

T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
EBELİK ANABİLİM DALI

**DOĞUM YAPMIŞ ANNELERDE ERKEN PUERPERAL  
ENFEKSİYON GÖRÜLME DURUMUNUN  
ARAŞTIRILMASI**

**Fatoş YILDIZ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Yrd. Doç. Dr. Nazife AKAN**

**MERSİN-2009**

T.C.  
MERSİN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
EBELİK ANABİLİM DALI

**DOĞUM YAPMIŞ ANNELERDE ERKEN PUERPERAL  
ENFEKSİYON GÖRÜLME DURUMUNUN  
ARAŞTIRILMASI**

**Fatoş YILDIZ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Yrd. Doç. Dr. Nazife AKAN**

**TEZ NO:.....**

**MERSİN-2009**

## Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan 'Doğum Yapmış Annelerde Erken Puerperal Enfeksiyon Görülme Durumunun Araştırılması' başlıklı çalışma, jürimiz tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 07/10/2009

Yrd. Doç. Dr. Nazife AKAN.  
Mersin Üniversitesi  
Jüri Başkanı

Yrd. Doç. Dr. Mine YURDAKUL  
Mersin Üniversitesi  
Jüri Üyesi

Yrd.Doç. A. Öner KURT  
Mersin Üniversitesi  
Jüri Üyesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../...../.....tarih ve..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Ülkü ÇÖMELEKOĞLU  
Enstitü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Tezimi hazırlamamda bana destek olup, deneyimlerini benden esirgemeyen, o sıcak gülümsemesi yüzünden hiç eksik olmayan, tez yazımdan son şeklini almasında kadar bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, ebelik mesleğine bakış açısıyla her zaman örnek aldığım tez danışman hocam **Sn. Yrd. Doç. Dr. Nazife AKAN'a**,

Lisans ve yüksek lisans eğitimime büyük katkı sağlayan, mesleğime olan bakış açımı değiştiren ve daha çok sevdiren, tanımaktan keyif aldığım hocam **Sn. Yrd. Doç. Dr. Mine YURDAKUL'a**,

Tez çalışmam süresince verilerimin değerlendirilmesi ve yorumlaması konusunda desteğini hiç esirgemeyen, bilgi ve deneyimlerini paylaşan sevgili hocam **Sn. Yrd. Doç. Dr. Ahmet Öner KURT'a**,

Eğitimim için hiçbir fedakarlığı esirgemeyen, desteklerini her zaman hissettiğim ve minnet borçlu olduğum **aileme**,

Tezimi hazırladığım dönem boyunca her zaman yanımda olup desteğini esirgemeyen okul arkadaşım, Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi septik servis ebesi **Sn. Hatice Kaya YER'e** ve Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi yönetimine,

Uzmanlık eğitim süresini birlikte paylaştığım tüm arkadaşlarıma;  
sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum

**Ebe Fatoş YILDIZ**

**EKİM-2009**

# İÇİNDEKİLER

<b>KABUL VE ONAY</b> .....	iii
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	iv
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	v
<b>ÇİZELGELER DİZİNİ</b> .....	vii
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	viii
<b>ÖZET</b> .....	ix
<b>ABSTRACT</b> .....	xi
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	6
2.1. Puerperal Enfeksiyonlar.....	6
2.1.1. Puerperium Pelvik Enfeksiyonlar.....	7
2.1.2. Üriner Enfeksiyonlar.....	9
2.2. Puerperal Enfeksiyonlarda Risk Faktörleri.....	9
2.3. Puerperal Enfeksiyonlarda Klinik Bulgular.....	20
2.3.1. Semptomlar. ....	20
2.3.2. Laboratuvar Bulguları.....	21
2.4. Yara İyilemesi.....	23
2.5. Yara iyileşmesini Etkileyen Faktörler.....	26
2.5.1. Sistemik Etkili Faktörler.....	26
2.5.2. Lokal Faktörler.....	28
2.6. Yara Bakımı.....	29
2.6.1. Perine ve Dikişlerin Bakımı.....	30
2.7. Yara iyileşmesinde Ebe/Hemşirelerin Görev ve Sorumlulukları.....	31
2.8. Yara Komplikasyonları.....	31
2.8.1. Erken ve Geç Yara Enfeksiyonu.....	31
2.8.2. Sezaryen Sonrası Yara Enfeksiyonu.....	32
2.9. Puerperal Enfeksiyonlarda Tanı ve Tedavi .....	33
2.10. Puerperium Dönemde Annelerin Bakım Gereksinimleri ve Ebe/Hemşirenin Rolü .....	35

<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	39
3.1. Araştırmanın Amacı.....	39
3.2. Araştırmanın Şekli.....	39
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	39
3.4. Araştırmanın Evreni.....	39
3.5. Araştırmanın Örneklemi.....	39
3.6. Verilerin Toplanması.....	40
3.6.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması.....	40
3.6.2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması.....	40
3.6.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması ve Değerlendirilmesi.....	40
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	42
3.8. Araştırmanın Giderleri.....	42
3.9. Araştırmanın Zaman Çizelgesi .....	43
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	43
<b>4. BULGULAR</b> .....	44
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	65
5.1. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	65
5.2. Annelerde Enfeksiyon Gelişme Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması.....	71
<b>6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER</b> .....	81
6.1. Sonuçlar.....	81
6.2. Öneriler.....	83
<b>7. KAYNAKLAR</b> .....	84
<b>8. EKLER</b> .....	97
8.1. EK-1 Anket Formu.....	97
8.2. EK-2 Puerperium Enfeksiyon Değerlendirme Formu .....	103
<b>9. ÖZGEÇMİŞ</b> .....	104

## ÇİZELGELER DİZİNİ

Sayfa No

Çizelge 2.1. Uluslar arası Sezaryen Oranları (DSÖ 2005 raporu).....	15
Çizelge 3.6.3.1. Araştırmanın Haftalık Çalışma Çizelgesi.....	41
Çizelge 3.9.1. Araştırmanın Zaman Çizelgesi.....	43
Çizelge 4.1. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre İncelenmesi.....	44
Çizelge 4.1.1. Annelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Verileri .....	44
Çizelge 4.1.2. Annelerin Sağlık Durumlarına İlişkin Verileri.....	46
Çizelge 4.1.3. Annelerin Gebelik Dönemi İle İlgili Verileri .....	47
Çizelge 4.1.4. Annelerin Doğum Sonu Evde Ziyaret Edilme Durumları.....	48
Çizelge 4.1.5. Annelerin Doğum Sonu Hijyen Durumları .....	49
Çizelge 4.1.6. Annelerin Doğum Sonu Epizyo/İnsizyon Bakımı Alma Durumları...51	
Çizelge 4.1.7. Annelerin Doğum Sonu Sağlık Değerlendirmesi.....	53
Çizelge 4.2. Annelerde Enfeksiyon Gelişme Durumunun İncelenmesi.....	54
Çizelge 4.2.1. Annelerde Doğum Yapma Şekillerine Göre Puerperal Enfeksiyon Görülme Durumu.....	54
Çizelge 4.2.2. Annelerde Sosyodemografik Özelliklerine Göre Puerperal Enfeksiyon Görülme Durumu .....	55
Çizelge 4.2.3. Annelerde Yaşa Göre Puerperal Enfeksiyon Görülme Durumu .....	56
Çizelge 4.2.4. Annelerin Sağlık Durumuna Göre Puerperal Enfeksiyon Görülme Durumu .....	57
Çizelge 4.2.5. Annelerin Gebelik Döneminde Eğitim Alma ve Doğum Sonu Evde Ziyaret Edilmelerine Göre Puerperal Enfeksiyon Görülme Durumu .....	58
Çizelge 4.2.6. Annelerin Doğum Sonu Hijyen Davranışları ve Tuvalet Alışkanlıklarına Göre Puerperal Enfeksiyon Görülme Durumu .....	60
Çizelge 4.2.7. Annelerin Epizyo/İnsizyon Bakımına Göre Puerperal Enfeksiyon Görülme Durumu.....	63
Çizelge 8.2. Puerperium Enfeksiyon Değerlendirme Formu.....	103

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ACOG</b>	: The American College of Obstetricians and Gynecologists
<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>Ark</b>	: Arkadaşları
<b>BT</b>	: Bilgisayarlı Tomografi
<b>CDC</b>	: Centers for Disease Control
<b>CRH</b>	: Kortikotropin Releasing Hormon
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>EMR</b>	: Erken Membran Ruptürü
<b>FIGO</b>	: Uluslararası Kadın Doğum Federasyonu
<b>IV</b>	: İntra Venöz
<b>MKDÇH</b>	: Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi
<b>MR</b>	: Manyetik Rezonans
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for the Social Sciences
<b>SSK</b>	: Sosyal Sigortalar Kurumu
<b>TC</b>	: Türkiye Cumhuriyeti
<b>TNSA</b>	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>USG</b>	: Ultrasonografi



## ÖZET

### Doğum Yapmış Annelerde Erken Puerperal Enfeksiyon Görülme Durumunun Araştırılması

Yıldız F.'nin bu çalışması, 1 Temmuz-1 Eylül 2008 tarihleri arasında Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi lohusa servisinde, doğum yapmış annelerde erken puerperal enfeksiyonun görülme durumunun araştırılması amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesinde doğum yapan 4279 normal doğum ve 3462 sezaryenle doğum yapan kadınlar oluşturmuştur. Örneklemi Tabakalı Rastgele Örnekleme yöntemiyle seçilen bu tarihlerde doğum yapan 104 lohusa oluşturmuştur.

Veriler literatür taranarak araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu ve puerperium enfeksiyon değerlendirme formu kullanılarak toplanmıştır.

Elde edilen veriler bilgisayarda Statistical Package for the Social Sciences 11.5 programında (SPSS), İki oran karşılaştırması testi, Student-T testi ve Ki-Kare testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Genel olarak normal doğum yapan kadınların çoğu 20-29 yaş aralığında (%65,4), sezaryen ile doğum yapan kadınların çoğu ise 30 yaş ve üzerindedir (%48,1). Normal ve sezaryenle doğum yapan kadınların %98,1'i ev hanımıdır. Normal doğum yapanların %53,8'i ve sezaryenle doğum yapanların %88,5'i okur yazar değildir. Normal doğum yapan kadınların %96,2'si gebelikte kontrole giderken, sezaryenle doğum yapan kadınların %98,1'i gitmiştir. Bunlardan normal doğum yapanların %17,3'ü, sezaryenle doğum yapanların %15,4'ü ebe tarafından izlenmiştir.

Puerperium döneminde ise normal doğum yapan kadınların %25'i, sezaryenle doğum yapanların %13,5'i ebe tarafından ziyaret edilmiştir. Normal doğum yapanların %86,5'i, sezaryenle doğum yapanların %76,9'u doğumdan sonra ilk yedi gün içerisinde banyo yapmıştır. Normal doğum yapanların %23'ü, sezaryenle doğum yapanların %38,5'i oturarak banyo yapmıştır. Normal doğum yapanların %25'i, sezaryenle doğum yapanların %17,3'ü genital bölge temizliğini önden arkaya yapmaktadırlar.

Normal doğum yapan annelerin %55,8' i, sezaryenle doğum yapanların ise %53,8'i purperium epizyo/insizyon bölgesinin bakımı hakkında bilgi almışlardır. Normal doğum yapanların %50'si, sezaryenle doğum yapanların %71,2'si epizyo/insizyon bölgesine pansuman yaptırmaktadırlar. Normal doğum yapanların %23,1'i, sezaryenle doğum yapanların %9,6'sı doğum sonu antibiyotik kullanmışlardır.

Çalışma sonucunda; normal doğum yapan annelerin %3,8'inde enfeksiyon görülürken, sezaryenle doğum yapanların %57,7'sinde enfeksiyon görülmüştür. İstatistiksel olarak aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur.

**Anahtar sözcükler:** puerperal enfeksiyon, yara yeri enfeksiyonu, normal doğum, sezaryen.

## ABSTRACT

**The research of observation of early puerperal infections among mother's who gave.**

**Yıldız F.'s this study has taken place at the Childbed service of Mersin Kadın Doğum Ve Çocuk hospital in between July 1 and September 1 of 2008 to observe and diagnose early puerpal infections among mothers who gave birth. The subject of this researching are 4279 women who gave naturel birthand 3462 women who gave birth by ceaserean in Mersin Kadın Doğum Ve çocuk hospital. The sampling of the research is formed by 104 childbed patients according to that" Layered Random Sampling Method".**

**The data is acquired by using of inquiry form and puerperium infection evaluation form which are developed by researcher. The data is evaluated in computer by using " Statistical Package For The Social Sciences 11.5" program via "Two-ratio Comparasion test" , Student-T test and Ki-Kare test.**

**Generally the age of the women who gave natural birth is in between 20 and 29 (65,4%) while in ceaserean cases the age of the women is above 30 (48,1%). For each cases profession of thats women is dominantly houswife (98,1%). The ratio of illiteracy is 53,8% for the natural birth patients and is 88,5% for the ceaserean patients. The ratio of medical controls during pregnancy is 96,2% for the natural birth patients and is 98,1% for ceaserean patients while as 17,3% ceaserean patients are watched by a widwife.**

**During puerbium phase 25% of natural birth patients and 13,5% of ceaserean patients are visited by a midwife. 86,5%of the natural birth patients and 76,9% of the ceaserean patients took a bath in firs seven days following from birth while 23% of natural birth patients and 38,5% of the ceaserean patients took abath sitting. The ratio of celaning genitelia from back to forth is 25% for the natural birth patients and 17,3% for the ceasereon patients.**

**55,8% of mothers who gave natural birth and 53,8% of mothers who gave birth by ceasereon were informed about care of puerbium epizyon/insizyon region. In 50% of the natural birth cases and 71,2% of the ceareseon cases**

mothers are dressed their epizyo/insisyonal wounds. The ratio of antibiotic usage is 23,1% for natural birth cases and is 9,6% for ceasereon caeses.

As a result of this research infection ratio is 3,8% for mothers who gave natural birth and is 57,7% for the mothers who gave birth by ceaserean. Statistically that difference between the ratios has beenn found meaningful.

**Key words:** puerpal infection, wounded region infection, natural birth, ceaserean



# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin tanımı ve önemi

Doğurganlık, özelde kadın ve çocuk sağlığını, genelde aile ve toplum sağlığını etkileyen önemli bir olgudur. Normal fizyolojik bir olay olmasına rağmen, gebelik, doğum ve doğum sonrasında süreçte birçok anne hayatını kaybetmekte ya da sakat kalmaktadır (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporlarına göre dünya da her yıl 15 milyondan fazla kadın yaşamlarının geri kalan kısmında, doğum ve gebeliğe bağlı yaralanma ve sakatlık sorunları yaşamaktadır. Bir kadın, her gebelikte ölüm riski ile karşı karşıya gelmektedir (2,3).

Ülkelerin gelişmişlik düzeylerini belirlemede anne mortalite ve morbidite hızları en az ekonomik parametreler kadar önemlidir. Uluslararası Kadın Hastalıkları ve Doğum Federasyonu (FIGO) ve DSÖ (1977) tanımına göre anne ölümü; kadının gebelik süresine bakılmaksızın, gebe iken ya da gebeliğin sona ermesinden sonraki 42 gün içerisinde, kazadan kaynaklanmayan, gebelik veya gebeliğin yönetimiyle ilgili olan veya gebeliğin ağırlaştırdığı herhangi bir hastalık nedeniyle ölmesi olarak tanımlanmaktadır (4).

DSÖ'nün 2006 yılında yayınladığı sistematik gözden geçirme çalışmasında, ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ve bölgesel farklılıklarının anne ölümü ve sakatlıkları üzerinde etkisinin olduğu vurgulanmaktadır (5,6).

Gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde anne ölüm ve sakatlık oranlarının hala çok yüksek olması dikkat çekicidir. Gelişmiş ülkelerde anne ölüm oranları, 100.000 canlı doğumda ortalama olarak 50'nin çok altındadır. Doğu Avrupa için 8–50 ve pek çok Batı Avrupa ülkesi için 8'in altındadır. Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) yüzbinde 17 iken, Almanya'da yüzbinde 8, Kanada'da yüzbinde 6 ve Avusturyada yüzbinde 4'dür. Gelişmekte olan ülkelerde ise, 100.000 canlı doğum için 500–1000 olarak rapor edilmiştir (2,7).

Ülkemizde de anne sağlığı konusunda henüz istenilen düzeye ulaşamamıştır. Ulusal Anne Ölümleri Araştırmasına göre 2005 yılında Türkiye için anne ölüm hızı yüz bin canlı doğumda 28,5 olarak tespit edilmiştir. En düşük anne ölüm hızı yüz binde 7,4 ile Batı Anadolu'da, en yüksek anne ölüm hızı ise yüz binde 68,3 ile Doğu Karadeniz ve Kuzeydoğu Anadolu'da tespit edilmiştir. Bu hız kentsel alanlar için yüz bin canlı doğumda 20,7, kırsal alanlar için 40,3 olarak hesaplanmıştır (8). Mersin ilinde anne ölüm hızı 2004 yılında yüzbin canlı doğum da 17,1 iken, 2006 da yüzbinde 30,6 ve 2008 yılında ise yüzbinde 13,9'dur (9).

DSÖ 1998 verilerine göre, gebelik ve doğum komplikasyonlarına bağlı anne ölümlerinin %50'si doğumda, %50'si ise gebelik ve lohusalık döneminde görülmekte ve bu ölümlerin %99'u önlenemez nedenlerle meydana gelmektedir. Önlenemez nedenlerin %25'ini kanama, %15'ini enfeksiyon, %13'ünü düşük komplikasyonları, %12'sini eklampsi ve hipertansif bozukluklar, %8'ini engellenmiş doğum eylemi, %8'ini diğer obstetrik nedenler gibi doğrudan obstetrik nedenler, %20'sini ise dolaylı nedenler oluşturmaktadır (10,11).

Ülkemizde yapılan Türkiye Üreme Sağlığı Programı, Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005 raporuna göre, gebeliğe bağlı ölümlerin %37'si doğum öncesinde, %9'u doğum sırasında, %54,1'i doğum sonu dönemde meydana gelmektedir. Doğum sonu ölüm nedenlerinin ise; %33'ünü kanama, %20'sini toksemi, %17'sini dolaylı nedenler, %15'ini puerperal enfeksiyonlar, %10'unu emboli ve %6'sını diğer nedenler oluşturmaktadır. Doğum sonu dönemde gerçekleşen ölümlerin gebeliğe bağlı ölümler içindeki payı yerleşim yerine göre kıyaslandığında ise kırsal alanlarda daha yüksek olduğu görülmektedir (8).

Anne ve bebek mortalite ve morbiditesinde doğum öncesi riskli durumların yanında doğumun yapıldığı yer, doğum şekli, doğum ve doğum sonu komplikasyonları rol oynamaktadır. Bunların önlenmesinde yada en aza indirilmesinde doğum öncesi etkin bakım hizmetleri kadar, doğumların yapıldığı yer ve doğum şekli, doğumun sağlık personeli tarafından yönetilmesi ve doğum sonu izlemlerin yapılması önemlidir (12).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 verilerine göre Türkiye de gebelerin %80,9'u doğum öncesi bakım alırken, TNSA 2008 verilerine göre %92'si doğum öncesi bakım almıştır. 2003 yılı verilerine göre bakım alanların %75,4'ü doktor, %5'i ebe/hemşire tarafından bakım alırken, 2008 verilerine göre doğum öncesi bakımın hemen tamamının doktordan alınmış olması dikkat çekicidir (13,14).

Doğumların %83'ü bir sağlık personeli tarafından yaptırılmıştır. TNSA 2008 öncesindeki beş yıl içinde meydana gelen doğumların %64'üne doktor; %27'sine de ebe ve/veya hemşire yardımcı olmuştur. Ayrıca doğum şeklinin, doğumda müdahalelerin de anne mortalite ve morbiditesinde önemli rolü vardır (14).

DSÖ'ne (1998) göre dünya da annelerin doğum sonu dönem bakım alma oranını % 35 olarak bildirmektedir (13,15).

TNSA kapsamında anne ve bebeklerin doğum sonrası bakım hizmetlerinden yararlanıp yararlanmadıkları ilk kez TNSA 2008 kapsamında sorulmuştur. TNSA 2008 öncesindeki beş yıl içinde gerçekleşen son doğumlar dikkate alındığında, Türkiye'de annelerin %85'inin bir sağlık personelinden doğum sonrası bakım hizmeti aldığı görülmektedir. Doğum sonrası bakım hizmetlerinden yararlanma oranı kırsal yerleşim yerlerinde, Doğu Anadolu Bölgesinde, eğitimsiz ve çok sayıda doğum yapmış annelerde hızla azalarak %70'e gerilerken, Batı Anadolu Bölgelerinde, İstanbul'da ve özellikle eğitilmiş anneler arasında %95'in üzerine çıkmaktadır (14).

Yapılan bir çalışmaya göre Türkiye'de doğum sonu izlem ortalaması 0,54 ve altındadır. Coğrafik ve ekonomik duruma göre bakıldığında Doğu ve Güneydoğu Anadolu illerinde doğum sonu izlemin en düşük değerlere sahip olduğu ve Batı Anadolu'da ortalama izlem sayısı 1,41 ve üzerinde olduğu görülmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde lohusa başına düşen izlem sayısı 0,90'dır. 2000-2004 yılları arasında doğum yapan annelerin birçoğu doğum sonu dönemde birkez bile izlenmemişlerdir (16).

Araştırmanın yapıldığı Mersin ilinde Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri 2008 verilerine göre ortalama gebe izlem sıklığı 5,6 iken, lohusa izlem sıklığı 1,9 dur (9).

Doğum sonu dönem (puerperium), gebeliğe bağlı anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin gebelikten önceki normal haline dönmeye başladığı 42 günlük zamanı kapsamaktadır. Bu dönem morbidite ve mortalite gelişmesinde anneler için kritik bir dönemdir (17). Puerperal enfeksiyonlar ise bu dönemde en önde gelen anne morbidite ve mortalite nedenlerindedir.

Doğum sonucu genital sistemde meydana gelen enfeksiyonlar, puerperal enfeksiyonlar olarak tanımlanır (18). Puerperal enfeksiyonlar perineden başlayarak vajen, endometriyum, myometriyum, parametriyum ve intrapelvik alanda görülebilir. Puerperium pelvik enfeksiyonlar; epizyotomi ve sezaryen yara enfeksiyonları,



endometrit, myometrit, parametrit, peritonit ve nihayet septik şok şeklinde ortaya çıkabilir. Tedavi edilmeyen olgular sepsis ve septik şoka kadar ilerleyebilir (19-21).

Puerperal enfeksiyonların nedenleri arasında doğum şekli en önemli risk faktörlerinden birisidir (21).

Deborah S ve ark. (22) 1993-1995 yıllarında yaptıkları çalışmada sezaryenle doğum yapan annelerin normal vaginal doğum yapanlara göre 5 – 20 kat daha fazla enfeksiyon riskine sahip olduklarını ve sezaryen sonrası enfeksiyon görülme oranlarının, demografik ve obstetrik etkenlere bağlı olarak %7 ile %20 arasında değiştiğini bildirmişlerdir. Anne mortalite ve morbiditesi açısından bu kadar yüksek risk oluşturmasına rağmen, DSÖ son yıllarda sezaryenle doğum oranlarının ciddi oranda artmasına dikkat çekmektedir.

DSÖ 2005 verilerine göre sezaryen oranı Amerika Birleşik Devletleri'nde %23, İngiltere'de %21,3, İtalya'da %32, Brezilya'da %38'dir. Gelişmiş ülkeler içinde, en düşük sezaryen oranı Çekoslovakya'da %14, Hollanda'da %14 ve İsviçre'de %10 görülmektedir. Bu sezaryen hızlarının çoğu DSÖ tarafından önerilen %15 oranından yüksektir.

Ülkemizde ise TNSA 1998 verilerine göre, sezaryen oranı %14 iken, bu oran 2003'de %21'e yükselmiştir (13,23).

Sezaryen sonrası en çok görülen komplikasyon yara enfeksiyonudur. Bazı ülkelerde yapılan çeşitli araştırmalarda sezaryen sonrası enfeksiyon oranları % 7,8-18,3 olarak saptanmıştır (24-27).

Türkiyede sezaryen sonrası oluşan komplikasyonların görülme sıklığı ile ilgili doğrudan bir veriye ulaşılamamıştır. Ancak Noso-line Projesi kapsamında 1998 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre, tüm hastane enfeksiyonları içinde yara enfeksiyonu sıklığı %22 oranla ikinci sırada yer almaktadır (28).

Aksu ve ark (29) 2001–2003 yıllarında Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) Ankara Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi'nde aktif süreyans çalışmalarında spontan vaginal doğum yapanların %0,3'ünde, sezaryenle doğum yapılanların ise %1,13'ünde puerperal enfeksiyon saptanmışlardır. Bunların içinde yara yeri enfeksiyonların %92,7 oranıyla ilk sırada yer aldığı bildirilmiştir.

Yara enfeksiyonu gelişiminde kontaminasyon miktarı ve yolu önemli faktörlerdir. Endojen veya eksojen kontaminasyon olabilir. Endojen kontaminasyonda,

temiz yaralardaki enfeksiyon oranını %1–2'ye, temiz-kontamine yaralarda %10'a, kontamine yaralarda %20'ye, kirli yaralarda ise %30'a çıkarmaktadır (18,30).

Pelvik enfeksiyonların oluşmasında etkili olan en önemli endojen kaynak endojen kontaminasyondur. Endojen kontaminasyon genellikle perine, vajen, serviks ve barsak florasında bulunan bakterilerin patojen hale gelmesi ile oluşur. Bu bakterilerin önemli bir bölümünün virulansı düşüktür. Sağlıklı dokularda nadiren enfeksiyon oluşturan bu bakteriler genellikle hastanın genel durumunun bozuk olduğu durumlarda veya nekrotik doku ve hematoma varlığında virulans kazanarak enfeksiyon oluştururlar. Pelvik enfeksiyonların gelişmesinde birden fazla bakteri rol oynar (31).

Doğumda obstetrik müdahaleler eksojen enfeksiyon riskini artırmaktadır. Bunlar arasında en önemlisi sezaryenle doğum şeklidir. Sezaryen büyük çaplı bir batin operasyonudur. Büyük bir ameliyatın neden olduğu fiziksel travma ve anestezinin yarattığı fizyolojik değişiklikler kadının direncini olumsuz etkilemektedir. Sezaryenle doğum yapacak anne adayları kendisinde mevcut olan enfeksiyon kaynakları veya uygun olmayan ameliyathane koşulları nedeniyle daha fazla enfeksiyon tehidi altındadır. Cerrahi teknik ve asepsi kurallarına uyulmaması, insizyon yerinde yabancı cisim ve dikiş materyali kalması, ölü boşluk, lokal iskemi, ölü doku ve hematoma oluşması, gergin dikişler, vazokonstriktif ilaçlar, denetimsiz antibiyotik kullanımı sezaryenle doğumda enfeksiyona neden olabilecek eksojen kaynaklardandır (32-35).

Fincancı ve ark. (36) operasyon süresinin uzaması, kirli/kontamine yara ve altta yatan bir hastalık bulunmasının yara enfeksiyonu görülme sıklığını artıran en önemli faktörler olduğunu bildirmişlerdir.

Puerperal enfeksiyonların gelişmesinde annelerin sosyodemografik özellikleri, sağlıkla ilgili tutum ve inançları hijyen alışkanlıklarının rolü de büyüktür. Puerperal enfeksiyonların önlenmesinde hastane enfeksiyonlarının önlenmesi ve taburculuk eğitiminin verilmesi de önemlidir. Bunun yanında, gelişen enfeksiyonların erken dönemde saptanması, gerekli tedavi ve bakımın uygulanması, gerektiğinde danışmanlık ve doğum sonu evde izlem yapılması da büyük önem taşımaktadır. Ancak ülkemizde olduğu gibi bölgemizde de lohusa izleminin Sağlık Bakanlığının önerdiği izlem sayısının çok altında olduğu (9), hatta hiç izlenmeyen anne sayısı oldukça yüksek oranlarda olduğu görülmektedir. Bununla birlikte çok sayıda annede doğum sonu dönemde çeşitli düzeylerde enfeksiyon geliştiği araştırıcı tarafından gözlenmiştir.

Bu çalışma, Mersin’de Mersin Kadın Doğum ev Çocuk Hastanesinde doğum yapan annelerde doğum sonu enfeksiyon sıklığını ve etkileyen faktörleri saptamak, enfeksiyon bulguları olan anneleri tedavi için sağlık kuruluşuna sevk etmede evde izlemin önemini ortaya koymak amacıyla planlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Puerperal enfeksiyonlar

Puerperal enfeksiyonlar doğum sonu ilk 10 gün içinde ilk 24 saat dışında, oral olarak vücut sıcaklığının en az iki kere 38°C ölçülmesi durumudur. Operasyon sonrası genital sistemde ortaya çıkan her mikrobiyal enfeksiyon, puerperal enfeksiyon olarak tanımlanır (18,31).

Daha düşük derecede ateş doğum sonu dönemde sık izlenir ve spontan olarak kaybolur. Erken puerperium döneminde meme kaynaklı olan ateş, 24 saatten uzun sürmez ve antibiyotik gerektirmez. Buna “süt ateşi” denir.

Enfeksiyon doğum sonrası dönemde sık görülmektedir. Daha çok uterusun yüzeyindeki geniş yaraya (plasenta bölgesi), epizyotomi ve sezaryen bölgesindeki yaralara ve laktasyona bağlı olmaktadır. Vücut bu tabloyu çözümlmek için bölgeye olan kan akışını arttırmaktadır (37).

Puerperal enfeksiyon en sık olarak genital sistem daha sonra üriner sistem ve daha az olarak meme ve akciğer kaynaklıdır.

Doğum eyleminde ve özellikle koryoamniyotik zarların açılmasından sonra anneyi enfeksiyondan koruyan mekanizmaların bir kısmı ortadan kalkar. Vaginal muayeneler ve izleme için kullanılan invaziv cihazlar uterus kavitesine hem vaginal, hem de araç gereç ve personel kaynaklı mikroorganizmaların girmesini kolaylaştırır.

Doğum eylemi sırasında uterin kontraksiyonlar, amniyon boşluğunda bulunan bakterilerin uterus lenfatiklerine ve kan dolaşımına geçmesine neden olabilir. Nekrotik değişiklikler meydana gelen desidua ve uterus içindeki diğer fetal kalıntılar, bakterilerin üremeleri için gerekli olan besin maddelerini artırır ve anaerobik bakterilerin sayısında artışa neden olur. Endometrial kavite doğum sonrası üçüncü ve dördüncü haftada

yeniden mikroorganizmalardan arınmış hale gelir. Kaviteye penetre olan granüositler ve loşianın iyi drene olması, birçok hastada enfeksiyonu önler (18,30,38).

Puerperal enfeksiyonlar, puerperium pelvik enfeksiyonlar ve üriner enfeksiyonlar olmak üzere iki grupta incelenmektedir.

### **2.1.1. Puerperium pelvik enfeksiyonlar;**

Pelvik enfeksiyonları endometrit, parametrit, tromboflebit, peritonit ve salphingit oluşturmaktadır.

**2.1.1.1. Endometrit:** Genellikle asendan yolla oluşan *S. pyogenes*, *E. coli*, *K. pneumonia*, *Proteus* türleri gibi birden çok enfeksiyon etkeninin rol oynadığı, tedavi edilmediği takdirde septik şok, pelvik abse, septik pelvik tromboflebit gibi hayatı tehdit eden durumlara yol açabilecek bir komplikasyondur.

Endometrit, en sık rastlanan puerperal enfeksiyon formudur ve öncelikle endometriumu ve komşu myometriumu tutar. Erken membran rüptürü (EMR), uzamış travay, elle halas gibi etkenler endometrit riskini artırır.

Vakaların çoğunda, lohusalığın dördüncü-beşinci günlerinde hafif ateş, alt abdominal kadranda ağrı, kanama miktarında artış, bol, koyu ve bazen kokulu loşia dikkati çeker. Bazı vakalarda yüksek ateş görülür. Vaginal tuşede, uterus subinvolisyon halinde, hassas ve ağrılıdır. Sezaryen sonrası endometrit gelişme riski %5–15 iken, normal doğum sonrası bu oran yaklaşık %1-3'tür (39,40).

Newton ve ark. (41) yaptıkları bir çalışmada, endometrit açısından sezaryenin dominant faktör olduğunu ve 12,8 kat fazla endometrit riski yarattığını ifade etmişlerdir. Profilaktik antibiyotik uygulanmasıyla bu risk anlamlı bir şekilde 0,54'e düşürülebilmektedir. Amniyotik sıvıda virulansı yüksek bakteri veya *M. Hominis* var ise risk 1,4'e yükselebilmektedir.

**2.1.1.2. Parametrit:** Retroperitoneal pelvik bağ dokusunun enfeksiyonudur. Çoğunlukla serviks travması sonucu gelişir ve tek taraflıdır. Lohusalık döneminde hipogastrik ağrılarla beraber ateşin 39–40 °C olması başlıca belirtilerdir.

Şu yollarla oluşur:

1. Organizmaların lenfatik yolla taşınması.
2. Bağ dokuya kadar varan servikal yırtıklar.
3. Pelvik tromboflebitisin yayılması.

**2.1.1.3. Tromboflebit:** Ateş ile birlikte görülen, antibiyotik tedavisine cevap vermeyen trombüs oluşumunun eşlik ettiği venöz inflamasyondur. Puerperal enfeksiyonun venalar boyunca yayılması sonucu oluşur (42).

