores was statistically significant ($p = 0.001$). The study found that postpartum education provided to women who had undergone a cesarean section increased their postpartum quality of life.

Keywords: Postpartum period, Quality of life, Postpartum education

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada anne ve bebek sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi sağlıklı bir toplum oluşturulmasındaki en önemli etkidir. Birçok kadın için gebelik ve doğum komplikasyonsuz olarak gerçekleşen doğal bir süreçtir. Bunun yanı sıra gebelik, doğum ve postpartum periyodları normal süreçte geçse bile kadın bedenindeki değişiklikler maternal ve fonksiyonel sağlığı etkileyebilir (1, 2). Wang et al (2013)'nın Çinli kadınlarda yapılan çalışmasında gebelik ve doğum sonu fiziksel sağlık durumunun gebelik dönemine göre postpartum dönemde arttığı, mental sağlığın gebelik ve sonrasında değişmediği, sosyal sağlık oranlarının gebelik boyunca ve lohusalıkta arttığı saptanmıştır (3). Annenin yaşam kalitesi ve sağlığı, bebeklerin gelişimi ve sağlığını etkileyen en önemli unsurlardan biridir.

Postpartum dönem ilk altı haftalık olan dönemde, çeşitli fiziksel ve psiko-sosyal değişikliklerin yaşandığı ve annede meydana gelen gerileyici (retrogressive) ve ilerleyici (progresive) değişikliklerle karakterize bir dönemdir. Postpartum ilk bir hafta özellikle fizyolojik ve psikolojik açıdan bir geçiş dönemidir (4). Lohusalık dönemine uyumun sağlıklı ve başarılı olması, sağlık personelinin anne, bebek ve aileye vereceği fiziksel bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerine bağlıdır (5, 6).

Ülkemizdeki doğum sonrası bakım oranı %94'dür bu oran prenatal bakım oranlarına göre daha düşüktür (7). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2016 yılı verilerine göre, her gün yaklaşık olarak 830 kadın gebelik ve doğum ile ilgili önlenemez nedenlerden dolayı hayatını kaybederken, tüm anne ölümlerinin %99'u gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir (8, 9). Anne ölümlerinin büyük oranda lohusalık sürecinde görülmesi açısından bu dönemde verilen bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin önemi göz ardı edilemeyecek kadar büyüktür.

Postpartum bakım her kadının bireysel ihtiyaçlarına göre planlanmalıdır. Doğum sonrası anneler, yaşam kalitelerini, sağlıklarını ve çocuklarının sağlığını etkileyebilecek bazı fiziksel sağlık problemleri yaşarlar. Gebelik, doğum ve puerperium sürecinin bir sonucu olarak ortaya çıkan rahatsızlıklar sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (3, 10). Postpartum dönemde, anemi gibi fiziksel sağlık riskler, enfeksiyon veya yara iyileşmesi ile ilgili komplikasyonlar,

doğum sonrası dönemde çeşitli derecelerde morbiditeye neden olabilecek anksiyete, depresyon, yorgunluk veya stres gibi psikolojik riskler oluşabilir (10, 11). Sezaryen sonrası dönemde en sık karşılaşılan sorunlar ağrı, gaz problemleri, kanama, emzirme ile ilgili sorunlar, öksürük ve hareket kısıtlaması olarak belirlenmiştir (12, 13, 14). Killien et al. (2001) çalışmasında, postpartum dönemde birçok kadında yorgunluk, baş ağrısı, göğüs ağrısı, sırt ağrısı, eklem ağrıları, titreme veya terleme, iştahsızlık, bulantı, anksiyete ve depresyon gibi semptomlar görülmüştür (15). Mousavi et al. (2013) çalışmalarında, postpartum dönemdeki morbiditeler incelenmiş ve meme enfeksiyonu, meme ucu çatlakları, ağrılı meme, yorgunluk, gerginlik ve cinsel istekte azalma gözlenmiştir (16). Doğum şekillerine göre yaşam kalitesinin belirlenmesi ile ilgili çalışmalarda sezaryende, doğum sonrası fiziksel ve psikolojik sağlık sonuçlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (17, 18, 19). Yapılan araştırmalar sonucunda, doğum şekli ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında sezaryen sonra yaşam kalitesinin azaldığı görülmektedir.

Yaşam kalitesi kavramı karmaşık ve öznedir (20). Son beş yılda yaşam kalitesi kavramı, özellikle sağlık alanında araştırmacılar tarafından giderek daha fazla kullanılmaya başlanmıştır. Bununla birlikte, tanımı, boyutları ve nasıl ölçüleceği ile ilgili ortak bir anlayış yoktur (21, 22). Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) tanımlarından biri, “bireyin yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri ile ilgili olarak yaşamlarını algılaması” olarak tanımlamaktadır” (23).

Yaşam kalitesini etkileyecek sosyal, duygusal ve fiziksel değişikliklerin yaşandığı postpartum dönem kadın ve bebek sağlığı açısından önemli bir süreçtir. Kaliteli bir doğum sonu dönem, anne-bebek etkileşimi, emzirme, bebek beslenmesi, bebek bakımı ve annenin psiko-sosyal durumu açısından oldukça önemlidir (24). Postpartum döneme yönelik olarak, annelerin hem kendi bakımı, hem de bebek bakımı ile ilgili ortak kaygıları ve öğrenme gereksinimleri fazladır. Doğum sonrası kadınlar, bebek sahibi olmanın yaşamlarının çok çeşitli ve farklı alanlarını etkilediğini düşünmektedir (25). Bu bağlamda doğum sonrası yaşam kalitesini etkileyebilecek faktörlerin belirlenmesi, annelerin bireysel ihtiyaçlarına göre bakım planlanması, doğum sonrası döneme uyumu optimize edecektir.

Postpartum dönemde göz ardı edilen fiziksel, psikososyal bakım ve eğitim yetersizliği; doğum sonrası komplikasyonların ve yaşam boyu sürebilen jinekolojik sorunların oluşmasına, psiko-sosyal problemlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Postpartum dönemde verilecek eğitimler sonucunda sosyal desteğın sağlanması, anne ve bebek ilişkisinin güçlenmesi ve postpartum depresyon riskinin azalmasını sağlayacak dolayısıyla yaşam kalitesi artacaktır (26, 27). Ülkemizde yapılan bir çalışmada primipar annelere verilen eğitimin annelerin özgüven düzeylerini arttığı saptanmıştır (28). Postpartum yaşam kalitesini, kadınların doğum sonrası desteklenmesi ve doğum sonrası yaşam kalitesi ile ilgili olan önemli faktörler hakkında daha fazla bilgi sahibi olmakla arttırılabilir.

Bu nedenle postpartum dönemde annenin yaşam kalitesini pozitif etkileyecek çalışmalara gereksinim bulunmaktadır. Yapılan bu çalışmalar, doğum sonu verilen eğitim ve danışmanlığın yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi anne ve bebek sağlığının gelişmesini sağlayacaktır. Bu çalışmanın amacı, sezaryen olmuş kadınlara birinci basamak sağlık kurumu temelli ve ebeler tarafından verilen postpartum eğitim programının kadınların doğum sonu yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemektir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Postpartum Dönem

Postpartum dönem, doğum sonrası plasentanın çıkışından 6-8 haftalık, doğum ile tam fizyolojik involüsyon ve psikolojik düzelme arasındaki dönemdir. Bu dönemde kadınların hayatlarında birçok değişiklik gerçekleşir. Doğumdan sonraki bu dönem gebelikte oluşan fizyolojik ve anatomik değişikliklerin tersine değiştiği, vücudun normal gebe olmayan duruma geri döndüğü dönemdir. Postpartum dönem ikiye ayrılır. Birincisi doğum sonrası ilk 24 saati içeren erken postpartum dönemdir. Erken dönem, akut anestezi sonrası ya da doğum sonrası komplikasyonların olabildiği dönemdir. Erken postpartum dönem doğum sonrası birinci haftaya kadar uzanır. Geç postpartum dönem ise, adet kanamalarının başladığı ve genital organların involüsyonunun olması gereken zamanı kapsayan genellikle emzirmeyen kadınlarda 6 hafta kadar süren dönemdir. Bununla birlikte, kardiovasküler ve fizyolojik fonksiyonların geri dönmesi ise ayları bulur (29, 30).

4.2. Postpartum Dönemdeki Fizyolojik Değişiklikler

4.2.1. Uterus involüsyonu

Uterus gebelik boyunca ağırlık ve boyut olarak belirgin olarak büyür. Yaklaşık olarak büyük, sert ve greyfurt büyüklüğünde bir organ olup 1000 gram ağırlığındadır. Ancak doğumdan hemen sonra involüsyona uğrayarak gebelik öncesi ağırlığı olan 50-100 gramdan arasına iner. Uterus doğumdan sonra karında umlikus seviyesinin hemen altında elle hissedilebilecek kadar sert ve büyüktür. Postpartum ilk 12 saat boyunca uterin kasılmalar düzenli, kuvvetli ve koordine. Kontraksiyonların şiddeti, sıklığı ve düzenli involüsyona bağlı değişikliklerin başlamasıyla postpartum birinci günden sonra azalmaya başlar. Bu kasılmalar uterusun küçülmesine yardımcı olur ve aşırı kanamayı önler. Bir hafta içinde uterus küçülerek eski durumuna geri döner ve karından elle hissedilemez (30).

Myometrium kasılmaları uterus involüsyonuna yardımcı olur. Bu kasılmalar lohusalık döneminin ilk 2-3 günü boyunca olur ve multiparlarda primiparlara göre daha fazla rahatsızlık verir. Bu ağrılar posterior pitüiter bezden oksitosin salgılamasına bağlı olarak emzirme sırasında artar. Postpartum ilk 12 saat boyunca uterin kasılmalar düzenli,

kuvvetli ve koordinelidir. Uterus involüsyonu, 6 hafta içinde hemen hemen tamamlanır (30).

4.2.2. Plasentanın implantasyon alanındaki değişiklikler

Plasenta çıkışından sonra, plasenta alanı kasılarak, gerçek plasenta alanının yarısından daha küçük boyuta iner. Bu kasılma ile birlikte arterlerin düz kaslarının kasılması hemostazı sağlar. Endometrium genişleyerek ve derine doğru büyümesi ve desidua bazalisin içindeki stroma ve bezlerden endometrial rejenerasyonun olması involüsyonu sağlar. Altıncı haftaya kadar plasentanın bulunduğu alanda endometriumun yenilenmesi tamamlanmaz. Plasenta alanındaki subinvolüsyon problemi, plasentanın bulunduğu alandaki damarların tamamen tıkanmasının gerçekleşmemesi sonucu ortaya çıkar. Bu durumdaki hastada devam eden loşi vardır ve ani kanama atakları gelişebilir (30).

Normal postpartum akıntı; desidua, doku parçaları ve kan içeren loşi rubradır. Akıntı miktarı hızlı azalır ve 3-4 gün sonra kırmızı- kahve rengine dönüşür. Loşi mukopurulan ve kokulu olduğunda loşi seroza adını alır. Postpartum 2-3 haftada loşi kalın, mukoid ve sarı beyaz renklidir ve dejenere desidua hücrelerle lökositleri içerir. Postpartum 5-6. haftada iyileşme tamamlanır ve loşi akıntıları durur (29, 31).

4.2.3. Serviks, vajen, pelvik kas duvarındaki değişiklikler

Serviks lohusalık boyunca gittikçe kapanır, birinci haftanın sonunda açıklık 1 cm'den hafif fazladır. Eksternal os transvers çizgi şeklindedir. Bu şekliyle vaginal doğum yapmış kadın, nullipar ya da sezaryenle doğum yapmış kadından ayrılır. Tamamen iyileşme ve epitelizasyonun tekrar oluşması doğumdan 6-12 hafta sonra olur. Stroma ödemi, yuvarlak hücre infiltrasyonları ve endoservikal glandular hiperplazi doğum sonu üçüncü aya kadar devam edebilir. Servikal yırtıkların çoğu komplike olmayan hastada iyileşir, ancak serviksin devamlılığı tam düzelmeyebilir ve yırtılan alan skarlı kalabilir (30).

Doğumdan iki hafta sonra, fallop tüpleri epitelin atrofisi ile belirgin hipoöstrojenik bir durum gösterir. Ovulasyon en erken doğumdan 27 gün sonra olmakla beraber ortalama süresi emzirmeyen kadında 70-75 gün, emziren kadında 6 ay sonradır. Emziren kadında, anovulasyon süresi, emzirme sıklığına, her emzirmenin süresine ve ek

beslenme oranına bağlıdır. Menstruasyon, emzirmeyen annelerin % 70'inde 7 hafta, tümünde ise 12 hafta geçer geçmez başlar. Emzirenlerin % 70'inde ise 36 aya kadar menstruasyon geri dönmeyebilir (30).

Postpartum dönemde, pelvik tabanın istemli kasları ve pelvik destek, tonüsü tekrar kazanır. Doğum sırasında, fasya ve kasların yırtılması veya aşırı gerilmesi, genital fıtıklara yol açabilir. Karın kaslarının involüsyonu, 6-7 hafta alır ve bu nedenle ağır egzersiz bu haftaya kadar yapılmamalıdır (29, 30).

4.2.4. Üriner sistem

Postpartum dönemde, travaya ve doğuma bağlı olarak mesane mukozası ödemlidir ve kapasitesi artmıştır. Mesanenin fazla gerilmesi ile tam boşalmaması ve rezidü idrar kalması sık görülen problemlerdir. Azalmış postpartum mesane fonksiyonu bebek ağırlığı ve epizyotomi ile ilgili görülmemekle birlikte, epidural anestezi ve uzamış doğum, geçici mesane disfonksiyonuna sebep olabilir. Doğumdan 1-2 gün sonra yaklaşık % 50 hastada hafif proteinüri olabilir (29, 30).

4.2.5. Sıvı dengesi ve elektrolitler

Postpartum dönemde ve sonraki 6 ayda da gebelikte biriken elektrolit ve sıvıların atılımı sonucu 4 kg daha kaybedilir. Yaygın inanışın aksine emzirmenin kilo kaybıda minimal etkisi vardır. Lohusalıktaki su ve tuz kaybı preeklamsi – eklamsi hastalarında daha fazladır (30).

4.2.6. Laktasyon fizyolojisi

Gebelik ve erken lohusalıkta, ekzoktin bezler olan meme bezleri anatomik ve fizyolojik değişikliğe uğrar. Görevleri, bebeğin beslenmesini ve anneden bebeğe antikor geçişini sağlamaktır. Gebeliğin ilk trimestır boyunca alveol epitel hücreleri çoğalır, yeni kanallar oluşur ve memenin lobüler yapısı ortaya çıkar. Gebeliğin ilerleyen zamanlarında, proliferasyon azalır ve epitel sekretuar aktivitesi için değişiklikler gösterir. Gebeliğin sonunda her bir meme yaklaşık 400 gr ağırlığındadır. Memelerin büyümeleri, kan damarlarının, bağ dokusunun, miyoepitel hücrelerinin hipertrofisi ve yağ depolanması ile su ve elektrolit birikimi nedeniyledir (29, 30). Laktasyon üç evreye ayrılır;

1: Meme gelişimi ve büyümesi

2: Laktogenez ya da süt salgılanmasının başlaması

3: Galaktopoez yani süt salınımının devam etmesidir

Prolaktin süt üretimi için gerekli olan hormondur. Ancak laktogenez için düşük östrojenik ortam gerekir. Gebelik ilerledikçe prolaktin seviye gittikçe yükselirken, plasental seks steroidleri glandular epitelyumda prolaktinin uyardığı sekretuar aktiviteyi bloke eder. Laktasyon, plazma östrojen, progesteron ve insan plasental laktojen seviyeleri doğumdan sonra düşmedikçe laktasyon başlamaz. Sütün devamlı gelmesi için periyodik olarak emzirmek ve duktus ve alveollerin boşaltılması gerekmektedir. Emzirme ile meme başı uyarılması, nörohipofizden refleks oksitosin salınımını uyarır. Bebeğin emzirilmesi, bebeğin ağlamsı, gebelikte pozitif duygular, emzirme isteği, süt gelişini artırır. Süt gelmeden önce, emzirme beklentisi oksitosin salınımına yeterlidir. Fakat emme olmadan prolaktin yeterli salınamaz. Tersine ağrı, stres, korku, anksiyete, güvensizlik gibi negatif duygular süt gelişini engelleyebilir. Oksitosin değerleri orgazm sırasında artabilir, seksüel uyarı süt ejeksiyonunu tetikleyebilir (29, 30, 31).

4.3. Postpartum Bakım ve Eğitim

Annede meydana gelen gerileyici (retrogressive) ve ilerleyici (progressive) değişikliklerle karakterize bir dönemdir. Bu süreçte anneler, çeşitli fiziksel ve psiko-sosyal değişiklikler yaşamaktadırlar (32).

Postpartum dönemde annelerin birçok sağlık sorunları yaşamasına rağmen kadınların çok azının sağlık kurumlarına başvurduğu belirlenmiştir (7). Mevcut çalışmalar, Postpartum dönemde en yaygın sağlık sorunlarının yorgunluk, uyku bozuklukları, meme sorunları, konstipasyon ve yeterli destek göremedikleri belirlenmiştir (26). Bulut ve ark (2016) tarafından yapılan çalışmada doğum sonu sürece hakkında bilgi sahibi olmayan kadınlara öncelikli olarak sağlık eğitimi verilmesi gerektiği belirlenmiştir (33).

Postpartum dönem boyunca anneler hem kendi öz bakımları hem de yenidoğanın bakımı ile ilgili birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır (5, 34). Özellikle kanama, puerperal enfeksiyon, tromboemboli, meme sorunları, emzirme problemleri, kabızlık,

anneliğe adaptasyon ve sosyal destek eksikliği gibi sorunlar yaşanmaktadır (6, 11, 26). Yapılan bir çalışmada, sezaryenin doğum sonu dönemde anneliği uyumu etkilediği, sezaryen ile doğum yapanlar daha fazla fiziksel ve psiko-sosyal sorunlar yaşamaktadır (35). Postpartum sürecin sağlıklı ve uyumlu geçmesi bu konularda her annenin bireysel ihtiyaçlara göre desteklenmesi ve eğitilmesi gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (2016) anne-bebek ölümlerinin azaltılması adına üreme sağlığı, antenatal, perinatal ve çocuk sağlığı hizmetlerine ulaşılabilirliğin artırılması gerektiği önermiştir (8). Anne ve bebeği sağlıklı bir şekilde taburculuğunun sağlanması ve devamında tüm doğum sonrası döneminde devam etmesini sağlamak doğum sonu bakımının amacı olmalıdır.

Doğum sonu beslenme

Analjezi ve anestezinin etkisi bitmesiyle diyeteye izin verilmelidir. Protein, meyve, sebze, süt ürünler ve yüksek sıvı alımı özellikle emzirme adına önem verilmelidir. Sezaryen doğum sonrası, katı gıdalarla erken beslenmesi ve operasyon sonrası ne yiyeceğine kendinin karar vermesi hakkında fikir birliği yoktur. Annede bağırsak hareketleri ve gaz çıkışı başlayınca önce yumuşak gıdalara geçilir, 2-3 gün sonra normal beslenmeye geçebilir. Doğum spinal anestezisi ile olduysa hemen ağızdan besin alınabilir. Ayrıca spinal anestezisi sonrası baş ağrılarını önlemek için bol sıvı alınması önerilir (30).

Doğum sonrası boşaltım

Çoğu kadın travayda mesanesini boşaltır veya doğum sırasında kateterize edilir. Buna rağmen doğum mesaneyi travmatize edebilir ve normal idrar yapmayı zorlaştırabilir. Bazı olgularda spinal anestezisi ile ilgili olabilir. Belirgin poliuri postpartum ilk birkaç gün sıktır. Doğumdan sonra ilk 6-8 saat içinde ve daha sonra da her 3-4 saatte bir idrar yapılmalıdır (30).

Loşi takibi ve perine bakımı

Loşanın renk ve miktarındaki değişiklikler involüsyon süreci değerlendirilmesi bakımından önemlidir. Total loşia miktarı 150-400cc'dir. Multiparlarda primiparlara göre daha fazladır. Loşia ilk 8 saatten sonra normal menstruasyon akıntısı gibidir (29, 30).

Normal postpartum akıntı; desidua, doku parçaları ve kan içeren loşia rubradır. Loşia rubra: 1-4gün sürer. Koyu kırmızı renktedir. Kan içeriği fazladır. Loşia seroza: 4-10gün sürer. Pembe ve seröz renktedir. Loşia alba: 10-14 günden sonra sarı renkte ve 6 hafta kadar sürer (29).

Loşia fazla miktarda, parlar kırmızı renkte, pis kokulu ve büyük doku parçaları açısında gözlemlenmelidir. Kanama süreci rubradan serozaya, serozadan albaya dönecek şekilde olmalıdır. Kadınlara enfeksiyonun önlenmesi de bazı önerilerde bulunulması gerekmektedir. Perine temizliğe özen gösterilmesi, temiz ve kuru tutulması hakkında bilgi verilmelidir (29).

Doğum sonrası karın ağrısı

Doğumdan sonra uterus kasılmaları karın ağrısına neden olabilir. Ancak emzirme sırasında hipofizden salgılanan oksitosin, miyometriyumun kontraksiyonlarını uyararak ağrıya neden olurken sonucunda uterus küçülerek eski haline dönmeye başlar. Karın ağrısı genellikle iki günden sonra azalır. Ağrıyı hafifletmek için hekimin önerdiği ağrı kesiciler kullanılabilir gibi prone pozisyonu ağrının azalmasına yardımcı olur (29).

Postpartum annelik hüznü

Postpartum dönem annenin ruh sağlığı bakımından oldukça önemli ve göz ardı edilmemesi gereken bir süreçtir. Doğum sonrasında annelik hüznü, doğum sonrası depresyon ve doğum sonrası psikoz şeklinde sıralanmaktadır (36).

Annelik hüznü doğum sonu 4. ya da 5. günlerde pik yapan ve genellikle tedavi edilmeksizin 10 gün içerisinde kendiliğinden geçen duygusal değişikliklerdir. Annelerin birçoğunun yaşadığı bir durumdur. Üzüntü, duygusallık, dalgalanma, kaygı, irritabilite, ağlama, eleştiriye aşırı duyarlılık, uyku bozuklukları, hassasiyetin artması ve tükenmişlik gibi belirtiler gözlemlenir. Ancak bu durum kadınların yaşamını ve bebek yaşantısını etkilemez (37).

Çoğunlukla ilk doğumu olanlarda görülmektedir. 10-14 günden uzun sürdüğünde doğum sonrası depresyon gelişme olasılığı nedeniyle bir uzmana başvurulması gereklidir. Bu sorunları önlemek için anneler duygularını eşleri veya diğer yakınları ile paylaşmalı, gerektiğinde yardım istemekten çekinmemelidir. Çevredeki kişilerin

olumlu yaklaşımı da çok önemlidir. Annelik rolüne ilişkin yeterlilik duygusunu artırarak destek verilmesi, anne ve çocuğun birbirlerinden ayrılmaması da oldukça önemlidir (36, 37).

Dikişlerin bakımı

Sezaryende, insizyon bölgesi temiz ve kuru tutulmalıdır. Taburcu olurken yara yerine pansuman yapılıp şeffaf, su geçirmeyen bir bant yapıştırılır. Üç gün sonunda bu bant çıkartılıp atılabilir. Dikişler cilt altında kalmaktadır, alınmasına gerek yoktur. Dikiş yerlerinizdeki sertlik ve çekilme duyguları yaklaşık 3 ay içinde, hissizlik 6 ay içinde geçecektir. İnsizyon bölgesinde aşırı ağrı, akıntı, şişlik ve kızarıklık olması enfeksiyon belirtisidir (34).

Banyo

Ameliyatınızdan 3 gün sonra ayakta duş şeklinde banyo yapabilir. Lohusa olanak varsa her gün ayakta ılık duş almalıdır. Taburcu olmadan önce sezaryen dikişinin üzerindeki pansuman çıkarılır yeya yara yerine şeffaf bant yapıştırılarak eve gönderilir. Eve gittikten sonra ayakta duş şeklinde banyo yapılabilir. Banyo sonrası şeffaf bant atılabilir. Banyo sonrası dikiş yerinin kuru ve temiz tutulması yeterlidir. Ameliyat bölgesinde akıntı, kızarıklık var ise, doktorunuza görünmeden önce banyo yapılmamalıdır (30, 34).

Memelerin bakımı

Memelerin yüzeyinde bulunan montgomery tüberküllerinden, meme başı ve areolayı koruyucu özellikte, antibakteryal yağlı kokulu bir maddenin salgılaması nedeniyle sadece temiz ve kuru tutulması yeterlidir (38).

Meme bakımından amaç göğüsleri desteklemek ve hijyen kurallarına uygun bakım vermektir. Memelerin temizliği için olanak varsa her sabah duş alınmalıdır. Hastanede doğumdan sonraki ilk emzirmelerden önce memeler kirliyse meme başı çevresi soğutulmuş suyla ıslatılmış temiz ve yumuşak bir bez ile silinebilir. Sonraki günlerde, anne sabah duş almışsa her emzirme öncesinde tekrar silmeye gerek yoktur. Ancak duş almadıysa sabah bir kez bedeninin üst kısmını ve memeleri silme banyo ile temizlemesi yeterlidir. Meme ucunun nemliliğini ve kayganlığını yok eden sabun türü temizleyicilerden kaçınılmalıdır. Emzirme süresince memeler, uygun ölçülerde,

pamuklu ve sıkı sütyen olmayan sütyen tercih edilmelidir. Meme ucundan sızan süt fazla ise küçük pedler ya da temiz ütülenmiş tülbent yerleştirilebilir (29, 37).

Postpartum dönemde uyku ve dinlenme

Doğumdan hemen sonra erken mobilizasyon faydalıdır. Erken mobilizasyon, uterus involüsyonunu hızlandırır, annenin kendini iyi hissetmesini sağlar, postpartum tromboflebit insidansını azaltır. Genel olarak anneler halsizlik ve bayılmadan şikâyet edebilir. Çoğu anne doğumdan sonraki geceler iyi uyuyamaz ve yeni doğanın bakımı için gününün büyük kısmını ayırmak zorundadır. Doğum sonrası yeterli uyku uyuyabilmek en büyük sorunlardadır. Doğumda fazla enerji harcama, doğum sonrası ağrılar, bebeğin beslenmesi ve bakımı nedeniyle ilk günlerinde anneler genellikle yorgun olur ancak dinlenme ve uykuya yeterince zaman ayıramaz. Doğumdan sonra anne birkaç saatlik dinlenme periyotları ile desteklenmelidir. Bu şekilde, annenin yeterli gevşemesi ve yeni sorumluluklara adapte olması sağlanır. Eğer uykuya zaman ayrılamazsa en azından uzanıp dinlenilmeli, gündüzleri bebek uyurken uyumalı, bebeğin uyku düzeni gündüzden daha çok geceye göre düzene sokulmalı, geceleri bebek uyandığında baba ya da diğer aile bireyleri dönüşümlü olarak bebeğe bakmalı, dinlenme esnasında ziyaretçiler kısıtlanmalı, ev işleri ve bebek bakımında anneye yardımcı olunmalıdır (37).

Postpartum dönemde cinsel yaşam

Altı haftalık lohusalık dönemi (40 gün) sonuna kadar cinsel ilişki ertelenmelidir. Normal gebelik öncesi cinselliğin tekrar yerine gelmesi, doğum sonrasına kadar gecikir. Bu süre sonunda eşler kendilerini rahat hissediyorsa cinsel ilişki başlayabilir. Kanamanın azaldığı ve perinenin rahatladığı dönemde, ilişkiye tekrar başlamak önerilir. Cinsel istek ve aktivite, kadınlar arasında büyük farklılık gösterir. Çoğu kadın, erken lohusalıkta cinsel isteğin az ya da hiç olmadığını ifade eder ve bunun halsizlikten, güçsüzlük, ilişkide ağrı hissetmesinde, rahatsız edici vajinal akıntısı olmasından veya ilişkide yaralanma korkusundan kaynaklandığına inandıklarını ifade eder. Yaklaşık %50 kadında, postpartum 2-3 hafta sonra cinsel isteğin geri döndüğü görülür. Minimal isteğe rağmen, çoğu kadın, doğumdan 6-8 hafta sonra cinsel ilişkiye tekrar başlar. Anne ve bebek sağlığı için en az 2 yıl gebelik kalınmamalıdır (39, 40).

Doğum sonu kullanılabilir kontraceptif yöntemlerle ilgili bilgilendirmeye antenatal dönemde başlanması ve doğum sonunda aile planlaması (AP) hakkında bilgilendirmenin tekrarlanması önerilmektedir (41).

Postpartum dönemde egzersiz

Doğumdan sonraki birkaç gün yeni doğmuş bir bebeğin heyecanı ve bütün isteklerini karşılamak yanında, anne kendini hassas ve aşırı yorgunluk hisseder. Gebelik ve doğum nedeniyle esneyerek tonüsünü kaybeden karın ve pelvik taban kaslarına eski tonüsünü kazandırmak, tromboflebiti önlemek ve annenin kendini iyi hissetmesini sağlamak amacıyla egzersizler yapılmalıdır. Egzersizler aşamalı olarak basitten karmaşığa ve giderek artan sayıda uygulanmalıdır. Egzersize yavaş ve özel bir dikkatle başlanmalıdır (29). Egzersiz yapmaya ısınmadan başlanmamalı, ağır hareketlerden kaçınılmalıdır. Düşük veya orta düzeyde aerobik egzersizler, plates, dans, yürüme, bisiklet binme, yüzme yapılabilir (42).

Pelvik taban kaslarını kuvvetlendirmek için kegel egzersizleri yapılabilir. Annenin idrarını tutuyormuş gibi yaparak perine ve vajinayı kılması ve sonrası gevşetmesidir. Oturur ya da yatar pozisyonda uygulanan egzersiz, günde birkaç kez ve her seferinde 50-100 kez tekrarlanır (29).

