

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN
HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA PROGRAMI**

Tez Yöneticileri
Prof. Dr. Füsun VAROL
Doç. Dr. Nevin H. ŞAHİN

**EDİRNE İL MERKEZİNDEKİ KADINLARIN
POSTPARTUM UZUN DÖNEM SAĞLIK
PROBLEMLERİNİN BELİRLENMESİ**

(Doktora Tezi)

Referans no: 393217

Sevde ÇUBUKÇU AKSU

EDİRNE-2010

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN
HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA PROGRAMI**

Tez Yöneticileri
Prof. Dr. Füsun VAROL
Doç. Dr. Nevin H. ŞAHİN

**EDİRNE İL MERKEZİNDEKİ KADINLARIN
POSTPARTUM UZUN DÖNEM SAĞLIK
PROBLEMLERİNİN BELİRLENMESİ**

(Doktora Tezi)

Sevde ÇUBUKÇU AKSU

Tez No:

EDİRNE-2010

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

ONAY

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı doktora programı çerçevesinde ve Prof. Dr. Füsun VAROL danışmanlığında doktora öğrencisi Sevede ÇUBUKÇU AKSU tarafından tez başlığı **“EDİRNE İL MERKEZİNDEKİ KADINLARIN POSTPARTUM UZUN DÖNEM SAĞLIK PROBLEMLERİNİN BELİRLENMESİ”** olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı 18/01/2011 tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından **“Doktora Tezi”** olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Füsun VAROL
JÜRİ BAŞKANI



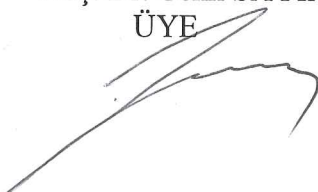
Prof. Dr. Nesrin AŞTI
ÜYE



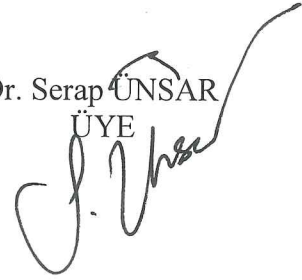
Doç. Dr. Nevin H. ŞAHİN
ÜYE

İmza

Doç. Dr. Cenk SAYIN
ÜYE



Doç. Dr. Serap ÜNSAR
ÜYE



Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Levent ÖZTÜRK
Enstitü Müdürü

TEŐEKKÜR

Doktora eğitimi ve tez çalıőmam boyunca bana rehberlik eden, tüm bilgi, tecrübe ve hoőgörüsü ile yanımda olan, benden sabır ve desteğini esirgemeyen danıőman hocam sayın Prof. Dr. Füsun VAROL'a, değerli görüş, bilgi ve tecrübeleri ile katkıda bulunan Tez İzleme Komitesi'ndeki hocalarım başta sayın Doç. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN olmak üzere sayın Doç. Dr. Cenk SAYIN ve sayın Doç. Dr. Serap ÜNSAR'a, tezin istatistiksel değerlendirmesinde yardımını esirgemeyen sayın Doç. Dr. Necdet SÜT'e ve manevi desteğinden dolayı sevgili annem ile eőime sonsuz teőekkürler...

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	6
POSTPARTUM DÖNEM	6
POSTPARTUM DÖNEMDE FİZYOLOJİK VE PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER	7
POSTPARTUM DÖNEM SAĞLIK PROBLEMLERİ	10
POSTPARTUM DÖNEM GENEL SAĞLIK PROBLEMLERİ	12
POSTPARTUM DÖNEM KAS-İSKELET SİSTEMİ PROBLEMLERİ	18
POSTPARTUM DÖNEM MEME PROBLEMLERİ	19
POSTPARTUM DÖNEM ÜRO-GENİTAL PROBLEMLER	21
POSTPARTUM DÖNEM GASTROİNTESTİNAL SİSTEMİ PROBLEMLER	27
KENDİ SAĞLIĞINI ALGILAMA DÜZEYİ	28
DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE POSTPARTUM DÖNEM BAKIM HİZMETLERİ	30
GEREÇ VE YÖNTEMLER	34
BULGULAR	44
TARTIŞMA	84
SONUÇ VE ÖNERİLER	108
ÖZET	113
SUMMARY	115
KAYNAKLAR	117
ŞEKİLLER VE TABLO DİZİNİ	131
ÖZGEÇMİŞ	133
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists
ANA	: American Nurses Association
AWHONN	: American Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses Association
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
DÖB	: Doğum Öncesi Bakım
DSM-IV	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EPDS	: Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği
ICD-10	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICS	: Uluslararası Kontinans Topluluğu
NANDA	: North American Nursing Diagnosis Association
PAP	: Papanikolaou Testi
PPD	: Postpartum Depresyon
PPM	: Postnatal Perineal Morbidite
SRH	: Kendi Sağlığını Algılama Düzeyi-Self-Rated Health
SS	: Standart Sapma
TDH	: Toplam Doğurganlık Hızı
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

GİRİŞ VE AMAÇ

Toplumların sağlık durumlarının belirlenmesinde; sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması, sağlık alanındaki taleplerin saptanması ve karşılanması, toplumun sağlık sorunlarının belirlenmesi ve çözümleri amacıyla ölçütler kullanılmaktadır (1). Ülkelerin sağlık düzeyi ve sağlık hizmetlerinin etkinliğinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçütlere bakıldığında; gelişmekte olan ülkeler ile gelişmiş ülkeler arasındaki en önemli farkın “Anne ve Çocuk Sağlığı” alanında olduğu görülmektedir. Ülkemizde de “Anne ve Çocuk Sağlığı” alanındaki sorunlar birinci sırada yer almaktadır (2-4).

Kadının sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen en önemli sağlık sorunlarının; doğurganlık dönemine (15-49 yaş) rastlayan gebelik, doğum ve doğum sonrası (postpartum, lohusalık veya puerperium) süreçlerde ortaya çıktığı ve yaşamsal önem taşıdığı yapılan çalışmalar ve sağlık göstergeleriyle belirlenmiştir (3-5). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen ‘Güvenli Annelik Paketi’nde annenin gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerini sağlıklı geçirmesi dolayısıyla anne sağlığının en üst seviyeye çıkartılıp, morbidite ve mortalite oranlarının azaltılması konusuna değinilmiştir (2,5,6). Yine aynı programa göre; sağlıklı bir toplum oluşturmada başlıca hedeflerden biri olan “sağlıklı anne olgusu”, kadınlara verilecek sağlık bakımı ve eğitimini içeren koruyucu sağlık hizmetleri ile gerçekleştirilir. Bunun sağlanması için de, annelere yönelik sağlık hizmetlerinin doğum öncesi bakım kadar doğum sonrası bakım ve takibinin de öneminin bilincinde olunması gerekir (6).

Anne ve Çocuk Sağlığı Hizmetleri içinde önemli bir yeri olan postpartum bakım hizmeti, temelde koruyucu bir sağlık hizmetidir. DSÖ dünya genelinde kadınların sadece %35’inin postpartum bakım hizmeti aldığını belirtmektedir (7,8). Ülkemizde ise Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 2008 (TNSA 2008) verilerine göre doğumdan sonra ilk 4 saatte

bakım alma oranı %63 iken bu oranın ilk 24 saatte %12.2, 2. günde %4.6, 6.haftada ise %2.8 olduğu belirlenmiştir (9).

Postpartum dönem; doğumdan sonra annenin gebelik öncesi fizyolojik ve psikolojik özelliklerine dönmesi için geçen 6 haftalık bir süre olup bu dönem hem fiziksel hem de psikolojik değişikliklerin ve olası sağlık sorunlarının yoğun olarak yaşandığı bir kriz dönemidir (4,5,10-13). Postpartum dönemde sağlık sorunları özellikle ilk günlerde çok yaygın olarak görülmekte, bu sorunların çoğu 6 haftaya kadar, bazıları bir yıla kadar devam etmektedir (3,14).

Dördüncü Dünya Kadın Konferansı Pekin Deklerasyonu ve Eylem Planı Raporu'nda doğumla ilgili komplikasyonlar ile fiziksel ve emosyonel problemlerin, dünyanın pek çok bölgesinde, doğurgan yaştaki kadınların önde gelen hastalık ve ölüm nedenlerinden biri olduğu bildirilmiştir. Yine aynı raporda; çoğu ülkede, kadınların postpartum dönemdeki hastalık ve ölüm oranlarına, özellikle kadınları etkileyen koşullar ve hastalıklara ilişkin yeni ve güvenilir veriler olmadığına dikkat çekilmiştir (14).

Bunun bir nedeni olarak postpartum sağlık hizmetlerini karşılayacak hizmet yokluğu ve yetersizliği gösterilmiştir. Yapılan bir çalışmada Fransa'da anne bakım ve takibinin postpartum 6 hafta, İtalya'da postpartum 40 gün sonra mecburi olmasına rağmen maternal morbiditenin araştırılmadığı ve ihmal edilen bir alan olduğu vurgulanmaktadır (15). Ülkemizde ise, TNSA 2008 verilerine göre doğumların %90'ı sağlık kuruluşlarında yapılmasına karşın, postpartum anne sağlığı, anne sağlığı hizmetleri içinde en az bilinenidir (9). Atıcı ve Gözüm (13) çalışmalarında lohusaların postpartum dönemde sadece %13'ünün evde ebe tarafından takip edildiğini saptanmışlardır. Tipik olarak doğum sonrası dönemde anneler, yenidoğanın ilk aşısına kadar sağlık profesyonelleriyle karşılaşmamakta bu süre 8. haftaya kadar uzamaktadır. Bu yüzden özellikle annenin gözlenmesi gecikmekte ve doğuma bağlı gelişebilecek postpartum fiziksel ve emosyonel problemler gözden kaçabilmektedir (9,16).

Diğer neden ise son yıllarda sağlık hizmetlerinde; postpartum dönemde hastanede yatış süresinin kısalmasına yönelik bir eğilim bulunmasıdır. Bu durum erken komplikasyonları önlemek, fiziksel ve ruhsal bakıma yönelik eğitim ve danışmanlık için yeterli değildir (13). Hastanede kalış sürelerinin kısalması, anne ve bebeğin evde izlenimi içeren sağlık sisteminin ülke çapında standardize, etkin, kapsamlı olarak yapılamaması ve postpartum anne sağlığının kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (17).

Amerika, Avrupa, Avusturalya ve Yeni Zelanda'daki postpartum dönemine ilişkin randomize kontrollü çalışmaların sayılarına bakıldığında; 1966-2003 tarihleri arasındaki 671

tanımlanmış çalışmanın 141'inin postpartum anne sağlığını doğrudan etkileyen konular hakkında olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmaların 41'i emzirme, 33'ü postpartum perineal ağrı ile ilgili olup ancak 63'ünün kontrasepsiyon, postpartum destek, erken taburculuk etkileri, postpartum depresyon ve anksiyete, pelvik taban egzersizlerinin etkileri ve anne-yenidoğan erken etkileşimi ile ilgili olduğu görülmüştür (18).

1990'lı yıllarda başlayan toplum tabanlı çalışmalarda postpartum maternal sağlık problemlerinin prevalansı yüksek bulunmuş olup bu problemler araştırmacılar tarafından 'gizli morbidite' olarak adlandırılmıştır (19). DSÖ tarafından Hindistan'da kadınların %23'ünde, Bangladeş'te %50'sinde, İngiltere'de ise %47'sinde en az bir postpartum sağlık problemi olduğu belirlenmiştir. Yine aynı raporda belirlenen sağlık problemlerinin bir kısmının hızlı oluşurken bir kısmının da erken postpartum dönemde başlayıp ileriki yıllarda kronikleştiği belirtilmiştir (7).

Kadınlarda postpartum uzun dönem sağlık problemlerini belirleyen ilk çalışma olarak bilinen Macarthur ve ark. (20) tarafından kadınların %47'sinde doğum sonrası 3 ay ve 1 yıl sonunda en az bir sağlık problemi saptanırken, bu problemlerin; %14'ünün bel ağrısı, %10.6'sının üriner inkontinans, %9'unun depresyon ve %4'ünün baş ağrısı olduğu belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada bu problemlere rağmen kadınların büyük çoğunluğunun sağlık kuruluşlarına tedavi ve yardım için başvurmadıkları tespit edilmiştir. Çalışma sonucunda sağlık personelinin postpartum dönemde anneden çok yenidoğan sağlığına önem vermesi, annelerin yaşadıkları problemlerini doğumun bir parçası olarak algılanması, doğuma bağlı oluşabilecek fiziksel semptomları ve yol açtıkları sağlık problemlerinin belirlenmesini zorlaştırdığı ortaya konulmuştur.

Dünyanın değişik ülkelerinde yapılan benzer araştırmalarda postpartum erken dönemdeki yorgunluk, baş ağrısı, hemoroid, perineal ağrı, konstipasyon ve meme problemleri bu dönemle sınırlı gibi görülürken; bel ağrısı, üriner inkontinans ve dispareni gibi sağlık problemlerinin çeşitli derecelerde kadınların hayatları boyunca devam ettiği vurgulanmıştır (2,3,5,6,10,12,13,15,18-22).

Saurel ve ark. (15) İtalya ve Fransa'da yaptıkları çalışmalarında, postpartum dönemdeki baş ve bel ağrısı, hemoroid, seksüel problemlerin kadınların günlük yaşam aktiviteleri ile partner ilişkilerini olumsuz etkilediği, yorgunluk, anksiyete ve depresyonun ise yaşam kalitelerini düşürerek olumsuz annelik rolü yarattığı vurgulanmıştır. Bunun da ötesinde doğum eylemine bağlı oluşabilecek ürojinekolojik problemlerin sosyal izolasyona yol açabileceği saptanmıştır.

Schytt ve ark. (23) konu ile ilgili yaptıkları çalışmalarında, fiziksel sağlık problemlerinin 2. ay ve 1. yılın sonunda yaygın olarak görüldüğü saptanmış perineal ağrı, disparoni ve meme problemlerinin birçok kadın için geçici semptomlar olmakla beraber yorgunluk, baş ağrısı, uyku problemleri ile bel, omuz ve boyun ağrılarının zamanla arttığı belirlenmiştir. Postpartum dönemde Amerika Birleşik Devletleri'nde kadınların %76'sı, Fransa ve İtalya'da %50'sinden fazlası maternal yorgunluk hissetmekte olup yorgunluğun postpartum depresyon ve emzirme problemlerinin bir belirtisi olduğu saptanmıştır (24).

Ülkemizde postpartum dönemdeki yapılan bir çalışmaya bakılırsa en yaygın sağlık problemlerinin yorgunluk (%86.6), uyku bozuklukları (%80.4), meme problemleri (%71.4), konstipasyon (%61.6) ve epizyotomi ağrısı (%30.4) olduğu tespit edilmiştir (22). TNSA 2003 ileri analiz sonuçlarına göre postpartum dönemde annelerin doğumun etkilerine bağlı olarak sağlık problemleri yaşadıkları ve bu problemlerin pek çoğunun postpartum uzun periyotta devam etmesine rağmen kadınların çok azının sağlık profesyonellerinden yardım aldığı belirlenmiştir. Yine aynı çalışmaya göre bu sağlık problemlerinin belirlenememesine bağlı olarak sıklıklarında artış olabileceği vurgulanmıştır (25).

Yukarıda belirtilen çalışmalarda da görüldüğü gibi kadınların postpartum periyotta fiziksel ve emosyonel problemlerinin zamanla artabileceği; bu problemlerin kadınların annelik rolleri, beden imgeleri, ailevi ve toplumsal ilişkilerini olumsuz etkilediği ortaya konulmuştur. Postpartum dönemdeki problemlerin zamanında ve etkin bir şekilde tespitinin geciktirilip gözardı edilmesi kronikleşmelerine yol açarak kadınların yaşam kalitelerini düşürebileceği saptanmıştır (11,13,26).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, yeni annelerinin postpartum 6. saat, 6. gün, 6. hafta ve özellikle 6. ayda izlemesi gerektiği, gebelik ve doğuma bağlı komplikasyon ve sağlık ihtiyaçlarının tanımlanması ve karşılanması gerektiği belirtilmiştir. Yine aynı raporda anne takip ve bakımının; aile merkezli, multidisipliner, bütüncül ve kültürel olarak ele alınması gerektiğini, olası sağlık problemlerinin; anne katılımlı, partner ve ailevi destekli olmasının postpartum yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından önemli olduğu vurgulanmıştır (7).

Sağlık sorunlarının çözümü, bireylerin kendi sağlık gereksinimleri ve sorunlarının farkına varması ve öz bakımlarında kendisine yetebilir duruma gelmesi ile mümkün olabilir. Bireyleri yakından tanımak, sorunları fark ettirmek, baş etmelerini güçlendirmek, sunulacak sağlık hizmetlerinin belirlenmesinde katılımı artırmak, etkin bir ekip ve toplum işbirliğini sağlamakla mümkündür (6).

Sağlık ekibinin önemli birer üyesi olan ebe ve hemşireler tarafından postpartum dönemde verilen bakımın amacı annenin bu döneme fizyolojik ve psikolojik olarak uyumunu

sağlamak, morbidite ve mortalite oranlarını azaltmaktır. Ancak gözlemler ve kayıtlar, 224 sayılı ‘Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi’ne ilişkin kanunla belirtilmesine karşın ülkemizde sağlık ocaklarında çalışan ebe ve hemşireler tarafından annelerin postpartum dönemde evlerinde düzensiz izlendiğini göstermektedir. Doğum sonu dönemde annenin ancak standartize ve kaliteli bir sistemle izlenmesiyle doğuma bağlı sağlık problemleri önlenebilir ve anneye bilinçli özbakım, aile ilişkilerinde yeterlilik, olumlu sağlık davranışları kazandırarak sorunsuz ve sağlıklı bir postpartum dönem sağlanabilir (2,8,13).

Bu çalışma, kadınların postpartum uzun dönem izlenerek doğuma bağlı olarak gelişebilecek fiziksel ve emosyonel sağlık problemlerinin belirlenmesi ve elde edilen verilerin postpartum dönemdeki kadınlara yönelik sağlık hizmetlerinin planlanmasında etkili ve yol gösterici olması amacıyla yapılmıştır.

Bu genel amaç çerçevesinde araştırmanın özel amaçları aşağıda yer almaktadır:

1. Edirne İl merkezindeki kadınların postpartum bir yıl boyunca standartize bir sistemle izleyerek doğuma bağlı oluşabilecek sağlık problemlerinin sıklığını belirlemek,
2. Edirne İl merkezindeki kadınların postpartum bir yıl boyunca doğumun etkilerine bağlı olarak algılanan sağlık durumlarını belirlemek.
3. Postpartum dönem kadınlara ait sağlık göstergelerinin hesaplanabilmesi için gerekli olan bilgileri il düzeyinde toplamak.

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H0= Edirne İl merkezindeki kadınlarda doğuma bağlı olarak gelişebilecek sağlık problemleri postpartum uzun dönemde beklenmemektedir.

H1= Edirne İl merkezindeki kadınlarda doğuma bağlı olarak gelişebilecek sağlık problemleri postpartum uzun dönemde beklenmektedir.

H2= Edirne İl merkezindeki kadınlarda postpartum dönemde gelişebilecek fiziksel sağlık sorunları ile kendi sağlığını algılama düzeyi arasında ilişki vardır.

GENEL BİLGİLER

POSTPARTUM DÖNEM

Doğum eyleminin sona ererek bebek, plasenta ve membranlar doğduktan sonra postpartum dönem başlar. Postpartum dönem, bütün sistemlerin özellikle üreme organlarının gebelik öncesi durumlarına döndükleri bir zaman periyodudur. Bu periyod 6 haftalık bir süreyi kapsamaktadır. Postpartum dönem annede meydana gelen gerileyici ve ilerleyici değişikliklerle karakterize olup gerileyici değişiklikler uterus, vajina ve diğer genital organ ve sistemlerin gebelik öncesi durumlarını alma sürecidir. İlerleyici değişiklikler laktasyona hazırlanan göğüslerde meydana gelir. Bu hızlı fizyolojik değişikliklere uyum sağlamaya çalışan annelerde fizyolojik değişikliklerin yanı sıra psikolojik ve davranışsal değişiklikler de gözlenir (4,5,10,11,13,22,23,27).

Postpartum dönem genellikle 3'e ayrılır; doğumdan hemen sonrası dönem (doğum sonrası ilk 24 saati içine alır), erken doğum sonrası dönem (doğum sonrası ilk bir haftayı içine alır), geç doğum sonrası dönem (doğum sonrası 2. haftanın başlangıcıyla başlayıp 6 haftaya kadar süren ya da 3 ayı kapsayan bir dönemdir) (28).

Postpartumdaki geçiş dönemi kişilere göre farklılık gösterebilir. Bu 2-3 gün süren pasif ve bağımlı dönem ile 10 gün süren bağımsız ve otonom annelik davranışlarının olduğu dönemlerden oluşmaktadır (26). Postpartum dönemdeki gereksinimler ve sağlık sorunları özellikle ilk günlerde çok yaygın olarak görülmekte, bu sorunların çoğu 6 haftaya kadar, bazıları bir yıla kadar devam etmektedir (20,21,23,24).

Christie ve ark. (29) tarafından postpartum gereksinimler "hayatta kalma ve büyüme-gelişme" ana teması altında, 3 alt tema ile sıralanmıştır. Bu 3 alt tema: "bebeği besleme ve büyütme" (bağlılık, uyuma, ağlama, besleme ve bebeğin sağlık sorunları gibi gereksinimleri

içerir), “yaşam değişiklikler” (fiziksel sağlık, duygular/mental iyilik hali, eş ilişkileri, sosyal aktiviteler ve durumlar gibi gereksinimleri içerir) ve “baş etme ve kaynakları adapte etme”dir.

Bu dönemde anne ve yenidoğana yönelik komplikasyonların önlenmesi, oluşmuş ise erken tanı ve tedavi sağlanması açısından, anne ve bebeğin yakından izlenmesi, bakımlarının sağlanması ile annenin eğitimi ve desteklenmesi gerekmektedir (20,22-24).

Hemşirenin doğum sonu döneme ait normal ve normalden sapmaları değerlendirebilmesi, bu konuda gerekli girişimlerde bulunabilmesi için doğum sonu oluşan normal anatomik, fizyolojik, psikolojik değişimleri bilmesi gerekmektedir.

POSPARTUM DÖNEMDE FİZYOLOJİK VE PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER

Gebelik boyunca anne vücudunda meydana gelen değişiklikler postpartum dönemde eski haline döner. Bu geriye dönüş sürecine involüsyon denir. Annede oluşan bu değişiklikler üreme sisteminde ve diğer sistemlerde olmak üzere iki ayrı bölümde incelenebilir (4,5).

Üreme Sistemi

Doğumdan hemen sonra plasentanın ayrılmasıyla hızlanan involüsyon ilk 7-10. günlere kadar hızlı olarak devam eder, bundan sonraki değişiklikler ise daha yavaştır. İnvolüsyonun en önemli sebebi östrojen ve progesteronun ani düşmesi sonucu oluşan endometrium içindeki proteolitik enzimlerin salgılanmasıdır.

Doğumdan sonra uterus kontraksiyonla sertleşmeye başlar. Fundus sert olarak ele gelir ve miyometrial kontraksiyonlar, doğum sonu ilk 24 saat içinde uterus ölçülerinin hızlı olarak küçülmesine ve uterusun global ölçüsünün 16-20 haftalık gebelik büyüklüğüne düşmesine neden olur.

Doğum sonrası 4-6. günlerde servikte ‘eksternal os’ gevşek olup 2 parmağın kolaylıkla içeriye girmesine izin verir. Daha sonra hızla kalınlaşır, daralır ve sertleşir. Gebelik öncesi ‘servikal os’ yuvarlıktır. Doğumdan sonra ise düz çizgi (Emmet yırtığı) şeklindedir. Bu nedenle düz çizgi vajinal doğum yapıldığını gösteren bir belirtidir.

Vajinal tonus dereceli olarak 3-4. haftada normale döner. Doğumun neden olduğu aşınma ve yırtıklar doğumdan kısa bir süre sonra kendiliğinden iyileşir. Vajinal doğumu izleyen 3. haftada gebelik öncesi boyutlarına ulaşır.

Doğumdan sonra 5. günden itibaren perineal tonusun büyük bir kısmı geri döner, ancak nullipar dönemdeki durumdan daha gevşek olur. Perinede varis, büyük laserasyon veya epizyotomi bölgesinde genellikle yumuşak doku zedelenmesi ve ekimoz vardır.

Başlangıçta miktarı fazla olan loşi, lohusağın ilerleyen dönemlerinde miktarı azalır ve özelliği değişir. Multiparlarda primiparlara göre daha fazla olup ayakta hareketli iken ve emzirme esnasında miktarı artabilir. Doğumdan sonraki ilk üç gündeki kırmızı renkteki akıntıya 'loşi rubra', 4-10 günler arasındaki pembe renkli akıntıya 'loşi seroza', 11. günden lohusalığın sonuna kadar süren kirli beyaz-sarımtırak veya renksiz olan akıntıya 'loşi alba' denir.

Epizyotomi varlığında ağrı, acıma, hassasiyet ilk 7-10 gün içerisinde azalır, epizyotomi yeri için tamamıyla iyileşme 4-6 ay kadar sürebilir. Primipar annelerde rutin olarak yapılan epizyotominin maternal, fetal ve obstetrik yararları olduğu kadar, özellikle ağrı, enfeksiyon, perineal kanama riskinde artma, idrar ve defekasyon yapma isteğini baskılama gibi riskleri de vardır.

Doğumdan sonra plasenta ürünü olan östrojen ve progesteron düzeylerinin düşmesiyle daha önce baskılanmakta olan prolaktin hormonu aktive olur ve göğüslerden süt salgılanmasını başlatır. Doğum yapan kadında laktasyon doğumu izleyen 24-72 saat içinde başlar. Laktasyon başlamadan önce memelerde ödem, lokal ısı artışı, sertleşme ve hafif ağrı görülür (4,5,10,26-28,30).

Kardiyovasküler Sistem

Erken postpartum dönemde total kan volümü yüksek kalır. Östrojen düzeyinin düşmesi sonucu, meydana gelen belirgin bir diürezden sonra, kan volümü gebe olmayan kadının kan volümü düzeyine düşer. Eritrosit sayısı ve hemoglobin düzeyi 5. haftadan sonra normale döner. Nabız postpartum 6-8. gün düşüktür (50-70/dk). Yükselen nabız aşırı kan kaybı, enfeksiyon, ağrı, anksiyete veya kardiyak bozukluğun belirtisi olabilir (5,27,30).

Solunum Sistemi

Gebelikte büyüyen uterusun diyafragma bası yapması nedeniyle annede solunum sıkıntısı görülebilir. Doğum sonrası basının ortadan kalkması, plasentanın ayrılmasıyla progesteron üretimindeki kayıp sonucu toraks kapasitesindeki artışla birlikte pulmoner fonksiyon değişiklikleri hızla gebelik öncesi duruma dönmeye başlar. Anne, doğum öncesi göğüs solunumu yaparken, doğum sonrası abdominal solunum yapmaya başlar. Akciğer fonksiyonlarının gebelik öncesi döneme dönmesi yaklaşık 6 aylık bir süreyi bulur (4,5,10,11,27,28,30).

Gastrointestinal Sistem

Genellikle barsak fonksiyonları 3-4 gün sonra normale döner. Doğumdan sonra progesteron düzeyinin düşmesine rağmen doğum öncesi yapılan lavman, doğum sonrası 1-2 gün az besin alımı, beden hareketlerinin az olması gibi nedenlerin yanında perinenin ağrılı olması ile epizyotomi varlığı erken defekasyonu inhibe eder.