Gebelikte tromboz eğilimi artmaktadır. Endometriyuma bulaşan bakteriler, venöz dolaşıma geçtikleri takdirde endotele hasar vererek trombüs oluşumuna neden olabilir. Trombüs, bakterilerin çoğalması için uygun bir ortam oluşturur. Endometriyumun üst yarısı enfekte ise ovaryen venler, alt yarısı tutulmuşsa vena cava veya sol renal ven tutulabilir. Ovaryen ven tutulumu gelişen olguların %80-90'ında sağ taraf tutulur (43).

Septik pelvik tromboflebit sezaryen sonrası 1/800 oranında gelişirken, normal doğum sonrası 1/9000 oranında gelişmektedir. Genellikle karın alt kadranında ağrı mevcuttur, uyluğa, kalçaya veya batin üst kadranlarına yayılım gösterebilir. Tromboflebitde ateş, bulantı, kusma görülebilir (44).

Fizik muayenede uterusun tuba ile birleştiği bölgede ele gelen, hassas bir yapı olarak tespit edilebilir. Tanı için tam idrar tahlili, tam kan sayımı, idrar kültürü gibi tetkikler yapılmalıdır. Doppler ultrasonografi, kontrastlı Bilgisayarlı Tomografi (BT), Manyetik Rezonans (MR) Anjiyografi tanıda kullanılabilir (45).

Ön tanı ve tedavi başarısını takipte BT ve Ultrasonografi (USG) önerilirken, kesin tanı için MR Anjiyografi önerilmektedir. Tedavide heparin ve antibiyotikler kullanılmaktadır (46).

**2.1.1.4. Peritonit:** Enfeksiyonun lenfatik yolla yayılması ile oluşur. Nadiren görülür. Parametritik bir absenin periton boşluğuna açılması veya tubadan direkt yayılımla peritona ulaşması ilede oluşabilmektedir.

Puerperal peritonit, pelviste lokalize veya jeneralize olabilir. Peritonun geniş bir absorpsiyon bölgesi oluşu nedeniyle, bakteri ve toksinler kan yoluyla kolaylıkla yayılırlar (bakteriemi). Klinik belirtiler, genellikle doğumun üçüncü gününde hastada huzursuzluk, anoreksia, yüksek ateş, titreme, taşikardi, hızlı solunum, abdominal ağrı şeklinde ortaya çıkar. Ciddi durumlarda, gözler çukurlaşmış, yüz soluk, dil kuru, ekstremiteler soğuk ve siyanozedir. Bu tablo sonucunda şok gelişir. Delirium ve koma hastalığın son safhasında görülür (18,47).

**2.1.1.5. Salphingit:** Puerperiumda direk yolla tuba iltihapları nadir görülür. Klinik belirtiler, 8–14 günleri arasında ateş, hipogastrik bölgede ağrı ve hassasiyetle ortaya çıkar. Vaginal tuşede uterusun ayrı hassas adneksiyal kitle ele gelir. Bazı vakalarda pelvik peritonite bağlı ağrı, batında hafif defans ta görülür (18,47).

## **2.1.2. Üriner enfeksiyonlar**

Doğum sonu dönemde oldukça sık görülen üriner enfeksiyonlar aşağıdaki olaylar sonucunda gelişebilir. Doğum sonrası idrar yolu enfeksiyonu açısından risk faktörleri arasında sezaryen, müdahaleli doğum, tokoliz, doğum indüksiyonu, maternal böbrek hastalığı, preeklampsi, epidural anestezi ve mesane sondası uygulanması sayılabilir. E. coli, grup B streptokoklar, S. saprophyticus, E. faecalis en sık görülen puerperal üriner sistem enfeksiyon etkenleridir. Hastalık asemptomatik seyredebileceği gibi, sık idrara çıkma, sıkışma hissi, ağrılı idrar yapma, hematüri, suprapubik bölge veya batın alt da ağrı ve hassasiyet görülebilir. Ateş yoktur (47-50).

## **2.2. Puerperal enfeksiyonlarda risk faktörleri**

**2.2.1. Obezite:** İdeal kilonun %20'sinden fazlasının cerrahi alanda enfeksiyon riskini artırdığı ve karın duvarındaki cilt altı yağ dokusunun kalınlığı ile enfeksiyon gelişimi arasında direkt bir ilişki bulunduğu bildirilmiştir. Genellikle operasyon öncesi hastanın kilo vermesini sağlamak mümkün olmamaktadır. Sezaryen olan hastalarda obezite yara enfeksiyonu açısından risk teşkil eder (51).

**2.2.2. Sigara kullanımı:** Nikotin kullanımı primer yara iyileşmesini geciktirir ve enfeksiyon insidansını arttırabilir. Sigara yara iyileşmesinde önemli role sahip olan fibroblastların fonksiyonlarını bozar. Fibroblastlar nikotini bağlayarak içine almaktadırlar. Yüksek hücre içi konsantrasyonlara ulaşan nikotin nedeniyle özellikle tip III kollojen yapımında azalma olur, ayrıca normal hücre fonksiyonları bozulabilir. Sigara kullanımı kemotaksis ve fagositoz gibi polimorfonükleer fonksiyonları üzerine olumsuz etki yapmaktadır. Sigara etkisiyle makrofaj ve T-lenfosit sayılarında azalma, antikor cevabında ve T-lenfosit proliferasyonunda ise değişiklikler meydana gelmektedir. Bundan dolayı sigara önemli bir risk faktörüdür (52-54).

**2.2.3. Doğum eylemi ve EMR:** Uzamış doğum eylemi, EMR ve doğum eyleminin, doğum sonu dönemde gelişen enfeksiyonlara etkisi vardır. EMR olan kadına doğum eylemi sırasında çok sayıda vaginal muayene yapılması puerperal enfeksiyon açısından önemli bir predispozan faktördür (47,55).

Hillier ve ark. (56) doğum veya EMR ile hastaneye başvuran hastaların vagina, serviks, desidua ve amniyotik mayilerini incelemiştir. İnceledikleri bu mayilerde Chlamydia, Trichomonas vaginalis, Grup B Streptokok, E. Coli, Mycoplasma, Üreoplasma, Fusobacterium nucleatum, Bacteroides sp., Mobilincus, Anaerobik streptokoklar gibi pek çok mikroorganizma elde etmişlerdir. Bu mikroorganizmaların uterusu nasıl ve ne zaman ulaştıkları tam olarak cevaplanmış değildir. Bir görüşe göre doğum eylemi başlayıp da serviks açılınca mikroorganizmalar uterusu ulaşmaktadırlar (57).

Diğer bir görüşe göre de mikroorganizmalar vaginal yoldan desidua, membranlar ve amniyotik sıvıya ulaşırlar ve desidua, membranlar da enflamatur bir reaksiyon başlatırlar (58).

**2.2.4. Sosyoekonomik statü:** EMR ve sezaryen gibi risk faktörlerinin varlığında düşük sosyoekonomik düzeydeki hastalar orta sosyoekonomik düzeydeki hastalara göre daha yüksek puerperal enfeksiyon görülme oranlarına sahiptir. Hijyen, beslenme, doğum sonu bakım hizmetlerinden yararlanma sosyoekonomik statüsü farklı olan kişilerde farklılık göstermektedir (18).

**2.2.5. İnternal fetal monitörizasyon:** Yabancı cisimler bakteriel enfeksiyon riskini arttırlar. Bu nedenle internal fetal monitörizasyon da intrauterin enfeksiyon riskini arttırabilir. Genelde riskli doğum eylemi sırasında kullanıldığı için bu işlemin etkisini amniotik mayi bakterisi, sezaryen, EMR ve eylemin oluşturacağı enfeksiyon riskinden ayırmak güçtür. Çoğu çalışmalarda fetal monitörizasyonun puerperal enfeksiyon oluşmasında çok az hatta rolü olmadığı söylenmektedir (41,55,59).

**2.2.6. Anemi:** Periferik kandaki hemoglobin miktarının, hastanın yaş ve cinsi için bildirilen normal değerlerin altına inmesi haline “anemi” denir. Hemoglobin değerinin 2 standart deviasyon altında olması şeklinde de tanımlanabilir. Çoğu kez hemoglobindeki azalma eritrosit sayısındaki azalma ile birlikte ise de; bazen demir

eksikliği anemisinde olduğu gibi hemoglobin azaldığı halde eritrosit sayısı normal kalabilir (60,61).

Anemi kötü beslenmenin ve düşük sosyoekonomik statünün bir göstergesidir. DSÖ raporlarına göre gebe kadınların %51 anemiktir ve gelişmekte olan ülkelerde maternal ölümlerin %40'ından anemi sorumludur. Ciddi anemi ile birlikte anne ölüm riski de belirgin olarak yükselmektedir (62).

Yapılan birçok çalışmada demir eksikliği anemisi olan gebelerin ve lohusaların enfeksiyon oranları ve ciddiyetinde artış olduğu belirlenmiştir. Demir eksikliği düşük lenfosit stimülasyonu ile bağdaşmaktadır (63). Anemik koşullarda kollagen sentezi, mekanik gücü düşük ve stabil olmayan kollagen fiberleri oluşumu ile sonuçlanır. Anemi, kanın oksijen taşıma kapasitesini azaltarak hasarlı dokuya giden oksijen miktarını azaltabilir. Tek başına anemi dokularda düşük oksijen basıncına neden olmasa da birçok durumda uygun yara iyileşmesi açısından önemlidir (64,65). Anemi hipoksiye neden olarak, demir eksikliği ise serum norepinefrin konsantrasyonunu artırarak maternal ve fetal stresi indükleyebilir. Bu da kortikotropin releasing hormon (CRH)'nin sentezini stimüle eder. Artmış CRH preterm doğum, gebeliğin indüklediği hipertansiyon ve eklampsi, EMR ve enfeksiyon için major risk faktörüdür (66).

Anemik bir gebenin doğumu esnasında gelişen servikal ve vaginal travma bireyi zayıf hale getirir ve bakteriel çoğalma için uygun ortam yaratarak enfeksiyona yatkınlık oluşturabilir (18).

**2.2.7. Epizyotomi:** Epizyotomi bebek başının kolay, süratli ve tehlikesiz doğumunu sağlamak, perinenin tonüsünü korumak ve istenmeyen yırtıkları önlemek amacıyla; bebek başı doğarken perinede bulbo kavernöz kasına yapılan insizyondur (67-69).

Epizyotomi günümüzde dünya genelinde, doğumda en yaygın olarak uygulanan invaziv girişimlerden birisidir. Bütün doğumların %30–63'üne ve bazı bölgelerde nulliparların %93'üne uygulanmaktadır (70).

Epizyotomi önceleri sadece zor doğumlarda kullanılmıştır. Tıptaki gelişmeler doğum sancısı ve doğum anında tıbbi müdahaleleri arttırmıştır. Bunun sonucu olarak epizyotomi, forsepsli doğum ve sezaryen operasyonu giderek yaygınlaştırmıştır.

Pomeroy perine yırtıklarının önlenmesi ve fetüsün asfiksiden korunması için epizyotominin rutin olarak uygulanmasını önermiştir. Chicago'da bir doğum uzmanı



olan De Lee mediolateral epizyotominin evrensel olarak kullanımını önermiş ve epizyotomi hem Amerika'da hem de dünyanın diğer bölgelerinde rutin olarak kullanılmaya başlanmıştır (71-73).

Epizyotomi 1983 yılından itibaren ABD, Belçika, İsveç gibi gelişmiş ülkelerde giderek azalırken ülkemizdeki birçok hastanede özellikle primiparlara rutin olarak uygulanmaktadır (74).

Epizyotomi insizyonu yapmanın amaçları şöyle sıralanabilir(67,75):

1. Perine dokularının kalın, sert ve esnek olmadığı durumlarda pelvik tabanın ve vulvanın bütünlüğünü korumak,
2. Fetal distress varsa doğumu hızlandırmak,
3. Prematüre doğumlarında bebek başını korumak, intrakranial kanamaları önlemek,
4. İri doğumlarda perineyi korumak ve bebek başı üzerindeki basıyı azaltarak intrakranial kanamaları önlemek,
5. Makat geliş ve girişimli doğumlarda pürüzlü yırtıkları önlemek,
6. Pelvis kaslarında pürüzlü yırtıkları önlemek ve üçüncü derece perine yırtık riskini azaltmak,
7. Travayda sfinkter aniye korumak,
8. Pelvik tabanın sistosel, rektosel, uterus prolapsusu gibi travmaları önlemek ve insidansı azaltmak,
9. Koital fonksiyonları düzeltmek ve perineal tonüsü korumak,
10. Doğumun ikinci devresini kısaltmak.

Epizyotomi yaygın olarak kafanın 3–4 cm çapa kadar görülebilir olduğu bir kontraksiyon sırasında uygulanmaktadır. Forseps yardımı ile yaptırılan doğumlarda, çoğunlukla kaşıkların yerleştirilmesinden sonra epizyotomi açılmaktadır (76).

Epizyotomi Çeşitleri:

1. **Median**, tamir edilmesi en kolay epizyotomidir. Daha az kanlı ve diğerlerinden daha az ağrılıdır. Perine median rafeden anal sfinktere kadar insize edilir ve en az 2–3 cm rektovaginal septuma kadar genişletilir
2. **Mediolateral**, güvenli olmasından dolayı operatif obstetrikde mediolateral insizyon kullanılır. İnsizyonu anal sfinkterin lateral kenarından ve en azından vagenin yarısı kadar uzağına, aşağı ve dışarı bir yönde yapılır. Perineye yapılan

insizyon vaginal açıklığın arka kısmından başlayarak sağa ya da sola doğru 45 ° açı ile uzanır. Böylece bartolin bezleri insizyondan korunmuş olur. İnsizyon çok kanayabilir ve postpartum döneminde ağrılı olabilir

3. **Lateral**, muskulus bulbocavernosun enine kesilmesidir. Bu insiyonda hemostazın sağlanması için doğumdan hemen sonra dikiş atılmalıdır
4. **Bilateral**, perinenin kısa veya bebeğin iri olduğu durumlarda çıkımın genişletilmesi amacıyla yapılan bir insizyondur. Bu epizyotomi tekniği, skar dokusunun iyi olmamasından dolayı pek tercih edilmemektedir (77-79).

#### **2.2.7.1. Epizyotominin onarımı**

Epizyotominin onarımı bebeğin doğumundan hemen sonra ya da plasenta doğduktan sonra yapılmaktadır. Yara iyileşmesini hızlandıracağı, kalıcı hasarları ve enfeksiyon gelişme olasılığını azaltacağından dolayı mümkün olduğu kadar erken bir dönemde onarımın yapılması önerilir (80,81).

#### **2.2.7.2. Epizyotominin riskleri**

Epizyotomi, enfeksiyon, gecikmiş yara iyileşmesi, kan kaybı, ağrı ve disparonia nedeniyle hastalanma oranını artırır. Ayrıca epizyotominin yapıldığı durumlarda, doğum sonu dönemde enfeksiyon riski ve kan kaybının artması ve epizyotomi yarasının düzgün suture edilememesi sonucu perine bölgesinde istenmeyen anatomik bozukluklar gelişebilir (82).

Epizyotomide dikişlerin açılması da söz konusudur. Ancak yaygın bir komplikasyon değildir. Lokal olarak enfeksiyon bulgularının görüldüğü durumlarda görülmektedir (83).

#### **2.2.7.3. Epizyotomi bakımında ebelerin görev ve sorumlulukları**

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 2001 tarihli “Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge” ninin 130. maddesinin (f) ve (g) bendinde ülkemiz için ebelerin doğum, epizyo bakımı ve doğum sonu dönemle ilgili görevi şu şekilde yer almaktadır.

Doğum sırasında gerekli bakım ve izlemi yapmak, doğumu uygun şekilde yaptırmak, gerekiyorsa epizyotomi yapmak, riskli durumları değerlendirmek ve sevkine karar vermek, doğum sonrası bakım ve izlemi yapmak (84).

Ebenin epizyo yönetimi ve bakımı ile ilgili yapması gerekenler şunlardır (85).

1. Epizyotominin hangi hastalara uygulanması gerektiğini bilmek,
2. Epizyotomiye uygulayabilmek,
3. Epizyotomi insizyonunu suture edebilmek,
4. Perineyi ve özellikle epizyotomi bölgesinin temiz ve kuru tutulmasını sağlamak, perineyi korumak,
5. Annenin epizyotomiye ilişkin kaygılarını azaltmak, anneyi bu konuda bilgilendirmek,
6. Epizyonun iyileşme sürecini takip etmek,
7. Ev ziyaretlerinde epizyotominin bakım ve pansumanını yaparak, anneye öğretmek,
8. Annenin her tuvaletten önce ve sonra ellerini yıkaması gerektiğini anlatmak,
9. Pedlerin her 4–6 saatte bir değiştirilmesi gerektiğini anlatmak,
10. Renksiz, kokusuz ve kapalı ambalajda bulunan pedler kullanması gerektiğini anlatmak,
11. Epizyo bölgesini olabilecek komplikasyonlardan korumak,
12. İnsizyon bölgesinde oluşabilecek kanama, ödem, ağrı, şişlik, hassasiyet, dikişlerde açılma ve akıntıya karşı insizyon yerini gözlemlemek.
13. İyileşmeyi hızlandırmak ve rahatsızlığı gidermek.

Epizyo yara iyileşmesini hızlandırmak, ağrıyı ve rahatsızlığı gidermek için uygulanabilecek yöntemler şunlardır:

**Kuru sıcak uygulama (Lamba):** Hastanın mahremiyeti korunarak, litotomi pozisyonunda yatırılır. 50 cm uzaktan, günde iki kez 20 dakikalık sürelerle 60 watt'lık lamba ışığı uygulanır.

**Nemli sıcak uygulama:** Postpartum ikinci günde anne günde 2–4 kez, 15 dakika süre ile 38–42 °C ısıda antiseptikli suya oturtulur. Otururken önce gluteal kaslarını kasmalı, oturduktan sonra gevşetmelidir. Banyodan sonra epizyo bölgesi kurulur ve temiz bir ped konulur.

**Buz uygulaması:** Eldiven içine konan buz parçaları, günde 2–4 kez, 15 dakika süre ile ağrıyı ve konjesyonu azaltmak amacı ile kullanılır.

Annenin dengeli beslenmesini ve istirahatini sağlamak iyileşmeyi hızlandıran diğer faktörlerdir (86).

**2.2.8. Sezaryen:** Sezaryen ile doğum, fetus, plasenta ve membranların abdominal ve uterus duvarına yapılan insizyon yoluyla doğması şeklinde tanımlanır

(81,82). Sezaryenle doğum yapma sıklığı ülkeden ülkeye farklılıklar gösterse de genel olarak tüm dünyada artış gözlenmiştir. Sezaryenle doğum 1970–1990 yılları arasında %5'lerden %20–25 düzeylerine çıkmış, 1997'lere kadar inişe geçmiş ancak bu tarihten itibaren sıklığı tekrar artmıştır (87-91).

DSÖ 2005 raporunda en fazla %15 olarak bildirilen sezaryen hızı, bu değer in altına inildiğinde veya üzerine çıktığında, maternal mortalite veya morbiditenin artacağı bildirilmiştir. Günümüzde pek çok ülkedeki sezaryen hızı bu oranın üzerindedir (Çizelge 2.1).

**Çizelge 2.1** : Uluslar arası sezaryen oranları ( DSÖ 2005 raporu)

Ülke	Yıl	Yüzde (%)
Brezilya	1998	36
İtalya	1999	32
İngiltere	2000	21.3
İrlanda	2000	19
ABD	2000	23
Danimarka	2001	18
Norveç	2001	16
Portekiz	2001	30
Çekoslovakya	2002	14
İsviçre	2002	10
Finlandiya	2002	16
Hollanda	2002	14
Mısır	2000	11
Kenya	2003	4
Türkiye	2003	21

ABD’inde sezaryen hızı 2004’te %29’a yükselmiştir. Bu yüksek oranlar doktorların yanı sıra sigorta şirketlerini, ekonomistleri, idarecileri harekete geçirmiş, sezaryen hızlarının düşürülmesi için sağlık politikaları oluşturulmuş, ancak sezaryen oranı istenilen rakamlara indirilememiştir. ABD’de 1995 yılında 2000 yılı için primer sezaryende hedeflenen hız %12, geçirilmiş sezaryenlerde ise %3 olarak belirlense de bu rakamlara ulaşamamıştır (92).

The American College of Obstetricians and Gynecologist'(ACOG) in sezaryen doğum hızları üzerinde çalışan özel hizmet birimi 2000 yılında yaptıkları çalışmada 2010 yılı için (87) :

1. Tek ve sefalik prezantasyonu olan, 37 hafta veya üzerindeki nulliplarlarda sezaryenle doğum hızı %15,5,
2. Tek ve sefalik prezantasyonu olan ve daha önce alt transvers sezaryen olmuş, 37 hafta veya üzerindeki kadınlarda %37 sezaryen sonrası vaginal doğum hedefi önermiştir.

Sezaryen sonrası vaginal doğumun teşvik edildiği ABD'de son yıllarda bu oranlarda gerileme olmuştur. ACOG bildirdiği raporda, sezaryen sonrası vaginal doğum oranı 1996'da %28,3 iken, 2003'te %10,6'ya düşmüştür (93-95).

Türkiye'de, TNSA 1998 verilerine göre, sezaryen oranı %14 iken, bu oran 2003 verilerine göre %21'e yükselmiştir (13,23).

Son yıllarda sezaryen operasyonu üreme çağındaki kadınlara en sık yapılan cerrahi girişim olmuştur (96). Yumru E ve ark. (97) 1995–1999 yılları arasında yaptıkları çalışmalarında, sezaryenle doğum yapan gebelerin büyük bir kısmının 20–29 yaş grubunda yer aldığı belirtilmiştir. Dayan A (98) ise Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'nde sezaryen insidansını incelediği uzmanlık tezinde, sezaryenle doğum yapan kadınların yaş ortalamasını  $26\pm 5$  olarak belirtmiş, Kara FŞ (99) Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'nde yaptığı araştırmada  $28,06\pm 5,7$ , Yılmaz M ve ark. (100) 2001–2005 yılları arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Kadın Doğum Kliniği'nde yaptıkları araştırmada  $28,48\pm 5,51$ , Lieberman ve ark. (101) 1997 yılında yaptıkları çalışmada göre  $28,48\pm 5$ , Convey ve ark. (102) 1998 yılında yaptıkları araştırmada  $28,5\pm 6,6$  olarak bildirmişlerdir.

Sezaryen oranlarındaki artışın nedenleri şöyle sıralanabilir (87,90,91,103,104):

- Paritenin azalması, gebe kadınların yaklaşık yarısının nullipar olması,
- Daha yaşlı ve nullipar kadınların sayısının artması,
- Elektronik fetal monitorizasyonun 1970'li yıllardan itibaren yaygın olarak kullanılması ile fetal distres bulgularının daha kolay saptanması,
- Son yıllarda USG kullanımının yaygın hale gelmesi ,
- Sadece beklenen doğum ağırlığına göre karar verilmesi ,
- Makat gelişi olan vakalarda daha çok sezaryen doğum yaptırma yönünde eğilim olması,

- Sağlık personeli ve ailelerin sezaryen ile doğumun daha güvenli olduğu düşüncesi ve perinatal mortalitenin daha az olduğu inancı,
- İnfertilite tedavisindeki gelişmeler ve bu gelişmelere bağlı olarak çoğul gebeliklerin artması,
- Vajinal doğum sonrası çıkan problemler nedeniyle hekim hakkında artan soruşturmalar, hukuki kaygıların olması,
- Gelişmiş bölgelerde anne yaşamının ve alışkanlıklarının değişmesi sonucu yağ ve karbonhidrattan zengin gıdalarla beslenmenin artması ve azalmış fiziksel aktivite sonucunda obesiteye yatkınlık ve obesitenin getirdiği diabet, hipertansiyon gibi sistemik hastalıklar nedeniyle distosi riskinin artması.

#### **2.2.8.1. Sezaryen endikasyonları:**

Genel olarak sezaryen doğumların %85'inden fazlası şu nedenlerle yapılmaktadır (87,88):

1. Preeklampsi (%32,8)
2. Fetal Distres (%15,2)
3. Antepartum kanama (%11,9)
4. Anne ile ilgili diğer sorunlar (%9,1)
5. Fetal anomaliler(%6,9)
6. Çoğul gebelik (%6,3)
7. Geçirilmiş sezaryen (%5)
8. Makat prezantasyonu. (%4,3)
9. Annenin tercihi (%3,4)
10. Uzamış doğum eylemi (% 2)
11. Diğer nedenler (%3,1).

#### **2.2.8.2. Komplikasyonlar**

Sezaryende maternal morbidite ve mortalite vaginal doğuma göre belirgin derecede artmıştır. Maternal mortalitenin büyük bir bölümünü acil sezaryen gerektiren durumlar oluşturmaktadır (92). Morbidite obez kadınlarda daha fazladır. Hastanede kalış süresi ve ücreti de sezaryende artmıştır. Hastanede kalış süresiyle

komplikasyonlara bağlı rehospitalizasyon arasında ilişki vardır. En uygun kalış süresi üç-beş gündür (87).

Hall ve Bewley (105) 153.929 elektif sezaryen olgusunu değerlendirdikleri çalışmalarında maternal mortaliteyi sezaryen için vaginal doğuma kıyasla 2,84 kat fazla bulmuşlardır.

Sezaryenle doğumda komplikasyonlar aşağıdaki gibi sıralanabilir (88):

A-Erken dönem:

1. Yanlış cerrahi teknik veya anestezi riskleri
2. Kan kaybı
3. Mesane, üreter ve barsak yaralanmaları
4. Amnion embolisi
5. Bebeğin yaralanması

B-Postoperatif dönem:

1. Enfeksiyon
2. Kanama
3. Yetersiz kan transfizyonu
4. Hemostazın sağlanamaması
5. Neonatal respiratuar distres sendromu

C-Sonraki gebelik dönemi:

1. Plasenta previa
2. Uterus rüptürü
3. Tekrarlayan sezaryen riskleri,

D-Diğer

1. Adhezyonlara bağlı infertilite
2. Barsak obstrüksiyonu
3. Kronik pelvik ağrı

Komplike olmayan bir multiparda, vaginal doğum, mükerrer elektif sezaryene göre bebek için daha az tehlikelidir. Parilla ve ark. (106) 37. gebelik haftasından sonraki vaginal doğumlar da, yenidoğanın geçici takipnesi veya respiratuar distres sendromunun görülme oranının 5.3/1000, travayda olmayan sezaryenlerde bu oranın 35,5/1000, travayda yapılan sezaryenlerde bu oranın 12.2/1000 olduğunu saptamışlardır.

Sezaryenle doğum malprezantasyon durumlarında doğum travmasını önlemek için uygulanmakta ise de, bu tip yaralanmalara karşı sezaryen doğumun bir garanti olduğunu kabul etmek yanlış bir yaklaşımdır. Erb paralizi (Üst brakial pleksus gövdesi veya beşinci servikal spinal sinir (C5) ve altıncı servikal spinal sinir (C6)'in servikal kökleri hasarlanması), kafatası kırıkları ve diğer uzun kemik kırıkları sezaryen ile doğurtulan bebeklerde de görülmüştür (107).

Sezaryen operasyonu esnasında, dikkatsiz yapılan diseksiyon, derin uterin insizyon, fetusta özellikle yüzde yanak bölgesinde laserasyonlara neden olabilir. Bu komplikasyonların tüm sezaryenlerin %0,2-1'inde görüldüğü saptanmıştır (87,88).

### **2.2.8.3. Sezaryende yönetim**

Sezaryen yapılacak gebenin operasyon öncesi hematokrit değeri kontrol edilir, indirek coombs testi pozitif ise yeterli miktarda kan ayırılmalıdır. Operasyondan bir gün önce herhangi bir sedatif (sekobarbital gibi) verilebilir, bunun dışında bebek doğuncaya kadar genel olarak başka bir sedatif, narkotik veya trankilizan verilmemelidir. Oral alım cerrahiden en az sekiz saat önce kesilmelidir. Cerrahiden bir saat önce aspirasyon riskine karşı antiasit verilmelidir. Operasyon öncesi, hastaya %5 dekstroz veya ringer laktat infüzyonu başlanmalıdır. Mesaneye foley katater takılmalıdır (87).

Operasyon sonrasında vaginadan kanama miktarının takibi, kan basıncı ve idrar çıkış takibi yapılmalıdır. İdrar çıkışı en az 30 ml/saat olmalıdır. Komplike olmayan vakalarda katı besinler cerrahiden sekiz saat sonra verilebilir. Hasta cerrahiden sonraki saat saat sonra kısa süreli olarak yürütülmelidir. Bu şekilde venöz tromboz ve pulmoner embolizm riski azaltılmış olur. İnsizyonun inspeksiyonu her gün yapılmalıdır. Cilt suturları veya klipsleri cerrahiden sonraki dördüncü gün alınır. Üçüncü postpartum günde duş şeklinde alınacak bir banyo insizyona zarar vermez. Kalın cilt altı dokusu (3 cm ve üstünde) yara yeri enfeksiyonu için risk faktörüdür Riskli gruplara (EMR, uzamış doğum eylemi, anemik ve obez gebeler) profilaktik antibiyotik uygulanmalıdır. Bu dönemde bir komplikasyon gelişmemişse anne genellikle postpartum üçüncü günde taburcu edilir (87,88).

### **2.2.8.4. Sezaryen oranlarının azaltılması**

Sezaryen oranları son 20 yılda ciddi bir artış göstermiştir. Bu gerek maternal ve fetal morbidite ve mortalite, gerekse maliyette artışa neden olmaktadır. Sezaryene karar



verilirken endikasyonlar, hastaların eğitim ve sosyoekonomik düzeyleri, alternatif metodların yarar ve zararları, maliyet, hekimin tecrübesi, kısa ve uzun dönemli komplikasyon oranları, pre ve post-sezaryen yaşam kalitesi değerlendirilmelidir (64).

Gamble ve Creedy'nin (108) 2000 yılında yaptığı bir literatür değerlendirmesinde, sezaryen isteğinin daha önceki komplikasyonlu bir doğum veya mevcut gebeliğin riskli olduğu durumlarda görüldüğü, eğer bu faktörler yoksa %1'in altında maternal isteğin olduğunu belirtmişlerdir. Günümüzde çözümlenmesi gereken en önemli sorunlardan birisinin hastanın sezaryen istemesi olduğunu görmekteyiz (109).

Sezaryen oranlarının artmasında en önemli faktörlerden biriside; hekimlerin komplikasyonlardan ve adli olgulardan kaçınmak için sezaryeni tercih etmeleridir. Günümüzde doğum sonu komplikasyonlara karşı tepkilerin artması, hekimin doğru karar almasını da zorlaştırmaktadır. Sosyoekonomik düzey ve kültürel yapı verilen tepkilerde rol oynamaktadır. Özel hastanelerde ve sosyoekonomik düzeyi yüksek olanlarda sezaryen oranlarının çok daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir.

Sezaryen gerektiği zaman yapılırsa hayat kurtarıcıdır. Anneler doğum ağrısından korktukları için de sezaryeni tercih etmektedirler. Ancak operasyon sonrası uzun dönem abdominal ağrı çekmektedirler. Sezaryen doğumun tercih edilmesinde bir neden olan vaginal doğumdaki genital yaralanmaları arttıran nedenler ise doğumun ikinci evresinin gereksizce hızlandırılması, gereksiz forseps veya vakum uygulanması ve epizyotomi açılmasıdır (110).

Öncelikle ülke genelinde hastaları sezaryene iten nedenler tespit edilip bunların üzerine gidilmelidir. Genellikle annelerin kendilerini ve bebeklerini güvende hissetme arzuları öne çıkmaktadır. Bunun altında ise hekimlerin anneleri yeterli bilgilendirmemeleri yatmaktadır. Hastaların seçiminde en önemli sebeplerden birisinin bilgilendirmenin azlığı veya yetersizliği olduğu bilinerek gebeliğin başlangıcından itibaren ebe/hemşire ve hekim tarafından tüm doğum şekillerinin avantaj ve dezavantajları hastanın anlayabileceği bir şekilde anlatılmalıdır (64,110).

## **2.3. Puerperal enfeksiyonda klinik bulgular**

### **2.3.1. Semptomlar**

**2.3.1.1. Ateş:** Normal vücut sıcaklığı ön hipotalamusta bulunan termoregülatuar merkezi tarafından kontrol edilir. Vücut ısısı ise gün içerisinde 0,5–1°C arasında değişiklik gösterir. Isı kontrol merkezi, çevresel uyaranların bir sonucu olarak, kaslarda kasılma ve vazokonstriksiyona ve böylece vücut ısısının artmasına neden olur. Isı regülasyon merkezini etkileyen endojen yada eksojen kaynaklı etkenler vardır. Bu etkenler besinler, mikroorganizmaların endotoksin ve enterotoksinleri, ilaçlar ve dehidratasyon olarak sıralanabilir. Ateşin yüksekliği hastalığın şiddetine bağlıdır. Enfeksiyon durumunda vücut sıcaklığı 38 °C nin üzerinde olup günlük sıcaklık farkları 1°C'den fazladır.

Puerperal enfeksiyon, sebep olan mikroorganizmaya ve enfeksiyonun yaygınlığına bağlı olarak 38-40 °C'in üzerinde ateşe sebep olur. Ateş genellikle, doğum sonrası ikinci veya üçüncü günde oluşur. Doğumdan birkaç saat içinde ortaya çıkan erken ateş ve hipotansiyon, beta hemolitik streptokok enfeksiyonlarının belirtisidir (111-113).