Konstipasyon

Gebeliğe bağlı bağırsak peristaltizminin yavaşlaması ile birlikte konstipasyon postpartum ilk hafta görülür (29). Progesteron seviyesinin düşmesine ek olarak hareketin azalması, beslenme düzenindeki değişiklikler, batın kaslarının gevşemesi, bağırsaklar üzerindeki basıncın azalması, barsak peristaltizminin yavaşlamasına sebep olur. . Doğumdan sonra ilk 3 gün defekasyona çıkıp çıkmadığı değerlendirilmeli, konstipasyon varsa, diyeti ve sıvı alımı gözden geçirilmelidir. Puerperal ateşin erken teşhis edilmesi de konstipasyonu engellemek için önemlidir. Posalı ve bol sulu diyet alması, defekasyonunu ertelememesi ve her gün belli zamanlarda defekasyon yapmaya çabalaması anneye anlatılmalıdır. Barsak fonksiyonları sezaryen sonrası 3-5. günler normale dönmesi beklenir (29, 43).

Lohusalıkta ateş

Doğumu takiben 24 saat içinde iki farklı zamanda en az 4 saat arayla ölçülen vücut ısısı 38C üzerinde olması postpartum ateş olarak tanımlanmaktadır. Doğumdan hemen sonra 38 derece civarında ateş normaldir ve birkaç saate düşer. Doğum sonrası 2 gün boyunca 38 derecede seyreden ateş normal değildir. Doğum yöntemlerine göre doğum sonu ateş ile ilgili bir çalışmada; sezaryen olanlarda ateş görülme oranı (%33,3) normal doğum yapan olgularda ateş görülme oranından (%11-16) anlamlı bulunmuştur (44). Ayırıcı tanısında meme konjesyonu, atelektazi, üriner yol enfeksiyonları ve endometriti içerir. Üriner yol enfeksiyonları postpartum dönemde meydana gelebilir ve ateşli hastada düşünülmelidir. Endometrit sezaryen sonrası normal doğuma göre 10 kat fazla görülür. Endometrit klinik olarak ateş, uterus hassasiyeti, rahatsızlık hissi ve kötü kokulu akıntı olarak ortaya çıkar (31).

Tromboembolizm

Gebelik sürecinde ve postpartum dönemde venöz tromboemboli riski 5-6 kat, derin ven trombozu sıklığı % 0.05-1.8 olup sezaryen ile doğum yapanlarda %2.2-3'e kadar artmaktadır (45). Gebe kadınlar, aynı yaştaki gebe olmayan kadınlarla karşılaştırıldığında, 1:1,000-1:2000 doğumda bir olan derin ven trombozu ve pulmoner emboliyi de kapsayan, venöz tromboemboli için 5 kat artmış risk altındadır. Tromboembolitik hastalık maternal ve fetal/ noenatal kötü sonuçlarla bağlantılıdır. Gebelikteki derin ven trombozu yaklaşık yarısı doğumdan önce yarısı doğumdan sonra oluşur. Geçmişte postpartum uzamış yatak istirahati gibi klinik uygulamalar postpartum dönemde tromboz oluşmasına sebep olur. Artan tromboz vakalarının sebebinin uzamış yatak istirahatine bağlı olduğu anlaşılmıştır (46).

Postpartum tromboflebiti önlemek için erken ambulasyon sağlanmalıdır. Mobilizasyon kadının genel durumu ve anestezinin tipine göre planlanmalıdır. Genel anestezi, epidural ya da spinal anestezi uygulanan kadınlar sekiz-on iki saat yatakta kalmaktadırlar. Sezaryen sonrası mobilizasyon sağlanana kadar pasif egzersizler mutlaka sağlanmalıdır (29, 46).

Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM)

Kendi kendine meme muayenesinde amaç, meme kanserinin erken dönemde tanı konulmasının sağlanmasıdır. Kadınlar memede oluşan olağan dışı kitle ve şekil değişikliklerini belirlemek ve meme- çevresini tanıyarak her ay düzenli olarak meme muayene yaparak tarama yapabilirler. Son derece kolay, basit ve ağrısız bir yöntem olmasıyla birlikte kanseri araştırmak amacıyla geliştirilmiş bir muayene şeklidir (47, 48, 49). Güner ve ark yaptığı çalışmada araştırmaya katılan kadınların %95'inin KKMM' den haber olduğu, %49'unun KKMM yapmasını bildiği, eğitim düzeyinin yükseldikçe de doğru şekilde KKMM yaptığı saptanmıştır (50). Meme kanseri taramalarında en etkin tarama yöntemi olarak kabul edilir. Tüm kadınlar gebelikte ve emzirme döneminde kendi kendine meme muayenesini yapmaya teşvik edilmelidir.

Kendi kendine meme muayenesi incelenmesi iki kısımdan oluşmaktadır; kontrol ve palpasyon yöntemidir. Kollar yan taraftayken, eller başın üstünde avuçları birbirine bastırırken ve eller basen üzerinde pektoralis kaslarını kasarken ayna karşısında incelenmelidir. Memelerin aşırı asimetrik durması, kitleler ve ciltte çukurluklar ve-veya çekmeler bu manevralar sayesinde daha belirgin olabilir. Sırt üstü pozisyonda her meme ters taraftaki ellerin parmak uçları ile incelenmelidir. Çeşitli yöntemler önerilmiştir. Ancak metodik palpasyondur. Birçok kadın meme anormalliklerinin banyo yaparken ya da duş alırken ve ıslakken daha kolay tespit edildiğini belirtmektedir (47, 51).

Anne sütü ve emzirme

Anne sütü, bebek için uygun büyüme ve gelişme için gerekli olan tüm sıvı, enerji ve besin öğelerini içeren, biyo-yararlılığı yüksek, sindirimi kolay doğal bir besindir. Anne sütünün ve emzirmenin; hem bebek, hem de anne için başta beslenme, sağlık, bağışıklık, gelişimsel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden çok sayıda yararları vardır (52). "Healthy People 2010" hedefleri arasında tüm annelerin %75'inin erken postpartum dönemde, %50'sinin 6 aya kadar, %25'inin 1 yaşına kadar bebeklerini emzirdiği sağlanmaktadır (31). Gülerslan Baş (2014) tarafından yapılan bir çalışmada emzirme danışmanlığı verilen annelerin bebeklerinin emme başarıları emzirme danışmanlığı verilmeyen annelerin bebeklerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (53).

Emzirmenin anne yönünden yararları; emzirme rahattır, ekonomiktir ve çoğu kadına duygusal tatmin sağlar. Postpartum dönemde uterus involüsyonunu hızlandırır, uterusun kasılmasına yardımcı olur ve böylece kan kaybını azaltır. Oksitosinle ilişkili strese karşı mücadele etme/etmeme cevabıyla annenin strese toleransını geliştirir. Ovulatuvar sikluslar gecikir. Yapılan epidomiyolojik çalışmalara göre emzirme ayrıca menapoz öncesi kanderlere ve over kanserine karşı koruyucu etki gösterir (30, 31).

Emzirmenin bebek yönünden yararları; anne sütü sindirimi kolay doğru sıcaklıkta ve zamanda, bakteri kontaminasyonu içermeyen ideal bir karışımdır. Doğumdan hemen sonra protein ve mineralden zengin, sonrasında su, yağ ve laktozdan zengindir. Anne sütü ishal, idrar yolu enfeksiyonu, pnömani, nekrotizan enterokolit, invasif bakteri enfeksiyonları ve ani yenidoğan ölümlerine karşı koruyucudur. Anne sütü ile beslenen bebeklerin insüline bağlı diyabet, crohn hastalığı, ülseratif kolit, lenfoma ve alerjik hastalıklarla ileriki hayatlarında karşılaşma riski, çocukluk ve bebeklik dönemlerinde obez olma riskleri azdır. Anne ve bebek bağlanmasını güçlendirir. Algılama ve zeka gelişimini iyi yönde etkiler (30, 31, 32, 54).

Süt üretimi prolaktin stimülasyonuna bağlıdır. Doğum sonrası plazma prolaktin seviyesi geç gebelik döneminden daha düşük bir seviyede olsa da her emzirmede prolaktin seviyesi yükselir. Erken postpartum döneminde yüksek prolaktin seviyelerinin devam devam etmesi, emzirme sıklığına, süresine ve gücüne bağlıdır. Anne sütünün arttığı dönem taburculuk sonrasıdır (32, 54).

Sık görülen emzirme problemleri

Süt akışının geç başlaması

Sezaryen olan annelerde ilk 2 gün süt akışı daha az olabilir. Ancak sık emzirme, annenin bebeği görmesi, yakınında bulundurması, onu düşünmesi ve huzurlu bir ortamda bulunması doğumdan sonra hormonal refleksiyle süt yapımını arttıran faktörlerdir. Bebeğin kilo kaybı yoksa kan şekeri düşmüyorsa ek bir gıdaya gerek yoktur (30, 55).

Memelerde dolgunluk

Laktasyon döneminin başında memelerde normalde beklenen venöz ve lenfatik dolgunluğun ve buna bağlı gelişen ödemin aşırı olması ile meme alveollerine ve kanallarına dolan sütün boşalamamasıdır. Primiparlarda multiparlara göre daha sıktır (1). Doğumdan sonraki ilk günlerde fazla süt yapımına bağlı olarak memelerde dolgunluk olabilir. Yeterince boşaltılmayan memelerde gerginlik, setleşme, düğümler ve kızarıklıklar gelişir anneye rahatsızlık veren bir durumdur. Belirtileri; memeler ağırlaşmış, sertleşmiş, cildi gergin ve parlak görülür; süt akışı vardır. Memelerde sıcaklık, ağrı, hassasiyet ve ödem görülebilir. Annenin vücut sıcaklığı normal sınırlardadır (30, 37, 55).

Kanal tıkanıklığı ve meme iltihabı

Memenin bir tarafında süt kalması kanalların tıkanmasına neden olur. Sütün birikmesi bazı sorunlara yol açabilir. Bunlar; özellikle meme iltihabı ve apsedir. Meme uçlarında çatlak ve yara oluşması da ayrıca enfeksiyon riskini arttırmaktadır. Doğru ve etkili emzirmeme, hatalı pozisyon, emzirme süresinin yetersizliği en önemli faktörlerdendir. Tıkalı memelerde tıkalı alanda kızarıklık, sertlik, ağrı, süt akışında azalma görülür (30, 55).

Meme ucunda çatak ve ağrı

Meme ucu hassasiyeti, ağrı ve meme ucu çatlaklıkları özellikle emzirmenin ilk haftalarında sık emmeye başladıktan sonra görülür. Süt gelmeye başlar başlamaz meme ucu duyarlılığı azalır. Eğer anne dokuları çok hassas ise, emzirme aralarında kuru ısı yaralı olabilir. Meme ucu çatlakları; hatalı emzirme pozisyonunda emzirme, memelerin karbonatlı su ile temizlenmesinde ve çok sık yıkanmasında artmaktadır. Meme ucu çatlakları çok ağrılı olabilir ve sütün normal gelişini bozabilir ve mastite kadar ilerleyebilir. Vitamin A ve vitamin D'li kremler sıvı bazlı olup emzirmek için silinmesi gerekmeyen lanolin etkili olabilir (37, 55).

Memeyi reddetme

Memeyi reddi şu gibi durumlarda görülebilir; baharatlı, gazlı yiyeceklerin yenmesi, annenin kullandığı ilaçlar, pamukçuk enfeksiyonu, kulak ağrısı, diş çıkarma, kolik ağrı, uzun süre biberon veya emzik kullanımı sayılabilir (31, 55).

Anne - bebek bağlanması

Bağlanma yenidoğanın güven duygusunun geliştiği ilk ilişki ile birlikte bebek ve ailesi arasındaki duygusal bağıdır (56). Tarihte ilk çalışma Bowlby tarafından kuşaktan kuşağa anlatılan bağlanma deneyimleri hakkında yapılmıştır. Doğum sonrası ilk üç yıl anne yoksunluğu yaşayan çocukların fiziksel ve ruhsal hastalık riskinde artış olduğunu saptanmıştır (57). Bağlanma davranışı; beslenme, cinsellik ve saldırganlığın yer aldığı davranış sistemi ile benzer bir süreçtir (56).

Bağlanma gebelik sürecinde başlayan doğum sonrasında devam eden bebeğin psikososyal gelişiminin sağlık olabilmesi için önemli bir süreçtir. Doğumdan sonraki ilk saatlerde ve günlerde bebekle bedensel temasın ilk bağlanmaya çok önemli katkısı olduğu bilinmektedir. Doğumdan sonra bağlanma oksitosin hormonunun salgılanması ile oluşur (56).

Sezaryen sonrası bağlanma açısından olumsuz koşullar yaratmaktadır. Sezaryen planı olabildiğince kasılmalar başladıktan sonra ve olabildiğince 39- 40. haftalar arasında planlanmalıdır. Yaşamın ilk zamanlarında kurulan bağlanmanın kişilerin ilişki biçimlerinin belirlenmesi adına etkisi çok önemlidir (58). Doğum sonrası dönemde güvenli bağlanmanın sağlanamaması fiziksel ve ruhsal yönden yaşamın sağlıklı bir biçimde sürdürülmesini engeller (59).

Araştırmalar emzirmeye zamanında başlama, anne ile bebeğin aynı odada kalması, kanguru bakımı, bebek masajı, yoga-meditasyon ve sosyal destek alma girişimlerinin anne-bebek bağlanmasında etkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca hastanede uzun süreli bakım ve tedavileri yapılan bebekler için anneleriyle sıklıkla temas içerisinde olmalarını sağlamak, emzirme dışında da anne ve bebeğin birlikte geçirebileceği zamanlar yaratabilmek bağlanma adına büyük öneme sahiptir (58).

Yenidoğan sadece bağlanma duygusuna hazır değildir ayrıca bir bağlanma arayışı içerisinde dünyaya gelir. Kendini güvende hissetmesi için ilk ilişkinin kurulması, çevreden olumlu uyaran alabilmek ve gelişiminin desteklenmesi yönündedir. Bebek doğduğunda en önemli özelliği koku alma yeteneğidir. Annenin kokusu bebeğin anne ile ilgili ilk farkındalığıdır. İlk hafta bebek annesinin kokusunu diğer annelerin kokusundan çok çabuk ayırt edebilir (56).

Lohusalık çalışma hakları

Anne sütünün bebekler için en ideal ve vazgeçilmez bir besin kaynağı olduğu tüm otoriterlerce tartışmasız kabul edilen bir gerçektir. Bu nedenle, dünya genelinde tüm hükümetler ve kanun koyucular, bebeğin bu gereksiniminin karşılaması için, bebek ile annenin sağlıklı gelişimini sağlayacak Emzirme İzni / Süt izni gibi yasal haklar vardır (60).

- Doğum öncesi ve doğum sonrası 8'er hafta, toplam 16 haftalık doğum izin hakları bulunmaktadır.
- Eğer çoğul doğum yapanlarda toplam izin hakkı 18 haftadır.
- Doktor raporu ile gebeliğin 37. haftasına kadar çalışabilir. Doğum öncesi kullanılmayan 5 haftalık izin doğum sonu döneme aktarılır.
- Erken doğum halinde doğum öncesi kullanılmayan doğum izin hakları doğum sonrasına aktarılır.

Yenidoğan Bakımı

Beslenme

Yenidoğan doğumdan sonra ilk yarım saat içinde emzirilmesi önemlidir. Ancak sezaryenden sonra bu gecikmiş olsa mümkün olan en kısa zamanda anne ile bebek ten tene teması sağlanıp emzirme başlatılmalıdır. Sezaryen olan anneler süt akışının artması için 2 saatte bir emzirmelidir. Tıbbi bir gerekçe olmadığı takdirde ilk altı ay anne sütü almalı, şekerli su, başka bir süt ve benzeri hiçbir şey verilmemelidir. Emzirme süresinde bir kısıtlama yapılmamalı, her istediğinde emzirilmelidir. Emzirme zorlukları nedeniyle emzik ya da biberon kullanılmamalı, gerekirse sağılan süt kaşıkla verilmelidir (5, 54).

Boşaltım

Bebeğin ilk idrarını 24 saat, ilk kakasını ise 48 saat içinde yapması gerekir. İlk kakası siyahtır, sonra sarı-yeşil geçiş kakası olur ve 3 günde normal rengine (altın sarısı) döner. Bebeğin kakası yaşına ve beslenmesine göre değişir. Anne sütüyle beslenen bebekler genellikle günde 8-10 defa püre kıvamında ve sarı renkli kaka yaparlar, 2-3.

aylarda bu sayı azalır. Ek gıdalara başlandığında ise rengi ve kıvamı değişir. Bebeklerin dışkılama sırasında zorlanmaları ve yüzlerinin kızarması normaldir (29).

Alt temizliği

Bebekler günde 4-6 defa idrar yaparlar. Ağrılı idrar yapmaları bir rahatsızlığı işareti olabilir. Bebeğin altı ıslak bırakılmamalı, sık değiştirilmeli, her altı açıldığında yıkanmalı ve kurulanmalıdır. Bebeğin alt temizliği her değişimde temiz ılık su ve kaka yapmışsa sabunlu su ile yapılmalı, gün içinde 10-15 dakika altı açık bırakılmalı, pudra ve alkollü ıslak mendil kullanılmamalıdır. Kız bebeklerin altı önden arkaya doğru silinerek veya yıkanarak temizlenmelidir. Erkek bebeklerin altı temizlenirken penisin ucundan başlanıp geriye doğru silinmeli, makat bölgesi ayrıca temizlenir. Sünnet derisinin zorla geri itilerek temizlenmeye çalışılması ödem ve şişliğe neden olabileceğinden sakıncalı olabilir. Bebeğin altı temizlendikten sonra doğal ve bitkisel bir yağ (zeytinyağı, badem yağı vb.) veya cildine uygun bir nemlendirici krem sürülebilir, ayrıca bebeğinizin altını yüksek bir yerde değiştirirken yalnız bırakmamalıdır (37, 61).

Göbek bakımı

Göbek kordonu fetüs ile plasenta arasında uzanan, iki arter bir ven bulunan bir yapıdır. Anne karnındaki gelişimi beşinci hafta itibariyle oluşmaya başlar ve bebeğin gelişimi süresince yaşam kaynağıdır. Doğum ile beraber kordon plasentadan ayrılmasından kısa bir süre sonra göbek kordonu koagülaz-negatif stafilokoklar ve difteroid basiller gibi patojen olmayan bakterilerle karşı karşıya gelir (62). Kolaylıkla omfalit ve sepsise ilerler; özellikle geri kalmış ülkelerde önemli ölçüde morbidite ve mortalite kaynağıdır. Göbek bakımıyla ilgili uygulamalar ülkeler arası farklılık göstermekle birlikte kordonun kuru tutulması çok önemlidir. Doğumdan sonra akıntı, kanama yönünden göbek kontrol edilmelidir (63).

Göbek kordonundaki nemin varlığı göbeğin kurumasını ve düşmesinin geciktirebilir. Hatta günümüzde artık bu sebepten dolayı göbek kordonunun kalan parçası düşene kadar banyo yaptırılmaması savunulmaktadır. Bunun yerine göbek çevresinin kuru kalmasını sağlayacak şekilde silme ya da bölgesel olarak yıkama işlemleri yapılabilir. Kordon tamamen iyileşene kadar her bebekte enfeksiyon riski mevcuttur. Bazı yerlerde kullanılan talk pudralar enfeksiyona sebep olabilir. Enfeksiyon oluşmaması

için bebeğin bezi göbek altından bağlanmalı ya da göbek oyuntulu bebek bezleri kullanılarak göbeğin idrarla teması engellenmelidir. Yenidoğanda göbek kordonunun düşmesi ikinci hafta içinde gerçekleşir. Bu sürede enfeksiyon belirtileri yönünden aileye bilgi verilmesi önem taşımaktadır (61, 63).

Yenidoğan bebeğin cilt temizliği

Yenidoğan derinin gelişim süreci doğum öncesi dönemden başlar ve doğum sonu ilk bir yılda tamamlanır. Cildin stratum korneumun tabakası henüz olgunlaşmaması sebebiyle ince ve hassastır (62). Bu nedenle dış etkenlere karşı savunmasızdır. Bu özellikleri nedeniyle deri bakımı, dış etkenlerden korunmak ve derinin sağlıklı gelişmesini sağlamak için önemlidir. Doğum sonrası enfeksiyondan kaçınmak için kan ve vb. maddelerin cilt yüzeyinden uzaklaştırılması gerekir. Annede hepatit B, hepatit C veya HIV enfeksiyonu olduğu bilinen ve mekonyumlu doğan bebeklerde cilt sadece kurulama ile yeterince temizlenemeyeceğinden yıkanması önerilir (61).

Yenidoğan cilt temizliğinde güvenli ve kullanıma uygun olan temizleyiciler, deride ve gözlerde irritasyona neden olmayan, nötr veya hafif asidik pH' ya sahip, boya veya koku maddesi içermeyen yumuşak sıvı temizleyicilerdir (62).

Yenidoğanın cildinde görülebilecek bazı değişiklikler; (61).

- Doğumdan sonra ciltte kızamık ve soluk görülebilir
- Doğum kanalındaki basınca bağlı olarak oluşabilen yüzde ve çeşitli bölgelerde görülen hafif peteşiler veya hafif morluklar görülebilir. Doğumdan kısa bir süre sonra kaybolur.
- Özellikle prematürelerin yüz, omuz, sırt bölgelerinde lanugo görülür ve birkaç hafta içinde kaybolur. Term yenidoğanlarda yaygın kıllanma görülmesi değerlendirilmelidir.

Milia

Doğumda veya ilk haftalarda ortaya çıkan bebeklerin çene, burun ve yanaklarında görülen beyaz papüller şeklindedir. Yenidoğanların çoğunda görülebilir. Kendiliğinde kaybolan millianın herhangi bir tedaviye ihtiyacı yoktur (61).

Hipotermi

Yenidoğanın vücut sıcaklığının ölçülmesinde rektal ve aksiller ölçüm kullanılır. Rektal ısı 36.5-37.5° C arasındadır, fakat vaginal stimülasyon-rektal perforasyon riski nedeniyle rutinde kullanılmaz. Aksiller ısı termde 36.4-37°C, pretermde 36.3-36.9°C ve termometre pretermde 3dk termde 5 dk tutulmalıdır (64).

Term bebekte terleme sırasıyla alın, gövde ve ekstremitelerde, preterm bebeklerde ise ilk günlerde hiç görülmez ancak 2. haftada daha düşük düzeyde görülmeye başlar. Pretermde terlemenin olmayışı nörolojik immatüritenin bir sonucudur. Preterm gelişimini tamamlamış olan yenidoğanda ortam sıcaklığından bağımsız olarak, stres, açlık, korku, ağrı, taktile uyaran gibi uyaranlara cevap olarak ortaya çıkan, emosyonel terleme genellikle palmoplantar alan ile sınırlıdır (65).

Hipotermi sonucunda hipoksi, metabolik asidoz, glikojen depolarının hızla tükenmesi ile birlikte hipoglisemi ve geçici apne nöbetleri de görülebilir (64).

Yenidoğan ısıyı terleme yolu ile kaybı düşüktür. Vücut yüzeyinin geniş, ter bezlerinin yetişkine oranla fazla, ancak fonksiyonlarının düşük olması nedeniyle daha fazla hipertermi riski vardır (65).

Konak bakımı

Konak maternal hormonların bebekteki etkisi ile yağ bezlerinin fazla salgılanmasıyla oluşur. Bebeklerin çoğunda, özellikle baş kısmında bazen kulak, göz çevresinde görülebilen aşırı miktarda üretilen yağlı maddelerin birikimi sonucu, kuru cilt kabukları halinde, saçlı deriyi kaplayan beyaz ya da sarımsı-kahverengi tabaka oluşur. Hijyen sorunu olarak düşünülmemelidir. Konak bakımında yapılması gerekenler; banyo öncesi bebe yağı veya zeytinyağını yaklaşık yarım saat kadar bekletip sonrasında banyo sırasında ince tarakla taranması konakların azalmasına yardımcı olabilir (61).

Diaper dermatit (pişik) bakımı

Diaper dermatit en sık görülen deri hastalığı olup bebeklerin %7-35'inde ve genellikle de 8-12. aylarda gelişen irritan kontakt dermatitidir (66). Diaper bölgesinde deri hasarı oluşumu; oklüzyon altında artan deri hidrasyonu, idrar, feçes, sindirim enzimleri, safra

tuzları, beslenme faktörleri, fekal kompozisyon vb. deri-deri, deribez arası mekanik sürtünme, yüksek pH, diyare, antibiyotik kullanımı ve gestasyon yaşına bağlı deri bariyerinin matürasyon gibi çevresel faktörlerin sonucunda gelişir (65).

Sağlıklı yenidoğan bebeklerde, yüksek dışkı sıklığı ve alkali cilt pH' larının her biri, bebek bezi dermatitinin görülme sıklığının arttırır. Bu durumda bazen bakteri ve mantarlar ikincil enfeksiyonlara neden olabilirler. Anne sütü ile beslenen bebeklerde daha az diaper dermatit görülmesinin sebebi gaitalarının mama ile beslenenlere göre daha asidik olmasıdır (66).

Yenidoğanda pişiğin tedavisi ve önlenmesinde, emici kapasitesi yüksek ve hava geçirgenliği olan bezlerin tercih edilmesi, sık sık bez değişiminin yapılması, ıslak mendil yerine ılık su kullanılması, perianal bölge temizliğinden sonra koruyucu olarak çinko oksitli, saf vazelinli ya da aloe veralı krem sürülmesi önerilir. Kimyasal içerikli krem ve antibiyotik kullanımı sınırlı olarak önerilmektedir (61, 67).

Alt temizliğinin önden arkaya doğru yapılması ve her alt değişiminden önce ve sonra ellerini yıkamalıdır. Pudra bakteri ve mantarlar için uygun bir tabaka oluşturabileceğinden, ayrıca solunum yolları için zararlı olabileceğinden önerilmemektedir (61, 66).

Göz bakımı

Gözlerde çapaklanma yoksa özel bir bakıma gerek yoktur. Çapaklanma varlığında gözler günde 3-4 kez kaynatılmış ve ılıtılmış temiz su ile içten dışa doğru bastırılmadan temiz bir bezle silinmesi yeterli olacaktır. Her iki göz için farklı bir bez kullanılmalıdır. İki haftayı geçen çapaklanmalarda hekime başvurulmalıdır (68).

Gözyaşı kanalı tıkanıklığı

Nazolakrimal kanalın alt ucu doğuma kadar henüz olgunlaşmamış durumdadır. Membranöz bir oluşum olduğu düşünülen bu tıkanıklık doğumdan hemen sonra büyük oranda kendiliğinden açılır. Vakaların %70 kadarında ilk 3 ay içinde, %96 kadarında da ilk yıl içinde lakrimal kanalın kendiliğinden açıldığı saptanmıştır. Doğumdan hemen sonra ortaya çıkabileceği gibi, en sık gözyaşı üretiminin olgunlaştığı yaşamın ilk birkaç haftasında göz yaşlanması, kabuklanma ve akıntıyla belirti verir. Vakaların %95'inde bir yaşına kadar tıkanıklığın kendiliğinden açıldığı belirlenmiştir. Bu

nedenle 1 yaş altındaki bebeklerde kanalın açılmasına yardımcı olabilecek göz masajı uygulanması en sık tercih edilen yöntemdir (69).

Yenidoğan banyosu

Banyonun amacı cilt temizliğidir ancak uygun koşullarda, uygun ısıda yapılmalıdır. İlk banyo yenidoğanın fizyolojisinin stabil olduğu yaklaşık olarak 2-4 saat sonra yapılmalıdır. Düşük doğum ağırlıklı infantlarda banyo göbek bağı düşene kadar geciktirilebilir. İlk birkaç hafta banyo suyu ılık ($\leq 37^{\circ}\text{C}$) olmalıdır. Banyo yapılan odanın ısı 21-22 $^{\circ}\text{C}$ ılık olmalı ve banyo için 5-10 dakika yeterlidir. Banyo için kullanılacak küvete konulan su miktarı yaklaşık beş santim olmalı bebeğin kalçalarını geçmemelidir. Banyo sonrası beklemeden ılık bir odada kurutulmaya başlanmalı, havlu ile ovalama yapılmadan hafif hafif vurarak kurulmalı ve kurulama baştan ayağa doğru olmalıdır. Banyo sonrası saçlar ve tüm vücut, koltuk altları, kasıklar, boyun ve kulak arkası gibi kıvrım yerlerine dikkat edilerek iyice kurulanmalıdır. Vücut ısısında düşüş olabileceğinden kısa süre içinde yaklaşık on dakikada giydirilmeye başlanmalıdır. Seçilen kıyafetler nemli olmamalıdır. Banyodan sonra bebeğin derisinde kuruluk, kepek veya fissürler varsa uygun bir emoliyent uygulanmalıdır. Emoliyentlerin stratum korneum bütünlüğünü ve deri bariyerini koruduğundan atopik dermatit gelişme riski olan bebeklerde kullanımı yararlı olabilir. Cilt bakımında kullanılan merhemler ve yağlar özellikle kalın bir tabaka halinde sürülmesi cilt gözenekleri tıkayarak isiliğe sebep olacağından önerilmemektedir (68, 70).

Bebek masajı

Masaj, vücudun rahatlatmak için yapılan dokunma sanatıdır. Bebek masajının, bebeğin kendisini güvende hissetmesine, rahatlamasına ve sevildiğini anlaması açısından önemli bir rolü vardır. Masaja doğumdan 6 hafta sonra genel kontrolleri yapılmışsa ve herhangi bir sağlık sorunu yoksa yapılmaya başlanabilir. Masajlar bebeğin 4-7 aylık oluncaya kadar çok etkilidir ve bebek hareketlenmeye başladığında ihtiyaç yavaş yavaş azalır (56, 71).

Bebek masajı anneye bebek arasındaki bağı güçlendirir, bebekteki kabızlığı ve gaz sancısını azaltır, solunum, dolaşım ve sindirim sisteminin çalışmasını düzenler, bebeği rahatlatarak uyku moduna geçmesini sağlar, bağışıklık sistemini güçlendirir ve kilo alımına yardımcı olur. Bebek eğer tedavi için ilaç kullanıyorsa, cildinde enfeksiyon,

isilik, egzama yada döküntü varsa, masaj yapan kişinin elinde enfeksiyon durumu ve bebeğin eklemelerinde kırık, hareket engeli varsa bebek masajı yapmak doğru değildir. Bu gibi durumlar bebeği rahatlatmaktan çok daha fazla sıkıntıya girmesine neden olabilir (71). İnal ve Yıldız (2005)'ın çalışmasında düzenli olarak yapılan bebek masajının sağlık bebeklerde kilo alımını ve mental – motor gelişimini arttırdığı saptanmıştır (72).