Postpartum ilk günlerinde iştahta bir azalma görülmekle birlikte daha sonraki günlerde iştah artışı olabilir. Doğum eylemindeki sıvı kısıtlaması, involüsyon süreci, aşırı diürez ve terlemeyle sıvı kaybının olması gibi nedenlerle ilk günlerde fazla su içme isteği olabilir (4,5,10,11,28,31).

Üriner Sistem

Gebelikte oluşan üriner yolların dilatasyonu, renal kapasite, böbrek genişlemesi regresyonu yavaştır, doğum öncesi duruma ancak 3 ayda ulaşabilir. Kadınların yaklaşık %10'unda böbreklerdeki genişleme sürekli kalabilir. Mesane tonüsü ve mesanenin yeterli boşalabilmesi 5-7 gün içersindedir. Mesane distansiyonu uzun sürerse idrar yolu enfeksiyonları gelişebilmektedir (4,5,10,11,28,31).

Kas-İskelet Sistemi

Hormonların etkisiyle yumuşayan ve gevşeyen eklemler ile pelvis kemiği postpartum 6-8 haftada eski haline dönmeye başlar. Uterus, vajen, rektum, mesane ve üretraya olan aşırı baskı ve gerilimler ilerleyen yıllarda inkontinanslara neden olabilmektedir (5,30,31).

Nöromüsküler ve Duyusal Sistem

Annede büyüyen uterus ve su retansiyonunun, brakial fleksus ve median sinirlere yaptığı bası sonucu ellerde, parmaklarda görülen, uyuşma, karıcanlanma ve bacaklardaki kramplar ortadan kalkar. Sıvı elektrolit dengesinden kaynaklanan baş ağrıları sıktır. Kadınlar ilk birkaç hafta içinde uterus kontraksiyonları, meme problemleri, hemoroid, epizyotomi ağrısını sık hissetmektedirler (4,5,10,11,30).

Endokrin Sistem

Plesantanın doğmasıyla plesantadan salgılanan hormonlar ortadan kalkar. Hipofiz ön ve arka lob hormonları yükselir. Over fonksiyonları annenin emzirme durumuna göre farklılık göstermektedir. Emzirme hem prolaktin hormonunu uyarır, hem de hipofiz arka lobundan

oksitosin salgılatarak kanallarda biriken sütün boşalmasını sağlar. Gebelik boyunca anne metabolizmasında kullanımı engellenen insülin hormonu postpartum dönemde normal işlevine döner ve gebelikteki diyabetojen etki kaybolur (4,5,10,11,28,30,31).

Psikolojik Durum

Annenin hormonal durumundaki ani değişiklikler onun olaylara tepkilerini de değiştirmektedir. Hormonal değişimlere ek olarak destek sistemleri, uykusuzluk fiziksel gücünün azalmasına, istenmeyen gebelikler, geçirilmiş ruhsal sorunlar, zor doğum eylemi, riskli gebelikler, anne ve bebeğin sağlık durumu annelerde duygusal sorunlara olan yatkınlığı arttırmaktadır (4,5,10,11,28,30,31).

POSTPARTUM DÖNEM SAĞLIK PROBLEMLERİ

Gebelik, doğum ve postpartum periyodları normal süreçte geçse bile kadın bedeninde büyük değişikliklerle ilişkili olup maternal ve fonksiyonel sağlığı etkileyebilir.

Postpartum 6 haftalık dönem, anneler için önemli biyo-psiko-sosyal değişimlerin yaşandığı bir dönemdir. Gebelikte ve doğum eyleminde enerji ihtiyacının ve fiziksel yorgunluğun artması, doğumda yumuşak doku travması ve artan kan kaybı, doğum sonrası dönemde kadının komplikasyonlar yönünden risk altında olmasına ve sağlık sorunlarının artmasına neden olmaktadır. Anneler postpartum dönemdeki değişimlere uyum sağlama, kendi bakımlarını ve yenidoğanın gereksinimlerini karşılama çabası içindedirler. Tüm bunlar annelerde stres faktörü olarak etki ederler. Stresli durumların arttığı bu dönemde annelere yeterli desteğin sağlanmaması, onların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını olumsuz yönde etkiler (32).

Literatürde postpartum dönemde anneler için başlıca sağlık sorunları şöyle sıralanabilir:

- Yorgunluk
- Baş ağrısı
- Depresyon
- Uyku problemleri
- Omuz-boyun ağrısı
- Bel ağrısı
- Ağrılı meme ucu
- Meme ucu çöküklüğü

- Mastit
- Disparoni
- Ameliyat yerinde ağrı
- Perineal ağrı
- Stres inkontinans
- Cinsel ilişki esnasında inkontinans
- Dizüri
- Perineal kanama
- Hemoroid
- Konstipasyon
- Diyare
- Abdominal distansiyon
- Anal ve flatus inkontinansı
- Bulantı (2,11,12,15,20-24,31-35).

Birçok çalışma postpartum dönemde görülen spesifik fiziksel semptomlar üzerinde toplanmış olup sadece bir bölümü postpartum uzun dönem anne sağlığını araştırmaktadır. Brown ve Lumley (21) yaptıkları bir çalışmada, Avustralya'lı kadınların doğumdan sonraki altıncı ve yedinci aylarda, bir veya daha fazla sağlık problemlerinin olduğunu saptamışlardır.

Postpartum uzun dönemde gözardı edilen fiziksel, psikososyal izlem ve bakım yetersizliği anne ölümlerinde rol oynayan doğum sonrası komplikasyonlar ile yaşam boyu sürebilen jinekolojik sorun ve psikososyal problemlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Kadınlar genellikle doğum ve postpartum dönem hakkında az bilgi almakta ve bazı problemlerle karşı karşıya kaldığında hazırlıksız yakalanmaktadır (21,23,26,33-36).

Postpartum uzun dönem sağlık problemleri ile ilgili elde edilen veriler bu dönemdeki fiziksel sağlık problemleri ile ilgili epidemiyolojik araştırmaların azlığı nedeniyle yeterli değildir. Bunun nedeni olarak sağlık personellerinin postpartum dönemde anneden çok yenidoğan sağlığına önem vermesi ve annelerin yaşadıkları problemleri doğumun bir parçası olarak algılamalarıdır. Bir başka nedeni olarak da postpartum sağlık problemlerinde artış olmasına rağmen kadınların çok azının sağlık profesyonellerinden yardım almalarıdır (2,3,8,15,21,23). Sağlık Bakanlığı verilerine göre postpartum problemlerin çoğunluğu ilk haftada oluşmakta, annelerin üçte biri prenatal bakım almamakta veya prenatal ile postnatal bakımı aynı sağlık ekibi üyeleri vermemektedir (37).

Yurtdışında yapılan bir çalışma; İtalya'da postpartum 5 ay sonunda en yaygın problemlerin bel ağrısı (%49.4), yorgunluk (%46.1), anksiyete (%36.2), ve baş ağrısı (%22.5) olup bu semptomların 12 ay sonunda görülme sıklığının sırası ile %50.9, %60.7, %55.8 ve %45.1 olduğunu göstermektedir. Yine aynı çalışmada Fransa'daki 12 ay sonunda en yaygın sağlık problemlerinin benzer şekilde baş ağrısı (%64.7), yorgunluk (%67.5) ve anksiyete (%56.0) olduğu belirlenmiştir (15). Postpartum sağlık problemlerine ilişkin yapılan diğer bir çalışmada ise en yaygın problemlerin yorgunluk (%86.6), uyku bozuklukları (%80.4), göğüs problemleri (%71.4), konstipasyon (%61.6) ve epizyotomi ağrısı (%30.4) olduğu saptanmıştır (30).

Ülkemizde ise Atıcı ve Gözüm (13) postpartum dönemde annelerde doğuma bağlı fiziksel ve emosyonel problemlerin gelişebileceğini belirlemişlerdir.

Çalışmalarda da görüldüğü gibi kadınların postpartum uzun dönemde fiziksel ve emosyonel problemlerinin zamanla arttığı; bu problemlerin kadınların annelik rollerini, beden imgelerini, ailevi ve toplumsal ilişkilerini olumsuz etkilediği görülmektedir. Dolayısı ile bu problemlerin postpartum sağlık hizmetlerinde zamanında ve etkin bir şekilde tespitinin geciktirilip göz ardı edilmesi, kronikleşmelerine yol açarak kadınların yaşam kalitelerini bozabileceği dikkate alınmalıdır.

POSTPARTUM DÖNEM GENEL SAĞLIK PROBLEMLERİ

Postpartum Yorgunluk

Yorgunluk, 1988 yılında North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) tarafından bir hemşirelik tanısı olarak kabul edilmiştir. NANDA yorgunluğu: 'dinlenmekle geçmeyen, fiziksel ve mental iş kapasitesinin azaltan, sürekli bitkinlik duygusu yaşama' olarak tanımlamıştır (38,39). Gebelik, doğum ve postpartum periyottaki yorgunluk ise 1980'li yıllara değin genel ağrıdan ayrı olarak düşünülmemiştir.

Milligan ve ark. (40) postpartum yorgunluk ile ilgili ilk çalışma olarak doğumdan sonraki ilk 3 haftada annelerle görüşerek yorgunluğun özelliklerini araştırmışlardır. Postpartum yorgunluk; annenin hem fiziksel hem de mental işlevlerinde kapasite azalmasına, lohusalıktan normal sürece girmelerinde ve bebek bakımlarında bitkinlik ile takatsizliğe yol açan bir semptomdur. Bu semptom özellikle emzirme, fonksiyonel statü, mental sağlık, fiziksel sağlık, aile ilişkileri ve annelik rollerini etkilemektedir.

Pugh ve Milligan (41) postpartum yorgunluğun temelini oluşturmuş olup bu konudaki hemşirelik çalışmaları devam ettirilmiştir. Bu çalışmalar ‘Tatsız Semptomlar Teorisini’ ortaya çıkarmış olup bu teorinin 3 komponenti vardır:

- Semptom → yorgunluk
- Semptomun etkilediği faktörler → fiziksel, psikolojik ve kişinin konumu
- Semptomun sonuçları → performans (42).

Atkinson ve Baxley (43) tarafından fizyolojik, psikolojik, performans ve durumsal faktörler postpartum dönemde yorgunluğa neden olduğu postpartum anne sağlığının bu faktörler göz önüne alınarak değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Fizyolojik faktörler doğum eyleminin uzunluğu, doğum şekli, kaybedilen kan miktarı, kilo kaybı, ağrı, yara bölgesinin iyileşmesi, involüsyon süreci ve hormonal değişimlerdir. Psikolojik faktörler olan eş desteğinin olmaması, uyku düzeninin bozulması, depresyon, anksiyete, anne rolüne uyum sağlayamama ve beden imgesindeki değişiklikler anneyi psikolojik olarak etkileyerek yorgunluğa yatkın hale getirebilir. Kişisel faktörler çalışma durumu, parite ve yaş iken çevresel faktörler yaşam stili, sosyo-ekonomik durum, hastanede kalma süresi, yardım eksikliği, çocuk bakımına ilişkin problemler, gerçekçi olmayan beklentiler, ailevi sorunlar olarak sıralanabilir. Unutulmamalıdır ki postpartum dönem esnasındaki patolojik problemler de (anemi, enfeksiyon, hemoraji gibi) yorgunluğun en önemli nedenleri arasındadır. Kadınlar doğum sonrası evlerine döndüklerinde yorgunluklarının azalacağına inanmaktadırlar. Halbuki postpartum yorgunluğun birçok bileşeni olan ve etkenleri ile etkileri nedeniyle değerlendirilmesi zorunlu olan bir semptomdur. Yorgunluğu değerlendirirken kadınların sosyo-demografik özelliklerinin yanında fiziksel ve emosyonel semptomları da sorgulanmalıdır (44-47).

Macarthur ve ark. (20) tarafından kadınların postpartum 3 aya uzayan yorgunluk periyodları belirlenmiş olup doğum sayısı, emzirme ve medeni durumun yorgunluk ile ilişkili olduğunu belirlemişlerdir. Yurtdışında yapılan diğer bir çalışmada kadınların büyük çoğunluğunun postpartum 6.-8. haftalarda yorgunluk düzeylerini ‘ölecek kadar’ şeklinde ifade ettikleri ve yorgunluğun günlük yaşam aktiviteleri ile yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği saptanmıştır (48). Ulukavak (38) postpartum dönemde kadınların kendi ifadelerine göre %24’ünün hafif düzeyde, %47.9’unun orta düzeyde, %28.1’inin şiddetli düzeyde yorgunluk hissettiklerini saptamıştır.

Lewitt (18) tarafından Medline’da 1996-2003 tarihleri arasında postpartum içerikli yapılan tüm çalışmalar taranmış olup 13947 çalışmadan sadece 19 tanesinin postpartum

yorgunluk ile ilgili olduğu belirlenmiştir. Bu durum konu ile ilgili daha fazla toplum tabanlı çalışmaların yapılması gerektiğini göstermektedir.

Sonuç olarak, yorgunluk tanımlanması zor bir fenomen olup gebelik ve postpartum dönemde kadınların takibinde aktif rol alan ebe ve hemşirelerin yorgunluk düzeyini ve etkileyen faktörleri belirlemeleri anne ve bebeğin sağlığının korunması açısından önemlidir.

Postpartum Baş Ağrısı

Baş ağrısının doğurganlık çağındaki kadınların %80'inden fazlasında görüldüğü ve başlıca sebebi olarak östrojenin geri çekildiği zamanlar (menstruasyon, gebelik, laktasyon, postpartum dönem) olduğu bilinmektedir.

Hemodinamik ve yapısal belirgin değişikliklerin yaşandığı gebelik ve postpartum dönemde günlük yaşamı belirgin şekilde etkileyebilen baş ağrılarının sıklığının belirlenmesi gerekli önlemlerin alınması açısından önem taşımaktadır (49). En çok bilinen baş ağrısı tipi olan migrenin görülme oranı %50-80 arasında değişmektedir. Birçok faktör gebelik boyunca baş ağrısını etkiler. Bunlar:

- Menstruasyon migren hikayesi (bunlarda %64 oranında gebelikte, olmayanlarda %48 oranında ağrı saptanmıştır.),
- Parite (multiparlarda primiparlara göre fazla görülmektedir),
- Gebelik boyunca değişen baş ağrısı deneyimleri,
- Emzirme (artan vazopressin ve oksitosin ile baş ağrısında azalma),
- Depresyon ve anksiyete (depresyon ve anksiyete gelişen kadınların %20-50'sinde baş ağrısı tanımlanmaktadır) (50,51).

Öztürk ve ark. (52) yaptıkları bir çalışmada gebelerin % 24.6'sının gebelik öncesinde, %17.9'unun gebelik sırasında baş ağrısı yaşadığını; en sık görülen birleşik ağrıların ise baş-omurga ve baş-boyun-omurga-bacak ağrıları (%14.6) olduğu belirlenmişlerdir. Yine aynı çalışmada 35 yaş üzerindeki gebelerde, multiparlarda, sigara içenlerde ve gebeliğin üçüncü trimesterinde olanlarda baş ağrısı görülme oranı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Paritenin baş ağrısı üzerine etkileri hakkında yapılan bir çalışmada, baş ağrısı hikayesi olan multiparların; %22'sinin gebelikte ağrısının arttığı, %33'ünün önceki gebeliğe göre ağrısının kötüleştiği, %44'ünde ise ağrı düzeyinin değişmediği saptanmıştır (50).

Postpartum dönemde baş ağrısı takibinin önemi ise doğumu takiben tekrar eski haline dönebileceği, patolojik baş ağrısından ayırt edilmesi gerekliliği ile annenin fiziksel ve

emosyonel sağlığının önemli bir parçası olmasıdır. Stein (53) ve arkadaşları postpartum 1. haftada tüm annelerin %39'unda baş ağrısında artma olduğunu saptamıştır.

Sances ve ark. (54) yaptıkları prospektif bir çalışmada; annelerin %4.3'ünde doğumdan sonra ilk 48 saatte, %34'ünde bir haftada, %55.3'ünde bir ayda migren tipi baş ağrısının geri geldiğini ve emzirme ile yaşın postpartum baş ağrısı üzerindeki etkisi ortaya koymuşlardır.

Psikolojik faktörler de baş ağrısı şikayetleri üzerinde etkilidir. Kronik başağrısı yaşayan annelerde postpartum depresyon görölme oranı %20-50 arasında değişmektedir (55).

Ebe ve hemşirelerin postpartum dönem ev ziyaretlerinde annelerdeki baş ağrısı ve bileşik ağrıları; sosyal destek, emzirme, beslenme, fiziksel ve emosyonel iyilik durumları, önceki gebelikteki baş ağrısı, menstrual baş ağrısı hikayeleri ile beraber sorgulayarak nedenlerini ortaya çıkarmaları önemlidir.

Postpartum Depresyon

Dođumdan sonraki emzirme dönemi ve bebeğin bir yaşına kadar olan zaman dilimi 'doğum sonrası hüžün', 'doğum sonrası psikoz' ve 'doğum sonrası depresyon' gibi psikiyatrik tabloların göröllebildiği önemli bir evredir. Postpartum depresyon (PPD), doğumdan sonra ilk yıl içinde göröllebilen, kendini üzgün, endişeli, umutsuz ve yalnız hissetme gibi duygularla karakterize bir durumdur (56,57). Parry (58) 'majör doğum sonrası depresyonu' kavramının kullanılmasını önermektedir. 'The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' (DSM-IV) duygu durum bozuklukları içinde yer alan PPD, 'postpartum başlangıç belirleyicisi' olarak bilinmektedir. 'International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems' (ICD-10) ise PPD'yi, 'lohusalıkla bağlantılı ve başka yerde sınıflandırılmamış ruhsal ve davranışsal bozukluklar' başlığı altında sınıflandırmıştır (59). Literatürlerde PPD görölme oranı farklı toplumlarda %10-15 arasında değişmektedir (60-64). Ülkemizde ise bu oran %14-40 arasında bulunmuştur (55,64,65).

Ülkemizde Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDS) kullanılarak yapılan bir çalışmada, doğum sonrası depresyon oranı kesme puanı 12 alındığında %19.8 iken, bu oran benzer bir çalışmada %23.7'dir (61,62). Ekuklu ve ark. (63) Trakya bölgesinde PPD oranını %40 gibi yüksek bir değerde bulmuşlardır.

Doğum sonrası duygusal değişimleri; hormonal değişimler, medeni durum, yaş, çocuk sayısı, obstetrik komplikasyonlar, prenatal dönemde anksiyete/depresyon, sosyal desteğin

yoksunluğu, ev ve çocuk bakımı ile ilgili yardım alma durumu, emzirme, yenidoğan sağlığı, annelik rolüne adapte olamama gibi durumlar etkiler (57,58,60,64,66).

Birçok kadın doğuma çok iyi uyum sağlarken, bazılarında ise hastaneye yatırımlarını gerektirecek ağır psikiyatrik tablolar gelişebilmektedir. Kadınların bu belirti ve bulgularında bahsetmedikleri ve bebeklerinin kendilerinden alınacağı korkusu ile PPD'yi yadsıdıkları sık görülür. Kadınlarda doğuma bağlı gelişen fizyolojik problemleri ve bebek bakımının güçlüklerini dikkate alan bazı sağlık çalışanları bile PPD tanısını koymakta geç kalabilmektedirler (55). Gebelik ve doğum sonrası dönemde ortaya çıkan birçok fizyolojik değişiklik (cinsel ilgide azalma, yorgunluk, genel vücut ağrıları vb.) depresyonda da görülen belirtiler olup hem tanıyı geciktirmekte hem de annenin yaşama kalitesini bozmaktadır (21,67). PPD doğumdan sonraki 2-3. haftalarda (olguların %80'inde ilk 6 hafta içinde) başlayabilir ancak başlangıç postpartum 2 yıla kadar da uzayabilir (68). PPD'ye erken dönemde tanı konulamaz ve etkin sağaltım sağlanamazsa ağırlaşabilir, kronikleşebilir ve tedaviye dirençli hale gelebilir (61,62,64,65). PPD gelişen annelerde aşırı yorgunluk ve tükenmişlik sıktır. Uyku problemleri gözlenirken erken sabah uyanmalarından çok uykuya dalmada güçlük vardır (21,64,65).

Postpartum dönemde fizyolojik problemlerin de artması düşünüldüğünden daha çok ruhsal sıkıntılar yaşanmasına rağmen kadınların çoğunun yardım aramadıkları, PPD'nin araştırılmasında sağlık çalışanlarının daha aktif rol oynamaları gerektiği, bu amaçla kendini değerlendirme ölçeklerinin de kullanılabileceğini belirlenmiştir (57,58,60).

Postpartum ilk yıl içinde yeni anne ile birçok kez iletişimde bulunan hemşire/ebeler depresyon belirtilerini izleyip, anneyi PPD açısından değerlendirebilirler (37). Postpartum dönemde standardize yapılan ev ziyaretleri ile kadınların dikkatle değerlendirilmesi, ailenin bilgilendirilmesi, doğumdan sonraki görüşmelerde sorulacak 'kendinizi nasıl hissediyorsunuz' sorusu bile bilgi verici yönü ile önemlidir (60,61,64).

Postpartum dönemde ebe ve hemşirelerin, annelerin fiziksel semptomların da bir parçası sayılan emosyonel problemlere yönelik izlemlerini titizlikle yapmaları bireye etkili yardım sağlamada beceri kazanmalarını sağlayacaktır.

Postpartum Uyku Bozuklukları

Horlama ve uyuklama genel popülasyonda sık görülen uyku bozukluklarıdır. Buna ek olarak, uyku boyunca tekrarlayan apne episodlarıyla karakterize 'Uykuda Solunum

Bozuklukları' ve 'Obstrüktif Uyku Apne Sendromu' prevalansları %3.7 ve %2.1 olup kadınların yaşam kalitelerini ve günlük yaşam aktivitelerinin etkilemektedir (69).

Gebelikte anatomik ve endokrin değişimler uyku bozukluklarının prevalansını da değiştirmektedir. Örneğin östrojen düzeylerindeki artış hava yollarındaki hiperemi, hipersekresyon ve mukozal ödeme neden olabilir ve özellikle son trimesterde kadınların üst hava yollarında tıkanıklık ve horlamaya neden olabilir. Diğer yandan artan progesteron düzeyleri respiratuvar mekanizmanın sensitivitesini artırarak takipneye yol açabilmektedir. Gebelerin uyku bozukluklarının gebelikte ortaya çıkan preeklampsi, fetal büyüme geriliği ile ilişkili olabileceği de unutulmamalıdır (70). Gebelik dönemindeki uyku bozuklukları araştırılırken kullanılan testlerde uykuya dalmada güçlük, uyanmakta güçlük, gözlenen apne ve tıkanma, horlama sıklığı, fiziksel performansın düşmesi ile günlük yaşam aktivitelerindeki değişiklikler incelenmektedir (71).

Postpartum dönemde ise uyku bozuklukları ile prematüre bebek, bebek davranışları, yorgunluk, depresyon başta olmak üzere diğer fiziksel semptomların varlığı ile parite, doğum metodu, emzirme ve eş desteği arasında kuvvetli ilişki olduğu bilinmektedir (72-78). Ancak bu dönemde görülen uyku bozuklukları ile ilgili çalışmalar sınırlı olup sağlık personellerinin desteğinin önemli olduğu bilinmektedir. Özellikle postpartum ilk aylardaki uyku bozuklukları yenidoğanın gece yarısı beslenmesi, bakımı ve uyku düzeni ile ilişkilidir (79). Kadınların postpartum dönem uyku alışkanlıklarını araştırmak, polisomnografi gibi objektif uyku ölçme araçlarının kullanımının azlığı, uyku günlükleri gibi subjektif ölçeklerin bilinmemesi ve uyku problemlerinin önemsenmemesinden dolayı zordur.

Literatürde parite ve doğum metodunun uyku bozuklukları ile arasındaki ilişkiye bakıldığında primiparların ve sezaryen yapılanların multiparlara göre uyku düzenlerini daha geç sağlayabildikleri belirlenmiştir (80).

Postpartum dönemde laktasyon ve uyku arasındaki ilişkiye bakıldığında, laktasyon dönemindeki östrojen ve progesteron düzeylerindeki değişme ile prolaktinin artması büyük psikolojik değişimlere dolayısıyla uykusuzluğa yol açtığı belirlenmiştir. Özellikle emzirme saati annelerin uyku düzenlerini önemli derecede etkilemektedir (81). Postpartum 12 haftada bebeklerini emziren ve biberonla besleyen annelerin uyku düzenleri araştırılmış ve biberon ile besleyen annelerin prolaktin ve büyüme hormonları diğer gruba göre daha az salgılandığı, ancak uykudan daha fazla yararlandıkları belirlenmiştir (79). Postpartum uyku bozuklukları ile postpartum 3. gün, 3, 6 ve 9. haftalar arası pozitif korelasyon bulunmuştur (77). Konu ile ilgili 550 kadını içeren büyük bir çalışmada, kadınların postpartum 8 haftada günlük 6 saatten

daha az uyuyabildikleri ve bunun yenidoğanın uykusuzluğu, yorgunluk ve postpartum depresyon ile ilişkili olduğu saptanmıştır (82).

Postpartum uyku düzensizliklerini araştırırken diğer fiziksel ve emosyonel semptomlar, uyuklamanın günlük görevleri etkilemesi, gündüz uyuklama, yenidoğan sağlığı ve uykuya dalmada güçlük gibi faktörlerin araştırılması gerekmektedir (79).

POSTPARTUM DÖNEM KAS-İSKELET SİSTEMİ PROBLEMLERİ

Doğum sonrası anneler özellikle karın, bel, sırt, kol, omuz, boyun ve bacak güçlenmesine ihtiyaç duymaktadır. Vücudun güçsüz bölgelerine binen aşırı yük bu bölgelerde ağrılara sebep olmaktadır. Anneler doğum sonrası çocuklarını kucaklarında vücut mekaniklerine uymayan şekilde taşıdıkları için boyun, omuz, sırt ve bel ağrısı çekmektedirler.

Kas-iskelet sistemi problemleri gebeliğin genellikle 5-7. aylarında görülmekle birlikte ilk trimesterde da ortaya çıkabilmektedir ve genellikle doğumu takiben 1-3 ayda kendiliğinden geçtiği düşünülmektedir. Literatürde gebelik öncesi bel ağrısı varlığı, çoğu vakada kendiliğinde iyileşme gözlemlendiği için geçmişte sağlık profesyonelleri tarafından normal gebeliğin önemsiz ve kaçınılmaz bir şikayeti olarak kabul edilmiştir. Bu nedenle bu problemlerin etkin tedavisi veya risk altındaki gebelerin erken belirlenmesi mümkün olamamaktadır (83-85,86).

Gebelik sırasında aşırı bir rahatsızlık vermese de doğumu takiben sırt ağrısı gelişebilir. Fetusun pelvisten geçmesi sırasında eklemlerin gerilmesi, epidural anestezi nedeniyle veya doğum/perineal tamir sırasındaki litotomi pozisyonundan dolayı sırt/bel ağrısı görülebilir. Ayrıca desteksiz emzirme ve alt değiştirme pozisyonları, gerginlik ve yorgunluk gibi faktörler de bu problemlere yol açabilmektedir (87). Yapılan bir çalışmada gebe kadınların %67'sinde bel ağrısı tespit edilmiş ve bunların %42'sinde ağrının postpartum 6 ay, %37'sinde 18 ay devam ettiği belirtilmiştir. Ağrı tipik olarak alt bel bölgesinde, sakroiliak eklemler ve simfizis pubis civarındadır. Yürüme, öne eğilme, yük kaldırma, taşıma gibi bel ve pelvis kullanımını gerektiren aktiviteler ağrıyı aktive etmektedir. Semptomlar sabahları orta derecede iken akşamları artmaktadır (88).