**2.3.1.2. Hipotansiyon ve taşikardi:** Vücut sıcaklığının yükselmesinin nedeni olan endojen ve eksojen maddeler aynı zamanda miyokard ve sinirsel iletimi ve ilgili merkezi etkileyerek nabız sayısını da artırırlar. Genellikle 1°C sıcaklık artışı, nabızın 10–20 atım/dakika artmasına neden olur. Bazı enfeksiyonlarda ise tersine, nabız sayısı arttığı halde sıcaklık fazla yükselmez. Bu durum dolaşım yetersizliği, şok veya kanama işareti olabilir.

Ciddi seyreden enfeksiyon hastalıklarının sık görülen bulgularından birisi de hipotansiyondur. Çoğunlukla bakteriyemi sırasında saptanır. Bir enfeksiyon hastalığının seyri sırasında hipotansiyon, akut dolaşım yetmezliği, hipoperfüzyon meydana gelmiş ise buna septik şok denir. Prognozu kötüdür (111-113).

**2.3.1.3. Uterusun yumuşak ve hassas olması:** Uterus puerperal enfeksiyon geliştiği zaman yumuşak ve oldukça hassas hissedilir. Serviks ve uterusun hareketi ağrıyı artırır. Karın hassasiyeti genel olarak alt kadrarla sınırlıdır ve lateralize olmaz. Dikkatle yapılan ilk muayenede, adneksler mutlaka değerlendirilmelidir. Endometrit olan kadınlarda endoservikal kanal loşia veya endometrial artıklarla tıkanmaktadır. Halka forsepsi, kapalı serviksten nazikçe sokularak, hafifçe açılır ve enfekte materyalin drenajı sağlanır (30,111, 114).

## 2.3.2. Laboratuvar bulguları

**2.3.2.1. Hematolojik bulgular:** Klinik tanı koyabilmek amacı ile hastaların hematolojik değerlerine, özellikle lökosit düzeylerine bakılmaktadır. Enfeksiyon hastalıklarında genel olarak lökosit değerleri yükselmektedir. Lökositoz doğum eylemi sırasında ve erken lohusalıkta normal bir bulgudur. Beyaz kan hücreleri, enfeksiyon olmasa da 20.000/mikrolitre civarındadır; daha yüksek değerler enfeksiyonun varlığını gösterir. Komplike olmayan endometritisi olan kadınlarda bakteriyemi mevcuttur. Doğum sonrası ateşi olan hastaların kanlarından sıklıkla mikoplazma izole edilebilir. Bakterisitlerin etken organizma olduğu enfeksiyonlarda, kan kültürü de sıklıkla pozitifdir (111,114).

**2.3.2.2. İdrar tahlili:** Üriner sistem enfeksiyonlarının genellikle orta şiddette endometritise benzer klinik göstergelerle ortaya çıkması nedeniyle, endometritisi olan hastalarda idrar tahlilinin rutin olarak yapılması gerekir (114,115).

**2.3.2.3. Loşia kültürü:** Vagina kontamine olmadan önce transservikal olarak alınan örnekler, kültür için en uygun örneklerdir. Kılıflı bir kültür çubuğu (kirli bölgeden geçerken üstü örtülen ve istenilen alandan kültür almak için açılan bir çubuk) ve serviksin direk olarak görülmesini sağlayan bir spekülüm kullanılarak gerekli numune alınır. Uterus iç dokusunun transabdominal yoldan aspirasyonu, kontamine olmamış bir numunenin elde edilmesini sağlar. Ancak bu tekniğin rutin olarak kullanımı doğru değildir (30,111,114).

**2.3.2.4. Bakteriyolojik Bulgular:** İnsan vücudundaki deri ve mukozal yüzeylerin birçoğu zengin bir aerob ve anaerob floraya sahiptir.

**2.3.2.4.1. Aerobik bakteriler:** A grubu streptokoklar doğum sonrası enfeksiyonların majör nedenlerinden değildir. Serviks ve alt genital sistemde bulunurlar ve düşük virülans özelliğine sahiptirler. İnsanlarda nadiren enfeksiyona sebep olmaktadır. Birden fazla streptokok izole edilmiş enfeksiyon olgusu varsa, muhtemel bir epidemiyi önlemek için derhal tedbir alınması gerekir. Klinik olarak endometritis tanısı konulan kadınların birçoğundan, B grubu streptokoklar sorumludur (112,114).

**2.3.2.4.2. Anaerobik bakteriler:** Anaerobik bakteriler, insan vücudunun zengin mikrobiyal florasının önemli öğeleridir. Bu bakterilerden insan (konakçı) vücudundaki lokalizasyonları ve dağılımları önemlidir. Bu bakteriler kadın genital organlarında yoğun şekilde bulunur ve puerperal enfeksiyonların en az %50-95'inden sorumludur. Puerperal enfeksiyonu olan kadınlarda diğer anaerobik türlerle beraber, anaerobik peptostreptokoklar ve peptokoklara rastlanılmıştır.

Savunma mekanizmasındaki yetersizlik nedeniyle normal floradaki anaerobların patojen hale gelmesi, puerperal enfeksiyona neden olan faktörlerin başında yer almaktadır. Travma, cerrahi malignite ya da diğer hastalıklar, doku hasarı, kanlanmada azalma, yabancı cisimler gibi durumlar bu yetersizliğe zemin hazırlayabilir. Bakterilerin sahip olduğu bazı özellikleri de patojen olarak etki göstermelerine neden olur (112-114).

## **2.4. Yara iyileşmesi**

Yara; canlı dokunun, anatomik ve fonksiyonel devamlılığının travmaya bağlı olarak bozulmasıdır. Sezaryen bölgesi ve epizyotomide yaralar kesi yaralarıdır. İnsizyon yaraları penetrandır, genellikle cerrahi olarak yapılır ve minimal doku hasarına neden olur (115).

Yara iyileşmesi ise travma ile başlatılan düzenli, sıralı hücresel ve biyokimyasal olayların yeni doku teşekkülü ile sonuçlanmasıdır (116).

Yaralanan bölgedeki parankim hücrelerinin proliferasyonu ile orijinal dokunun yeniden oluşmasına rejenerasyon adı verilir. Ancak yara bölgesi sadece destek dokusuyla onarılıyorsa buna reparasyon denir. Sonuçta fibröz doku ya da skar oluşur. Yara iyileşmesi, yaralanmadan hemen sonra başlar ve doğal iyileşme süreci olarak adlandırılan özel bir sırayı izler. Yara kenarlarından salgılanan maddeler, damar ve hücreler arası değişimleri başlatarak, kanamayı kontrol altına alır, enfeksiyonu engeller ve iyileşme sürecini hızlandırır. İyileşme işleminin etkili ve verimli olması, yaralanan bölgeye, yaranın büyüklüğüne ve ciddiyetine göre farklılıklar gösterirse de, iyileşme sürecindeki sıra değişmez (117).

### **2.4.1. Yara iyileşmesi mekanizması**

Yara iyileşmesi mekanizmasına göre üç gruba ayrılır:

**2.4.1.1. Primer iyileşme:** Kesilmiş olan temiz bir bölgenin cerrahi olarak aseptik bir teknikle kapatılması ve komplikasyonsuz iyileşmesidir. Cerrahi insizyonlar veya temiz kesi yaralanmaları ile bütünlüğü bozulan dokular; dikiş, stapler veya yapışan bantlarla kapatılırlar. Bu teknikle doku dudakları birbirine yaklaştırılarak, minimal skar oluşumu ile iyileşme sağlanır. Bu teknik temiz, temiz-kontamine yaralar ve bazı yeni travmatik yırtıklar için uygundur (118-120).

**2.4.1.2. Gecikmiş primer iyileşme:** Geniş doku yaralanmalarında, yabancı cisim ve ciddi bakteri kontaminasyonu olan yaralarda, yara enfeksiyonunu engellemek amacı ile yara birkaç gün sonra kapatılır. Dokuda önce granülasyon dokusu oluşumuna izin verilip, daha sonra yaklaştırılması durumudur. Kısaca dört-beş gün açık bırakılarak drene edilen bir yaranın primer olarak kapanmasıdır. Gecikmiş primer iyileşmede yara iyileşmesinin normal biyolojik safhaları yaşanır.

Bu hastalarda yara bakımı günlük debridman ve sık pansumanlar ile yapılmalıdır. Amaç, yara dokusunda enfeksiyona direnç sağlayacak kadar bir granülasyon dokusu oluşumunu sağlayıp, dokuyu daha az komplike şekilde kapatmaktır. Sekonder iyileşmeye göre avantajları; daha kısa bir iyileşme süresi ve daha az skar oluşumudur (64,116,121).

**2.4.1.3. Sekonder iyileşme:** Cerrahi veya travmatik cilt ve subkutan doku yaralanmalarının spontan iyileşmeye bırakılması durumudur. Kontraksiyon ve granülasyon ile olur. Açık yaralarda granülasyon dokusu oluşması retraksiyon ve yüzeyin epitelizasyonu ile karakterizedir. İyileşme daha uzun süre alır ve büyük skarlar oluşabilir. Hızlı ve düzgün epitelizasyon, beslenme, oksijenasyon ve kan akımına bağlıdır. Yara sık sık pansuman, debridman ve irrigasyon yoluyla enfeksiyon riskini azaltıp, iyileşme uyarılarak tedavi edilir.

İyileşme sıklıkla yüzeyde başlayıp, yara alanının doldurulması şeklinde ilerler. Enfekte yaraların çoğu ve yanıklar bu şekilde iyileşir. Bu tipte iyileşme ile iyileşme süresi uzar, daha büyük skar oluşur. Kontamine ve kirli yaralar için uygundur (64,114,121).

## **2.4.2. Yara İyileşme Fazları**

Yaralanma iç içe geçmiş birçok dinamik olayın başlamasına neden olur. Bunlar (114,122):

1. İnflamasyon fazı (5 gün)
2. Proliferasyon fazı (5 – 15 gün)
3. Matürasyon fazı (15 gün–2 yıl)

**2.4.2.1. İnflamasyon Fazı:** Yaralanmadan hemen sonra başlar. İyileşme olayı; inflamasyon, kollajen birikimi ve kollajen maturasyonu aşamalarından meydana gelir. Travmanın tipine ve kaynağına bakılmaksızın organizmanın travmaya fiziksel olarak ilk cevabı inflamasyondur.

Derinin bütünlüğü bozulunca önce geçici bir damar daralması gelişir. Geçici damar daralması, kan akımını azaltarak pıhtının daha kolay oluşmasını sağlar. Yaklaşık 5–10 dakika sürer. Hücresel elemanlar bu damarlarda birikir ve bölgede birikmiş trombositlerin trombinle etkileşmesi pıhtılaşmayı başlatır. Pıhtı oluşumu ile kanama durdurulduktan sonra, damar geçirgenliği artar ve bölgedeki mast hücrelerinden salınan histamin vazodilatasyona neden olur. Travmadan sonra birkaç saat içinde eksüda toplanır. Doku perfüzyonu bozulur, lokal asidoz gelişir ve laktat birikimi olur. Bu olaylar fibroplazi ve kollajen için uyarıcı faktörlerdir. Bu durum kliniğe ödem ve şişlik olarak yansır (64,121).

Biriken eksüda, sıvı kaybederek kabuk halini alır ve ilk 2–3 saatte epitel kenarlarında migrasyon başlar. 24–48 saat içinde tüm yara yüzeyi yeniden epitelize olarak yarayı koruyucu bir kılıf gibi örter ve su geçirmez hale getirir. Eksüda burada, bakteri toksinlerini sulandırır, doku yenilenmesi için gerekli besin maddelerini alana getirir, bakterileri tahrip edici ve fagosite edici savunma hücrelerini alana taşır (122).

Eksüda steril bir madde olduğu halde eksüdada bakterilerin bulunması veya birikmesi bazı koşullarda iyileşmeyi geciktirebilir Eksüdanın fazla olması enfeksiyon için potansiyel bir ortam sağlar, iyileşme sürecinde absorbe edilir (83,123-125).

**2.4.2.2. Proliferasyon Fazı:** Bu fazda fibroblastlar hızla kollojen sentez eder. Kollojen ve proteoglikan onarım için temel çatıyı oluştururlar. Kollojen, anjiogenezis (yeniden damarlanma) ve proteoglikan'ı (yarayı dolduran bağ dokusu) oluşturur. İlk beş gün içinde kollojen az olduğundan yaranın gerilim gücü düşüktür, zorlayıcı güçlere karşı direnci zayıftır. Kollojen sentezlenmesindeki sorunlardan ortaya çıkan yara açılması bir cerrahi işlemde sonra beş ile 12 gün arasında gerçekleşir. Proliferasyon aşamasında epitel hücreleri rejenere olur ve dokuyu kaplayarak (epitelizasyon) yarayı çevreden korur. Epitelizasyon sıvı-elektrolit kaybıyla, bakteriyel yayılmaya karşı yarayı korur. Damarların artması nedeniyle granülasyon dokusu koyu pembe ya da

kırmızı renktedir. Proliferasyonun son aşamasında yara kenarları büzüşür ve uç uca gelerek skar dokusu (kontraksiyon) oluşur (121,125).

**2.4.2.3. Matürasyon Fazı:** Bu faz yara iyileşmesinin en uzun ve son fazıdır. Skar dokusu vaskülaritenin azaltılması ile daha az hiperemik olur ve doku gerginliği artar. Fibroblastlar bu aşamada kollojen sentez etmeye devam ederler. Kollojeni oluşturan lifler çaprazlama birbirine bağlanırlar. Bu da yeni oluşan dokunun yara bölgesine daha organize bir biçimde yerleşmesine ve böylece dokunun daha güçlü olmasına yol açar. Yeniden şekillenme devam ettikçe skar dokusunun damarlaşması azalır, epitelyum kalınlaşır, renk kırmızıdan pembeye döner, giderek gümüşü beyaz renk alır. Kollojenin yeniden şekillenmesinde bir problem olursa kontraktür, adhezyon (yapışıklık), obstrüksiyon gibi istenmeyen durumlar gerçekleşebilir (123,124).

Primer kapatılmış sorunsuz bir yarada yara dudakları yeterli güçte bir arada tutundukları dönemde suturlar alınmalıdır. Abdominal bölgede postoperatif altıncı veya sekizinci günlerde yara sağlamlığının %10-15'i kazanılmış durumdadır. Normal şartlarda bu dönemde suturlar alınabilir. Açık yaralar ilk üç günden sonra kontrakte olarak küçülür. Kontraksiyon defekti küçülteceği için iyileşmeyi hızlandırır. Yara bölgesinde dolaşım düzelir, dokuda hipoksi oranı düşer, kollajen sentezi yavaşlar. Yaranın sağlamlığının artması bu dönemden sonra kollajenin yeniden şekillenmesiyle altı ay sürer, ancak hiçbir zaman normale dönmez. Sonuçta deri ve fasya normal gücünün %80'ine erişir. Yara iyileşmesi sırasında bu olayların iç içe geçmiş olarak ilerlediği kabul edilmiştir (121).

## **2.5. Yara iyileşmesini etkileyen faktörler**

Yara iyileşmesindeki fizyolojik süreçleri etkileyen birtakım faktörler vardır. Bu faktörler şunlardır.

### **2.5.1. Sistemik Etkili Faktörler**

**2.5.1.1. Beslenme:** Vücut ağırlığının %15–20 kaybı ve hipoproteinemi, iyileşmeyi olumsuz yönde etkiler. Protein-kalori malnütrisyonu, inflamasyon aşamasını uzattığı, fibroplaziyi, proteoglikan ve kollajen sentezini olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir. Malnütrisyonun şiddeti ile orantılı olarak yara iyileşmesinde gecikme ve enfeksiyon oluşmaktadır (126). Yara iyileşmesinde minerallerin, kollajen

metabolizmasını ilgilendiren çeşitli basamaklarda kritik rolleri vardır. Çinko eksikliğinde, epitelizasyon hızı ve yara gerilim kuvveti azalır, kollajenin sentez hızı ve fiziksel özellikleri olumsuz yönde etkilenir (127).

Vitaminler, vücudun bütün metabolik fonksiyonlarında önemli rol oynarlar. Ancak askorbik asid (C vitamini), kollajen sentezinin hidrosilasyon aşamasında önemlidir. C vitamini eksikliğinde, polipeptid zincirde amino asid dizisi uygun sırada olmadığı gibi, prokollajenin sekresyonu ve ekstrasellüler polimerizasyonu da bozulur. Sonuçta, yara gerilim kuvveti azalır.

A vitamini, inflamatuvar hücrelerin, yara granülasyon dokusuna kemotaktik yönlendirilmesinde, kollajen sentezinde ve kovalan bağların sentezinde rol oynar. Tiamin, riboflavin ve piridoksin eksikliğinde de yara iyileşmesinin bozulduğu ileri sürülmektedir (114,128-130).

**2.5.1.2. Diabet:** Diabetik hastalarda, yara iyileşmesinin bazı aşamalarında bozulma meydana gelmektedir. Bu hastalarda lökosit ve fibroblastların yaralanmaya geç yanıt verdikleri ve yetersiz fonksiyon gösterdikleri için, inflamasyon fazının uzadığı belirtilmektedir. Özellikle hiperglisemi nötrofil ve monositlerin, kemotaksis, fagositoz ve hücre içi öldürme gibi fonksiyonlarının çoğunda bozulmaya neden olur. Diabette yara gerilim kuvvetinde ve hidroksprolin düzeyinde azalma tesbit edilmiştir. Bu durum enfeksiyon gelişimini kolaylaştırmaktadır. Diabette görülen bu iyileşme sorunları, insülin tedavisi ile tamamen düzelir (112,131).

**2.5.1.3. Hastanın yaşı:** İleri yaş, doku iyileşmesini geciktirir. Bunun sebebinin genç hastalarda iyileşme mekanizmasının daha mı kuvvetle işlediği yoksa yaşlı hastalarda altta yatan bazı hastalıkların mı bu mekanizmaları geciktirdiği henüz kesinlik kazanmamıştır. İmmün sistemde sayıca ve fonksiyon olarak azalma görülmesinin bu durumu etkilediği bildirilmiştir. Yinede yaşlı hastalarda risk faktörü olabilecek hastalıklar var ise ameliyat öncesinde önlem alınması gereklidir. Örneğin; üremi, kronik damarlar hastalığı gibi (132-135).

**2.5.1.4. İlaçlar:** İlaçların yara iyileşmesine olan etkileri farklıdır. Kortikosteroidler, yüksek doz anti-inflamatuvar ilaçlar, anti-metabolitler iyileşmeyi olumsuz etkiler. Kortikosteroidler yarayı direk etkileyerek nötrofilleri ve monositleri azaltırlar. Bu şekilde inflamasyonu azaltırlar. Fagositoz ve kemotaksisi bozarak



yarada reepitelizasyonu geciktirirler. Yan etkileri nedeniyle antineoplastik ilaçlar yara iyileşmesinde önemli sorun yaratırlar (112,133,134).

**2.5.1.5. Anestezi şekli:** Epidural anestezi uygulanan hastalarda kanlanmanın bozulmadığı ve hastanın daha erken aktif hareketlere dönebildiği, böylece tromboembolik komplikasyonların olmadığı ve yara iyileşmesinin daha hızlı olduğu belirtilmektedir (114).

**2.5.1.6. Sigara:** Sigara yara iyileşmesinde önemli role sahip olan fibroblastların fonksiyonlarını bozmaktadır. Fibroblastlar nikotini bağlayarak içine almaktadırlar. Yüksek hücre içi konsantrasyonlara ulaşan nikotin nedeniyle özellikle tip III kollojen yapımında azalma olur, ayrıca normal hücre fonksiyonları bozulabilir. Sigara etkisiyle makrofaj ve T-lenfosit sayılarında azalma, antikor cevabında ve T-lenfosit proliferasyonunda ise değişiklikler meydana gelmektedir. Nikotinin adrenal katekolamin salgılatarak vazokonstriksiyona neden olduğu, ayrıca vazodilatasyon etkisiyle yara iyileşmesini kolaylaştıran prostasiklinin üretimini inhibe ederek dokuların beslenmesini azalttığı bilinmektedir (135-138).

## **2.5.2. Lokal Faktörler**

**2.5.2.1. Mikrosirkülasyon ve lokal oksijenasyon:** Moleküler oksijen, kollagen sentezi için gereklidir. Dokunun lokal perfüzyon ve uygun oksijenasyonunu uzun süre bozan herhangi bir durum yara iyileşme sürecini olumsuz etkiler. Yara bölgesinde kanlanmanın kesintiye uğradığı durumlarda lokal perfüzyon bozulur. Koagülasyon anormallikleri, embolik ve trombotik olayları arttırarak doku perfüzyonunu azaltır. Kanama bozuklukları ve trombosit fonksiyon bozuklukları, hasarlı dokuda hemostaz güçlüğüne neden olur, seroma veya hematoma oluşumu ile sonuçlanabilir. Bunlar da dokuda ayrılmaya neden olabilir veya enfeksiyona zemin oluşturabilir (64,112,124,139).

**2.5.2.2. Kontaminasyon:** Ameliyathane şartlarında dahi tüm yaralar, kontamine olma riski ile karşı karşıyadır. Kontaminasyonu en aza indirmek için asepsi kurallarına mutlaka uyulmalıdır. Bu nedenle doğum sonu dönemde de insizyon yerine yapılacak

pansuman ve benzeri müdahalelerde asepsi şartlarına uyulması gerekmektedir (64,112,124).

**2.5.2.3. Çevre ısısı:** Isı değişiklikleri yara iyileşmesini etkilemektedir. Lokal olarak ısıda artışın, vazodilatasyona neden olarak iyileşmeyi hızlandıracağı belirtilmektedir. Yara yerine 10–30°C arasında ısı uygulanabilir.

Bu derecelerin altında ya da üstündeki ısı yara iyileşmesinde gecikmeye neden olmaktadır. Ayrıca çevre ısısının düşürülmesi hasarlı dokuda vazokonstriksiyona neden olacağı için lokal doku perfüzyonunu da bozar (64,112,140).

**2.5.2.4. Enfeksiyon:** Yara yerinde oluşan enfeksiyon, cerrahi hastada morbidite ve mortalitenin majör nedenidir. Sellülit veya apse gibi invazif bakteriel enfeksiyonlar, iyileşmeyi bozan önemli faktörlerdendir. Yara yerinde parsiyel oksijen konsantrasyonunun azalması, enfeksiyon meydana gelmesinde etkilidir. Hipoksik koşullarda lökositler, ekstrasellüler yara sıvısından moleküler oksijeni alıp bakteri duvarını okside eden süperoksit radikallere çeviremez (112,113).

Enfekte olan yaralarda, granülasyon dokusunun daha fazla geliştiği saptanmıştır. Ayrıca endotoksinin etkisiyle makrofajlar anjiogenik faktör salgırlar. Anjiogenez yara iyileşmesi için gerekli olduğu halde, fazla olması da skar oluşumunu artırır. Yarada fazla sayıda bakteri bulunduğunda epitelyum oluşumunun durduğu gösterilmiştir. Bakterileri salgıladığı toksinler ve bazı metabolitler, epitelyum migrasyonunu inhibe etmektedir. Ayrıca, enfekte yaralarda, kollojen ve hidroksprolin miktarı yüksek bulunmuştur. Yabancı cisim, dikiş materyali, ölü doku, lokal iskemi, vazokonstriktif ilaçlar, gergin dikişler, hematom, ölü boşluk enfeksiyon oranını arttıran nedenler arasındadır (125).

Ateş, geniş bir eritem, yumuşak dokularda şişlik, bül oluşumu, pürülan akıntı ve lökositoz, ciddi bir enfeksiyon göstergesidir (64).

## **2.6. Yara bakımı**

Hastanın genel olarak değerlendirilmesi, beslenmesi, sıvı-elektrolit dengesinin ayarlanması, enfeksiyonun kontrolü ve aynı zamanda başka bir hastalığı varsa tedavisi lokal yara bakımı öncesinde temel hedef olmalıdır. Yara onarıldıktan sonra, üstü steril bir gazlı bez ile kapatılmalıdır. Pansuman yalnızca sutur hattını örtmez, aynı zamanda

yararın etrafındaki cildi de immobilize eder. Suture edilmiş yaralar ilk 24 saat içinde yüzeyden kontamine olabileceğinden bu dönemde steril gazlı bez ya da yeni geliştirilmiş olan poliüretran bantlar kullanılabilir. Pansuman yarayı kuru tutacak şekilde, gerektiğçe değiştirilmelidir. Pansuman operasyondan sonra ki 48–72 saat içinde kaldırılabilir. Cilt suturları, operasyon sonrası 5–7 günlerde inflamasyon ve çevrelerinde epitelyumizasyon gelişimini önlemek amacıyla alınır (64).

Eğer yara enfekte ise pürülan materyalin drenajını sağlamak üzere açık bırakılmalı, tüm nekrotik doku ve yabancı cisimler temizlenmelidir. Kontamine yaraların hemen kapatılmaması 3–6 gün açık bırakıldıktan sonra suture edilmesinin yara içinde bakteri konsantrasyonunu anlamlı ölçüde düşürdüğü gösterilmiştir. Bu nedenle ileri derecede kontamine yaralar hemen kapatılmamalıdır. Genellikle 12 saatten uzun süre açık kalan yaralar enfekte kabul edilmektedir.

Açık bırakılan yaralar, drenajı sağlamak amacıyla sık temizlenmelidir. Bu amaçla serum fizyolojikli ıslatılmış gazlı bez kullanılmalı ve günde en az dört kez değiştirilmelidir. Gerektiğinde yara irrigasyonla temizlenmelidir. Kullandığımız antiseptik maddelerin bakteriler üzerine etkili olmakla birlikte dokulardaki hücreler üzerine de toksik etkiye sahip oldukları unutulmamalıdır. Bu nedenle güçlü antiseptikler yara içine dökülmemeli yara kenarları silinmelidir (112,114).

Operasyon ve hastahanedeki yatış süresi de yara iyileşmesini etkiler. Uzun süren ya da acil şartlarda yapılan ameliyatlardan sonra yara enfeksiyonu olasılığı daha yüksektir (64).

### **2.6.1. Perine ve dikişlerin bakımı**

Kadınların anatomilerindeki vagen, meatüs ve rektum arasındaki yakınlık, onların perine temizliğinde daha özenli olmalarını gerektirmektedir. Günlük yaşamda taharetlenme sırasında kullanılacak doğru yöntem, anal bölgedeki bulaşma olasılığı yüksek bakterilerin vagina ve idrar yollarına bulaşmasını önler. Bu nedenle temizliğin, önce idrar yolunun önden arkaya doğru, sonra dışkı yolunun önden arkaya doğru (iyice temizlenene kadar her seferinde yeni bir kâğıt kullanılarak) temizlenmesi önemlidir. Doğum sonrasında vagina ve vulvada sıyrık, ezik, ödem ve insizyon olması nedenleri ile rutin uygulamadan farklı bir bakım verilmelidir. Bölgedeki sıyrıklar ve loşia, bakterilerin üremesi için uygun bir ortam oluşturur (64,112).

Lohusalık döneminde perine temizliğine özen gösterilmelidir. Bölgenin temiz ve kuru tutulması, oluşabilecek enfeksiyonların önlenmesinde ve yara iyileşmesinin

hızlanmasında büyük önem taşır. Doğumdan sonra epizyotomi var ise perianal doku gergin ve ödemli olacağından lohusa ilk birkaç gün oturma güçlüğü çekebilir. Epizyotomi bölgesinde bir sorun yoksa iyileşme, 7–10 gün içinde tamamlanır. Lohusa, epizyotomi dikişlerinde oluşabilecek hematoma, enfeksiyon, iyileşme süreci ve bakımı konularında bilgilendirilmelidir (142).

## **2.7. Yara iyileşmesinde ebe/hemşirelerin görev ve sorumlulukları**

Ebe/hemşireler, hastaların kendi iyileşme süreçlerine yardımcı olarak ve varsa yara iyileşmesini engelleyen lokal faktörlerin etkisini azaltarak yara iyileşme sürecine katkıda bulunurlar. Ebe/hemşirelerin yara iyileşmesinde hayati rol oynamaları nedeni ile yara iyileşmesinin temel mekanizmalarını ve iyileşme sürecine etkisi olan faktörleri bilmeleri gerekmektedir. Bakım, yaranın steril şartlarda ve en hızlı şekilde iyileşmesine yönelik olmalıdır. Enflamasyonun önlenmesi, dokunun oksijenlenmesi ve doku iyileşmesinin desteklenmesi sağlanmalıdır. Ebe/hemşireler bunun için (143-145);

- Dikkatli ve planlı hareket etmeli,
- Uygun yara bakımını yapabilme yeteneğine sahip olmalı,
- Yaranın yerini, şeklini, alanını ve derinliğini, yaranın rengini, görünümünü, zedelenmenin nedenini ve eksuda miktarını, kokusunu ve ağrıyı iyi değerlendirmeli,
- Laboratuvar değerleri doğrultusunda hastanın fizyolojik durumunu değerlendirebilmeli,
- Uygun yara temizliği ve bakımını sürdürebilmeli,
- Yaranın uygun nem oranına sahip olmasını sağlamalı,
- Vücuttaki oksijen düzeyinin yara iyileşmesi için yeterli olmasını sağlamalı,
- Dokunun oksijen ve perfüzyonunun yeterli olmasını sağlamalı,
- Hastanın yeterli beslenmesini sağlamalı (vitamin ve mineral içeren),
- Hasta ve yara ile ilgili bütün bilgileri not almalıdır.

## **2.8. Yara komplikasyonları**

### **2.8.1. Erken ve geç yara enfeksiyonu**

Doğumdan sonra ilk 48 saatte oluşan enfeksiyon erken ortaya çıkan yara enfeksiyonu, sekizinci günden sonra oluşan ise geç ortaya çıkan yara enfeksiyonu olarak adlandırılır.

Centers for Disease Control (CDC) 1988 kriterlerine göre operasyon sonrası görülen enfeksiyonlar, insizyonel ve derin yara enfeksiyonları olarak iki grupta ele alınmıştır. Günümüzde ise ismi genel olarak cerrahi alan enfeksiyonları olarak değiştirilmiş olup yüzeysel insizyonel, derin insizyonel ve organ/boşluk enfeksiyonları altında üç kategoride incelenmektedir (146).

Cerrahi yara enfeksiyonları için en önemli kaynak hastanın çeşitli vücut alanlarında bulunan mikroorganizmalardır. Mikroorganizmalar yaraya, uygun hazırlanmamış cilt, perine cilt lezyonları, kan veya lenfojen yolla ulaşabilir. Cerrahi yara enfeksiyonunda çevrenin etkisi de önemlidir. Kontamine antiseptikler veya örtüler, operasyon sonrası yaraya uygulanan pansuman malzemesi de enfeksiyon kaynağı olabilmektedir (111).

Erken ortaya çıkan yara enfeksiyonunda ilk bulgular; ateş yükselmesi, abdominal duvar veya yarada yayılan sellülit ve deride aktif enfeksiyon sınırının genişlemesidir. Tek bir patojenle ve en sık olarak grup A beta-hemolitik streptokoklar ve clostridium perfringens ile ortaya çıkar. Tanı koymak için aspire edilen enfekte yara materyali gram boyama yapılarak incelenir. Eğer sellülit ve/veya sistemik hastalık söz konusu ise streptokokal, deri ve subkutan doku sellülit ve sulu akıntı varsa klostridyal enfeksiyondan şüphelenilir. Bunu yara yerinin etrafında bronz görünüm ve krepitasyonun bulunması takip eder (112).

S. aureus ile oluşan yara enfeksiyonunda; hipotansiyon, senkop, eritamatöz döküntü, kusma, diyare, en az üç majör organ sisteminin dâhil olması ile karakterize toksik şok sendromu gelişebilir. Erken tanı, sıvı replasmanı ve antistafilokokal antibiyotik tedavisi yapılması şarttır (18,112).

### **2.8.2. Sezaryan sonrası yara enfeksiyonu**

Kontaminasyon miktarı ve hastanın direnci yara enfeksiyonu gelişiminde önemli faktörlerdir. Endojen veya eksojen kontaminasyon olabilir. Endojen kontaminasyon, temiz yaralardaki %1-2 enfeksiyon oranını, temiz-kontamine yaralarda %10'a, kontamine yaralarda %20'ye, kirli yaralarda ise %30'a çıkarmaktadır. Primer sezaryanların %5'inde yara enfeksiyonu görülebilir. Özellikle EMR üzerinden

altı saatten fazla süre geçmiş ve hala doğum gerçekleşmemiş ise enfeksiyon riski artmaktadır (18,30).

Endojen kontaminasyonunun kaynağı serviks ve vagendir. Eylem sırasında, EMR sonrası ve doğumla beraber alt genital sistemin mikroorganizmaları amniotik sıvıya ulaşırlar. Sezaryan sırasında uterin ve abdominal kesi bölgelerine amnion sıvısı ile kontaminasyon olur. Sezaryan sonrası yara enfeksiyonunda en sık saptanan patojenler ureaplasma suşları, koagülaz (-) stafilokoklar, enterokoklar, mycoplasma suşları, aneoroblar, aerobik gram (-) basiller, S. aureus ve grup B streptokoklardır. Normal flora hem aerobik hemde anaerobiklerden oluştuğu için endojen enfeksiyonlar mikst, polimikrobial tiptedir (18).

Eksojen kontaminasyonda, operasyon ortamının steril olup olmadığı önem taşır. Temiz yara enfeksiyonu oranını olumsuz etkileyen faktörler arasında; operasyon bölgesinin traşlanması, koter ile kesinin yapılması, özellikle deri insizyonlarından drenlerin çıkartılması, preoperatif uzun dönem hospitalizasyon, acil cerrahi koşullar, cerrahi işlemin uzun sürmesi sayılabilir. Hastanın genel ve lokal direnci düşük olduğu durumlarda, eksojen kontaminasyon yara enfeksiyonu açısından önemli bir faktör haline gelir (112).