Masaja başlamadan önce uygun koşullar sağlanmalıdır. Masaj yapılan odanın sıcaklığı ve alanın genişliği, masajın emzirdikten 1-1.5 sonra yapılması, annenin hijyeni de önemlidir. Uygun ve gerekli koşullar sağlandıktan sonra masajı kolaylaştırmak için bebek yağı kullanılarak masaj yapılmalıdır. Yüz, göğüs, kol, karın, bacak ve sırt masajı olmak üzere 6 tane masaj çeşidi vardır. Her bir bölge farklı açıdan bebeğin rahatlamasına yardımcı olur ve gevşemesini sağlar (73, 74).

Bebeğin giydirilmesi

Yenidoğanların ciltlerinin hassaslığı sebebiyle kıyafet seçimi de oldukça önemlidir. Kıyafetlerin yıkanması ve pamuklu olmasına, yeni alınanların mutlaka yıkanmasına özen gösterilmelidir. Yıkamada kullanılan bazı deterjanlar bebekte alerjik duruma sebep olabilir. Sentetik giysiler nemi ememez ve bebeğin cildini tahriş edebilir. Bebek giysilerinin boyutu da önemlidir. Çünkü bebeğin başı vücuduna göre büyüktür ve alınan kıyafetlerin yandan çitçit ya da geniş lastikli olması gerekir. Bunun yanında çorap ve patiklerin kumaşları, lastikleri bol ve yumuşak olmalıdır. Gelişimsel kalça çıkıklığının önlenmesi açısından kundak yapımının zararları hakkında ailelerin bilgilendirilmesi önem taşımaktadır (37).

Vücut sıcaklığı ve ateş

Yenidoğanın vücut sıcaklığının ölçülmesinde rektal ve aksiller ölçüm kullanılır. Rektal ısı 36.5-37.5° C arasındadır, fakat vaginal stimülasyon-rektal perforasyon riski nedeniyle rutinde kullanılmaz. Aksiller ısı termde 36.4-37°C, pretermde 36.3-36.9°C ve termometre pretermde 3, termde 5 dk tutulmalıdır (64).

Çocuklarda sık görülen enfeksiyon hastalıklarının primer belirtilerinden olan yüksek ateş, yoğun korku, anksiyete yaşamalarına neden olmaktadır. Özellikle çocuklarda immün sistemin olgunlaşmamış olması, gelişimsel ve biyolojik değişiklikler nedeniyle

enfeksiyon hastalıklarına bağlı olarak yüksek ateş, yetişkinlerden daha yüksek oranda görülmektedir. Dünyada acil ünitelere getirilen ateşli çocuk oranının % 20–30, ülkemizde ise bu oranın % 71'e kadar yükselmektedir (75). Karaca Çiftçi ve Beklen (2013) 0-6 yaş arası çocuğu olan annelerin ateş ve ateş düşürücüler ile ilgili bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışma sonucunda, annelerin ateşli çocuğa yaklaşımları konusunda desteklenmeye ve ateş düşürücüler konusunda bilinçlendirilmeye ihtiyaçları olduğu belirlenmiştir (76).

Demir ve Bayat (2005) tarafından yapılan çalışmada yüksek ateş sırasında öncelikle yapılması gerekenler; giysilerin çıkarması, odanın havalandırılması, aktiviteleri kısıtlama, yeterli sıvı alımı, ılık uygulama gibi uygulamaların önemi ve doktor istemine göre ilaç kullanma konularında tüm sağlık personelinin annelere bu konularda destek olmaları ve bilgi vermeleri önerilmektedir (77).

Uyku düzeni

Büyüme ve gelişmeyi sağlayan bazı hormonların uyku sırasında salgılanması sebebiyle yenidoğan içinde en temel ihtiyaçtır. Yenidoğan bebekler günde 17-18 saat, bir aylık olduklarında günde 16-17 saat, 3-4 aylık olduklarında günde 15 saat kadar uyurlar. Dört aylık bir bebekte uykunun üçte ikisi gece gerçekleşir ve yavaş yavaş uyku düzeni oluşmaya başlar. Uyku için bebeklerin oda ısıları 22-24 dereceden düşük olmamalıdır (78).

Ulusal Çocuk Sağlığı ve İnsani Gelişim Enstitüsü 1994 yılında bebekler için “Sırtüstü Uyku” eğitimlerini hedeflemiş 2013'te “Güvenli Uyku” olarak kampanyayı revize etmiştir (79). Amerikan Pediatri Akademisi (2000) ani bebek ölüm sendromunun nedeni tam olarak bilinmemesine karşın, bebeklerin yüz üstü pozisyonda yatırılması, çok yumuşak yatakta/yastıkta yatırma, bebeklerin üzerini fazla örtme/aşırı sıcak ortamda uyuma, bebeklerle aynı yatakta yatma gibi faktörleri olarak kabul edilmektedir (80). Alpaslan ve Uçan (2010)'ın bir sağlık ocağı bölgesinde yaptıkları çalışma sonuçlarına göre; bebeklerin çoğunluğunun doğru pozisyonda yatırıldığı saptanmış, yanlış pozisyonda yatan bebeklerin anneleri bilgilendirilmesi sağlanmıştır (81). Ani bebek ölümü sendromuna karşı risk faktörleri ve önlemeye yönelik konularda tüm annelerin ebe ve hemşireler tarafından daha fazla bilgilendirilmesi gerekmektedir (81). Erdoğan ve Turan (2018) çalışmalarında, annelerin yenidoğan

bebeklerinde ani bebek ölüm sendromu oluşturabilecek riskli tercihlerde buldukları belirlenmiştir (82). Bu anlamda “güvenli uyuma” konusunda eğitimler verilmesi ve desteklenmesi gerekmektedir.

Yenidoğan tarama testleri

Ülkemizde akraba evliliklerinin fazla olması, doğumsal metabolik hastalıkların görülme sıklığında ciddi artışlara sebep olmaktadır. Doğumsal metabolik hastalıkları ve genetik hastalıklar belirlemek için yapılan tarama testleri, erken tanı konulup tedavisinin başlamasına, mental retardasyonun ve daha ciddi problemlerin önlenmesi için yapılmaktadır. Yenidoğan tarama testleri kapsamında konjenital hipotiroidi, fenilketonüri, biotinidaz eksikliği ve kistik fibrozis taraması yapılmaktadır. Yenidoğan taraması ideal olarak doğumdan sonraki 3-5.günler arası alınmalıdır. Tarama programı kapsamında doğan her bebekten doğumdan 48 saat sonra ikinci topuk kanı örneği alınmalıdır (83, 84).

Konjenital hipotiroidi: En sık karşılaşılan endokrinolojik sorun olmakla birlikte, önlenebilir zeka geriliğinin en sık sebebidir. Konjenital hipotiroidi insidansı sıklığı etnik yapıya göre değişmekle birlikte 1/3500-1/4000 arasında değişmektedir. İlk olarak 1974 yılında tarama programına alınmıştır (85). Bu hastalığa ait belirti ve bulgu yoktur. Bu yüzden erken teşhis için gerekli testler ve tetkikler yapılmalıdır (83, 84).

Fenilketonüri: Kalıtsal metabolik bir hastalıktır. Fenilalanin metabolize edilememesi sonucu beyinde ciddi sorunlara yol açar. Türkiye’de sık görülmesinin sebebi akraba evliliklerinin sık görülmesidir (83, 84).

Biotinidaz eksikliği biotin B vitaminlerinden biridir. Enerji ve büyüme sağlar. Biotinidaz eksikliği tedavi edilmezse bebekte kas zayıflığı, işitme kaybı, görme engeli oluşabilir (83, 84). Ülkemizdeki sıklığı 1/11000 olarak saptanmıştır ve tarama programına dahil edilmiştir (85).

Kistik Fibroz: İnsidansı popülasyona göre değişen ve beyaz ırkta sık görülen bir genetik hastalıktır (86). Ülkemizdeki insidansı 3000 doğumda 1’dir Salgı bezlerini etkileyen ve özellikle akciğerler olmak üzere birçok organın fonksiyonunu bozan konjenital bir hastalıktır (83, 84).

Anne sütü sarılığı

Anne sütüne bağlı sarılık oldukça sık görülür ve yenidoğanların yaklaşık üçte ikisinde rastlanır. Bilirubin deri ve mukozada birikmesi sonucu vücutta sarı renk görülür. Sarılık varlığında emzirmeye ara verilmemelidir. Tek istisnai durum bebeğin değişim transfüzyonu gerektiren risk altında olmasıdır. Yeni doğanın cildi, göz bebekleri ve tırnakları gün ışığında sarılık yönünden değerlendirilmelidir. Sık ve yeterli emzirme sağlanmalıdır (87, 88).

Yeterli anne sütü ile beslenme sonucu oluşan sarılık doğum sonrası bebeğin anne sütünü iyi emmemesi, anne tarafından sütünün uygun ve yeterince bebeğe verememesi ile gelişir. Yetersiz sıvı ve kalori alımı bebekte sarılığa neden olur (87, 88).

Fizyolojik sarılık

Fizyolojik sarılık doğumdan ilk 24 saat sonra başlar. Term bebeklerde 3-5. günlerde, prematürelerde 5-6. günlerde görülmeye başlar. Fizyolojik sarılığın etiyolojisi rölatif polisteminin sebep olduğu artmış bilirübin, eritrositlerin mrlерinin kısa olması gibi etkenler sayılabilir. Doğumdan sonraki ilk on gün içinde bilirubin düzeyi genellikle normale döner, indirekt bilirubin konsantrasyonunun 12.9 mg/100 ml'nin üzerinde olmaması ve günde 5 mg/100 ml'den daha az yükselme normal olarak değerlendirilir (87, 88).

Bebeğin aşıları

Aşı ocuk ve erişkin sağlığını korumada, bulaşıcı hastalıkları önlemede en etkili yöntemdir. Dünya Sağlık rgt (DSÖ) 1974 yılında Genişletilmif Bağışıklama Programını (GBP) geliştirmif ve önermiştir (89). Dünya Sağlık rgt'nün 1974 yılından beri uyguladığı GBP sayesinde aşı ile önlenebilir hastalıkların insidansı, mortalite ve morbiditesinde önemli düşüşler gözlenmiştir (90).

Aşıların etkin olabilmesi için iki önemli faktör vardır. Bunlardan ilki, aşının yapılma zamanı diğer de bebeğin savunma sisteminin aşıya vermiş olduğu cevaptır. Bu nedenden dolayı bazı aşılar doğumu takiben hemen, bazı aşıların ilk uygulaması ise 12. ayda yapılmaktadır. Aşının tavsiye edilen zamandan sonra yapılması aşı yapılmıcaya ve yapıldıktan sonra da koruyuculuğun başladığı sreye kadar bebeğin o hastalık için risk altında olmasına neden olacaktır. Aşının nerilen aralıktan önce

yapılması da aşı koruyuculuğunu olumsuz etkileyecektir. Bebeğe ilk doğduğunda hastanede hepatit B aşısı yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın 2012 yılında güncellediği aşı takvimiden rutin aşılardan; Hepatit B, karma (DBT-Çocuk felci)-verem, pnömokok, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, hepatit A, suçiçeğidir. Özel aşılardan rotavirüs ve menenjit aşısıdır (89). Sağlık Bakanlığı'nın güncellenen son takviminde altıncı ayda yapılan prevenar aşısı (KPA) kaldırılmıştır (91).

4.4. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi kavramı dünyada her geçen gün güncelliği ve önemi artan toplumsal konulardan biridir. Yaşam kalitesi kavramı, Amerika Birleşik Devletleri'nde politik tartışmalardan kaynaklanan 1960'lı yıllarda ve sonrasında yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (92). Yaşam kalitesi ile ilgili tek bir tanımlama yapmak doğru değildir. DSÖ'ye göre yaşam kalitesi "bireyin yaşadığı sosyokültürel değerlerle birlikte, kendi yaşamını nasıl algıladığı ve bireyin amaçları, umutları, standartları ve endişeleri ile ilişkili" olarak tanımlanmıştır. Yaşam kalitesi, fiziksel, zihinsel, duygusal, çevresel ve sosyal yönden birçok farklı boyutta değerlendirilir (93). Yaşam kalitesi olgusu kişinin, hedefleri, beklentileri, yaşam standartları ile ilişkili olarak, kültür ve değer yargılarının bir bütün olarak kendi durumlarını algılama biçimi olarak da tanımlanabilir (22, 94).

Multidisipliner bir kavram olan yaşam kalitesi, bireyin fiziksel ve psikolojik durumundan, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler ve çevredeki önemli özelliklerden etkilenir. Bireysel ve toplumsal refahın önemli sosyal göstergelerinden birisidir. Yaşam kalitesi kavramı objektif ve subjektif olarak iki grupta incelenmektedir (94). Objektif değerlendirme; gelir, eğitim, meslek, sağlık, yaşanılan konutun durumu gibi kişinin sahip olduğu bu imkânlardan duyduğu tatmin/doyum ise yaşam kalitesinin subjektif göstergeleridir (95). Yaşam kalitesi, fiziksel sağlık durumu, fonksiyonel durum, ruhsal durum, sosyo-ekonomik durum, günlük faaliyet ve işlerde aktif rol alma, ekonomik statü, bireysel ihtiyaç ve değerler, beklentiler ve genel bir iyi olma hissi gibi unsurları bünyesinde barındırmaktadır Aynı zamanda bireylerin yaşam düzeyleri ve sosyal gelişime de odaklanmaktadır (96, 97).

Ülkemizde yapıla bir çalışmaya göre; cinsiyet, ileri yaş, dul veya boşanmış olmak, düşük sosyo-ekonomik düzeyi, düşük sosyo-ekonomik koşullar, yaşanılan konutun ve özelliklerinin yetersizliği, bir hastalığa sahip olma, düşük iş doyumunu ve sosyal

aktivitelerinin yetersiz olması gibi faktörlerin yaşam kalitesini önemli ölçüde olumsuz etkilediği saptanmıştır (21).

Albrecht ve Fitzpatrick 1994'te, Yaşam Kalitesi tanımını farklı kullanım alanları tanımlamıştır (98).

- Hastanın bakımlarının planlanması,
- Sağlık hizmeti araştırmalarında ve klinik çalışmalarda kullanılması,
- Toplumun sağlık ihtiyaçlarını belirlenmesi,
- Kaynak tahsis etmede kullanılması.

Yaşam kalitesini azaltan durumlar;

- Temel ihtiyaçların karşılanmaması
- Beden imgesinin değişmesi öz bakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği
- Kronik yorgunluk
- Cinsel fonksiyonlarda bozulma
- Gelecek yönelik hedefle ilgili kaygılar
- Sosyal destek yetersizlik
- Primer sağlık problemleri
- Kronik sağlık problemleri

Yaşam kalitesini arttıran durumlar;

- Sosyo ekonomik güvencenin olması
- Güvenli bir ortam içinde yaşama
- Konforlu ve rahat bir ortamda yaşama
- Aktif ve anlamlı bir yaşama sahip olma
- Yakın sosyal ilişkiler içerisinde olması
- Kişinin keyif aldığı aktivitelerinin olması
- İtibar sahibi olmak
- Kişinin kendi kararlarını verebilmesi
- Bireyin mahremiyetine değer verilmesi
- Kendini ifade edebiliyor olmak

- Kişinin mutlu olması, inanç ve değerlerine saygı gösterilmesi gerekmektedir (21, 92, 99).

4.4.1. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi

Sağlık konuları ve araştırmaları birçok disipline yayılmasından ve çeşitlilikten dolayı sağlık durumu, fonksiyonel durum, özürlülük ölçeği, yaşam kalitesi gibi farklı terimler kullanılmaktadır. Yaşam kalitesiyle ilgili sağlık araştırmaları 1966'dan beri İndeks Medikus'ta yayınlanmaktadır. Klinik araştırmalarda hangi boyutların değerlendirileceği tam olarak tanımlanmamıştır (97). Sağlığa bağlı yaşam kalitesi bireyin sağlığının fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanabilir. Yaşam kalitesi birçok faktörden etkilenmektedir. Bunlar; ağrı, bulantı/kusma, halsizlik, defekasyon yapamama, beslenememe, görünüm bozukluğu, uykusuzluk, disfaji gibi fiziksel problemler, anksiyete, depresyon, deliryum, kendine güven kaybı, cinsel sorunlar, gelecekteki belirsizlikler, uzun yaşam süresi, kansere bağlı morbiditeler, tedavi yöntemlerine bağlı sorunlarda psiko-sosyal problemlerdir (22, 98).

1970'li yılların başlarından itibaren sağlığa bağlı yaşam kalitesi ölçümü çeşitli çalışmalarda kullanılmaya başlanmıştır. Bunlar sağlık hizmet giderlerindeki artış, günümüzde sağlık teknolojisindeki gelişimi ile birlikte yaşam kalitesinin artırılması gerektiği düşüncesi ve sağlık teknolojileri arasındaki karşılaştırmalardır. Sağlığa bağlı yaşam kalitesi üzerine temellendirilmiş bu faktörler özellikle nüfusun yaşlanmasıyla birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığında artma ve buna bağlı teşhis ve tedaviye ilişkin gelişmiş sağlık teknolojilerinin kullanılmaya başlanması temelleri üzerine kurulmuştur (97, 99).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ("health-related quality of life", "HRQoL"), tıbbi bir durumun ve / veya bunun sonucunda gerçekleştirilen tedavinin bir hasta üzerindeki fonksiyonel etkisi ile ilgili pek çok tanımlama bulunmaktadır. Ayrıca fiziksel ve mesleki işlevi, psikolojik durumu, sosyal ilişkiler ve somatik duyuları kapsayan öznel ve çok boyutlu bir kavram olarak da tanımlanır (International Society of Quality of life) (97).

4.4.2. Doğum sonu yaşam kalitesi

Postpartum dönem plasentanın doğumundan bir saat sonra başlayıp altı hafta kadar süren ve yaşanan bazı sorunlar ile birlikte bir yıl ya da daha uzun sürebilmektedir. Geçiş süreci olan bu dönemde annelerde fiziksel, sosyal ve duygusal değişimler meydana gelir. Fizyolojik değişimlerin yanı sıra, annelikle ilgili yeni roller ve sorumluluklar, eş ve çevre ile ilgili sosyal ilişkilerde değişimler yaşanır. Doğum sonu yaşanan fiziksel, mental, sosyal değişiklikler, aile düzeninde meydana gelen değişimler, anne ölümlerinin yarısından fazlasının doğum sonu dönemde gerçekleşiyor olması sebebiyle doğum öncesi ve sonrası bakım yaşam kalitesinin artırılması adına önem verilmesi gerek önemli bir süreçtir (58, 100). Postnatal yaşam kalitesinin zaman içinde değişen ve ülkeler arasında farklılık gösteren bir kavramdır (25). Annenin yaşı, eğitim düzeyi, duygusal durumu, hormonal değişiklikleri, alkol, sigara alışkanlığı, doğum şekli, ailedeki değişiklikler, evdeki işlere geri dönme, emzirme sorunu yaşama, bebek bakımı ve sorumlulukları üstlenme, psikososyal sorunlar, uykusuzluk annenin yaşam kalitesini etkilemektedir (101). Yaşam kalitesini etkileyebilecek doğum sonu sorunlar anne sağlığı ve refahı için büyük önem taşımaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre; dünyada kadınların sadece %35'i doğum sonu bakım hizmetlerinden yararlanmaktadır. Obstetrik bakımda öncelikli hedef fiziksel olarak sağlıklı bir anne ve bebeğe sahip olmaktır. Sis Çelik ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada, doğum sonu dönemle ilgili bilgi alan annelerin bilgi almayan annelere göre yaşam kalitelerinin daha iyi düzeyde olduğu ve sezaryen olan annelerin yaşam kalitesinin düşük olduğu saptanmıştır (102). Başka bir çalışmada, annelerin doğum sonu dönemde öz bakımları ve bebek bakımında birçok sorunla karşılaştıkları ve bu sorunların doğum sonu yaşam kalitesine olumsuz etki ettiği belirlenmiştir (6, 103). Yapılan çalışmalar, doğum sonu dönemde annelerin, öz bakımlarında ve bebeklerinin bakımında güçlük yaşadıklarını, birçok sorunla karşı karşıya kaldıklarını göstermektedir Bunlar; doğum sonu-kanamalar, enfeksiyon, tromboemboli, mememe başı çatlakları, meme iltihabı, memelerde dolgunluk, emzirme problemleri, kabızlık, annelik rolüne uyum problemleri, kendini yetersiz hissettiği duygu durumu ile ilgili duygusal sorunlar gibi pek çok sağlık sorunu ile bunların yanında yenidoğanın bakımı, beslenmesi gibi sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedir (2, 104). Aynı zamanda

sosyal destek eksikliğinin postpartum depresyon riskini arttıran yaşam kalitesinin artırılması açısından göz ardı edilmemesi gereken önemli bir destek faktörüdür.

Postpartum dönem anneler ve bebekler için önemli bir dönemdir. Bu dönemde yaşam kalitesini etkileyen faktörlerden biri, doğum şeklidir. Doğum şeklinin yaşam kalitesi üzerindeki rolünün yanı sıra doğum sonrası dönemde annelerin yaşam kalitesinin iyileştirilmesinin bebeğin sağlığını güvence altına alması ve bebeğin, ailenin ve toplumun yaşam kalitesini arttırması konusundaki tartışmalar nedeniyle yaşam kalitesi önemlidir (93, 104). Sezaryen ve normal doğum sonrası yaşam kalitesini karşılaştıran bir çalışmada, her iki gruptaki bulguları karşılaştıran yapılan analizlerde, normal vajinal doğum grubunun fiziksel sağlıkla ilgili yaşam kalitesini arttırdığını, sezaryen grubunun ruh sağlığı ile ilgili yaşam kalitesini arttırdığını göstermiştir (17). Doğum şekli ile ilgili bir diğer çalışmada, kendine güvenme, doğumdan sonra yaşadığı duygulardan memnun olma, doğum anında yaşadığı olaylara hakim olma, bebek sahibi olma ile ilgili beklentinin karşılanması, doğumu acı verici olarak hatırlama, doğuma giderken korkma, beklediğinden zor doğum yapma, doğum şeklinden memnuniyet ve bebeği kucağına aldığında haz alma durumları normal doğum grubundaki annelerin yaşam kalitesi sezaryen grubundaki annelere göre daha yüksek bulunmuştur (105).

Gebelik ve doğum sonu dönemde doğum sonu yaşam kalitesi iyileştirilmesi ve geliştirilmesi adına annenin kendi bakımları ve bebek bakımları konusunda sık karşılaşılan problemlere yönelik eğitim ve destek sistemlerini belirlenmesi gerekmektedir. Ebe ve hemşireler lohusalık ve bebek bakımı konularında destekleyici bilgiler vererek yaşam kalitesinin artırılmasına katkı sağlamalıdır.

5. METOD VE MATERYAL

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, aile sağlığı bölgesinde yer alan sezaryen olmuş kadınlara ev ziyareti yolu ile verilen eğitimin doğum sonu yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla ön test son test kontrol gruplu yarı deneysel bir çalışmadır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İstanbul Bahçelievler Erzurumlu İbrahim Hakkı Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır. Altı birimden oluşan Aile Sağlığı Merkezi'nde altı doktor, üç ebe ve üç hemşire, bir personel ve bir tıbbi sekreter çalışmaktadır. Aile Sağlığı Merkezi'nin altı katında üç poliklinik, bir aşı ve gebe izlem odası, bir enjeksiyon odası, alt katında üç poliklinik, iki aşı ve gebe izlem odası, emzirme odası ve enjeksiyon odası bulunmaktadır. Her birime kayıtlı nüfus yaklaşık 4 bindir.

Örneklem grubu ise 1 Aralık 2018 ile 10 Şubat 2019 tarihleri arasında doğum sonrası 1-6 haftasında olan, riskli lohusa öyküsü olmayan ve kronik hastalığı bulunmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden lohusa kadından oluşması planlanmıştır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, çalışmanın yapılacağı Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı kadınlar oluşturmaktadır. Örnek büyüklüğü belirlemede; %95 güven aralığında etki büyüklüğü 0,5 örneklem hatası 0.05 alınarak bağımlı gruplarda t testi sonuçlarını %95 gücünde ortalama koyabilmek için toplam 54 katılımcıya gereksinim duyuldu. İstatistiksel analizlerin yapılabilmesi, ortaya çıkabilecek veri kayıplarını kontrol altına almak için bir üst örneklem sayısı olan 30 kabul edilmiş ve örnek grubun 30 eğitim, 30 kontrol olmasına karar verilmiştir. Örneklem grubuna seçilecek ilk katılımcı kura ile eğitim grubunda alındı ardından sırası ile bir eğitim bir kontrol grubu olmak üzere örneklem grubu oluşturulmuştur. Çalışmaya doğum sonu dönemde olan ve çalışma kriterlerine uygun kadınlar alınmıştır. EK IV' de örneklem hesaplaması yer almaktadır.

5.4. Örneklem Seçim Kriterleri

Araştırmaya dahil olma kriterleri;

- Lohusalık döneminin 2-5. günlerinde olan
- Okuma, yazma ve Türkçe bilen,

- Sözel iletişim kurabilen,
- Lohusalık dönemi içinde riski bir durumu olmayan
- ASM'ye kayıtlı olan 38 hafta ve üzeri sezaryen olan,
- Psikolojik bir rahatsızlığı olmayan,
- Apgar puanı 7 ve üzerinde ve sağlıklı bir bebeğe sahip olan,
- Gebelik ya da lohusalık döneminde lohusalık ve bebek bakımı eğitimi almamış olan,
- Herhangi bir antenatal veya postnatal komplikasyonun olmayan ve
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan anneler araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırmadan çıkarılma kriterleri

- Anne ya da bebeğinin doğum sonu dönemde ciddi bir sağlık problemi yaşaması
- Annenin çalışmadan çıkmak istemesi
- Anneye postpartum 2-5 gün görüşmesi için ulaşılamaması araştırmadan çıkarılma kriterleri olarak belirlenmiştir.

5.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın yapıldığı Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran ve örneklem seçim kriterlerine uyan kadınlara araştırma hakkında bilgi verilerek yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. İstatistiksel analizlerin yapılabilmesi, ortaya çıkabilecek veri kayıplarını kontrol altına almak için bir üst örneklem sayısı olan 30 kabul edilmiş ve örneklem grubunu 30 eğitim, 30 kontrol olarak belirlenmiştir. Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan Tanımlayıcı Bilgi Formu (Ek I) ve Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DSYKÖ) (Ek II) kullanılmıştır.

5.5.1. Tanımlayıcı bilgi formu

Sezaryen olan lohusa kadınların Sosyodemografik özellikleri, doğurganlık özellikleri, gebelik ve doğuma ait özellikleri, lohusalık dönemi bakım ve eğitim sorularının yer aldığı literatür taranarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış veri toplama formudur. Soru formunda sosyo-demografik özellikler 11, doğurganlık özellikleri 7, gebelikle ilgili 4, doğumla ilgili 7, bebekle ilgili 4, lohusalık dönemi ile ilgili 6 olmak üzere toplam 39 soru yer almaktadır.

5.5.2. Doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği

Hill et al. (2006) tarafından geliştirilmiş DSYKÖ beş alt boyuttan ve toplam 40 maddeden oluşan likert tipi bir ölçektir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında doğum sonrası 1-3 hafta arasındaki lohusalar örneklem grubu kadınlardan oluşturulmuş. Ölçeğin tamamı için Cronbach alfa değeri 0.96, test-retest correlasyon değeri 0.74 olarak belirlenmiştir. Ölçekteki her bir maddenin lohusa için önemi ve memnuniyeti sorgulanmaktadır. Ölçek maddeleri “1” ile “6” arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin alt boyutları: Akrabalık-aile-arkadaş (10 madde), sosyoekonomik (9 madde), eş (5 madde), sağlık (8 madde), psikolojik/bebek (8 madde)'tir. Yaşam kalitesi ölçeği puanlarını hesaplamak için; 1'den 6'ya kadar olan memnuniyet maddelerinin her birinden 3.5 çıkarılmakta (böylece rakamlar -2.5, -1.5, -0.5, 0.5, 1.5, 2.5 olmaktadır) ve daha sonra aynı maddenin önemlilik puanıyla çarpılmaktadır. İşlem sonrası elde edilen puanlar toplanarak ölçek soru sayısına (40 madde) bölünmekte, negatif sonuçlar oluşmaması için bölümden elde edilen rakama sabit bir değer (15) eklenip sonuç bulunmaktadır. Böylece Yaşam Kalitesi Puanı 0-30 aralığında çıkmaktadır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe kişinin doğum sonu yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, düşük puanlar doğum sonu yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir. Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach Alpha değerleri, ölçeğin tamamı için 0.888, akraba aile alt boyutu (10 madde) 0.806, sosyoekonomik alt boyutu (9 madde) 0.792, eş alt boyutu (5 madde) 0.746, sağlık alt boyutu (8 madde) 0.570 ve psikolojik/bebek alt boyutu (8 madde) 0.648 olarak hesaplanmıştır.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği ise Altuntuğ ve Ege (2012) tarafından yapılmış ve Cronbach Alfa değeri 0.95 olarak hesaplanmıştır. Örneklem grubuna doğum sonu 4-6 haftasında olan lohusalar alınmış ve ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği doğum sonu 4-6 haftasında olan lohusalar olarak belirlenmiş (107). Bizim çalışmamızda Hill'in örneklem grubu baz alınmıştır. Ölçek kullanım izni EKVII' de sunulmuştur.

5.6. Eğitim Programı

Eğitim grubuna verilen eğitimler postpartum 2-5. günlerde tespit edilen lohusaların iletişim ve adres bilgileri alınarak ilk hafta içinde iki kez olmak üzere ev ziyareti yapılmıştır. Lohusalar için hazırlanan eğitim materyali 4 modülden oluşturulmuştur.

İlk ev ziyaretinde ilk iki modül ikinci ev ziyaretinde son iki modül hakkında planlı eğitim tamamlanmıştır. Eğitimlerin her biri yaklaşık olarak bir saatlik bir süre içinde gerçekleştirilmiştir.

Üçüncü görüşme 13-15. günlerde Sağlık Bakanlığının bakım standartları doğrultusunda telefonla aranarak eğitim tekrarı yapılmış annelerin soruları hakkında bilgi verilmiştir. Telefon görüşmeleri yaklaşık olarak 10 dakika sürmüştür.