Pelvik ağrı, özellikle doğumdan sonraki ilk hafta annede büyük rahatsızlığa neden olmaktadır. Bel ağrısı genellikle doğumdan sonraki ilk bir hafta ile bir ay içinde görülmektedir. TNSA 2003'de annelerin ifadelerine göre, postpartum pelvik ağrı kadınların %57.4'ünde, şiddetli bel ve sırt ağrısı ise kadınların %44'ünde yaşanmıştır (25).

Postpartum dönemde bel ağrısı sorgulanırken üriner sistem patolojileri, osteoartrit, malignitelerin de ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır. Benzer şekilde omuz ağrılı hastalarda, ağrının lokal bozukluktan mı, sistemik bir hastalıktan mı yoksa başka yerden mi yansıdığını teşhis etmek gereklidir. Özellikle hastanın mesleğine, kronik hastalıklarına ve genel ruhsal durumuna dikkat edilmelidir (88).

POSTPARTUM DÖNEM MEME PROBLEMLERİ

Emzirme tekniğinde yapılan uygulama hataları memenin yeterli boşaltılamaması, bebeğe yanlış pozisyon verme, hijyene dikkat etmeme, düzenli süre ve sıklıkta emzirmeme gibi değişik faktörler emzirme süresince annenin memeye ilişkin değişik sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir. Postpartum dönemde meme problemleri sık görülüp bunlar: meme ucu çöküklüğü, meme ucu hassasiyeti ve çatlaması, meme dolgunluğu (engorjman) ile mastitistir (89).

Meme Ucu Çöküklüğü

Bebeğin emmesini önemli derecede etkileyen bir sorundur. Bu sorunun doğum öncesi dönemde tespit edilmesi sorunun erken çözümlenmesini sağlayacaktır. O nedenle bu sorunu yaşayan anneler doğumdan sonra ilk günlerde daha yoğun desteklenmelidir. Çökük meme ucunu çıkartmak için anatomik göğüs kalıpları sütyenin içine yerleştirilerek kullanılması önerilmektedir. Literatürde meme ucu masajı artık önerilmemektedir (90-92).

Meme Başı Çatlakları

Memede bebeğin uygun yerleştirilmemesi veya uygun şekilde ayrılmamasıyla oluşmaktadır. Meme başı çatlağı genellikle emzirmenin ilk haftasının sonunda ya da on güne kadar iyileşmektedir.

İlk emzirmeye başlandığı dönemde az miktarda acı hissetme doğal karşılanmalıdır. Bebek doğru emzirildiği sürece meme başı çatlakları, veziküller ve meme başında kanama gibi durumların olmaması gerekir. Bu sorunlar bebeğin yanlış emzirilmesinden kaynaklanmaktadır (89-92).

Engorjman (Meme Dolgunluğu)

Laktasyon döneminin başında memelerde normalde beklenen venöz ve lenfatik dolgunluğun ve buna bağlı gelişen ödemin aşırı olması ile meme alveollerine ve kanallarına dolan sütün boşalamamasıdır. Primiparlarda multiparlara göre daha sıktır. Tıkanma tedavi

edilmezse enfeksiyon gelişebilir. Özellikle gece boyunca bebeği uyuyan anneler sabahları, ya da gündüz boyunca emzirmeye zamanı olmayan anneler akşamları bu durumla karşılaşabilirler. Uygun bir esnekliğe sahip olmayan, yani memeleri ‘sıkan’ sütyenler de kanalların sıkışarak tıkanmasına neden olabilir (92-94).

Mastitis

Meme dokusunun inflamasyonu olarak tanımlanmaktadır. Mastit noninfektif inflamasyon veya infektif mastit şeklinde olabilmektedir. Noninfektif mastit, süt kanallarının tıkanması sonucu gelişmektedir. Süt kanalı tıkandığı zaman alveoler çok gerilir ve süt çevre dokulara geçer. Hücrelerarası dokuya süt geçince immün sistem aktive olur ve noninfektif inflamasyon gelişmektedir. Aynı zamanda vücudun üst bölüm ile ilişkin ağır egzersizler de hücrelerarası süt geçişine neden olabilir. Bu nedenle ağır egzersizler memelerin boşaltılmasından sonra yapılmalıdır. Tedavi edilmezse infektif mastit gelişebilmektedir. Infektif Mastit, genelde stafilokokus aureus’un neden olduğu bir enfeksiyondur. Mikroorganizmalar bebekten veya çevreden bulaşabilmektedir. Mikroorganizma meme çatlağı yolu ile kanallara geçebilmekte ve genelde bir lobta süt akımını durması ile başlamaktadır. Önceleri bölgeseldir ancak daha sonra yayılmaktadır. En sık olarak memenin üst dış kadransında gelişmektedir. Memede şişlik, sıcaklık, kızarıklık ile beraber annede ateş, halsizlik ile beliren durumdur. Enfeksiyon anne memesine ya annenin kendi eli ile ya da sağlık personelinin elinden ya da bebek odasında enfeksiyonla karşılaşmış bebek yolu ile taşınır. Memede çatlak veya süt kanalları tıkalı ise enfeksiyon daha kolay yerleşir (90-94).

Yapılan çalışmalar ileri anne yaşı, parite, sosyo-ekonomik düzeyin ve doğum metodunun meme problemleri üzerindeki etkili olduğunu belirlemiştir (89,90,92,93). Bir çalışmada; annenin vajinal doğum sonrası ortalama 2.5 gün, sezaryen sonrası ortalama 5 gün hastanede kalmalarının emzirme problemlerinin oluşmasında önemli rol oynadığı saptanmıştır. Düşük eğitilmiş, ekonomik problemleri olan, sigara kullanan, eş desteği almayan, sezaryen olan, prematüre bebeği olan annelerde engorjman ve mastitin ilk 6 günde yoğun yaşanmasına karşın, ağrılı ve çatlamış meme ucu problemlerinin postpartum 4-8 hafta da devam ettiği belirlenmiştir (90).

Gözüm ve Kılıç (22) kadınların %71.8’inde meme problemleri saptamış olup bu problemlerin en çok postpartum 1. haftada görüldüğünü belirlemiştir. Vural ve Akan (8) annelerin %51.7’sinin memelerinde bazı sorunlar geliştiğini, bu sorunların başında meme ucu çatlağı (%45.2) ve ağrı (%18.6) olduğunu saptamışlardır (22).

Meme problemlerinin yarattığı ağrı ve stres durumlarıyla emzirme sürecini etkilediği hatta annelerin emzirmeyi bırakabilecekleri düşünülüp postpartum dönemdeki meme problemlerinin araştırılması ve risk faktörlerinin belirlenmesi anne ve çocuk sağlığı açısından önemlidir.

POSTPARTUM DÖNEM ÜRO-GENİTAL PROBLEMLER

Kadınların Postnatal Perineal Morbiditeye (PPM) maruz kaldıklarını gösteren veri çöktür. Bunlara ek olarak perineal travma (inkontinans, perineal ağrı, disparoni ve prolapsus), parite ve doğum metodu bu riskleri arttırmaktadır. PPM, perine veya pelvik tabandaki rahatsızlıklar olup görülme sıklığı %50'dir (95).

Sağlık Bakanlığının hazırlamış olduğu 'Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'nde; annelerde kanama, idrar problemleri sorgulanırken perine muayenesi ve sezaryen insizyon yerinin kontrolü de önerilmektedir (96).

Disparoni

Kadınlarda ağrı ile ilgili olarak görülen cinsel işlev bozukluklarının kapsamında yer alan bozukluklardan birisi disparonidir. Disparoni, penisin vajinaya girişi esnasında introitus ve vajinada ağrı hissi şeklinde yüzeysel, penetrasyonun en fazla olduğu anda alt abdominal bölgede ağrı hissiyle derin olmak üzere iki şekilde ele alınabilmektedir. Kadınların yaklaşık %15'i yaşamlarının bir döneminde disparoni yaşayabilmekte, hatta %1-2'sinde ise ağrı tedavi gerektirebilecek kadar şiddetli olabilmektedir (97).

Disparoninin yaygın olarak yaşandığı dönemlerden biri de postpartumdur. Postpartum dönemde cinsel ilişkiye başlama, kültürel-dini faktörler, annenin yaşı, emzirme, etnik köken, östrojen azlığı nedeni ile vajinal lubrikasyonda azalma, vajinal doğum nedeni ile perinedeki yara, yırtıklar, epizyotomi ve dikişler ve doğum sürecinde ortaya çıkan laserasyonlara bağlı gelişebilmektedir (98). DSÖ'ye göre postpartum 8. haftada kadınların %71'i, 10. haftada %90'ı cinsel ilişkiye başlamaktadır. Ülkemizde de benzer olarak cinsel ilişkiye başlama genelde postpartum 40. günden sonradır. Postpartum disparoninin etyolojisi açık değildir (97). Goetsch'ın (99) yaptığı çalışmada birinci doğumdan sonra %42, ikinci doğum sonrası %47, normal doğum yapan kadınlarda %42, sezaryen ile doğum yapanlarda %29 oranında disparoni geliştiği belirlenmiştir. DSÖ emziren kadınların 1. ayda cinsel isteklerinin az olduğunu bildirmiştir. Goetsch ise emziren kadınların %41'inde, emzirmeyenlerin %22'sinde disparoni geliştiğini saptamıştır (99).

Postpartum dönemde ileri doğum yaşının, doğum şeklinin, laserasyon olup olmamasının ve emzirme durumunun disparoni riskini arttırdığını, disparoni ile postpartum depresyon arasında karmaşık bir ilişkinin olduğu söylenebilir. Postpartum disparonin, önemli bir üro-genital sağlık problemi olup sağlık profesyonelleri tarafından sorgulanması disparoni gelişimini etkileyen faktörlerin ortaya çıkarması açısından önemlidir (100,101).

Sezaryen İnsizyon Yeri ve Perineal Ağrı

Perineal ağrı, perinenin üçüncü ve dördüncü derece yırtıkları ile epizyotominin temelini oluşturduğu perineal travma arasında yakın bir ilişki mevcuttur (102). ‘Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi’ne göre sağlık çalışanlarına annelerin sezaryen insizyon yeri ve perine ağrısı takibi önerilmektedir (96).

Perineal travmanın kısa süreli komplikasyonları: kanama, enfeksiyon, doğum sonrası ağrıyı içermektedir. Uzun süreli etkileri ise disparoni, idrar inkontinansı yanında flatus ve feçes inkontinansı olarak bilinmektedir (103). Morbiditeye yol açan perineal ağrı parite, epizyotomi, epizyotomi dikişlerinin açılması, perine yırtıkları ve doğumun bitiş zamanına bağlıdır. Doğumdan sonraki iki hafta içerisinde kadınların en az %20’si perineal ağrı hisseder ve pek çoğu doğumdan sonraki sekiz hafta boyunca bu ağrılardan şikayet eder. Kadınların yaşadıkları perineal ağrı, günlük yaşam aktivitelerini engeller. Dahası rahat oturma pozisyonunu engellediği için emzirmeyi daha zor hale getirir. Ayrıca fiziksel kapasite ve cinsel aktiviteleri de olumsuz yönde etkiler (104). Perineal ağrı annenin bebeğe olan yaklaşımında değişikliklere sebep olur ve doğum sonrası psikolojik rahatsızlıklara etki eden faktörler arasında yer alabilir. Pek çok kadın için bu ağrı göreceli olarak doğumdan hemen sonra biterken bazılarında (%7-8) üç aya kadar sürebilir (105-108).

İsveç’te postpartum problemleri araştıran bir çalışmada postpartum 4-8 haftalarda perineal ağrı %15.6 oranında görülürken bu oran bir yılın sonunda %4.7 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca postpartum 2. ve 1. yıllarda perineal ağrı ve dizüri başta olmak üzere ürogenital problemler arasında kuvvetli bir ilişki saptanmıştır (23). Türkiye’de yapılan çalışmada ise kadınların %30.4’ünde epizyotomi ağrısı, %14.3’ünde vajinal enfeksiyonlar saptanmıştır (22). Türkiye’de, sezaryen oranının yüksek olması, erken taburculuğun yaygın olması ve annelere yeterli takip, danışmanlık ve bakım yapılamaması sezaryen insizyon yeri ağrı ve enfeksiyonlarının görülmesinin nedenleri arasında yer almaktadır (96,108).

Doğum sonrası ebe ve hemşirelerin, anneleri perineal ağrı ve sezaryen insizyon yeri bakımından takibi günlük aktivitelerine daha çabuk adapte olmalarını ve yaşam kalitelerini arttırması bakımından önemlidir.

Stres İnkontinans

Genital ve üriner sistemler ortak embriyonik kökene sahip olduklarından dolayı genitoüriner sistem adı altında toplanır ve birbirlerinden ayrılmazlar. Bu komponentlerdeki her bozukluk, pelvik tabandaki fonksiyonel anatomi ve çevre dokuların fonksiyonuna olan etkisi şeklinde değerlendirilmelidir. Pelvik tabanın çizgili kasları ve fasial bağlantıları, pelvik organların yer değiştirmelerini önlemek, kontinansı sağlamak ve boşaltım aktivitelerinin kontrolünü sağlamak için bütün pelvis boyunca beraber çalışırlar. Kontinans, kişinin istediği yer ve zamanda kontrollü idrar yapmasıdır. İntraüretal basıncın, mesane basıncından daha yüksek olması ile sağlanır. Uluslararası Kontinans Topluluğu (ICS) tarafından inkontinans, sosyal ve hijyenik sorunlara yol açan ve objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaçırma olarak tanımlanmıştır. Kadınların 1/4'ünün istemsiz idrar kaçırdığı belirlenmiş olup bunların 1/3'ünün sorunlarına çözüm aradığı ve doktora giderken 9 yıl geçirdikleri tespit edilmiştir. Mesane disfonksiyonu sosyal ilişki ve aktiviteleri azaltarak, emosyonel ve psikolojik iyilik hissini ve seksüel ilişkiyi etkileyerek yaşam kalitesini düşürmektedir. Tüm kadınların yaklaşık %50 kadarı hayatları boyunca en az bir kere inkontinans geçirir, %10 kadarı ise sürekli inkontinans hastasıdır (109).

İnkontinans etyolojisinde; yaş, kilo, hormonal durumlar, hastalıklar, ırk, kabızlık yanında doğum travması (sinir-kas-konnektif doku yaralanması) ve erken postpartum dönemde aktif-ağır bir çalışma temposuna dönülmesi yer almaktadır (4,110-112).

Doğum ile inkontinans arasındaki bir ilişki kurulması yaygın olarak kabul gören bir durum olup majör risk faktörleri şunlardır:

- Vajinal doğumlarda fetal ağırlığın 4000 gr üstünde olması,
- Uzamış doğum eylemi,
- Paritenin artması,
- Geniş epizyotomiler,
- Operatif vajinal doğumlar,
- Epidural anestezi,
- İlk doğumda maternal yaşının ileri olması,
- Doğumda maternal 'Beden Kitle İndeksi' (BKİ) >30 olması (113,114).

Çoğu kadın ara sıra hapsirirken veya gülerken idrar kaçırdığını belirtirken, sosyal ve hijyenik bir problem haline gelen üriner inkontinans 18-64 yaş grubunda %8-42, 65 yaş üzerinde %11-59, tüm yaş gruplarında %25 (%8-59) saptanmıştır (109-112). Ülkemizde ise kadınlarda üriner inkontinans ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Turan ve ark. (115) tarafından doğurganlık çağındaki kadınlarda üriner inkontinans prevalansı %24.5 olarak saptanmıştır.

Kadınlarda görülen üriner inkontinansın çeşitli tipleri bulunmaktadır. Bunlardan en sık görüleni ise stres üriner inkontinanstır. Stres inkontinans, karın içi basıncı yükselmesine bağlı olarak (öksürme, gülme, aksırma gibi) irade dışında idrar kaçırmadır (116). Üriner inkontinanslı kadınların %30-60'ının stres üriner inkontinanslı olduğu belirtilmektedir (117,118).

Gebelik ve postpartum dönemde pelvik kas gücünün %22-35 oranında zayıflaması sonucu üriner inkontinansın meydana geldiği düşünülmektedir. Postpartum dönemdeki üriner inkontinans gelişimi ile doğum sayısı arasında güçlü bir ilişkinin olduğu belirtilmektedir. Multiparlarda nulliparlara göre daha fazla üriner inkontinans görüldüğü bilinmektedir (119). Normal doğum, üretral tonusun yitirilmesine yol açabilecek şekilde denervasyon, fibrozis, uzun ve kısa dönemli yumuşak doku ve sinir hasarı oluşturabilmektedir (116,117). Eskiden isteğe bağlı sezaryenin üriner inkontinansa karşı koruyucu olduğuna inanılmaktaydı. Son zamanlardaki veriler, sezaryen ile doğum yapmanın üriner inkontinansın önlenmesinde yeterli olmadığını göstermektedir. Doğum sonrası dönemde üriner inkontinans görülmesinde en büyük etkenin, gebelikte üriner inkontinansın görülmesi olduğu düşünülmektedir (120-128).

Van Brummen ve ark. (123) sezaryen ve vajinal doğum yapan kadınlar arasında gebelikleri sırasında alt üriner yola ait semptomlar bakımından hiç bir fark olmadığı saptamışlardır. Stres üriner inkontinansın prevalansının sezaryen doğumu yapan grupta postpartum üçüncü ayda %7.5 ve 12. ayda %21.7 olduğu belirlenmiştir.

Türkiye'de postpartum dönemdeki inkontinans üzerine yapılan bir çalışmada, annelerin %42.4'ünde stres inkontinans, % 33.1'inde urge, %18.3'ünde miks tip inkontinans saptanmış ve toplumumuzun çok doğurgan olması, postpartum bakım ve eğitim eksikliği üzerinde durulmuştur. Yine aynı çalışmada kadınların %54.5'inde psikososyal açıdan etkilendiği ve %40.9'unun bu sorun nedeni ile doktora başvurduğu belirlenmiştir (129).

Anneler postpartum dönemde inkontinansa bağlı olarak devamlı ıslaklık, rahatsızlık, emosyonel durumda bozulma hisseder; seksüel yaşamları ve günlük yaşam aktiviteleri

etkilenmektedir. Kadınların bu durumu önlemek için sosyal ve fizik aktivitelerini hatta sıvı alımlarını bile kısıtladıkları bilinmektedir (120-128).

Vajinal doğumla sezaryen doğumlar arası karşılaştırmada sezaryen doğum sonrasında da vajinal doğuma yakın oranda inkontinans saptanmıştır. Demirci ve Kızılkaya (127) tekrarlayan sezaryen olgularında vajinal doğum ile benzer stres inkontinans oranları bulmuşlardır. İnkontinans ile postpartum yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada inkontinansı olanların %65.7'sinin yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği hatta %18.3'ünde asosyalleşme, depresyon geliştiği vurgulanmıştır. Birçok kadının tıbbi tedavi aramasındaki gecikme nedeniyle hastalığı ilerletmekte ve bu nedenle kadınlar daha karışık ve pahalı tanı ve tedavi sürecinden geçmek zorunda kalmaktadır. Genel hemşirelik yaklaşımında, kadınların postpartum dönemde hangi nedenlere bağlı olarak istemsiz idrar kaçırdıklarının araştırılması, sosyal ve hijyenik problemlerle yol açması sebebiyle önem arz etmektedir.

Dizüri

Dizüri, postpartum morbiditenin önemli nedenlerinden biri olan üriner sistem enfeksiyonlarının belirtilerinden biridir. Postpartum dönemde kadınların yaklaşık %2-4'ünde bakteriüri görülebilir. Doğum sonrası hipotonik halde kalan mesane ile alt üriner sistemde rezidüel idrar, reflü sonucu mevcut olan yatkınlık, kateterizasyon, doğum travması, sık vajinal muayene, kontaminasyon sonucu kendini enfeksiyonla (sistitis, pyelonefrit) gösterir. Sezaryen sonrası %2-16 oranında üriner sistem enfeksiyonu ortaya çıkabilir. Annenin preoperatif sağlığına, operasyon ve sonrasında üriner kataterin kalış süresine bağlıdır (3,4, 30).

Hastanede kalış süresince idrar yolu enfeksiyonlarının sıklığı %1.7 oranındadır ve bunların %65'i mesane kateterizasyonuna sekonder olarak gelişmektedir. Bu tipteki enfeksiyonların sıklığı nedeniyle günümüzde yoğun olarak yapılan sezaryen operasyonlarında artık rutinde üriner kateterizasyon yapılmasının gerekli olmadığı konusunda yaklaşımlar bulunmaktadır (30,130).

Doğumdan kısa süre sonra annenin idrar yapması sağlanmalıdır. Dolu mesane uterus kontraksiyonlarını ve involüsyonunu engelleyecektir. Doğum eylemi ve doğuma bağlı olarak erken postpartum dönemde mesane mukozası ödemlidir. Doğum sonrası erken dönemde mesanede aşırı dolma, yetersiz boşalma veya idrar kaçırma sık karşılaşılan problemlerdir. İdrar yollarındaki bu staz lohusaların %50'sinde doğum sonrası 12. haftaya kadar devam eder (4, 32,131).

Doğum sonrası özellikle 2.-5. gün, 2. haftalarda istem dışı idrar kaçırmanın yanında idrar yaparken yanma varlığı da sorgulanmalı ve gerekli yerlere yönlendirme sağlanmalıdır (96).

Perinal Kanama

Postpartum kanama, dünyada anne ölümüne sebep olan en önemli nedenlerden biridir. Özellikle vajinal yolla doğum yapan kadınların %5-6'sında postpartum kanama görüldüğü bilinmektedir. Postpartum kanama, doğum eyleminin üçüncü aşaması tamamlandıktan sonra 500 ml ya da daha üzerindeki kan kaybı olarak tanımlanmaktadır. Doğumdan sonra ilk 24 saat içinde (erken postpartum kanama) ya da 24 saat ile 6 hafta arasında (geç postpartum kanama) olmaktadır (4,30,32,130,132).

Erken postpartum kanamaların en önemli iki nedeni uterus atonisi ve doğum eylemine bağlı travma olup %80'inin sebebi uterus atonisidir. Uterus atonisinde, fundus abdomenden zor palpe edilir, yumuşak ve gevşemiş olarak ele gelir, masajla tonüsünü kazanır ancak tekrar gevşer, uterus beklenen seviyesinden daha yüksekte hissedilir ve ciddi kanama vardır (30,130-133).

Erken postpartum kanamanın en önemli ikinci sebebi doğum kanalında travma olup vajinada, servikte ve perinede yırtık ya da hematoma kapsamaktadır. Servikal yırtıklar, genellikle doğumun birinci evresinde servikal dilatasyon sırasında görülürken perine, vajina ve periüretal alandaki yırtıklar ise doğumun ikinci evresinde fetal başın hızla inmesi ya da müdahaleli doğum nedeniyle görülmektedir. Bu tür kanamalar genellikle açık kırmızıdır. Hematom vakum ya da forseps kullanılan doğumlarda olduğu kadar kendiliğinden doğumlarda da yumuşak dokunun yaralanmasına bağlı olarak gelişmekte olup vulva, vajinal ya da retroperitoneal alanda görülebilmektedir (4,30,130-133).

Geç postpartum kanamanın en önemli nedenleri uterusun subinvolüsyonu ve plasenta retansiyonudur. Uterusta kalan parça pıhtılaşır ve bu pıhtı dışarı atılırken ciddi kanama görülür. Geç postpartum kanama, genellikle kadın hastaneden taburcu olduktan sonra görüldüğünden anneler için beklenmedik bir tehlike olabilir (133).

Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'ne göre, ebe ve hemşireler doğumu takiben ilk gün hastanede kanama miktar ve niteliği ile uterus involüsyonunu değerlendirebilmeli, doğum sonrasında 20-30 dakika içerisinde 2-3'ten fazla peti kirletecek kanaması olması, sürekli kan gelişi, pıhtı çıkışı veya renginin açık/parlak kırmızıya dönmesinin normal olmayan fazla miktardaki doğum sonrası kanamayı işaret ettiğini bilmelidir. Doğum sonrası 2.-5.

günler arası ile 2. ve 6. haftalarda evde veya sağlık kuruluşlarında perineal kanama hakkında anneler bilinçlendirilmelidir (96).

POSTPARTUM DÖNEM GASTROİNTESTİNAL SİSTEM PROBLEMLERİ

Postpartum dönemde annelerde takip edilmesi gereken diğer bir durum da parite ve doğum metodu üzerinde etkili olan gastrointestinal sistem problemleri olup bunlar: hemoroid, kontipasyon, distansiyon, anal ve flatus inkontinansı ve bulantıdır (2-5,20).

Genellikle barsak fonksiyonları üç-dört gün sonra normale döner. Doğumdan sonra progesteron düzeyinin düşmesine rağmen doğum öncesi yapılan lavman, doğum sonrası bir-iki gün az besin alımı, beden hareketlerinin az olması gibi nedenlerin yanında perinenin ağırlı olması erken defekasyonu inhibe eder ve bu da konstipasyon gelişmesine neden olur. Ayrıca perinedeki dikişler nedeniyle anne ağrı duyma korkusuyla defekasyondan kaçır (4,5,8,20).

Hemoroid, anal mukoza altındaki kapillerlerin variköz dilatasyonu olup gebelikte prevalansı % 24.8 olarak artış göstermektedir. Hemoroidlerde erozyon ve kanama olabileceği için gebelik döneminde olduğu kadar postpartum dönemde de hastaların takip ve tedavisi önemlidir. Hemoroid takibinde kabızlık, mesleki bilgi, bebek kilosu, travay süresi, parite, obezite ve varis varlığı önemlidir (134).

Erken postpartum dönemde özellikle sezaryen ile doğum yapan annelerde abdominal distansiyon problemi sık görülmektedir. Barsakların yer değiştirmesi yanında konstipasyon ve hemoroid varlığı da distansiyona neden olmaktadır (4). ‘Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi’ne göre ebe ve hemşirelerin doğumu takiben normal doğum yapan kadınlarda perine yanında karında fazla ağrıyı, sezeryanla doğum yapanlarda ise batın muayenesinde distansiyon takibi yapmaları önerilmektedir (96).

Anal inkontinans, anal kanaldan istemsiz dışkı (fokal inkontinansı) veya gaz (flatus inkontinansı) kaçırmadır. Anal inkontinans terimi fokal inkontinansa göre istemsiz gaita kaçırmaya nedeniyle daha çok şey ifade etmektedir. Birçok kadın gaita kontrolü yapmalarına karşın flatus inkontinansı yaşamaktadırlar. Toplumda üriner inkontinans konuşulur hale gelse de fokal ve flatus inkontinansı hala tabu halinde kalmıştır. Geniş bir araştırmada farklı derecelerde anal inkontinans prevalansı %7.1 olarak tespit edilmiştir. Anal inkontinansın gelişiminde etkili faktör olarak parite ve doğum metoduna bağlı direk anal sfinkter zedelenmesi ve pudental sinirin nöropatisi olmak üzere iki görüş önemli yer tutar. Birçok çalışma ilk doğumdan sonra %35-41 oranında anal sfinkterin bütünlüğünde hasarlanma olduğunu göstermiştir (135-137). Bunların birçoğu asemptomatiktir ve ömür boyu böyle kalır. Ancak azımsanmayacak bir kısmında da

hasara inkontinans eşlik eder. Buradaki önemli diğer bir konu postpartum dönemde barsak kontrolü hakkındaki eksiksiz öyküde diyarenin de sorgulanması gerekmektedir. Van Brummen ve ark. (138) yaptıkları çalışmada, 487 kadının ilk doğumu sonrası 12. ayda inkontinans oranını %2.6 olarak bildirmişlerdir. Gizli sfinkter hasarının hayatın ilerleyen yıllarında önemli bir risk faktörü olduğunu göstermişlerdir.