Bazı ülkelerde yapılan çeşitli araştırmalarda sezaryen sonrası enfeksiyon oranları % 7,8-18,3 olarak saptanmıştır (24-27).

Aksu ve ark. (29) 2001–2003 yıllarında SSK Ankara Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi'nde aktif sürveyans çalışmalarında spontan vaginal doğum yapan 48 662 kadında %0,3 (n=139), sezaryen yapılan 15 815 kadında, %1,13 (n=179) puerperal enfeksiyon saptandığı, yara enfeksiyonların %92,7 oranıyla ilk sırada olduğu bildirilmiştir. Doğum kliniklerinde en sık izole edilen mikroorganizmalar sırasıyla E. coli, S. aureus ve klebsiella olarak bulunmuştur. Ameliyat sonrası enfeksiyon hızının düşük olması, doğum kliniklerinde hastaların erken taburcu edilmesi ve taburcu sonrası sürveyans yapılmamasına bağlanmıştır.

## **2.9. Puerperal enfeksiyonda tanı ve tedavi**

Puerperal enfeksiyon tanısı, ateş, halsizlik, karın ağrısı ve pürülan, kötü kokulu loşi ile konur. Her hastada bunların hepsi bulunmayabilir. Özellikle grup A ve B streptokokal bakteriemili hastalarda ateş başladığında lokalize semptomlar mevcut değildir. Çoğu vakada doğumdan 2–7 gün sonra enfeksiyon bulguları gözlenir.

Laboratuvar işlemleri olarak tam kan sayımı, venöz kan kültürleri ve uterin doku kültürleri yapılır. Ayrıca genital bölgeden kültür alınır ve gram boyama incelemesi ile tanı konulur (18).

Antibiyotiklerin klinik kullanıma girmesi, yara enfeksiyonlarını önlemede dönüm noktası olmuştur. Burke tarafından 1960 yılında yapılan deneysel araştırmalar sonucunda, operasyondan önce verilen antibiyotiklerin insizyon esnasında kanda yeterli ve etkili dozda kaldığı anlaşılmaya başlandı, profilaktik antibiyotik uygulanması önem kazanmıştır (147). Sezeryanda profilaktik antibiyotik kullanımı enfeksiyon açısından yüksek riskli hastalara kısa süreli olarak uygulanmalıdır. Kord klemplendikten sonra başlamalı ve bir-iki doz postoperatif devam edilmelidir. Profilaksi için klindamisin, aminoglikozid ve kloramfenikol potent antibiyotikler yerine ikinci ve üçüncü kuşak kadar etkili olan sefazolin gibi birinci kuşak sefalosporinler tercih edilmelidir. Profilaksi sonrası enfeksiyon bulguları gösteren hastalar dikkatli bir şekilde izlenmelidir (148).

Antibiyotik seçiminde cerrahi operasyon ve yara özelliği dikkate alınarak olası sorumlu patojene etkili, yara dokusunu iyi penetre olan ve doğal floraya etkisi az ajanlar tercih edilmelidir. Antibiyotik başlama zamanı oldukça kritiktir. Verilen antibiyotiğin insizyon esnasında, operasyon süresince ve postoperatif birkaç saat boyunca etkili konsantrasyonda kalması istenir. Destekleyici tedavi ve uygun antibiyotiklerle çoğu hasta birkaç gün içinde düzelir (149).

Vaginal doğum sonrası hafif endometrit tedavisinde (32):

- Sefoksitin veya benzer sefalosporinler
- Geniş spektrumlu penisilin
- Yeni kuşak sefalosporin
- Penisilin ve beta laktamaz inhibitör kombinasyonu
- Klindamisin gentamisin rejimleri kullanılabilir.

Persistan ateş; abse, septik pelvik tromboflebit, bir başka enfeksiyon ve ilaç reaksiyonu gibi enfeksiyon dışı nedenler sonucu olabilir. Vaginal doğum sonrası enfeksiyonda persistan ateş ise, başka bir enfeksiyon veya enfeksiyon dışı bir kaynağa bağlı olabilir. Sezeryan sonrası endomyometritte antibiyotiklere cevap zayıftır. Prospektif çalışmalarda penisilin-aminoglikozid tedavisi ile %70–85 kür oranları saptanmıştır. %50 vakada izlenen başarısızlık nedenleri arasında dirençli bir mikroorganizma, yara enfeksiyonu, pelvik hematoma veya abse ve septik pelvik tromboflebit sayılabilir (32).

Sezaryan sonrası endomyometrit klindamisin-gentamisin tedavisine yüksek oranda cevap verir. Son yıllarda geliştirilen yeni antibiyotiklerden, aztreonam ilk monobaktam olarak birçok antimikrobiale ajana dirençli mikroorganizmalar dahil aerobik gram negatif basillere oldukça etkili olup klindamisinle kombine edilebilir (34).

Metranidazol, klindamisin yerine aminoglikozidlerle kombine edilerek puerperium endometrit ve diğer pelvik enfeksiyonlarda kullanılmıştır. Metranidazol geniş anaerob spektruma sahip olmasına rağmen, klindamisin hem anaeroblara, hem de grup B streptokok ve *S. aureus* gibi önemli gram (+) aeroblara etki gösterir (18).

Geniş spektrumlu sefalosporinler, obstetrik ve jinekolojik patojenlere karşı daha güvenli ve etkin olarak kullanılmıştır. Bunlardan ilki sefoksitindir. Tek başına kullanıldığında çoğu vakada %90'ın üzerinde başarı sağlanmıştır. Yarı ömrü kısa olduğu için altı saatte bir kullanılır. Sefotetan daha uzun yarı ömürlü, 8–12 saatte bir kullanılabilen daha geniş spektrumlu fakat benzer etkinliğe sahip bir diğer ilaçtır. Bu yeni sefalosporinlerin sık olmasada allerjik reaksiyon, geçici karaciğer fonksiyon testlerinde yükselmeler ve bazılarında kanama bozuklukları gibi yan etkileri olabilmektedir. Puerperium endometrit tedavisinde seçilebilecek birçok alternatif arasında aktivite spektrumu, klinik performans, yan etkiler ve maliyet yönünden değerlendirme yapılarak tercih yapılmasıdır (150).

Parenteral antibiotik tedavisine cevap veren hastalarda hasta asemptomatik hale geldikten sonra 36–48 saat kadar tedaviye devam edilmelidir. Intra venöz (IV) tedavi kesilebilir ve hasta, *S. aureus*un neden olduğu bakteriemi vakaları dışında, oral antibiyotiklerle taburcu edilebilir. Uygun tedaviye rağmen persisten enfeksiyonu bulunan hastalarda fizik muayene bir yara enfeksiyonunu veya pelvik bir kitleyi ortaya çıkabilir. USG, BT ve MR görüntüleme ile pelvik kitleler ve derin yerleşimli yara enfeksiyonları saptanabilir. Eğer hasta stabil durumda ise uygun antibiyotik değişimleri ile %80 vakada etkili olunabilir. İnsizyon bölgesinde subkutan kitleler drene edilmeli, uterin kavitede retansiyon varsa kürete edilmelidir. Hematom veya sellüiti olan çoğu hastalarda devam eden tedaviye cevap alırlar. Ancak hasta iyi durumda değil ve antibiyotiklere cevap vermiyorsa, mutlaka drenaj yapılmalıdır. Bazı hastalıklarda kistik kitlelerin perkutan drenajı yardımcı olabilir. Drenaja rağmen düzelme yok veya sepsis varsa laparotomi yapılmalıdır (18,112).

## **2.10. Doğum sonu dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe/hemşirenin rolü**



Ana çocuk sağlığı hizmetleri içinde önemli bir yeri olan doğum sonu bakım hizmeti, temelde koruyucu bir sağlık hizmetidir. Genel olarak kadınlar doğum sonu bakıma göre prenatal bakım hizmetlerinden daha çok yararlanmaktadır. DSÖ raporu (1998) verilerine göre gelişmiş ülkelerde hemen her kadın (%97) prenatal bakım hizmetlerinden yararlanırken, gelişmekte olan ülkelerde bu oran %65 kadardır (151).

Türkiyede doğum sonu bakım alma durumlarını lohusa izlemi açısından coğrafik ve ekonomik duruma göre incelendiğinde en düşük değerlere sahip illerin tümü doğu ve güneydoğu'dadır. Ortalama izlem sayısı 0,54 ve altındadır. Bunun aksine, en yüksek skorların tümü batı da yer alan ve ekonomik olarak daha avantajlı illerdir. Ortalama izlem sayısı 1,41 ve üzeridir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde lohusa başına düşen izlem sayısı 0,90 dır (16).

Doğum sonu bakım hizmetleri içinde daha çok anne ve bebek ölümleri ile hastalık nedenleri (postpartum kanama, enfeksiyon) ve bunların kontrol altına alınmasına öncelik verilmektedir (152).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın önerilere göre, lohusalık izlemleri doğumdan sonraki 24 saat içinde birkez, daha sonra ise ikinci ve dördüncü haftalarda da birer kez olmak üzere toplam üç kez yapılmaktadır. Doğum sonrası annelerin istenen sıklıkta ziyaret edilmemesi, annelerin bu dönemde yaşayacakları sorunların artmasına ve tekrar hastaneye yatmalarına neden olmaktadır (153,154).

Anneler, herhangi bir sorun yoksa normal doğumdan 12–24 saat sonra, sezaryenle doğumdan ise 3–5 gün sonra taburcu edilmektedir (155). Genel olarak, doğumdan sonra 48 saat ya da daha az süre hastanede yatma erken taburculuk olarak ifade edilmektedir. Doğum şekline göre tanımlandığında ise; normal vaginal doğumdan sonra 6–24 saat ve sezaryen doğumdan sonra 48–72 saat içinde olan taburculuklar erken taburculuk olarak nitelendirilmektedir (156).

Ülkemizde annelerin doğum sonu dönemdeki sağlık sorunları özellikle ilk günlerde çok yaygın olarak görülmekte, bu sorunların çoğu 6 haftaya kadar, bazıları bir yıla kadar devam etmektedir. Bu açıdan hastanede verilen bakımın yanında, annelerin evde ziyaret edilmeleri büyük önem taşımaktadır.

Anneler, doğum sonrası ilk günlerde doğumun fiziksel etkileri nedeniyle kendi bakımları ve bebeklerin gereksinimlerini karşılama konusunda yeterli değildir. Ayrıca doğum sonu ilk günlerde annelerin eğitime hazır olmadıkları da vurgulanmaktadır (155). Doğum sonu altı haftalık sürede anne ve bebeklere nitelikli bir izlem ve bakımın

sağlanması için annelerin yaşadıkları sorunların sağlık personeli tarafından sürekli olarak değerlendirilmesi gerekir. Ebe/hemşireler anneleri taburculuktan sonra kendi ortamlarında değerlendirebilirler. Annelerin buldukları ortamda sorunlarını ve endişelerini daha rahat dile getirebilmesi, ilk günlerde yaşanacak sağlık sorunlarının erken dönemde önlenmesine olanak sağlar (155,157).

Ebe/hemşireler ev ziyaretleri sırasında annelere yönelik tam bir değerlendirme yapmalıdırlar. Değerlendirme, annelerle görüşme ile başlamalıdır. Bu görüşmede annelerle ilgili kişisel, ailesel, obstetrik, tıbbi öykü ve son doğumu ile ilgili bilgiler alınmalı ve riskler araştırılmalıdır. Ayrıca annelik rolü, anne-bebek ilişkileri, evdeki aktiviteleri ve işi ile ilgili bilgiler de alınmalıdır. Görüşmeden sonra fiziksel muayene yapılmalı ve laboratuvar incelemeleri için kliniğe yönlendirilmelidir. Değerlendirme kadının en çok ihtiyaç duyduğu bakım gereksinimlerinin tanımlanmasına yardım eder (158,159).

Değerlendirmeden sonra annelerle birlikte bakım gereksinimleri için planlama yapılmalıdır. Burada ebe/hemşirelerin anne ve yenidoğan sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik eğitim ve danışmanlık rollerini gerçekleştirmeleri beklenir. Anneler, annelik rolüne uyum yapabilmek, kendilerinin ve yenidoğanlarının bakımını sağlıklı olarak sürdürebilmek için doğum sonu dönemdeki sağlık sorunları ile ilgili bakım ve eğitim almaya gereksinim duyarlar. Anneler kendileri ile ilgili olarak dinlenme, hijyen ve meme bakımı, uterus masajı, involüsyon sürecindeki değişiklikler ve doğum sonrası sorunlara yönelik konularda eğitim almak istemektedirler (160,162).

Anneler hastane ve evde genellikle yakınlarından ve aile üyelerinden yardım almaktadır. Ayrıca daha önce doğum yapan anneler, önceki doğum deneyimlerinin de sorunlarla başa çıkmada etkili olacağını belirtmektedir (163).

Ladfors ve ark. (164) Göteborg'da yaşayan 2109 İsveç'li kadında antenatal, doğum ve doğum sonrası bakıma ilişkin düşüncelerini araştırdığı bir çalışmada, annelerin %35'i kendi deneyimlerinin postnatal bakımda çok etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Barkauskas (165) evlerinde ziyaret edilen (n=67) ve ziyaret edilmeyen anneler (n=43) arasında yaptığı karşılaştırmada, evlerinde ziyaret edilen annelerin sağlık durumunun daha iyi olduğunu, bunlarda doğum sonu sağlık problemlerinin daha az görüldüğünü ve ayrıca yenidoğanlarının sağlık durumunun daha iyi olduğunu belirtmektedir.

Doğum sonu dönemde annelerin ve sağlık personelinin belirlediği bakım gereksinimleri farklıdır. Bu durum, annelerin gereksinimlerinin karşılanmasını engellemekte ve doğum sonu bakımın etkinliğini azaltmaktadır. Ruchala (166) doğum sonu dönemde annelerin ve ebe/hemşirelerin doğum sonrası gereksinimlere yönelik önceliklerinin aynı olmadığını saptamıştır. Benzer şekilde, Ransjo-Arvidson ve ark. (167) normal doğum yapan annelerin sağlık sorunlarını inceleyen çalışmalarında, annelerin algıladıkları sağlık sorunlarının ebe/hemşire ve kadın doğum hekimlerinin gözlemledikleri sağlık sorunlarından önemli derecede yüksek olduğu belirtilmektedir. Bu durum, ebe/hemşirelerin doğum sonrası bakım gereksinimlerinin karşılanmasında annelerle sürekli iletişim halinde olmasını, her annenin bakım gereksiniminin belirlenmesi ve bu gereksinimlere önem vermeleri gerektiğini göstermektedir.

Annelerin ve sağlık personelinin algıladıkları gereksinimlerin farklı olmasına karşın, annelerin önemli bir bölümünün ev ziyareti sırasında aldıkları bakımdan memnun oldukları belirtilmektedir. Darj ve Stalnacke (168) annelerin %40'ının emzirme konusunda bazı belirsizlikler hissetmesine karşın, tümünün ev ziyaretleri sırasında ebe/hemşirelerden yeterli öneri ve bakım aldıklarını saptamışlardır. Jones (169) annelerin %87,3'ünün erken taburculuk sonrası ev bakımından memnun olduğunu saptamıştır. Sağlık personeli tarafından ilk ziyaretlerin postpartum ilk 2-3 gün içinde, ikinci ziyaretlerin ise bir ya da iki hafta içinde yapılması durumunda annelerin bu ziyaretlerden çok memnun oldukları belirtilmektedir (170).

Malnory (170) ve Brown ve Johnson (171) tarafından yapılan çalışmalarda ise doğum sonu erken taburculuktan sonra ebe/hemşire tarafından erken ziyaret edilen anne ve bebeklerde tekrar hastaneye yatış oranının, edilmeyenlere göre düşük olduğu gösterilmektedir.

Bu çalışmalardan elde edilen sonuç, doğum sonu ev ziyaretlerinin annelerin sağlık bakım hizmetlerinden yeterince yararlanmaları ve sağlık bakım maliyetini azaltabileceği düşüncesini desteklemektedir. Bu durumun, sağlık bakım maliyetlerinin giderek arttığı günümüz koşullarında önemli bir katkı olduğu söylenebilir.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın amacı**

Bu araştırma doğum yapan annelerde erken puerperal enfeksiyon görülme sıklığının saptanması amacı ile yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın şekli**

Bu çalışma, doğum yapmış annelerde erken puerperal enfeksiyon gelişimini belirlemek amacı ile kesitsel olarak yapılmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın yapıldığı yer ve özellikleri**

Bu araştırma, Mersin ili merkezde ve Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi (MKDÇH) lohusa servislerinde ve Mersin Belediye sınırları içinde ikamet eden doğum sonu dönemdeki annelere ev ziyaretinde bulunularak yapılmıştır.

MKDÇH Mersin ilinde en fazla doğumun olduğu hastanedir. MKDÇH 300 yataklı olup, 19 kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekim, 108 ebe, 52 hemşire çalışmaktadır. MKDÇH lohusa servisinde hafta içi 8.00-16.00 ve 16.00-08.00 olmak üzere iki vardiya şeklinde, gündüz 2 ebe ve iki servisten sorumlu 1 hemşire, gece 1 ebe kalacak şekilde çalışılmaktadır.

#### **3.4. Araştırmanın evreni**

Çalışmanın evrenini; Mayıs 2007-Mayıs 2008 yılları arasında Mersin İli Merkezindeki MKDÇH’de, 3463 sezaryen (%44,7) ve 4279 normal vaginal doğum (%55,3) yapan 7742 anne oluşturmuştur.

### 3.5. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemi 1 Temmuz–1 Eylül 2008 tarihleri arasında MKDÇH normal ve sezaryenle doğum yapan, olayın görülüş sıklığını incelemek için kullanılan formüle göre hesaplanan 104 anne oluşturmuştur.

$$n = \frac{(p_1q_1 + p_2q_2) * (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta/2})^2}{(p_1 - q_1)^2}$$
$$n = \frac{(0.03*0.97 + 0.2*0.8) * (1.96 + 0.84)^2}{(0.03 - 0.20)^2}$$

$$n = 51 (K=51 , D=51 )$$

İki oran arası fark için örnek genişliği %80 güç ve 0.05 tip I hata ile.

### 3.6. Verilerin toplanması

#### 3.6.1. Veri toplama formunun hazırlanması

Araştırmanın verileri, literatür taranarak araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formu kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama formu toplam 48 sorudan oluşmaktadır. Bu formda 1-20. sorular kadınların sosyodemografik ve doğurganlık özelliklerini, 21-48. sorular doğum sonu genel sağlık ve yara bakımı durumlarını değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır (Ek 8.1).

Anket formuna ek olarak araştırmacı tarafından puerperium enfeksiyon belirtileri değerlendirme formu oluşturulmuştur (Ek 8.2).

#### 3.6.2. Veri toplama formunun ön uygulaması

Anket formunun, amaca uygunluğunu belirlemek için MKDÇH doğum yapan 10 anne üzerinde uygulanmıştır. Ön uygulama sonucunda sorularda değişiklik yapılmıştır. Ön uygulamada yapılan anketler çalışmaya dahil edilmemiştir.

#### 3.6.3. Veri toplama formunun uygulanması ve değerlendirilmesi

Araştırma Mersin İl Sağlık Müdürlüğü ve MKDÇH'den yazılı, annelerden sözel izinler alınarak 1 Temmuz 2008- 1 Eylül 2008 tarihleri arasında uygulanmıştır. Temmuz ayında 52 annenin ve Ağustos ayında ise 52 annenin tüm izlemleri tamamlanmıştır.

MKDÇ Hastanesinde anneler doğumdan sonraki ilk 24 saatte doğum sonu servisinde (lohusa servisi) gözlenmektedirler. Bu nedenle araştırma kapsamında

planlanan ilk izlem doğum sonrası birinci günü doğum sonu servisinde yatan annelere yapılmıştır.

Anket öncesi annelere çalışmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve onayları alınmıştır. Anket formu araştırmacı tarafından annelerle yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Veri toplama formundaki sosyodemografik özellikleri değerlendirmeyi amaçlayan ilk 20 soru ilk 24 saat içinde annelere sorularak doldurulmuştur. Kalan diğer sorular ise doğum sonu bilgileri içerdiğinden dolayı ev ziyaretlerinde aynı annelere sorulmuştur. Puerperium enfeksiyon değerlendirme formu ise anneler üç kez izlenerek doldurulmuştur.

Birinci izlem daha önceki bir enfeksiyon varlığını değerlendirmek amacıyla doğum sonu ilk 24 saat içinde hastanede yapılmıştır. İkinci ve üçüncü izlem, üçüncü gün ve yedinci gün ev ziyareti ile annelere ulaşılarak yapılmıştır. Doğum sonu erken enfeksiyon belirtileri 48 saat sonra ortaya çıkmaktadır. Doğum sonu sekizinci günden sonra görülen enfeksiyonlar geç puerperal enfeksiyonlar olarak nitelendirilmektedir. Bu nedenle hastaneden taburcu olan anneler ilk olarak doğum sonu üçüncü günü ve kontrol amaçlı yedinci günü evlerinde ziyaret edilmiştir.

Perşembe ve Cuma günü doğum yapanların üçüncü gün izlemlerinin hafta sonuna gelmesinden dolayı sadece pazartesi, salı ve çarşamba günü doğum yapanlar araştırmaya alınmıştır. Üçüncü gün izlemi bir önceki hafta doğum yapan annelerin yedinci gününe rast geldiği ve kan isteminin sabah yapılmasından dolayı annelerin ziyareti öğleden sonra yapılmıştır. Ev ziyaretleri gözlem gününden önce annelerden randevu alınarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın haftalık yapılan çalışma çizelgesi aşağıda verilmiştir.

**Çizelge 3.6.3.1.** Araştırmanın haftalık çalışma çizelgesi

<b>Hafta içinde doğum yapanlar</b>	<b>1.izlem Doğumdan sonra ilk gün</b>	<b>2.izlem Doğumdan sonra üçüncü gün</b>	<b>3.izlem Doğumdan sonra yedinci gün</b>
<b>Pazartesi</b>	------(1.grup)		------(1.grup)
<b>Salı</b>	------(2.grup)		------(2.grup)
<b>Çarşamba</b>	------(3.grup)	------(1.grup)	------(3.grup)
<b>Perşembe</b>		------(2.grup)	
<b>Cuma</b>		------(3.grup)	

Ev ziyaretlerinde ilk önce anketin 21-48. soruları yüz yüze soru cevap şeklinde cevaplandırılmıştır. Daha sonra vital bulguları alındıktan sonra, uygun bir odada annenin mahremiyeti gözetilecek şekilde epizyotomi veya insizyon bölgesi enfeksiyon bulguları yönünden gözlenmiş ve abdominal hassasiyet değerlendirilmesi yapılmıştır. Elde edilen tüm bulgular Puerperium enfeksiyon değerlendirme formuna kaydedilmiştir.

Doğum sonu yedinci günü yapılan ikinci ev ziyaretinde annelerin enfeksiyon belirtileri yeniden değerlendirilmiştir. Lökosit değerlerini saptamak amacıyla gelebilecek durumda olan annelerden sağlık ocağına çağırılarak, gelemeyecek durumda olanlardan ise evde araştırmacı tarafından aseptik koşullarda hemogram tüplerine kan örnekleri alınmıştır. Annelerden alınan kan örnekleri değerlendirilmek üzere ilgili sağlık ocağı hekimi tarafından istem yapılarak Mersin İl Halk Sağlığı Laboratuvarına gönderilmiştir. Lökosit değerleri kurum laboratuvar görevlileri tarafından Celldyn 3700 markalı alet ile ölçülmüştür.

Laboratuvar sonuçları ertesi gün il halk sağlığı laboratuvarı görevlileri tarafından istem yapılan sağlık ocağına bırakılmıştır. Araştırmacı tarafından sağlık ocağından alınan sonuçlar annelere bildirilerek enfeksiyon belirtisi olanlar tedavi amacıyla MKDÇH'ne gitmeleri için yönlendirilmiştir. Ayrıca araştırmacı tarafından bağlı buldukları sağlık ocağında görevli ebe ve doktorlara puerperal enfeksiyon bulgusu görülen anneler hakkında bilgi verilmiştir.

Elde edilen veriler annelerde, enfeksiyon gelişip gelişmeme durumuna göre iki ayrı grupta değerlendirilmiştir.

Araştırmanın verileri, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 11,5 paket programında Tanımlayıcı İstatistikler ve İki Oran Testi, Ki-kare ve Student T Testi kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistik analizleri %95'lik güven aralığında, anlamlılık  $p \leq 0,05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

### **3.7. Araştırmanın Değişkenleri**

Araştırma anketinde birinci ve ikinci bölümünde yer alan bilgiler bağımsız değişkeni, puerperium enfeksiyon değerlendirme formu sonuçları ise bağımlı değişkenleri oluşturmuştur

### **3.8. Araştırmanın Giderleri**

Araştırmanın laboratuvar giderleri Ulusal Sosyal Güvenlik Sistemi tarafından, diğer kırtasiye, ulaşım gibi bütün masraflar araştırmacının kendisi tarafından karşılanmıştır

### 3.9. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Çizelge 3.9.1. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

Aşamalar	Mayıs 2008	Haziran 2008	Temmuz Ağustos 2008	Kasım Aralık 2008	Ocak Mart 2009	Nisan Mayıs 2009
Planlama, izinler	-----					
Anket hazırlama	-----					
Literatür taranması	-----	-----	-----	-----		
Verilerin toplanması			-----			
Verilerin bilgisayara girişi ve kalite kontrol			-----	-----		
İstatistiksel analiz				-----	-----	
Tez yazımı					-----	-----

### 3.10. Aratırmanın sınırlılıkları

- Araştırmanın 1 Temmuz-1 Eylül 2008 yılında olması ile
- İlk izlemin lohusa servislerinde olması ile
- Lohusanın 3 kez takibi olacağı için planlı bir program olması ile
- Lohusalardan randevu alınarak çalışılabilmesi ile
- Mersinin Büyükşehir olması ve araştırmanın belediye sınırları içerisinde olduğu için evlere ulaşmada zorluk yaşanması ile



- Kan istemlerinin sağlık ocaklarında sabah yapıldığı için yedinci gün izlemlerin sabah yapılması ile
- Perşembe ve Cuma günü doğum yapanların üçüncü gün izlemlerinin hafta sonuna gelmesinden dolayı sadece pazartesi, salı ve çarşamba günü doğum yapanların araştırmaya alınması ile
- Enfeksiyon gelişmesini belirlemek için geliştirilen puerperium enfeksiyon belirtileri değerlendirme formu ile sınırlıdır.

## 4. BULGULAR

### 4.1. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre İncelenmesi

Çizelge 4.1.1: Annelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Verileri

	Normal Doğum		Sezaryen		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>Yaş</b>						
29 ve altı	40	76,9	27	51,9	67	64,4
30 ve üzeri	12	23,1	25	48,1	37	35,6
<b>Eğitim Durumu</b>						
Okur-yazar değil	28	53,8	46	88,5	74	71,1
İlköğretim ve üzeri	24	46,2	6	11,5	30	28,9
<b>Meslek</b>						
Ev hanımı	51	98,1	51	98,1	102	98,1
Çalışıyor	1	1,9	1	1,9	2	1,9
<b>Eşin Eğitim Durumu</b>						
Okur-yazar değil	0	0,0	2	3,8	2	1,9
İlköğretim	41	78,8	38	73,1	79	76,0
Lise ve üzeri	11	21,2	12	23,1	23	22,1
<b>Eşin Mesleği</b>						
Çalışıyor	49	94,2	48	92,3	97	93,3
İşsiz	3	5,8	4	7,7	7	6,7
<b>Aylık Gelir</b>						
1-500 TL	34	65,4	33	63,5	67	64,4

501 TL ve üzeri	18	34,6	19	36,5	37	35,6
<b>Aile Tipi</b>						
Geniş aile	14	26,9	19	36,5	33	31,7
Çekirdek aile	38	73,1	33	63,5	71	68,3
<b>Sosyal Güvence</b>						
Var	45	86,5	45	86,5	90	86,5
Yok	7	13,5	7	13,5	14	13,5
<b>Toplam</b>	52	100,0	52	100,0	104	100,0

Çizelge 4.1.1'de araştırma kapsamına alınan annelerin sosyodemografik özellikleri yer almaktadır. Normal doğum yapan annelerin %76,9'u 29 yaş ve altı, %23,1'i 30 yaş ve üzerindedir. Sezaryenle doğum yapan annelerin %51,9'u 29 yaş ve altı, %48,1'i 30 yaş ve üzerindedir.

Normal doğum yapanların %53,8'i okur-yazar değil, %46,2'si ilköğretim ve üzeri mezunudur. Sezaryenle doğum yapan annelerin ise %88,5'i okur-yazar değil, %11,5'i ilköğretim mezunudur. Her iki gruptaki annelerin %98,1'i ev hanımıdır.

Eşlerini eğitim düzeyine baktığımız zaman ise; normal doğum yapan annelerin %78,8'inin eşi ilköğretim mezunu, %21,2'si lise ve üzeri mezunudur. Sezaryenle doğum yapan annelerin ise %73,1'i ilköğretim iken %23,1'i lise ve üzeri mezunudur.

Normal doğum yapan annelerin eşlerinin %94,2'si çalışırken, %5,8'i işsizdir. Sezaryenle doğum yapanların eşlerinin ise %92,3'ü çalışırken, %7,7'si ise işsizdir.

Normal doğum yapan annelerin %65,4'ü 1-500 TL arasında, %34,6'sı 501 TL ve üzeri aylık gelire sahipken, sezaryenle doğum yapanların %63,5'i 1-500 TL arasında, %36,5'i 501 TL ve üzeri aylık gelire sahiptir.

Normal doğum yapanların %26,9'u geniş aile ve %73,1'i çekirdek aile tipine sahiptir. Sezaryenle doğum yapanların %36,5'i geniş aile ve %63,5'i çekirdek aile tipine sahiptir. Her iki grubunda %86,5'inin sosyal güvencesi vardır.

**Çizelge 4.1.2 :** Annelerin Sağlık Durumlarına İlişkin Verileri

	Normal Doğum		Sezaryen		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>Sigara içme durumu</b>						
Evet	6	11,5	6	11,5	12	11,5
Hayır	46	88,5	46	88,5	92	88,5
<b>Sistemik Hastalık Varlığı</b>						
Evet	6	11,5	6	11,5	12	11,5
Hayır	46	88,5	46	88,5	92	88,5
<b>Gebelik Öncesi Anemi Varlığı</b>						
Evet	40	76,9	33	63,5	73	70,2
Hayır	12	23,1	19	36,5	31	29,8
<b>Anemi için ilaç alma durumu</b>						
Evet	23	44,2	23	44,2	46	44,2
Hayır	29	55,8	29	55,8	58	55,8
Toplam	52	100,0	52	100,0	104	100,0

Çizelge 4.1.2’de normal ve sezaryenle doğum yapmış annelerin sağlık durumlarına ilişkin verileri bulunmaktadır. Normal doğum yapmış annelerin %11,5’i sigara içmektedir ve %11,5’inin sistemik hastalığı vardır. Sezaryenle doğum yapan annelerin de %11,5’i sigara içmekte ve %11,5’inin sistemik hastalığı vardır.

Normal doğum yapmış annelerin gebelik öncesi %76,9’unda anemi vardır ve bunların %44,2’si ilaç kullanırken, sezaryenle doğum yapmış annelerin %63,5’inde gebelik öncesi anemi vardır ve %44,2’si ilaç kullanmıştır.

**Çizelge 4.1.3 : Annelerin Gebelik Dönemi İle İlgili Verileri**

	Normal Doğum		Sezaryen		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>Gebelikte kontrole gitme durumu</b>						
Evet	50	96,2	51	98,1	101	97,1
Hayır	2	3,8	1	1,9	3	2,9
<b>Kim tarafında izlendiği</b>						
Ebe/hemşire	9	17,3	8	15,4	17	16,8
Doktor	41	78,8	43	82,7	84	83,2
<b>Gebelikte bilgi alınan konular</b>						
Beslenme	12	23,1	13	25,0	25	24,3
Hijyen	1	1,9	1	1,9	2	1,9
Doğum şekli	7	13,5	20	38,5	27	26,2
Diğer	32	61,5	17	32,7	50	47,6
<b>Eğitimin kimler tarafından verildiği</b>						
Sağlık personeli	49	94,2	48	92,3	98	94,2
Aile bireyleri/ komşu /medya	3	5,8	3	5,8	6	5,8
Toplam	52	100,0	52	100,0	104	100,0

Çizelge 4.1.3’de normal ve sezaryenle doğum yapmış annelerin gebelik dönemi ile ilgili verileri verilmiştir. Normal doğum yapmış annelerin %96,2’si gebeliğinde kontrole gitmiştir. Kontrole gidenlerin %17,3 ü ebe/hemşireye, %78,8’i ise doktora gitmişlerdir. Sezaryenle doğum yapanların %98,1’i gebelikte kontrole gitmiş, %15,4’ü ebe/hemşire tarafından, %82,7’si doktor tarafından izlenmiştir.

Normal doğum yapan annelerin %23,1'i beslenme, %13,5'i doğum şekli, %1,9 hijyen ve %61,5'i ise diğer konular hakkında eğitim almışlardır. Bu eğitimlerin %94,2'si sağlık personelinden, %5,8'i aile bireyleri/komşu veya medyadan bilgi almıştır. Sezaryenle doğum yapanların %38,5'i doğum şekli, %25'i beslenme, %1,9'u hijyen ve %32,7'si diğer konular hakkında eğitim almışlardır. Bu eğitimlerin %92,3'ü bir sağlık personelinden, %5,8'i aile bireyleri/ komşu veya medyadan bilgi almıştır.