Dördüncü görüşmede 4-6. Hafta arasında anneleri evde ziyaret ederek doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği uygulanmış ve lohusalık ve bebek bakım kitapçığı verilmiştir.

Uygulanan eğitim materyali dört modülden oluşmaktadır. Eğitim materyali oluşturulmasında Sağlık Bakanlığı'nın "Doğum Sonu Bakım Yönetimi" rehberi ve standartları doğrultusunda eğitim materyali ve eğitim sonunda lohusalara verilecek lohusalık ve bebek bakımı kitapçığı hazırlanmıştır. Hazırlanan eğitim kitapçığının içerisinde; lohusalık dönemi ve lohusada meydana gelen fiziksel ve duygusal değişiklikler, lohusalık hijyeni, beslenme, anne sütü ve emzirme, yenidoğan bakımı ile ilgili konulara yer almaktadır. Eğitim kitapçığı ile ilgili Ebelik bilim alanında uzman iki kişinin fikir ve görüşlerine alınmıştır. Eğitim programı Ek III'de sunulmuştur

Çalışmanın kontrol grubu Aile Sağlığı Merkez'ine kayıtlı sezaryen olan kadınlara ise eğitim uygulanmamış standart bakım almaları sağlanmıştır. ASM' de yapılan ilk görüşmede tanımlayıcı bilgi formu uygulanmıştır.

İkinci görüşmede telefonla görüşülüp standart bakım hakkında bilgi verilmiş varsa soruları cevaplanmıştır.

Üçüncü görüşmede ASM' de 4-6 hafta arası doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği uygulanmıştır. Araştırmanın etik boyutu düşünülerek kontrol grubuna veri toplama araçları uygulandıktan sonra ASM' nin emzirme odasında lohusalık ve bebek bakımı eğitimi verilmiştir.

5.7. Veri Toplama

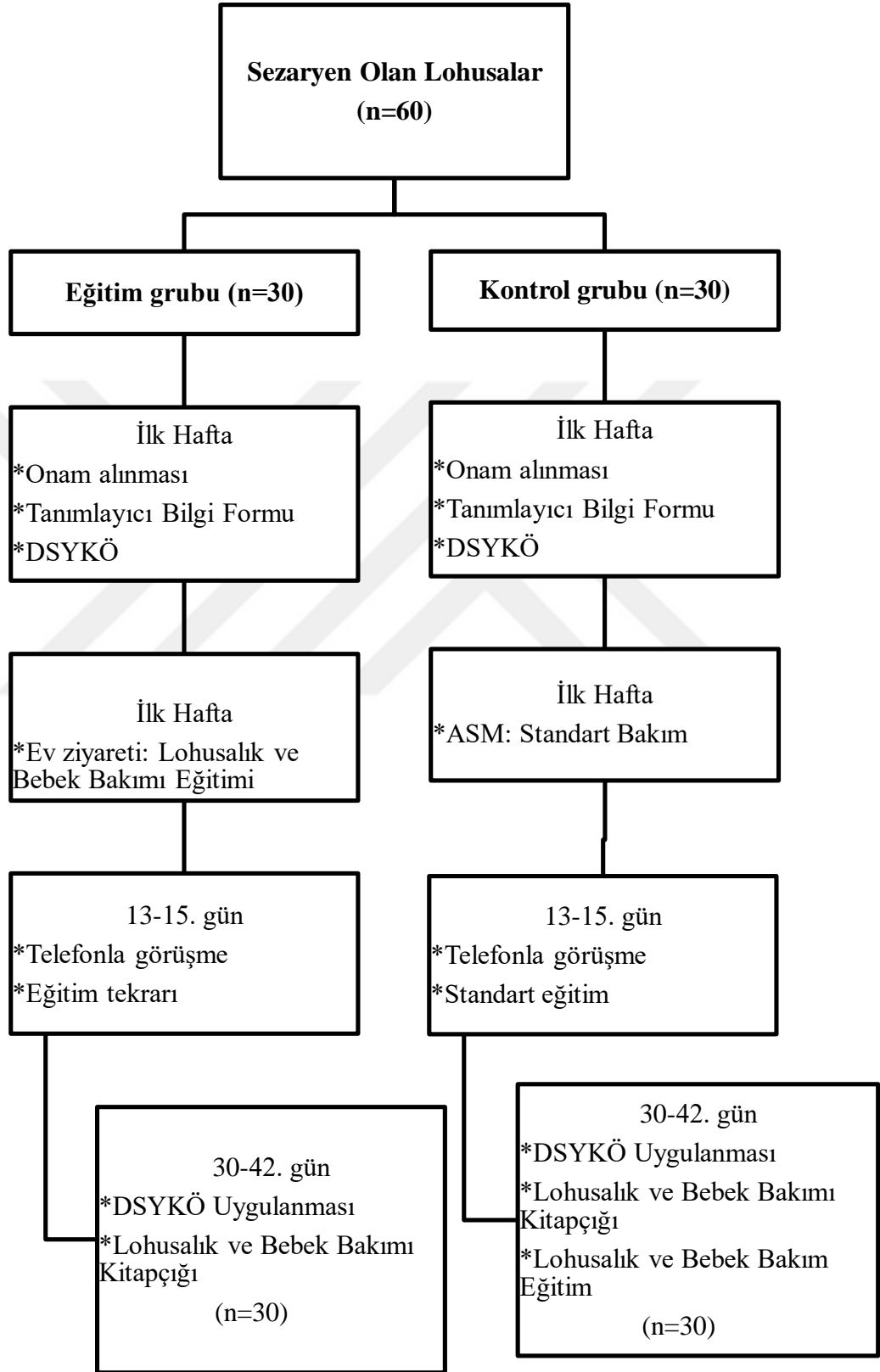
Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce araştırma kapsamındaki annelere, araştırmanın yapılma amacı açıklanarak sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Örneklem seçiminde araştırma kriterlerine uyan 30 lohusa eğitim ve 30 lohusa kontrol grubuna

alınmıştır. Tanımlayıcı Bilgi Formu ve Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara ilk test postpartum ilk hafta son test 4-6 hafta arasında yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulanmıştır. Araştırmada Tanımlayıcı Bilgi Formu doldurulması ortalama 5-10 dakika, Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeğinin doldurulması ortalama 10–15 dakika olmak üzere toplam 20-30 dakika içinde toplanmıştır.

Eğitim grubundaki görüşmeler postpartum ilk hafta içinde ilk ev ziyareti sırasında Tanımlayıcı Bilgi Formu ve DSYKÖ uygulanmıştır. Üçüncü görüşme doğum sonu 13-15. günler arasında telefonla görüşme olarak yapılmıştır. Dördüncü görüşme doğum sonu 4-6. haftalar arasında lohusalara ev ziyareti yapılarak DSYKÖ ikinci kez uygulanmış ve Lohusalık ve Bebek Bakımı kitapçığı verilmiştir.

Kontrol grubundaki lohusalarla iki kez ASM' de bir kez de telefonla olmak üzere üç kez görüşme yapılmıştır. Kontrol grubuna postpartum ilk hafta içinde ASM' de yapılan ilk görüşmede Tanımlayıcı Bilgi Formu ve DSYKÖ uygulanmıştır. İkinci görüşmede telefonla görüşülüp standart bakım hakkında bilgi verilmiş varsa soruları cevaplanmıştır. ASM' de yapılan üçüncü görüşme 4-6 hafta arası DSYKÖ uygulanmış ve Lohusalık ve Bebek Bakımı kitapçığı verilmiştir.

5.7.1. Çalışma Akış Diyagramı



5.8. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: DSYKÖ ve ölçeğin alt boyutları olan akrabalık aile-arkadaş, sosyoekonomik, eş, sağlık ve psikolojik/bebek ön ve son test puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

Bağımsız değişkenler: Katılımcıların, yaş, eğitim durumu, mesleği, gelir düzeyi, aile tipi, evlilik yaşı, ilk gebelik yaşı, toplam doğum sayısı, düşük ve kürtaj hikayesi, gebeliğin planlanması, gebelikte alınan kilo, doğumun gerçekleştiği hafta, ağrı skorları, gebelik boyunca doktor-ebeden eğitim alma durumları araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

5.9. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Doğum sonu eğitim verilen kadınlar ile eğitim verilmeyen kadınlar arasında DSYKÖ puan ortalaması arasında fark vardır.

H₂: Doğum sonu eğitim verilen kadınlar ile eğitim verilmeyen kadınlar arasında DSYKÖ Akraba alt boyutu puan ortalaması arasında fark vardır.

H₃: Doğum sonu eğitim verilen kadınlar ile eğitim verilmeyen kadınlar arasında DSYKÖ Sosyoekonomi alt boyutu puan ortalaması arasında fark vardır.

H₄: Doğum sonu eğitim verilen kadınlar ile eğitim verilmeyen kadınlar arasında DSYKÖ Sağlık alt boyutu puan ortalaması arasında fark vardır.

H₅: Doğum sonu eğitim verilen kadınlar ile eğitim verilmeyen kadınlar arasında DSYKÖ Psikoloji- Bebek alt boyutu puan ortalaması arasında fark vardır.

H₆: Doğum sonu eğitim verilen kadınlar ile eğitim verilmeyen kadınlar arasında DSYKÖ Eş alt boyutu puan ortalaması arasında fark vardır.

5.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler okulumunuz lisanslı IBM SPSS 22 istatistik paket programıyla değerlendirilmiştir. Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel testler Tablo 5.10.1. gösterilmiştir. Araştırmadaki tüm analizlerde $p < 0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

Tablo 5.10.1. Araştırmanın Değerlendirilmesinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

İstatistiksel Yöntemler	Değerlendirilen Bulgular
Ki kare testi (χ^2) Yüzdellik	Sosyodemografik ve bireysel özelliklerinin karşılaştırılması
Aritmetik ortalama (\bar{X}):	Tanıtıcı özelliklerden yaş, ilk evlilik yaşı, ilk gebelik yaşı
Standart sapma (SD):	Bağımlı değişken, Bağımsız değişken, Gruplar arası DSYKÖ ve alt boyutlarının ön ve son test puan ortalamalarının karşılaştırılması
Bağımlı değişkenlerde t testi:	Bağımlı değişkenlerin Grup içi karşılaştırmalar
Wilcoxon eşleştirilmiş işaretli sıralar testi:	Sosyo-demografiklerin grup içi karşılaştırmalar
Bağımsız değişkenlerde t testi:	Gruplar arası DSYKÖ ve alt boyutlarının ön ve son test puan ortalamalarının karşılaştırılması
Mann Whitney U testi:	Bağımsız değişkenleri ile ön ve son test puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırmalar

5.11. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan onay (Karar no:10840098-604.01.01-E.50497) ve İstanbul Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼nden gerekli izinler alınmıştır. ¼lçek kullanım izni için yazardan izin alınmıştır.

5.12. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma çalışmaya katılan katılımcılarla sınırlıdır. Çalışmada yer alan katılımcılar sadece bir aile sağlığı merkezi nüfusundan alınmıştır. Dolayısıyla çalışmanın sonuçları lohusalık dönemindeki tüm kadınları kapsayacak şekilde genellenemez.



6. BULGULAR

Tezin bu bölümünde araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar halinde gruplandırılarak verilmiştir;

6.1. Araştırmaya katılan grupların tanıtıcı özelliklerine ait bulgular

6.2. Araştırmaya katılan kadınların DSYKÖ puan ortalamalarının grup içi karşılaştırılmasına ait bulgular

6.3. Araştırmaya katılan kadınların DSYKÖ ön test ve son test puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılmasına ait bulgular



6.1. Araştırmaya Katılan Grupların Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulgular

Araştırmaya katılan lohusaların sosyo-demografik özellikleri, gebelik öyküsü ve bu gebeliğe ait özellikleri bu başlık altında verilmiştir.

Tablo 6.1.1. Araştırmaya Katılan Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması

	Eğitim	Kontrol	Toplam	χ^2	p değeri
	Grubu	Grubu	Grubu		
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)		
Yaş grupları $\bar{X}\pm SD$	29.18±6.23	29.91±4.52	29.55±5.41		
20-29 yıl	16 (53.4)	11 (36.7)	27 (45.0)	6.04	0.049
30-34 yıl	7 (23.3)	16 (53.3)	23 (38.3)		
35 yıl ve üstü	7 (23.3)	3 (10.0)	10 (16.7)		
Eşinin Yaş grubu					
20-29 yaş	11 (36.7)	5 (16.7)	16 (26.7)	3.75	0.153
30-34 yaş	6 (20.0)	11 (36.7)	17 (28.3)		
35 yaş ve üstü	13 (43.3)	14 (46.7)	27 (45.0)		
Öğrenim düzeyi					
İlkokul	11(36.7)	10(33.3)	10(33.3)	0.10	0.991
Ortaokul	6(20.0)	6(20.0)	6(20.0)		
Lise	8(26.7)	9(30.0)	9(30.0)		
Üniversite	5(16.6)	5(16.7)	5(16.7)		
Çalışma durumu					
Çalışıyor	6(20.0)	10(33.3)	16(26.7)	1.36	0.191
Çalışmıyor	24(80.0)	20(66.7)	44(73.3)		
Aile tipi					
Çekirdek	27(90.0)	26(86.7)	53(88.3)	0.16	0.500
Geniş aile	3(10.0)	4(13.3)	7(11.7)		
Gelir düzeyi					
Gelir gidere denk	27(90.0)	23(76.7)	50(83.3)	1.92	0.150
Gelir giderden az	3(10.0)	7(23.3)	10(16.7)		
Sosyal güvencesi					
SGK	23(76.7)	27(90.0)	50(83.3)	1.92	0.150
Diğer	7(23.3)	3(10.0)	10(16.7)		
Evlilik yaşı $\bar{X}\pm SD$	23.40±4.20	23.36±3.81	23.38±3.98		
15-19 yaş	2(6.7)	5(16.7)	7(11.7)	0.15	0.469
20-24 yaş	17(56.6)	16(53.3)	33(55.0)		
25 yaş ve üstü	11(36.7)	9(30.0)	20(33.3)		
TOPLAM	30 (50.0)	30 (50.0)	60 (100.0)		

Not: Kolon yüzdesi alınmıştır. χ^2 = ki kare testi

Katılımcıların %50'si eğitim ve %50'si kontrol grubundadır. Katılımcıların eğitim durumlarının benzer yapıda olduğu, çalışan sayısının hem eğitim hem de kontrol grubunda çok daha az olduğu, büyük çoğunluğunun gelirlerinin giderlerine denk ve sağlık güvencelerinin SGK ve çekirdek aile olduğu, eğitim grubunda %6.7 ve kontrol grubunda %16.7'sinin 15-19 yaş arasında evlendiği saptanmıştır (Tablo 6.1.1).

Eğitim grubunun yaş ortalaması 29.18 ± 6.23 , kontrol grubunun yaş ortalaması 29.91 ± 4.52 olarak hesaplanmıştır. 20-29 yaş grubu katılımcıların eğitim grubunda 30-34 yaş arası kadınların kontrol grubunda daha fazla olduğu görülmektedir. Eğitim ve kontrol grubu arasında yaş gruplar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2 = 6.04$ ve $p = 0.049$) (Tablo 6.1.1).

Eğitim grubunun evlilik yaş ortalaması 23.40 ± 4.20 , kontrol grubunun 23.36 ± 3.81 olarak hesaplanmıştır.

Eğitim ve kontrol grubundaki katılımcıların aile tiplerinin ($\chi^2 = 0.16$ ve $p = 0.500$), gelir düzeylerinin ($\chi^2 = 1.92$ ve $p = 0.150$), sosyal güvencelerinin ($\chi^2 = 1.92$ ve $p = 0.150$), evlilik yaşlarının ($\chi^2 = 0.15$ ve $p = 0.469$), dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 6.1.1).

Tablo 6.1.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Gebelik Öyküsü Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması

	Eğitim Grubu	Kontrol Grubu	Toplam	χ^2	p değeri
	Sayı (%) (n=30)	Sayı (%) (n=30)	Sayı (%) (n=60)		
İlk gebelik yaşı $\bar{X}\pm SD$	24.46 \pm 4.14	24.96 \pm 4.09	24.71 \pm 4.09		
18-25	15(50.0)	14(46.6)	29(48.3)	0.04	0.930
26-30	11(36.7)	11(36.7)	22(36.7)		
31 yaş ve üstü	4(13.3)	5(16.7)	9(15.0)		
Toplam gebelik sayısı					
1kez	9(30.0)	6(20.0)	15(25.0)	1.26	0.530
2 kez	11(36.7)	15(50.0)	26(43.3)		
3 kez ve üzeri	10(33.3)	9(30.0)	19(31.7)		
Düşük / kürtaj öyküsü					
Var	9(30.0)	8(26.7)	17(28.3)	0.08	0.500
Yok	21(70.0)	22(73.3)	43(71.7)		
TOPLAM	30 (50.0)	30 (50.0)	60 (100.0)		

Not: Kolon yüzdesi alınmıştır. χ^2 = ki kare testi

Eğitim grubunun ilk gebelik yaş ortalaması 24.46 \pm 4.14, kontrol grubunun 24.96 \pm 4.09 olarak hesaplanmıştır. İlk gebelik yaşlarının ($\chi^2=0.04$ ve $p=0.930$), toplam gebelik sayısı ($\chi^2=1.26$ ve $p=0.530$) ve düşük veya kürtaj hikâyelerinin ($\chi^2=0.08$ ve $p=0.500$), dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6.1.2)

Tablo 6.1.3. Araştırmaya Katılan Kadınların Son Gebeliğe Ait Özelliklerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması

	Eğitim Grubu	Kontrol Grubu	Toplam	χ^2	p değeri
	Sayı (%) n=30	Sayı (%) n=30	Sayı (%) n=60		
Gebeliğin planlanma durumu					
Planlı	23(76.7)	18(60.0)	41(68.3)	1.92	0.133
Planlı değil	7(23.3)	12(40.0)	19(31.7)		
Gebelikte alınan kilo					
7-10 kg	7(23.3)	11(36.7)	18(30.0)	2.22	0.329
11-15 kg	15(50.0)	15(50.0)	30(50.0)		
16 kg ve üzeri	8(26.7)	4(13.3)	12(20.0)		
Sezaryenin gerçekleştiği hafta					
38 hafta	11(36.7)	13(43.3)	24(40.0)	3.15	0.207
39 hafta	16(53.3)	10(33.3)	26(43.3)		
40 hafta	3(10.0)	7(23.3)	10(16.7)		
Doğum sonu ağrı skoru $\bar{X} \pm SD$					
1-3	9(30.0)	3(10.0)	12(20.0)	4.55	0.103
4-6	13(43.3)	20(66.7)	33(55.0)		
7-9	8(26.7)	7(23.3)	15(25.0)		
Bebeğin doğum ağırlığı $\bar{X} \pm SD$					
2400-3000 gr	4(13.3)	5(16.7)	9(15.0)	1.11	0.574
3001-3500 gr	12(40.0)	15(50.0)	27(45.0)		
3501 gr ve üzeri	14(46.7)	10(33.3)	24(40.0)		
TOPLAM	30 (50.0)	30 (50.0)	60(100.0)		
Gebelik döneminde lohusalıkla ilgili kimden bilgi aldığı*					
Doktor	11 (36.7)	10 (33.3)	21 (35.0)	0.08	0.500
Ebe	10 (33.3)	12 (40.0)	22 (36.7)	0.29	0.395
Eş	3 (10.0)	3 (10.0)	6 (10.0)	0.01	0.999
Aile	10 (33.3)	9 (30.0)	19 (31.7)	0.08	0.500
Arkadaş	3 (10.0)	3 (10.0)	6 (10.0)	0.01	0.999

Not: Kolon yüzdesi alınmıştır. χ^2 = ki kare testi

*Birden fazla şık işaretlenmiştir.

Eğitim ve kontrol grubundaki katılımcıların gebeliğin planlanmasının ($\chi^2 = 1.92$ ve $p = 0.133$), gebelikte alınan kilo miktarlarının ($\chi^2 = 2.22$ ve $p = 0.329$), sezaryenin gerçekleştiği haftanın ($\chi^2 = 3.15$ ve $p = 0.207$), bebeğin doğum ağırlığının ($\chi^2 = 1.11$ ve

$p=0.574$) ve doğum sonrasındaki ağrı skorlarının ($\chi^2=4.55$ ve $p=0.103$) dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Eğitim grubunun sezaryen sonrası ağrı skor ortalaması 5.03 ± 2.10 , kontrol grubunun 5.43 ± 1.75 , eğitim grubunda bebeğin kilo ortalaması 3397.75 ± 266.57 , kontrol grubunda 3287.75 ± 390.26 olarak hesaplanmıştır.

Eğitim ve kontrol grubundaki katılımcıların gebelikleri esnasında doktordan ($\chi^2=0.08$ ve $p=0.500$), ebeden ($\chi^2=0.29$ ve $p=0.395$), eşinden ($\chi^2=0.01$ ve $p=0.999$), ailesinden ($\chi^2=0.08$ ve $p=0.500$), arkadaşlarından ($\chi^2=0.01$ ve $p=0.999$) bilgi alma durumlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).



6.2. Araştırmaya Katılan Kadınların DSYKÖ Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılmasına Ait Bulgular

Araştırmaya katılan lohusaların sosyo-demografik özelliklerinin, gebelik öyküsü özelliklerinin, son gebeliğe ait özelliklerinin DSYKÖ'ne ait puan ortalamalarının eğitim grubunda ön test-son test ve kontrol grubunda ön test-son test olarak karşılaştırılması bu başlık altında verilmiştir.

Tablo 6.2.1. Araştırmaya Katılan Kadınların DSYKÖ'ne Ait Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması

	Eğitim Grubu n=30		t	p değeri	Kontrol Grubu n=30		t	p değeri
	Ön test	Son test			Ön test	Son test		
Akraba	17.56±1.83	18.80±1.36	-5.14	<0.001	16.69±1.86	16.68±1.42	0.04	0.968
Sosyo-ekonomi	18.30±1.63	18.78±1.22	-2.14	0.041	16.93±1.89	17.46±1.59	-2.10	0.044
Eş	19.45±2.00	19.88±1.45	-2.72	0.011	18.33±1.95	19.22±1.40	-3.60	0.001
Sağlık	17.92±2.81	19.17±1.00	-2.59	0.015	17.39±2.39	17.72±1.58	-0.79	0.435
Psikolojik-bebek	19.13±0.99	20.14±0.90	-5.38	<0.001	18.50±1.40	19.47±1.06	-3.44	0.002
DSYKÖ TOPLAM	18.11±1.19	19.27±0.90	-7.38	<0.001	17.24±1.24	17.93±1.09	-3.57	0.001

DSYKÖ= Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği, \bar{X} =Aritmetik ortalama, SD= Standart sapma, t= Bağımlı değişkenlerde t testi

Tablo 6.2.1'de araştırmaya katılan kadınların DSYKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının eğitim grubunda ön test-son test ve kontrol grubunda ön test-son test olarak karşılaştırılması verilmiştir. Eğitim gurubundaki kadınlarda toplam puan ortalaması ön testte 18.11±1.9, son testte 19.27±0.90 olduğu tespit edilmiş ve puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.001$). Kontrol gurubundaki kadınlarda ise toplam puan ortalaması ön testte 17.24±1.24, son testte 17.93±1.09 olduğu belirlenmiş ve puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p=0.001$). Kontrol grubunda ön teste göre son testte toplam DSYKÖ puan ortalamasının arttığı belirlenmiştir. Eğitim ve kontrol grubunun ölçek alt boyutlarının ön test ve son test puan ortalamaları karşılaştırılmış ve deney grubunda bütün alt boyutlarda ($p<0.001$), kontrol grubunda ise Sağlık alt boyutu ve Akraba alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarda puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu, belirlenmiştir ($p=0.001$).

Tablo 6.2.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin DSYKÖ'ne Ait Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler	Eğitim Grubu (n=30)				Kontrol Grubu (n=30)			
	Ön test	Son test	Z	p değeri	Ön test	Son test	Z	p değeri
Yaş grupları								
20-29 yıl	18.39±1.18	19.50±0.93	-3.20	0.001	17.22±1.57	17.66±1.37	-1.15	0.248
30-34 yıl	18.43±0.73	19.46±0.58	-2.02	0.043	17.43±0.84	18.17±0.87	-2.79	0.005
35 yıl ve üzeri	17.14±1.19	18.57±0.79	-2.36	0.018	16.27±1.67	17.67±1.14	-1.60	0.109
Öğrenim düzeyi								
İlkokul	18.02±0.56	19.09±0.73	-2.93	0.003	16.86±0.88	17.43±1.41	-1.58	0.114
Ortaokul	18.33±0.74	19.67±0.94	-2.20	0.027	17.45±1.55	18.22±0.67	-1.57	0.116
Lise	18.36±1.58	19.16±0.98	-1.54	0.123	17.57±1.47	18.14±0.82	-1.60	0.110
Üniversite	17.61±1.96	19.37±1.16	-2.02	0.043	17.12±1.14	18.22±1.13	-1.48	0.138
Çalışma durumu								
Çalışıyor	18.22±1.43	19.60±0.89	-2.20	0.027	16.91±1.35	18.26±1.02	-2.80	0.005
Çalışmıyor	18.08±1.15	19.19±0.90	-3.88	<0.001	17.40±1.17	17.77±1.11	-1.57	0.116
Aile tipi								
Çekirdek	18.03±1.20	19.28±0.94	-4.37	<0.001	17.15±1.24	17.88±1.12	-2.95	0.003
Geniş aile	18.80±0.90	19.17±0.25	-0.53	0.593	17.82±1.21	18.25±0.96	-1.46	0.144
Gelir düzeyi								
Gelir gidere denk	18.11±1.25	19.32±0.91	-4.18	<0.001	17.36±1.17	17.91±1.15	-2.40	0.016
Gelir giderden az	18.06±.48	18.86±.077	-1.60	0.109	16.84±1.46	18.00±0.94	-2.19	0.028
Evlilik yaşı								
15-19 yaş	18.13±0.58	19.11±0.18	-1.34	0.180	1688.±1.41	17.31±1.31	-0.67	0.500
20-24 yaş	18.19±1.14	19.31±0.87	-3.29	0.001	17.37±1.15	17.93±1.05	-2.22	0.026
25 yaş ve üstü	17.97±1.40	19.23±1.05	-2.93	0.003	17.20±1.40	18.28±1.01	-2.42	0.015
DSYKÖ								
TOPLAM PUAN	18.11±1.19	19.27±0.90	-7.38	<0.001	17.24±1.24	17.93±1.09	-3.57	0.001

DSYKÖ= Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği, \bar{X} =Aritmetik ortalama, SD= Standart sapma, Z=Wilcoxon eşleştirilmiş işaretli sıralar testi

Tablo 6.2.2'de araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik özelliklerinin DSYKÖ'ne ait puan ortalamalarının eğitim ve kontrol grubunda ön test-son test grup içi karşılaştırılması verilmiştir.

Yaş gruplarında ön teste göre son testte DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; Eğitim grubunda puan ortalamasının arttığı belirlenmiştir ($p < 0.05$). Kontrol grubunda sadece 30-34 yaş grubundaki kadınlarda DSYKÖ puan ortalamasının arttığı, 20-29 ve 35 yıl ve üzeri grupta faktörlerde puan ortalamaları artışındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Öğrenim düzeyi gruplarında ön teste göre son testte DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim grubunda ilkokul, ortaokul ve üniversite gruplarında puan ortalamasının arttığı belirlenmiştir ($p < 0.05$). Kontrol grubunda öğrenim düzeyi gruplarında ön test ve son test puan ortalamaları arasında farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Çalışma durumu gruplarında ön teste göre son testte DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim grubunda hem çalışan kadınlarda hem de çalışmayanlarda gruplarında puan ortalamasının arttığı belirlenmiştir ($p < 0.05$). Kontrol grubunda çalışan kadınlarda puan ortalamasının ön teste göre son testte DSYKÖ puanının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı ($p < 0.05$), çalışmayan kadınlarda ön test ve son test puan ortalamaları arasında farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Aile tipi gruplarında ön teste göre son testte DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim ve kontrol gruplarında çekirdek aile tipinde ön teste göre son testte DSYKÖ puanının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı ($p < 0.05$), geniş aile tipinde kadınlarda ön test ve son test puan ortalamaları arasında farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Gelir düzeyi gruplarında ön teste göre son testte DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim grubunda gelir gidere denk kadınlarda puan ortalamasının arttığı, gelir giderden az kadınlarda ön test ve son test puan ortalamaları arasında farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Kontrol grubunda hem gelir gidere denk hem de gelir giderden az olan kadınlarda puan ortalamasının ön teste

göre son testte DSYKÖ puanının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

Evlilik yaşı gruplarında ön teste göre son testte DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim ve kontrol grubunda 20-24 yıl ve 25 yıl ve üzeri gruplarda farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p<0.05$), 15-19 yıl grubunda farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).



Tablo 6.2.3. Araştırmaya Katılan Kadınların Gebelik Öyküsü Özelliklerinin DSYKÖ'ne Ait Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması

Gebelik Öyküsü	Eğitim Grubu (n=30)				Kontrol Grubu (n=30)			
	Ön test	Son test	Z	p değeri	Ön test	Son test	Z	p değeri
İlk gebelik yaşı								
18-25 yıl	18.09±1.07	19.21±0.79	-3.01	0.003	17.07±1.33	17.70±1.21	-1.85	0.064
26-30 yıl	18.64±0.86	19.67±0.82	-2.94	0.003	17.45±1.05	18.03±0.95	-2.31	0.021
31 yıl ve üzeri	16.72±1.49	18.40±1.01	-1.82	0.068	17.21±1.54	18.35±1.11	-1.75	0.080
Toplam gebelik sayısı								
1 kez	18.75±0.98	19.50±0.94	-2.07	0.038	17.48±0.92	18.35±1.06	-2.20	0.028
2 kez	18.00±1.13	19.32±0.95	-2.93	0.003	17.29±1.35	17.72±1.32	-1.42	0.156
3 kez ve üzeri	17.64±1.27	19.01±0.83	-2.70	0.007	16.99±1.31	18.00±0.60	-2.19	0.028
Düşük ve kürtaj öyküsü								
Var	17.88±1.30	19.34±1.13	-2.66	0.008	17.20±1.41	17.90±1.26	-1.12	0.263
Yok	18.20±1.15	19.24±0.81	-3.24	0.001	17.25±1.20	17.94±1.06	-3.13	0.002
DSYKÖ TOPLAM PUAN	18.11±1.19	19.27±0.90	-7.38	<0.001	17.24±1.24	17.93±1.09	-3.57	0.001

DSYKÖ= Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği, \bar{X} =Aritmetik ortalama, SD= Standart sapma, Z=Wilcoxon eşleştirilmiş işaretli sıralar testi

Tablo 6.2.3'de araştırmaya katılan kadınların gebelik öyküsü özelliklerinin DSYKÖ'ne ait puan ortalamalarının eğitim grubunda ve kontrol grubunda ön test-son test grup içi karşılaştırılması verilmiştir.