Doğum şekliyle fekal inkontinansı, doğum sonrası erken dönemde bağlantılı gözükse de ilerleyen yıllarda bu oranın ortadan kalktığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Diğer bir deyişle doğum şeklinin fekal inkontinansına etkisi yaşla azalmaktadır. Nygaard ve ark. (139) doğum şekli ne olursa olsun fekal inkontinansının doğumdan 30 yıl sonraki prevelansının benzer olduğunu bildirmişlerdir.

Yapılan diğer bir çalışmada, primipar spontan doğumlardan sonra fekal inkontinansı oranı postpartum 6. hafta ve 9. ayda sırası ile %0 ve %5.5 iken, bu oranlar primipar operatif doğumlardan sonra % 4 ve % 23 olarak belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada travayda sezaryen sonrası anal inkontinans oranı postpartum 6. haftada %3 iken elektif sezaryen sonrası anal inkontinans %1 olarak saptanmıştır (23).

Postpartum dönemde kadınlarda takip edilmesi gereken diğer bir gastrointestinal problem ise bulantıdır. Kadınlarda bulantı probleminin özellikle; hipertansiyon, postpartum kanama, oksitosik ilaç kullanımı, üriner ve gastrointestinal sistem enfeksiyonları ile depresyonun birer belirtisi olması açısından önemi bilinmelidir (96).

Kadınlardaki fekal ve üriner inkontinansın sosyal tıbbi ve finansal boyutları bu hastalığın patofizyolojisini anlamamızı gerekli kılmaktadır. İnkontinans ile gebelik ve doğumun ilişkisi özellikle primipar kadınlarda gebelik öncesi, doğum sırası ve sonrasında alt üriner alan ve anal sfinktere yönelik uzun vadeli çalışmalar ile açıklığa kavuşabilir.

KENDİ SAĞLIĞINI ALGILAMA DÜZEYİ

Günümüz sağlık anlayışı, birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren, erken tanı koyduran, hastalıktan çok sağlık merkezli tıbbi yaklaşımı öngören bir anlayıştır. Bu anlayışla bireyin iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek uygulamalar, bireylere bu konuda öz sorumluluğu da yükleyerek kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını da sağlamak üzerine dayandırılmıştır. Bireyin kendi sağlığına yönelik doğru kararlar ve doğru davranışlar içinde olması da kendi sağlığını nasıl algıladığı, sağlık durumu ve sorunları ile ilgili farkındalığı ile ilişkilidir. Bu durum bireylerin kendi sağlık düzeylerinin algılamaları ile ilgili çeşitli ölçekleri ortaya çıkarmıştır (140,141).

Sağlığı algılama biçimi, kişilerin genel olarak kendi sağlık durumlarını değerlendirmelerine dayanır ve sağlığın çok boyutluluğunu yansıtan, kişinin biyolojik, ruhsal ve toplumsal durumunu kendisinin değerlendirmesine olanak sağlayan basit ama güçlü bir göstergedir (142).

Sağlık davranışının temelini açıklamaya yönelik kavramlardan birisi Denetim Odağı (Kontrol Noktası) kavramıdır. Önal ve ark. (141) davranışlarının sonuçlarını doğrudan kendi davranışları ile ilgili olarak algılayan bireyleri “içten denetimli”, kendi davranışlarından bağımsız, diğer faktörlere bağlı olarak tanımlayanları da “dıştan denetimli” ve “kaderci” olarak tanımlamışlardır. Yine aynı çalışmada, “sağlık denetim odağının” insanların fiziksel ve ruhsal sağlığını sosyal destek, davranışsal stratejiler, beslenme ve egzersiz kadar etkilediğini ortaya koymuşlardır.

Ülkemizde ve yurt dışındaki çok sayıda araştırmada algılanan sağlık durumu bu soru ile değerlendirilmiştir. Kendi Sağlığını Algılama Düzeyi (Self-Rated Health-SRH), Kanada Halk Sağlığı Araştırması ve Ulusal Nüfus Sağlık Araştırması sonucu ortaya çıkarılan 12 yaş ve üzerindeki tüm bireylerin kendi sağlık durumlarını çok iyi, iyi, orta ya da kötü olarak ifade ettikleri bir ölçektir. SRH genel sağlık durumunun bir göstergesidir. Diğer sağlık ölçeklerinden farklı olarak yeni başlayan hastalık, hastalık şiddeti, pozitif sağlık durumu, fizyolojik ve psikolojik sağlık ile sosyal ve ruhsal fonksiyonların yansımalarını gösterir (143-145).

Postpartum dönemde de, son yıllarda bireylerin sağlıklarını algılamaları araştırılmakta ve annelerin sağlık düzeyi yükseltilmeye çalışılmaktadır. Gelişmiş ülkelerde, annelerin kendi sağlıklarını algılamaları ile fiziksel ve emosyonel sağlıkları arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların sayısı giderek artmaktadır. Yapılan bir araştırmada postpartum dönemde SRH ile fiziksel ve emosyonel problemler arasında kuvvetli bir ilişki saptanırken, düşük SRH’in baş ağrısı, uykusuzluk, yorgunluk gibi genel problemler ve kas-iskelet sistemi ağrılarında kaynaklandığı tespit edilmiştir (146-148).

Türkiye’de ise postpartum dönemde annelerin kendi bildikleri sağlık sorunlarının neler olduğunu ve kendi sağlıklarını algılama durumu ile fiziksel sağlıkları arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Şahingeri (149) postpartum erken dönemde yaptığı çalışmada, anneler kendi sağlıklarını %54.3 oranında mükemmel/çok iyi/iyi, %45.7 oranında orta/kötü olarak ifade ettiklerini belirlemiştir.

Kişinin sağlık durumunu değiştirme sorumluluğu kendisindedir. Hemşirenin öncelikli görevi, sağlığın geliştirilmesi ve korunması olup bu işlevini bakım verdiği bireyin kendi

potansiyel gücünü kullanmasını sağlayarak yerine getirmektedir (150). Kadınların, doğum ve erken ebeveynlik döneminde kendi sağlık durumlarını subjektif değerlendirmesi, doğuma bağlı gelişebilecek fiziksel ve emosyonel problemlerin onları ne ölçüde etkilediğini göstermesi bakımından çok önemlidir.

DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE POSTPARTUM DÖNEM BAKIM HİZMETLERİ

Ülkelerin sağlık hizmetlerini ulusal ve uluslararası düzeyde ölçmek ve değerlendirme yapmak için belli kriterler kullanılmaktadır. Mevcut olan durumun analizini ve bununla ilgili karşılaştırmaları yapmada, politika belirlemede ve sağlık programlarının yönetiminde çok hassas göstergeler gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin ne düzeyde olduğunu ölçmek ve hizmet etkinliğinin ne durumda olduğunu belirlemek için kullanılan sağlık ölçütleri sayısal, objektif, doğru ve güvenilir olmalıdırlar. Sağlık düzeyi ve sağlık hizmetleri etkinlik göstergeleri olarak ana-çocuk sağlığı hizmetleri göstergeleri, demografik ölçüler, aile planlaması hizmetleri etkinliğinin ölçülmesi, bulaşıcı hastalıklar insidans hızı, sağlık personeli başına düşen nüfus, yatak başına nüfus, sağlık kayıtları, hekim başına hasta sayısı kullanılmaktadır. Ana ve çocuk sağlığı hizmet ölçütleri ise, sağlık hizmetlerine olan gereksinimi ve bu hizmetlerin ulaşılabilirliğini göstermek açısından önemli ölçütler olup bunların en önemlileri: aşılama oranı, doğumun gerçekleştiği yer ile doğum öncesi, sırası ve sonrasında anne ve bebeğin sağlık ihtiyaçları, sağlık hizmeti sunumudur (1,151-153).

Sağlıklı koşullarda doğum, doğum sonu anne ve yenidoğan takibi ile bakımı, komplikasyonların azaltılmasında ve komplikasyon gelişmesi durumunda anne ve bebeklerde morbidite ve mortalitenin azaltılmasında temel müdahalelerdir. Bu yaklaşım, DSÖ tarafından geliştirilen; ana-çocuk sağlığında müdahale ve eylemleri yönlendiren ve rehberlik yapan “Güvenli Annelik Paketi”nde belirtilmektedir (7).

Postpartum sağlık hizmetlerine ulaşmada, hizmetlerin kullanımında ve sunulan hizmetin kalitesinde bölgeler arasında ve toplumsal sınıflarda, sosyoekonomik gruplar arasında eşitsizlikler bulunmaktadır. Bu eşitsizlikler, benzer gereksinimler için sağlık hizmetlerine eşit ulaşılabilirlik, eşit kullanım ve herkese eşit kalitede hizmet olarak tanımlanmaktadır. Postpartum sağlık hizmetlerinde eşitlik sağlamak, sağlık için eşit fırsatlar yaratmak ve sağlık hizmeti almadaki farklılıkları mümkün olan en düşük düzeye indirmek ve önlenabilir bir nedenle hiç kimsenin sağlık hizmetine ulaşmada dezavantajlı olmamasını sağlamak ancak mevcut durumun tespiti ile mümkündür. Mevcut durumun tespiti ile amaç,

kısaca sağlık d#zeyinde farklılıkları ortadan kaldırmak değil, sağlık d#zeyinde farklılıklara yol a#an, #nlenebilir ve adil olmayan fakt#rleri azaltmak ya da ortadan kaldırmaktır (151,153,154).

Gebelik ve doğum olaylarına sağlıklı yaşam deneyimleri olarak bakılması, bu d#nemde anne ve ailesine verilen bakımın odak noktası olarak koruyucu sağlık hizmetlerinin oluşturmasına neden olmuştur. Emzirmeyle ilgili sorun sıklığının artması, annede doğum sonu d#nemde oluşabilecek problemlerin tanı ve tedavisinin gecikmesi, taburculuktan sonra anne ve yenidoğanın tekrar hastaneye yatma sıklığının artmasından dolayı doğum yapan kadının hastanede almaya başladığı sağlık bakım ve takibinin evde de devam etmesi #ok #nemli ve gereklidir. #alışmalarda anne ve yenidoğanların ev ziyaretleri ya da telefonla izlenmeleri gerektiği vurgulanmıştır (13,32,155-157).

Bu nedenle insanın bulunduğu her ortamda ve her zaman sağlıklı koşulların oluşturulması felsefesinden doğan s#rekli sağlık anlayışı beraberinde “Evde Bakım Hizmetleri” kavramını getirmiştir (32). Evde bakım, bireylerin kendi sağlık bakımları ile ilgili daha fazla rol almalarını sağlamaktadır. Postpartum evde bakım hizmetlerinin gelişmiş olduğu ABD, İngiltere, Kanada, İşkandinav #lkeleri, Yeni Zelanda’da doğum sonu erken taburcu edilen annelere halk sağlığı hemşireleri ya da kliniğe bağlı ebeler tarafından evde izlem veya telefon g#r#şmeleri yapılmaktadır (23,157,159).

American Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses Association (AWHONN) ve American Nurses Association (ANA) doğum sonu ev ziyaretleri i#in ulusal standartlar geliştirmiştir. Ev ziyaretleri i#in geliştirilen standartlar şunlardır (130);

- Tekrar hastaneye yatma sonucu maliyeti y#ksek olan komplikasyonların erken d#nemde belirlenmesi,
- Temel sağlık bakım hizmetleri veren grupta, hastane taburculuğu ile ilk izlem ziyareti arasında k#pr# kurabilmesi,
- Sağlık bakım kaynaklarının etkili kullanımını artırması,
- Annenin gereksinimleri, yenidoğanın uyumu ve ailenin gelişimsel hedeflerine y#nelik olarak en uygun #evre koşullarında bakım sağlaması.

Anne ve bebeklerin hastaneden taburcu olduktan sonra ne zaman ve ne sıklıkta ziyaret edilecekleri ile kesin standartlar yoktur. DS# , doğum sonu ev ziyaretlerinin sıklığı konusunda kesin bir #neri geliştirmemişse de #zellikle doğumdan sonraki 6. saat, 6. hafta ve 6. aydaki takiplerin #nemini vurgulamaktadır (7). American College of Obstetricians and Gynecologists

(ACOG) erken taburcu edilen yenidoğanların, taburcu olduktan sonra ilk 48 saat içinde ziyaret edilmelerini önermektedir (157).

Ülkemizde doğum sonu izlemlerin sıklığı, doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde bir kez, daha sonra ise 2. ve 4. haftalarda birer kez olmak üzere toplam 3 kezdir (7). Anneye, yenidoğana ve aileye gereksinimlerine yönelik bireysel ev bakımı verilmeden önce, detaylı tanılama ve sorunları saptama ev ziyaretlerinin ilk basamağıdır. Bu nedenle AWHONN, ANA ve ACOG anne ve yenidoğanın tanılanmasında rehber geliştirmişlerdir. Anne tanılaması fiziksel tanılama, psikolojik tanılama, çevrenin tanılanması ve eğitim gereksinimi tanılaması olmak üzere dört başlıkta toplanmıştır (Tablo 1) (130).

Tablo 1. Postpartum dönemdeki kadınların fiziksel, psikolojik, çevre ve eğitim gereksinim tanılama kriterleri

1. Fiziksel Tanılama	2. Psikososyal tanılama
<ul style="list-style-type: none">➤ Doğum öncesi, doğum ve erken doğum sonu dönemlerin gözden geçirilmesi➤ Vital bulgular➤ Meme ve meme uçlarının durumu➤ Fundus yüksekliği, kıvamı ve pozisyonu➤ Loşia; renk, içerik ve miktar➤ Perine➤ Epizyotomi➤ Ödem➤ Ağrı➤ Eliminasyon durumu➤ Beslenme durumu➤ Uyku alışkanlıkları➤ Emosyonel tanılama➤ Aktivite düzeyi➤ Cinsel konular➤ Kendine bakım yeteneği➤ Ulaşılabilecek sosyal destek sistemleri➤ Doğum sonu döneme yönelik kültürel ve dini normlar	<ul style="list-style-type: none">➤ Anne-yenidoğan etkileşim süreci,➤ Ebeveynliğe yönelik emosyonel yanıt,➤ Çocuk sahibi olmaya yönelik bakış açısı,➤ Aile içi iletişim,➤ Başa çıkma ve uyum becerileri,➤ Annelik rolüne uyum,➤ Beden imajı algılaması,➤ Destek kişilerin belirlenmesi,➤ Sosyal, ekonomik ve kültürel faktörler,➤ Toplumdaki kaynaklarla ilgili bilgi durumu,
3. Eğitim gereksinimi tanılama	4. Çevrenin tanılaması
<ul style="list-style-type: none">➤ Perine bakımı➤ Epizyo ve insizyon bakımı➤ Meme bakımı➤ Diyet ve sıvı alımı➤ Cinsellik➤ Aile planlaması➤ Sağlık personelinin aranacağı durumlar➤ Doğum sonu kontrol sıklığı➤ Ağrı kontrolü➤ Aile içi şiddet➤ Beden imgesindeki değişiklikler➤ Günlük aktiviteye dönme düzeyi➤ Dinlenme gereksinimi➤ Postpartum depresyon➤ Dinlenme gereksinimi	<ul style="list-style-type: none">➤ Güvenlik konularının gözlenmesi,➤ Uygun ısı ve sıcaklığın kontrolü,➤ Telefonun olması,➤ Yenidoğanın karyolası, oyuncakları ve ev hayvanları,➤ Ekipmanlar (termometre, sekresyon aspiratörü, tırnak makası gibi)

Ülkemizdeki doğum sonu sağlık hizmetlerine bakıldığında, 1961’de yürürlüğe giren 224 sayılı ‘Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanuna’ göre postpartum dönemde annelerin sağlık düzeylerinin tespitinden sağlık evleri ve sağlık ocaklarındaki ebe ve hemşireler sorumludur. Türkiye’de, prenatal ve postnatal periyodlar çoğunlukla ebe ve hemşirelerin çalıştığı 1. basamak sağlık kuruluşlarında yönetilmektedir. ‘Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi’nde, kadınların doğumdan sonraki 2. ve 5. günlerde, 2. haftada ve 6. haftada olmak üzere en az 3 kere ziyaret edilerek anne ve bebeğin muayenesinin yapılması, sorunları tespiti ve çözümü önerilmektedir. Ülkemizde postpartum evde izlem ve bakım sisteminin yasal dayanağının olmasına rağmen, bölgesel farklılıklarla birlikte var olan sistemin yeterince çalışmadığı gözlenmektedir. Ayrıca postpartum bakım oranlarına bölgesel olarak bakıldığında Türkiye’nin batısında doğusuna göre daha yüksek oranda olduğu görülmüştür. Bunun nedeni hastaneler ve 1. basamak sağlık kuruluşları arasında hızlı ve etkili bilgi alışverişinin olmaması, diğer bir sebep doğuda sağlık profesyonellerinin azlığı veya yokluğudur (14,96). Atıcı ve Gözüm (13) postpartum dönemde kadınların sadece %13’nün evde ebe tarafından takip edildiği saptanmıştır Tipik olarak doğum sonrasında postpartum dönemde anneler 1. aşıya kadar sağlık profesyonelleriyle karşılaşmamakta bu süre 8. haftaya kadar uzamaktadır. Bu yüzden annenin gözlenmesi gecikmekte ve postpartum biyo-fizyo-psikolojik pek çok problemler gözden kaçmaktadır (3,8,13).

Doğum öncesi bakım hizmetlerini annelerin dörtte üçü doktorlarda alırken beşte biri bu hizmetlerden yararlanmamıştır. Bununla birlikte doğum büyük oranda (%78) doğum kliniklerinde ebe ve doktorlar tarafından gerçekleştirilmektedir. Gebelerin %20’si ise evlerinde sağlık personeli olmadan doğum yapmaktadır. Doğum sonu hizmetler ise ülkemizde ‘Ana ve Çocuk Sağlığı Hizmetleri’ içinde en az bilinenidir (9).

Doğum sonu evde takip ve bakımın ortaya koyduğu ürün, bilgili, teknik olarak yeterli, duyarlı ve destekleyici bir hemşirelik bakımıdır. Bu bakım temel olarak halk sağlığı hemşireliği ve ana-çocuk sağlığı hemşireliği uygulamalarının sentezinden oluşmaktadır. Hemşirelerin özellikle yüksek riskli durumlarda olmak üzere doğum sonu dönemde anne ve bebeklere kaliteli bir bakım sunabilmeleri için postpartum dönem anne takibine önem vermeleri gerekmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu araştırma, kadınların postpartum uzun dönem izlenerek doğuma bağlı gelişebilecek fiziksel ve emosyonel sağlık problemleri ile sıklığını ve etkileyen faktörleri belirlemek, bu problemler ile kadınların algıladıkları sağlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla prospektif tipte tanımlayıcı olarak planlandı.

ARAŞTIRMA SORULARI

1. Edirne İl merkezindeki kadınlarda doğuma bağlı olarak gelişebilecek postpartum uzun dönemde sağlık problemleri var mıdır?
2. Edirne İl merkezindeki kadınlarda doğuma bağlı olarak gelişebilecek postpartum uzun dönem fiziksel sağlık sorunları ile kendi sağlığını algılama düzeyi arasında ilişki var mıdır?

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, Edirne İl merkezinde örneklem grubu özelliklerine uyan kadınlar arasında Temmuz 2008- Nisan 2010 tarihleri arasında yürütüldü.

Edirne, Marmara Bölgesinin Trakya bölümünde yer alıp 6.276 km²'lik alanıyla Türkiye topraklarının %0.8'ini kaplamaktadır. Doğusunda Kırklareli, Tekirdağ, Çanakkale illeri batısında Yunanistan, Bulgaristan'la komşudur. Edirne halkının çoğunluğunu Bulgaristan, Yunanistan, Arnavutluk'tan gelen göçmenler oluşturmakta olup son yıllarda doğu ve güneydoğu illerinden aldığı göç nüfusu şekillendirmiştir (160).

Edirne, ‘Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi’ 2008 nüfus sayımı sonuçlarına göre Türkiye nüfusunun %0.55’ini oluşturmaktadır. Edirne toplam nüfusu 395.463 olup, bunun 153.199’unu merkez nüfus oluşturmaktadır. Merkez nüfusunun 73.591’ini kadınlar kapsamaktadır. İl Merkezinin yıllık nüfus artış hızı binde 14.5’dir (160).

Edirne il merkezi sınırları içerisinde Trakya Tıp Fakültesi Hastanesi, Selimiye Devlet Hastanesi, Edirne Devlet Hastanesi, Özel Trakya Hastanesi ve Özel Ekol Hastanesi olmak üzere dört tane ‘Doğum ve Kadın Hastalıkları Kliniği’ olan sağlık kuruluşu bulunmaktadır.

Araştırma, Trakya Tıp Fakültesi Hastanesi Doğum Kliniği, Selimiye Devlet Hastanesi Doğum Kliniği ile Edirne Devlet Hastanesi Doğum Kliniği’nde canlı doğum yapan 15-49 yaş grubu kadınlar ile yapıldı.

Bu hastanelerin seçilme nedenleri;

- verilerin topluma daha genellenebilir olması,
- yıllık doğum sayılarının fazla olması,
- vajinal doğum yapanların herhangi bir sorunları olmadığına 12-24 saat, sezaryen ile doğum yapanların 24-48 saat sonra taburcu edilmeleri,
- çalışmanın yapılmasına izin vermeleri idi.

Araştırmanın yapıldığı kuruluşlarda bulunan ameliyathane, doğumhane ve doğum sonrası izlem yatakları ile antenatal bakım, doğum, doğum sonrası izlem yanı sıra jinekoloji, menopoz, infertilite, aile planlaması ve ürojinekoloji dallarında tanı ve tedavi işlemleri yürütülmektedir. Doğum servisinde çalışan hemşireler hasta merkezli çalışmakta olup doğum eylemindeki hemşirelik bakımı ile ilgili herhangi bir hizmet içi eğitim almamışlardır. Her hemşire belli sayıda hastanın bakımından sorumludur. Acil servis ya da polikliniklerden doğum servisine yatırılan gebeler, doğum servisi girişinde hemşire tarafından servise kabul edilmekte, doktor istemine göre çeşitli kan tetkikleri ve kan grubu için örnek alınmakta ve ilaç tedavisi yapılarak doğuma hazırlanmaktadır. Travay odasında hemşireler hastanın mayisinin takılması, lavmanının yapılması ve ilaçlarının uygulanmasından, doğum odalarında doğum sırasında doktora yardım etme ve bebek bakımından sorumludur. Ayrıca hemşire, doğum sonrası dönemde kadının hayati bulguları, loşi ile kanama takibi, perine bakımı ve doktor istemine göre ilaç uygulamalarını yapmakta, bebek hemşiresi bulunmadığından bebeğin emzirilmesi ve emzirme konusunda anneye kısa bilgiler vermektedir.

Eğer annelerin genel durumu iyi, hayati bulguları stabil, uterusun tonüsü ve kanaması normal, sezaryene ilişkin bir sağlık sorunu gelişmemişse ve anne istiyorsa doğumdan 12 veya 48 saat sonra taburcu edilmektedirler.

Annelerin doğum sonrası ilk 12-48 saat içindeki doğum sonrası izlemleri yukarıda adı geçen sekonder ve tersiyer sağlık kuruluşlarında yapılırken, doğum sonrası 6 haftalık izlemleri 2004 yılından bu yana 'Aile Hekimlikleri' tarafından yürütülmektedir. Edirne İl Sağlık Müdürlüğü Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Şube Müdürlüğü bu sağlık kuruluşlarında 'Gebelere Demir ve D vitamini Preparatı' verme oranları ile doğum ve anne-bebek ölüm oranlarını aylık takip ederken '15-49 Yaş Kadın Bildirim Formunu' ve 'Doğum Öncesi-Doğum Sonrası Bakım Eğitim Formlarını' 3 aylık periodlarla izlemektedir.

Bu kuruluşlardaki ebe ve hemşirelerin genel olarak 15-49 yaş kadınların gebe ve loğusa izlemlerinde; cinsel sağlık, doğurganlık, sigara alışkanlıkları, sistemik hastalık ve gebelik öyküsü, aşılama, fizik muayene, laboratuvar tetkikleri, Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon (CYBE) bulgusu, Papanikolaou testi (PAP Smear), üreme sağlığında danışmanlık ve aile planlaması ile kanama ve beden ısısı-kan basıncı takiplerinde görev ve sorumlulukları bulunmaktadır.

Edirne İl merkezindeki sekonder ve tersiyer sağlık kuruluşları ile aile hekimliği merkezlerinde annelerin postpartum dönemdeki izlemleri 6 haftadan sonra düzenli olarak yürütülmemektedir.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırma evrenini, Edirne İl merkezinde Trakya Tıp Fakültesi Hastanesi, Edirne Devlet Hastanesi ve Selimiye Devlet Hastanesi Doğum Kliniklerinde bir yıl içinde canlı doğum yapan 3950, 15-49 yaş grubu kadın oluşturdu.

ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini, evreni bilinen örneklem yöntemine göre hesaplandı. Bu hesaplama sırasında olayın görülüş sıklığı olarak doğum sonu dönemde en az görülen komplikasyon alındı.

1998 TNSA ileri analiz verilerine göre doğum sonu dönemde en sık yaşanan komplikasyon karnın alt kısmında ağrı (%57.4), en az yaşanan komplikasyon ise yüksek ateştir (%18.5) (161).

Örneklem seçiminde doğum sonu komplikasyon prevalansı %18.5 olduğu varsayılarak, güven düzeyi %95, standart sapma %4 alındığında ve minimum örneklem büyüklüğü 354 kişi olarak hesaplandı. Araştırma sırasında olabilecek olumsuzluklar ve annelerle yapılacak her bir görüşmede veri kaybı dikkate alınarak araştırma örneklem büyüklüğü 400 kişi olarak alındı.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın sonuçlarını etkileyebileceği düşünülerek araştırma kapsamına sadece:

- 15-49 yaş grubunda olan,
- Canlı doğum yapan,
- Edirne il merkezinde oturan,
- Evinde telefonu bulunan,
- Görüşmeyi kabul eden,
- İletişim kurulabilen ve
- Ön uygulamaya alınmayan kadınlar dahil edildi.

ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bağımsız değişkenler olarak:

- Sosyo-demografik özellikler,
- Obstetrik özellikler,
- Prenatal bakım alma durumuna ilişkin veriler ve
- Postpartum dönem bakım alma durumuna ilişkin veriler alındı.

Bağımlı değişkenler olarak:

- Kadınların doğumdan 6. hafta, 6. ay ve 1. yıldaki doğuma bağlı gelişebilecek fiziksel sağlık problemleri,
- Kadınların doğumdan 6 hafta sonraki EPDS ölçeğinden elde edilecek skorlama ve
- Kendi Sağlıkını Algılama Düzeyi alındı.

VERİLERİN TOPLAMA ARAÇLARI

Verilerin toplanması amacıyla, araştırmacı tarafından kaynak taranarak aşağıdaki veri toplama araçları kullanıldı (2,3,6,8,13,18,20-23,31,32,35).

1. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Veri Toplama Formu (Ek-1)

Kadınların sosyo-demografik özellikleri; yaş, eğitim, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu ve sağlık güvencesi incelendi.