**Çizelge 4.1.4 :** Annelerin Doğum Sonu Evde Ziyaret Edilme Durumları

	Normal Doğum		Sezaryen		Toplam	
	%	n	%	%	n	%
<b>Doğum sonu taburculuk günü</b>						
1.gün	18	34,6	0	0,0	18	17,3
2.gün	31	59,6	18	34,6	49	47,1
3.gün	3	5,8	29	55,8	32	30,8
4.gün	0	0,0	5	9,6	5	4,8
<b>Doğum sonrası evde ebe ziyareti</b>						
Evet	13	25,0	7	13,5	20	19,2
Hayır	39	75,0	45	86,5	84	80,0
<b>Ev ziyaretinde bilgi verilen konular</b>						
Hijyen	5	9,6	0	0,0	5	25,0
Epizyo/insizyon bakımı	4	7,7	7	13,5	11	55,0
Beslenme	1	1,9	0	0,0	1	5,0
Diğer	3	5,8	0	0,0	3	15,0

Çizelge 4.1.4'de normal ve sezaryenle doğum yapmış annelerin doğum sonu evde ziyaret edilmelerine ilişkin veriler bulunmaktadır. Normal doğum yapmış annelerin %34,6'sı doğum sonu birinci gün, %59,6'sı ikinci gün, %5,8'i ise üçüncü gün taburcu olmuştur. Doğumdan sonra %25'ini evde ebe ziyaret etmiş ve ziyaretlerde %9,6'sına hijyen, %7,7'sine epizyo/insizyon bakımı, %1,9'una beslenme ve %5,8'ine diğer konular hakkında bilgi verilmiştir.

Sezaryenle doğum yapmış annelerin ise %34,6'sı doğum sonu ikinci gün, %55,8'si üçüncü gün ve %9,6'sı dördüncü gün taburcu olmuştur. Doğumdan sonra %13,5'ini evde ebe ziyaret etmiş ve ziyaretlerde %13,5'i insizyon bakımı hakkında bilgi vermiştir.

**Çizelge 4.1. 5 : Annelerin Doğum Sonu Hijyen Durumları**

	Normal Doğum		Sezaryen		Toplam	
	%	n	%	%	n	%
<b>Kanama takibi için kullanılan gereç</b>						
Ped	30	57,7	29	55,8	59	56,7
Bez	22	42,3	23	44,2	45	43,3
<b>İç çamaşırı değiştirme sıklığı</b>						
Kirlendiği zaman	16	30,8	13	25,0	29	27,9
Günde 1 kez	24	46,2	31	59,6	55	52,9
4-6 saatte	12	23,1	8	25,4	20	19,2
<b>Kullanılan çamaşır tipi</b>						
Pamuklu	44	84,6	46	88,5	90	86,5
İpek/ naylon	8	15,4	6	11,5	14	13,5
<b>Doğumdan sonra ilk 7 günde banyo yapma durumu</b>						
Evet	45	86,5	40	76,9	85	81,7
Hayır	7	13,5	12	23,1	19	18,3
<b>Banyo yapma şekli</b>						
Oturarak	12	23,0	20	38,5	32	30,8
Ayakta	33	63,5	19	36,5	52	50,0
Yapmayan	7	13,5	13	25,0	20	19,2
<b>Kullanılan tuvalet tipi</b>						
Alaturka	41	78,8	45	86,5	86	82,7
Alafranga(klozet)	11	21,2	7	13,5	18	17,3

<b>Tuvaletten önce el yıkama</b>						
Evet	17	32,7	9	17,3	26	25,0
Hayır	35	67,3	43	82,7	78	75,0
<b>Tuvaletten sonra genital bölgeyi yıkama</b>						
Evet	40	76,9	42	80,8	82	78,8
Hayır	12	23,1	10	19,2	22	21,2
<b>Genital bölgeyi temizleme şekli</b>						
Önden arkaya	13	25,0	9	17,3	22	21,2
Arkadan öne/rastgele	39	75,0	43	82,7	82	78,8

**Çizelge 4.1.5 devam: Annelerin Doğum Sonu Hijyen Durumları**

	<b>Normal Doğum</b>		<b>Sezaryen</b>		<b>Toplam</b>	
	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tuvalet temizliğinin ne ile yapıldığı</b>						
Su ile	39	75,0	43	17,3	82	78,8
Tuvalet kâğıdı ile	13	25,0	9	82,7	22	21,2
<b>Tuvaletten sonra epizyo/insizyon bölgesini kurulama</b>						
Tuvalet kâğıdı ile	25	46,2	25	48,1	50	61,0
Ayrı bez ile	0	0,0	6	11,5	6	7,3
Kurulamıyor	5	9,6	21	40,4	26	31,7

Çizelge 4.1.5’de normal ve sezaryenle doğum yapmış annelerin doğum sonu hijyen ile ilgili veriler yer almaktadır. Normal doğum yapmış annelerin %57,7’si doğum sonu kanama için ped kullanırken, %42,3’ü bez kullanmaktadır.

Normal doğum yapan annelerin iç çamaşırı değiştirme sıklığına baktığımızda ise %30,8’i kirlendiği zaman, %46,2’si günde bir kez, %23,1’i ise 4-6 saatte bir değiştirmektedir. Bu annelerin %84,6’sı pamuklu, %15,4’ü ipek/naylon iç çamaşırı kullanmaktadır. Bu annelerin doğumdan sonra ilk yedi gün içerisinde %86,5’i banyo yapmıştır. Bunların %23,0’ı oturarak, %63,5’i ise ayakta banyo yapmıştır.

Sezaryenle doğum yapan annelerin %55,8’i doğum sonu kanama takibi için ped kullanırken, %44,2’si bez kullanmaktadır. İç çamaşırı değiştirme sıklıkları ise, %25,0’i kirlendiği zaman, %59,6’sı günde bir kez, %25,4’ü ise 4-6 saatte bir

değiştirmektedirler. Bu annelerin %88,5'i pamuklu ve %11,5'i ipek/naylon iç çamaşırı kullanmaktadır.

Sezaryenle doğum yapan annelerin %76,9'u doğumdan sonra ilk yedi gün içerisinde banyo yapmış, bunların %38,5'i oturarak, %36,5'i ayakta banyo yapmıştır.

Normal doğum yapan annelerin %78,8'i alaturka, %21,2'si alafrağa tuvalet kullanmaktadır. %32,7'si tuvalete girmeden önce ellerini yıkarken, %76,9'u tuvaletten sonra genital bölgelerini yıkamaktadırlar. %25,0'i genital bölgelerini önden arkaya, %75,0'i ise arkadan öne veya rastgele yapmaktadırlar. Tuvalet temizliğini ise %75,0'i su ile %25,0'i tuvalet kağıdı ile yapmaktadır. Normal doğum yapan anneler tuvalette sonra %46,2'si epizyo/insizyon bölgesini tuvalet kağıdı ile kuruladıklarını, %9,6'sı ise kurulamadıklarını dile getirmişlerdir.

Sezaryenle doğum yapanların ise %86,5'i alaturka, %13,5'i alafrağa tuvalet kullanmaktadır. %17,3'ü tuvaletten önce ellerini yıkarken, %80,8'i tuvaletten sonra genital bölgelerini yıkamaktadırlar. %17,3'ü genital bölgelerini önden arkaya, %82,7'si ise arkadan öne veya rastgele yapmaktadır. Tuvalet temizliğinde %17,3'ü su ile %82,7'si tuvalet kağıdı kullanmaktadır.

Sezaryenle doğum yapanlar tuvaletten sonra insizyon bölgesini %48,1'i tuvalet kağıdı ile, %11,5'i ayrı bez ile kuruladıklarını ve %40,4'ü ise kurulamadıklarını dile getirmektedirler.

**Çizelge 4.1. 6 : Annelerin Doğum Sonu Epizyo/İnsizyon Bakımı Alma Durumları**

	Normal Doğum		Sezaryen		Toplam	
	%	n	%	%	n	%
<b>Epizyo/insizyon bakımı hakkında bilgi alma durumu</b>						
Evet	29	55,8	28	53,8	57	54,8
Hayır	23	44,2	24	46,2	47	45,2
<b>Bilgi alınan yer</b>						
Sağlık personeli	29	55,8	15	28,8	44	77,2
Çevreden	0	0,0	13	25,0	13	22,8
<b>Pansuman yapma sıklığı</b>						
Her tuvaletten sonra	10	19,2	0	0,0	10	9,3
Günde 1 kez	8	15,4	33	63,5	41	50,6
Günde 2-4 kez	7	13,5	0	0,0	7	8,6



2 günde 1 kez	0	0,0	4	7,7	4	4,9
Yaptırmayan	4	7,7	15	28,8	19	23,4
<b>Pansumanın yapıldığı yer</b>						
Sağlık kuruluşu	0	0,0	7	13,5	7	8,6
Kendisi	26	50,0	30	57,7	56	69,1
<b>Banyo sonrası epizyo/insizyon bölgesini kurulama durumu</b>						
Evet	24	46,2	26	50,0	50	61,0
Hayır	5	9,6	26	50,0	32	39,0

Çizelge 4.1.6’da normal ve sezaryenle doğum yapmış annelerin epizyo/insizyon bakımı ile ilgili verileri bulunmaktadır. Normal doğum yapanların %55,8’i epizyo hakkında bilgi almış ve hepside sağlık personelinden bilgi almıştır.

Sezaryenle doğum yapanların %53,8’i insizyon bakımı hakkında bilgi almış ve bu bilgiyi % 28,8’i sağlık personelinden ve %25,0’i çevreden almıştır.

Pansuman yapma sıklıklarına baktığımız zaman normal doğum yapanların %19,2’si her tuvaletten sonra, %15,4’ü günde bir kez, %13,5’i günde 2-4 kez yapmıştır ve %7,7’si ise yaptırmadığını dile getirmiştir.

Sezaryenle doğum yapanların ise %63,5’i günde bir kez, %7,7’si iki günde bir kez pansuma yapmıştır. %28,8’ide yaptırmadığını dile getirmiştir.

Normal doğum yapan annelerin %50,0’si pansumanı kendileri yapmaktadırlar. Sezaryenle doğum yapan kadınların %13,5’i sağlık kuruluşunda pansumanını yaptırırken, %57,7’si kendisi yapmaktadır.

Normal doğum yapan annelerin %46,2’si de banyodan sonra epizyo bölgesini, sezaryenle doğum yapan annelerin ise %50,0’si banyodan sonra insizyon bölgesini kurulamaktadır.

**Çizelge 4.1.7 : Annelerin Doğum Sonu Sağlık Değerlendirmesi**

	Normal Doğum		Sezaryen		Toplam	
	%	n	%	%	n	%
<b>Doğum sonu antibiyotik kullanma</b>						
Evet	12	23,1	5	9,6	17	16,3
Hayır	40	76,9	47	90,4	87	83,7
<b>Doğum sonu dönemle ilgili şikâyet olması</b>						
Evet	1	1,9	29	55,8	30	28,8
Hayır	51	98,1	23	44,2	74	71,2
<b>Şikâyetlerden dolayı sağlık kuruluşuna başvurma*</b>						
Evet	0	0,0	17	32,7	17	56,7
Hayır	1	1,9	12	23,1	13	43,3
<b>Konulan teşhisler</b>						
Puerperal Enfeksiyon	0	0,0	17	32,7	17	100,0
<b>Konulan teşhise göre tedavi önerilme durumu</b>						
Evet	0	0,0	16	30,8	16	94,1
Hayır	0	0,0	1	1,9	1	5,9

\*Bu anneler, araştırma süresince araştırmacı tarafından enfeksiyon bulguları saptanmış ve sağlık kuruluşuna yönlendirilmişlerdir.

Çizelge 4.1.7’de normal ve sezaryenle doğum yapmış annelerin doğum sonu sağlık değerlendirmesi ile ilgili verileri bulunmaktadır. Normal doğum yapan annelerin %23,1’i, sezaryenle doğum yapanların %9,6’sı doğumdan sonra antibiyotik kullanmıştır.

Normal doğum yapanların %1,9'unda doğum sonu şikayetler görülmüş, fakat hiçbirisi bu şikayetlerden dolayı kliniğe başvurmamıştır. Sezaryenle doğum yapanların %55,8'inde doğum sonu şikayetler görülmüş, bunların %32,7'si bu şikayetlerden dolayı bir kliniğe başvurmuştur. Kliniğe başvuranların hepsine puerperal enfeksiyon tanısı konulmuş ve %30,8'ine doktor tarafından tedavi önerilmiştir.

#### 4.2. Annelerde Enfeksiyon Gelişme Durumunun İncelenmesi

**Çizelge 4.2.1:** Annelerde Doğum Yapma Şekillerine Göre Puerperal Enfeksiyon Görülme Durumu

Tanımlayıcı özellikler	Enfeksiyon var		Enfeksiyon yok		Toplam		X <sup>2</sup> p değeri
	n	%	n	%	n	%	
<b>Doğum şekli</b>							
Nomal doğum	2	3,8	50	96,2	52	100,0	35,389
Sezaryen	30	57,7	22	42,3	52	100,0	0,001

Çizelge 4.2.1'de annelerde doğum yapma şekillerine göre puerperal enfeksiyon görülme durumuna göre dağılımını verilmektedir. Araştırmaya alınan annelerin %30,8'inde enfeksiyon görülürken, bu oran normal doğum yapan annelerde %3,8 ve sezaryenle doğum yapmış annelerde %57,7 ile daha yüksektir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,001).

**Çizelge 4.2.2 : Annelerde Sosyodemografik Özelliklerine Göre Puerperal Enfeksiyon Görülme Durumu**

Tanımlayıcı özellikler	Enfeksiyon var		Enfeksiyon yok		Toplam		X <sup>2</sup> p değeri
	n	%	n	%	n	%	
<b>Yaş</b>							
29 ve altı	15	22,4	52	77,6	67	100,0	6,639
30 ve üzeri	17	46,0	20	54,0	37	100,0	0,010
<b>Öğrenim durumu</b>							
Okuryazar değil	28	37,8	46	62,2	74	100,0	6,017
İlköğretim ve üzeri	4	13,3	26	86,7	30	100,0	0,014
<b>Meslek</b>							
Ev hanımı	30	29,4	72	70,6	102	100,0	4,804
Çalışıyor	2	100,0	0	0,0	2	100,0	0,093
<b>Eşin öğrenim durumu</b>							
Okuryazar değil	2	100,0	0	0,0	2	100,0	5,905
İlköğretim	21	26,6	58	73,4	79	100,0	0,052
Lise ve üzeri	9	39,1	14	60,9	23	100,0	
<b>Eşin mesleği</b>							
Çalışıyor	27	27,8	70	72,2	97	100,0	3,958
İşsiz	5	71,4	2	28,6	7	100,0	0,047
<b>Aylık gelir</b>							
1-500 TL	19	28,4	48	71,6	67	100,0	0,514
501 TL ve üzeri	13	35,1	24	64,9	35	100,0	0,473
<b>Aile tipi</b>							
Geniş aile	13	39,4	20	60,6	33	100,0	1,688
Çekirdek aile	19	26,8	52	73,2	71	100,0	0,194
<b>Sosyal güvence</b>							
Var	29	32,2	61	67,8	90	100,0	0,253
Yok	3	21,4	11	78,6	14	100,0	0,615
<b>Toplam</b>	<b>32</b>	<b>30,8</b>	<b>72</b>	<b>69,2</b>	<b>104</b>	<b>100,0</b>	

Çizelge 4.2.2’de annelerde sosyodemografik özelliklerine göre puerperal enfeksiyon görülme durumu ile ilgili verilerin dağılımı verilmektedir. 29 ve altı yaş grubunda olan annelerin %22,4’ünde enfeksiyon görülürken, 30 ve üzeri yaş grubunda olan annelerin %46,0’sında enfeksiyon görülmüştür. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumuna göre yaş farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,010$ ).

Anneleri eğitim durumlarına göre incelediğimizde ise okuma yazma bilmeyen annelerin %37,8’inde enfeksiyon görülürken, ilköğretim ve üzeri mezunu annelerin %13,3’ünde enfeksiyon görülmüştür. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumuna göre öğrenim farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,014$ ).

Grubumuzdaki anneleri mesleklerine göre incelediğimiz zaman ev hanımı olanların %29,4’ünde enfeksiyon görülürken, çalışan annelerin hepsinde enfeksiyon görülmüştür. Anneler arasında mesleki fark enfeksiyon görülme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,093$ ).

Annelerin eşlerinin öğrenim durumlarına göre incelediğimizde ise okuma yazma bilmeyenlerin hepsinde enfeksiyon görülürken, ilköğretim mezunlarının %26,6’sında ve lise üzeri mezunların ise %39,1’inde enfeksiyon görülmüştür. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumuna göre eşlerinin öğrenim farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,052$ ).

Gruptaki annelerin eşlerinin mesleklerine göre incelediğimizde ise, eşleri çalışan annelerin %27,8’inde enfeksiyon görülürken, eşi çalışmayan annelerin %71,4’ünde enfeksiyon görülmüştür. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumuna göre eşlerinin meslek farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0,047$ ).

Anneleri aylık gelirlerine göre incelediğimizde 1-500 TL arasında gelire sahip annelerin %28,4’ünde, 501 TL ve üzerinde gelire sahip olanların %35,1’inde enfeksiyon görülmüştür. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumunun gelir durumuna göre farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,473$ ).

Aile durumlarına göre incelediğimiz zaman ise geniş aileye sahip olanların %39,4’ünde enfeksiyon görülürken, çekirdek aileye sahip olanların %26,8’inde enfeksiyon görülmüştür. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumunun aile tipine göre farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,194$ ).

Sosyal güvencesi var olan annelerin %32,2’sinde enfeksiyon görülürken, sosyal güvencesi olmayanların %21,4’ünde enfeksiyon görülmüştür. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumunun sosyal güvenceye göre farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,615$ ).

**Çizelge 4.2.3 :** Annelerde Yaş Göre Puerperal Enfeksiyon Görülme Durumu

Yaş	Sayı	Ortalama ± SS	Dağılım aralığı	%			P
				25	50	75	
Enfeksiyon var	32	30.2±6.2	16-42	25,3	33,0	35,0	0,002
Enfeksiyon yok	72	26.2±5.7	16-41	22,0	26,0	30,0	

Enfeksiyon olan grupta yaş ortalaması 30.2±6.2 yıl iken enfeksiyon olmayan grubun yaş ortalaması 26.2±5.7 yıldır. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,002). Yani yaş arttıkça enfeksiyon riski artmaktadır.

**Çizelge 4.2.4 :** Annelerin Sağlık Durumuna Göre Puerperal Enfeksiyon Görülme Durumu

Tanımlayıcı özellikler	Enfeksiyon var		Enfeksiyon yok		Toplam		X <sup>2</sup> p değeri
	n	%	n	%	n	%	
<b>Sigara içme durumu</b>							
Evet	6	50,0	6	50,0	12	100,0	2,355
Hayır	26	28,3	66	71,7	92	100,0	0,181
<b>Sistemik hastalık varlığı</b>							
Evet	6	40,0	9	60,0	15	100,0	0,701
Hayır	26	29,2	63	70,8	89	100,0	0,546
<b>Gebelik öncesi anemi varlığı</b>							
Evet	19	26,0	54	74,0	73	100,0	2,585
Hayır	13	42,0	18	58,0	31	100,0	0,108
<b>Anemi için ilaç alma durumu</b>							
Evet	11	24,0	35	76,0	46	100,0	1,820
Hayır	21	36,2	37	63,8	58	100,0	0,177
<b>Toplam</b>	32	30,8	72	69,2	104	100,0	

Çizelge 4.2.4’de annelerin sağlık durumuna göre puerperal enfeksiyon görülme durumu ile ilgili verilerin dağılımı verilmektedir. Sigara içen annelerin % 50’inde enfeksiyon görülürken, Sigara içmeyen annelerin % 28,3’ünde enfeksiyon görülmüştür. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumunun sigara içme durumuna göre farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,181).

Sistemik hastalığı olan annelerin %40’ında enfeksiyon görülmüştür. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumunun sistemik hastalık görülme durumuna göre farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,546).

Gebelik öncesi anemisi olan annelerin %26'sında enfeksiyon görülürken, anemisi olmayanların %42'sinde enfeksiyon görülmüştür. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumunun anemi varlığına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,108).

Anemi için ilaç alan annelerin %24'ünde enfeksiyon görülürken, ilaç almayanların %36,2'sinde görülmüştür. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumunun anemi için ilaç alma durumuna göre farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,177).

**Çizelge 4.2.5 :** Annelerin Gebelik Döneminde Eğitim Alma ve Doğum Sonu Evde Ziyaret Edilmelerine Göre Puerperal Enfeksiyon Görülme Durumu

Tanımlayıcı özellikler	Enfeksiyon var		Enfeksiyon yok		Toplam		X <sup>2</sup> p değeri
	n	%	n	%	n	%	
<b>Gebelikte kontrole gitme durumu</b>							
Evet	32	31,7	69	68,3	101	100,0	1,373
Hayır	0	0,0	3	100,0	3	100,0	0,551
<b>Kim tarafından izlendiği</b>							
Ebe/hemşire	3	17,6	14	82,4	17	100,0	1,860
Doktor	29	34,5	55	65,5	84	100,0	0,173
<b>Gebelikte bilgi alınan konular</b>							
Beslenme	5	20,0	20	80,0	25	100,0	10,978
Hijyen	0	0,0	2	100,0	2	100,0	0,012
Doğum şekli	15	55,6	12	44,4	27	100,0	
Diğer	12	24,0	38	76,0	50	100,0	
<b>Eğitimlerin kimler tarafından verildiği</b>							
Sağlık personeli	30	31,0	67	69,0	97	100,0	0,015
Aile bireyleri/ komşu/medya	2	28,6	5	71,4	7	100,0	1,00
<b>Doğum sonu kaçınıcı günde taburcu olduğu</b>							
1.gün	0	0,0	18	100,0	18	100,0	40,625
2.gün	7	14,3	42	85,7	49	100,0	0,001
3.gün	20	62,5	12	37,5	32	100,0	
4.gün	5	100,0	0	0,0	5	100,0	
<b>Doğum sonu dönemde evde ebe ziyareti</b>							
Evet	4	20,0	16	80,0	20	100,0	1,348
Hayır	28	33,3	56	66,7	84	100,0	0,246
<b>Doğum sonu bilgi alınan konular</b>							
Hijyen	0	0,0	5	100,0	5	100,0	4,091

Epizyo/insizyon bakımı	4	36,4	7	63,6	11	100,0	0,252
Beslenme	0	0,0	1	100,0	1	100,0	
Diğer	0	0,0	3	100,0	3	100,0	

Çizelge 4.2.5’de annelerin gebelik döneminde eğitim alma ve doğum sonu evde ziyaret edilmelerine göre puerperal enfeksiyon görülme durumuna göre dağılımı ile ilgili veriler bulunmaktadır. Gebelikte kontrole giden annelerin %31,7’sinde enfeksiyon görülmüştür. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumunun gebelikte kontrole gitme durumuna göre farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,551).

Enfeksiyon görülen annelerin %17,6’sı gebelikte ebe/hemşire tarafından, %34,5’i doktor tarafından izlenmiştir. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumunun gebelikte kim tarafından izlendiğine göre farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,173).

Enfeksiyon görülen annelerin gebelik döneminde %20’si beslenme, %55,6’sı doğum şekli, %24’ü ise diğer konular hakkında bilgi almıştır. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumunun gebelikte bilgi alınan konulara göre farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,012).

Eğitimlerin kimler tarafından verildiğine baktığımızda ise enfeksiyon görülen annelerin, %28,6’sı aile bireyleri/komşu/medya gibi yerlerden eğitim alırken, %31’ine sağlık personeli tarafından eğitim verilmiştir. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumunun eğitimin kim tarafından verildiğine göre farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=1,00).

Annelerin doğum sonu kaçınıcı günde taburcu olduklarına baktığımız zaman birinci gün taburcu olanların hiçbirisinde enfeksiyon görülmemiştir. İkinci gün taburcu olanların %14,3’ünde enfeksiyon görülürken, üçüncü gün taburcu olanların %62,5’inde enfeksiyon görülmüştür. Dördüncü gün taburcu olanların hepsinde enfeksiyon görülmüştür. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumunun doğum sonu taburcu olunan güne göre farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,001).

Doğum sonu dönemde evde ebe tarafından ziyaret edilen annelerin %20’inde enfeksiyon görülürken, ziyaret edilmeyen annelerin %33,3’ünde enfeksiyon görülmüştür. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumunun doğum sonu evde ziyaret edilme durumuna göre farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,246).

Doğum sonu annelerin bilgi aldığı konulara baktığımızda ise, epizyo/insizyon bakımı alan annelerin %36,4’ünde enfeksiyon görülürken, hijyen ve beslenme eğitimi



alan annelerin hiçbirisinde enfeksiyon görülmemiştir. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumunun doğum sonu bilgi aldıkları konulara göre farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p= 0,252$ ).

**Çizelge 4.2.6 : Annelerin Doğum Sonu Hijyen Davranışları ve Tuvalet Alışkanlıklarına Göre Puerperal Enfeksiyon Görülme Durumu**

Tanımlayıcı özellikler	Enfeksiyon var		Enfeksiyon yok		Toplam		$\chi^2$ p değeri
	n	%	n	%	n	%	
<b>Kanama takibinde kullanılan gereç</b>							
Ped	17	28,9	42	71,1	59	100,0	0,245
Bez	15	33,3	30	66,7	45	100,0	0,621
<b>İç çamaşırı değiştirme sıklığı</b>							
Kirlendiği zaman	9	31,0	20	69,0	29	100,0	0,412
Günde 1 kez	18	32,8	37	67,2	55	100,0	0,809
4-6 saatte	5	25,0	15	75,0	20	100,0	
<b>Kullanılan çamaşır tipi</b>							
Pamuklu	30	33,3	60	66,7	90	100,0	2,063
İpek/naylon	2	14,3	12	85,7	14	100,0	0,217
<b>Doğumdan sonra ilk yedi günde banyo yapma durumu</b>							
Evet	25	29,4	60	70,6	85	100,0	0,402
Hayır	7	36,8	12	63,2	19	100,0	0,526
<b>Banyo yapma şekli</b>							
Oturarak	9	28,1	23	71,9	32	100,0	0,995
Ayakta	15	28,8	37	71,2	52	100,0	0,608
<b>Kullanılan tuvalet tipi</b>							
Alaturka	27	31,4	59	68,6	86	100,0	0,091
Alafranga(klozet)	5	27,8	13	72,2	18	100,0	0,762
<b>Tuvaletten önce el yıkama</b>							
Evet	6	23,1	20	76,9	26	100,0	0,963
Hayır	26	33,3	52	66,7	78	100,0	0,326
<b>Tuvaletten sonra genital bölgeyi yıkama</b>							
Evet	26	31,7	56	68,3	82	100,0	0,160
Hayır	6	27,3	16	72,7	22	100,0	0,689
<b>Genital bölgeyi temizleme şekli</b>							
Önden arkaya	7	31,8	15	68,2	22	100,0	0,014

Arkadan öne/ rastgele	25	30,5	57	69,5	82	100,0	0,904
<b>Tuvalet temizliğinde kullanılan malzeme</b>							
Su	27	32,9	55	67,1	82	100,0	1,413
Tuvalet kağıdı	5	23,8	16	76,2	21	100,0	0,493
Yapmıyor	0	0,0	1	100,0	1	100,0	
<b>Toplam</b>	32	30,8	72	69,2	104	100,0	

Çizelge 4.2.6'da annelerin doğum sonu hijyen davranışları ve tuvalet alışkanlıklarına göre puerperal enfeksiyon görülme durumu ile ilgili veriler bulunmaktadır. Annelerin doğum sonu kanama takibi için kullandığı gerece baktığımızda ped kullananların %28,9'unda enfeksiyon görülürken, bez kullanan annelerin %33,3'ünde enfeksiyon görülmüştür. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumunun kanama takibi için kullanılan gerece göre farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,621$ ).

Annelerin iç çamaşırı değiştirme sıklığına baktığımızda ise iç çamaşırını kirlendiği zaman değiştiren annelerin %31'inde enfeksiyon görülmüştür. İç çamaşırını günde bir kez değiştiren annelerin %32,8'inde enfeksiyon görülürken, 4-6 saatte bir değiştiren annelerin %25'inde görülmüştür. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumunun iç çamaşırı değiştirme sıklığına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,809$ ).

Annelerin kullandığı çamaşır tipine baktığımızda ise pamuklu iç çamaşırı kullanan annelerin %33,3'ünde enfeksiyon görülürken, ipek/naylon iç çamaşırı kullanan annelerin %14,3'ünde enfeksiyon görülmüştür. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumunun iç çamaşırı tipine göre farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,217$ ).

Doğumdan sonra ilk yedi gün içerisinde banyo yapan annelerin %29,4'ünde enfeksiyon görülürken, banyo yapmayanların ise %36,8'inde görülmüştür. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumunun ilk yedi günde banyo yapmalarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,526$ ).

Annelerin banyo yapma şekillerine göre oturarak banyo yapanların %28,1'inde enfeksiyon görülürken, ayakta duş şeklinde banyo yapanların %28,8'inde enfeksiyon

görülmüştür. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumunun banyo yapma şekline göre farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,608$ ).

Annelerin kullandığı tuvalet tipine göre incelediğimiz zaman ise, alaturka tuvalet kullanan annelerin %31,4'ünde enfeksiyon gelişirken, alafranga (klozet) tipi kullanan annelerin %27,8'inde enfeksiyon görülmüştür. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumunun tuvalet tipine göre farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,762$ ).

Tuvaletten önce ellerini yıkayan annelerin %23,1'inde enfeksiyon görülürken, tuvaletten önce ellerini yıkamayan annelerin %33,3'ünde enfeksiyon görülmüştür. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumunun tuvaletten önce ellerini yıkama durumlarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,326$ ).

Tuvaletten sonra genital bölgelerini yıkayan annelerin %31,7'sinde enfeksiyon gelişirken, yıkamayan annelerin %27,3'ünde enfeksiyon gelişmiştir. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumunun genital bölge yıkama durumlarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,689$ ).

Annelerin genital bölgelerini temizleme şekillerine baktığımızda ise önden arkaya temizleyenlerin %31,8'inde enfeksiyon görülürken, genital bölge temizliğini önden arkaya veya rastgele yapanların %30,5'inde enfeksiyon görülmüştür. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumunun genital bölge temizleme şekillerine göre farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,904$ ).

Tuvalette temizlik için kullanılan malzemeye baktığımız zaman, su ile temizlik yapan annelerin %32,9'unda enfeksiyon görülürken, sadece tuvalet kağıdı kullanan annelerin %23,8'inde enfeksiyon gelişmiştir. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumunun tuvalette kullandıkları malzeme durumuna göre farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0,493$ ).

**Çizelge 4.2.7 : Annelerin Epizyo/İnsizyon Bakımına Göre Puerperal Enfeksiyon Görülme Durumu**

	Enfeksiyon var		Enfeksiyon yok		Toplam		X <sup>2</sup> p değeri
	n	%	n	%	n	%	
<b>Epizyo/insizyon bakımı hakkında bilgi alma durumu</b>							
Evet	17	29,8	40	70,2	57	100,0	0,053
Hayır	15	31,9	32	68,1	47	100,0	0,818
<b>Bu bilginin nereden alındığı</b>							
Sağlık personeli	11	25,0	33	75,0	44	100,0	2,146
Aile bireyleri/ çevreden	6	46,2	7	53,8	13	100,0	0,176
<b>Pansuman yapma sıklığı</b>							
Her tuvaletten sonra	1	9,1	10	90,9	11	100,0	14,790
Günde 1 kez	19	46,3	22	53,7	41	100,0	0,005
Günde 2 kez	0	0,0	7	100,0	7	100,0	
2 günde 1 kez	3	75,0	1	25,0	4	100,0	
Yaptırmayan	9	47,4	10	52,6	19	100,0	
<b>Pansumanı nerede yaptırdığı</b>							
Sağlık kuruluşu	4	57,1	3	42,9	7	100,0	1,447
Kendisi	19	33,9	37	66,1	56	100,0	0,247
<b>Tuvalette sonra epizyo/insizyon bölgesinin ne ile kurulandığı</b>							
Tuvalet kağıdı	17	34,0	33	66,0	50	100,0	1,382
Ayrı bez	3	50,0	3	50,0	6	100,0	0,501
Kurulamayan	12	46,2	14	53,8	26	100,0	
<b>Banyo sonrası epizyo/insizyon bölgesini kurulama durumu</b>							
Evet	12	24,0	38	76,0	50	100,0	12,154
Hayır	20	62,5	12	37,5	32	100,0	0,001
<b>Doğum sonu antibiyotik kullanımı</b>							
Evet	1	5,9	16	94,1	17	100,0	5,909
Hayır	31	35,6	56	64,4	87	100,0	0,015

Çizelge 4.2.7’de annelerin epizyo/insizyon bakımına göre puerperal enfeksiyon görülme durumu ile ilgili verileri bulunmaktadır. Epizyo/insizyon bakımı hakkında bilgi alan annelerin %29,8’inde enfeksiyon gelişirken, bilgi almayan annelerin %31,9’unda enfeksiyon gelişmiştir. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumunun epizyo/insizyon bakım ve pansuman yapılma durumuna göre farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,818).

Epizyo/insizyon bakımı hakkında bilginin nereden alındığına baktığımızda ise sağlık personelinden bilgi alan annelerin %25’inde enfeksiyon görülürken, aile bireyleri veya çevreden bilgi alan annelerin ise %46,2’sinde enfeksiyon gelişmiştir. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumunun epizyo/insizyon bakımı hakkında nereden bilgi alındığına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,176).