İlk gebelik yaşı gruplarında ön teste göre son testte DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim grubunda ilk evlilik yaşı 18-25 yıl olanlarda ($p=0.003$) ve 26-30 yıl arası olan kadınlarda ($p=0.003$) puan ortalamasının arttığı, Kontrol grubunda ise sadece evlilik yaşı 26-30 yaş arası kadınlarda ($p=0.021$) puan ortalamasının ön teste göre son testte DSYKÖ puanının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artarken, diğer iki grupta farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Toplam gebelik sayısı gruplarına göre ön teste göre son testte DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim grubunda tüm gebelik sayısı gruplarında puan ortalamasının arttığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Kontrol grubunda 1 kez ve 3 kez ve üzeri gruplarında ön test ve son test puan ortalamaları arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p<0.05$), 2 kez gebe kalanlarda farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Düşük ve küretaj öyküsü gruplarına göre ön teste göre son testte DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim grubunda hem küretaj olan hem de olmayan gruplarda puan ortalamasının arttığı belirlenmiştir ($p=0.008$ ve 0.001). Kontrol grubunda düşük ve küretaj öyküsü olmayan kadınlarda puan ortalamaları arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p=0.002$), düşük ve küretaj öyküsü olan kadınlarda farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ortaya çıkmıştır ($p>0.05$).

Tablo 6.2.4. Araştırmaya Katılan Kadınların Son Gebeliğe Ait Özelliklerinin DSYKÖ'ne Ait Puan Ortalamalarının Grup İçi Karşılaştırılması

Bu Gebeliğe Ait Özellikler	Eğitim Grubu (n=30)				Kontrol Grubu (n=30)			
	Ön test	Son test	Z	p değeri	Ön test	Son test	Z	p değeri
Gebeliğin planlanma durumu								
Planlı	18.34±1.03	19.38±.91	-3.77	<0.001	17.48±1.24	17.99±1.28	-2.06	0.039
Planlı değil	17.34±1.42	18.91±.80	-2.37	0.018	16.86±1.18	17.85±0.77	-2.51	0.012
Gebelikte alınan kilo								
7-10 kg	17.67±1.40	18.88±0.98	-2.02	0.043	17.11±1.51	18.16±0.95	-2.04	0.041
11-15 kg	17.95±1.22	19.15±0.83	-3.06	0.002	17.29±1.03	17.90±1.06	-3.01	0.003
16 kg ve üzeri	18.77±0.66	19.83±0.75	-2.52	0.012	17.38±1.45	17.44±1.66	-0.01	0.999
Doğumun gerçekleştiği hafta								
38 hafta	17.61±1.36	18.90±0.81	-2.75	0.006	16.94±1.42	17.79±0.72	-2.06	0.039
39 hafta	18.62±0.87	19.59±0.94	-3.15	0.002	17.31±1.14	18.13±0.82	-2.39	0.017
40 hafta	17.17±0.85	18.93±0.25	-1.60	0.109	17.68±0.97	17.91±1.90	-0.50	0.612
Doğum sonu ağrı skoru								
1-3	18.80±1.00	19.54±1.21	-2.07	0.038	18.81±1.13	18.67±0.22	-0.01	0.999
4-6	18.11±0.63	19.42±0.50	-3.18	0.001	16.94±1.01	17.76±1.22	-2.80	0.005
7-9	17.31±1.63	18.72±0.85	-2.24	0.025	17.39±1.48	18.11±0.81	-1.85	0.063
DSYKÖ TOPLAM PUAN	18.11±1.19	19.27±0.90	-7.38	<0.001	17.24±1.24	17.93±1.09	-3.57	0.001

DSYKÖ= Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği, \bar{X} =Aritmetik ortalama, SD= Standart sapma, Z=Wilcoxon eşleştirilmiş işaretli sıralar testi

Tablo 6.2.4'de araştırmaya katılan kadınların bu gebeliğe ait özelliklerinin DSYKÖ'ne ait puan ortalamalarının eğitim grubunda ve kontrol grubunda ön test-son test grup içi karşılaştırılması verilmiştir.

Gebeliği planlama durumunda ön teste göre son testte DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim grubunda gebeliği planlı olan kadınlarda ileri düzeyde ($p<0.001$) arttığı, planlı olmayanlarda da farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p=0.018$). Kontrol grubunda gebeliği planlı olanlarda ($p=0.39$), olmayanlarda ($p=0.012$) farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir.

Gebelikte alınan kilo gruplarında ön teste göre son testte DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim grubunda 7-10 kg ($p=0.043$), 11-15 kg ($p=0.002$) ve 16 kg ve üzeri ($p=0.012$) gruplarında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise 7-10 kg ($p=0.041$) ve 11-15 kg ($p=0.003$) grubunda farkın istatistiksel olarak önemli olduğu, 16 kg ve üzeri kadınlarda farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir.

Doğumun gerçekleştiği gebelik haftası gruplarında ön teste göre son testte DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim grubunda 38 hafta ($p=0.006$), 39 hafta ($p=0.002$) gruplarında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu, 40 hafta grubunda farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Kontrol grubunda ise 38 hafta ($p=0.039$), 39 hafta ($p=0.017$) gruplarında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu, 40 hafta grubunda farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Doğum sonu ağrı skoru gruplarında ön teste göre son testte DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; eğitim grubunda ağrı skoru 1-3 olanlarda ($p=0.038$), 4-6 olanlarda ($p=0.001$) ve 7-9 olanlarda ($p=0.025$) farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise ağrı skoru 4-6 olan grupta ($p=0.005$) farkın istatistiksel olarak önemli olduğu, 1-3 olanlarda ve 7-9 olanlarda farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

6.3. Araştırmaya Katılan Kadınların DSYKÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Tezin bu bölümünde araştırmaya katılan lohusaların sosyo-demografik özelliklerinin, gebelik öyküsü özelliklerinin, son gebeliğe ait özelliklerinin ve DSYKÖ alt boyutlarının DSYKÖ puan ortalamalarına ait ön test son test puan ortalamalarının eğitim ve kontrol gruplarında karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 6.3.1. Araştırmaya Katılan Kadınların DSYKÖ Ön-test ve Son-test Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

	Ön test				Son test			
	Eğitim Grubu(n=30)	Kontrol Grubu(n=30)	t	p değeri	Eğitim Grubu(n=30)	Kontrol Grubu(n=30)	t	p değeri
Akraba	17.56±1.83	16.69±1.86	1.82	0.073	18.80±1.36	16.68±1.42	5.90	<0.001
Sosyo-ekonomi	18.30±1.63	16.93±1.89	2.98	0.004	18.78±1.22	17.46±1.59	3.61	0.001
Eş	19.45±2.00	18.33±1.95	2.19	0.033	19.88±1.45	19.22±1.40	1.78	0.079
Sağlık	17.92±2.81	17.39±2.39	0.78	0.439	19.17±1.00	17.72±1.58	4.21	<0.001
Psikolojik-bebek	19.13±0.99	18.50±1.40	2.02	0.047	20.14±0.90	19.47±1.06	2.65	0.010
DSYKÖ TOPLAM	18.11±1.19	17.24±1.24	2.77	0.007	19.27±0.90	17.93±1.09	5.17	<0.001

DSYKÖ= Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği, \bar{X} =Aritmetik ortalama, SD= Standart sapma, t= Bağımsız değişkenlerde t testi

Tablo 6.3.1'de araştırmaya katılan kadınların DSYKÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarına ait ön test son test puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması verilmiştir.

Lohusalarda ön testteki toplam puan ortalaması eğitim grubunda 18.11±1.9, kontrol grubunda 17.24±1.24 olduğu tespit edilmiş ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p=0.07$). Lohusalarda son testteki toplam puan ortalaması eğitim grubunda 19.27±0.90, kontrol grubunda 17.93±1.09 olduğu belirlenmiş ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). Eğitim ve kontrol grubunun alt boyutlarına ait ön test puan ortalamaları karşılaştırılmış; Ön testte üç alt boyut (Sosyo-ekonomi, Eş, Psikolojik-bebek) puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p=0.004$, $p=0.033$, $p=0.047$). Son testte ise dört alt boyut (Akraba, Sosyo-ekonomi, Sağlık, Psikolojik-bebek) puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$, $p=0.001$, $p<0.001$, $p=0.010$).

Tablo 6.3.2. Araştırmaya Katılan Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin DSYKÖ'ne Ait Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Sosyo-Demografik Özellikler	Ön test				Son test			
	Eğitim Grubu (n=30)	Kontrol Grubu (n=30)	Z	p değeri	Eğitim Grubu (n=30)	Kontrol Grubu (n=30)	t	p değeri
Yaş grupları								
20-29 yıl	18.39±1.18	17.22±1.57	-2.07	0.038	19.50±.93	17.66±1.37	-3.50	<0.001
30-34 yıl	18.43±.73	17.43±.84	-2.53	0.011	19.46±.58	18.17±.87	-2.98	0.003
35 yıl ve üzeri	17.14±1.19	16.27±1.67	-.57	0.569	18.57±.79	17.67±1.14	-1.02	0.305
Öğrenim düzeyi								
İlkokul	18.02±0.56	16.86±0.88	-3.16	0.002	19.09±0.73	17.43±1.41	-2.92	0.003
Ortaokul	18.33±0.74	17.45±1.55	-0.80	0.423	19.67±0.94	18.22±0.67	-2.32	0.020
Lise	18.36±1.58	18.22±0.67	-1.25	0.211	19.16±0.98	18.14±0.82	-2.40	0.016
Üniversite	17.61±1.96	17.12±1.14	-0.31	0.754	19.37±1.16	18.22±1.13	-1.35	0.175
Çalışma durumu								
Çalışıyor	18.22±1.43	16.91±1.35	-1.62	0.104	19.60±0.89	18.26±1.02	-2.06	0.039
Çalışmıyor	18.08±1.15	17.40±1.17	-2.38	0.017	19.19±0.90	17.77±1.11	-4.17	<0.001
Aile tipi								
Çekirdek	18.03±1.20	17.15±1.24	-2.76	0.006	19.28±0.94	17.88±1.12	-4.29	<0.001
Geniş aile	18.80±0.90	17.82±1.21	-0.70	0.480	19.17±0.25	18.25±0.96	-1.41	0.157
Gelir düzeyi								
Gelir gidere denk	18.11±1.25	17.36±1.17	-2.39	0.017	19.32±0.91	17.91±1.15	-4.23	<0.001
Gelir giderden az	18.06±0.48	16.84±1.46	-1.48	0.138	18.86±0.77	18.00±0.94	-1.25	0.210
Evlilik yaşı								
15-19 yıl	18.13±0.58	16.88±1.41	-1.54	0.121	19.11±0.18	17.31±1.31	-1.93	0.054
20-24 yıl	18.19±1.14	17.37±1.15	-2.08	0.037	19.31±0.87	17.93±1.05	-3.53	<0.001
25 yıl ve üstü	17.97±1.40	17.20±1.40	-1.25	0.210	19.23±1.05	18.28±1.01	-1.86	0.063
DSYKÖ TOPLAM	18.11±1.19	17.24±1.24	2.77	0.007	19.27±0.90	17.93±1.09	5.17	<0.001

DSYKÖ= Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği, \bar{X} =Aritmetik ortalama, SD= Standart sapma, Z=Mann Whitney U testi

Tablo 6.3.2'de kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin DSYKÖ'ne ait ön test ve son test puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması verilmiştir.

Yaş gruplarında ön teste eğitim ve kontrol gruplarının DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 20-29 yaş ve 30-34 yaş gruplarında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.038$ ve 0.011), 35 yaş üzeri grupta farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Son testte 20-29 yaş grubu ve 30-34 yaş grubunda farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.001$ ve $p=0.003$), 35 yaş üzeri grupta farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Öğrenim düzeyi gruplarında ön teste eğitim ve kontrol gruplarının DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ön testte İlkokul mezunu kadınlar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.002$), ortaokul, lise ve üniversite mezunlarında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Son testte ilkokul, ortaokul ve lise mezunu kadınlar arasında puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p=0.003$, $p=0.020$, $p=0.016$).

Çalışma durumu gruplarında ön teste eğitim ve kontrol gruplarının DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ön testte çalışan kadınlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$), çalışmayan kadınlarda farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0.017$), Son testte eğitim ve kontrol gruplarının DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise; hem çalışan kadınlarda ($p=0.039$) hem de çalışmayan kadınlarda ($p<0.001$) farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur.

Aile tipi gruplarında ön testte eğitim ve kontrol gruplarının DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çekirdek aile tipine sahip kadınlarda farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p=0.006$), geniş aile tipinde farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) bulunmuştur. Son testte eğitim ve kontrol gruplarının DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise; çekirdek aile tipine sahip kadınlar arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p<0.001$), geniş aile tipinde farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) bulunmuştur.

Gelir düzeyi gruplarında ön testte eğitim ve kontrol gruplarının DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gelir gidere denk olan kadınlar arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p=0.017$), gelir giderden az olan kadınlarda farkın

istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) bulunmuştur. Son testte eğitim ve kontrol gruplarının DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise; gelir gidere denk olan kadınlar arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p<0.001$), gelir giderden az olan kadınlarda farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p=210$) bulunmuştur.

Evlilik yaşı gruplarında ön testte eğitim ve kontrol gruplarının DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilk evlilik yaşı 20-24 yaş olan gruptaki kadınlar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.037$), 15-19 yaş ve 25 yaş ve üzeri grup olan kadınlarda farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir. Son testte eğitim ve kontrol gruplarının DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise; 20-24 yaş ve 25 yaş üzeri kadınlar arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p<0.001$, $p=0.063$) bulunmuştur.

Tablo 6.3.3. Araştırmaya Katılan Kadınların Gebelik Öyküsü Özelliklerinin DSYKÖ'ne Ait Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Gebelik Öyküsü	Ön test				Son test			
	Eğitim Grubu(n=30)	Kontrol Grubu(n=30)	Z	p değeri	Eğitim Grubu(n=30)	Kontrol Grubu(n=30)	Z	p değeri
İlk gebelik yaşı								
18-25 yıl	18.09±1.07	17.07±1.33	-2.31	0.021	19.21±0.79	17.70±1.21	-3.53	<0.001
26-30 yıl	18.64±0.86	17.45±1.05	-2.46	0.014	19.67±0.82	18.03±0.95	-3.54	<0.001
31 yıl ve üzeri	16.72±1.49	17.21±1.54	-0.50	0.624	18.40±1.01	18.35±1.11	-0.01	0.999
Toplam gebelik sayısı								
1 kez	18.75±0.98	17.48±0.92	-2.23	0.025	19.50±0.94	18.35±1.06	-1.88	0.059
2 kez	18.00±1.13	17.29±1.35	-1.68	0.092	19.32±0.95	17.72±1.32	-2.98	0.003
3 kez ve üzeri	17.64±1.27	16.99±1.31	-1.06	0.288	19.01±0.83	18.00±0.60	-2.45	0.014
Düşük ve kürtaj öyküsü								
Var	17.88±1.30	17.20±1.41	-1.15	0.248	19.34±1.13	17.25±1.20	-2.31	0.021
Yok	18.20±1.15	17.25±1.20	-2.62	0.009	19.24±0.81	17.94±1.06	-3.92	<0.001
DSYKÖ TOPLAM	18.11±1.19	17.24±1.24	2.77	0.007	19.27±0.90	17.93±1.09	5.17	<0.001

DSYKÖ= Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği, \bar{X} =Aritmetik ortalama, SD= Standart sapma, Z=Mann Whitney U testi

Tablo 6.3.3'de kadınların gebelik öykü özelliklerinin DSYKÖ'ne ait ön test ve son test puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması verilmiştir.

İlk gebelik yaşı gruplarında ön teste eğitim ve kontrol gruplarının DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 18-25 yaş grubunda ($p=0.021$) ve 26-30 yaş grubunda ($p=0.014$) farkın istatistiksel olarak önemli olduğu, 31 yaş üzeri grupta farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Son testte eğitim ve kontrol gruplarının DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise; 18-25 yaş grubunda ($p<0.001$) ve 26-30 yaş grubunda ($p<0.001$) farkın istatistiksel olarak önemli olduğu, 31 yaş üzeri grupta farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Toplam gebelik sayısı gruplarında ön teste eğitim ve kontrol gruplarının DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gebelik sayısı 1 kez olanlarda farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p=0.025$), gebelik sayısı 2 kez grubunda ve 3 kez ve üzeri grubunda farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Son teste eğitim ve kontrol gruplarının DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise; gebelik sayısı 2 kez olan kadınlarda ($p=0.003$), 3 kez ve üzeri olan kadınlarda ($p=0.014$) farkın istatistiksel olarak önemli olduğu, gebelik sayısı 1 kez olanlarda farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Düşük ve küretaj öyküsü gruplarında ön teste eğitim ve kontrol gruplarının DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; düşük ve küretaj öyküsü olmayanlarda farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p=0.009$), düşük ve küretaj öyküsü olanlarda farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Son teste eğitim ve kontrol gruplarının DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; düşük ve küretaj öyküsü olanlarda ($p=0.021$) ve olmayanlarda ($p<0.001$) farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur.

Tablo 6.3.4. Araştırmaya Katılan Kadınların Son Gebeliğe Ait Özelliklerinin DSYKÖ Ön Test ve Son Test Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Bu Gebeliğe Ait Özellikler	Ön test				Son test			
	Eğitim Grubu (n=30)	Kontrol Grubu(n=30)	Z	p değeri	Eğitim Grubu (n=30)	Kontrol Grubu (n=30)	Z	p değeri
Gebeliğin planlanma durumu								
Planlı	18.34±1.03	17.48±1.24	-2.24	0.025	19.38±0.91	17.99±1.28	-3.61	<0.001
Planlı değil	17.34±1.42	16.86±1.18	-1.01	<i>0.310</i>	18.91±0.80	17.85±0.77	-2.45	0.014
Gebelikte alınan kilo								
7-10 kg	17.67±1.40	17.11±1.51	-1.13	<i>0.258</i>	18.88±0.98	18.16±0.95	-1.49	<i>0.135</i>
11-15 kg	17.95±1.22	17.29±1.03	-1.47	<i>0.141</i>	19.15±0.83	17.90±1.06	-3.13	0.001
16 kg ve üzeri	18.77±0.66	17.38±1.45	-2.03	0.042	19.83±0.75	17.44±1.66	-2.71	0.007
Doğumun gerçekleştiği hafta								
38 hafta	17.61±1.36	16.94±1.42	-1.47	<i>0.140</i>	18.90±0.81	17.79±0.72	-2.72	0.006
39 hafta	18.62±0.87	17.31±1.14	-2.87	0.004	19.59±0.94	18.13±0.82	-3.48	<0.001
40 hafta	17.17±0.85	17.68±0.97	-0.80	<i>0.424</i>	18.93±0.25	17.91±1.90	-0.57	<i>0.579</i>
Doğum sonu ağrı skoru								
1-3	18.80± 1.00	18.81±1.13	-0.09	<i>0.926</i>	19.54±1.21	18.67±0.22	-1.38	<i>0.166</i>
4-6	18.11±0.63	16.94±1.01	-3.31	0.001	19.42±0.50	17.76±1.22	-4.25	<0.001
7-9	17.31±1.63	17.39±1.48	-0.17	<i>0.862</i>	18.72±0.85	18.11±0.81	-1.27	<i>0.203</i>
DSYKÖ TOPLAM	18.11±1.19	17.24±1.24	2.77	0.007	19.27±0.90	17.93±1.09	5.17	<0.001

DSYKÖ= Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği, \bar{X} =Aritmetik ortalama, SS= Standart sapma, Z=Mann Whitney U testi

Tablo 6.3.4'de kadınların bu gebeliğe ait özelliklerinin DSYKÖ ön test ve son test puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırılması verilmiştir.

Gebeliğin planlanma durumunda ön testte eğitim ve kontrol gruplarının DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gebeliği planlı olan kadınlarda farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p=0.025$), gebeliği planlı olmayan kadınlarda farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Son testte eğitim ve kontrol gruplarının DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise; gebeliği planlı olan kadınlarda ($p<0.001$) ve planlı olmayan kadınlarda ($p=0.014$) farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Gebelikte alınan kilo gruplarında ön testte eğitim ve kontrol gruplarının DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 16 kg ve üzeri grupta kadınlar arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p=0.042$), 7-19 kg ve 11-15 kg olan kadınlarda farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Son testte eğitim ve kontrol gruplarının DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 11-15 kg grubunda ($p=0.001$) ve 16 kg ve üzeri grupta ($p=0.007$) farkın istatistiksel olarak önemli olduğu, 7- 10 kg grubunda farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir.

Doğumun gerçekleştiği gebelik haftası gruplarında ön testte eğitim ve kontrol gruplarının DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 39 hafta grubu kadınlar arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p=0.004$), 38 hafta kadınlarda ve 40 hafta kadınlarda önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Son testte eğitim ve kontrol gruplarının DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise; 38 hafta grubu kadınlar ($p=0.006$), 39 hafta grubu kadınlar ($p<0.001$) arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu, 40 hafta kadınlarda önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Doğumda ağrı skoru gruplarında ön testte eğitim ve kontrol gruplarının DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; 4-6 olan kadınlar arasında farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p=0.001$), 1-3 ve 7-9 grubu kadınlarda farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir.

Son testte eğitim ve kontrol gruplarının DSYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise; 4-6 grubu kadınlarda ($p<0.001$) farkın istatistiksel olarak önemli olduğu, 1-3 ve 7-9 grubu kadınlarda farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir.

7. TARTIŞMA

Ülkemizde sezaryen olan kadınlarda doğum sonu verilen eğitimin yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Sezaryen olan kadınlara verilen doğum sonu eğitimin bu döneme ilişkin yaşam kalitesini artırmaya etkisini saptamak amacıyla yapılan çalışmanın bulguları, ilgili literatürle tartışılmıştır.

Eğitim grubu kadınlar ön testte DSYKÖ toplam puan ortalaması 18.11 ± 1.19 , son testte 19.27 ± 0.90 olduğu tespit edilmiş ve puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.001$). Benzer şekilde DSYKÖ tüm alt boyutları deney grubu kadınlarda artma göstermiştir ($p < 0.05$) (**Tablo 6.2.1**). Bu bulgu, verilen eğitimin etkinliğini göstermektedir. Başka bir deyişle sezaryen olan kadınlara doğum sonu dönemde verilen eğitimin lohusalarda yaşam kalitesini yükselttiği söylenebilir. Bu çalışma ile paralel olarak Bahrami (2013) çalışmasında da gebelere verilen eğitimin postpartum birinci yılda yaşam kalitesi puanlarını artırabileceği bulunmuştur (108). Karadağ (2008) çalışmasında son trimester gebelere verilen eğitimin postpartum kadınların lohusalık bakımı ve bebek bakımı konusunda bilgi puanlarını artırdığı belirtilmiştir (75). Duman ve Karataş (2011)'in sezaryen sonrası verilen evde bakım hizmetinin anne sağlığına ve öz bakım gücüne etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, kontrol grubundaki lohusaların deney grubuna göre yaklaşık 2.5 kat daha fazla postpartum ağrı yaşadıkları belirlenmiştir (109). Sanar ve Demirci (2018) çalışmasında müdahale ve kontrol grubundaki katılımcıların yaş grupları açısından benzer bulunmuş, eğitim alan lohusaların kontrol grubuna göre taburculuğa hazır oluş puanının daha yüksek olduğu ve verilen eğitimin etkin olduğunu belirlenmiştir (110). Ghiasvand et al. (2017) çalışmasında kontrol grubunda yaşam kalitesinin tüm boyutlarının ortalama puanları müdahaleden sonra öncekine göre artmıştır (111). Bu çalışmalara göre uzman kişiler tarafından verilen eğitim yoluyla doğru bilgilendirme sağlayarak postpartum dönemde kadınlara olumlu etkileri bulunmaktadır. Araştırmamızın sonuçlarına göre; **H₁ “Doğum sonu eğitim verilen kadınlar ile eğitim verilmeyen kadınlar arasında DSYKÖ puan ortalaması arasında fark vardır”** hipotezi doğrulanmıştır.

Kontrol grubundaki kadınlarda DSYKÖ toplam puan ortalaması ön testte 17.24 ± 1.24 , son testte 17.93 ± 1.09 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak

önemli olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$). Kontrol grubu DSYKÖ Akraba ve Sağlık alt boyutlarında ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak fark görülmezken ($p>0.05$) Sosyo-ekonomi, Eş ve Psikolojik-bebek alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış görülmüştür ($p<0.05$) (**Tablo 6.2.1**). Araştırmanın yapıldığı ASM’nde doğum sonu bakım rutin hizmetleri içerisinde yer alan bilgilendirme hizmetinden dolayı kontrol grubunda da puanlar bir miktar yükselmiş olabilir. Sis Çelik, Türkoğlu & Pasinlioğlu (2014) tarafından ASM’ne başvuran lohusalarda yapılan çalışmada doğum sonu döneme ilişkin bilgilendirme alan kadınlarda DSYKÖ puan ortalamasının bilgilendirme almayan kadınlara göre önemli düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (102). Prost et al (2013) orta ve düşük gelirli ülkeleri kapsayan meta- analiz çalışmasında antepartum ve intrapartum dönemde ev ziyaretinin anne ve yenidoğan sağlığı üzerinde olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir (112). Bebek sahibi olmak kadınlar için önemli bir yaşam deneyimidir ve bu döneme ilişkin bilgi almaya ihtiyaç duyabilmektedirler. Sadece bilgilendirme almak bile kadınların yaşam kalitesini yükseltirken planlı olarak ev ziyareti yoluyla verilen eğitimin yaşam kalitesinde daha çok artışa neden olduğu söylenebilir. Araştırmamızın sonuçlarına göre; **H₂ “Doğum sonu eğitim verilen kadınlar ile eğitim verilmeyen kadınlar arasında DSYKÖ Akraba alt boyutu puan ortalaması arasında fark vardır”** ve **H₄ “Doğum sonu eğitim verilen kadınlar ile eğitim verilmeyen kadınlar arasında DSYKÖ Sağlık alt boyutu puan ortalaması arasında fark vardır”** ve **H₆: Doğum sonu eğitim verilen kadınlar ile eğitim verilmeyen kadınlar arasında DSYKÖ Eş alt boyutu puan ortalaması arasında fark vardır”** hipotezi doğrulanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınlarda ön testteki puan ortalaması eğitim grubunda 18.11 ± 1.19 , kontrol grubunda 17.24 ± 1.24 olduğu belirlenmiş ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu tespit edilmiştir ($p=0.007$) (**Tablo 6.3.1**). Eğitim öncesinde yapılan yaşam kalitesi ölçümlerinde deney grubunda yaşam kalitesi düzeylerinin kontrol grubuna göre yüksek olduğu görülmektedir. Bunun tesadüfi olduğu söylenebilir. Çünkü araştırmamızda eğitim ve kontrol grupları yaş haricinden benzer özellikler taşımaktadır. Yapılan çalışmalarda yaş ile doğum sonu yaşam kalitesi arasında ilişki olmadığı bildirilmiştir (105,113,114). Bu sonuçlar doğrultusunda sezaryen olan kadınlara doğum sonu dönemde verilen eğitimin onların yaşam kalitesinin artması üzerine etkisi olduğu söylenebilir.

Kadınların son testteki puan ortalamaları eğitim grubunda 19.27 ± 0.90 , kontrol grubunda 17.93 ± 1.09 ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.001$) (**Tablo 6.3.1**). Eğitim grubu ile karşılaştırıldığında kontrol grubunda son test DSYKÖ puan ortalamasının azaldığı görülmektedir. Son testte puan ortalamaları Akriba, sosyoekonomi, sağlık ve psikoloji-bebek alt boyutlarında eğitim grubunda kontrol grubuna göre anlamlı artış saptanmıştır ($p < 0.005$). Kadınlarda gebelik ve doğuma ilişkin bilgi eksikliği endişe ve korku yaşamalarına neden olmaktadır (115). Bu bulgular doğrultusunda bilgi eksikliğinin doğum sonrası dönemde kadınları olumsuz etkilemesi, beklenen bir durum olarak görülebilir. Buna ilaveten doğum sonu verilen eğitimin yaşam kalitesini artırdığı doğrulanmış olmaktadır. Araştırma sonuçları **H₃ “Doğum sonu eğitim verilen kadınlar ile eğitim verilmeyen kadınlar arasında DSYKÖ Sosyoekonomi alt boyutu puan ortalaması arasında fark vardır”, H₅” Doğum sonu eğitim verilen kadınlar ile eğitim verilmeyen kadınlar arasında DSYKÖ Psikoloji- Bebek alt boyutu puan ortalaması arasında fark vardır”** hipotezi doğrulanmıştır.

Öğrenim düzeyine göre DSYKÖ ön testteki puan ortalaması ortaokul mezunu kadınlarda eğitim grubu 18.33 ± 0.74 , kontrol grubu 17.45 ± 1.55 ve lise mezunu kadınlarda ise eğitim grubu 18.36 ± 1.58 , kontrol grubu 18.22 ± 0.67 olduğu tespit edilmiş ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir ($p > 0.05$). DSYKÖ son testteki puan ortalaması ortaokul mezunu kadınlarda eğitim grubu 19.67 ± 0.94 kontrol grubu 18.22 ± 0.76 ve lise mezunu kadınlarda eğitim grubu 19.16 ± 0.98 kontrol grubu 18.14 ± 0.82 olarak belirlenmiş ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Eğitim ve kontrol gruplarındaki ortaokul ve lise mezunu kadınlar arasında DSYKÖ puan ortalaması açısından fark bulunmazken son testte istatistiksel olarak önemli bir farklılık olduğu dikkat çekmektedir. Eğitim grubundaki ortaokul ve lise mezunu kadınlarda DSYKÖ puan ortalaması son testte kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. Buna rağmen üniversite mezunu kadınlarda son testte eğitim ve kontrol grupları arasında DSYKÖ puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Bu durumun üniversite mezunu kadınların bilgiye ulaşmak açısından daha avantajlı gruplar olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Üniversite mezunu kadınlarda ön test ve son test DSYKÖ puan ortalamaları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı

olması ($p<0.05$) sezaryen olan üniversite mezunu kadınlarda doğum sonu eğitimin yaşam kalitesinin artması üzerine etkisi olduğu söylenebilir.