Kadınların obstetrik özellikleri olan doğumun yapıldığı yer, kronik hastalık durumu, hastaneye yatış tanısı, toplam gebelik, ölü doğum, düşük, küretaj ve canlı doğum sayısı, gebelik haftası, doğum metodu, perineal travma ve yenidoğan ağırlığı incelendi.

Kadınların prenatal ve postpartum bakım özelliklerini ise, prenatal ve postpartum bakım alma durumu ile sayısı, bakım veren kişi, bakım alanları, postpartum dönemde sağlık kuruluşlarına başvurma durumu ve nedenleri araştırıldı.

2. Kadınların Doğumdan 6. Hafta, 6. Ay ve 1. Yılda Doğuma Bağlı Gelişebilecek Sağlık Problemleri ve Kendi Sağlıkını Algılama Düzeyini (Self-Rated Health-SRH) İçeren Form (Ek-2)

Her bir görüşmede annede saptanan fizyolojik ve postpartum 6. haftada belirlenen emosyonel problemler ile ortaya çıkış zamanının kaydedildiği bu form iki bölümden oluşmaktaydı.

Birinci bölümde sağlık problemleri araştırmacı tarafından literatür rehberliğinde genel (yorgunluk, baş ağrısı, uyku problemleri ve depresyon), kas-iskelet sistem (omuz-boyun ve bel ağrısı), meme (ağrılı meme ucu, meme ucu çöküklüğü ve mastit), ürogenital (disparoni, ameliyat yeri ağrısı, perine ağrısı, stres inkontinans, cinsel ilişki esnasında inkontinans, dizüri ve perineal kanama) ve gastrointestinal sistem problemleri (hemoroid, konstipasyon, diyare, distansiyon, anal inkontinans, flatus inkontinans ve bulantı) olmak üzere sistemik olarak sınıflandırıldı (2-5,8,15,18,20,21-24,27-35). Katılımcıların sağlık problemlerini ifadeleri için 'likert tip' ölçek kullanıldı ve 0-problem yok, 1-az problem, 2-ciddi problem ve 3-çok ciddi problem şeklinde puanlandı.

Genel problemler içerisinde yer alan yorgunluk, doğum eylemi, doğum şekli gibi fizyolojik faktörleri, beden imajındaki değişim, sosyal destek zayıflığı, postpartum depresyon, uyku problemleri gibi psikolojik faktörleri, sosyo-ekonomik düzensizlik, yaş, ev işleri, çalışma durumu gibi durumsal faktörleri kapsamaktaydı (38,40,41,43,47). Uyku problemleri; kadınların uykuya dalmada güçlük yaşamaları, gece bebeklerinin huzursuzluk ve ağlamalarına bağlı uyku düzenindeki bozulmaları kapsamaktaydı (21-24,73,74). Araştırmaya katılan kadınlar, ürogenital problemlerden perineal kanamayı ise loşi ile beraber değerlendirdi.

İkinci bölümde yer alan SRH, kişilerin genel olarak kendi sağlık durumlarını değerlendirmelerine dayanır ve sağlığın çok boyutluluğunu yansıtan, kişinin biyolojik, ruhsal ve toplumsal durumunu kendisinin değerlendirmesine olanak sağlayan basit ama güçlü bir göstergedir. Sağlığın subjektif ve holistik ölçümü olup mortalite ve morbiditeyi önceden tahmin ettiği belirlenmiştir. 'Şu andaki sağlık durumunuzu nasıl özetlersiniz' gibi tek maddelik bir soru ve 'çok iyi', 'iyi', 'orta', 'kötü' ve 'çok kötü' olmak üzere toplam 5 maddelik cevabı bulunmaktaydı. SRH, Kanada Halk Sağlığı Araştırması ve Ulusal Nüfus Sağlık Araştırması sonucu ortaya çıkarılan 12 yaş ve üzerindeki tüm bireylerden öncelikle adolesan, yaşlı ve göçmenler üzerinde çalışılmış bir ölçektir. WHO tarafından da kabul gören

bu global sorunun etkinliği ilk kez 90'lı yıllarda yeni annelerde araştırılmaya başlanmıştır. Doğum olayı, kadınların SRH skalası üzerindeki oranlarını etkilemektedir. SRH'in en önemli bileşenleri: annelerin günlük yaşam aktivitelerini etkileyen fiziksel semptom, emosyonel problemler ve bunlara ek olarak doğum şekli, emzirme ve uyku problemleridir (141-143,145-149,151).

Ülkemizde ise bu ölçek sadece ergenlerde ve genel popülasyonda kendi sağlık algılamaları ile fiziksel sağlıkları arasındaki ilişkiyi araştırmak için kullanılmış olup postpartum dönemdeki kadınlarda bu konudaki bir çalışmaya ulaşılamadı (140,141,143,145,149,151).

3. Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği (EPDS) (Ek-3)

Doğum sonu depresyonu değerlendirmek amacı ile Cox ve arkadaşları tarafından 1987'de geliştirilmiş ve Türkçe uyarlaması Engindeniz tarafından 1996'da geçerlilik ve güvenilirlik saptanmış olup 10 maddelik 4'lü 'likert tipi' kendini değerlendirme ölçeğidir. Her maddenin puanlanması değiştir. Ölçekteki her bir ifade 0'dan 3'e kadar puanlandırılmış olup 3.,5.,6.,7.,8.,9. ve 10. maddeler ters döndürülerek hesaplanmakta, ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilmektedir. Cox ve Murray (60) ölçeğin cronbach's alpha katsayısını 0.87, Engindeniz (68) Türkçe formun cronbach's alpha katsayısını 0.79 olarak bulmuştur.

Bu araştırmada EPDS'nin Türkçe formunun güvenilirlik çalışmasını yapan Engindeniz'in önerdiği gibi kesme noktası 12 olarak alınmıştır. 12 puan ve üzerinde alanlar kesin tanı için sağlık kuruluşlarına sevk edildi.

ÖN UYGULAMA

Araştırmacı tarafından geliştirilen Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Veri Toplama Formu (Ek-1) ve Kadınların doğumdan 6. hafta, 6. ay ve 1. yılda doğuma bağlı gelişebilecek sağlık problemleri ve kişisel sağlığını algılama düzeyini içeren form (Ek-2) araştırmının uygulama aşamasından önce geliştirilip ön uygulamaya hazır hale getirildi. Doğum yapan kadınların kısa süre sonra tekrar aynı nedenle hastaneye başvurma olasılıklarının olmaması ve Trakya Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan uygulamanın yapılabilmesi için gerekli izinin alınması nedeniyle ön uygulama da aynı hastanede yapıldı. Ön uygulama doğum servisinde 15-20 Temmuz 2008 tarihleri arasında bir hafta sürede tamamlandı. Bu süre içerisinde doğum servisinde canlı doğum yapan 10 kadına Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile İlgili Veri Toplama Formu (Ek-1) uygulandı. Kadınların doğumdan 6.

hafta, 6. ay ve 1. yılda doğuma bağlı gelişebilecek sağlık problemleri ve kişisel sağlığını algılama düzeyini içeren form (Ek-2) ve EPDS (Ek-3) annelere okutulup anlaşılabilirliği test edilerek formların son şekli verildi.

VERİ TOPLAMA FORMLARININ UYGULANMASI

Araştırmanın veri toplama aşaması 21 Temmuz 2008 – 30 Nisan 2010 tarihleri arasında tamamlandı. Araştırmanın uygulama aşamasında araştırmacı annelerle hastanenin doğum servisinde tanışıp ilgili formları uygulandı. Son görüşmede ise ev ziyaretinde bulunuldu. Araştırma seçim kriterlerine uyan kadınlardan sözel olarak izin alınarak örneklem grubu oluşturuldu (Bkz. Akış Şeması).

Araştırma iki aşamada yürütüldü. Birinci aşamada kadınlarla hastanede doğum sonu servislerinde tanışıldı ve gerekli müdahaleler yapıldıktan sonra ikinci aşamada kadınlarla evlerinde telefon ve ev ziyareti ile görüşme yapıldı.

Birinci aşamada araştırmanın seçim kriterlerine uyan kadınlarda doğum sonrasında durumları normal düzeye geldiğinde serviste tanışma ve araştırma amacını açıklama ile sözel olarak izin alınarak veri toplama araçlarından Ek-1 uygulandı. Taburcu olduktan sonraki görüşmeler konusunda tekrar bilgi verildikten sonra annelerin ev, cep ve ulaşılacakları diğer telefon numaraları araştırmacı tarafından kayıt edildi. Aynı şekilde araştırmacının ev ve cep telefon numaraları annelere yazılı olarak verildi ve danışmanlık için bu telefonlarla araştırmacıya istedikleri her zaman ulaşabilecekleri belirtildi.

Araştırmanın ikinci aşaması; annelerle taburcu olduktan sonra evlerinde telefon görüşmeleri ve ev ziyaretini kapsadı.

Evde 1. görüşme; kadınlar taburcu olduktan sonra, ilk 6 hafta içinde evlerinde ilk telefon görüşmesi gerçekleştirildi. Bu telefon görüşmesi sırasında kadınlarda postpartum ilk hafta içinde görülen fiziksel ve emosyonel problemleri belirlemek amacıyla Ek-2 ile Ek-3 uygulandı.

Evde 2. görüşme; postpartum 6 hafta-6 ay içinde kadınların evinde ikinci telefon görüşmesi gerçekleştirildi. Bu telefon görüşmesi sırasında kadınlarda postpartum 6-24 hafta içinde görülen fiziksel problemleri belirlemek amacıyla Ek-2 uygulandı. Kadınlarla evlerindeki ikinci telefon görüşmeleri 30-45 dakika sürdü.

Evde 3. görüşme; postpartum 6-12 ay içinde kadınlara ev ziyareti yapılarak Ek-2 uygulandı.

Kadınlar telefon görüşmeleri ve ev ziyaretinde belirlenen sorunlar doğrultusunda ilgili yerlere (sağlık ocağı, hastane) yönlendirildi.

ÇALIŞMANIN YÜRÜTÜLMESİNDE KARŞILAŞILAN DURUMLAR

Araştırmada karşılaşılan olumsuz durumlara bakıldığında, birinci aşamada araştırmacının seçim kriterlerine uyan kadınlarda doğum sonrası servisindeki odalarında veri toplama araçlarından Ek-1 uygulanma esnasında odadaki diğer hastalar kendilerinin niçin araştırmaya alınmadıklarını öğrenmek istedi, bazen anket uygulamasına müdahale ederek kendileri ile ilgili sorular da soruldu.

Evdeki ilk iki görüşmenin telefonla yapılması, özellikle ikinci görüşmelerde kadınların evde bulunamamasından dolayı tekrar aranmaları, üçüncü görüşme öncesi kadınların telefonla aranması, ev adresleri bulunamadığında mobil telefonla aranması, kadınların araştırmacıyı herhangi bir nedenle aramasından sonra konunun takibi için araştırmacının tekrar kadınları araması nedeniyle çalışmanın maliyeti arttırdı.

Araştırmada karşılaşılan olumlu durumlara bakıldığında, araştırmacının ikinci aşamasının ilk görüşmelerinde kadınların bazıları araştırmacıyla telefonda tereddütlü olarak konuşmuşlar ancak araştırmacı ile kadın arasında oluşturulan güven ilişkisi sonucu araştırma rahatlıkla sürdürüldü.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmaya katılan kişilerin postpartum dönem sağlık problemleri; 'problem yok', 'az problem', 'ciddi problem', 'çok ciddi problem' olarak sınıflandırıldı. Semptomların ciddiyet analizinde; problem yok=0, az problem=1, ciddi problem=2, çok ciddi problem=3 puan verilip, problem yok ve az problem minör problem olarak, ciddi problem ve çok ciddi problem majör problem olarak değerlendirildi.

Kendi sağlığını algılama düzeyi ise 'Şu anda sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz' sorusuna yönelik '1=çok iyi', '2=iyi', '3=orta', '4=kötü' ve '5=çok kötü' olarak sınıflandırıldı. Kendi sağlığını değerlendirme durumunda; çok iyi ve iyi yanıtları 'iyi', 'orta', 'kötü' ve 'çok kötü' yanıtları 'zayıf/kötü' olarak değerlendirildi.

Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği'nin değerlendirilmesinde; ölçek puanlamasından 12 puan ve üstü alanlar kesin tanı için doktora yönlendirildi.

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences for Windows 11.5 (SPSS 11.5) istatistik paket programı kullanılarak araştırmacı tarafından değerlendirildi. Verilerin istatistiki değerlendirmesinde yüzdelik ve rölatif risk hesaplaması, Ki-kare Testi ve Lojistik Regresyon Analizi kullanıldı (162). Tanıtıcı özellikler ile doğum sonrası fiziksel semptomların istatistiksel değerlendirmesinde yüzde ve Ortalama±Standart Sapma (Ort±SS) kullanıldı. Primipar ile multipar kadınların fiziksel ve

emosyonel semptomlar bakımından istatistiksel değerlendirmesinde rölatif risk hesaplaması (RR), Ki-kare Testi kullanıldı. Kadınların postpartum 6. hafta, 6. ay, 1. yıldaki fiziksel ve emosyonel sağlık problemleri ile SRH arasındaki ilişki lojistik regresyon ile test edildi. $P<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlılık sınırı kabul edildi.

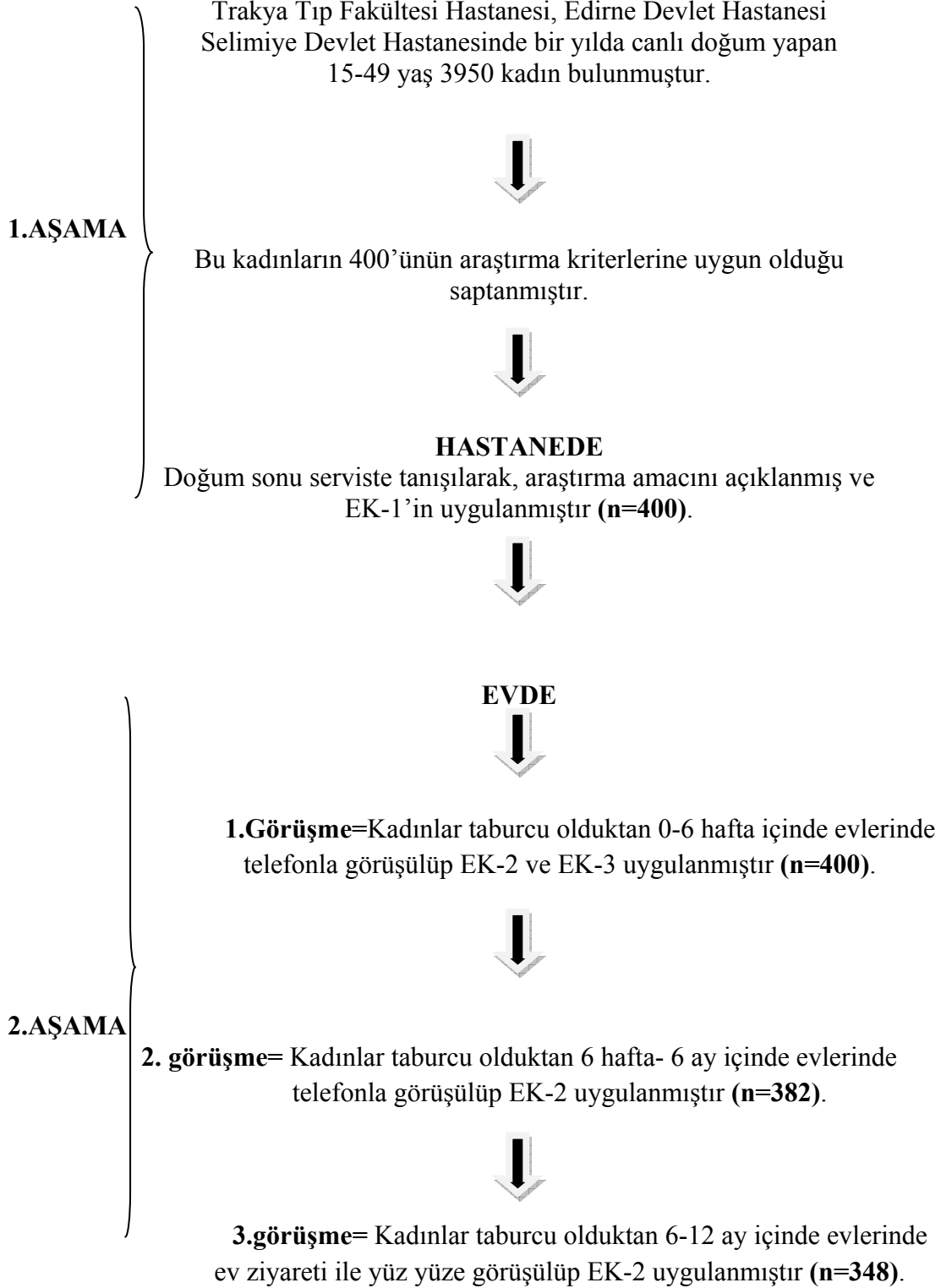
ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmanın n uygulama ve uygulamasının yapılabilmesi için Trakya Tıp Fakültesi Etik Kurulundan ve Edirne İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin alındı.

Araştırma kapsamına alınan kadınlardan ise sözel izinleri alındı. Kadınlardan hem iletişim numaraları alınmış hem araştırmacının iletişim numaraları verilip, ev ziyaretlerinden önce ise kadınlar telefonla aranarak ziyarete gelineceği bildirildi. Kadınlara da ilk görüşme tamamlandıktan sonra da istedikleri takdirde araştırmacıyı arayabilecekleri bildirildi.

Kadınlara araştırmanın amacı açıklanırken kendilerine herhangi bir müdahalede bulunulamayacağı, gerekli görüldüğü durumlarda ilgili yerlere ynlendirilecekleri söylendi ve ev ziyaretleri sırasında belirlenen sorunlar doğrultusunda kadınlar ilgili yerlere (sağlık ocağı ya da hastane) yönlendirildi. Kadınlara istedikleri konuda bilgi ve danışmanlık verildi.

ARAŞTIRMANIN AKIŞ ŞEMASI



BULGULAR

Bu bölümde, Edirne il merkezindeki kadınların postpartum uzun dönem sağlık problemlerinin belirlenmesi ve kendi sağlık durumlarını algılama durumları ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular aşağıda belirtilen dört başlık altında ele alınmıştır:

1. Doğum sonrası 1 yıl izlenen kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular
2. Obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular
3. Doğum sonrası 6. hafta, 6. ay ve 1. yılda kadınlardaki fiziksel problem ve doğum sonu depresyona ilişkin bulgular
 - a. Doğum sonrası 6. haftada kadınlardaki fiziksel problemlere ilişkin bulgular
 - b. Doğum sonrası 6. haftada kadınlardaki Postpartum Depresyona ilişkin bulgular
 - c. Doğum sonrası 6. ayda kadınlarda belirlenen fiziksel problemlere ilişkin bulgular
 - d. Doğum sonrası 1. yılda kadınlarda belirlenen fiziksel problemlere ilişkin bulgular
4. Doğum sonrası 6. hafta, 6. ay ve 1. yılda kadınlardaki Kendi Sağlığını Algılama Düzeyi'ne ilişkin bulgular

DOĞUM SONRASI 1 YIL İZLENEN KADINLARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 2’de araştırmaya katılan kadınların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları yer almıştır. Kadınların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde %12.1’inin adölesan, %9.8’inin 35 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamındaki kadınların eğitim durumlarına göre dağılımı incelendiğinde yarısından çoğunun (%55.7) ilköğretim mezunu olduğu, %16.4’ünün yükseköğretim mezunu, %15.5’inin lise mezunu ve %12.4’ünün sadece okur-yazar olduğu belirlenmiştir.

Medeni durumlarına ilişkin verilerine bakıldığında kadınların %90.8’inin evli, %2.6’sının dul veya boşanmış olduğu saptanmıştır.

Kadınların, %84.5’inin çalışmadığı tespit edilmiş olup %60.5’i gelir durumunu iyi, %1.5’i gelir durumunu kötü olarak ifade etmiştir. Kadınların büyük çoğunluğunun (%94.3) sosyal güvenceleri mevcut olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 2. Araştırmaya katılan tüm kadınların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n=348)

Özellikler	Sayı	%
Yaş		
19 yaş ve altı	42	12.1
20-34	272	78.1
35 yaş ve üstü	34	9.8
Yaş Ortalaması*	Ort±SS	
	26.8±0.4	
Eğitim		
Okur-yazar	43	12.4
İlköğretim	194	55.7
Lise	54	15.5
Yükseköğretim	57	16.4
Medeni Durum		
Bekar	23	6.6
Evli	316	90.8
Dul/boşanmış	9	2.6
Çalışma Durumu		
Çalışmayan	338	84.5
Çalışan	62	15.5
Gelir(kendi ifadelerine göre)		
İyi	242	60.5
Orta	152	38.0
Kötü	6	1.5
Sosyal Güvence		
Yok	20	5.7
Var	328	94.3

*= Ortalama ‘Ort±SS’ şeklinde ifade edilmiştir.

OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 3’de araştırmaya katılan kadınların bazı doğurganlık özelliklerine göre dağılımı yer almıştır. Kadınların gebelik sayılarına bakıldığında, yarısına yakınının 1 kez (%46.8) gebelik geçirdikleri ve gebelik sayısı ortalamalarının 1.95 ± 0.09 olduğu belirlenmiştir. Kadınların tamamına yakınının (%97.7) ölü doğum yapmadığı ve ölü doğum sayısı ortalamasının 1.03 ± 0.23 olduğu saptanmıştır. Çalışmada kadınların %51.1’inin bir canlı doğum yaptığı ve canlı doğum sayısı ortalamasının 1.74 ± 0.92 olduğu tespit edilmiştir. Kadınların, %92.0’ı hiç küretaj olmadığı ve küretaj sayı ortalamasının 1.09 ± 0.83 olduğu belirlenmiştir. Kadınların %92.2’sinin hiç düşük yapmadığı ve düşük sayı ortalamasının 1.08 ± 0.31 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3. Araştırmaya katılan kadınların bazı doğurganlık özelliklerine göre dağılımı (n=348)

Özellikler	Sayı	%
Gebelik Sayısı		
Bir	163	46.8
İki	91	26.1
Üç ve ↑	94	27.1
Gebelik Sayısı Ortalaması*	Ort±SS	
	1.95±0.09	
Ölü Doğum Sayısı		
Yok	340	97.7
Bir	6	1.7
İki	2	0.6
Üç ve ↑	-	0.0
Ölü Doğum Sayısı Ortalaması*	Ort±SS	
	1.03±0.23	
Canlı Doğum sayısı		
Bir	178	51.1
İki	110	31.7
Üç ve ↑	60	17.2
Canlı Doğum Sayısı Ortalaması*	Ort±SS	
	1.74±0.92	
Küretaj Sayısı		
Yok	320	92.0
Bir	23	6.6
İki	5	1.4
Üç ve ↑	-	0.0
Küretaj Sayısı Ortalaması*	Ort±SS	
	1.09±0.83	
Düşük Sayısı		
Yok	321	92.2
Bir	24	6.9
İki	3	0.9
Üç ve ↑	-	0.0
Düşük Sayısı Ortalaması*	Ort±SS	
	1.08±0.31	

*= Ortalama ‘Ort±SS’ şeklinde ifade edilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların şimdiki gebelik ve doğum özelliklere göre dağılımı Tablo 4’de verilmiştir. Kadınların %68.7’sinin prenatal hizmetlerinden yararlandığı ve prenatal bakım aldıkları kişilerin sırası ile kadın-doğum uzmanı (%64.4), aile hekimi (%30.5) ve ebe-hemşire (%5.1) olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmada kronik hastalık tespit edilen 28 (%8.0) kadından 12’sinde ‘Hipertansiyon’, 11’inde ‘Diabetes Mellitus’ ve 5’inde ‘Anemi’ olduğu belirlenmiştir. Diabetes Mellitus tanısı alanların 6’sında ‘Gestasyonel Diabet’, 2’sinde ‘Tip 1 Diabetes Mellitus’, 3’ünde ‘Tip 2 Diabetes Mellitus’ olduğu saptanmıştır.

Kadınların %53.2’sinin multipar olduğu, %52.3’ünün doğumunun sekonder sağlık kuruluşunda gerçekleştiği saptanmıştır. Kadınların %59.6’sının doğumunun 39 hafta ve üzerindeki gebelik haftasında gerçekleştirirken %64.7’si sezaryen, %27.3’ü vajinal doğum yaptığını ifade etmiştir. Kadınların perineal travma durumuna göre dağılımı incelendiğinde; %71.6’sında perineal travma yok iken %28.4’ünde epizyotomi olduğu belirlenmiştir. Çalışmada her beş kadından birinin (%21.3) bebeğinin 2500 gram ve altında doğduğu saptanmıştır.

Tablo 4. Araştırmaya katılan kadınların şimdiki gebelik ve doğum özelliklerine göre dağılımı (n=348)

Özellikler	Sayı	%
Prenatal Bakım Alma Durumu		
Alan*	239	68.7
Almayan	109	31.3
Prenatal Bakım Alma Sayısı Ortalaması**	Ort±SS	
	4.51±1.42	
Prenatal Bakım Aldığı Kişi(n:239)		
Kadın-doğum uzmanı	154	64.4
Aile hekimi	73	30.5
Ebe-hemşire	12	5.1
Kronik Hastalık Durumu		
Var	28	8.0
Yok	320	92.0
Kronik Hastalık Türü(n:28)		
Diabetes Mellitus	11	39.3
Hipertansiyon	12	42.9
Böbrek hastalıkları	-	-
Anemi	5	17.8
Diğer	-	-
Doğum Yapılan Yer		
Tersiyer sağlık kuruluşu	166	47.7
Sekonder sağlık kuruluşu	182	52.3
Doğum Yapılan Gebelik Haftası		
35 hafta ve altı	74	21.2
36-38	66	19.2
39 hafta ve üstü	208	59.6

Tablo 4(devamı). Araştırmaya katılan kadınların şimdiki gebelik ve doğum özelliklerine göre dağılımı		
Doğum Sayısı		
Primipar	163	46.8
Multipar	182	53.2
Doğum Metodu		
Vajinal	95	27.3
Müdahaleli doğum	3	0.8
Sezaryen	225	64.7
Acil sezaryen	25	7.2
Perinal Travma Durumu		
Epizyotomi	99	28.4
Dikiş gerektiren fazla Epizyotomi	-	-
Travma yok	249	71.6
Bebğin Doğum Kilosu (gram-gr)		
2500 ve altı	74	21.3
2501-3000	111	31.9
3001-3500	128	36.8
3501-4000	35	10.0
Doğum Kilosu Ortalaması**	Ort±SS	
	2.356±0.926	

*=Bir kez ve üzeri doğum öncesi kontrole giden kadınlar doğum öncesi bakım almış olarak değerlendirilmiştir.