Annelerin pansuman yapma sıklığına baktığımız zaman her tuvaletten sonra yapanların %9,1’inde enfeksiyon gelişirken, günde bir kez pansuman yapanların %46,3’ünde enfeksiyon gelişmiş ve günde iki kez pansuman yapanların hiçbirisinde enfeksiyon görülmemiştir. İki günde bir pansuman yapan annelerin %75’inde enfeksiyon görülürken, hiç pansuman yaptırmayan annelerin %47,4’ünde enfeksiyon gelişmiştir. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumunun pansuman yapma sıklığı bakımından farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,005).

Annelerin pansumanı nerede yaptırdığını incelediğimiz zaman ise, sağlık kuruluşunda yaptıranların %57,1’inde enfeksiyon görülürken, evde kendisi pansuman yapan annelerin %33,9’unda enfeksiyon gelişmiştir. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumunun pansumanı yaptırma yerine göre farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,247).

Annelerin tuvaletten sonra epizyo/insizyon bölgesini ne ile kuruladıklarına baktığımızda, tuvalet kağıdı kullananların %34’ünde enfeksiyon görülürken, ayrı bez kullanan annelerin %50’sinde enfeksiyon görülmüştür. Kurulamayan annelerin ise %46,2’sinde enfeksiyon gelişmiştir. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumunun epizyo/insizyon bölgesini ne ile kuruladıklarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,501).

Banyo sonrası epizyo/insizyon bölgesini kurulayan annelerin %24’ünde enfeksiyon gelişirken, kurulamayan annelerin %62,5’inde enfeksiyon görülmüştür. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumunun epizyo/insizyon kurulama durumuna göre farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,001).

Doğum sonu antibiyotik kullanan annelerin %5,9'unda enfeksiyon görülürken, kullanmayan annelerin %35,6'sında enfeksiyon görülmüştür. Anneler arasında enfeksiyon görülme durumunun doğum sonu antibiyotik kullanma durumlarına göre farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,015).

## 5. TARTIŞMA

Araştırma bulgularının tartışılması iki başlık altında sunulmuştur.

5.1. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2. Annelerde Enfeksiyon Gelişme Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması

### 5.1. Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Türkiyede kadınlar arasında en yüksek doğurganlık hızı 25-29 yaş aralığındadır (14). Yapılan birçok çalışmada sezaryenle doğum yapan kadınların ortalama 20-29 yaş grubunda oldukları da görülmüştür (96-102). Bizim çalışmamıza katılan annelerde benzer özellik göstermektedir.

Bektaş E'nin (172) yaptığı çalışmaya göre 35 yaş üzerindeki kadınların sezaryeni ve 15-24 yaş grubunun ise daha çok normal doğumu tercih ettiklerini görmekteyiz.

Annenin eğitim düzeyi ile sağlık bakım hizmetlerinin kullanımı arasında belirgin bir ilişki vardır. Annenin eğitim düzeyi arttıkça sağlık bakım alma oranı artmaktadır. Çalışmamızda normal doğum yapanların %53,8'i okur-yazar değil, %46,2'si ilköğretim ve üzeri mezunudur. Sezaryenle doğum yapan kadınların %88,5'i okur-yazar değil, %11,5'i ilköğretim ve üzeri mezunudur. Yapılan çalışmalarda

kadının eğitim düzeyi yükseldikçe, ekonomik bağımsızlığı artmakta, kendisi ve ailesi için sağlıklı hizmetlerini daha aktif ve etkin bir şekilde kullanmakta olduğunu görmekteyiz (173). Bizim çalışmamızda ise eğitim düzeyi düşük olan annelerin sezaryenle doğum yapma oranının oldukça yüksek olduğunu görmekteyiz. Çalışmamızın sonucunda annelerin eğitim durumları Bektaş E'nin (172) yaptığı çalışmadan daha yüksek bulunmuştur.

TNSA 2008 sonuçlarına göre doğurganlık hızının beklenildiği gibi eğitim arttıkça azaldığı görülmektedir. TNSA 2003 sonuçları ile karşılaştırıldığında, TNSA 2008'de ilkokul mezunu kadınların doğurganlık düzeyinin az da olsa arttığı görülürken, eğitimsiz kadınlar ile en az ortaokul mezunu olan kadınların doğurganlık düzeyinde önemli bir azalma görülmektedir (13,14).

Yapılan çalışmalarda eğitim durumu yükseldikçe kadınların özel doğum öncesi bakım taleplerinin artması ve bunun sonucu olarak takip eden hekimin doğum anında yanında olmasını istemeleri ve doğum ağrısından korkmaları nedeniyle sezaryeni tercih ettikleri düşünülmektedir.

Son yıllarda sezaryen operasyonu üreme çağındaki kadınlara en sık yapılan cerrahi girişim olmuştur. Sezaryen oranlarındaki artıştan kaynaklanan gerek morbiditenin artışı, gerek bireysel gerek ulusal düzeyde ekonomik ek yük getirmesi nedeni ile sezaryen ile doğum sorgulanır hale gelmiştir. Bu nedenle DSÖ ve yerel sağlık yönetimleri sezaryen hızını mümkün olduğunca düşürmek için anne ve fetüs sağlığı açısından gerçek anlamda risk olmadıkça normal vaginal doğumun öncelikli tercih edilmesi yönünde görüş bildirmektedir. Kadınların sezaryeni tercih etmeleri ile ilgili literatür tarandığında sezaryen doğum tercihi oranı ortalama %3-48 arasında bildirilmektedir (174). Dünyanın farklı bölgelerinde yapılan çalışmalar tek tek değerlendirildiğinde ise doğum şekli tercihinde belirgin bölgesel farklılıklar göze çarpmaktadır. Türkiye de 314 gebe ile yapılan bir anket çalışmasında (175) gebelerin %22,6'sı sezaryen doğumu tercih etmiştir. Chong ve ark.'nın çalışmasında (176) ise sezaryen isteği oranı Singapur'da sadece %3,7 olarak tespit edilmiş. İngiltere ve kuzey İrlanda da ise sezaryen isteği oranı %7 olarak bildirilmiştir (177). Latin Amerika ülkelerinde bu oran daha yüksek olarak bildirilmiştir. Örneğin Sili'de sezaryen isteği oranı %40'tur (178). Bir başka çalışmada Brezilyada sezaryen isteği oranı %36 ve özel hastanelerde ki sezaryen oranı %80-90 olarak oldukça yüksek bildirilmiştir (179). Görüldüğü gibi doğum şekli tercihinde bölgeler arasında belirgin farklar vardır. Irk,

etnik köken, kültür farkları, ülkelerin sağlık politikaları gibi sebepler bu farklılığın sebepleridir.

Türkiye de yapılan başka bir çalışma da sağlık çalışanlarının %53,1'i sezaryen doğumu tercih etmiştir. Sezaryen doğumu seçme nedeni olarak ilk sırada ağrı yer almaktadır. Hiç doğum yapmayan sağlık personelinin doğum tercihleri sorulduğunda ise %57,4'ü normal doğumu, %23,1'i sezaryen'i tercih ederken, %19,5'i kararsız kalmıştır (180).

Eşlerini eğitim düzeyine baktığımız zaman ise; normal doğum yapan kadınların %78,8'inin eşi ilköğretim mezunu, sezaryenle doğum yapan kadınların ise %73,1'i ilköğretim mezunudur.

Mersin ilinde okuma yazma bilmeyenlerin toplamı 157.983 kişi ile nüfusun %10'unu oluşturmaktadır. Bunun 40.703'ünü erkekler, 117.280'sini kadınlar oluşturmaktadır. Bu değer Akdeniz Bölgesi'nde %88,16, Türkiye'de ise %87,30'dur (181).

Çalışmamızda annelerin büyük çoğunluğunun ev kadını olduğu ve eşlerinin çoğunlukla bir iş sahibi olmalarına rağmen %64,4 nün gelir düzeylerinin yasal olarak belirlenen asgari ücretin altında olduğu görülmüştür. Bektaş E' nin (172) uzmanlık tezinde yaptığı çalışmaya göre %85,8'i ev hanımıdır. Çalışmayan kadınlar ise sezaryeni daha çok tercih etmektedirler (%85). Çalışmamız sonucu Bektaşın çalışma sonucuna benzerlik göstermektedir.

Devlet İstatistik Enstitüsü verilerine göre kadınların toplam işgücüne katılma oranı 1990'da %34,5'e ve 2005'te % 24,8'e gerilemiştir. Erkeklerde istihdam oranı %72,2 dir (182).

Sosyal güvencenin olup olmaması da bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını ve dolayısı ile sağlığını etkilemektedir. Her iki grubunda %86,5'inin sosyal güvencesi vardır. Yasar ve ark. (175) Türkiyede yaptığı benzer bir anket çalışmasında da ekonomik durumun yükselişiyle sosyal güvencenin olmasının sezaryen tercih oranını arttırdığını bildirilmiştir. Durmaz A (183) yaptığı tez çalışmasında annelerin büyük çoğunluğunun (%87.5) sosyal güvencesi olduğu görülmüştür. Sosyal güvencenin olması sağlık hizmeti kullanım olanaklarını artırmaktadır. Çalışmamızın sonucu Durmaz'ın çalışma sonucuna benzer özellik göstermektedir.

Aile tipi kadının sağlık hizmetini almasını etkileyen en önemli faktörlerden birisidir. Çalışmamızda normal doğum yapan annelerin %26,9'u ve sezaryenle doğum



yapan annelerin ise %36,5'i geniş aileye sahip olduğu belirlenmiştir. Geniş aileye sahip olan anneler, günlük bakım gereksinimini karşılamada yetersiz kalmakta ve günlük işlerle uğraşması kendi bakımını yapmasını engelleyebilmektedir.

Çalışmamız sonucunda annelerin gebelikleri sırasında sigara içme oranları (%11,5), TNSA 2003 verilerine göre (%15) uyumlu olurken, Yurdakul ve ark. (184) (%25) ile İrge ve ark. (185) (%20,8) yaptığı çalışmaların sonuçlarından düşük bulunmuştur.

Gebelik öncesi kadının sistemik hastalığının bulunması, gebelik, doğum ve doğum sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonları tetikleyen önemli bir etmendir. Seraslan ve ark. (186) sistemik hastalıklara bağlı gelişebilecek doku iskemisi sonucunda yara iyileşmesi için gerekli olan oksijen ve besleyici maddelerin yara alanına yeterli olarak ulaşamayacağını ve bunun sonucunda da yara iyileşmesinde gecikme meydana gelebileceğini rapor etmiştir. Çalışmamızda her iki gruptaki kadınların %11,5'inin sistemik en az bir hastalığı olduğu saptanmıştır. Durmaz A (183) yaptığı çalışmada sistemik hastalığı olan annelerin (%7,7) herhangi bir kronik hastalığının olup olmaması yara iyileşmesini etkilememektedir diye bildirmiştir. Çalışmamız, Durmaz'ın çalışma sonucuna benzer özellik göstermektedir.

Normal doğum yapmış kadınların gebelik öncesi %76,9'unda anemi vardır ve bunların %44,2'si ilaç kullanırken, sezaryenle doğum yapmış kadınların %63,5'inde gebelik öncesi anemi vardır ve %44,2'si ilaç kullanmıştır. Bakırcı ve ark. (187) nın çalışmasında bizim çalışmamızla benzer sonuçlar ortaya konulmuştur.

Bu durum bize annelerin gebelik öncesi dönemde de sağlık durumları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ve yeterli doğum öncesi bakım hizmeti almadıklarını düşündürmektedir.

Doğum öncesi bakım alma gebelik, doğum ve doğum sonu gelişebilecek komplikasyonların önlenmesinde büyük öneme sahiptir. Çalışmamızda normal doğum yapmış kadınların %96,2'si gebeliğinde doğum öncesi bakım almıştır. Doğum öncesi bakım alanların %17,3 ü ebe/hemşireye, %78,8'i ise doktora gitmişlerdir. Sezaryenle doğum yapanların %98,1'i gebelikte doğum öncesi bakım almış, %15,4'ü ebe/hemşire tarafından, %82,7'si doktor tarafından izlenmiştir. Doktor tarafından özel muayenehanelerinde izlenme oranı arttıkça gebelerde sezaryen olma yönünde bir artış olduğu görülmüştür.

Girişkin ve ark. (188) 2001 yılında yaptıkları araştırma da antenatal takip oranının bizim çalışmamıza göre düşük olduğunu görmekteyiz. Türkiye de 314 gebe ile

yapılan bir anket çalışmasında da (175) doğum şekli tercihinde eğitim durumunun, gebelik öyküsünün, gebeliği takip eden kişinin ve yerin etkili olmadığı saptanırken doğumu gerçekleştirecek kişinin doktor olması, doktorun cinsiyetinin erkek olması ve ekonomik düzeyin yükselmesiyle sezaryen tercihinin arttığı saptanmıştır. Çalışmamızın sonuçları Girişkin ve Yaşar'ın çalışmalarının sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Türkiye'de sağlık personelinin alınan doğum öncesi bakımın ve sağlık personelinin yardımcı olduğu doğumların yüzdesi sürekli olarak artmaktadır. Son 10 yıl içinde (1998-2008 döneminde) sağlık personelinin alınan doğum öncesi bakım hizmetlerinde %27 artış olmuştur. TNSA 2008 verilerine göre doğum yapan annelerin %92'sinin bir sağlık personelinin doğum öncesi bakım hizmeti aldığı görülmektedir. Türkiye'nin güneyinde doğum öncesi bakımın %93,6'sı doktor ve %1'i ebe/hemşire tarafından verilmektedir. Doğum öncesi bakımın tamamına yakınının doktordan alınmış olması dikkat çekicidir (14,23).

Araştırmanın yapıldığı Mersin ilinde Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri 2008 verilerine göre ortalama gebe izlem sıklığı 5,6 iken, lohusa izlem sıklığı 1,9 dur. Çalışmamızda doğum yapan annelerin toplamda %47,6'sı gebelikle ilgili eğitim almışlardır. Annelerin %94,2'si bu eğitimi bir sağlık personelinin almışlardır (9).

Bu sonuçlar ebe/hemşirelerin gebelere ulaşmada yetersiz olduğunu ya da gebelerin sağlık personelinin vereceği hizmetten yeterince yararlanamadıklarını göstermektedir.

Normal doğum yapan annelerin büyük kısmının doğumdan sonra ikinci günde, sezaryenle doğum yapanların ise üçüncü günde hastaneden taburcu oldukları görülmüştür. Sezaryenle doğum yapmak hastanede kalış süresini artırmaktadır.

Çalışmamızda doğum sonu ebe ziyaretinin düşük olması dikkat çekicidir. Araştırma sonucunda elde ettiğimiz oranlar TNSA 2008 verilerine göre de düşüktür.

TNSA 2008 öncesindeki beş yıl içinde gerçekleşen son doğumlar dikkate alındığında, Türkiye'de annelerin %85'inin doğumdan sonraki iki ay içinde bir sağlık personelinin doğum sonrası bakım hizmeti almıştır. Kırsal yerleşim yerlerinde ve eğitimsiz anneler arasında hızla azalarak %70'e gerileyen doğum sonrası bakım hizmetlerinden yararlanma oranı, Batı'da, İstanbul'da ve özellikle eğitilmiş anneler arasında hızla artmakta ve %95'in üzerine çıkmaktadır (14).

Annelerin doğumdan sonra 2-4 gün hastanede yatırılması güvenli bir ortam sağlandığı takdirde anne ve bebek sağlığı yönünden büyük kazançlar sağlar. Bunun

mümkün olmadığı durumlarda mutlaka ev ziyaretleri yapılarak anne ve bebeğin izlenmesi gerekmektedir.

Doğumda sonra ilk yedi gün içerisinde banyo yapmayan annelerin sayısında dikkat çekicidir (%18,3). Banyo yapanlardan normal doğum yapan annelerin %23'ü oturarak, %63,5'i ise ayakta, sezaryenle doğum yapanların %38,5'i oturarak, %36,5'i ayakta banyo yapmıştır. Doğum yapma şekline göre banyo yapma tercihlerini karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Annelerin tuvalette hijyen alışkanlıklarına baktığımızda, çoğunlukla alaturka tuvalet kullandıkları, tuvalete girmeden önce ellerini yıkayan anne sayısının %25 olduğu dikkat çekmektedir. Tuvaletten sonra genital bölgesini yıkayan annelerin oranı ise %78,8'dir. Tuvaletten sonra genital bölge temizleme şekline baktığımızda, normal doğum yapan annelerin sadece %25'i ve sezaryenle doğum yapanların %17,3'ü genital bölgelerini önden arkaya yapmaktadırlar. Annelerin büyük bir kısmı doğru hijyen alışkanlığına sahip değildirler.

Durmaz A (183) yaptığı çalışmada ise annelerin %32,7'si tuvaletten önce ellerini yıkamakta, %83,7'si tuvaletten sonra genital bölgelerini yıkamakta, %75'i ise kurulamakta ve %42,3 ü önden arkaya temizlik yaparak doğru genital bölge temizliği alışkanlığına sahiptir. Çalışmamızın sonuçları Durmaz'ın çalışma sonuçlarından düşüktür.

Normal doğum yapan annelerin büyük kısmının tuvalet temizliğini su ile, sezaryenle doğum yapanlar ise tuvalet kağıdı ile yaptığı saptanmıştır. Tuvalette sonra epizyo/insizyon bölgesini kurulama durumlarına baktığımızda ise normal doğum yapanların çoğunluğu tuvalet kağıdı kullandıklarını bildirmişlerdir. Sezaryenle doğum yapan annelerin ise %48,1'i tuvalet kağıdı kullanırken, %40,4'ünün kurulamadığını görmekteyiz. Tuvalet kağıdı ile kurulanmayan perine veya insizyon bölgesi nemli kalacağından enfeksiyon gelişmesi için uygun ortam oluşturmaktadır. Bu sonuçlar kadınların doğru tuvalet alışkanlıklarına sahip olmadıklarını göstermektedir.

Normal ve sezaryenle doğum yapan annelerin yarısı epizyo/insizyon bakımı hakkında bilgi almıştır. Bu bilgiyi normal doğum yapanların %55,8'i ve sezaryenle doğum yapanların ise %28,8'i bir sağlık personelinde almıştır.

Normal doğum yapan annelerin %50'si pansumanı kendileri yapmaktadırlar. Sezaryenle doğum yapan kadınların %13,5'i sağlık kuruluşunda pansumanını yaptırırken, %57,7'si kendisi yapmaktadır.

Bizim çalışmamızda normal doğum yapanların çok büyük bir kısmı banyodan sonra epizyo bölgesini ve sezaryenle doğum yapanların ise yarısı banyodan sonra insizyon bölgesini kurulamaktadır.

Araştırmanın yapıldığı hastanede doğum yapan bütün annelere, doğum sonu kullanmak üzere doktoru tarafından antibiyotik reçete edilmektedir. Ancak araştırmaya katılan normal doğum yapan annelerin %23,1'i, sezaryenle doğum yapan annelerin %9,6'sı doğumdan sonra antibiyotik kullanmıştır. Bu sonuç bize taburculuk eğitiminin yeterli verilmediğini düşündürmektedir. Bu durumun da puerperal enfeksiyon gelişimini artıracığı söylenebilir.

## **5.2. Annelerde Enfeksiyon Gelişme Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması**

Çalışmamız sonucunda, normal doğum yapan annelerin %3,8'inde enfeksiyon görülürken, sezaryenle doğum yapmış annelerin %57,7'sinde enfeksiyon görülmüştür. Aralarındaki istatistiksel fark anlamlı bulunmuştur.

Sezaryenle doğum yapanların %55,8'inde doğum sonu şikayetler görülmüş, bunların %32,7'si bu şikayetlerden dolayı bir kliniğe başvurmuştur. Kliniğe başvuranların hepsine puerperal enfeksiyon tanısı konulmuş ve %30,8'ine doktor tarafından tedavi önerilmiştir. Çalışmamızda normal doğum yapmış doğum sonu şikayetleri olan annelerin (%3,8) hiçbiri bu şikayetlerden dolayı kliniğe başvurmamıştır. Sezaryen gerek anestezinin etkisi, gerekse geniş ve açık bir operasyon olmasından dolayı annenin enfeksiyona yatkınlığını normal doğuma göre daha fazla arttırmaktadır.

Hildinsson ve ark. (189) ve Kumpınar ve ark. (190) sezaryenle doğum yapan annelerin doğum sonu dönemde yaşadıkları sorunları saptamak amacıyla yaptıkları çalışmaların sonuçları bizim çalışmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda enfeksiyon görülen annelerin yaş ortalaması  $30.2 \pm 6.2$  dir. Her iki doğum şeklinde de enfeksiyon görülen annelerin çoğunlukla 30 yaş ve üzerinde oldukları dikkat çekmektedir. Yaş arttıkça enfeksiyon riskinin arttığını gösteren çalışmamız, 35 yaş ve üzerine çıkınca maternal mortalite ve morbiditede arttığı belirten Erkaya ve ark. (191) çalışmalarına benzerdir.

Nursal ve ark. (192) çalışmalarında yaş artışı ile yara iyileşmesi sürecinde olumsuz yönde değişiklikler olduğunu bildirmiştir. Yara iyileşmesinin inflamasyon aşamasında, yaşlıların yara bölgesine makrofaj ve lenfosit göçünde gecikme olduğunu dolayısıyla, yaradaki enfeksiyona karşı direnç ve doku yıkım artıklarının temizlenmesinde azalma olacağını rapor etmiştir. Bu çalışmalar araştırmamızın sonuçlarını desteklemektedir

Enfeksiyon görülen anneleri eğitim durumlarına baktığımızda büyük çoğunluğunun okur-yazar olmadığını görmekteyiz. Eğitim düzeyi düşük olan veya okur-yazar olmayan anneler sağlık hizmetlerinden nasıl yararlanacaklarını bilmemekte, çekinmekte ya da karar verme sürecinde sorun yaşamaktadırlar.

Akın ve Mihçioğur (193) çalışmasında öğrenim düzeyi düşük olan kadınların diğerlerine göre sağlık hizmetlerinden daha az yararlandıklarını vurgulamıştır.

Ege (85) çalışmasında annelerin öğrenim düzeyi yükseldikçe doğru genital hijyen davranışı gösterme oranının arttığını bildirmektedir.

Meslek gruplarına göre incelediğimizde çalışmayan annelerin %29,4'ünde enfeksiyon görülmüştür. Çalışan anne sayısı sadece iki olup, bunların ikisinde de enfeksiyon görülmüştür. Bu konu ile ilgili literatür çalışmasına rastlanmamıştır.

Enfeksiyon görülen annelerin eşlerinin eğitim düzeyine baktığımızda ise okur-yazar olmayan eşlerin hepsinde, lise ve üzeri okul mezunların ise %39,1'inde enfeksiyon görülmüştür.

Durmaz A (183) çalışmasında annelerin ve eşlerinin öğrenim düzeylerinin artmasının yara iyileşmesi sürecini hızlandırdığını belirtmiştir.

Çalışmamızda enfeksiyon görülen annelerin eşlerinin mesleklerine göre incelediğimizde eşi çalışmayan annelerde enfeksiyon görülme oranı daha yüksek bulunmuştur.

Aylık gelir düzeylerine göre baktığımız zaman enfeksiyon görülen annelerin büyük çoğunluğu düşük gelire sahiptir. Ekonomik gelirin iyi olması yaşam kalitesini, dolayısı ile sağlık alışkanlıklarını olumlu yönde etkilemektedir.

Enfeksiyon görülen annelerin %39,4'ü geniş aile içinde yaşamaktadırlar. Kaya F ve ark. (194) yaptığı bir çalışmada eş ile yaşanan yerde başkalarının yaşama oranının %17,2 olduğu bildirilmiştir. Kadının eşi ile yaşadığı yerde yaşayan başkalarının olup olmaması sağlık hizmetlerinden faydalanmayı etkilemektedir. Çekirdek aileye sahip olanlar, geniş bir ailede yaşayanlara göre üç kat daha fazla nitelikli doğum öncesi bakım hizmeti almaktadırlar.

Durmaz A (183) çalışmasında annelerin birlikte yaşadığı kişi sayısı artıka yara iyileşmesinde gecikme olduğu belirtilmektedir. Geniş ailelerde enfeksiyon oranının daha yüksek olmasının nedeni kalabalık ortamların kirliliğinin daha fazla olması, annenin kendi bakımını günlük işlerden vakit buldukça yada aile büyüklerinin izin verdikleri ölçüde yapabilmesi, bakım gereksinimlerini ve ihtiyaçlarının yeterince karşılanamaması olarak düşünülmektedir.

Enfeksiyon belirtisi görülen annelerin sosyal güvencelerine göre incelediğimizde sosyal güvencesi olanların %32,2'sinde enfeksiyon görülürken, olmayanların %21.4'ünde görülmüştür.

Çalışmamızda sosyal güvencenin olup olmasının puerperal enfeksiyon görülme sıklığı üzerinde önemli bir etkiye sahip olmadığı görülmüştür. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde ülkemizde TC kimlik numarası ile birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanılırken tedavi sürecinde sosyal güvencesi olmayanlardan belli oranlarda ücret alınmakta idi. Annelerin çoğunluğunun bir sosyal güvencesinin olması puerperal dönemde ortaya çıkabilecek bir sağlık problemi durumunda annelerin kolaylıkla bir sağlık kurumunun hizmetlerinden yararlanabilme imkanı sağlamıştır.

Sigara yara iyileşmesinde önemli role sahip olan fibroblastların fonksiyonlarını bozabilmektedir. Sigara etkisiyle makrofaj ve T-lenfosit sayılarında azalma, antikor cevabında ve T-lenfosit proliferasyonunda ise değişiklikler meydana gelmektedir. Nikotin adrenal katekolamin salgılatarak vazokonstriksiyona neden olmakta, vazodilatasyon etkisi gösteren prostasiklinin üretimini inhibe ederek dokuların beslenmesini ve karbonmonoksitin oksijenle yarışa girerek ve hemoglobinin oksijen taşıma kapasitesini azaltmaktadır.

Bilhan ve ark. (135) yaptığı çalışmada elde edilen sonuca göre sigara, annelerde yara iyileşmesinde gecikmeye sebep olmaktadır. Sigaranın yara iyileşmesi üzerindeki etkileri göz önüne alındığında sigara kullanan annelerde yara iyileşmesinde gecikme olmamasının nedeninin çalışmaya dahil edilen annelerin sigara kullanım oranının çok az olmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Enfeksiyon görülen normal doğum ve sezaryenle doğum yapmış annelerin sigara içme durumları incelendiğinde sigara içen annelerin yarısında enfeksiyon görülmüştür.

Enfeksiyon görülen annelerin sistemik hastalık varlığı durumlarını incelediğimizde sistemik hastalığı olan annelerin %40'ında enfeksiyon görülmüştür.

Seraslan ve ark. (186) sistemik hastalıklara bağlı gelişebilecek doku iskemisi sonucunda yara iyileşmesi için gerekli olan oksijen ve besleyici maddelerin yara alanına yeterli olarak ulaşamayacağını ve bunun sonucunda da yara iyileşmesinde gecikme meydana gelebileceğini rapor etmiştir. Bu duruma göre annelerin herhangi bir kronik hastalığının olup olmaması yara iyileşmesini etkilememektedir.

Enfeksiyon görülen annelerde gebelik öncesi anemi varlığını incelediğimizde, anemisi olan annelerde görülen enfeksiyon oranı diğer çalışmalardan daha düşüktür.

Saral (140) alışmasında ileri derecede demir eksikliğinin yeterli miktarda kollojen sentezlenmesini önlediğini bildirmiştir. Bilhan ve ark. (135) yara iyileşmesi için yeterli oksijenin dokulara ulaşabilmesi gerekli olduğunu vurgulamıştır. Bu nedenle anemi kadın sağlığı ve gebe sağlığı açısından çok önemle ele alınması gereken bir sorundur. Ciddi anemi anne ölümlerinde beş kat artışa yol açmaktadır.

Anemi ayrıca annenin genel sağlığını bozarak kendiliğinden düşük, preterm eylem, postpartum kanama ve puerperal enfeksiyon riskini arttırır.

Enfeksiyon görülen annelerin hepsi gebeliklerinde kontrole gitmişlerdir ve bunların büyük bir kısmı doktor tarafından izlenmiştir. Kılıç ve ark. (195) yaptıkları çalışma ile bizim çalışmamızda benzer sonuçlar çıkmıştır.

Birinci basamak sağlık çalışanları (zellikle ebeler) doğum öncesi bakımda daha aktif rol almalıdır. Çünkü tüm kadınlar birinci basamak gebelik bakımına ihtiyaç duyarlar. Yapılan araştırmaların sonuçları da sağlık ocakları ve halk arasında iletişimi sağlayan ebe/hemşirelerin sağlık ocağının kullanımında kadınların olumlu tutum ve davranış geliştirmelerinde etkisinin oldukça önemli olduğunu göstermektedir. Birinci basamakta çalışan ebe/hemşirelerden beklenen anne adaylarını doğuma ve anneliğe hazırlamalarıdır (196,197).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 verilerine göre Türkiye de gebelerin %80,9'u doğum öncesi bakım alırken, TNSA 2008 verilerine göre %92'si doğum öncesi bakım almıştır. 2003 yılı verilerine göre bakım alanların %75,4' doktor, % 5'i ebe/hemşire tarafından bakım alırken, 2008 verilerine göre doğum öncesi bakımın hemen tamamının doktordan alınmış olması dikkat çekicidir (13,14).

Doğumların %83' bir sağlık personeli tarafından yaptırılmıştır. TNSA 2008 öncesindeki beş yıl içinde meydana gelen doğumların %64'ne doktor; %27'sine de ebe ve/veya hemşire yardımcı olmuştur. Annelerin bakım aldıkları sağlık personele göre doğum şeklini tercih etmeleri ayrıca doğum sonu izlemlerin gerekletirilmesini

etkilediği düşünülmektedir. Çalışmamızda annelerin doğum öncesi bakım alma verileri TNSA 2008 verileri ile benzerlik göstermektedir .

Erkaya ve ark. (191) yapmış oldukları bir çalışmada iyi bir antenatal takip ile anne ölümlerinin ve hastalıkların önlenebilirlik oranını %64,7 olarak saptamışlardır.

Çalışmamız sonucunda ebe/hemşire tarafından yapılması gereken antenatal ve postnatal takibin yetersiz olduğu göze çarpmaktadır. Bu durumun ebe/hemşirelerin görev tanımlarının yetersiz olmasından ve görevlerini eksik yapmalarından kaynaklandığı söylenebilir. Öte yandan ailelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma bilinci oluşmaması da bu alanda ebe/hemşirelik bakımına talebi azalttığı düşünülmektedir. Gelişmiş ülkelerdeki oranların normal olmasının sebebi sadece sosyoekonomik durumun daha iyi olmasına bağlı olmayıp sağlık sistemlerin perenatal ve postnatal bakımla ilgili uygulamalarındaki gelişmelerden kaynaklanmaktadır. İyi bir antenatal ve postnatal takip programı ile gebelik ve doğuma bağlı sorunların erken tanı ve tedavisi sağlanabilir (169, 195,198).

Çalışmamızda enfeksiyon görülen annelerin gebelikte bilgi aldıkları konular incelendiğinde sadece %55,6 'sının doğum şekli ve %20 'sinin beslenme hakkında eğitim aldıkları görülmüştür. Geri kalan grubun hiç bir konuda eğitim almadıkları dikkat çekicidir.

Kaya F ve ark. (194) Çanakkale Devlet Hastanesi'nde postpartum birinci ya da ikinci günde olan 198 kadınla yaptığı çalışmasında, kadınların %92,4'ü gebelikte beslenme ve %22,2'si doğum sonu dönem hakkında bilgi aldığı saptanmıştır. Gürel ve ark. (197) yaptığı çalışmada ise %80'i gebelikte beslenme ve %47,6'sının doğum sonrası dönem hakkında bilgi aldığı saptanmıştır. Karadağ ve ark. (199) yaptığı çalışmada gebelikte beslenme konusunda eğitim alanları %62,2 olarak bulmuştur.

Yapılan çalışmalarda eğitim alan annelerin sayıları bizim çalışmamızdaki annelerin sayısından da yüksek olduğu dikkat çekici bulunmuştur. Çalışmamızda mevcut sağlık eğitiminin çoğunluğuna sağlık personeli tarafından verildiği görülmüştür.

Atıcı (200) doğum sonu erken taburculukta lohusalara verilecek sağlık eğitimi ve evde bakımın doğum sonu komplikasyonları araştırdığı çalışmasında eğitim verilen grupta görülen komplikasyonların eğitim verilmeyen gruba göre önemli derecede azaldığını saptamıştır. Araştırmamız sonucunda doğum sonu verilen eğitimlerin enfeksiyon gelişmesinin önlenmesinde önemli rol oynadığı saptanmıştır.

Çalışmamızda enfeksiyon görülen annelerin büyük çoğunluğu doğumdan sonra üçüncü gün taburcu olurken, dördüncü gün olanların hepsinde enfeksiyon görülmüştür.



Sezaryen doğumlar nedeniyle geç taburcu olmanın hastanede kalış süresini artırdığı ve bu durumda enfeksiyon oranını arttırdığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda doğum sonu ebe tarafından evde ziyaret edilen annelerin %20'sinde enfeksiyon görülürken, ziyaret edilmeyenlerin %33,3'ünde görülmüştür. Bu sonuçlar doğum sonu izlemin doğum sonu komplikasyonların erken önlenmesindeki rolünü de ortaya koymuştur. Puerperium primer veya sekonder kanama veya puerperal enfeksiyon riski olan hastalarda doğum sonrası ilk 10 gün içerisinde daha sık aralıklarla lohusa izlemi yapılması gerektiği ileri sürülmektedir (201).