Kadınların gelir getiren bir işte çalışma durumlarına göre DSYKÖ ön testteki puan ortalaması çalışan kadınların eğitim grubunda 18.22 ± 1.43 kontrol grubunda 16.91 ± 91 olup puan ortalaması arasında farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Son testteki puan ortalaması eğitim grubunda 19.60 ± 0.89 kontrol grubunda 18.26 ± 1.02 olup puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bununla birlikte çalışmayan kadınlarda kontrol grubu ön test son test puan ortalamaları arasında fark bulunmazken ($p>0.05$) eğitim grubu ön test ve son test puan ortalaması çalışmayan kadınlarda ileri derecede anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.001$). Çalışmayan kadınlarda doğum sonu verilen eğitimin yaşam kalitesi üzerine önemli bir etkisi olduğu söylenebilir.

Toplam gebelik sayısına göre DSYKÖ ön testteki puan ortalaması gebelik sayısı 2 olanların eğitim grubunda 18.00 ± 1.13 kontrol grubunda 17.29 ± 1.35 puan ve gebelik sayısı 3 kez ve daha fazla olanların eğitim grubunda 17.64 ± 1.27 , kontrol grubunda 16.99 ± 1.31 puan olup puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Son testteki puan ortalaması gebelik sayısı 2 olanların eğitim grubunda 19.32 ± 0.95 kontrol grubunda 17.72 ± 1.32 puan ve gebelik sayısı 3 kez ve daha fazla olanların eğitim grubunda 19.01 ± 0.83 , kontrol grubunda 18.00 ± 0.60 puan olup puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Toplam gebelik sayısı 2 olan ve 3 ve üzeri olan kadınlar eğitim ve kontrol gruplarına göre karşılaştırıldığında ön testte DSYKÖ puan ortalamaları arasında fark bulunmazken son testte eğitim grubu lehine bir artış gözlenmiştir (Tablo 6.3.3). Bu sonuçlar doğum sonu eğitimin sezaryen olan kadınlarda yaşam kalitesi puanını artırdığını göstermektedir.

Kadınların düşük ve küretaj öyküsüne göre DSYKÖ ön testteki puan ortalaması düşük ve küretaj öyküsü olan kadınların eğitim grubunda 17.88 ± 1.30 ve kontrol grubunda 17.20 ± 1.41 olup arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). DSYKÖ son testteki puan ortalaması düşük ve küretaj öyküsü olan kadınların eğitim grubunda 19.34 ± 1.13 ve kontrol grubunda 17.94 ± 1.06 olup puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Düşük ve küretaj öyküsü olan kadınlarda doğum sonrası

verilen eğitimin etkili olduğu söylenebilir. Bu sonuçlar doğum sonrası verilen eğitim yaşam kalitesi puanlarını artırdığını göstermektedir.

Kadınların gebeliğin planlanma durumuna göre DSYKÖ ön testteki puan ortalaması planlı olmayan kadınların eğitim grubunda 17.34 ± 1.42 ve kontrol grubunda 16.86 ± 1.18 olup arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). DSYKÖ son testteki puan ortalaması gebeliği planlı olmayan kadınların eğitim grubunda 18.91 ± 0.80 ve kontrol grubunda 17.85 ± 0.77 olup puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p = 0.014$). Gebeliği planlı olmayan kadınlarda doğum sonrası verilen eğitimin etkili olduğu söylenebilir. Bu sonuçlar doğum sonrası verilen eğitim yaşam kalitesi puanlarını artırdığını göstermektedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 29.55 ± 5.41 olup yaş gruplarına göre eğitim ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.
- Eğitim ve kontrol gruplarının öğrenim düzeyi, çalışma durumu, aile tipi, gelir düzeyi, sosyal güvencesi, evlilik yaşı gibi sosyo-demografik özellikler açısından istatistiksel olarak benzer olduğu saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan kadınların ilk gebelik yaşı ortalaması 24.71 ± 4.09 'dir. Eğitim ve kontrol gruplarının ilk gebelik yaşı grupları, toplam gebelik sayısı ve düşük/ küretaj öyküsü gibi özellikler açısından istatistiksel olarak benzer olduğu bulunmuştur.
- Eğitim ve kontrol gruplarının gebeliğin planlanma durumu, gebelikte alınan kilo, sezaryenin gerçekleştiği gebelik haftası, doğum sonu ağrı skoru, bebeğin doğum ağırlığı ve gebelik döneminde lohusalıkla ilgili kimden bilgi aldığı gibi son gebeliğe ait özellikler açısından istatistiksel olarak benzerdir.
- Eğitim grubu kadınlarda DSYKÖ toplam ön test puan ortalaması ve son test puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli farklılık olduğu saptanmıştır. Deney grubunda son testte DSYKÖ puan ortalaması ön teste göre artmıştır.
- Eğitim grubu kadınlarda DSYKÖ alt boyutlar ön test puan ortalaması ve son test puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli farklılık olduğu saptanmıştır. Eğitim grubunda son testte DSYKÖ alt boyutlar puan ortalaması ön teste göre artmıştır.
- Kontrol grubundaki kadınlarda DSYKÖ toplam ön test puan ortalaması ve son test puan ortalaması istatistiksel olarak önemli farklılık olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunda son testte DSYKÖ puan ortalaması ön teste göre artmıştır.
- Kontrol grubu DSYKÖ Akraba ve Sağlık alt boyutlarında ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak fark görülmezken Sosyo-ekonomi, Eş ve Psikolojik-bebek alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış olmuştur.
- Kadınların ön testteki DSYKÖ puan ortalaması eğitim grubu ve kontrol grubu arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu tespit edilmiştir. Eğitim grubu DSYKÖ toplam puan ortalaması kontrol grubuna göre daha yüksektir.

- Kadınların son testteki DSYKÖ puan ortalamaları eğitim grubu ve kontrol grubu arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır. Eğitim grubu DSYKÖ toplam puan ortalaması kontrol grubuna göre daha yüksektir.
- Öğrenim düzeyine göre ortaokul ve lise mezunu kadınlarda DSYKÖ puan ortalaması ön testte eğitim ve kontrol grupları arasında fark görülmezken son testte deney grubu lehine farklılık olduğu saptanmıştır.
- Çalışma durumlarına göre çalışan kadınlarda DSYKÖ puan ortalaması ön testte eğitim ve kontrol grupları arasında fark görülmezken son testte deney grubu lehine farklılık olduğu saptanmıştır.
- Toplam gebelik sayısına göre gebelik sayısı 2 olanlar ve 3 ve daha fazla olan kadınlarda DSYKÖ puan ortalaması ön testte eğitim ve kontrol grupları arasında fark görülmezken son testte deney grubu lehine farklılık olduğu saptanmıştır.
- Düşük/ küretaj öyküsüne göre düşük ve küretaj öyküsü bulunan kadınlarda DSYKÖ puan ortalaması ön testte eğitim ve kontrol grupları arasında fark görülmezken son testte deney grubu lehine farklılık olduğu saptanmıştır.
- Gebeliğin planlanma durumuna göre gebeliği planlı olmayan kadınlarda DSYKÖ puan ortalaması ön testte eğitim ve kontrol grupları arasında fark görülmezken son testte deney grubu lehine farklılık olduğu saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Sezaryen olan kadınlara doğum sonu dönemde ebeler tarafından ev ziyareti yoluyla eğitim verilmesi,
- Ebelerin doğum sonu eğitim konusunda bilgi düzeylerini artırmaya yönelik hizmetiçi eğitimlerin düzenlenmesi,
- Aile sağlığı merkezlerine başvuran lohusaların takibinde ebelerin aktif hale getirilmesi önerilir.

9. KAYNAKÇA

1. Çubukçu Aksu, Sevda. Edirne İl Merkezindeki Kadınların Postpartum uzun dönem sağlık problemlerinin belirlenmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi, Edirne, 2010.
2. Yıldız H, Küçükşahin N. Kırsal bölgede yaşayan annelerin doğum sonu yaşadıkları sorunlar ve bakım gereksinimleri. Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 4 (15), 159-166, 2011.
3. Wang Panchalli, Liou, Shwu-Ru ve Cheng, Ching-Yu. Prediction of maternal quality of life on preterm birth and low birthweight: a longitudinal study. BMC Pregnancy and Childbirth. s.124, 2013.
4. Güner Er Ç. Postpartum erken dönem kanıta dayalı uygulamalar. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 4(3), 483-496, 2015.
5. Başer M. ve diğerleri. Postpartum Dönemde Anne Ve Babaların Yenidoğan Bakımına ilişkin Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of 54 Health Sciences) (Ek Sayı:Hemşirelik Özel Sayısı),14, 54-58, 2005.
6. Bağcı S ve Altuntuğ, K. Annelerin doğum sonunda yaşadıkları sorunlar ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Journal of Human Sciences 13(2), 3266-3279, 2016. doi:10.14687/jhs.v13i2.3884
7. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması. 2013. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf. (Erişim tarihi: 02.02.2019).
8. (<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>). (Erişim tarihi: 01.04.2019).
9. Zeren F ve Gürsoy E. Dünya Sağlık Örgütü'nün Anne ve Yenidoğan İçin Postpartum Bakım Önerileri. Gümüşhane Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(4), 95-102, 2018.

10. Galiano- Martinez J.M et al. Women's Quality of life ar 6 weeks postpartum: Influence of the discomfort present in the puerperium. *J. Clin. Med.*16(2), 253, 2019. doi:10.3390/jcm8030324
11. Balkaya NA. Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 6(2), 42-49, 2002.
12. Zubaran C et al. An assessment of maternal quality of life in the postpartum period in southern brazil: a comparison of two questionnaires. *Clinics*, Cilt 64 (8), 751-756, 2009.
13. Romano,M, Cacciatore A, Giordano R, La Rosa B Postpartum period: three distinct but continuous phases. *J. Prenat Med*, 4 (2), 22-25, 2010.
14. Kısa S ve Zeyneloğl, S. Opinions of women towards cesarean delivery and priority issues of care in the postpartum period. *Applied Nursing Research*, 28(4), 63-81, 2016.
15. Killien M.G, Habermann B ve Jarrett M. Influence of employment characteristics on postpartum mothers' health, *Women & Health*, 33(1-2), 63-81, 2001. https://doi.org/10.1300/J013v33n01_05
16. Mousavi SA et al. Quality of life after cesarean and vaginal delivery. *Oman Medical Journal*, 28(4), 245, 2013.
17. Torkan B, Parsay S, Lamyian M, Kazemnejad A, Montazeri A. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *BMC Pregnancy and Childbirth* 9(1), 4, 2009.
18. Sadat Z, Taebi M, Saberi F, Kalarhoudi M.A. The relationship between mode of delivery and postpartum physical and mental health related quality of life. *Iranian Journal Of Nursing And Midwifery Research*, 18(6), 499, 2013.
19. Kohler S, Annerstedt K.S, Diwan V, Lindholm L, Randive B, Vora K, Decosta A. Postpartum quality of life in Indian women after vaginal birth and cesarean section: a pilot study using the EQ-5D-5L descriptive system. *BMC pregnancy and childbirth*. 18(1), 247, 2018.

20. Farquhar M. Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal Of Advanced Nursing*. 22(3), 502-508, 1995.
21. Boylu AA ve Paçacıoğlu B. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 8(15), 137-150,2016.
22. Tosun, E.K. Yaşam kalitesi ekseninde şekillenen alternatif bir kentsel yaşam modeli: yavaş kentleşme hareketi. *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 32(1), 215-237, 2013.
23. WHO 1994. <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>. (Erişim tarihi: 11.02.2019).
24. Hür S ve Demirci N. Sezaryen ya da Normal Spontan Doğum Yapan Primiplarlarda Doğum Deneyiminin Doğum Sonu Yaşam Kalitesine Etkisi. *Ege Klinik Tıp Dergisi*. 55(1), 14-19, 2017.
25. Baeschline- Grylka S, Meyer T, Lengler L, Van Teijlingen E, Pehlke-Milde J, Gross M.M. Postnatal quality of life A content analysis of qualitative results to the Mother-Generated Index. *Women and Birth*. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.06.003>
26. Aksakallı M, Çapık A, Ejder A S, Pasinlioğlu T, Bayram S. Lohusaların destek İhtiyaçlarının ve doğum sonu dönemde alınan destek düzeylerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 3(3), 129-135, 2012.
27. Shaw E, Levitt C, Wong S, Kaczorowski J & McMaster University Postpartum Research Group. Systematic review of the literature on postpartum care: effectiveness of postpartum support to improve maternal parenting, mental health, quality of life, and physic. *Birth*. 33(3), 210-220, 2006.
28. Öztürk S, Erci B. Postpartum Dönemdeki Primiplar Annelere Loğusa Ve Yenidoğan Bakımı Konusunda Verilen Eğitimin Annelik Özgüvenine Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 5(2), 25-31, 2016.
29. Pasinlioğlu, T. Postpartum Dönem. [kitap yaz.] Lale Taşkın. [çev.] A. Coşkun. *Doğum ve Kadın Sağlığı El Kitabı*. 2. Baskı. İstanbul. Vehbi Koç Yayınları, s104, 2008.

30. Novy J.M Limpscomb K. Normal Lohusalık. [kitap yaz.] A Decherney T Goodwin ve N Laufer. [dü.] E Malatyalıoğlu ve H Çelik . [çev.] Tıraş M.B. Güncel Obstetrik ve Jinekoloji Tanı ve Tedavi. Ankara. Güneş Tıp Kitapevi, 10. Baskı, s222-245, 2008.
31. Pavone E.M, Purinton C.S. ve Peterson M.S. Postpartum Bakım ve Emzirme. Çev. [kitap yaz.] Szymanski L.M, Fox E.H, Wallach.E.E, Çev (ed): Oral E Fortner B.K. [çev.] Özenç S.C. Koç A. John Hopkins Jinekoloji ve Obstetri El Kitabı. Güneş Tıp Kitap Evi, 3. Baskı, s245-247, 2008.
32. Carey J C, Rayburn F W. Obstetrik ve Jinekoloji. [çev.] Güner Haldun. 4. Baskı, s236-237, 2006.
33. Bulut A, Yiğitbaş Ç, Bulut A, & Tuncay S. Pospartum süreçte kadının kendi sağlığını etkileyen durumlara ilişkin bilgi ve tutumları. FNG & Bilim Tıp Dergisi, 2(2), 90-99, 2016.
34. Yıldız D. Doğum sonrası dönemde annelerin bebek bakımı konusunda danışmanlık gereksinimleri ve yaklaşımlar. Gülhane Tıp Dergisi, 50(4), 294-298, 2008
35. Güngör İ, Gökyıldız Ş, Nahcivan NÖ. Sezaryen doğum yapan bir grup kadının doğuma ilişkin görüşleri ve doğum sonu erken dönemde yaşadıkları sorunlar. İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O Dergisi. 13 (53), 2004.
36. Yılmaz M, Öncel S. Annelik Hüznü İle Baş Etmede Hemşirenin Rolü. Türkiye Klinikleri 32 J Nurs Sci, 1(1), 2009.
37. Whalley J, Keppler A, Simkin P. & Durham J. Hamilelik Doğum Ve Bebek Bakımı. [çev.] A. Dülger. İstanbul: Bilim Teknik Yayınevi, s160-225, 2016.
38. Şahin G. Emziren Annelerin Emzirme İle İlgili Bilgi, Uygulama Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü Prof. Dr. Aytekin Oğuz, Uzmanlık Tezi, 2008.
39. Çoban V. Postpartum Dönemdeki Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 2012.

40. Başkanlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. Ankara, 2018.
41. Bilgin N.Ç, Potur D.C. Doğum sonu dönem kanıt temelli yaklaşımlar ve hemşirelik. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 3(3), 80-87, 2010.
42. Thompson J. Gebelikten Doğuma Hamilelik. [çev.] T. Bozkurt. S. Karakuş. Ankara, Arkadaş Yayınevi, 3. Baskı,s52-99, 2006.
43. Erbaba H, Pınar G. Postpartum Perineal Travmanın Önlenmesi ve Yönetimine İlişkin Güncel Yaklaşımlar. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD), 13(3), 272-281, 2016.
44. Gül N. Normal doğum ve sezaryen doğum uygulanan olguların postpartum komplikasyonlar yönünden karşılaştırması. TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.
45. Çağlayan E.K, Üstün Y.E. Gebelik ve Venöz Tromboembolizm. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 12(1), 2015.
46. Szymanski M.L, Aine-Mumuney A. Gebelikte hematolojik hastalıklar. [kitap yaz.] E. Oral. [çev.] T. Şener ve H.M. Tanır. John Hopkins Jinekoloji ve Obstetri El Kitabı. Ankara, Güneş Tıp Kitap Evi, 3. Baskı, s.225-230, 2008.
47. Akyolcu N, Uğraş G.A. Kendi Kendine Meme Muayenesi: Erken Tanıda Ne Kadar Önemli?. Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health. 7(1), 2011.
48. Gürsoy A.A. Kendi Kendine Meme Muayenesi Çelişkisi. TAF Prev Med Bull. 7(3), 257-260, 2008.
49. Özer A, Bankaoğlu E, Ekerbiçer HÇ, Hüdayioğlu MR & Özdemir M. Kahramanmaraş'ta Yaşayan Bir Grup Kadının Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mammografi Çektirme Durumu İle Bunları Etkileyen Faktörler. Toplum Hekimliği Bülteni. 28 (Ocak-Nisan), 14-18, 2009.

50. Güner İ.Ç, Tetik A, & Gönener HD. Kadınların kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi. Gaziantep Tıp Dergisi. 13(2), 55-60, 2007.
51. Karpuz N, Çakır D, Kendi kendine meme muayenesinin meme kanserinin erken teşhisinde önemi. <https://docplayer.biz.tr/19381914-Kendi-kendine-meme-muayenesinin-meme-kanserinin-erken-teshisinde-onemi-nurdan-karpuz-1-demet-cakir-1.html> (Erişim Tarihi: 03.03.2019).
52. Samur G. Anne sütü. Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2008.
53. Gürarlan Baş N. Sezaryen İle Doğum Yapan Annelere Verilen Emzirme Danışmanlığının Yenidoğanın İlk Emzirilme Zamanına Vücut Isısına Ve Emme Başarısına Etkisi. Doktora Tezi. 2014.
54. Atıcı A, Polat S, & Turhan A.H. Breastfeeding. Turkiye Klinikleri Journal of Pediatrical Sciences. 3(6), 2007.
55. Anne sütü ve emzirme rehberi. İstanbul Mehmet Akif Ersoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2016.
56. Lang C. Bağlanma-Doğum Öncesi ve Sonrası Dönemde Bağlanmanın Güçlendirilmesi. [çev.] N. Üzel S. Özbalcı. 1. Baskı. Ankara, Modern Tıp Kitap Evi, s10-110, 2009.
57. Bowlby J. Attachment and Loss. Londra: Hogarth Press ve Psiko Analiz Enstitüsü, 2, 1983.
58. Güleşen A, Yıldız D. Erken Postpartum Dönemde Anne Bebek Bağlanmasının Kanıtı Dayalı Uygulamalar ile İncelenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 12(2), 2013.
59. Yılmaz S.D. Prenatal maternal-fetal attachment/Prenatal anne-bebek bağlanması. Journal of Education and Research in Nursing. 10(3), 28-34, 2013.
60. <http://iskanunu.com/sizin-sorduklariniz/dogum-izinleri/> Erişim tarihi: 02.02.2019.
61. Zenciroğlu A, Özbaş S. Temel Yenidoğan Bakımı. 2015.

62. Akpınar F, Göçmen İ. Yenidoğanlarda Deri Bakımı. Maltepe Tıp Dergisi. 6(2), 2014.
63. Yılmaz M. Yenidoğanda göbek bakımında kullanılan solüsyonların göbek düşme süresine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2014.
64. Çalbayram N. Yenidoğanın doğum odasında ilk bakımı ve fizik muayenesi. Cilt <https://acikders.ankara.edu.tr/mod/resource/view.php?id=3639>. 10.01.2019.
65. Karabulut A.A. Yenidoğanda Deri Fizyolojisi ve Topikal İlaç Kullanımı. . Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm. 45, 2011.
66. Önder M, Adışen E, Velagiç Z. Diaper dermatit. Turkish Pediatr J. 50, 129-135, 2007.
67. Çağlar S. . Bez Dermatiti ve Bakımı. Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics. 1(2), 2015.
69. Zengin N, Zengin M.Ö. Doğumsal nazolakrimal kanal tıkanıklığı tedavisinde sondalama yönteminin etkinliği ve zamanlaması. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi. 4(2), 123-127, 2014.
70. Irgaç G. Yenidoğan bebeği olan annelerin bebek Banyosu konusundaki görüşleri ile Uygulamalarının sosyal destek algısı ve Kaygı düzeyine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum, 2013.
71. Akarsu H.R, Tuncay B, Alsaç Y.S. Anne-bebek bağlanmasında kanıta dayalı uygulamalar. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 6(4), 275-279, 2017.
72. İnal S, Yıldız S. Sağlıklı term bebeklerde düzenli bebek masajının büyüme ve mental- motor gelişime etkisi. İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O. Dergisi. 13(54), 2005.
73. Yeğen B, Egemen A. Dokunmanın önemi ve bebek masajı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 9, 46: 9, 2000.
74. Akçay P, İncazlı B.S. Bebek masajı uygulaması. <https://docplayer.biz.tr/7034880-Bebek-masaji-uygulama.html> (Erişim tarihi: 02.02.2019).

75. Karadağ F. Gebelere lohusalık bakımı ve bebek bakımı konusunda verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2008.
76. Karaca Çiftçi E, Beklen S. Karaca Çiftçi E, Beklen S. 0-6 Yaş Arası Çocuğu Olan Annelerin Ateş Ve Ateş Düşürücüler İle İlgili Bilgi Ve İnanışları. Journal of Harran University Medical Faculty. 11(2), 2014.
77. Demir M, Bayat M. Tokat Karşıyaka Doğum ve Çocuk Hastanesi acil servisine yüksek ateş şikâyetiyle getirilen 0-5 yaş grubu çocukların annelerinin yüksek ateşle ilgili bilgi ve tutumları. Sağlık Bilimleri Dergisi (Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı). 14, 22-2, 2005.
78. Evliyaoğlu N. Bebeklerde Uyku Sorunları. Çukurova Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Sosyal Pediatri Bilim Dalı. <https://docplayer.biz.tr/3956695-Bebeklerde-uyku-sorunlari-prof-dr-nurdan-evliyaoglu-cukurova-universitesi-cocuk-sagligi-ve-hastalıkları-ad-sosyal-pediatri-bilim-dali.html> (Erişim tarihi: 15.06.2019).
79. <https://safetosleep.nichd.nih.gov/>. (Erişim tarihi: 03.03.2019).
80. American Academy Of Pediatrics. 2000.
81. Alparslan Ö, Uçan S, Sabriye. Bir Sağlık Ocağı Bölgesindeki Bebeklerde Ani Bebek Ölümü Sendromu ile İlgili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. Turkish Journal of Research & Development in Nursing. 13(1), 2010.
82. Erdoğan Ç, Turan T. Yenidoğanlarda Güvenli Uyku Açısından Annelerin Tercihleri. . Journal of Turkish Sleep Medicine. 5, 58-61, 2018.
83. Özaltun CŞ, Güler S. Sağlık Taramaları. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2015.
84. İçke S, Genç E.R. Topuk kanı örneği ile yapılan ulusal yenidoğan tarama testleri ve önemi. . J Pediatr Res. 4(4), 186-90, 2017.
85. Altunhan H, Yılmaz F. H. Yenidoğanın Değerlendirilmesi ve Yenidoğan Taramaları. Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics, 9(1), 28-32, 2018.

86. Umut S, Saryal B. Kistik Fibrozis Tanı ve Tedavi Rehberi. Türk Toraks Derneği. 11(2), 2011.
87. Sivaslı E. Yenidoğan bebeklerde uzamış sarılık. Gaziantep Tıp Dergisi. 15(2), 49-55, 2009.
88. Kahveci M, Çeltik C, Acunaş B. Yenidoğan dönemindeki patolojik sarılıklı olguların değerlendirilmesi. Sted, 13(6), 215-219, 2004.
89. Türkiye’de bağışıklama programı (GBP). XIX. Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Kongresi, Ankara, Mart 2018.
90. Gülcü S, Arslan S. Çocuklarda Aşı Uygulamaları: Güncel Bir Gözden Geçirme. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 8(1), 34-43, 2018.
91. <https://asi.saglik.gov.tr/asi-takvimi/> (Erişim Tarihi: 27.07.2019).
92. Kılıç E. Üreme çağındaki kadınlarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler ve depresif belirtilerin düzeyi. Uzmanlık Tezi, . Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Sivas, 2018.
93. Nikan F, Jafarabadi MA, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, & Mirghafourvand, M. Designation and psychometric properties of the Short Form Postpartum Quality of Life Questionnaire (SF-PQOL): an application of multidimensional item response theory and genetic. Health promotion perspectives. 8(3), 215, 2018.
94. Arslan A.D, Çağlayandereli M. Sosyolojik boyutlarıyla günlük yaşam kalitesi. Paradigma Akademi. 2016.
95. Ağır Sert M. Yaşam kalitesi, değerler ve umut-umutsuzluk. Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi. 11(Haziran), 2017.
96. Felce D, Perry J. Yaşam kalitesi: Tanımı ve ölçümü. Research in Developmental Disabilities 16(1), 51-74, 1995.
97. Öksüz E, Malhan S. Sağlığa bağlı yaşam kalitesi kalitemetri. 2005.
98. Top M.Ş, Özden S.Y, Sevim M.E. Psikiyatride yaşam kalitesi. Düşünen Adam Dergisi. 16(1), 20, 2003.

99. Perim A. Trakya Üniversitesi eğitim, araştırma ve uygulama hastanesinde çalışan hemşirelerin kaliteli yaşam algısının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2007.
100. Öztürk Can Ö. Doğum Sonrası Bakım Rehberlerinin Kanıt Temelli Çalışmalarla Gözden Geçirilmesi. . Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 5(2), 40-47, 2015.
101. Yılmaztürk Y. Postpartum Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Eskişehir, 2010.
102. Sis Çelik A, Türkoğlu N, & Pasinlioğlu T. Annelerin doğum sonu yaşam kalitesinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17(3), 2014.
103. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P. Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. . Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 8(1), 31-46, 2011.
104. Rezaei N, Tavalae Z, Sayehmiri K, Sharifi N, & Daliri S. The relationship between quality of life and methods of delivery: a systematic review and meta-analysis. . Electronic physician. 10(4), 65-96, 2018.
105. Kızılkaya S. Sezaryen ya da normal spontan doğum yapan primiparlarda doğum deneyiminin doğum sonu yaşam kalitesine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. . Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2013.
106. Hill P, Aldag JC, Hekel B, Riner G, Bloomfield P. Maternal Postpartum Quality of Life Questionnaire, Journal of Nursing Measurement 14(3), 205-20, 2006.
107. Altuntuğ K, Ege E. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 15(3), 214-222, 2012.
108. Bahrami N, Simbar M, & Bahrami S. . The effect of prenatal education on mother's quality of life during first year postpartum among iranian women: a randomized controlled trial. International Journal Of Fertility & Sterility. 7(3) 169, 2013.

109. Duman N.B, Karataş N. Sezaryen Sonrası Erken Taburcu Olan Kadınlara Verilen Evde Bakım Hizmetinin Anne Sağlığına Ve Öz Bakım Gücüne Etkisi. . Sağlık Bilimleri Dergisi. 20(1), 54-67, 2011.
110. Sanar S, P ve Demirci, H. Lohusa Okulunda Annelere Verilen Planlı Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi "Bilinçli Annelerden Sağlıklı Nesillere". 2(3), 174-181, 2018.
111. Ghiasvand F. et. The effect of a self-care program based on the teach back method on the postpartum quality of life. *Electronic physician*. 9(4), 4180-4189, 2017.
112. Prost A, Colbourn T, Seward N, Azad K, Coomarasamy A, Copas A, et al. Women's groups practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: a systematic review. *Lancet*. 381(9879):1736–46, 2013.
113. Oliveira M.F, Parker L, Ahn H, Catunda H.L.O, Bernardo E.B. R, de Oliveira M.F,& Castro R.C.M.B. Maternal predictors for quality of life during the postpartum in Brazilian mothers. *Health*. 7(03), 371, 2015.
114. Naz N.R. Postpartum Dönemin Anne Ve Babanın Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2018.
115. Üst D.Z, Pasinlioğlu T. Primipar ve multipar gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişelerin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2(3), 306-317, 2015.

10. EKLER

EK I. TANIMLAYICI BİLGİ FORMU

“Sezaryen Olan Kadımlara Verilen Eğitimin Doğum Sonu Yaşam Kalitesine Etkisi” konulu bir araştırma yapmaktayız. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Eğer araştırmaya katılırsanız elde edilen veriler eğitim ve bilimsel amaçlarla toplu olarak kullanılacaktır. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Size de katılmanız halinde herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Eğer katılmayı reddederseniz, bu durum size herhangi bir zarar getirmeyecektir.