**= Ortalama 'Ort±SS' şeklinde ifade edilmiştir.

Tablo 5'de araştırmaya katılan kadınların erken postpartum dönemde bakım alma özelliklerine göre dağılımı yer almıştır. Kadınların %52.6'sının postpartum bakım hizmetlerinden yararlandığı ve postpartum bakım alma sayı ortalamasının 1.47±0.5 olduğu belirlenmiştir. Prenatal bakım alanların %72.0'ının postpartum bakım hizmetlerinde de yararlandığı belirlenmiştir. Postpartum dönemde en fazla bakım alınan alan %35.6 ile kontrasepsiyon olurken bunu %27.9 ile bebek bakımı, %15.8 ile sağlık kontrolü, %10.9 ile beslenme ve %9.8 ile kişisel hijyen izlemiştir. Çalışmada kadınların %63.4'ü postpartum bakım hizmetlerini ebe veya hemşirelerden, %15.3'ü kadın-doğum uzmanlarından aldığını ifade etmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %17.8'sinin erken postpartum dönemde sağlık problemi geliştiğinde bir sağlık kuruluşuna başvurduğu, bu problemlerin sırası ile idrar yolu enfeksiyonu (%37.1), doğum sonu enfeksiyonu (%27.4), doğum sonu kanama (%19.4) ve meme enfeksiyonu (%16.1) olduğu saptanmıştır. Çalışmada sezaryen doğum oranının yüksek olması doğum sonrası idrar yolu enfeksiyon oranlarının artış nedeni olmakla beraber kadınların 20'sinin sistit, 3'ünün pyelonefritis tedavisi gördüğü belirlenmiştir. Doğum sonu enfeksiyon nedenlerine bakıldığında kadınların 8'inin vulvitis ve vajinitis, 9'unun endometritis tedavisi aldığı saptanmıştır. Doğum sonu kanaması tedavisi görmüş kadınlar incelendiğinde 2'sinde uterus atonisi nedeniyle erken postpartum kanama, 10'unda uterus subinvolyon nedeniyle geç postpartum kanama tedavisi gördüğü tespit edilmiştir.

Tablo 5. Araştırmaya katılan kadınların erken postpartum dönemde bakım alma özelliklerine göre dağılımı (n=348)

Özellikler	Sayı	%
Postpartum Bakım Alma Durumu		
Bakım alan*	183	52.6
Bakım almayan	165	47.4
Postpartum Bakım Alma Sayısı Ortalaması**	Ort±SS	
	1.47±0.5	
Postpartum Bakım Alma Alanları (n=183)		
Beslenme	20	10.9
Kişisel hijyen	18	9.8
Sağlık kontrolü	29	15.8
Kontrasepsiyon	65	35.6
Bebek bakımı	51	27.9
Postpartum Bakım Aldığı Kişi (n=183)		
Kadın-doğum uzmanı	28	15.3
Aile hekimi	39	21.3
Ebe-hemşire	116	63.4
Sağlık Kuruluşuna Başvurma Durumu		
Başvuran	62	17.8
Başvurmayan	286	82.2
Sağlık Kuruluşuna Başvurma Nedenleri (n=62)		
Doğum sonu enfeksiyonları	17	27.4
İdrar yolları enfeksiyonu	23	37.1
Doğum sonu kanama	12	19.4
Meme enfeksiyonları	10	16.1

*= Bir kez ve üzeri doğum öncesi kontrole giden kadınlar doğum sonrası bakım almış olarak değerlendirilmiştir.

**= Ortalama 'Ort±SS' şeklinde ifade edilmiştir.

DOĞUM SONRASI 6. HAFTA, 6. AYDA VE 1. YILDA KADINLARDA BELİRLENEN FİZİKSEL PROBLEM VE POSTPARTUM DEPRESYONA İLİŞKİN BULGULAR

A. Doğum Sonrası 6. Haftada Kadınlarda Belirlenen Fiziksel Problemlere İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan kadınların postpartum 6. haftada belirlenen sağlık problemlerine göre dağılımı Tablo 6'da verilmiştir. Kadınlarda postpartum 6. haftada en sık genel sağlık problemleri görüldüğü bunların sırası ile yorgunluk (%77.5), uyku problemleri (%76.0) ve baş ağrısı (%58.8) olduğu belirlenmiştir. Postpartum bakım alanların %48.7'sinde yorgunluk, %51.5'inde baş ağrısı ve %47.4'ünde uyku problemi olduğu tespit edilmiştir. Postpartum bakım hizmeti alma ve genel fiziksel sağlık problemleri karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (<0.05).

Kadınların yarısından çoğu omuz-boyun ağrısı (%54.0) ve bel ağrısı (%57.8) gibi kas-iskelet problemleri yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Çalışmada kadınların postpartum 6. haftadaki meme problemleri arasında ilk sırada meme ucunda çatlama (%57.5), ikinci sırada problemi meme ucunda ağrı (%35.8) ve üçüncü sırada mastit (%2.5) olduğu tespit edilmiştir.

Kadınlarda en sık görülen ürogenital problemlerin sırası ile dizüri (%61.3), ameliyat yeri ağrısı (%45.3) ve perineal kanama (%40.5) ve perineal ağrı (%25.5) olduğu saptanmıştır. Postpartum bakım alanların %61.3'ünde ameliyat yeri ağrısı ve %42.2'sinde perineal ağrı olduğu belirlenmiştir. Postpartum bakım hizmeti alma ve ameliyat yeri ağrısı ile perineal ağrı karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (<0.05).

Araştırma kapsamına alınan kadınlardaki en sık görülen gastrointestinal problemlerinin ise sırası ile kabızlık (%49.0), flatus inkontinansı (%47.0), karın ağrısı (%46.8), bulantı (%26.3) ve hemoroid (%22.8) olduğu belirlenmiştir.

Tabloda da görüldüğü gibi kadınların postpartum 6. haftada en fazla yaşadıkları problemlerin yorgunluk (%77.5), baş ağrısı (%58.8) ve uyku problemlerini (%76.0) içeren genel sağlık problemleri olduğu saptanmıştır.

Tablo 6. Araştırmaya katılan kadınların postpartum 6. Haftada belirlenen sağlık problemlerine göre dağılımı (n=400)

Fiziksel Sağlık Problemleri		Sayı	%
Genel problemler	Yorgunluk		
	Yok	90	22.5
	Var	310	77.5
	Baş ağrısı		
	Yok	165	41.3
	Var	235	58.8
Uyku problemleri	Yok	96	24.0
	Var	304	76.0
Kas-iskelet Problemleri	Omuz-boyun ağrısı		
	Yok	184	46.0
	Var	216	54.0
	Bel ağrısı		
Yok	169	42.3	
Var	231	57.8	
Meme Problemleri	Meme ucu ağrı		
	Yok	257	64.3
	Var	143	35.8
	Meme ucunda çatlama		
	Yok	170	42.5
	Var	230	57.5
Mastit	Yok	390	97.5
	Var	10	2.5

Tablo 6 (devamı). Araştırmaya katılan kadınların postpartum 6. Haftada belirlenen sağlık problemlerine göre dağılımı			
Üro-genital Problemler	Disparoni		
	Yok	390	97.5
	Var	10	2.5
	Ameliyat yeri ağrısı*		
	Yok	219	54.8
	Var	181	45.3
	Perineal ağrı††		
	Yok	298	74.5
	Var	102	25.5
	İdrar İnkontinans		
	Yok	374	93.5
	Var	26	6.5
	Cinsel ilişkide idrar inkontinans		
	Yok	394	98.5
	Var	6	1.5
Dizüri			
Yok	155	38.8	
Var	245	61.3	
Perineal kanama			
Yok	238	59.5	
Var	162	40.5	
Gastrointestinal Problemler	Hemoroid		
	Yok	309	77.3
	Var	91	22.8
	Kabızlık		
	Yok	204	51.0
	Var	196	49.0
	Diyare		
	Yok	363	90.8
	Var	37	9.3
	Karın ağrısı		
	Yok	213	53.3
	Var	187	46.8
	Anal inkontinans		
	Yok	398	99.5
	Var	2	0.5
Flatus inkontinansı			
Yok	212	53.0	
Var	188	47.0	
Bulantı			
Yok	295	73.8	
Var	105	26.3	

*=Sadece sezaryen ile doğum yapan kadınları içerir.

††=Sadece vajinal doğum yapan ve epizyotomisi olan kadınları içerir.

Postpartum 6. haftada belirlenen fiziksel sağlık problemlerinin pariteye göre dağılımı Tablo 7’de verilmiştir. Genel sağlık problemleri incelendiğinde multiparlarda yorgunluk (%81.6) görülme oranı, primiparlara (%73.1) göre daha fazla olup yorgunluk bakımından gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Multiparların yorgunluk problemini primiparlara göre %23 daha fazla yaşadığı belirlenmiştir (RR=0.77). Primiparlar (%76.2) multiparlara (%75.8) göre daha fazla oranda uyku problemlerinden

etkilenmiş olup gruplar arası farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Kas-iskelet problemlerin pariteye göre dağılımı incelendiğinde multiparların %63.8'i omuz-boyun ağrısı, %72.0'ı bel ağrısı problemi olduğunu ifade etmiştir. Çalışmada multiparların primiparlara göre %34 daha fazla omuz-boyun ağrısı (RR=0.66) ve %47 daha fazla bel ağrısı (RR=0.53) yaşadığı saptanmıştır. Kas-iskelet problemleri bakımından gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Araştırma kapsamındaki kadınlar primiparların multiparlara göre daha fazla meme problemleri yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Araştırmada primiparların multiparlara göre %28 daha fazla meme ucunda ağrı (R=0.72), %30 daha fazla meme ucunda çatlama (RR=0.70) problemi yaşadığı saptanmıştır. Meme ucunda ağrı ve meme ucunda çatlama problemleri bakımından gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Ürogenital problemlerin pariteye göre dağılımı incelendiğinde primiparlarda en sık %59.1 ile dizüri, %42.5 ile ameliyat yeri ağrısı ve %42.0 ile perineal kanama problemi yaşandığı belirlenmiştir. Multiparlarda en sık görülen ürogenital problemlerin ise primiparlara benzer olarak %63.3 ile dizüri, %47.8 ile ameliyat yeri ağrısı ve %39.1 ile perineal kanama olduğu saptanmıştır. Her iki gruptaki kadınların çok az bir kısmında dispareni (P=%3.6, M=%1.4), idrar inkontinans (P=%1.0, M=11.6) ve cinsel ilişki esnasında idrar inkontinans (P=%0.5, M=%2.4) olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada multiparların primiparlara göre %47 daha fazla inkontinans yaşadığı saptanmıştır (RR=0.53). Ürogenital problemler arasında sadece idrar inkontinans bakımından gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Gastrointestinal sistem problemlerinin pariteye göre dağılımına bakıldığında primiparların %14.5'inde, multiparların %30.4'ünde hemoroid problemi tespit edilmiştir. Multiparların primiparlara göre %23 daha fazla hemoroid problemi olduğu saptanmıştır (RR=0.67). Hemoroid bakımından gruplar arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Primiparlarda en sık görülen problemler sırası ile karın ağrısı (%45.1), kabızlık (%41.5) ve flatus inkontinansı (%40.9), bulantı (%22.8) olup multiparlarda en sık görülen problemler; kabızlık (%56.0) flatus inkontinansı (%52.7), karın ağrısı (%48.3) ve bulantı (%29.5) olduğu belirlenmiştir. Multiparların primiparlara göre %25 daha fazla kabızlık problemi (RR=0.75), %21 daha fazla flatus inkontinansı (RR=0.79) yaşadığı tespit edilmiştir. Kabızlık ve flatus inkontinansı bakımından gruplar arası farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 7. Araştırmaya katılan kadınlarda postpartum 6. haftada belirlenen fiziksel sağlık problemlerin pariteye göre dağılımı (n=400)

Fiziksel Sağlık Problemleri		Primipar(n=193)		Multipar(n=207)		p**
		Sayı	%	Sayı	%	
Genel problemler	Yorgunluk					
	Yok	52	26.9	38	18.4	0.040
	Var	141	73.1	169	81.6	
	Baş ağrısı					
	Yok	81	42.0	84	40.6	0.778
	Var	112	58.0	123	59.4	
Uyku problemleri						
Yok	46	23.8	50	24.2	0.040	
Var	147	76.2	157	75.8		
Kas-iskelet Problemleri	Omuz-boyun ağrısı					
	Yok	109	56.2	75	36.2	0.001
	Var	84	43.5	132	63.8	
	Bel ağrısı					
Yok	111	57.5	58	28.0	0.001	
Var	82	42.5	149	72.0		
Meme Problemleri	Meme ucunda ağrı					
	Yok	109	56.5	148	71.5	0.002
	Var	84	43.5	59	28.5	
	Meme ucunda çatlama					
	Yok	66	34.2	104	50.2	0.001
	Var	127	65.8	103	49.8	
Mastit						
Yok	186	96.4	201	97.1	0.681	
Var	7	3.6	6	2.9		
Üro-genital Problemler	Disparoni					
	Yok	186	96.4	204	98.6	0.163
	Var	7	3.6	3	1.4	
	Ameliyat yeri ağrısı*					
	Yok	111	57.5	108	52.2	0.284
	Var	82	42.5	99	47.8	
	Perineal ağrı†					
	Yok	139	72.0	159	76.8	0.272
	Var	54	28.0	48	23.2	
	İdrar İnkontinans					
	Yok	191	99.0	183	88.4	0.001
	Var	2	1.0	24	11.6	
	Cinsel ilişkide idrar inkontinans					
Yok	192	99.5	202	97.6	0.119	
Var	1	0.5	5	2.4		
Dizüri						
Yok	79	40.9	76	36.7	0.387	
Var	114	59.1	131	63.3		
Perineal kanama						
Yok	112	58.0	126	60.9	0.563	
Var	81	42.0	81	39.1		
Hemoroid						
Yok	165	85.5	144	69.6	0.001	
Var	28	14.5	63	30.4		
Kabızlık						
Yok	113	58.5	91	44.0	0.004	
Var	80	41.5	116	56.0		

Tablo 7(devamı). Araştırmaya katılan kadınlarda postpartum 6. Haftada belirlenen fiziksel sağlık problemlerinin pariteye göre dağılımı						
Gastrointestinal Problemler	Diyare					
	Yok	175	90.7	188	90.8	0.959
	Var	18	9.3	19	9.2	
	Karın ağrısı					
	Yok	106	54.9	107	51.7	0.517
	Var	87	45.1	100	48.3	
	Anal inkontinans					
	Yok	193	100.0	205	99.0	0.171
	Var	-	-	2	1.0	
	Flatus inkontinansı					
	Yok	114	59.1	98	47.3	0.019
	Var	79	40.9	109	52.7	
	Bulantı					
	Yok	149	77.2	146	70.5	0.130
Var	44	22.8	61	29.5		

*=Sadece sezaryen ile doğum yapan kadınları içerir.

‡=Sadece vajinal doğum yapan ve epizyotomisi olan kadınları içerir.

**=Ki-Kare testi uygulanmıştır.

Tablo 8'e bakıldığında kadınların çoğunluğunun postpartum 6. haftada sağlık problemlerini minör olarak yaşadıkları görülmüştür. Yorgunluk (P=%45.6, M=%57.0) ve baş ağrısının (P=%31.1, M=%37.2) multiparlarda primiparlara göre daha fazla oranda majör problem olarak yaşanmış olup yorgunluk bakımından gruplar arasında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Multiparların %36.7'si omuz-boyun, %53.1'i bel ağrısını majör problem olarak yaşadığı ve kas-iskelet problemleri bakımından gruplar arası farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Kadınların meme ucunda ağrı (P=%24.9, M=16.9) ve meme ucunda çatlama (P=%45.1, %34.3) gibi meme problemlerini primiparlarda daha fazla oranda majör problem olarak yaşadıkları saptanmış olup gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların çok az bir kısmında idrar inkontinans (P=%1.0, M=%11.6) ve cinsel ilişki esnasında idrar inkontinans (P=%0.5, M=%1.9) majör problem olarak görülmüş olup idrar inkontinans bakımından gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Primiparların %22.3'ünde, multiparların %32.4'ünde ameliyat yeri ağrısı majör problem olarak görülmüştür. Kadınların çoğunluğunda dizürinin (P=%64.8, M=%53.6) minör problem olarak yaşandığı tespit edilmiştir. Ameliyat yeri ağrısı ve dizüri bakımından gruplar arası farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Multiparlarda görülen gastrointestinal majör problemlerin kabızlık (%40.1), flatus inkontinansı (%30.9) ve karın ağrısı (%26.6) olduğu tespit edilmiştir. Kabızlık ve flatus inkontinansı bakımından gruplar arası farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hemoroidin, primiparlarda %11.9, multiparlarda %24.6 oranında majör problem olarak yaşandığı saptanmış olup gruplar arası farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Tablo 8. Araştırmaya katılan kadınların postpartum 6. haftada belirlenen fiziksel sağlık problemlerinin ciddiyet ve pariteye göre dağılımı (n=400)

Fiziksel Sağlık Problemleri		Primipar(n=193)		Multipar(n=207)		p**
		Sayı	%	Sayı	%	
Genel problemler	Yorgunluk					
	Minör	105	54.4	89	43.0	0.023
	Majör	88	45.6	118	57.0	
	Baş ağrısı					
	Minör	133	68.9	130	62.8	0.198
	Majör	60	31.1	77	37.2	
Uyku problemleri						
Minör	80	41.5	100	48.3	0.168	
Majör	113	58.5	107	51.7		
Kas-iskelet Problemleri	Omuz-boyun ağrısı					
	Minör	158	81.9	131	62.8	0.001
	Majör	35	18.1	76	36.7	
	Bel ağrısı					
Minör	156	80.8	97	46.9	0.001	
Majör	37	19.2	110	53.1		
Meme Problemleri	Meme ucunda ağrı					
	Minör	145	24.9	172	83.1	0.050
	Majör	48	75.1	35	16.9	
	Meme ucunda çatlama					
	Minör	106	54.9	136	65.7	0.028
	Majör	87	45.1	71	34.3	
Mastit						
Minör	186	96.4	201	97.1	0.681	
Majör	7	3.6	6	2.9		
Üro-genital Problemler	Disparoni					
	Minör	187	96.3	204	98.6	0.263
	Majör	6	3.1	3	1.4	
	Ameliyat yeri ağrısı*					
	Minör	150	77.7	140	67.6	0.024
	Majör	43	22.3	67	32.4	
	Perineal ağrı†					
	Minör	139	72.0	159	76.8	0.272
	Majör	54	28.0	48	23.2	
	İdrar İnkontinans					
	Minör	191	99.0	183	88.4	0.001
	Majör	2	1.0	24	11.6	
	Cinsel ilişkide idrar inkontinans					
	Minör	192	99.5	203	99.1	0.203
	Majör	1	0.5	4	1.9	
Dizüri						
Minör	125	64.8	111	53.6	0.024	
Majör	68	35.2	96	46.4		
Perineal kanama						
Minör	186	96.4	198	95.7	0.713	
Majör	7	3.6	9	4.3		
Hemoroid						
	Minör	170	88.1	154	74.4	0.001
	Majör	23	11.9	53	24.6	
	Kabızlık					
Minör	134	69.4	124	59.9	0.047	
Majör	59	30.6	83	40.1		

Tablo 8(devamı). Araştırmaya katılan kadınların 6. Haftada belirlenen fiziksel sağlık problemlerinin ciddiyet ve pariteye göre dağılımı						
Gastrointestinal Problemler	Diyare					
	Minör	189	97.9	201	97.1	0.597
	Majör	4	2.1	6	2.9	
	Karın ağrısı					
	Minör	152	78.8	152	73.4	0.213
	Majör	41	21.2	55	26.6	
	Anal inkontinans					
	Minör	193	100.0	205	99.0	0.171
	Majör	-	-	2	1.0	
	Flatus inkontinansı					
	Minör	156	80.8	143	69.1	0.007
	Majör	37	19.2	64	30.9	
	Bulantı					
	Minör	187	96.9	195	94.2	0.195
Majör	6	3.1	12	5.8		

*=Sadece sezaryen ile doğum yapan kadınları içerir.

‡=Sadece vajinal doğum yapan ve epizyotomisi olan kadınları içerir.

**=Ki-Kare testi uygulanmıştır.

B. Doğum Sonrası 6. Haftada Kadınlardaki Postpartum Depresyon'a İlişkin Bulgular

Postpartum Depresyon riski, postpartum 2.-3. haftadan sonra özellikle olguların %80'inde ilk 6 hafta içinde sinsiçe başlaması nedeniyle, postpartum 6. haftada değerlendirme yapılmıştır. Araştırma grubundaki kadınlarda PPD riski, EPDS'ye göre kesme puanı 12 alındığında %13.0 olarak saptanmıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Doğum sonrası 6. haftada kadınların Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği puanlarına göre dağılımı (n=400)

Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği puanları	Sayı	%
EPDS Puanı 12 ve üstü	52	13.0
EPDS Puanı 12 altı	348	87.0

Doğum sonrası 6. haftada EPDS puanlarının tanıtıcı özelliklere göre dağılımı Tablo 10'da verilmiştir. EPDS puanı 12 ve üstü çıkanların büyük çoğunluğunun 20-34 yaş grubunda (%75.0), ilköğretim mezunu (%78.8), çalışmadığı (%80.8) ve gelir durumunun orta (%84.6) olduğu belirlenmiştir. Yaş ve eğitim durumu bakımından gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p<0.05$).

Tablo 10. Doğum sonrası 6. haftada Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği puanlarının tanıtıcı özelliklere göre dağılımı (n=400)

Tanıtıcı Özellikler	EPDS puanı 12 altı(n=348)		EPDS puanı 12 ve üstü(n=52)		p*
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş					
19 yaş ve altı	49	14.1	3	5.8	0.015
20-34	271	77.9	39	75.0	
35 yaş ve üstü	28	8.0	10	19.2	
Eğitim					
Okur-yazar	47	13.5	-	-	0.001
İlköğretim	178	51.1	41	78.8	
Lise	57	16.4	5	9.6	
Yükseköğretim	66	19.0	6	11.5	
Çalışma durumu					
Çalışmayan	266	76.4	42	80.8	0.489
Çalışan	82	23.6	10	19.2	
Gelir durumu					
İyi	76	21.8	5	9.6	0.055
Orta	238	68.4	44	84.6	
Kötü	34	9.8	3	5.8	

*=Ki-kare testi uygulanmıştır.

Tablo 11’de doğum sonrası 6. haftadaki EPDS puanlarının doğumuna ilişkin özelliklere göre dağılımı yer almıştır. Parite ile kadınların EPDS puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuş, multiparlarda kadınların EPDS puanlarının yükseldiği belirlenmiştir ($p<0.001$). EPDS puanı 12 ve üstü çıkan kadınların %78.8’inin sezaryen ile doğum yaptığı, %75.0’ini prenatal bakım almasına karşın %59.6’sının postpartum bakım almadığı saptanmıştır. EPDS puanı 12 ve üstü çıkan yaklaşık her iki kadından birinin (%44.2) bebeğinin doğum kilosu 2500 gram ve altı olarak belirlenmiştir. Bebeğin doğum kilosu bakımından gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Tablo 11. Doğum sonrası 6. haftadaki Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği puanlarının doğuma ilişkin özelliklere göre dağılımı (n=400)

Özellikler	EPDS puanı 12 altı(n=348)		EPDS puanı 12 ve üstü(n=52)		p*
	Sayı	%	Sayı	%	
Doğum Sayısı					
Primipar	180	51.7	13	25.0	0.001
Multipar	168	48.3	39	75.0	
Doğum Şekli					
Vajinal	97	27.9	6	11.5	0.066
Müdahaleli doğum	2	0.6	1	1.9	
Sezaryen	225	64.7	41	78.8	
Acil sezaryen	24	6.9	4	7.7	
Prenatal Bakım					
Alan	238	68.4	39	75.0	0.335
Almayan	110	31.6	13	25.0	
Postpartum Bakım					
Alan	185	53.2	21	40.4	0.086
Almayan	163	46.8	31	59.6	
Bebeğin Doğum Kilosu (gram-gr)					
2500 ve altı	56	16.1	23	44.2	0.001
2501-3000	121	34.8	13	25.0	
3001-3500	139	39.9	13	25.0	
3501-4000	32	9.2	3	5.8	

*=Ki-kare testi uygulanmıştır.

Doğum sonrası 6. haftada kadınlarda EPDS puanlarının bazı fiziksel sağlık problemlerine göre dağılımı Tablo 12’de verilmiştir. EPDS puanı 12 ve üstü olan kadınların tamamına yakını yorgunluk (%96.2) problemi yaşadığını ifade etmiştir. Yorgunluk bakımından gruplar arası farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Bel ağrısı problemi (%75.0) olan kadınlarda EPDS puanlarının yükseldiği tespit edilmiş gruplar arası farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Lojistik regresyon analizine göre kadınlardaki bazı fiziksel problemlerinin EPDS puanlarını etkileme düzeyleri Tablo 13’de verilmiştir. Kadınlardaki yorgunluk probleminin varlığı postpartum depresyon riskini 8.46 kat arttırmıştır. Araştırma kapsamındaki bel ağrısı probleminin varlığı ise postpartum depresyon varlığını 2.43 kat arttırdığı saptanmıştır. Çalışmada yorgunluk ve bel ağrısı gibi somatik semptomların PPD ile ilişkisi olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 12. Doğum sonrası 6. haftada Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği puanlarının bazı fiziksel sağlık problemlerinden etkilenme durumuna göre dağılımı (n=400)

Fiziksel Sağlık Problemleri		EPDS puanı 12 altı(n=348)		EPDS puanı 12 ve üstü(n=52)		p
		Sayı	%	Sayı	%	
Genel problemler	Yorgunluk					
	Yok	88	25.3	2	3.8	0.001
	Var	260	74.7	50	96.2	
	Baş ağrısı					
	Yok	146	42.0	19	36.5	0.459
	Var	202	58.0	33	63.5	
Uyku problemleri						
Yok	84	24.1	12	23.1	0.867	
Var	264	75.9	40	76.9		
Kas-iskelet problemleri	Omuz-boyun ağrısı					
	Yok	160	46.0	24	46.2	0.981
	Var	188	54.0	28	53.8	
	Bel ağrısı					
Yok	156	44.8	13	25.0	0.007	
Var	192	55.2	39	75.0		

*=Ki-kare testi uygulanmıştır.

Tablo 13. Lojistik regresyon analizine göre kadınlardaki bazı fiziksel problemlerinin Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği puanlarını etkileme düzeyleri(n=400)

Fiziksel Sağlık Problemleri		EPDS puanı 12 altı(n=348)		EPDS puanı 12 ve üstü(n=52)		OR(%95 güven aralığı)	p
		Sayı	%	Sayı	%		
Genel problemler	Yorgunluk						
	Yok	88	25.3	2	3.8	R	0.001
	Var	260	74.7	50	96.2	8.46(2.01-35.49)	
	Baş ağrısı						
	Yok	146	42.0	19	36.5	R	0.459
	Var	202	58.0	33	63.5	1.25(0.68-2.29)	
Uyku problemleri							
Yok	84	24.1	12	23.1	R	0.867	
Var	264	75.9	40	76.9	1.06(0.53-2.11)		
Kas-iskelet problemleri	Omuz-boyun ağrısı						
	Yok	160	46.0	24	46.2	R	0.981
	Var	188	54.0	28	53.8	0.09(0.55-1.78)	
	Bel ağrısı						
Yok	156	44.8	13	25.0	R	0.007	
Var	192	55.2	39	75.0	2.43(1.25-4.72)		

C. Doğum Sonrası 6. Ayda Kadınlarda Belirlenen Fiziksel Problemlere İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan postpartum 6. ayda belirlenen sağlık problemlerine göre dağılımı Tablo 14’de verilmiştir. Kadınlarda 6. ayda da en sık genel sağlık problemleri görülmüştür. Genel sağlık problemleri içerisinde en fazla oranda uyku problemlerinin (%62.0) yaşandığı tespit edilmiş olup yaklaşık her iki kadından biri yorgunluk (%56.8), her üç kadından biri baş ağrısı (%37.4) problemi yaşadığını ifade etmiştir. Postpartum bakım alanların %46.5’inde yorgunluk, %53.1’inde baş ağrısı ve %51.1’inde uyku problemi olduğu saptanmış olup yorgunluk bakımından gruplar arası farklılık anlamlı bulunmuştur (<0.05). Kas-iskelet problemlerine bakıldığında postpartum 6. haftaya göre yarı yarıya azalma olduğu kadınların %28.2’sinde omuz-boyun ağrısı, %31.4’ünde bel ağrısı problemi yaşandığı saptanmıştır. Meme problemlerinin dağılımına bakıldığında, %19.9 oranında meme ucunda ağrı, %26.2 oranında meme ucunda çatlama problemlerinin olduğu belirlenmiştir. Postpartum bakım alan her iki kadından birinde meme ucunda ağrı (%55.3), %46.0’sında meme ucunda çatlak olduğu belirlenmiştir.