TNSA kapsamında anne ve bebeklerin doğum sonrası bakım hizmetlerinden yararlanıp yararlanmadıkları ilk kez TNSA 2008 kapsamında sorulmuştur. TNSA 2008 öncesindeki beş yıl içinde gerçekleşen son doğumlar dikkate alındığında, Türkiye'de annelerin %85'inin bir sağlık personelinden doğum sonrası bakım hizmeti aldığı görülmektedir. Doğum sonrası bakım hizmetlerinden yararlanma oranı kırsal yerleşim yerlerinde, Doğu Anadolu Bölgesinde, eğitimsiz ve çok sayıda doğum yapmış annelerde hızla azalarak %70'e gerilerken, Batı Anadolu Bölgelerinde, İstanbul'da ve özellikle eğitimli anneler arasında %95'in üzerine çıkmaktadır (14).

Türkiye'de ortalama doğum sonu izlem ortalaması 0,54 ve altındadır. Coğrafik ve ekonomik duruma göre bakıldığında Doğu ve Güneydoğu Anadolu illerinde doğum sonu izlemin en düşük değerlere sahip olduğu, en Batı'da ortalama izlem sayısı 1,41 ve üzerinde olduğu görülmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde lohusa başına düşen ortalama izlem sayısı 0,90'dır (16).

Araştırmanın yapıldığı Mersin ilinde Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri 2008 verilerine göre ortalama lohusa izlem sıklığı 1,9 dur (9).

Ergin F ve ark. (202) Aydın ili merkezindeki, 2005 yılında 806 anne üzerinde, doğumdan sonraki ilk bir yıl annelerde doğum ve doğum sonrası evde bakım hizmetlerini değerlendirdikleri çalışmalarında, kadınların sadece beşte üçünün (%59,9) lohusalık dönemi boyunca evde ebe tarafından görüldüğü, evde görülenlerin ise ortalama iki kez ziyaret edildiği saptanmıştır. Yapılan araştırmada kadınların %9,3'ünde lohusalık dönemi boyunca komplikasyon geliştiği bildirilmiştir. Doğum sonrası dönemde en sık görülen komplikasyonlar aşırı vaginal kanama (%33,4), kötü kokulu akıntı (%25,4) ve baş dönmesi (%13,4) olarak saptanmıştır.

Bozkurt ve ark. (203) ve Yıldız'ın (204) çalışmalarında da annelerin doğum sonu sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamadıkları görülmüştür. Oysa doğum sonrasında meydana gelebilecek komplikasyonların en erken dönemde tespit edilip

tedavilerinin yapılabilmesi için bu izlemlerin Sağlık Bakanlığı'nın önerdiği sıklıkta gerçekleştirilmesi son derece önemlidir.

Çalışmamızda enfeksiyon görülen annelerin %28,9'u doğum sonu kanama takibi için ped kullanırken, %33,3'ü bez kullanmaktadır.

Durmaz A'nın (183) çalışmasında annelerin ped değiştirme sayısı arttıkça yara iyileşmesinin hızlandığı sonucunu görmekteyiz. Bizim çalışmamızda doğum sonu kanama takibi için kullanılan gercin yara iyileşmesi ve enfeksiyon oluşumu üzerine etkisinin olmadığı görülmüştür.

Sık ped değiştirmek enfeksiyonlardan korunma yönünden önemlidir (210). Ped değiştirilmeden önce, eller sabunlu su ile yıkanmalı ve pedin üreme organlarına temas edecek yüzeyine dokunulmamalıdır. Kullanılan pedlerin renksiz ve parfümsüz olması, 4-6 saatte bir veya ısladıkça değiştirilmesi önerilmektedir (85).

Çalışmamızda enfeksiyon görülen annelerin iç çamaşırı değiştirme sıklığını incelediğimizde büyük çoğunluğunun günde bir kez ve kirlendiği zaman değiştirdiğini görmekteyiz. Çalışmamızda iç çamaşırı değiştirme sıklığının yetersiz olduğu saptanmıştır. Çoğunun pamuklu iç çamaşırı kullandıkları halde enfeksiyon gelişme oranının yüksek olması, annelerin çamaşır değiştirme sıklığının yetersiz olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Dar ve sentetik çamaşırların giyilmesi genital enfeksiyon riskini artırırken pamuklu olmayan sıkı iç çamaşırların, perineal havalanmayı önleyerek nemli bir ortam oluşturarak mikroorganizmaların üremesine neden olmaktadır (85)

Enfeksiyon görülen annelerden ilk yedi gün içinde banyo yapanların oranı %33,3'dür. Çalışmamız sonucunda banyo yapan annelerin, banyo sonrası dikiş yerlerinin kuru tutulması ve bakımı hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını görmekteyiz. Yara bölgesinin temiz ve kuru tutulması enfeksiyonun önlenmesi ile direkt ilişkilidir. Doğum sonu dönemde ilk banyonun ne zaman yapıldığı bu açıdan çok önemlidir (83).

Doğumdan sonra ilk günlerde silinerek temizleme ve doğumdan sonra 10. günden itibaren ayakta duş şeklinde banyo yapması konularında bilgi verilmelidir (209)

Annelerin banyo yapma şekillerine baktığımız zaman ise, hem oturarak hemde ayakta banyo yapanların neredeyse 1/3'ünde enfeksiyon görülmüştür. İnsizyonu olan veya epizyotomili annelerin banyo yapma şekilleri de yara iyileşmesini etkileyen faktörler arasındadır (124).

Ayrıca oturmak yara bölgesinin oturulan zemine teması ile yaranın bakteri ve virüs gibi mikroorganizmalarla kontaminasyonuna yani yara bölgesine enfeksiyon taşınmasına neden olabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle banyonun ayakta duş şeklinde olması gerektiğini vurgulamıştır (85).

Durmaz A'nın (183) çalışmasında ayakta duş şeklinde banyo yapmanın annelerin yara iyileşme sürecini kısalttığını ve yara iyileşmesini hızlandırdığını göstermektedir. Özellikle oturarak banyo yapmak; yara bölgesinde ağrı ve ödeme yol açarak iyileşme süresini geciktirmesine rağmen, bizim çalışmamızda böyle bir fark görülmemiştir.

Çalışmamızda kullanılan tuvalet tipinin enfeksiyon oluşumuna olan etkisine baktığımız zaman ise alaturka ve alafranga tuvalet tipinin benzer sonuçlarla enfeksiyona neden olarak yara iyileşmesi üzerine etkili olduğunu görmekteyiz.

Toker'in (83) yaptığı tez çalışmasında, alaturka tipi tuvalet kullanımının yara üzerinde ağrı ve ödeme yol açarak iyileşme süresini uzatacağı ifade edilmektedir. Araştırmamız Toker'in yaptığı çalışmaya benzer sonuçlar göstermektedir.

Çalışmamızda tuvaletten önce ellerini yıkamayan annelerin önemli bir kısmında (%33,3) enfeksiyon geliştiğini görmekteyiz. Doğumu takip eden günler tüm enfeksiyonlar açısından olduğu gibi puerperal enfeksiyonlar açısından da en hassas günlerdir. Bu nedenle lohusalık hijyeninin lohusa bakımında önemli bir yeri vardır. Anne bu dönemde kişilerle olan ilişkilerinde dikkat etmeli özellikle bulaşıcı hastalığı olanlardan sakınmalıdır.

Doğum sonu epizyo/insizyon varlığında ise, dikiş bölgesine dokunulmaması steril ped koymak ve ıslandıkça değiştirmekle yetinilmeli ve kuru yara bakımı tercih edilmelidir. Ped koymadan önce ve sonra eller yıkanmalıdır. Tuvalette anal bölgeden epizyo bölgesine ajan taşınmaması ve çıktıktan sonra ellerin yıkanması anlatılmalıdır ve tavsiye edilmelidir (201).

Çalışmamızda tuvaletten sonra genital bölgeyi yıkayan anneleri incelediğimiz zaman ise bu annelerin 1/3 inde enfeksiyon geliştiği görülmüştür. Doğum sırasında ve doğum sonunda hijyenik ortamın ve uygun tıbbi bakımın annelerin sağlık risklerini azalttığı bilinmektedir. İlk günler taharetlenmede kaynamış su, tuvaletten önce ve sonra el temizliği için dezenfektanlar önerilebilir (201).

Tuvalet sonrası doğru genital bölge temizleme alışkanlığına sahip annelerin %31,8'inde enfeksiyon geliştiği görülmüştür. İyileşme sürecinin inflamasyon ve eksuda oluşumu sırasında yarada bakteri bulunması veya bulaşması enfeksiyona yol açar.

Çalışmamızda annelerin tuvaletten sonra genital temizliği doğru şekilde (önden arkaya doğru) yapamadıkları saptandı. Diğer bir ifadeyle genital temizliğin doğru yapılması yara iyileşmesini hızlandırmaktadır.

Çalışmamızda enfeksiyon görülen annelerin %32,9'u tuvalet temizliğinde su, %23,8'i ise sadece tuvalet kağıdı kullanmaktadır. Bu durumdan tuvalet temizliğinin su veya sadece tuvalet kağıdı ile yapılmasının tek başına enfeksiyona neden olmayacağı sonucunu çıkarabiliriz.

Çalışmamızda enfeksiyon görülen annelerin %31,9'u doğum sonu epizyo/insizyon bakımı hakkında bilgi almadıkları görülmüştür. Bilgi alanların ise %29,8'inde enfeksiyon görülmüştür. Annelerin doğum sonu bakım, özellikle epizyo/insizyon bakımı hakkında bilgilerinin yetersiz olduğu görülmektedir. Araştırmamız sonucunda kadınlara doğum sonu dönemde epizyo/insizyon bakımı hakkında verilen bilginin yetersiz olduğu görülmüştür. Bu durum hastaneden taburcu olurken lohusalara yeterli taburculuk eğitimi verilmediğini ve sağlık ocağında görev yapan ebe/hemşirelerinin doğum sonu izlem ve eğitim konusunda yetersiz olduklarını düşündürmektedir.

Çalışmamızda yetersiz eğitim alan annelerin büyük kısmı aile bireyleri veya çevreden bilgi alma yoluna gittikleri görülmektedir. Sağlık personelinin eğitim alan annelerin %25'inde, çevreden veya aile bireylerinden alan annelerin ise yarısında enfeksiyon gelişmiştir. Çevreden veya aile bireylerinden edinilen yetersiz bilgilerle yara iyileşme sürecinin uzadığı ve enfeksiyon oluştuğunu görmekteyiz.

Çalışmamızda enfeksiyon görülen annelerin pansuman yapma sıklığına baktığımızda günde bir kez yaptıranlarla, hiç yaptırmayanların yaklaşık yarısında enfeksiyon görülürken, iki günde bir kez yaptıranların %75 gibi büyük bir kısmında enfeksiyon gelişmiştir. Çalışmamızda annelerin pansumanı nerede yaptırduklarına baktığımız zaman sağlık kuruluşunda yaptıranların %57,1'inde, evde kendisi yapanların %33,9'unda enfeksiyon görülmüştür.

Yaranın temizlenmesi; inflamatuvar materyalin, ölü dokunun uzaklaştırılması için yapıldığı için irrigasyonun sadece izotonik solüsyon ile yapılmasının yeterli olduğu ifade edilmektedir. Buna gerekçe olarak da; antiseptik solüsyonların fibroblastlara ve epitel hücrelerine sitotoksik ve tahriş edici etki yapacağı ve doku onarımını geciktireceği düşüncesi öne sürülmektedir (205).

Yılmaz (205) ve Toker (83) çalışmalarında epizyotomi bakımında sadece su kullanan annelerde batikon kullananlara göre; daha fazla ekimoz, daha az akıntı ve su, dikişlerde daha fazla açılma olduğunu bildirilmişlerdir.

Bizim çalışmamızda pansuman yapan annelerin hepsi betadin kullandıkları halde, yara bölgesinin kuru ve temiz tutulmamasından dolayı enfeksiyon oranını yükselttiğini düşündürmektedir.

Yarada kızarıklık, damar dilatasyonu, zedelenmiş bölgeye kan akımında artış ve hiperemi nedeniyle kızarıklık oluşabilir. Zedelenmiş bölgede eksudasyonun da eklenmesi ödeme yol açar. Eğer ödem oluşumu esnasında steril olan eksudaya mikroorganizma bulaşırsa yarada akıntı başlar ve enfeksiyon varlığından bahsedilir. Yarada birinci gün ağrı yaşanmasının sebebi doku zedelenmesi sırasında kan akımında artış olması ve eksudanın sinir uçlarına yaptığı basıdır. İnsizyon ve epizyotomi yarası temiz ve doku kaybı minimum olan yaralardır. Yara iyileşmesinin inflamasyon aşamasında (0-4 gün) bakterilerin bulunması ya da birikmesi halinde enfeksiyon gelişmekte ve iyileşmeyi geciktirebilmektedir (83).

Çalışmamızda doğum yapan annelerden tuvaletten sonra epizyo/insizyon bölgesini tuvalet kağıdı ile kurutanların 1/3'ünde, ayrı bez ile kurutanların yarısında, kurulamayanların ise %46,2'sinde enfeksiyon gelişmiştir. Banyo sonrası ise epizyo/insizyon bölgesini kurulayan annelerin %24'ünde, kurulamayan annelerin %62,5'inde enfeksiyon gelişmiştir.

Çalışmamız sonucunda banyo ve tuvaletten sonra yara bölgesinin nemli olması veya bir bezle kurulamanın enfeksiyon riskini artırdığını görmekteyiz. Yara dokusunun kuru olmasının hücre hareketlerine engel olduğunu, aşırı nemli olmasının ise hücreleri yara içinde hareket ettirerek, bakteriler için uygun bir ortam sağlamaktadır (83). Ayrıca ev ortamında bez gibi birden çok kez kullanılan malzemeler enfeksiyon kaynağı oluşturabilir.

Çalışmamız sonucunda enfeksiyon görülen annelerde doğum sonu antibiyotik kullanımına baktığımızda, antibiyotik kullanmayan annelerde kullananlara göre enfeksiyon görülme oranının fazla olduğu dikkat çekicidir. Çalışmamızın uygulandığı sırada annelerin büyük bir kısmının taburculuk sırasında reçete edilen antibiyotikleri genellikle bilgilendirilmedikleri için, bir kısmının da maddi yetersizlik nedeniyle kullanmadıkları gözlenmiştir. Bu durumun özellikle sezaryenle doğum yapan annelerde puerperal enfeksiyon gelişme sıklığını arttırdığı düşünülmektedir.

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Normal doğum ve sezaryen operasyonu olan toplam 104 anne üzerinde yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Araştırmaya katılan annelerde 52 kişi normal doğum, 52 kişi sezaryenle doğum yapmıştır.
2. Doğum yapan bütün annelerin %30,8'inde, normal doğum yapmış annelerin %3,8'inde, sezaryenle doğum yapanların ise %57,7'sinde enfeksiyon görülmüştür.
3. %64,4'ü 29 yaş ve altındadır, enfeksiyon görülen annelerin yaş ortalaması ise  $30.2 \pm 6.2$  dir ve en çok 30 yaş ve üzerinde görülmektedir.
4. Annelerin genel olarak çoğunun eğitim seviyeleri düşüktür. Okur-yazar olmayan annelerin %37,8'inde, eşi okur-yazar olmayan annelerin hepsinde enfeksiyon görülmüştür.
5. Ailelerin %65,4'ünün aylık geliri 1-500 TL arasında olup, gelir durumu kötüdür.
6. Eşi çalışmayan annelerin %71,4'ünde enfeksiyon gelişmiştir.
7. %68,3'ü çekirdek ailede yaşamaktadır. Geniş ailede yaşayanlarda enfeksiyon görülme oranı yüksektir.
8. %11,5', sigara içerken, %11,5'inde sistemik hastalık vardır. Sigara içen annelerin yarısında, sistemik hastalığı olanların ise %40'ında enfeksiyon gelişmiştir.
9. %70,2'sinde gebelik öncesi anemi vardır ve bu annelerin %44,2'si anemi için ilaç kullanmıştır. Gebelikten önce anemisi olanların %26'sında, anemi için ilaç kullananların ise %24'ünde enfeksiyon gelişmiştir.
10. Annelerin %97,1'i gebelikte kontrole gitmiş, bunların %16,8'i ebe/hemşireye ve %83,2'side doktora gitmiştir. Enfeksiyon görülen annelerin hepsi gebelikte kontrole gitmişlerdir. Bunların %34,5'i doktor, %17,6'sı ebe/hemşire tarafından izlenmiştir.
11. %19,2'sini doğumdan sonra evde ebe ziyaret etmiş, bu ziyaretler sırasında epizyo/insizyon bakımı ve hijyen konusunda eğitim vermişlerdir. Enfeksiyon görülen annelerin %31'ine gebelikte bir sağlık personeli tarafından eğitim verilmiştir. Bu eğitimin %55,6'sını gebelikte doğum şekli hakkında bilgi oluşturmaktadır.

12. %54,8'i doğum sonu epizyo/insizyon bakımı hakkında bilgi almış, bunların %77,2'si bir sağlık personeli tarafından verilmiştir.
13. Annelerin %23,4'ü doğum sonu hiç pansuman yaptırmamış, yaptıranların ise %69,1'i kendisi yapmıştır
14. Enfeksiyon görülen annelerin büyük bir kısmı %62,5 doğumdan sonra üçüncü gün taburcu olmuşlardır. Dördüncü gün taburcu olanların ise hepsinde enfeksiyon gelişmiştir
15. Doğumdan sonra ebelerin ziyaret ettiği annelerin %20'sinde enfeksiyon gelişmiş ve hepsine epizyo/insizyon bakımı hakkında bilgi verilmiştir.
16. Doğumdan sonra kanama takibi için ped veya bez kullananlarda enfeksiyon gelişim oranları aynıdır.
17. İç çamaşırını günde bir kez ve kirlendiği zaman değiştiren annelerin 1/3'ünde enfeksiyon geliştiği ve annelerin genelde pamuklu iç çamaşırını tercih ettiği görülmüştür.
18. Doğumdan sonra ilk yedi gün içerisinde banyo yapanların %29,4'ünde enfeksiyon gelişmiştir. Bu annelerin çoğu ayakta duş şeklinde banyo yapmayı tercih etmektedirler.
19. Alaturka tuvalet kullananlarda enfeksiyon daha fazla görülmektedir.
20. Tuvalete girmeden önce ellerini yıkamayan ve tuvaletten sonra ise genital bölgelerini yıkayan annelerde enfeksiyon görülme oranı daha yüksektir. Tuvalet temizliğinde su kullananlarda enfeksiyon görülme oranı yüksektir.
21. Annelerin çoğu genital bölgeyi doğru temizleme alışkanlığına sahip değildir. Genelde arkadan öne veya rastgele yapan annelerde enfeksiyon görülme oranı yüksektir.
22. Annelerin %29,8'i epizyo/insizyon bakımı hakkında bilgi almış, ancak bu bilgiyi annelerin ¼'ü bir sağlık personelinden alabilmiştir.
23. İki günde bir pansuman yaptıranların %75'inde, yaptırmayanların ise yarısında enfeksiyon gelişmiştir. Enfeksiyon görülen annelerden pansuman yaptıranların büyük kısmı evde kendisi yapmaktadır.
24. Tuvaletten sonra epizyo/insizyon bölgesini tuvalet kağıdı ile kurulayan ve hiç kurulamayanların neredeyse yarısında enfeksiyon gelişmiştir.
25. Antibiyotik kullanmayan annelerde (%35,6) enfeksiyon daha fazla görülmüştür.

26. %28,8'inde doğum sonu şikayetler olmuş, bu annelerin %56,7'si bu şikayetlerden dolayı bir sağlık kuruluşuna başvurmuştur ve hepsine puerperal enfeksiyon teşhisi konulmuştur.

## **6.2. Öneriler:**

Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

1. Sezaryen doğum yapan annelerin normal doğum yapanlara göre daha ileri yaşta olduklarından, annelerin doğum şeklini seçme kriterleri belirlenmeli ve annelere doğum şekilleri konusunda eğitim yapılmalı.
2. Kadınların ve erkeklerin eğitim düzeyleri artırılmalı.
3. Gebe ve lohusalara ev ziyaretleri sırasında sigaranın kendisine ve bebeğine olan zararları anlatılmalı.
4. Anemi şikâyeti olan gebe ve lohusaların tedavi ve bakımlarının sürdürülmesi sağlanmalı.
5. Kadınlarda hijyen konusunda sağlık bilinci geliştirilmeli.
6. Ebelerin sezaryenle doğum yapanlara öncelikli olarak ve daha sık izlemeleri sağlanmalı.
7. Taburculuk eğitiminde doğum sonu enfeksiyon önlenmesi ve belirtileri gibi konulara yer verilmeli.
8. Doğum sonu hastanelerde ve ev ziyaretlerinde ebe/hemşireler tarafından lohusa bakımı, insizyon/epizyo yarasının iyileştirilmesi, antisepsi kural ve teknikleri anlatılmalı.
9. Doğum sonu enfeksiyon belirtileri, hastane çalışanları ve sağlık ocağı çalışanları tarafından lohusa ve yakınlarına anlatılmalı.
10. Ebelerin ev ziyareti sıklıkları artırılmalı.
11. Sağlık personeline doğum öncesi, doğum ve doğum sonu bakımın önemi konusunda hizmet içi eğitim verilmeli.
12. Standart Puerperal Enfeksiyon Değerlendirme Formu oluşturulmalı ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılmalı.



## 7. KAYNAKLAR

1. **Akın A.** Türkiye de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 ileri analiz sonuçları, Hacettepe Üniversitesi, Türkiye aile sağlığı ve planlaması vakfı, UNFPA, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayını, **2002**.
2. United Nations. The World's Women 2000 Trends and Statistics, Social Statistics and Indicators Series K 16, **2000**.
3. *"Türkiyede Toplumsal Cinsiyet Kadın ve Sağlık"* . Türk Tabipleri Birliği, Kadın Hekimlik ve kadın Sağlığı Kolu Raporu.  
Erişim: <http://www.ttb.org.tr/en/index.php/tuem-haberler-blog/44-yeni-raporlar/945-qtuerkiyede-toplumsal-cinsiyet-kadn-ve-salkq-rapor?fontstyle=f-default> Erişim Tarihi: 13.01.2009.
4. **Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PFA.** WHO analysis of causes of maternal death: A systematic review. Lancet **2006**; 367: 1066–74.
5. **WHO.** Skilled attendant at birth—2006 updates. Geneva: World Health Organization, **2006** [http://www.who.int/reproductivehealth/global\\_monitoring/skilled\\_attendant.html](http://www.who.int/reproductivehealth/global_monitoring/skilled_attendant.html) Erişim tarihi: 02.01.2009
6. *"World Health Organization. Reduction of Maternal Mortality"*, **2000**  
[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/reduction\\_of\\_maternal\\_mortality/reduction\\_maternal\\_mortality\\_](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/reduction_of_maternal_mortality/reduction_maternal_mortality_) Erişim Tarihi: 02.01.2009.
7. Türkiye'de hastane kayıtlarından anne ölümleri ve nedenlerinin araştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı, AÇSAP Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, DSÖ, UNFPA, Ankara, **2000**.
8. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdleri Enstitüsü", ICONINSTITUT Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık (2006) Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, **2005**. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara.
9. <http://www.saglik.gov.tr/tsim>  
Erişim tarihi:07.09.2009.
10. **Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PFA.** WHO analysis of causes of maternal death: A systematic review. Lancet **2006**; 367: 1066–74.
11. **AbouZahr C, Royston E.** Maternal mortality: A Global fact book, World Health Organization, Geneva, **1991**.
12. **Coşkun G.** Doğum Sonu Bakımın Anneler Tarafından Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, TC Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim dalı, Mersin , **2003**.
13. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, **2003**.  
<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/analizrapor.htm>. Erişim Tarihi: 02.01.2009

14. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması . Ankara: **2008**.
15. Dünya Sağlık Örgütü (1998) Dünya Sağlık Raporu 1998, 21. Yüzyılda Yaşam Herkes İçin Bir Vizyon, Çev. Editörleri Metin B, Akın A, Güngör İ. Ankara, Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Başkanlığı.
16. “Türkiye’de Birinci Basmak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz”: 2000-2004 Türkiye Fotoğrafi Birinci Baskı, Türk Tabipleri Birliği Yayınlar Aralık **2007**, Ankara.
17. **Decherney HA, Nathan L.** The Normal Puerperium, Current Obstetrik & Gynecologic Diagnosis & Treatment, Newyork USA: ninth edition, **2003**.
18. **Berksaç S, Demir N, Koç A, Yüksel A.** Obstetrik Maternal-fetal Tıp& Perinatoloji, MN Medikal & Nobel, **2001**, S:1365-1372.
19. T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Hıfzıssıhha Okulu Tıbbi Eğitim Teknolojisi Merkezi Projesi. Ana Sağlığı ve Aile Planlaması El Kitabı. Ankara, **1982**, 93–105.
20. **Akın A, Alkan C, Ergin A, Balkan EG, Üstünoğlu N, Somyürek İ ve ark.** Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Programları için Bilgi-Eğitim- **1997**; 119-149.
21. **Ergin F, Başar P, Karahasanoğlu B, Beşer E,** Güvenli Olmayan Doğumlar ve Doğum Sonrası Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2005**: 4 (6).
22. **Deborah S. Yokoe, Cindy L. Christiansen, Ruth Johnson, Kenneth E. Sands, James Livingston, Ernest S. Shtatland and Richard Platt.** Epidemiology of and Surveillance for Postpartum Infections, Vol. 7, No. 5, September-October **2001**: 7: 837-84.
23. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Ankara: **1998**.
24. **Starling CE, Cutto BR, Pinheiro SM.** Applying the Centers for Disease Control and Prevention and National Nosocomial Surveillancesystem methods in Brazilian hospitals. *Am J Infect Control* **1997**; 25:303–11.
25. **Sontran T, Jamultrat S, Chongsuvivatwong V, Geater A.** Factors for Postcesarean Surgical Site infection, VOL. 95, NO. 3, MARCH **2000**.
26. **Stephen T, Lamoutte C, Soper D, Verdeja A;** *Obstet Gynecol* **2000**; 95:923-6.
27. **Eltahawy AT, Mokhtar AA, Khalar RMF, Bahnassy AA.** Postoperativewound infection at a university hospital in Jeddah, SaudiArabia. *J Hosp Infect* **1992**; 21:79–83.
28. **Dokuzoğuz B.** Cerrahi alan infeksiyonlarında mikrobiyoloji ve epidemiyoloji. *Hastane İnfeksiyon Derg* **2001**; 5: 84-7.
29. **Aksu G, Dilbaz B, Köse F, Uçer N, Cabat SK, Haberal A.** SSK Ankara Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi'nde görülen hastane infeksiyonları. *Hastane İnfeksiyon Dergisi*, **2004**; 8 (Suppl 2): 38.
30. **Pernoll M.** Çağdaş Obstetrik & Jinekolojik Teşhis & Tedavi, Cilt I, Barış Kitabevi, **1994**, S:713-740

31. **Demirkıran F.** Maternal Morbidite ve Mortalite Olarak Enfeksiyonlar ve Sepsis, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Maternal Mortalite ve Morbidite Sempozyumu 23 Haziran 1999, İstanbul, s. 45-55.
32. **Chin GA, Diegelmann RF, Schultz GS.** Cellular and Molecular Regulation of Wound Healing. *Wound Healing*. 1<sup>st</sup>. Ed. United States of America: Taylor&Francis Group, 2005.
33. **Nichols RL.** Preventing surgical site infections. *Clin Med Res* 2004; 2: 115-8.
34. **Acar A, Öncül O.** Cerrahi Alan İnfeksiyonları, *Klimik Dergisi*, Cilt 20, Sayı: 2, 2007, s:35-46.
35. **Dölen İ, Gökçü M.** Sezaryen ve Etik. *Kadın Doğum Dergisi* 2002, 1(2):86-89.
36. **Fincancı M, Soysal F, Demirkıran N, Destanoğlu Ö, Kosova N.** Üroloji Kliniğinde nozokomiyal cerrahi alan ve üriner sistem enfeksiyonları için uzun süreli sürveyans. *Klimik Derg* 2003; 16(Suppl): 330.
37. **Api M, Görgeç H.** Obstetrik ve Jinekolojik İnfeksiyonlar. Nobel Tıp Kitapevii, 2008.
38. **Erez S.** Danforth Obstetrik ve Jinekoloji. Yüce Yayıncılık, 1992, S:163-173.
39. **Sweet RL, Ledger WJ:** Puerperal infections morbidity. *Am J Obstet Gynecol*, 1973, 117:1093-1100.
40. **Noyes N, Berkeley AS, Freedman K, Ledger W.** Incidence of postpartum endomyometritis following single-dose antibiotic prophylaxis with either ampicillin/sulbactam, cefazolin, or cefotetan in high-risk cesareansection patients. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 1998; 6(5):220-3.
41. **Newton ER, Prihoda T, Gibbs RS.** Clinical and microbiological Analysis of risk factors for puerperal endometritis, *Obstet Gynecol* 1990; 75:402.
42. **Salomon O, Apter S, Shaham D,** et al. Risk factors associated with postpartum ovarian vein thrombosis. *Thromb Haemost* 1999; 82(3): 1015-9.
43. **Dunnihoo DR, Gallaspy JW, Wise RB, Otterson WN.** Postpartum ovarian vein thrombosis: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1991; 46: 415-27.
44. **Toland KC, Pelander WM, Mohr SJ.** Postpartum ovarian vein thrombosis presenting as ureteral obstruction: a case report and review of the literature. *J Urol* 1993;149(6): 1538-40.
45. **Kubik-Huch RA, Hebisch G, Huch R,** et al. Role of duplex colour Doppler ultrasound, computed tomography and MR angiography in the diagnosis of septic puerperal ovarian vein thrombosis. *Abdom Imaging* 1999; 24(1):85-91.
46. **Simons GR, Piwnica-Worms DR, Goldhaber SZ.** Ovarian vein thrombosis. *Am Heart J* 1993; 126(3 Pt1): 641-7.
47. **Asena U.** Kadın Hastalıkları ve Doğum, Nobel Tıp Kitapevi, 4.baskı, 1998, S:14-17.
48. **Beck W.** Kadın Doğum, 2.Baskı, Saray Tıp Kitapevii, 1992, S:13-23.
49. **Lowdermik LP, Perryn SE.** Postpartum complications, maternity & women 's healty care, eight edition, USA: mosby, 2004.

50. **Bayçu T.** Patolojik Obstetrik, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları*, sayı:285, S:215-222
51. **Nystrom PO, Jonstam A, Hojer G, Ling L.** Incisional infection after colorectal surgery in obese patients *Acta Chir Scand* **1987**; 153: 225-227.
52. **Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LJ, Jarvis WR.** Guideline for prevention of surgical site infection, **1999**. *AJIC* 1999; 27:97-134.
53. **Bryan AJ, Lamarra M, Angelini GD, West RR, Breckenridge IM.** Median sternotomy wound dehiscence: a retrospective case control study of risk factors and outcome. *J R Coll Surg Edinb* **1992**; 37:305-8.
54. **Jones JK, Triplett RG.** The relationship of cigarette smoking to impaired intraoral wound healing: a review of evidence and implications for patient care. *J Oral Maxillofac Surg* **1992**; 50:237-40
55. **Lambrou N, Morse A, Wallach E.** Johns Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı, Atlas Kitapçılık, **2000**, S:21-35, 55-60.
56. **Hillier SL, Nugent RP, Klebanoff MA, et al:** Association between bacterial vaginosis and preterm delivery of a low birthweight infant. *N Engl J Med.***1995**; 333: 1737.
57. **MacDonald PC, Casey ML:** *Preterm birth*. *Sci Am.* **1996**; 3: 42.
58. **Essenbach D:** Amniotic fluid infection is a fetal infection. *Prenat Neonat Med.* **1998**; 3: 76.
59. **Ata B.** Jinekoloji ve Obstetrik Sırları, Nobel Tıp Kitapevi, **2001**, S:310-313.
60. **Tunalı A.** Kan Hastalıkları. İç Hastalıkları, Bursa: Güneş Kitapevi **1990**; 7:699–716.
61. **Kaleli B, Yıldırım B.** Gebelik ve Hematolojik Hastalıklar Obstetrik; Maternal-Fetal tıp ve perinatoloji. Ankara: Medikal Network, **2001**; 682–696.
62. **Rush D.** Nutrition and maternal mortality in the developing world. *Am J Clin Nutr* **2000**; 72(suppl): 212S-4.
63. **Allen HL.** Anemia and iron deficiency; effects on pregnancy outcome. *Am J Clin Nutr* **2000**; 71(suppl): 1280S-4S.
64. **Güner H.** Jinekolojik ve Obstetrikal cerrahi, Güneş kitapevi, **2005**.
65. **Uitto J, Prockop DJ;** Synthesis and secretion of underhydroxylated procollagen at various temperatures by cells subject to temporary anoxia. *Biochem Biophys Res Commun* **1974**; 60:414.
66. **Allen HL.** Biological mechanisms that might under lie iron's effects on fetal growth and preterm birth. *J Nutr* **2001**; 131: 581S-589S.
67. **Rock JA, Jones HW.** *Te Linde' s Operative Gynecology*. 9<sup>th</sup>. Ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, **2003**: 838-843.
68. **Walsh LV.** *Midwifery Community-Based Care During the Childbearing Year*. 6<sup>th</sup>. Ed. Philadelphia: WB Saunders Company, **2001**.