TANIMLAYICI BİLGİ FORMU

A. SOSYODEMOGRAFİK SORULAR

1. Doğum tarihiniz:

2. Eşinizin doğum tarihi:

3. Eğitim durumunuz nedir?

1) Okula gitmeyen

3) Ortaokul mezunu

5) Üniversite mezunu

2) İlkokul mezunu

4) Lise mezunu

4. Eşinizin eğitim durumu nedir?

1) Okula gitmeyen

3) Ortaokul mezunu

5) Üniversite mezunu

2) İlkokul mezunu

4) Lise mezunu

5. Mesleğiniz nedir?

1) Ev hanımı

2) Diğer

6. Eşinizin mesleği nedir?

1) İşsiz

2) Diğer

7. Aile tipiniz?

1) Çekirdek aile

2) Geniş aile

8. Ailenizin ekonomik durumu nasıldır?

1) Gelir giderden fazla

2) Gelir giderden denk

3) Gelir giderden az

9. Doğum yeriniz neresidir?

1) Marmara Bölgesi

4) İç Anadolu Bölgesi

7) Güneydoğu Anadolu

2) Karadeniz Bölgesi

5) Akdeniz Bölgesi

8) Yurtdışı

3) Doğu Anadolu

6) Ege Bölgesi

10. Kaç yıldır İstanbul'da yapıyorsunuz? Yıl

11. Sağlık güvenceniz nedir?

1) Özel sigorta

3) Bağkur

5) Yok

2) Emekli sandığı

4) SSK

B. DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİ

12. İlk evlenme yaşımlız

16. Düşük/küretaj sayısı:

13. İlk gebelik yaşımlız:

17. Yaşayan çocuk sayısı:

14. Toplam gebelik sayısı:

18. İdeal çocuk sayısı:

15. Doğum sayısı:

C. GEBELİK İLE İLGİLİ SORULAR

19. Gebelikten önce kullandığınız aile planlaması yöntemi nedir?

- 1)Kullanmadım 3)RİA 5)Geri çekme
2)Hormonal yöntemler(hap, iğne) 4)Kondom(prezervatif) 6)Diğer(lütfen belirtiniz).....

20. Gebeliğinizin oluş şekli nedir?

- 1)Kendiliğinden 2)Aşılama 3)İlaç tedavisi 4)Tüp bebek

21. Bu gebeliğinizi planlı bir gebelik miydi?

- 1)Planlı 2) Planlı değil

22. Gebeliğiniz sırasında kaç kilo aldınız?

D. DOĞUM İLE İLGİLİ SORULAR

23. Doğumunuz gebeliğinizin kaçınıcı haftasında gerçekleşti?hafta

24. Sezaryene alınmadan önce doğum kasılmalarınız başlamış mıydı?

- 1)Düzenli kasılmalar 2)Düzensiz kasılmalar 3)Kasılma yok

25.Sezaryenden önce normal doğumu denediniz mi? ()Evet () Hayır

26. Sezaryen olma nedeniniz nedir?

- 1)İsteğe bağlı 4) İlerlemeyen travay

- 2) Fetüs ve eklerine bağlı nedenler 5) Eski sezaryen

- 3) Anneye bağlı nedenler

27.Sezaryende anestezi yönteminiz nedir? 1) Genel 2)Spinal 3)Epidural 4)Kombine

E. BEBEKLE İLGİLİ SORULAR

28. Bebeğin doğum sonu APGAR puanı nedir?

29.Bebelinizin cinsiyeti nedir?1) Kız 2)Erkek

30. Bebeğin kilosu nedir?

31.Bebelinizi doğumdan kaç saat sonra emzirdiniz?

32.Bir sonraki doğumunuzda yine sezaryen olmayı mı tercih ederdiniz?

- 1)Evet 2)Hayır 3)Başka doğum yapmak istemiyor

33. Sizce bir kez sezaryen hep sezaryen mi demek?

- 1)Evet 2)Hayır 3)Bilğim yok

F. LOHUSALIK DÖNEMİ BAKIM VE EĞİTİM

34. Gebeliğiniz sırasında lohusalık dönemi ve bebek bakımı hakkında yazılı bir kaynak/kaynaklardan okudunuz mu? Okuduysanız nereden okudunuz?(Birden fazla şık işaretlenebilir)

- ()Kitaptan ()İnternet ()Dergi ()Diğer (okumadım) (lütfen belirtiniz)

35. Gebeliğiniz sırasında lohusalık dönemi ve bebek bakımı hakkında grup eğitimine katıldınız mı? Eğitim kaç dakika sürdü?

- 1)Katıldımdk 2) Katılmadım

36.Gebeliğiniz sırasında lohusalık dönemi ve bebek bakımı hakkında kim/ kimlerle konuştunuz? (Birden fazla şık işaretlenebilir)

- ()Doktorumla ()Ailedekilerle (anne-kızkardeş vs)

- ()Ebe ile () Eşimle () Arkadaşlarımla

37. Lohusalık döneminde kendi bakımınız için bir yakınınızdan yardım alıyor musunuz? Kimden?

1)Eşi

3)Kayınvalidesi

5) Arkadaşı

2)Annesi

4) Kızkardeşi

6) Diğer

**38. Lohusalık döneminde bebeğin bakımı için bir yakınınızdan yardım alıyor musunuz?
Kimden?**

1)Eşi

3)Kayınvalidesi

5) Arkadaşı

2)Annesi

4) Kızkardeşi

6) Diğer

G. POSTPARTUM AĞRI

39. Şu andaki ağrı durumunuzu aşağıdaki skalaya göre tanımlayınız.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----



EK II. DOĞUM SONU YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

DOĞUM SONU YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (DSYKÖ)

Bölüm 1

Aşağıdaki her bir madde için yaşamınızın o alanından ne kadar memnun olduğunuzu en iyi açıklayan cevabı seçiniz. Cevabınızı yansıtan numarayı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevaplar yoktur.

1= Hiç memnun değil

2= Orta derecede memnun değil

3= Biraz memnun değil

.....den ne kadar memnunsunuz?

4= Biraz memnun

5=Orta derecede memnun

6= Çok memnun

NE DERECEDE MEMNUNSUNUZ?	Hiç Memnun Değil (1)	Orta Derecede Memnun Değil (2)	Biraz Memnun Değil (3)	Biraz Memnun (4)	Orta Derecede Memnun (5)	Çok memnun (6)
1. Sağlığımız						
2. Ağrı düzeyiniz						
3. Günlük aktivitelerinizdeki enerji düzeyiniz						
4. Yaşamınızı kontrol edebilme düzeyiniz						
5. Yardım almadan kendinize bakım verme yeterliliğiniz						
6. Fiziksel görünüşünüz						
7. Uyku düzeyiniz						
8. Memeleriniz						
9. Doğum nedeni ile olan dikişleriniz						
10. Cinsel yaşamınız						
11. İç huzurunuz						
12. Genel olarak mutluluğunuz						
13. Genel olarak yaşamınız						
14. Yaşamınızdaki kaygı düzeyiniz						
15. Yakınlarınızdan aldığınız duygusal destek						
A) Eşinizden						
B) Ailenizden						
C) Arkadaşınızdan ya da Diğer İnsanlardan						
16. Eşiniz ile ilişkiniz						
17. Aile Sorumluluklarını Yerine Getirme yeterliliğiniz						
18. Bebeğinizin Sağlığı						
19. Çocuklarınızın Bakımında Yardım Alma Durumunuz						
20. Çocuklar İçin Ayırdığınız Zaman						

21. Ev İşleri için Ayırdığımız Zaman						
22. Arkadaşlarımız/akrabalarımız İçin Ayırdığımız Zaman						
23. Eşiniz İçin Ayırdığımız Zaman						
24. Kendiniz İçin ayırdığımız Zaman						
25. Yeni Bebeğinizi Beslenme yeterliliğiniz						
26. Eşinizin Sağlığı						
27. Yaşamınızdaki Günlük İşleriniz						
28. Yaşadığımız Ev						
29. Komşularımız						
30. Ekonomik Bağımsızlığımız						
31. Ekonomik Harcamalarınızı Karşılama Yeterliliğiniz						
32. Tıbbi Hizmete Ulaşım						
33. İstenildiği Zaman Herhangi Bir Araca Ulaşım						
34. Evdeki Yaşam Koşullarınız						
A) Mal Varlığımız						
B) Mali Durumunuz						
C) Çevresel Koşullarınız						
35. İş/Çalışma						
A) Eşinizin İş						
B) Kendi İşiniz						

Bölüm 2

Aşağıdaki her bir madde için yaşamınızın o alanla ilgili ne kadar önemli olduğunu en iyi açıklayan cevabı seçiniz. Cevabınızı yansıtan numarayı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevaplar yoktur.

1= Hiç önemli değil

2= Orta derecede önemli değil

3= Biraz önemli değil

.....ne kadar önemli?

4= Biraz önemli

5=Orta derecede önemli

6= Çok önemli

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

22. Arkadaşlarımız/akrabalarımız İçin Ayırdığımız Zaman						
23. Eşiniz İçin Ayırdığımız Zaman						
24. Kendiniz İçin ayırdığımız Zaman						
25. Yeni Bebeğinizi Beslenme yeterliliğiniz						
26. Eşinizin Sağlığı						
27. Yaşamınızdaki Günlük İşleriniz						
28. Yaşadığınız Ev						
29. Komşularınız						
30. Ekonomik Bağımsızlığınız						
31. Ekonomik Harcamalarınızı Karşılama Yeterliliğiniz						
32. Tıbbi Hizmete Ulaşım						
33. İstenildiği Zaman Herhangi Bir Araca Ulaşım						
34. Evdeki Yaşam Koşullarınız						
A) Mal Varlığınız						
B) Mali Durumunuz						
C) Çevresel Koşullarınız						
35. İş/Çalışma						
A) Eşinizin İş						
B) Kendi İşiniz						

EK III. EĞİTİM PROGRAMI

SEZARYEN OLAN KADINLAR İÇİN LOHUSALIK VE YENİDOĞAN BAKIMI EĞİTİM PROGRAMI

Süre	Konular	Amaç	Öğretim Yöntemleri	Öğretim araçları
1.oturum	Lohusalık dönemi ve annede meydana gelen değişiklikler Lohusalık dönemi <ul style="list-style-type: none">• Rahimde meydana gelen değişiklikler• Memedeki değişiklikler• Doğum sonrası kanama ve akıntılar• Doğum sonu karın ağrısı• Doğum sonrası duygusal durum değişiklikleri• Doğum sonrası dönemde acilen sağlık kuruluşuna başvurmasını gerektiren tehlike işaretleri	Doğum sonrası süreçte kadının kendi bedeninde meydana gelen değişiklikleri anlatmak	Anlatım, soru-cevap, tartışma	- Kitapçıkların dağıtımı, -Veri toplama araçlarının uygulanması
2. oturum	Lohusalık döneminde; <ul style="list-style-type: none">• Kişisel hijyen• Beslenme• Uyku dinlenme• Boşaltı• İlaç kullanımı• Cinsel yaşam• Meme muayenesi• Egzersiz• Tromboemboli• SSVD• İnkontinans• Konstipasyon• Ateş	Bu modülde lohusalık döneminde kişisel hijyen, beslenme, uyku dinlenme, boşaltı, ilaç kullanımı, cinsel yaşam, egzersiz, inkontinans, konstipasyon, ateş konularında	Anlatım, soru-cevap, tartışma, problem çözme, demonstrasyon	Kitapçık

		eğitim verilecektir.		
3.oturum	<p>Anne s¼t¼ ve emzirme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anne s¼t¼n¼n ¼nemi ve yararları • Emzirme ve s¼t oluşumu • Emzirmenin anne ve bebek ¼zerine etkileri • Doğru emzirme ve emzirme pozisyonları • Annes¼t¼n¼n sağılması saklanması • Emzirmes¼resi, sorunları ve ¼z¼mleri • Anne-bebek bağlanması • Lohusalık ¼alıřma hakkı 	<p>Bu mod¼l¼n amacı, doğum sonrası d¼nemde anneye kapsamlı ve kalite anne s¼t¼ ve emzirme eğitimi vermektir.</p>	<p>Anlatım, soru-cevap, tartışma, demonstrasyon</p>	<p>Kitap¼ık Broř¼rler</p>
4.oturum	<p>Yenidoğan bakımı</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beslenme • Boşaltım • Alt temizliği • G¼bek bakımı • Cilt temizliği • Konak bakımı • Pişik bakımı • G¼z bakımı • Yenidoğan banyosu • Masaj • Bebeğin giydirilmesi • Uyku d¼zeni • Tarama testleri • Aşılar • Sarılık 	<p>Bu mod¼l¼n amacı, doğum sonrası d¼nemde anneye kapsamlı yenidoğan bakımı hakkında bilgi vermek</p>	<p>Anlatım, soru-cevap, tartışma demonstrasyon</p>	<p>Kitap¼ık</p>

EK IV. ÖRNEKLEM HESAPLAMASI

Power analiz

t tests - Means: Difference between two dependent means (matched pairs)

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input: Tail(s) = Two
Effect size dz = 0.5
 α err prob = 0.05
Power (1- β err prob) = 0.95

Output: Noncentrality parameter δ = 3.6742346
Critical t = 2.0057460
Df = 53
Total sample size = 54

Actual power = 0.9502120



EK V. Lohusalık ve Bebek Bakım Kitapçığı

**LOHUSALIK VE BEBEK BAKIM
KİTAPÇIĞI**



Hazırlayanlar

*Dr. Öğr. Üyesi Filiz OKUMUŞ
Ebe Nilay ŞENER*

İÇİNDEKİLER

Lohusalık Bakımı

- Lohusalık kanaması ve akıntı
- Sezaryen ağrısı
- Beslenme ve sıvı alımı
- Konstipasyon
- Hareket
- Uyku ve dinlenme
- Annelik hüznü
- Cinsellik
- Perine bakımı
- Doğum sonu egzersiz
- Meme bakımı
- İlaç kullanımı
- Sık karşılaşılan emzirme problemleri
- Meme muayenesi
- Sezaryen sonrası vaginal doğum

Bebek bakımı

- Bebeğin temizliği
 - Bebek Banyosu
 - Göbek bakımı
 - Bebeğin uykusu
 - Alt değiştirme
 - Pişik bakımı
 - Göz bakımı
- Bebek beslenmesi
- Gaz çıkarması
- Bebeğinizin aşılardan
- Sıhhiyet
- Yenidoğan tarama testleri

- Konak
- Pamukçuk
- Gaz sancısı (kolik)
- Anne sütü ve emzirme
- Anne- bebek bağlanması
- Anne sütünün sağlanması
- Elle süt sağma
- Pompa ile süt sağma
- Elektrikli pompa ile süt sağma



2

13

Lohusalık Bakımı

Vücudun gebelik öncesi haline döndüğü doğum sonrası 6 haftalık dönem lohusalık dönemdir.

Rahimimiz doğum sonrasında büyük, sert, yaklaşık greyfurt büyüklüğünde bir organ olup 1000gr. ağırlığındadır. Doğumdan sonraki günlerde rahimde oluşan küçük kasılmalar rahimin küçülmesine yardımcı olur ve aşırı kanamayı önler. Bir hafta içinde rahim küçülerek eski durumuna geri döner ve karından elle hissedilemez.



- 1.gün
 - 5.gün
 - 7.gün
- 12.günden sonra karından hissedilmez .

Lohusalık kanaması (akıntısı)

- Doğumdan sonra rahimden hazme yolu ile kan ve eşin artıklarının dışarı atılır
- Kanamanız ilk üç gün taze kanla karışık ve KOVU KIRMIZI renklidir.
- Doğumdan 4-5 gün sonra PEMBE renk
- 7-8 gün sonra ise önce KAHVERENGİYE sonra BEYAZA dönmüştür.
- Akıntı emzirirken, ayakta dururken ve hareketli haldeyken artabilir endişelenmeyin.

Doğum Sonrası Döneminde Acilen Sağlık Kuruluşuna Başvurulması Gerektiren Tehlike İşaretleri

- Doğum sonrasında 20-30 dakika içerisinde 2-3 den fazla pedi kirletecek kanaması olması
- Kötü kokulu akıntı
- Akıntı içinde büyük parçalar varsa,
- Akıntı 6 haftadan fazla sürmüştüğü,
- Rengi açıldıktan sonra tekrar kırmızıya dönmesi
- Kanamanın azalmayıp artması
- Bayılma
- Solunum gücünün ve hızı solunum
- Ciddi kan ağrısı
- Ateş
- Kötü kokulu akıntı ve İdrar yaparken ağrı veya idrar kaşıması

Sezaryen Ağrısı ve Dikişlerin Bakımı

- Doğum sonrası rahminiz toparlanmaya çalıştığı için kanamamızda adet ağrısına benzer ağrı hissedersiniz.
- İki günden sonra azalarak hissedilmez duruma gelir.
- Bebek emerken ağrı artabilir, korkmayınız; rahminizin küçülmeye çalıştığını gösterir.
- Hekiminizin önerdiği ağrı kesicileri kullanabilirsiniz

Ağrınızda hafifleme olmaması durumunda ya da ani şiddetli ağrınız olursa mutlaka bize başvurun.

4

14

Dikişlerin bakımı

Sezaryende, ameliyat bölgesini temiz ve kuru tutulmalıdır. Taburcu olurken yapılan yara yerine pansuman yapılıp şeffaf, su geçirmeyen bir bant yapıştırılmaktadır. Eğer bu bant açılıp, yırtılıp yani zedelenmediği takdirde başka bir pansuman gerek yoktur. 3 gün sonunda bu bant çıkartılıp atılabilir.

Dikiş bölgesinde aşırı ağrı, alıntı, sıdık ve lazırlıklık olması enfeksiyon belirtisidir ve hemen doktora başvurulmalıdır.

BESLENME VE SIVI ALIMI



•Doğumda kaybedilen kan ve enerjiyi yerine koymak, iyileşmeyi hızlandırmak ve süt yapımı için iyi beslenmek gerekir.

•Her basın türünden (sebze-meyve grubu, tahıl grubu, süt-yoğurt-peynir grubu ve et, kurubaklagil, yumurta grubu) dengeli ve yeterli miktarlarda alınmalıdır.

•Bol meyve-sebze yemelidir.

•Böylece hem vitamin-mineral gereksinimi büyük ölçüde karşılanacak hem de kabızlık sorununun giderilmesi sağlanacaktır

LOHUSALIK VE EMZİRME DÖNEMİNDE ZAYIFLAMA DİYEYİ UYGULAMAYIN.

YETERLİ VE DENGELİ BESLENME SÜTÜNÜZÜN MİKTARINI VE KALİTESİNİ ETKİLER

- Demir içeren besinlerin (kırmızı et, karaciğer, pekmez vb.) bolca tüketilmesi yanında hekimin önerdiği demir haplarının düzenli kullanılması kansızlığı gidermek için önemlidir.
- Üç ana öğün arasında ara öğünler olabilir.
- Ara öğünlerde süt, yoğurt veya meyve gibi besinler tercih edilmelidir.
- Günde en az 10-12 bardak su içilmelidir.
- Sigara, alkol gibi maddelerden uzak durulmalı, fazla yağlı ve baharatlı yiyecekler yenmemeli, çay, kahve, tuz ve şeker fazla tüketilmemelidir.
- Gaz yapıcı yiyecekler sütü etkileyerek bazı bebeklerde sindirim sistemini etkileyebileğinden kaçınılmalıdır.
- Lohusalık ve emzirme döneminde ağır diyetler yapılmamalıdır.
- Süt yapımını artırmak için tahr, şerbet, komposto, gibi şekerli besinlerin çok sık ve fazla miktarlarda alınması lohusalıkta gereksiz kilo alınmasına neden olabileceğinden bu tür besinleri tüketirken dikkati olunmalı, aşırı miktarda beslenmeden kaçınılmalıdır.



Kabızlık

- Posah ve bol sulu diyet alması, defekasyonun ertelenmemesi ve her gün belli zamanlarda defekasyon yapmaya çabalaman gerekmektedir.
- Kepekli ekmekek, tahıl ve kurubaklagil sık yenmelidir.
- Her gün meyve ve sebze tüketilmelidir.
- Sıvı alımı ve fiziksel hareketliliğin artması ile dışkılama düzenli hale gelebilir.
- Sıvı alımı günde en az 1500-2000 ml olmalıdır.
- Barsak fonksiyonları sezaryen sonrası 3-5. günler normale döner.

Hareket

Doğum Sonrası Erken Ayağa Kalkmak Çok Önemlidir.

- Hızlı iyileşmenizi sağlar
- Kan dolaşımınızı hızlandırır
- Rahminizin daha çabuk topadanmasını sağlar
- Bağırsaklarınızın çalışmasını ve idrar yapmanızı kolaylaştırır
- Kendinizi daha dinç hissetmenizi sağlar
- Pihni oluşumunu önler.



Uyku ve Dinlenme

- Doğumdan sonra eski halinize dönmek için 4-6 haftayı bulacaktır.
- İyi bir uyku ve dinlenme için; gün içinde en az 2 saat dinlenme ve uykuya zaman ayırmalı
- Gündüzleri bebek uyuyken uyumalı, bebeğin uyku düzeni gündülden daha çok geceye göre düzene sokulmalı,
- Geceleri bebek uyandıığında baba ya da diğer aile bireyleri dönüşümlü olarak bebeğe bakmalı, dinlenme esnasında ziyaretçiler kısıtlanmalı,
- Ev işleri ve bebek bakımında anneye yardımcı olunmalıdır.
- Düzenli beslenerek iyileşme ve enerji artışı sağlanmalı, ağır işlerden kaçınılmalıdır.

Annelik hüznü

Doğum sonrası kendinizi hüznü hissedebilirsiniz. Bu duruma annelik hüznü denilmektedir. Geçici bir durumdur 10-15 gün içinde kendiliğinden geçecektir.

Bu süre içinde;

- Sık ağlama
- Huzursuzluk,
- Dikkati toplayamama,
- Uykusuzluk,
- Keder,
- Sinirlilik hali duyguları yaşanır

Bu durum aile desteği ile kendiliğinden geçer.

Kendini iyi hissetmeniz için bazı öneriler;

Olabildiğince uyuyun ve dinlenin, özellikle bebeğiniz uyurken uyuyun.

Ev işi ve bebek bakımı konularında eşinizden ve yakınlarınızdan destek alın.

İhtiyaç duyduğunuzda ağlayın.

Duygusal destek için arkadaş ve ailenizle konuşun.

10-14 günden uzun sürerse mutlaka bize başvurunuz

Doğum sonrası Cinsellik

- 6 haftalık lohusalık dönemi (40 gün) sonuna kadar cinsel ilişki er-telenmemelidir.
- Doğumdan sonra ilk cinsel ilişkide gebe kalılabileceği unutulma-malıdır.
- Anne ve bebek sağlığı için 2 yıldan daha kısa sürede gebelik sakın-calıdır.

EMZİRMEK SİZİ GEBELİKTEN KORUMAYABİR!!

**Gebe kalmak isteniyorsanız,
güvenli bir yöntem seçmek için
Aile Sağlığı Merkezi'ne başvurun!**

Tam Emzirme Koşulları:

Bebeğin altı aydan küçük olması,
Annenin adet görmemesi,
Bebeğin , sık aralıklarla (6-10 kez) ve bebek her istediğinde emzirme
Gece emzirme
Bir kez bile olsa, emzirme yerine, bebeği doyuracak başka mama yada
sıvı yiyecek vermeme
Bebeğin beslenmesinin en az %85'inin anne sütüyle sağlanması
Bebeğin doğumdan sonra hemen emzirilmesi

Olumsuz yönleri

Annenin davranışına bağlıdır
Bebeğin emme isteğine bağlıdır
Koşullar sağlamazsa etkisizdir
Koruyuculuğu belli bir süre ile sınırlıdır .

Yalnız progesterin içeren haplar (Mini haplar) : Doğum son-rasında emziriyorsa 6 hafta sonra başlanabilir. Anne sütünün miktarını azaltmaz, niteliğini değiştirmez. Her gün aynı saat alınmalıdır.



Üç aylık enjeksiyon (Depo Provera) : Adet kanamasının ilk 5 günü içinde veya gebe olunmadığına emin olunamayan herhangi bir zaman-da başlanabilir. Emziren annelerde doğumdan 6 hafta sonra ilk enjeksiyon yapılabilir. Daha sonra, etkili bir koruma sağlamak için her 90 günde bir yapılmalıdır.

-Bir sonraki uygulama tarihini unutmamak son derece önemlidir. Bu-nun için uygulamanın tarihini not almayı unutmayın!



Deri altı implant: Emzirenlerde doğumdan 6 hafta sonra başlanır. Üç yıl korur. Küçük bir cerrahi işlemle deri altına yerleştirilir. Koruma oranı %99'dan fazladır

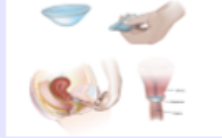


Bariyer yöntemler

Spermisitler: 6. Haftadan sonra başlanır. Lohusalarda vajinal ku-ruluğu da ortadan kaldırır. Kadının vajinasına konularak uygulanan jel, fitil ve köpüren tabletlerdir. Etkinlik süresi 1 ila 2 saat olan spermisitler cinsel ilişkiden 30 dk. kadar önce vajinaya uygulanmalıdır. Erkek sperm hücrelerini vajina içinde etkisiz hale getirerek gebeliği önler. Tek başına etkinliği oldukça sınırlıdır. Gebelik riski %20 ola-rak oldukça yüksektir. Genellikle diyafram veya prezervatif ile birlik-te kullanılır.



Spermisit



Diyafram

Diyafram : Sperm rahme girmesini engelleyen bir doğum kontrol yöntemi-dir. Diyafram, serviksi kapsayan esnek ağızlı küçük, tekrardan kullanılabilir kauçuk veya silikondan yapılmış bir cisimdir. İlişki öncesinde, diyafram vajina içine yerleştirilir. Doğumdan 6 hafta sonra kullanılabilir. Diyaframın doğru kullanılması durumunda gebelikten koruyuculuk oranı %70'tir.

Diyafram kullanmak için:

Diyafram ile birlikte spermisid kullanılması önerilir.
Cinsel ilişkiden birkaç saat önce vajenden rahim ağzına doğru yerleş-tirilmelidir
İlişki sonrası en az 6 saat içinde kalmalıdır ve bu süre dolduğunda kesinlikle çıkarılmalıdır.
Diyaframlar temizlendikten sonra, özel kabından muhafaza edilebilir. Böylece 2 sene boyunca kullanılabilir.

Kadın kondomu: Cinsel ilişki esnasında, sperm kadının vajina-sına geçmesini engelleyen yöntemlerdir. Güvenle ve reçetesiiz alınıp kullanılabilir. Kadın prezervatifinin yerleştirilmesi diyafram yerleş-tirilmesine benzer. Kapalı uçtaki halka orta, işaret ve baş parmaklar ile bükülerek vajina içine sokulur ve daha sonra işaret parmağı ile so-nuna kadar itilir. Bu sırada kondomun kendi etrafında bükülmediğinden emin olmak gerekir.



Prezervatif (Kondom, Kılıf): Eşinizin cinsel organına takarak uygulayabileceği bir yöntemdir. Gebe kalmamız yüksek oranda en-geller. Bu yöntemi kullanırken: Her seferinde aynı bir kondom kulla-nılmamalı, ilişkiye başlamadan takılmalıdır.

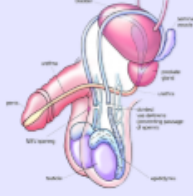


Tüpligasyon: Artık başka çocuk sahibi olmayı düşünmüyorsanız tüp ligasyon (tüplerin bağlanması) uygulanabilir. Tüp ligasyon sezaryenle eş zamanlı olarak yapılabilir.



Vazektomi

- Erkeğin, testislerden penise giden kanallarının kesilmesidir.
- Vazektomi olan erkeğin menisi vardır ancak sperm içermez.
- Çok etkilidir
- Cinsel ilişkiye etkisi yoktur
- Yaklaşık 20 ejakulasyondan sonra etkisi başlar ve Kısırlık oluşur.



Rahim içi araç (RİA, sızral)

- Sezaryenden 8 hafta sonra uygulanabilir.
- Çıkanıldığında hemen gebe kalınabilir.
- Emziren kadınlarda güvenle kullanılabilir.



14

Perine bakımı

- * Bölgenin temiz ve kuru tutulması, çeşitli etkenlere bağlı olarak gelişebilecek enfeksiyonların önlenmesinde ve yara iyileşmesinin hızlanmasında çok önemlidir.
- * Petler temiz olmalıdır.
- * Eller her tuvalete giriş çıkışta mutlaka sabunla yıkanmalıdır.
- * Temiz su ve tuvalet kağıdı ile temizlenmeli
- * Bölgeye el ile doğrudan temas etmekten kaçınılmalıdır
- * Pamuklu, beyaz, sıkımayan iç çamaşırları tercih edilmelidir.
- * Pedler yumuşak, renksiz, kokusuz olmalı ve 3-4 saatte bir değiştirilmelidir.
- * Perine bölgesinin hassas ve ağrılı olduğu durumlarda buz torbası uygulanması, oturma banyosu yapılması konforunuzu arttıracaktır.

Meme Bakımı

Mümkünse her gün duş alınmalıdır. Günlük duş alamadığınız zamanlarda; Her emzirmeden önce memeleri ılık su ile temizlenmeli ve kuru tutulmalıdır.

Sabun kullanılmamalıdır.

Emzirme süresince memeler, uygun ölçülerde, pamuklu bir sütyenle desteklenmeli sıkı sütyen kullanılmamalıdır.

Meme ucundan sızan süt fazla ise küçük pedler ya da temiz ütülenmiş tülbent yerleştirilebilir



15

Doğum sonu egzersiz

Egzersize yavaş ve özel bir dikkatle başlanmalıdır. Egzersiz öncesi mutlaka ısınma hareketleri ve sonrasında da rahatlama hareketleri yapılmalıdır. Sert ve ağır hareketlerden kaçınmak gerekir. Isınma için 5dk lık yavaş yürüme veya hafif bir kondisyon bisikleti de iyi gelir. Sonrasında 15 – 30 dk. kadar düşük veya orta düzeyde aerobik egzersizler, plates, dans, yürüme, bisiklet binme, yüzme yapılabilir. Çok yorucu hareketlerden kaçınmalıdır.

Sezaryen olan lohusa aşağıdaki egzersiz aşamalarını uygulamalıdır;

- * Sezaryen ile doğum yapanlar kanın hareketlerine 2 hafta sonra başlamalıdır.
- * Mümkün olduğunca erken dönemde ayağa kalkmalı ve yürümelidir
- * Hareket esnasında kesi yerine dikkat ederek 1-2 gün elle destek olabilir
- * Sol yan tarafa yatarak (dizler bükük pozisyonunda) rahatlanabilir ve gazın bağırsaklarda ilerlemesi kolaylaşır.
- * Egzersizlere anesteziyenin çıkarılmasıyla başlanabilir
- * Başlangıçta her egzersiz iki kez yapılır, sonra giderek artırılır
- * Her egzersiz arasında derin solunum ve gevşeme yapılmalıdır
- * Egzersizlere anesteziyenin çıkarılmasıyla başlanabilir
- * Başlangıçta her egzersiz iki kez yapılır, sonra giderek artırılır
- * Her egzersiz arasında derin solunum ve gevşeme yapılmalıdır.