Ürogenital problemlerin dağılımı incelendiğinde perineal kanama probleminin postpartum 6. ayda tamamen ortadan kalktığı belirlenmiştir. Kadınların çok az bir kısmında idrar inkontinans (%5.8) olduğu cinsel ilişki esnasında idrar inkontinans (%8.1) oranının postpartum 6. haftaya göre arttığı belirlenmiştir. İnkontinansı olan 22 kadından 2’sinin 19 yaş ve altında, 14’ünün 20-34 yaş ve 6’sının 35 yaş ve üstünde olduğu ve aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğu bulunmuştur (<0.05). Çalışmada vajinal doğum yapanların %5.1’inde, sezaryen yapılanların da %5.5’inde inkontinans görüldüğü belirlenmiş ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (<0.05). İri bebek inkontinansı etkilememiş olup kabızlık problemi devam eden 109 kadından 17’sinde inkontinans görüldüğü saptanmıştır (<0.05). Çalışma kapsamındaki yaklaşık her dört kadından birinde dispareni (%25.9), her beş kadından birinde dizüri (%20.7) görüldüğü saptanmıştır. Ameliyat yeri ağrısı oranının %16.5’e, perineal ağrı oranının da %12.0’ye düştüğü tespit edilmiştir.

Gastrointestinal sistem problemlerinin dağılımı incelendiğinde en sık görülen problemler sırası ile kabızlık (%28.5), bulantı (%26.4), flatus inkontinansı (%18.8), hemoroid (%16.5) ve karın ağrısı (%13.1) olduğu belirlenmiştir.

Tabloda da görüldüğü gibi kadınların postpartum 6. ayda kendi kategorilerinde en fazla yaşadıkları problemlerin uyku problemleri (%62.0), bel ağrısı (%31.4), meme ucu çatlama (%26.2), dispareni (%25.9) ve kabızlık (%28.5) olduğu saptanmıştır.

Tablo 14. Araştırmaya katılan tüm kadınların postpartum 6. ayda belirlenen sağlık problemlerine göre dağılımı (n=382)

Fiziksel Sağlık Problemleri		Sayı	%
Genel problemler	Yorgunluk		
	Yok	165	43.2
	Var	217	56.8
	Baş ağrısı		
	Yok	239	62.6
	Var	143	37.4
Kas-iskelet problemleri	Uyku problemleri		
	Yok	145	38.0
	Var	237	62.0
	Omuz-boyun ağrısı		
	Yok	272	71.2
	Var	110	28.8
Meme problemleri	Bel ağrısı		
	Yok	262	68.6
	Var	120	31.4
	Meme ucu ağrı		
	Yok	306	80.1
	Var	76	19.9
Üro-genital problemler	Meme ucunda çatlama		
	Yok	282	73.8
	Var	100	26.2
	Mastit		
	Yok	374	97.9
	Var	8	2.1
	Disparoni		
	Yok	283	74.3
	Var	99	25.9
	Ameliyat yeri ağrısı*		
	Yok	319	83.5
	Var	63	16.5
Perineal ağrı†			
Yok	336	88.0	
Var	46	12.0	
İdrar İnkontinans			
Yok	360	94.2	
Var	22	5.8	
Cinsel ilişkide idrar inkontinans			
Yok	351	91.9	
Var	31	8.1	
Dizüri			
Yok	303	79.3	
Var	79	20.7	
Diğer problemler	Hemoroid		
	Yok	319	83.5
	Var	63	16.5
	Kabızlık		
	Yok	273	71.5
	Var	109	28.5
Diyare			
Yok	359	94.0	
Var	23	6.0	

Tablo 14 (devamı). Araştırmaya katılan tüm kadınların postpartum 6. ayda belirlenen sağlık problemlerine göre dağılımı			
Gastrointestinal problemler	Karın ağrısı		
	Yok	332	86.9
	Var	50	13.1
	Anal inkontinans		
	Yok	380	99.5
	Var	2	0.5
	Flatus inkontinansı		
	Yok	310	81.2
	Var	72	18.8
	Bulantı		
	Yok	281	73.6
	Var	101	26.4

*=Sadece sezaryen ile doğum yapan kadınları içerir.

‡=Sadece vajinal doğum yapan ve epizyotomisi olan kadınları içerir.

Tablo 15’de araştırmaya katılan kadınlarda postpartum 6. ayda belirlenen sağlık problemlerinin pariteye göre dağılımı yer almıştır. Çalışmada postpartum 6. ayda belirlenen sağlık problemi oranlarının, postpartum 6 haftaya benzer şekilde multiparlarda primiparlara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Genel sağlık problemlerinin pariteye göre dağılımı incelendiğinde multiparlarda yorgunluk (%59.2) ve baş ağrısı (%40.3) görülme oranının primiparlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Multiparların primiparlara göre yorgunluk problemini %10, baş ağrısı problemini %12 daha fazla yaşadığı belirlenmiştir (RR=0.90, RR=0.88). Uyku problemlerinin görülme oranının ise primiparlarda %62.4, multiparlarda %61.7 olduğu tespit edilmiştir. Primiparlar multiparlara göre uyku problemlerini %12 daha fazla yaşadığı belirlenmiştir (RR=0.98).

Kas-iskelet problemlerinin postpartum 6. haftaya göre belirgin derecede azalma gözlenmiş olup yaklaşık her üç multipardan biri omuz-boyun ağrısı (%33.8), %44.8’i bel ağrısı yaşadığını ifade etmiştir. Multiparlar primiparlarda %21 daha fazla omuz-boyun ağrısı, %44.0 daha fazla bel ağrısı yaşadığı belirlenmiştir (RR=0.79, RR=0.56)). Omuz-boyun ve bel ağrısı bakımından gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Çalışmadaki primiparlarda meme problemlerinin görülme oranlarının postpartum 6. haftaya benzer şekilde multiparlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Primiparlarda belirlenen meme problemleri arasında ilk sırada meme ucunda çatlama (%29.8), ikinci sırada meme ucunda ağrı (%25.4) ve üçüncü sırada mastit (%3.3) olduğu belirlenmiştir. Araştırmada primiparların multiparlara göre %28 daha fazla meme ucunda ağrı (R=0.72), %17 daha fazla meme ucunda çatlama (RR=0.83) problemi yaşadığı saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde, meme ucunda ağrı yaşama durumları bakımından gruplar arası fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Çalışmada primiparlar multiparlara göre daha fazla oranda disparoni (P=%30.4, M=%21.9), ameliyat yeri ağrısı (P=%19.3, M=%13.9) ve perineal ağrı (P=%12.7, M=%11.4) yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Primiparların multiparlara göre %20 daha fazla disparoni (RR=0.80), %18 daha fazla ameliyat yeri ağrısı (RR=0.82) ve %6 daha fazla perineal ağrı yaşadığı (RR=0.94) belirlenmiştir. Multiparlarda ise primiparlara göre daha fazla oranda idrar inkontinans (P=%1.1, M=%10.0), cinsel ilişki esnasında idrar inkontinans (P=%4.4, M=%11.4) ve dizüri (P=%17.7, M=%23.4) görüldüğü tespit edilmiştir. Multiparların primiparlara göre %45 daha fazla idrar inkontinans (RR=0.55), %32 daha fazla cinsel ilişki esnasında idrar inkontinans (RR=0.68) ve %15 daha fazla dizüri (RR=0.85) yaşadığı saptanmıştır. Primiparlardaki ameliyat yeri ağrı oranının %19.3'e, perineal ağrı oranının da %12.7'ye düştüğü belirlenmiştir. İdrar inkontinans ve cinsel ilişki esnasında idrar inkontinans bakımından gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Araştırma kapsamına alınan multiparlarda primiparlara göre gastrointestinal sistem sağlık problemi oranlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Multiparlarda en sık görülen gastrointestinal problemlerin sırası ile kabızlık (%33.8), bulantı (%29.4), flatus inkontinansı (%25.9), hemoroid (%23.4), karın ağrısı (%15.4) ve diyare (%7.0) olduğu saptanmıştır. Primiparlardaki en sık görülen problemlerin ise; %23.2 ile bulantı, %22.7 ile kabızlık, %11.0 ile flatus inkontinans, %10.5 ile karın ağrısı, %8.8 ile hemoroid ve %5.0 ile diyare olduğu belirlenmiştir. Anal inkontinans primiparlarda hiç görülmez iken multiparlarda görülme oranı %1.1 olarak tespit edilmiştir. Hemoroid, flatus inkontinansı ve kabızlık bakımından gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Tablo da görüldüğü gibi; postpartum 6. ayda primiparlarda kendi kategorilerinde en sık görülen fiziksel sağlık problemlerinin uyku problemleri (%62.4), omuz-boyun ağrısı (%23.2), meme ucunda çatlama (%29.8), disparoni (%30.4) ve bulantı (%23.2) olduğu belirlenmiştir. Multiparlarda ise en sık sağlık görülen problemlerinin ise uyku problemleri (%61.7), bel ağrısı (%44.8), meme ucunda çatlama (%22.9), dizüri (%23.4) ve kabızlık (%33.8) olduğu saptanmıştır.

Tablo 15. Araştırmaya katılan kadınlarda postpartum 6. ayda belirlenen fiziksel sağlık problemlerinin pariteye göre dağılımı (n=382)

Fiziksel Sağlık Problemleri		Primipar(n=181)		Multipar(n=201)		p**
Genel problemler	Yorgunluk					
	Yok	83	45.9	82	40.8	0.352
	Var	98	54.1	119	59.2	
	Baş ağrısı					
	Yok	119	65.7	120	59.7	0.223
	Var	62	34.3	81	40.3	
Uyku problemleri						
Yok	68	37.6	77	38.3	0.882	
Var	113	62.4	124	61.7		
Kas-iskelet problemleri	Omuz-boyun ağrısı					
	Yok	139	76.8	133	66.2	0.022
	Var	42	23.2	68	33.8	
	Bel ağrısı					
Yok	151	83.4	111	55.2	0.001	
Var	30	16.6	90	44.8		
Meme problemleri	Meme ucu ağrı					
	Yok	135	74.6	171	85.1	0.010
	Var	46	25.4	30	14.9	
	Meme ucu çatlama					
	Yok	127	70.2	155	77.1	0.123
	Var	54	29.8	46	22.9	
Mastit						
Yok	175	96.7	199	99.0	0.114	
Var	6	3.3	2	1.0		
Üro-genital problemler	Disparoni					
	Yok	126	69.6	157	78.1	0.058
	Var	55	30.4	44	21.9	
	Ameliyat yeri ağrısı*					
	Yok	146	80.7	173	86.1	0.155
	Var	35	19.3	28	13.9	
	Perineal ağrı†					
	Yok	158	87.3	178	88.6	0.705
	Var	23	12.7	23	11.4	
	İdrar İnkontinans					
Yok	179	98.9	181	90.0	0.001	
Var	2	1.1	20	10.0		
Cinsel ilişkide idrar inkontinans						
Yok	173	95.6	178	88.6	0.012	
Var	8	4.4	23	11.4		
Dizüri						
Yok	149	82.3	154	76.6	0.169	
Var	32	17.7	47	23.4		
Hemoroid	Hemoroid					
	Yok	165	91.2	154	76.6	0.001
	Var	16	8.8	47	23.4	
	Kabızlık					
	Yok	140	77.3	133	66.2	0.016
	Var	41	22.7	68	33.8	
Diyare						
Yok	172	95.0	187	93.0	0.414	
Var	9	5.0	14	7.0		

Tablo 15(devamı). Araştırmaya katılan kadınlarda postpartum 6. ayda belirlenen fiziksel sağlık problemlerinin pariteye göre dağılımı						
Gastrointestinal problemler	Karın ağrısı					
	Yok	162	89.5	170	84.6	0.154
	Var	19	10.5	31	15.4	
	Anal inkontinans					
	Yok	163	100.0	183	98.9	0.183
	Var	-	-	2	1.1	
	Flatus inkontinansı					
	Yok	161	89.0	149	74.1	0.001
	Var	20	11.0	52	25.9	
	Bulantı					
	Yok	139	76.8	142	70.6	0.174
	Var	42	23.2	59	29.4	

*=Sadece sezaryen ile doğum yapan kadınları içerir.

‡=Sadece vajinal doğum yapan ve epizyotomisi olan kadınları içerir.

**= Ki-kare testi uygulanmıştır.

Tablo 16'da, kadınların çoğunluğunun postpartum 6. ayda da sağlık problemlerini minör olarak yaşadıkları görülmüştür.

Multiparların genel sağlık problemlerini primiparlara göre daha fazla oranda majör problem olarak yaşadığı, bunların sırası ile uyku bozuklukları (P=%30.9, M=%34.3), yorgunluk (P=%19.3, M=%27.4) ve baş ağrısı (P=%14.4, M=%18.4) problemi olduğu tespit edilmiştir. Multiparlar primiparlara göre uyku bozukluklarını %7 daha fazla (RR=0.93), yorgunluğu %19 daha fazla (RR=0.81), baş ağrısını %13 daha fazla (RR=0.87) majör problem olarak yaşadıkları belirlenmiştir. Araştırmadaki multiparların omuz-boyun ağrısı (%9.0) ve bel ağrısını (%22.9) primiparlara göre daha fazla oranda majör problem olarak yaşadıkları belirlenmiş olup kas-iskelet problemleri bakımından gruplar arası farklılık anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Meme ucunda ağrı (P=%6.6, M=6.0) ve meme ucunda çatlama (P=%8.3, M=%7.0) gibi meme problemlerini primiparların multiparlara göre daha fazla oranda majör problem olarak yaşadıkları saptanmıştır. Araştırma kapsamındaki primiparların disparoni (%18.2) ve ameliyat yeri ağrısı (%4.4) problemlerini multiparlara göre daha fazla oranda majör problem olarak gördükleri belirlenmiştir. İdrar inkontinans ve cinsel ilişki esnasında idrar inkontinas, multiparlarda majör problem olarak görülme oranı daha fazla olup gruplar arası farklılık anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Gastrointestinal sistem problemler multiparlarda primiparlara göre daha fazla oranda majör problem olarak görülmüştür. Hemoroid, kabızlık ve flatus inkontinansı bakımından gruplar arası farklılık anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 16. Araştırmaya katılan kadınlarda postpartum 6. ayda belirlenen fiziksel sağlık problemlerinin ciddiyet ve pariteye göre dağılımı (n=382)

Fiziksel Sağlık problemleri		Primipar(n=181)		Multipar(n=201)		p**
Genel problemler	Yorgunluk					
	Minör	146	80.7	146	72.6	0.065
	Majör	35	19.3	55	27.4	
	Baş ağrısı					
	Minör	155	85.6	164	81.6	0.288
	Majör	26	14.4	37	18.4	
Uyku problemleri						
Minör	125	69.1	132	65.7	0.481	
Majör	56	30.9	69	34.3		
Kas-iskelet problemleri	Omuz-boyun ağrısı					
	Minör	175	96.7	183	91.0	0.023
	Majör	6	3.3	18	9.0	
	Bel ağrısı					
Minör	171	94.5	155	77.1	0.001	
Majör	10	5.5	46	22.9		
Meme problemleri	Meme ucu ağrı					
	Minör	169	93.4	189	94.0	0.791
	Majör	12	6.6	12	6.0	
	Meme ucu çatlama					
	Minör	166	91.7	187	93.0	0.626
	Majör	15	8.3	14	7.0	
Mastit						
Minör	176	97.2	200	99.5	0.075	
Majör	5	2.8	1	0.5		
Üro-genital problemler	Disparoni					
	Minör	148	81.8	169	84.1	0.548
	Majör	33	18.2	32	15.9	
	Ameliyat yeri ağrısı*					
	Minör	173	95.6	196	97.5	0.298
	Majör	8	4.4	5	2.5	
	Perineal ağrı†					
	Minör	175	96.7	190	94.5	0.307
	Majör	6	3.3	11	5.5	
	İdrar İnkontinans					
	Minör	179	98.9	183	91.0	0.001
	Majör	2	1.1	18	9.0	
Cinsel ilişkide idrar inkontinans						
Minör	175	96.7	182	90.5	0.015	
Majör	6	3.3	19	9.5		
Dizüri						
Minör	171	94.5	179	89.1	0.056	
Majör	10	5.5	22	10.9		
Hemoroid	Hemoroid					
	Minör	171	94.5	158	78.6	0.001
	Majör	10	5.5	43	21.4	
	Kabızlık					
Minör	165	91.2	161	80.1	0.002	
Majör	16	8.8	40	19.9		

Tablo 16 (devamı). Araştırmaya katılan kadınlarda postpartum 6. ayda belirlenen fiziksel sağlık problemlerinin ciddiye ve pariteye göre dağılımı						
Gastrointestinal problemler	Diyare					
	Minör	181	100.0	200	99.5	0.342
	Majör	-	-	1	0.5	
	Karın ağrısı					
	Minör	177	97.8	195	97.0	0.636
	Majör	4	2.2	6	3.0	
	Anal inkontinans					
	Minör	-	-	199	99.0	0.178
	Majör	-	-	2	1.0	
	Flatus inkontinansı					
	Minör	179	98.9	169	84.1	0.001
	Majör	2	1.1	32	15.9	
	Bulantı					
	Minör	175	96.7	189	94.0	0.221
Majör	6	3.3	12	6.0		

*=Sadece sezaryen ile doğum yapan kadınları içerir.

‡=Sadece vajinal doğum yapan ve epizyotomisi olan kadınları içerir.

**=Ki-kare testi uygulanmıştır.

D. Doğum Sonrası 1. Yılda Kadınlarda Belirlenen Fiziksel Sağlık Problemlerine İlişkin Bulgular

Tablo 17'ye göre, postpartum 1. yılın sonunda genel sağlık problemlerinin, postpartum 6. aya göre yarı yarıya azaldığı belirlenmiştir. Kadınların %33.9'u yorgunluk, %17.5'i baş ağrısı %32.8'i uyku problemlerinin postpartum 1. yılın sonunda da devam ettiğini ifade etmiştir. Araştırmada yaklaşık her beş kadından birinde bel ağrısı (%19.0) problemi olup omuz-boyun ağrısı oranının %12.1 olduğu belirlenmiştir. Kadınlarda meme ucunda ağrı probleminin %5.2 oranında devam ettiği belirlenmiştir.

Postpartum 1. yılın sonunda ürogenital problemlerinin, postpartum 6. aya göre genel olarak azaldığı belirlenmiştir. Disparonin (%13.5) en sık yaşanan ürogenital problem olduğu bunu idrar inkontinans (%6.3) ve cinsel ilişki esnasında idrar inkontinansın (%5.5) izlediği belirlenmiştir. Postpartum 1. yılın sonunda en sık yaşanan gastrointestinal problemlerin ise sırası ile kabızlık (%15.5), hemoroid (%12.6) ve flatus inkontinansı (%10.1) olduğu saptanmıştır. Bu dönemde ayrıca meme ucunda çatlama, mastit, perineal kanama ve bulantı problemlerinin ortadan kalktığı gözlenmiştir.

Tabloda da görüldüğü gibi postpartum 1 yıl sonunda genel sağlık problemlerinin devam ettiği, bu problemlere bel ağrısı (%19.0), disparoni (%13.5), kabızlık (%15.5), hemoroid (%12.6) ve flatus inkontinansın (%10.1) eşlik ettiği belirlenmiştir.

Tablo 17. Araştırmaya katılan kadınların postpartum 1. yılda belirlenen fiziksel sağlık problemlerine göre dağılımı(n=348)

Fiziksel Sağlık Problemleri		Sayı	%
Genel problemler	Yorgunluk		
	Yok	230	66.1
	Var	118	33.9
	Baş ağrısı		
	Yok	287	82.5
	Var	61	17.5
Kas-iskelet problemleri	Uyku problemleri		
	Yok	234	67.2
	Var	114	32.8
	Omuz-boyun ağrısı		
	Yok	306	87.9
	Var	42	12.1
M. prob.	Bel ağrısı		
	Yok	282	81.0
	Var	66	19.0
	Meme ucu ağrı		
	Yok	330	94.8
	Var	18	5.2
Ürogenital Problemler	Disparoni		
	Yok	301	86.5
	Var	47	13.5
	Ameliyat yeri ağrısı*		
	Yok	342	98.3
	Var	6	1.7
	Perineal ağrı**		
	Yok	337	96.8
	Var	11	3.2
	İdrar İnkontinans		
	Yok	326	93.7
	Var	22	6.3
	Cinsel ilişkide idrar inkontinans		
	Yok	329	94.5
Var	19	5.5	
Gastrointestinal problemler	Dizüri		
	Yok	342	98.3
	Var	6	1.7
	Hemoroid		
	Yok	304	87.4
	Var	44	12.6
	Kabızlık		
	Yok	294	84.5
	Var	54	15.5
	Diyare		
	Yok	338	97.1
	Var	10	2.9
	Karın ağrısı		
	Yok	335	96.3
Var	13	3.7	
Anal inkontinans			
Yok	346	99.4	
Var	2	0.6	
Flatus inkontinansı			
Yok	313	89.9	
Var	35	10.1	

*=Sadece sezaryen ile doğum yapan kadınları içerir.

‡=Sadece vajinal doğum yapan ve epizyotomisi olan kadınları içerir.

Araştırmaya katılan kadınlarda postpartum 1 yıl sonunda belirlenen fiziksel sağlık problemlerinin pariteye göre dağılımı Tablo 18'de verilmiştir. Multiparlarda yorgunluk (%37.3), baş ağrısı (%20.0) ve uyku problemlerinin (%35.1) görülme oranlarının primiparlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Multiparların primiparlara göre %14 daha fazla yorgunluk (RR=0.86), %15 daha fazla baş ağrısı (RR=0.85) ve %11 daha fazla uyku problemleri (RR=0.89) yaşadığı belirlenmiştir. Genel problemlere benzer şekilde omuz-boyun ağrısı (P=%6.1, M=%17.3) ve bel ağrısı (P=%9.8, M=%27.0) problemlerini de multiparlarda daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. Multiparların %35 daha fazla omuz-boyun ağrısı (RR=0.65), %37 daha fazla bel ağrısı (RR=0.63) yaşadığı belirlenmiştir. Kas-iskelet problemleri gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.001). Kadınlarda postpartum 1. yılın sonunda sadece meme ucunda ağrı (probleminin olduğu belirlenmiştir).

Ürogenital problemlerin pariteye göre dağılımı incelendiğinde multiparların primiparlara göre daha fazla oranda perineal ağrı (P=%6.1, M=%4.3), idrar inkontinans (P=%6.1, M=%4.3), cinsel ilişkide idrar inkontinans (P=%6.1, M=%4.3) ve dizüri (P=%6.1, M=%4.3) problemleri yaşadıkları saptanmıştır. Multiparların primiparlara göre %45 (RR=0.55) daha fazla idrar inkontinans ve %43 (RR=0.57) daha fazla cinsel ilişki esnasında idrar inkontinans yaşadığı belirlenmiştir. Ameliyat yeri ağrısı, idrar inkontinans ve cinsel ilişki esnasında idrar inkontinans bakımından gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Postpartum 1. yıl sonunda gastrointestinal problemlerin oranlarının postpartum 6.-24. haftada olduğu gibi multiparlarda primiparlara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Multiparlarda en sık görülen problemler %21.6 ile hemoroid ve kabızlık, %17.8 ile flatus inkontinansı iken primiparlarda bu problemler, %8.6 ile kabızlık, %2.5 ile hemoroid ve diyare olduğu tespit edilmiştir. Kabızlık, hemoroid ve flatus inkontinansı bakımından gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05, p<0.001). Anal inkontinans primiparlarda hiç görülmez iken multiparlarda görülme oranı %1.1 olarak tespit edilmiştir.

Tabloda da görüldüğü gibi postpartum 1 yıl sonunda multiparların primiparlara göre daha fazla oranda kas-iskelet problemleri, idrar inkontinans, cinsel ilişki esnasında idrar inkontinans, hemoroid, kabız ve flatus inkontinansı yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 18. Araştırmaya katılan kadınlarda postpartum 1. yılda belirlenen fiziksel sağlık problemlerinin pariteye göre dağılımı (n=348)

Fiziksel Sağlık Problemleri		Primipar(n=163)		Multipar(n=185)		p
		sayı	%	sayı	%	
Genel problemler	Yorgunluk					
	Yok	114	69.9	116	62.7	0.155
	Var	49	30.1	69	37.3	
	Baş ağrısı					
	Yok	139	85.3	148	80.0	0.196
	Var	24	14.7	37	20.0	
Uyku Problemleri						
Yok	114	69.9	120	64.9	0.314	
Var	49	30.1	65	35.1		
Kas-iskelet problemleri	Omuz-boyun ağrısı					
	Yok	153	93.9	153	82.7	0.001
	Var	10	6.1	32	17.3	
	Bel ağrısı					
Yok	147	90.2	135	73.0	0.001	
Var	16	9.8	50	27.0		
M. prob.	Meme ucunda ağrı					
	Yok	153	93.9	177	95.7	0.447
Var	10	6.1	8	4.3		
Üro-genital problemler	Disparoni					
	Yok	137	84.0	164	88.9	0.210
	Var	26	16.0	21	11.4	
	Ameliyat yeri ağrısı*					
	Yok	157	96.3	185	100.0	0.008
	Var	6	3.7	-	-	
	Perineal ağrı					
	Yok	158	96.9	179	96.8	0.925
	Var	5	3.1	6	3.2	
	İdrar İnkontinans					
Yok	161	98.8	165	89.2	0.001	
Var	2	1.2	20	10.8		
Cinsel ilişkide idrar inkontinans						
Yok	161	98.8	168	90.8	0.001	
Var	2	1.2	17	9.2		
Dizüri						
Yok	161	98.8	181	97.8	0.504	
Var	2	1.2	4	2.2		
Gastrointestinal problemler	Hemoroid					
	Yok	159	97.5	145	78.4	0.001
	Var	4	2.5	40	21.6	
	Kabızlık					
	Yok	149	91.4	145	78.4	0.001
	Var	14	8.6	40	21.6	
	Diyare					
	Yok	159	97.5	179	96.8	0.660
	Var	4	2.5	6	3.2	
	Karın ağrısı					
Yok	160	98.2	175	94.6	0.080	
Var	3	1.8	10	5.4		
Anal inkontinans						
Yok	163	100.0	183	98.9	0.183	
Var	-	-	2	1.1		
Flatus inkontinans						
Yok	161	98.8	152	82.2	0.001	
Var	2	1.2	33	17.8		

*=Sadece sezaryen ile doğum yapan kadınları içerir.

‡=Sadece vajinal doğum yapan ve epizyotomisi olan kadınları içerir.

**=Ki-kare testi uygulanmıştır.

Tablo 19’da postpartum 1 yılın sonunda araştırmaya katılan kadınlar, postpartum 6. hafta ve 6. aya benzer şekilde fiziksel sağlık problemlerini minör olarak yaşadıklarını belirlenmiştir.