- 69. Otoide VO, Ogbonmwan SM, Okonofua FE.** Episiotomy in Nigeria. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, **2000**; 68:13-17.
- 70. Althabe F, Belizan JM, Bergel E.** Episiotomy Rates in Primiparous Women in Latin America: Hospital Based Descriptive Study. *British Medical Journal (Electronic Journal)*, **2002**; 324: 945-946.
- 71. Goldman JC, Robinson JN.** The Role of Episiotomy in Current Obstetric. *Seminars in Perinatology (Electronic Journal)*, **2003**; 27 (1): 3-12.  
Erişim: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12641298>
- 72. Kurtuldu İ.** Epizyotomi İnsizyonunun İyileşmesinde Termik Ajanların Etkinliği. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **1988**.
- 73. Howden NL, Weber AM, Meyn LA.** Episiotomy Use Among Residents and Faculty Compared With Private Practitioners. *American Collage of Obstetricians and Gynecologists(Electronic Journal)*, **2004**; 103 (1): 114-118.
- 74. Karaçam Z.** Normal Doğumlarda Yapılan Epizyotominin Yenidoğanın Apgar Skoruna Etkisi. *Hemşirelik Formu*, **2002**; 5 (2): 11-16.
- 75. Pritchard JA, MacDonald PC, Gant NF.** *Williams Obstetrics*. 17. Baskı, Ankara: Güneş Kitapevi, **1989**; 435-439
- 76. Önderoğlu LS.** Epizyotomi ve Doğum Kanalının Laserasyonları. *Williams Doğum Bilgisi El Kitabı*, 21. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, **2004**: 138-141.
- 77. Kentucky Christian University School of Nursing.** Nursing Care of Women and Childbearing Families. 6<sup>th</sup>. Ed. London: Prentice Hall, **2005**: 3-5.
- 78. Raham L.** CDC Releases Guidelines on İmproving Preconception Health Care. *American Family Physician (Electronic Journal)*, **2006**; 74 (11): 1967-1976.  
Erişim: <http://www.aafp.org/afp/20061201/practice.html>
- 79. Kalis V, Stepan J, Horak M, A Roztocil, Kralickova M, Rokyta Z.** Definitions of Mediolateral Episiotomy in Europe. *International Journal of Gynecology & Obstetrics (Electronic Journal)*, **2008**; 100(2):188-189. Erişim: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17920602>
- 80. Kelekci S, Savan K, Yaşar L, Sönmez S, şahin L, şentürk A.** Epizyotomi Tamirinin Plasenta Çıkışından Önce veya Sonra Yapılmasının Peripartum Kan Kaybına Etkisi. *Perinatoloji Dergisi*. **2002**; 10 (4): 331-336.
- 81. Alaycı G.** Genel Cerrahi. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, **2002**.
- 82. Shermer RB, Raines DA.** Positioning During the Second Stage of Labor: Moving Back to Basics. *JOGNN*, **1997**; 26 (6): 727-734.
- 83. Toker Z.** Epizyotomi Bakımında Kullanılan İki Farklı Yöntemin Yara İyileşme Sürecine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2004**.
- 84. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 2001 tarihli "Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge"**  
<http://www.saglik.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF7A2395174CFB32E12355FA44949AC48E>. Erişim Tarihi: 02.01.2009

- 85. Ege E.** Genital Hijyen Davranışları Envanterinin Geliştirilmesi Ve Verilen Eğitimin Genital Hijyen Davranışlarına Etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, **2005**.
- 86. Taşkın L.** Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 8. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, **2007**: 368.
- 87. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ** : Cesarean Section and Postpartum Hysterectomy In:Williams Obstetrics 21st Ed **2001**, p:537-65.
- 88. De Cherney AH, Nathan L.** Caseraen Section In:Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and treatment, 9th Ed. **2002**, p:518-529.
- 89. Gilstrap LC, Cunningham FG, Vandersten PJ.** Cesarean Delivery In:Operative Obstetrics 2nd Ed. Appleton and Lange, **2002**, p:257-73.
- 90. Gabbe SG, Niebyl RJ, Simpson JL:** Cesarean Delivery In:Obstetrics Normal and Problem Pregnancies 4th Ed, **2002** p:539- 06.
- 91. Dölen İ, Özdeğirmenci Ö.** Optimal sezaryen hızı ne olmalıdır? Türkiye'de ve Dünyada güncel nedir? *TJOD Dergisi* **2004**;7:113-117.
- 92.** “The American College of Obstetricians and Gynecologist” (ACOG)’in sezaryen doğum hızları üzerinde çalışan özel hizmet birimi (**2000**).
- 93. Druzin ML, El-Sayed YY.** Cesarean delivery on maternal request:wise use of Semin Perinatol. **2006** Oct; 30(5): 305
- 94. Paul RH, Miller DA.** Cesarean Birth; How to reduce to rate? Am J Obstet Gynecol **1995**; Jun; 172(6): 1903-1907
- 95. Lydon-Rochella MT et al.** Repeat cesarean delivery: What indications are recorded inthe medical chart? Birth. **2006** Mar; 33(1):4-11.).
- 96. Kumtepe Y ve ark.** 2000 yılına kadar son 10 yılda kliniğimizde doğumu gerçekleştirilen hastaların epidemiyolojik incelemesi ve maternal mortalite oranları, *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 18: 89-96, **2004**.
- 97. Yumru E ve arkadaşları.** 1995-1999 yılları arasında sezaryen operasyonu endikasyonları ve oranları, *Perinatoloji dergisi* **2000**; 8(3):0.
- 98. Dayan A.** Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde sezaryen insidansı ve endikasyonlarının değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi **1999**.
- 99. Kara F.Ş.** Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde iki yıllık sürede sezaryen doğumların değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi **2004**.
- 100. Yılmaz M ve arkadaşları.** Kliniğimizde 2001–2005 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları, *TJOD Dergisi* **2006**; 3(4):249–254.
- 101. Lieberman E, Lang JM, Cohen AP:** The association of fetal sex with the rate of cesarean section. Am J Obstet Gynecol **1997**, 176:667-71.
- 102. Convey DL et al:** Elective delivery of infants with macrosomia in diabetic women: Reduced shoulder dystocia versus increased cesarean deliveries. Am J Obstet Gynecol, **1998** 178:922-5.

- 103. Bhattacharya S** et al. Effect of body mass index on pregnancy outcomes in nulliparous women delivering singleton babies. *BMC Public Health*. **2007** Jul 24;7:168.
- 104.** “Global and regional estimates of incidence of mortality due to unfase abortion”. **WHO Report 2002.**
- 105. Hall M, Bewley S.** Maternal Mortality and mode of delivery. *Lancet* **1999**; 354:776.
- 106. Parilla BV** et al. Iatrogenic Respiratory Distress Syndrome Following Elective repeat Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol*, **1993**;81(3):392–3.
- 107. Şahin N, Akı S, Müslümanoğlu L.** Yenidoğan Brakial Pleksus Palsisi, *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* **2006**; 52:174–80  
Erişim: <http://www.ftrdergisi.com/eng/sayilar/52/174-180.pdf> Erişim Tarihi: 07.01.2009
- 108. Gamble JA, Creedy DK.** Women’s request for a caesarean section: A critique of the literature. *Birth* **2000.**; 27-4:256-263.
- 109. Tranquilli AL, Garzetti GG.** A new ethical and clinical dilemma in obstetric practice; caesarean section “on maternal request “ *American Journal of Obstetrics and Gynecology* **1997**: 177: 245-246.
- 110. Enkin M, Keirse M, Renfrew M, Neilson J.** A guide to effective care in pregnancy and childbirth, 2nd edition, Oxford: Oxford University Pres, **1995.**
- 111. Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M.** İnfeksiyon Hastalıkları, Nobel Tıp Kitapevi, **1996.**
- 112. Sayek İ, Çoker A, Sökmen S.** Cerrahi İnfeksiyon, Güneş Kitapevi, **2001.**
- 113. Onul M:** İnfeksiyonların Genel Semptomları , Sistemik İnfeksiyon Hastalıkları. Hacettepe Taş Yayınları, Ankara, **1983**:51
- 114. Atasü T, Şahmay S.** Jinekoloji, Yenilenmiş ve Genişletilmiş 2.Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, **2001**, S:749–764.
- 115. Ersöz N, Özerhan İH, Zor F.** Birinci Basamakta Yara Bakımı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2008**; 7 (1): 71-74.
- 116. Sayek İ.** Temel cerrahi, 2nd ed. "Yara iyileşmesi", s:185-196.
- 117. Yalçın H, Özkalp B.** Vücut Hijyeninin Önemi ve Yara Bakımında Yeni Gelişmeler. 4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon, Samsun, **2005**: 287-308.
- 118. Erdil F, Özhan Elbaş N.** Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. 3. Baskı, Ankara: 72 Tasarım-Ofset, **1999**: 77–83.
- 119.** “İltihap ve İyileşme”. Erişim: <http://www.aof.anadolu.edu.tr/kitap/EHSM/1215/unite03.pdf> Erişim Tarihi: 13.01.2009
- 120. Aydın A.** Perfore Apendisitlerde Primer Kapama Ve Geciktirilmiş Primer Kapamanın Yara Enfeksiyonuna Etkileri. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, **2005.**

- 121. Kalay G.** Genel Cerrahi, İstanbul Tıp fakültesi temel ve klinik bilimler ders kitapları, Cilt-1,Nobel kitapevi, **2002**, S:51-59.
- 122. Baykal** Travmaya Cevap. Erişim: <http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ichastaliklari/files/kitaplar/72.pdf>. Erişim Tarihi:12.01.2009.
- 123. Erbil Y.** Yara İyileşmesi. *Genel Cerrahi*. 1. Baskı, İstanbul: Nobel Kitabevi, **2002**: 51.
- 124. Kaya E.** Yara İyileşmesi. *Travma*.1. Baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, **2005**: 488.
- 125. Chin GA, Diegelmann RF, Schultz GS.** Cellular and Molecular Regulation of Wound Healing. *Wound Healing*. 1<sup>st</sup>. Ed. United States of America: Taylor&Francis Group, **2005**.
- 126.** “Major Abdominal Cerrahi Geçiren Hastalarda Preoperatif Nutrisyonel Değerlendirme”: İleri Yaş Radikal Cerrahiye Engel Midir. *Turkish Journal of Geriatrics*, **2003**; 6 (4): 128-134.
- 127. Nursal TZ, Baykal A, Hamaloğlu E.** Yaşlılarda Yara İyileşmesi: Fark Var mı? *Geriatric Dergisi*, **1999**; 2 (1): 29-32.
- 128. Arnold F,Mest D, Kumer S:** Wound healing; The effect of macrophage and Tumor Derived angiogenesis factors on skin greft vascularization. *Brith J Exp Pathol*, **1987**;68: 569.
- 129. Bucklen A,Davidon JM.** Kamerolh CD, Woodwoid SC: Epidermal Growth factorincreases granulation tissue formation dose dependently. -*J Surg Res*, **1982**; 43; 322.
- 130. Greenhalgh DG, Gamelli RL:** Wound healing caused by infections or nutritionel depletion. *Surgery*, **1987**;102;300.
- 131. Özdemir F, Rodoplu M, Oymak F, Süt N.** Biyokimyasal Değerlere Göre Bası Yaralarına Uygulanan Lineer Polarize Polikromatik Işık Tedavisinin Etkinliği. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*. Erişim: <http://www.ftrdergisi.com/yazilar.asp?yaziid=511&sayiid=56>. Erişim Tarihi: 31.07.2008
- 132. Jones JK, Triplett RG.** The relationship of cigarette smoking to impaired intraoral wound healing: a review of evidence and implications for patient care. *J Oral Maxillofac Surg* **1992**; 50:237-40.
- 133. Parsak CK, Sakman G, Çelik Ü.** Yara İyileşmesi, Yara Bakımı ve Komplikasyonları. *Arşiv*, **2007**; 16: 145-160.
- 134. Eryılmaz M, Pekcan M, Kozak O, Güleç B, Özet A, Günhan Ö.** İki Droglu Kemoterapi Protokolünün Perioperatif Dönemde Yara İyileşmesine Etkisi. *Gülhane Tıp Dergisi*, **1999**; 41 (3): 261-266.
- 135. Bilhan H, Arat S, Kutay Ö.** Sigara Dumanının Diş İmplantları Üzerine Etkileri: Güncel Yaklaşım ve Düşünceler. *Türk Diş Hekimleri Birliği Dergisi*, **2005**; 18: 58-65.
- 136. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, Silver LJ, Jarvis WR.** Guideline for prevention of surgical siteinfection,1999. *AJIC* **1999**; 27:97-134.
- 137. Bryan AJ, Lamarra M, Angelini GD, West RR, Breckenridge IM.** Median sternotomy wound dehiscence: a retrospective case control study of risk factors and outcome. *J R Coll Surg Edinb* **1992**; 37:305-8.
- 138. Jones JK, Triplett RG.** The relationship of cigarette smoking to impaired intraoral wound healing: a review of evidence and implications for patient care. *J Oral Maxillofac Surg* **1992**; 50:237-40



- 139. Uitto J, Prockop DJ;** Synthesis and secretion of underhydroxylated procollagen at various temperatures by cells subject to temporary anoxia. *Biochem Biophys Res Commun* **1974;** 60:414.
- 140. Saral Y.** Sekonder Yara İyileşmesinde Bal ve Kollajenin Etkilerinin Karşılaştırmalı İncelenmesi. Uzmanlık Tezi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ, **1995.**
- 141. Greenhalgh DG, Gamelli RL:** Wound healing caused by infections or nutritional depletion. *Surgery*, **1987;**102;300.
- 142.** “Türkiye Aile sağlığı ve Planlaması (TAP) Vakfı Yerel Yönetimler Aracılığı ile Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Yaygınlaştırılması Projesi” (DELTUR/90886-04) Eğitici Hemşireler İçin Eğitim Rehberi Eylül **2006.**
- 143. Erdil F, Özhan Elbaş N.** Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. 3. Baskı, Ankara: 72 Tasarım-Ofset, **1999:** 77-83.
- 144. Ulutak N,** Cerrahi Hastalıklar, TC Anadolu Üniversitesi Yayınları, No:712, Eskişehir, Kasım **1998**
- 145. Horan TC, Gaynes RP, Martone WJ, Jarvis WR, Emori TG.** CDC definitions of nosocomial surgical site infections, 1992: A modification of CDC definitions of surgical wound infections. *Infect Control Hosp Epidemiol.* **1992;** 13:606.
- 146.** Cinsel Sağlık/ Üreme Sağlığı ;Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ankara, **2005.**
- 147. Singhal H.** Wound Infection. **2006** Erişim:<http://www.emedicine.com/med/topic2422.htm> Erişim Tarihi:13.01.2009
- 148. Güven HZ.** Sezaryen Olgularında Antibiyotik profilaksisinin preoperatif veya kord klemptinden sonra uygulanmasının enfeksiyöz morbidite açısından karşılaştırılması, TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Doğumevi kadın ve Çocuk hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, **2007.**
- 149. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML.** Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *Infect Control Hosp Epidemiol* **1999;** 20:250-78.
- 150. Sökücü N.** Cerrahi kliniklerde hastane enfeksiyonları. *Kükem Dergisi* 8:12,**1985.**
- 151.** Unicef (2001) Dünya Çocuklarının Durumu **2001,** Ankara, Unicef Türkiye Temsilciliği.
- 152. Albers LL,** Health problems after childbirth, *J.Midwifery&Womens Health*, **2000,** 45 (1): 55-57.
- 153. Lieu T A, Braveman P A, Escobar G J et al:** A randomized comparison of home and clinic follow-up visits after early postpartum hospital discharge, *Pediatrics*, **2000,** 105 (5):1058-1065.
- 154.** Sağlık Bakanlığı, Çocuk Sağlığı El Kitabı, 7. Baskı, **1997,** Ankara, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü.
- 155. Reeder S, Martin LL, Koniak-Griffin D, Koniak-Griffin D.** Maternity Nursing, Eighteenth Edition, Philadelphia, Lippincot Company, **1997,** s. 636-690.
- 156. Phillips CR.** Family-Centered Maternity and Newborn Care, 4nd Edition, St. Louis Missouri Mosby Year Book, **1996.**

- 157. Shewen LN, Scoloveno MA, Weingarten CT**, Nursing care of the childbearing family, Norwalk, Appleton-Longe, **1995**, s.1132-1137.
- 158. Gorrie TM, McKinney ES, Murray SS**. Foundations of Maternal-Newborn Nursing, Second Edition, W. B. Saunders Company, **1998**, Philadelphia, s.12-13, 458-459.
- 159. Bobak IM, Jensen MD**. Maternity and Gynecologic Care, Fifth Edition, St. Louis, The Mosby-Year Book, 1993, s.672-767.
- 160. Bick D, MacArthur C**. Identifying morbidity in postpartum women, Mod Midwife, 1994, 4 (12):10-13.
- 161. Fichardt AE, Van Wyk NC, Weich M**, The needs of postpartum women, Curationis, 1994, 17 (1): 15-21.
- 162. Twaddle S, Liao X H, Fyvie H**, An evaluation of postnatal care individualised to the needs of the women, Midwifery, 1993, 9 (3): 154-160.
- 163. Balkaya NA**, Postpartum Dönemde Annelerin Bakım Gereksinimleri ve Ebe-Hemşirenin Rolü, C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, **2002**, 6 (2).
- 164. Ladfors L, Eriksson M, Mattsson L A et al**, A population based study of Swedish women's opinions about antenatal, delivery and postpartum care, Acta Obstet Gynecol Scand, 2001, 80(2):130-6.
- 165. Barkauskas V H**, Effectiveness of public health nurse home visits to primiparous mothers and their infants, AJPH, 1983, 73(5): 573- 580.
- 166. Ruchala PL**, Teaching new mothers: priorities of nurses and postpartum women", JOGNN, 2000, 29 (3): 265-273.
- 167. Ransjo-Arvidson AB, Chintu K, Ng'andu N et al**. Maternal and infant health problems after normal childbirth: a randomised controlled study in Zambia, J Epidemiol Community Health, **1998**, 52 (6): 385-3.
- 168. Darj E, Stalnacke B**. Very early discharge from hospital after normal deliveries, Ups J Med Sci, **2000**, 105 (1): 57-66
- 169. Jones P M**, Patient satisfaction with home care after early postpartum hospital discharge", Home Care Provid, **1997**, 2 (5):235-241
- 170. Malnory M**, Mother-infant home care drives quality in a managed care environment, J Nursing Care Quality, **1997**, 11 (4): 9-26.
- 171. Brown SG, Johnson BT**, Enhancing early discharge with home follow-up: a pilot project, JOGNN, **1998**, 27 (1): 33-38.
- 172. Bektaş E**. Hastanemiz gebe polikliniğine başvuran gebelerde normal doğum ve sezaryen tercih ve nedenleri ile ilgili anket çalışması, Uzmanlık tezi, İstanbul – **2008**.
- 173. Bedük, Aykut (2005)**. "Türkiye'de Çalışan Kadın ve Kadın Girişimciliği", Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt:3, Sayı:12.

174. **Bettes BA, Coleman VH, Zinberg S, Spong CY, Portnoy B, Devoto E, Schulkin J:** Cesarean delivery on maternal request. *Obstetric Gynecol* **2007**;109; 57-66.
175. **Yasar Ö, Sahin FK, Cosar E, Cevrioğlu AS:** Primipar Kadınların Doğum Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. *J Gynecol Obstet* **2007**;17:414-420.
176. **Chong E.S.Y, Mongelli M:** Attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal deliveries. *Journal of Gynecology and Obstetrics* 80:(**2003**): 189-194.
177. **Penna L, Arulkumaran S:** Cesarean section for non-medical reasons. *Journal of Gynecology and Obstetrics* 82: (**2003**): 399-409.
178. **Belizan JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S:** Rates and implications of caesarean sections in latin america. *Br. Med. J.* **1999**; 319:1397-1400.
179. **Hopkins K:** Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean. *Soc Sci Med.* **2000** Sep; 51(5): 725-40
180. **Duman Z, Köken GN, Sahin FK, Cosar E, Arıöz DT, Aral İ:** Sağlık çalışanlarının normal doğum ve sezaryen ile ilgili düşünceleri. *Perinatoloji dergisi* **2007**; 15(1): 7-11.
181. [http://www.mtso.org.tr/jrindex.php?option=com\\_content&view=article&id=642007-ekonomik-rapor&catid=36raporlar&Itemid=79](http://www.mtso.org.tr/jrindex.php?option=com_content&view=article&id=642007-ekonomik-rapor&catid=36raporlar&Itemid=79) Erişim tarihi: 23.09.2009
182. **Okan Yaşar:** *Türkiye’de kadın eğitimi, kadınlara ait diğer göstergeler ve Çanakkale ili örneği*, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi ISSN: 1303-5134, Cilt: 4 Sayı: 1 Yıl: 2007
183. **Durmaz A,** Kütahya İli Devlet Hastanelerinde Doğum Sırasında Epizyotomi Açılan Kadınlarda Yara İyileşmesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, Yüksek İsans tezi, TC Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim dalı, Mersin , **2008**.
184. **Yurdakul M, Işık T, Eker A.** Mersin İli Mezitli Beldesinde Yaşayan Gebelerde Sigara İçme Durumunun Değerlendirilmesi. *Hemşirelik Formu, Eylül-Aralık* **2005**:12-16.
185. **İrge E, Timur S, Zincir H, Oltuluoğlu H, Dursun S.** Gebelikte Beslenmenin Değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi (sted)*, **2005**; 14(7): 157-160.
186. **Seraslan G, Altuğ ME, Konaş T.** Kafeik Asid Fenetil Ester’in insizyonel Yara Modelinde Plazma Lipid Peroksidasyonu, Antioksidan Durum ve Nitrik Oksit Seviyesi Üzerine Etkisi. *Türkderm*, **2007**; 41.
187. **Bakırcı G, Parlak Ş, Boran N,** Gebelik ve Anemi, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, **1998**;8(1): 11-13.
188. **Girişkin Ü, Çelik Ç, Acar A, Çiçek N, Görkemli H, Çapar M, Akyürek C,** İki yıllık dönemde perinatal mortalite ve morbidite oranları ve risk faktörleri .*MN-Klinik Bilimler&Doktor* **2001**;7(6):821-832.
189. **Hilgsson I, Radestad I, Rubetsson C, Waldenström U.** Few Women Wish to be Delivered By Caesarean Section. *BJOG*.**2002**;109:618.

- 190. Reis E, Kumpınar F, Çakmak B, Avşaroğlu E.** Sezaryenle Doğum Yapan Annelerin Doğum Sonu Dönemde Yaşadıkları Sorunlar. 19 Mayıs Üniversitesi Ordu Sağlık Yüksekokulu IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Kitabı.Ordu: Kök Yayıncılık, **2005**.
- 191. Erkaya ve Ark.** Ankara Zübeyde Hanım Doğumevinde 10yıllık (1983-1992) maternal mortalite. T Klin Jinekoloj Obstet **1994**;4:96-9.
- 192. Nursal TZ, Baykal A, Hamaloğlu E.** Yaşlılarda Yara İyileşmesi: Fark Var mı? *Geriatrı Dergisi*, **1999**; 2 (1): 29-32).
- 193. Akın A, Mihçokur S.** Kadının Statüsü Ve Anne Ölümleri. Erişim: <http://www.sabem.saglig.gov.tr/kaynaklar/3567.pdf>. Erişim Tarihi: 13.01.2009.
- 194. Kaya F, Serin Ö,** Doğum Öncesi Bakımın Niteliği, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, **2008**; Cilt: 5 Sayı: 1 Sayfa: 28- 35.
- 195. Kılıç D, Ezmeci T.** Erzurum il merkezinde 15-49 yaş grubu annelerin sağlık ocakları tarafından verilen ana çocuk sağlığı hizmetlerinin kullanma durumları ve etkileyen faktörler.*Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* **2004**; 1: 1- 10
- 196.** Türk Perinatoloji Derneği. Sağlık personeli için gebelikte izlem ve doğum. *Perinatoloji Dergisi* **2005**; 13 : 238- 43
- 197. Gürel AS, Gürel H, Balcan E.** Doğum öncesi bakım esnasında gebelik doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin bilgi edinme durumu. *Perinatoloji Dergisi* **2006**; 1: 90- 5.
- 198. Kwast BE.** Reduction of maternal and perinatal mortality in rural and peri-urban settings: what works? Eur J Obstet Gynecol Rep Biol **1996**;69:47-53.
- 199. Karadağ N, Başkurt S, İnanan F, Kişioğlu N.** Balıkesir İli Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi Gebe Muayenesi Polikliniğine Başvuran Gebe Kadınların Beslenme Özellikleri. Hemşire ve Ebeler İçin Hemşire Dergisi, **1999**;49(4):2-3
- 200. Atıcı İ,** Doğum Sonu Erken Taburculukta Lohusalara Verilecek Sağlık Eğitimi ve Evde Bakımın Postpartum Komplikasyonlar ve Anksiyeteye Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Erzurum, **2000**.
- 201. Akdur R,** Ana-çocuk Sağlığı Hizmetlerinde Kent Sağlık Evi Görevlisinin Özel El Rehberi, T.C. Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi yayınlarından Sayı:396, Ankara **1980**.
- 202. Ergin F, Başar P,** Güvenli Olmayan Doğumlar Ve Doğum Sonrası Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2005**: 4 (6)
- 203. Bozkurt Aİ, Şahinöz S, Özçırpıcı B, Özgür S.** Gaziantep'te Sağlık Ocaklarına Herhangi Bir Nedenle Başvuran 15-49 Yaş Evli Kadınların Doğum Öncesi, Doğum ve Doğum Sonrası Bakım Alma Durumunun ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Erciyes Tıp Dergisi*. **2001**; 23(2):59-67.

**204. Yıldız C,** Sezaryenle doğum deneyiminin Anne-bebek ve baba açısından incelenmesi. Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksekokulu Yüksek Lisans Tezi. Ankara. **1994.**

**205. Yılmaz S.** Epizyotomi Bakımında Serum Fizyolojik ve Rivanol' ün İyileşme Sürecine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, **2004.**

## 8. EKLER

### 8.1. EK-1 ANKET FORMU

#### DOĞUM YAPMIŞ ANNELERDE ERKEN PUERPERAL ENFEKSİYON GÖRÜLME DURUMUNUN ARAŞTIRILMASI

Bu araştırma sezaryen ve normal doğum yapmış annelerde erken puerperal enfeksiyon görülme sıklığının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Anket formundaki sorulara verdiğiniz cevaplar hiçbir şekilde aleyhinize kullanılmayacaktır. Araştırmanın sonucu sezaryen ve normal doğum yapmış annelerde erken puerperal enfeksiyonun önlenmesi için yapılan çalışmalara katkı sağlanması için kullanılacaktır.

Teşekkür ederiz.

Anket No:

1. Kaç yaşındasınız?

2. Eğitim durumunuz nedir?

a) Okur-Yazar Değil      b) İlköğretim      c) Lise ve üzeri

3. Mesleğiniz nedir?

a) Ev hanımı    b) Memur    c) İşçi    d) Emekli

4. Eşinizin eğitim durumu nedir?

a) Okur-yazar değil    b) İlköğretim    c) Lise ve üzeri

5. Eşinizin çalışma durumu nedir?

a) Çalışıyor    b) İşsiz

6. Aylık geliriniz ne kadar?

a) 1–500 TL b) 501 TL ve üzeri

7. Aile tipiniz;

a) Geniş aile b) Çekirdek aile

8. Çocuk sayınız?

9. Sosyal güvenceniz var mı?

a) Yok b)Var

10. Sigara içiyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

11. Sistemik hastalığınız var mı?(Cevabınız hayır sa 13.cü soruya geçiniz)

a) Evet b) Hayır

12. Sistemik hastalığınız nedir?

13. Gebelik öncesi dönemde saptanmış kansızlığınız var mıydı?

a) Evet b) Hayır

14. Bunun için ilaç kullandınız mı?

a) Evet b) Hayır

15. Kaçınıcı gebeliğiniz?

16. Bu gebeliğinizde kontrole gittiniz mi?

a) Evet b) Hayır

17. Kim tarafından izleniyorsunuz?

- a) Ebe- Hemşire      b) Doktor

18. Gebelik döneminde hangi konular hakkında bilgi aldınız?

- a) Beslenme    b) Hijyen      c) Doğum şekli      d) Diğer

19. Bu eğitimler size kim tarafından verildi?

- a)Sağlık personeli    b)Aile bireyleri/komşu/medya

20. Doğum yapma şekliniz nedir?

- a) Normal doğum      b) Sezaryan

21. Doğum sonu kaçınıcı günde taburcu oldunuz?

22. Doğum sonrası dönemde sizi evde ebe ziyaret etti mi?

- a) Evet      b) Hayır

23. 22. soru cevabı evetse kaçınıcı günde sizi ziyaret etti?

24. Doğum sonrası dönemde ev ziyaretinde hangi konular hakkında bilgi verildi?

- a) Hijyen      b) Epizyo/insizyon bakımı    c) Beslenme    d) Diğer

25. Doğumdan sonra kanama takibi için ne kullanıyorsunuz?

- a) Ped    b) Bez      c) Pamuk

26. Kullandığınız gereci günde kaç kez değiştiriyorsunuz?

27. İç çamaşırınız ne sıklıkla değiştiriyor sunuz?

- a) Kirlendiği zaman    b) Günde 1 kez      c) 4–6 saate



28. Hangi tip çamaşır kullanıyorsunuz?

- a) Pamuklu b) İpek/naylon

29. Doğumdan sonra ilk yesi gün içinde banyo yaptınız mı?

- a) Evet b) Hayır

30. Banyo yapma şekliniz nasıl?

- a) Oturarak b) Ayakta

31. Hangi tip tuvalet kullanıyorsunuz?

- a) Alaturka b) Alafranga (klozet)

32. Tuvalete girmeden önce ellerinizi yıkar mısınız?

- a) Evet b) Hayır

33. Her tuvalet ihtiyacınızı gördükten sonra genital bölgeyi yıkar mısınız?

- a) Evet b) Hayır

34. Tuvaletten sonra genirtal bölgeyi temizleme şekliniz nasıl?

- a) Önden arkaya  
b) Arkadan öne/rastgele

35. Tuvalet temizliğinizi ne ile yapıyor sunuz?

- a) Su ile  
b) Sadece tuvalet kâğıdı ile  
c) Temizlik yapmıyorum

36. Doğum sonrası dönemde epiyo/insizyon bölgesinin bakımı ile ilgili herhangi bir bilgi aldınız mı?

a) Evet      b) Hayır

37. 36. ncı soru evet ise nereden aldınız?

a) Sağlık personeli      b) Çevreden

38. Epizyo/insizyon bölgesinin pansumanını yapma sıklığınız nedir?

39. Pansumanınızı nerede yaptırıyorsunuz?

a) Sağlık kuruluşu

b) Kendim

c)Yaptırmadım

40. Kendiniz yapıyorsanız nasıl yapıyor sunuz?

41. Tuvalet temizliği sonrasında epizyo bölgesini ne ile kurutuyor sunuz?

a) Tuvalet kâğıdı      b) Ayrı bez ile      c) Kurulamıyorum

42. Her Banyo sonrasında insizyon veya epizyo bölgenizi kuruluyormusunuz?

a) Evet      b) Hayır

43. Doğum sonu dönemde düzenli antibiyotik kullandınız mı?

a) Hayır      b) Evet

44. Doğum sonrası dönemle ilgili herhangi bir şikâyetiniz oldu mu?

a) Hayır      b) Evet

45. 44. üncü soru evet ise ne tür şikâyetleriniz oldu?

46. Bu Şikâyetlerden dolayı sağlık kuruluşuna başvurduanız mu?

a) Evet      b) Hayır

47. Evet ise size hangi teşhis konuldu?

48. Konulan teşhise göre doktorunuz tedavi önerdi mi?

a) Evet

b) Hayır

## 8.2. EK-2: PUERPERIUM ENFEKSİYON DEĞERLENDİRME FORMU

Belirti ve Bulgular	Doğumdan sonra birinci gün	Doğumdan sonra üçüncü gün	Doğumdan sonra yedinci gün
Ateş			
Nabız			
Dikişlerde açılma			
İnsizyon bölgesinde ödem			
İnsizyon bölgesinde ekimoz/hematom			
İnsizyon bölgesinde şişlik			
Kanama			
Vaginal akıntı			
İnsizyon yerinde akıntı			
Ağrı			
Uterin hassasiyet			
Human's Bulgusu			
Lökosit sayısı			

## 9. ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1978 yılında Mersin’de doğmuştur. İlk ve orta öğrenimini Mersin’de tamamladıktan sonra, 1997 yılında Mersin 70.Yıl Sağlık Meslek lisesinden ebe olarak mezun olmuştur. 1999 yılında Hatay Yayladağ ilçesinde 3 yıl ebe olarak görev yapmıştır.1997 yılında Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Ebelik Bölümü Önlisans Bölümünü kazanmış, 2000 yılında mezun olmuştur. 2002 yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Ebelik bölümünü kazanmıştır. Üniversite eğitimine devam ederken Mersin İl Ambulans Servisinde görev yapmıştır.

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı ebelik bölümünde yüksek lisans eğitimine 2005 yılında başlamıştır. 2007 yılında İl ambulans servisindeki görevinden tayinle ayrılarak Merkez 5 nolu sağlık ocağında çalışmaya başlamıştır. Eylül 2009 itibari ile Akdeniz Kürçü sağlık ocağında çalışmaya başlamıştır. Halen aynı görevde çalışmaktadır. 2006 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı Acil Sertifikasyon Programında eğitimci olarak görev yapmaktadır