16

Lohusahk egzersizlerinde eğer ağrı, kanamada artma, bas dönmesi, nefes darlığı, kalp çarpıntısı, baygınlık hissi ve yürümede zorluk olursa egzersizi durdurmalı VE sağhk kuruluşuna başvurulmalı.



Egzersizler aralıksız 10 kere, günde en az 2 veya 3 kez tekrar edilmelidir. Her tekrarın sonunda 30 saniyelik rahatlama süresine yer verilmelidir. Sonraki günlerde sayı artırılabilir.

17

Kegel egzersizi nedir ve nasıl yapılır?

Kegel egzersizleri; pelvik kasların kuvvetlenmesini sağlayan egzersizlerdir.

Bu egzersizler sayesinde vajina kasları kuvvetlenir, sırtıma ve idrar kaçırma gibi sorunlar önenebilir.

Kegel egzersizlerine doğumdan hemen sonra başlanabilir.

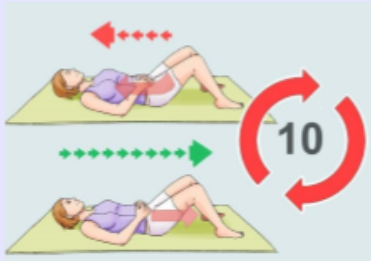
Nasıl yapılır?

Yere sırtüstü uzanın.

Bacaklarınızı dizlerinizden kırarak, ayaklarınızı yere sabitleyin.

Uygun pozisyonu aldıktan sonra sanki idrarınızı tutar gibi pelvik kaslarınızı sıkın ve 8-10 saniye bu şekilde bekleyin. Daha sonra serbest bırakın. Bu işlemi her gün 10'ar kez tekrar edin. Bu esnada belinizi yukarı kaldırmamaya, vücudunuzu hareket ettirmemeye gayret edin.

Kegel egzersizlerini yapmak çok kolay ve her yerde yapılabilir.



18

İlaç kullanımı

⇒ Bu dönemde lohusaya hekim tarafından gerekli görülürse ağrı kesiciler, demir hapları, antibiyotikler ve vitaminler verilebilir.

⇒ İlaçların kullanımını ve etkileri konusunda hekimden bilgi alınmalıdır.

⇒ İlaçlar, anne sütü ile bebeğe de geçebileceğinden gerekirse çocuk hekiminden de danışmanlık alınmalıdır.

⇒ Gebelikte verilen demir hapları doğumdan sonra en az 3 ay daha kullanılmalıdır. Demir hapları yeterince emilebilmesi için aç karnına, C vitaminlerinden zengin besinlerle birlikte alınmalıdır.

Sık Karşılaşılan Emzirme Problemleri

- Süt akışının geç başlaması
- Memelerde dolgunluk
- Kanal Tıkanıklığı ve Meme İltihabı
- Meme Ucunda Çatak ve Ağrı
 - Çökük meme başı
 - Dil Bağı
 - Memeyi Reddetme
- Bebeğe Pamukçuk Gelişimi

19

Süt akışının geç başlaması: Sezaryen olan annelerde ilk 2 gün süt akışı daha az olabilir.

Ancak sık emzirme, annenin bebeği görmesi, yakınında bulunması, onu düşüncesi ve huzurlu bir ortamda bulunması doğumdan sonra hormonal refleksle süt yapımını artıran faktörlerdir. Bebeğin kilo kaybı yoksa, kan şekeri düşmüyorsa ek bir gıdaya gerek yoktur.

Memelerde dolgunluk

Süt salgısı ile birlikte memelerde aşırı dolgunluk, sertleşme ve ağrı görülebilir. Sertlik ve ağrı çok yoğun değilse bebek birkaç dakika emzilir. Sonra kalan süt sağma pompası ile boşaltılır. Süt biriktirse memelerde aps oluşma olabilir.

Kanal Tıkanıklığı ve Meme İltihabı

Bebek sık sık emzirilmelidir. Bebek ememiyorsa memeler sağılarak mutlaka boşaltılmalıdır. Süt kolaylıkla akmaya başlar ve kızarıklık ve sertlik iyileşirse tıkanıklık açılmıştır. Durum 24 saatte düzelmiyor, ateş yükseliyorsa, mutlaka sağlık kuruluşuna başvurulmalı.

Çökük Meme Başı

Her emzirmeden önce memelerinize masaj yapınız, meme başının iki yanına iki başparmağınız ya da işaret parmağınızla bastırarak meme başının dışarı çıkmasını sağlayınız.



20

Dil bağı

Bebek emmesine engel oluyorsa konuda bir uzmana danışılmalıdır. Yapılacak küçük bir müdahale ile sorun çözülür.

Meme reddi

Bu durumda annelerin sakin olması gerekir. Baharatlı gaz yapıcı yiyeceklerden uzak durulmalı, enfeksiyon veya ağrı için doktorun uygun gördüğü tedaviler uygulanmalıdır. Emzirme tekniği gözden geçirilmeli varsa hatalar düzeltilmelidir. Biberon kullanılmamalıdır. Günlük dış alınması; süt üretimini arttıracak gibi bebeğin anne kokusunu alarak emme isteği güçlendirecektir. Çözüm bulunamıyorsa emzirme danışmanına başvurulabilir.

Bebekte Pamukçuk Gelişimi:

Bebek ağzındaki pamukçuk, emmeyi zorlaştırır.

Her gün bebeğin ağız kontrol edilmeli ve bikarbonatlı solüsyonlarla temizlenmelidir. 1 çay kaşığı bikarbonat toz, 1 çay bardağı suya dökülerek hazırlanan sıvıya batırılan eczaneden temin edilmiş gazlı bezler yardımıyla tahriş edilmeden günde 3-4 defa silinmelidir. Bikarbonat ile bakımla pamukçuk geçmiyor ise hekimin tavsiye edeceği pamukçuk ilacı kullanılabilir.

Meme temizliğine, biberon ve emzik kullanımına varsa bunların temizliğine de dikkat edilmelidir.

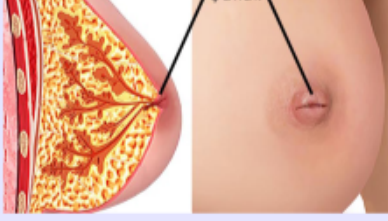
21

Meme Ucunda Çatak ve Ağrı: Meme ucu hassasiyeti, ağrı ve çatlak uçları özellikle emzirmenin ilk haftalarında sık görülen ve emmeye başladıktan sonra görülür. Süt gelmeye başlar başlamaz meme ucu duyarlılığı azalır. Eğer anne dokuları çok hassas ise, emzirme aralarında kuru ısı yaralı olabilir.

Memenin çok sık yıkanması, yıkama sırasında meme uçlarını sabunlu veya karbonatlı su ile yıkanması, havluyla sert biçimde kurulması çatlak oluşumunu artırır. Meme ucu çatlaktan çok ağrı olabilir ve süütün normal gelişimi bozabilir ve mastite kadar ilerleyebilir.

Bebegi memeye uygun pozisyonda yerleştirilmeli ve emzirmeye devam edilmelidir.

Çatlak meme ucu



22

Meme muayenesi

Kendi Kendine Meme Muayenesi

KKMM'si meme kanserinin mümkün olduğunca erken dönemde tanımlanmasını sağlamak amacıyla kadınların, meme ve çevresindeki bölgeyi, olağan dışı kitle ve şekil değişikliklerini belirlemek için düzenli aralıklarla, sistematik bir şekilde, aynı yöntemi kullanarak muayene etmesidir.

KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ İÇİN EN UYGUN ZAMAN

Memelerinizi ayda bir kere, adetinizin bitiminden 3 ila 5 gün sonra muayene etmelisiniz.

Her muayenede, memelerinizin hatlarına ve kıvamına alışacak ve değişiklikleri fark edeceksiniz.

Emziren anneler, bebeklerini emzirdikten ya da göğüs pompalarını kullandıktan sonra muayenelerini yapabilirler.

Kendi kendine meme muayenesini 3 aşamada yapabilirsiniz:

- Gözle değerlendirme
- Ayakta elle değerlendirme
- Yatarak elle değerlendirme

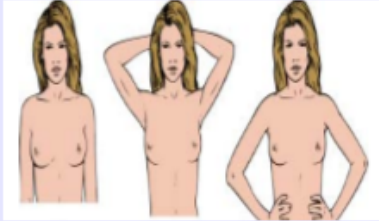
23

Ayna Karşısında Gözle Muayene Nasıl Yapılır?

1: Kollar yukarı doğru kaldırılır. Her iki memede herhangi bir düzensizlik, deri çöküntüsü (çöküntü) ve meme ucunda değişiklik (yara, kabuklanma, çekişme) olup olmadığı kontrol edilir.

2: Eller yanlardayken düzensizlik ve deri çöküntüsü olup olmadığına bakılır.

3: Sonra eller kalçaların üzerine konularak kuvvetlice aşağı bastırılır ve göğüs kasları kasılarak tekrar kontrol edilir.



Memelerinizde oluşabilecek değişiklikleri farklı pozisyonlardan gözlemleyiniz.

Meme, meme başı ve koltuk altının şekil, yüzey, simetri, renk, kitle görünümü, deride herhangi bir kalınlaşma, renk değişikliği gibi farklılıklar, meme başından akıntı gelip gelmediği kontrol edilmelidir.

24

Kendi kendine meme muayenesinde el ile muayene tekniği

- Elle muayenede elin üç parmağının iç yüzeyleri kullanılarak tarama yapılır.
- Memenin koltukaltından göğüs kemiğine, köprücük kemiğinden memenin alt sımna kadar tüm alanın dikkatlice hissedilerek taranması gerekir.



ELLE MUAYENE ŞEKİLLERİ

Dikey: Memeyi hem dikey olarak, hem de yatay olarak muayene edin.

Dairesel (sirtöler): Parmaklarınızın hem kendi etrafında, hem de meme etrafında daireler çizerek hareket ettirin. Hareket ettirirken memeden kaldırmayın, bu şekilde tüm memeyi kontrol edin.

İşansal (Tekertelek): Meme başından dışarı veyahut meme başına doğru tüm memeyi işansal olarak tarayın.



Dairesel

İşansal

Dikey

25

AYAKTA ELLE MUAYENE NASIL YAPILIR?

Ayakta elle muayeneyi banyo sırasında sabunlu iken de yapabilirsiniz.

Sol meme muayenesi;
Ayakta durur pozisyonda sol memede sol kol baş üzerine kalkınır. Sağ el orta üç parmağın iç yüzü ile sol meme muayene edilir.



Sağ meme muayenesi;
Sağ kol baş üzerine kaldırılarak, sol el ile muayene yapılır.

YATARAK ELLE MUAYENE NASIL YAPILIR?

Sırtüstü yatılır.
Sol meme muayenesi; Sol omuzun altına bir yastık veya katlanmış bir havlu yerleştirilir. Sol el başın altına konur. Sağ el parmak iç yüzeyleri ile meme tümüyle taranır.

Sağ meme muayenesi;
Sağ omuzun altına bir yastık veya katlanmış bir havlu yerleştirilir. Sağ el başın altına konur. Sol el parmak iç yüzeyleri ile meme tümüyle taranır.

Meme ucunu baş ve işaret parmağı arasında hafifçe sıkarak akıntının kontrol edilir.

Meme muayenesinin en son basamağı koltuk altı lenf bezlerinin kontrolüdür. Yatar veya oturur pozisyonda dikkatli bir şekilde ve dairesel olarak koltuk altına muayene edin. Ele gelen beze var mı kontrol edin.



26

Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum

Sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD), daha önce sezaryen geçiren bir kadının sonraki gebeliğinde vajinal doğum yapması anlamına gelir.

Kimler Sezaryen sonrası vajinal doğum yapabilir?

- Başının en güçlü ekeni önceki vajinal doğum ve doğumun kendiliğinden başlaması,
- Bebeğin doğum ağırlığının 4.000 gramdan az olması
- Rahimin alt transvers kesi ile kesilmesi,
- 35 yaş altı anneler SSVD başlanma artıran diğer önemli faktörlerdir.

YENİDOĞAN BAKIMI

Bebeğin temizliği

Bebek Banyosu



Haftada en az iki kez ılık su ile yıkayabilirsiniz. Fazla sıcak olmaması için önce dirseğinizle kontrol edebilirsiniz.

27

- Her banyoda şampuan kullanmayabilirsiniz. (Haftada 2-3 kez şampuan kullanmak uygun olur)
- Banyo sonrası başına mutlaka 1 saat süreyle başlık takın. (Bebekler en çok baş kısmından ısı kaybederler.)
- Banyodan sonra bebeğinizi yumuşak hareketlerle kurulayın, cilt katmanın aralarını nazikçe kurulayın ve nemlendirici krem kullanın.

Göbek bakımı



Bebeğinizin göbeği 7-14 gün içinde düşecektir.

Göbek çevresinin kuru kalmasını sağlayacak şekilde silme ya da bölgesel olarak yıkama yapılmalı,

Bebeğin bazı göbek altında bağlanmalı ya da göbek oyuntulu bebek bezleri kullanılmalı.

Göbekte kızarıklık, akıntı, kanama, şişlik ve hassasiyet, pis koku olduğunda sağlık kuruluşuna başvurun.

Bebeğin Uyku

Günde 16-17 saat uyumalarına rağmen aralıksız uyudukları zamanlar üç veya dört saati geçmez.

-3-6 aylık bebekler yavaş yavaş uyku düzeni kazanmaya ve geceleri uyumaya başlarlar.

Bebeğiniz nasıl uyumalı?

- Bebeğinizi yan veya yüzüstü yerine sırtüstü yatırmayı tercih edin
- Bebeğinizin başına hiçbir şey koymayın. Özellikle peliş oyuncaklar bebeğin nefes almasını zorlaştıracaktır.
- Bebeğinizin erişebileceği yerlerdeki tablo, biblo, keskin uçlu veya bebeğinizin boğulmasına sebep olabilecek uzunlukta halatlı veya ipli eşyaları kaldırın.

Alt değiştirme

Bebeğin alt ıslak bırakılmamalı, sık değiştirilmeli, her alt açıldığında yıkanmalı ve kurulamalıdır. Bebeğin alt temizliği her değişimde temiz ılık su ve kaka yapmışsa sabunlu su ile yapılmalıdır. Gün içinde 10-15 dakika altı açık bırakılmamalıdır. Pudra ve alkollü ıslak mendil kullanılmamalıdır. Kız bebeklerin altı önden arkaya doğru silinerek veya yıkayarak temizlenmelidir. Erkek bebeklerin altı temizlenirken penisin ucundan başlanıp geriye doğru silinmeli, makat bölgesi ayrıca temizlenmelidir.



Pişik Bakımı

- Bebekğin altının kuru ve temiz olması için 3 saatte bir değiştirilmelidir.
- Bebekğin alt temizliği önden arkaya doğru olmalıdır.
- Kullanılan ıslak mendilleri bebek için enfeksiyon oluşturup oluşturulmadığı sık sık kontrol edilmeli.
- Pişik oluşunu ve pişikğin önlenmesi için bebekğin bezine ve altının kuru luğuna ayrıca dikkat edilmeli.

Göz bakımı: Yenidoğanın gözlerinde çapaklanma yoksa özel bir bakım gerekmez. Çapaklanma varsa kaynatılmış, ılık suda ısıtılmış steril gazlı bir tampon ile fazla bastırılmadan içten dışa doğru silinir. Her göz için başka bir tampon kullanılır. İki haftayı geçen çapaklanmalarda hekime başvurulmalıdır.



Bebek beslenmesi

Bebekler ilk altı ay sadece anne sütü almalı, şekerli su, başka bir süt ve benzeri hiçbir şey verilmemelidir. Emzirme süresinde bir kısıtlama yapılmamalı, her istediğinde emzirilmelidir. Emzirme zorlukları nedeniyle emzik ya da biberon kullanılmamalı, gerekirse sağılan süt kaşıkla verilmelidir. Emzirmeden sonra bebekğin gazı mutlaka çıkarılmalıdır.

Gaz çıkarma

- Her beslenmeden sonra gaz çıkarılmalıdır. Eğer emerken hava yutmadıysa gaz çıkarmayabilir.
- Kanna hafif masaj yapmak, ayakları üzerine bastırarak da gaz çıkmasına yardımcı olur.
- Bebekğin başı yan çevrilerek omuza yatırılır.
- Bebekğin sırtını aşağıdan yukarıya doğru avazlayarak veya hafif hafif vurarak gaz çıkarılır (ağızdan geğime). Bu işlem 10-15 dakika sürebilir.



Konak Bakımı

Her gün banyodan önce bebe yağı veya saf sızma zeytinyağı ile masaj yapılarak konakların yumuşatılması, sonra da bebek şampuanı ile yıkanması ve bebek tarağı veya fırça ile yumuşak hareketlerle sağın taraması yeterli olmaktadır.

Aşılar

Aşılar çocuk ve erişkin sağlığını korumada, bulaşıcı hastalıkları önlemede maliyet ve güvenilirlik açısından en etkili yöntemdir. Aile Sağlığı Merkezi'ne başvurarak aşılarınızı ücretsiz yaptırabilirsiniz.

Sarılık

Doğumdan sonraki ilk on gün içinde bilirubin (sarılık) düzeyi normale döner. Yeterli anne sütü ile beslenme ve bebekğin ısısının korunması fizyolojik sarılık gelişmesinin önlenmesi için çok önemlidir.

Yenidoğan Tarama Testlerini

Doğumsal metabolik hastalıkları veya genetik hastalıkları gibi durumları belitleden için yenidoğanlarda bazı tarama testlerinin yapılması gerekir. Kan örneği alınması ideal olarak doğumdan sonraki 3-5.günlere arasındadır. Tarama programı kapsamında doğan her bebekten doğumdan 48 saat sonra ilk topuk kanı örneği alınmalıdır.

Pamukçuk

Bebekğin ağızındaki pamukçuk, emmeyi zorlaştır.



Ne yapmalı: Her gün bebekğin ağız kontrol edilmeli ve bikarbonatlı solüsyonlarla temizlenmelidir. 1 çay kaşığı bikarbonat toz 1 çay bardağı suya dökülerek hazırlanan sıvıya batırılan eczaneden temin edilmiş gazlı bezler yardımıyla tahriş edilmeden günde 3-4 defa silinmelidir.

Bikarbonat ile bakımla pamukçuk geçmiyor ise hekimin tavsiye ettiği pamukçuk ilacı kullanılabilir. İlacın saklama koşullarına ve kullanım süresine dikkat edilmesi gerekir. Pamukçuk anne sütü alan bebeklerde daha az görür. Anne meme temizliğine, biberon ve emzik kullanımı varsa bunların temizliğine dikkat etmek gerekir.

Gaz sancısında (Kolik) ne yapmalıyız?

Anne gaz sancısı nedeniyle ağlayan ve memeyi reddeden bebeğe karşı sabırlı olmalıdır. Emzirme tekniği gözden geçirilmeli, yanlış yerleştirmeler düzeltilmelidir. Emzirmeden sonra bebekğin gazı çıkartılmalıdır. Belli aralıklarla bebeğe egzersiz ve masaj yapılmalıdır. Bebekler kucakta gezinmeden hoşlanırlar. Bebeklerin bu dönemde alk kucaka alınmalarında sakınca yoktur.

Anne Sütü ve Emzirme

Anne sütünün önemi ve yararları

- ⇒ Anne sütinin sindirimi kolaydır.
- ⇒ Anne sütü her zaman temiz ve uygun sıcaklıktadır.
- ⇒ Sarihği önler.
- ⇒ Mekonyumun atılmasını kolaylaştırır.
- ⇒ Bebeğin zeka düzeyini yükseltir ve bağışıklık sistemini güçlendirir.
- ⇒ Kulak enfeksiyonu, astım ve diğer alerjik hastalıkların görülme riskini ve sıklığını azaltır.
- ⇒ Bebeği bakteriyel menenjitte, solunum sistemi hastalıkları ve ishale karşı korur.
- ⇒ Annenin meme ve yumurtalık kanseri riskini azaltır.

Bağlanma : Emzirmeye zamanında başlama, anne ile bebeğin aynı odada kalması, kanguru bakımı, bebek masajı, yoga-meditasyon ve sosyal destek alma girişimlerinin anne-bebek bağlanmasında önemli rol oynadığını göstermektedir.

SÜTÜNÜZÜN VETERİNCE GELMESİ İÇİN

- ⇒ Bebeğinizi sık sık emzirin
- ⇒ Bebeğinizi her istediğinde emzirin.



34

EMZİRME POZİSYONLARI



Koltuk altı pozisyonu



Beşik pozisyonu



Yan yatarak emzirme



Çapraz beşik pozisyonu

Doğru emzirme için yapılması gerekenler;

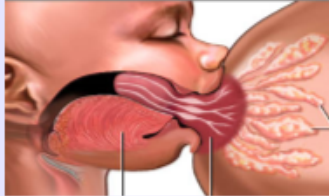
- Bebekğin alnının kuru, burun deliklerinin açık, oda ısısının normal (20-24 OC) ve bebekğin kıyafetlerinin uygun olman sağlanır.
- Anne ellerini su ve sabunla yıkamalı.
- Anne rahat olacağı pozisyon olmalı.
- Meme ucu kirliyse emzirme öncesinde meme ucu kaynatılmış ılık su ile temiz silinir.
- Meme ucu temiz ise anne sütü ile ıslatılır.

35

-Anne bir kolunu kavırır, gerekiyorsa kolunun altına yastıkla desteklenir.

-Annenin başparmağı yukarısında, 4 parmağı aşağıda olacak şekilde meme tutulur (areola ve meme başına dokunulmadan).

-Bebekğin ağrı tam açık ve alt dudak dışı dönük ve bebeğimizin çenesi memeye değecek şekilde yerleştirilir.



Bebekğimiz memeye doğru şekilde yerleşirse meme başı çatılkaları, yara ve tıkanıklık problemleri oluşmaz.

Bebekğimize ne kadar süre emzirmeliyim?

Memede kalma süresi ortalama 15-20 dakikadır. Bu süre bebekten bebeğe değişebilir. Bebekler istedikleri zaman istedikleri kadar emzirebilir.

BEBEĞİNİZİN İLK 6 AY ANNE SÜTÜNDEN BAŞKA BİR ŞEYE İHTİYACI YOKTUR

36

SÜT SAĞMA

Süt Nasıl Sağılır?

Elle sağma

- ⇒ Önce eller yıkanmalı ve süütün sağılacağı temiz kap hazırlanmalıdır.
- ⇒ Rahat bir yere oturulur meme, baş parmak üstte diğer parmaklar altta kalacak şekilde meme başının etrafındaki kahverengi bölgeye doğru masaj yapılır.
- ⇒ Sütün sağılması için baş ve diğer parmaklar yavaşça içe, göğüs duvarına doğru ardından birbirine doğru bastırılır.
- ⇒ Sağma işlemi düzenli bir şekilde yapılır.



Sütün ısıtılması

Dolaptan çıkardığımız sütü benzeri usulü yani sıcak su dolu bir kabın içinde ısıtınız.

Anne sütü doğrudan ısıya maruz bırakılmamalı ve fazla ısıtılmamalıdır.

37

El Pompası ile Sağma

Memeye yerleştirilecek kısım düz olarak ve meme ucu tam ortaya gelecek şekilde yerleştirilmelidir. Piston ritmik ve yumuşak hareketlerle çekilmeli ve bırakılmaldır.



Elektrik Pompa ile Sağma

Memeye yerleştirilecek kısım areola üzerine ve meme ucu tam ortaya gelecek şekilde yerleştirilmelidir. Makine sağış gücü en düşükten başlayıp ağır olmayana kadar dereceli olarak yükseltilmelidir. Her iki memede sağılmalıdır. Sağılan süt biberon ile verilmemelidir.

Sağılmuş süt nasıl saklanır?

Dışarda 3 saat

Buzdolabı rafında (+4 derecede) 3 gün,

İki kapılı buzdolabının buzuğunda (yaklaşık -18 derecede) 3 ay

Derin dondurucuda (-18 derecenin altında) 6 ay

ANNE SÜTÜ SAKLANABİLİR

38



**SAğLIKLI VE MUTLU
YARINLARA**

39

EK. VI. TEZİN UYGULANACAĞI YERDEN ALINAN UYGULAMA İZİNLERİ


T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ
00001014791

Sayı : 64222187-604.02.99
Kona : Nilay ŞENER'in
Anket Çalışma İzni Hk.

SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞINA (Sağlığın Geliştirilmesi Birimi)

İlgi: 11/12/2018 tarihli ve 16867222-604.02.99-3930 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ekinde Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nilay ŞENER'in, Yrd. Doç. Dr. Filiz OKUMUŞ'un danışmanlığında yürüttüğü "Sezaryen Olan Kadınlara Verilen Eğitimin Doğum Sonu Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu tez çalışması kapsamında anket çalışmasını, Bahçeşehir Erzurumlu İbrahim Hakkı Aile Sağlığı Merkezi'nde yapma talebi Müdürlüğümüze Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Aile Hekimliği Birimimizce incelenmiştir.

Bilindiği üzere aile hekimliği uygulaması kapsamında görev yapan aile hekimleri 25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin "Kayıtların Tutulma Şekli ve Muhafazası" başlıklı 31'inci Maddesinin 5'inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakımla yükümlü olduğu vatandaşlara ait bilgi sistemlerinde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuat çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan "Hasta Hakları Yönetmeliği" nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23'üncü Maddesinin 1'inci fıkrasında yer alan "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebi ile edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiç bir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden aile hekimine kayıtlı nüfus ile ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişiler ile paylaşılmaz.

Bu bağlamda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşulu ile Ebelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nilay ŞENER'in talebi Birimimizce uygun görülmemiştir.

Gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Erdoğan KOÇAYIĞIT
Başkan Yardımcısı

Seydihan Mahallesi Mecidiye Caddesi No:81-83 Zeytinburnu/İstanbul/Te1102123409
20.00 İsmi:34.İsbi1@sağlık.gov.tr Başra Karaduman Aile Hekimliği Birimi
Faks No: 0212 25401330

Bilgi için: Bülce ARSLAN

Ünvan: SÖZLEŞMELİ PERSONEL

e-Posta: bism-arlan5@sağlık.gov.tr İnt. Adres: bism-arlan5@sağlık.gov.tr

Telefon No: 0212 409 26 76

Evrensel değerleri imzalı olarak bilgi ve belge: sağık.gov.tr adresinden 0212026-160-40740/2676250/Personel-Konu ile ilgili olarak
Her belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK VII. ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ

Re: permission

14 Şub 2019 Per 21:26

Dear Nilay,

Yes, you may have permission to use the QOL tool during the postpartum period. I cannot recall what is in the two publications. During or the end of week 1 would seem appropriate for many of the items.

Pam

On Thu, Feb 14, 2019 at 12:13 PM nilay şener
<nilay.sener@hotmail.com> wrote:

Hello Hill teacher,

I am a master student. I would like permission to use your "Maternal Postpartum Quality of Life Tool" (MAPP-QoL), on my thesis. Which weeks are appropriate to use?. I want to apply the first week of postpartum.

sorry for my bad english.

Nilay Şener

-

Pamela D. Hill

Here you go.
Pam Hill

On Fri, Feb 15, 2019 at 2:58 AM nilay şener
<nilay.sener@hotmail.com> wrote:

Miss Pamela,

Thank you for permission. Could you send the original article in 2006?.

Gönderen: Pamela Hill
<pasopam47@gmail.com>

Gönderildi: 14 Şubat 2019 Perşembe 21:25

Kime: nilay şener

Konu: Re: permission

Dear Nilay,
Yes, you may have permission to use the QOL tool during the postpartum period. I cannot recall what is in the two publications. During or the end of week 1 would seem appropriate for many of the items.

Pam



11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.50497
Konu : Etik Kurulu Kararı

15/11/2018

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Filtiz OKUMUŞ

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Sezaryen Olan Kadınlara Verilen Eğitimin Doğum Sonu Yaşam Kalitesine Etkisi" isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kararı kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hacı ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre İmza FİL-Prof. Dr. Hacı ÖZBEK tarafından 15.11.2018 tarihinde e-imzalanmıştır.
Ayrıntılar için: <https://ehys.medipol.edu.tr/e-imza/İmzaKodu/67E9D21C56> kodu ile doğrulanabilmektedir.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Etilerler Cad. No:19 Kavacık Kavşağı - Beşiktaş
34810 İstanbul

Tel: 444 35 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin: ilgi@medipol.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ


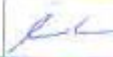



ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sezaryen Olan Kadınlara Verilen Eğitimin Doğum Sonu Yaşam Kalitesine Etkisi			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/AD/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Filiz OKUMUŞ			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ebelik			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
DESTEKLEYİCİ	-			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dil		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 651		Tarih: 14/11/2018			
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI/ADLI/ SOYADI Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvan/Adı/Soyadı	Unvanlık Alanı	Kurumu	Clasör		Araştırma ile ilgili		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. İknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Keremhan OLCAY	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* : Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Ad	Nilay	Soyad	ŞENER
Doğum Yeri	Yalova	Doğum Tarihi	13.10.1986
Uyruk	TC		
E- mail	nilay.sener@hotmail.com	Tel	5055574594

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olunan Kurumun Adı	Mezuniyet yılı
Doktora		
Yüksek Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	2019
Lisans	Kocaeli Üniversitesi	2008
Lise	Yalova Fatih Sultan Mehmet Lisesi	2004

İş Deneyimi

	Görev	Kurum	Süre (Yıl)
1	Ebe	İst/ Bahçelievler Aile Hekimliği	07/2010- Halen
2	Hemşire	İstanbul Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi kliniği	2009-2010
3	Yenidoğan hemşiresi	Anadolu Sağlık Merkezi John Hopking	07- 09/2008

Yabancı Diller	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Orta	Orta	Orta

Yabancı Dil Sınav Notu								
YDS	YÖKDİL	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE	TOEFL PBT
	61.							

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	72	65	

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları	İyi