Multiparların genel sağlık problemlerini primiparlara göre daha fazla oranda majör problem olarak yaşadığı bunların uyku problemleri (P=%3.7, M=%11.4), yorgunluk (P=%8.6, M=%7.6) ve baş ağrısı (P=%4.3, M=%5.4) olduğu tespit edilmiştir. Uyku problemleri bakımından gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (<0.05).

Primiparlarda omuz-boyun ağrısının majör problem olarak görülme oranı %4.9, multiparlarda %1.2 olarak belirlenmiştir. Bel ağrısının ise majör problem olarak görülme oranının multiparlarda (%14.1) primiparlara (%3.1) göre daha fazla olduğu belirlenmiş ve gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (<0.001). Kadınların çok az bir kısmı meme ucunda ağrı (P=%1.8, M=%1.1) probleminin devam ettiği saptanmıştır.

Postpartum 1. yılın sonunda primiparların %2.5’i multiparların %2.2’sinin dispareniyi majör problem olarak görmeye devam ettiklerini ifade etmişlerdir. Kadınlardaki idrar inkontinans majör problem olarak görülme oranlarının postpartum 6. aya göre daha fazla olup bu oranların primiparlarda %1.2, multiparlarda %9.7 olduğu tespit edilmiştir. Cinsel ilişkide idrar inkontinansın multiparların %8.1’inde, primiparların %0.6’sında majör problem olarak görüldüğü belirlenmiştir. İdrar inkontinans ve cinsel ilişki esnasında idrar inkontinans bakımından gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (<0.05).

Gastrointestinal sistem problemlerinin ciddiyetine göre dağılımı incelendiğinde; hemoroidin majör problem olarak görülme oranı multiparlarda %21.6 iken primiparlarda bu oran %2.5 olarak belirlenmiş olup gruplar arası farklılık anlamlı bulunmuştur (<0.001). Postpartum 1. yıl sonunda yaklaşık her beş multipardan birinde (%21.6) kabızlık görülürken primiparlarda bu oran %8.6 olarak belirlenmiş olup gruplararası farklılık anlamlı bulunmuştur (<0.001). Multiparlarda postpartum 6.-24. haftada yaklaşık her üç kadından birinde (%30.9) görülen flatus inkontinansı 1. yılın sonunda %10.3 olarak görüldüğü belirlenmiştir. Flatus inkontinans bakımından gruplararası farklılık anlamlı bulunmuştur (<0.001).

Tablo 19. Araştırmaya katılan kadınlarda postpartum 1. yılda belirlenen fiziksel sağlık problemlerinin ciddiyet ve pariteye göre dağılımı(n=348)

Fiziksel Sağlık problemleri		Primipar(n=163)		Multipar(n=185)		p**
		Sayı	%	Sayı	%	
Genel problemler	Yorgunluk					
	Minör	149	91.1	171	92.4	0.727
	Majör	14	8.6	14	7.6	
	Baş ağrısı					
	Minör	156	95.7	175	94.6	0.631
	Majör	7	4.3	10	5.4	
Uyku problemleri						
Minör	157	96.3	164	88.6	0.008	
Majör	6	3.7	21	11.4		
Kas-iskelet problemleri	Omuz-boyun ağrısı					
	Minör	161	98.8	176	95.1	0.053
	Majör	2	1.2	9	4.9	
	Bel ağrısı					
Minör	158	96.3	159	85.9	0.001	
Majör	5	3.1	26	14.1		
M. prob.	Meme ucunda ağrı					
	Minör	160	98.2	183	98.9	0.552
Majör	3	1.8	2	1.1		
Üro-genital problemler	Disparoni					
	Minör	159	97.5	181	97.8	0.856
	Majör	4	2.5	4	2.2	
	Ameliyat yeri ağrısı*					
	Minör	163	100.0	185	100.0	***
	Majör	-	-	-	-	
	Perineal ağrı†					
	Minör	5	100.0	6	100.0	***
	Majör	-	-	-	-	
	İdrar İnkontinans					
	Minör	161	98.8	167	90.3	0.001
	Majör	2	1.2	18	9.7	
Cinsel ilişkide idrar inkontinans						
Minör	162	99.4	170	91.9	0.001	
Majör	1	0.6	15	8.1		
Dizüri						
Minör	163	100.0	181	97.8	0.059	
Majör	-	-	4	2.2		
Gastrointestinal problemler	Hemoroid					
	Minör	163	100.0	151	81.6	0.001
	Majör	-	-	34	18.4	
	Kabızlık					
	Minör	163	100.0	157	84.9	0.001
	Majör	-	-	28	15.1	
	Diyare					
	Minör	160	98.2	185	100.0	0.064
	Majör	3	1.8	-	-	
	Karın ağrısı					
	Minör	163	100.0	185	100.0	***
	Majör	-	-	-	-	
Anal inkontinans						
Minör	163	100.0	183	98.9	0.183	
Majör	-	-	2	1.1		
Flatus inkontinans						
Minör	163	100.0	166	89.7	0.001	
Majör	-	-	19	10.3		

*=Sadece sezaryen ile doğum yapan kadınları içerir.

‡=Sadece vajinal doğum yapan ve epizyotomisi olan kadınları içerir.

**=Ki-kare testi uygulanmıştır.

***=5'ten küçük değerler için kıkare hesaplanmamıştır.

DOĞUM SONRASI 6. HAFTA, 6. AY VE 1. YILDA KADINLARDAKİ KENDİ SAĞLIĞINI ALGILAMA DÜZEYİ'NE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 20'ye göre, kadınların %40.0'nın kendi sağlık durumlarını zayıf (orta+kötü+çok kötü) olarak algıladıkları belirlenmiştir. Multiparların (%48.3), primiparlara (%31.1) göre sağlıkları hakkında daha fazla endişelendikleri saptanmıştır (<0.05).

Tablo 20. Araştırmaya katılan kadınların postpartum 6. haftada kendi sağlığını algılama düzeyi ve pariteye göre dağılımı (n=400)

Kendi sağlığını algılama düzeyi	Tüm Kadınlar		Primipar(n=193)		Multipar(n=207)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çok iyi	5	1.3	3	1.6	2	1.0
İyi	235	58.7	130	67.3	105	50.7
Orta	147	36.7	56	29.0	91	44.0
Kötü	12	3.0	3	1.6	9	4.3
Çok kötü	1	0.3	1	0.5	0	0.0
p*	<0.05		<0.05		<0.05	

*= Ki-kare testi uygulanmıştır.

Tablo 21'de postpartum 6. ayda kadınların kendi sağlık durumlarını zayıf (%31.7) olarak algılama oranlarında 6. haftaya göre azalma görülmüştür. Primiparların kendi sağlık durumlarını zayıf olarak algılama düzeylerinin %22.1, multiparlarda %40.3 olduğu tespit edilmiştir (<0.05).

Tablo 21. Araştırmaya katılan kadınların postpartum 6. ayda kendi sağlığını algılama düzeyi ve pariteye göre dağılımı (n=382)

Kendi sağlığını algılama düzeyi	Tüm Kadınlar		Primipar(n=181)		Multipar(n=201)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çok iyi	1	0.3	1	0.6	-	-
İyi	260	68.0	140	77.3	120	59.7
Orta	112	29.3	36	19.9	76	37.8
Kötü	9	2.4	4	2.2	5	2.5
Çok kötü	-	-	-	-	-	-
p*	<0.05		<0.05		<0.05	

*= Ki-kare testi uygulanmıştır.

Postpartum 1. yıl sonunda yaklaşık her dört kadından birinin (%19.8) kendi sağlık durumlarını zayıf olarak algıladığı belirlenmiştir.

Tablo 22. Araştırmaya katılan kadınların postpartum 1. yılda kendi sağlığını algılama düzeyi ve pariteye göre dağılımı (n=348)

Kendi sağlığını algılama düzeyi	Tüm Kadınlar		Primipar(n=163)		Multipar(n=185)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Çok iyi	10	2.9	6	3.7	4	2.2
İyi	269	77.3	133	81.6	136	73.5
Orta	62	17.8	24	14.7	38	20.5
Kötü	7	2.0	-	-	7	3.8
Çok kötü	-	-	-	-	-	-
p*	<0.05		<0.05		<0.05	

*= Ki-kare testi uygulanmıştır.

Tablo 23’de araştırmaya katılan tüm kadınlarda bazı değişkenlerin SRH’i etkileme düzeyleri lojistik regresyon analizine göre incelenmiştir. SRH’i zayıf olarak algılayanların %73.9’unun 20-34 yaş grubunda, %58.0’nin ilköğretim mezunu, %88.4’ünün evli olduğu belirlenmiştir. Bu kadınların büyük çoğunluğunun çalışmadığı (%84.1), orta gelir düzeyinde (%71.0) ve sosyal güvence sahibi (%92.8) olduğu saptanmıştır. Çalışmada adolesan yaştaki doğumun (%11.6) kadınlardaki SRH’i zayıf olarak algılama düzeyini 2.06 kat arttırdığı tespit edilmiştir. SRH’i zayıf olarak algılayanların %60.9’unun doğumunu tersiyer sağlık kuruluşunda yaptığı belirlenmiştir. Doğumun tersiyer sağlık kuruluşunda yapılması SRH’i zayıf olarak algılama düzeyini 1.03 kat arttırdığı saptanmış olup gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (<0.05).

Prenatal bakım almayanların SRH’i zayıf olarak algılama oranı %29.0 iken postnatal bakım almayanlarda bu oran %42.6 olarak belirlenmiştir. Primiparların %34.8’sinin sağlığını zayıf olarak algıladığı ve SRH’i zayıf algılama oranını 1.76 kat arttırdığı saptanmış olup gruplar arası farklılık anlamlı bulunmuştur (<0.05).

Doğum metodunun SRH üzerindeki etkisine bakıldığında SRH’i zayıf olarak algılayanların çoğunluğunun sezaryen (%69.6) olduğu ve zayıf algılama düzeyini 0.44 kat arttırdığı görülmüştür.

Düşük doğum ağırlıklı doğan 74 kadından 17’si SRH düzeyini zayıf olarak ifade etmiş ve düşük doğum ağırlığının SRH’i zayıf olarak algılama düzeyini 0.61 kat arttırdığı belirlenmiştir.

Doğum sonrası sağlık kuruluşuna başvurma durumunun SRH üzerindeki etkisi incelendiğinde SRH’i zayıf olarak algılayanların %78.3’ünün postpartum dönemde bir sağlık problemi geliştiğinde sağlık kuruluşuna başvurmayanların oluşturduğu görülmüştür.

Tablo 23. Lojistik regresyon analizine göre kadınlardaki bazı değişkenlerin SRH etkileme düzeyleri (n=348)

Değişkenler	SRH				OR(%95 Güven aralığı)	p*
	Zayıf(n=69)		İyi(n=279)			
	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş						
19 yaş ve ↓	8	11.6	34	12.2	2.06(0.63-6.72)	0.562
20-34	51	73.9	221	79.2	1.52(0.64-3.56)	
35 yaş ve ↑	10	14.5	24	8.6	R	
Eğitim						
Okur-yazar	12	17.4	31	11.1	0.4(0.11-1.45)	0.093
İlköğretim	40	58.0	154	55.2	0.53(0.18-1.55)	
Lise	12	17.4	42	15.1	0.39(0.12-1.23)	
Yükseköğretim	5	7.2	52	18.6	R	
Medeni Hal						
Bekar	7	10.1	16	5.7	0.38(0.03-4.45)	0.332
Evli	61	88.4	255	91.4	0.63(0.06-6.06)	
Dul/boşanmış	1	1.5	8	2.9	R	
Çalışma Durumu						
Çalışmayan	58	84.1	212	76.0	0.72(0.31-1.66)	0.089
Çalışan	11	15.9	67	24.0	R	
Gelir						
İyi	11	15.9	64	22.9	1.82(0.55-5.95)	0.201
Orta	49	71.0	191	68.5	1.33(0.48-3.63)	
Kötü	9	13.1	24	8.6	R	
Güvence						
Yok	5	7.2	15	5.4	0.75(0.25-2.24)	0.526
Var	64	92.8	264	94.6	R	
Doğum Yapılan Yer						
Tersiyer	42	60.9	124	44.4	1.03(0.60-1.77)	0.020
Sekonder	27	39.1	155	55.6	R	
Prenatal Bakım						
Alan	49	71.0	190	68.1	1.01(0.47-2.17)	0.705
Almayan	20	29.0	89	31.9	R	
Doğum Sayısı						
Primipar	24	34.8	139	49.8	1.76(1.03-3.01)	0.033
Multipar	45	65.2	140	50.2	R	
Doğum Metodu						
Vajinal	17	24.6	78	28.0	0.43(0.13-1.37)	0.079
Müdahaleli doğum	2	2.9	1	0.4	0.00(0.0)	
Sezaryen	48	69.6	177	63.4	0.44(0.15-1.32)	
Acil sezaryen	2	2.9	23	8.2	R	
Bebeğin Doğum Kilosu						
2500 ve altı	17	24.6	57	20.4	0.61(0.18-1.98)	0.458
2501-3000	25	36.3	86	30.8	0.54(0.18-1.59)	
3001-3500	21	30.4	107	38.4	0.76(0.25-2.27)	
3501-4000	5	8.7	30	10.4	R	
Postnatal bakım						
Alan	40	58.0	143	51.3	0.65(0.32-1.35)	0.380
Almayan	29	42.6	136	48.7	R	
Sağlık kuruluşuna						
Başvuran	15	21.7	47	16.8	1.03(0.49-2.14)	0.565
Başvurmayan	54	78.3	232	83.2	R	

*= Regresyon analizi yapılmıştır.

Tablo 24'deki postpartum 6. haftada genel sağlık problemlerinin SRH'i etkileme düzeylerine bakıldığında SRH'i zayıf olarak algılayanların %94.9'unda yorgunluk, %62.0'sinde baş ağrısı ve %81.0'inde uyku problemlerinin olduğu belirlenmiştir. Yorgunluk probleminin varlığı SRH'i zayıf olarak algılama düzeyini 13.44 kat, uyku problemlerinin 0.94 kat arttırdığı saptanmış olup gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (<0.05).

Kas-iskelet problemlerinin SRH'i etkileme düzeylerine bakıldığında; bel ağrısı probleminin varlığının (%64.6) SRH'i zayıf olarak algılama düzeyini 0.78 kat arttırdığı saptanmış olup gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (<0.05).

Meme ucunda ağrı problemi olan kadınlar arasında SRH'i zayıf olarak algılayanların oranının %29.7 olduğu ve bu problemin varlığının SRH'i zayıf olarak algılama düzeyini 0.46 kat arttırdığı saptanmıştır (<0.05).

 rogenital problemlerinin SRH'i etkileme düzeylerine bakıldığında SRH'i zayıf olarak algılayanların %3.8'inde disparoni ve cinsel ilişki esnasında idrar inkontinans, %11.4' nde idrar inkontinans, %20.9'unda perineal ağrı, %53.8'inde perineal kanama, %55.7'sinde ameliyat yeri ağrısı ve %68.4' nde dizüri problemi olduğu tespit edilmiştir. Ameliyat yeri ağrısı SRH'i zayıf olarak algılama düzeyini 1.23 kat arttırırken idrar inkontinansa bu oranın 1.69, diz ride 1.71 ve perineal kanamada 2.94 olduğu görülmüştür (<0.05).

Gastrointestinal problemlerinin SRH'i etkileme düzeylerine bakıldığında SRH'i zayıf algılayanlarda belirlenen problemler arasında ilk sırada %58.2 ile karın ağrısı, ikinci sırada %52.5 ile kabızlık ve  c nc  sırada %51.3 ile flatus inkontinansı olduğu belirlenmiştir. SRH'i zayıf olarak algılama düzeyini karın ağrısı probleminin varlığının 2.14 kat, diyarenin 1.96 kat, bulantının 0.60 kat ve hemoroidin 2.00 kat arttırdığı saptanmış olup bu problemler bakımından gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (<0.05).

Tablo 24. Lojistik regresyon analizine göre postpartum 6. haftadaki sağlık problemlerinin SRH etkileme düzeyleri (n=400)

Fiziksel Sağlık problemleri	Kendi sağlığını algılama düzeyi				OR(%95 Güven aralığı)	p*	
	Zayıf(n=169)		İyi (n=240)				
	Sayı	%	Sayı	%			
Genel problemler	Yorgunluk						
	Yok	8	5.0	80	34.2	R 13.66(5.35-34.87)	0.001
	Var	152	95.0	160	65.8		
	Baş ağrısı						
	Yok	60	38.0	105	43.8	R 0.58(0.32-1.07)	0.214
	Var	100	62.0	135	56.2		
Uyku problemleri							
Yok	61	19.0	119	49.6	R 0.94(0.46-1.91)	0.024	
Var	99	81.0	121	50.4			
Kas-iskelet problemleri	Omuz-boyun ağrısı						
	Yok	66	40.5	118	49.2	R 1.02(0.58-1.79)	0.120
	Var	94	59.5	122	50.8		
	Bel ağrısı						
Yok	56	35.4	113	47.1	R 0.98(0.51-1.70)	0.026	
Var	104	64.6	127	52.9			
Meme problemleri	Meme ucunda ağrı						
	Yok	113	70.3	144	60.0	R 1.34(0.67-3.69)	0.030
	Var	47	29.7	96	40.0		
	Meme ucunda çatlak						
	Yok	68	43.0	102	42.5	R 0.56(0.32-0.98)	0.860
	Var	92	57.0	138	57.5		
Mastit							
Yok	153	95.6	234	97.5	R 0.97(0.23-4.16)	0.282	
Var	7	4.4	6	2.5			
Ürogenital problemler	Disparoni						
	Yok	154	96.2	236	98.3	R 2.11 (0.36-12.32)	0.191
	Var	6	3.8	4	1.7		
	Ameliyat yeri ağrısı						
	Yok	72	44.3	147	61.3	R 1.23(0.72-2.10)	0.001
	Var	88	55.7	93	38.2		
	Perineal ağrı						
	Yok	127	79.1	171	71.3	R 0.30(0.14-0.63)	0.068
	Var	33	20.9	69	28.7		
	İdrar inkontinans						
	Yok	142	88.6	232	96.7	R 1.69(0.56-5.08)	0.002
	Var	18	11.4	8	3.3		
	Cinsel ilişkide inkontinans						
	Yok	154	96.2	240	100.0	*	0.002
Var	6	3.8	-	-			
Dizüri							
Yok	50	31.6	105	43.8	R 1.71(0.96-3.05)	0.012	
Var	110	68.4	135	56.2			
Perineal kanama							
Yok	73	46.2	165	68.8	R 2.94(1.60-5.39)	0.001	
Var	87	53.8	75	31.2			
Hemoroid							
Yok	115	71.5	194	80.8	R 2.00(1.03-3.90)	0.036	
Var	45	28.5	46	19.2			

Tablo 24(devamı). Lojistik regresyon analizine göre postpartum 6. haftadaki sağlık problemlerinin SRH etkileme düzeyleri							
Gastrointestinal problemler	Kabızlık						
	Yok	75	47.5	129	53.8	R	0.178
	Var	85	52.5	111	46.2	0.63(0.36-1.10)	
	Diyare						
	Yok	138	86.1	225	93.8	R	0.011
	Var	22	13.9	15	6.2	1.96(1.22-4.70)	
	Karın ağrısı						
	Yok	66	41.8	147	61.3	R	0.001
	Var	94	58.2	95	38.7	2.14(1.22-3.75)	
	Anal inkontinans						
	Yok	158	98.7	240	100.0	**	0.079
	Var	2	1.3	-	-		
	Flatus inkontinansı						
	Yok	77	48.7	135	56.8	R	0.111
Var	83	51.3	105	43.8	0.75(0.44-1.29)		
Bulantı							
Yok	108	67.1	187	77.9	R	0.044	
Var	52	32.9	53	22.1	0.60(1.01-2.54)		

*=Regresyon analizi yapılmıştır.

**=5'ten küçük değerler için OR(%95 Güven Aralığı) hesaplanmamıştır.

Tablo 25'de postpartum 6. haftaya göre tüm sağlık problemlerinin SRH'i zayıf olarak algılama üzerindeki etkisinin düştüğü görülmüştür. SRH'i zayıf olarak algılayanlarda belirlenen genel problemler arasında ilk sırayı %69.7 ile uyku problemleri, ikinci sırayı %62.3 ile yorgunluk ve üçüncü sırayı %37.7 ile baş ağrısının aldığı belirlenmiştir. SRH'i zayıf olarak algılama düzeyini baş ağrısı problemi varlığının 0.56 kat, uyku problemlerinin varlığının 1.29 kat arttırdığı ve gruplar arası farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (<0.05). SRH'i zayıf olarak algılayan yaklaşık her üç kadından birinde omuz-boyun ağrısı (%34.4) ve %36.9'unda bel ağrısı olduğu tespit edilmiştir. Meme ucunda çatlak probleminin varlığının SRH'i zayıf olarak algılama düzeyini 1.40 kat arttırırken gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (<0.05).

Ürogenital problemlerinin SRH'i etkileme düzeylerine bakıldığında SRH'i zayıf olarak algılayanların %31.1'inde dispareni, %27.0'inde operasyon yeri ağrısı, %13.9'unda perineal ağrı, %11.5'inde idrar inkontinans, %13.9'unda cinsel ilişki esnasında idrar inkontinans ve %28.7'sinde dizüri problemi olduğu tespit edilmiştir. Ameliyat yeri ağrısı SRH'i zayıf olarak algılama düzeyini 2.36 kat, idrar inkontinans 2.44, cinsel ilişki esnasında idrar inkontinans 1.63 ve dizüri 1.44 kat arttırırken görülmüştür (<0.05). SRH'i zayıf olarak algılama düzeyini, gastrointestinal problemler arasında SRH'i zayıf olarak algılama düzeyini kabızlığın 1.08, diyarenin 3.39, hemoroidin 1.62, flatus inkontinansının 0.91 ve karın ağrısının 1.15 kat arttırdığı saptanmıştır (p<0.05).

Tablo 25. Lojistik regresyon analizine göre postpartum 6. ayda sağlık problemlerinin SRH etkileme düzeyleri (n=382)

Fiziksel Sağlık problemleri		SRH				OR(%95 Güven aralığı)	p*
		Zayıf (n=122)		İyi (n=260)			
		Sayı	%	Sayı	%		
Genel problemler	Yorgunluk						
	Yok	46	37.7	119	45.8	R	0.138
	Var	75	62.3	141	54.1	1.37(0.76-2.56)	
	Baş ağrısı						
	Yok	76	62.3	163	62.7	R	0.940
	Var	45	37.7	97	37.3	0.56(0.30-1.04)	
Kas-iskelet problemleri	Uyku problemleri						
	Yok	37	30.3	108	41.5	R	0.035
	Var	84	69.7	152	58.5	1.29(0.73-2.29)	
	Omuz-boyun ağrısı						
	Yok	80	65.6	192	73.8	R	0.096
	Var	41	34.4	68	26.2	1.31(0.70-2.27)	
Meme problemleri	Bel ağrısı						
	Yok	77	63.1	185	71.2	R	0.115
	Var	44	36.9	75	28.8	0.92(0.49-1.75)	
	Meme ucunda ağrı						
	Yok	96	79.5	209	80.4	R	0.841
	Var	25	20.5	51	19.6	0.56(0.25-1.21)	
Ürogenital problemler	Meme ucunda çatlak						
	Yok	79	65.6	202	77.7	R	0.012
	Var	42	34.4	58	22.3	1.40(0.72-2.69)	
	Mastit						
	Yok	118	97.5	255	98.1	R	0.733
	Var	3	2.5	5	1.9	1.34(0.25-7.02)	
	Disparoni						
	Yok	83	68.9	199	76.5	R	0.110
	Var	38	31.1	61	23.5	1.27(0.70-2.30)	
	Ameliyat yeri ağrısı						
	Yok	89	73.0	230	88.5	R	0.001
	Var	32	27.0	30	11.5	2.36(1.16-4.81)	
Perineal ağrı							
Yok	104	86.1	231	88.8	R	0.436	
Var	17	13.9	29	11.2	0.82(0.35-1.90)		
İdrar inkontinans							
Yok	107	88.5	252	96.9	R	0.001	
Var	14	11.5	8	3.1	2.44(0.66-8.98)		
Cinsel ilişkide inkontinans							
Yok	104	86.1	246	94.6	R	0.004	
Var	17	13.9	14	5.4	1.63(0.59-4.51)		
Dizüri							
Yok	87	71.3	216	83.1	R	0.008	
Var	35	28.7	44	16.9	1.44(0.74-2.82)		
Diğer problemler	Hemoroid						
	Yok	91	74.6	228	87.7	R	0.001
	Var	31	25.4	32	12.3	1.62(0.73-3.60)	
	Kabızlık						
	Yok	75	61.5	198	76.2	R	0.003
	Var	47	38.5	62	23.8	1.08(0.53-2.18)	
Diyare							
Yok	108	88.5	251	96.5	R	0.002	
Var	14	11.5	9	3.5	3.39(1.151-9.93)		

Tablo 25(devamı). Lojistik regresyon analizine göre postpartum 6. ayda sağlık problemlerinin SRH etkileme düzeyleri							
Gastrointestinal problemler	Karın ağrısı						
	Yok	100	82.0	232	89.2	R 1.15(0.50-2.64)	0.050
	Var	22	18.0	28	10.8		
	Anal inkontinans						
	Yok	120	98.4	260	100.0	**	0.038
	Var	2	1.6	-	-		
	Flatus inkontinansı						
	Yok	91	74.6	219	84.2	R 0.91(0.44-1.91)	0.025
	Var	31	25.4	41	15.8		
	Bulantı						
	Yok	104	85.2	229	88.1	R 0.74(0.34-1.62)	0.440
	Var	18	14.8	31	11.9		

*=Regresyon analizi yapılmıştır.

**=5'ten küçük değerler için OR (%95 Güven Aralığı) hesaplanmamıştır.

Tablo 26'de postpartum 6. aya göre tüm sağlık problemlerinin SRH'i zayıf olarak algılama üzerindeki etkisinin düştüğü görülmüştür. SRH'i zayıf olarak algılayanlarda belirlenen genel problemler arasında ilk sırayı %49.3 ile yorgunluk, ikinci sırayı %43.5 ile uyku problemleri ve üçüncü sırayı %31.9 ile baş ağrısının aldığı belirlenmiştir. SRH'i zayıf olarak algılama düzeyini yorgunluğun 0.90, baş ağrısının 1.51 kat arttırdığı ve gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (<0.05).

SRH'i zayıf olarak algılayan yaklaşık her dört kadından birinde omuz-boyun ağrısı (%23.2) ve her üç kadından birinde bel ağrısı (%36.2) olduğu tespit edilmiştir (p<0.05).

SRH'i zayıf olarak algılama düzeyini meme ucunda çatlak problemi varlığının 6.64, meme ucunda ağrının ise 4.40 kat arttırdığı ve gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (<0.05).

Ürogenital problemlerinin SRH'i etkileme düzeylerine bakıldığında SRH'i zayıf olarak algılayanların %26.1'inde dispareni, %4.3'ünde operasyon yeri ağrısı, %7.2'sinde perineal ağrı, %17.4'ünde idrar inkontinans, %15.9'unda cinsel ilişki esnasında idrar inkontinans ve %5.8'inde dizüri problemi olduğu tespit edilmiştir. Dispareni SRH'i zayıf olarak algılama düzeyini 1.56 kat perineal ağrı 4.12 idrar inkontinans 1.86, cinsel ilişki esnasında idrar inkontinans 0.69 ve dizüri 3.20 kat arttırdığı belirlenmiştir (<0.05).

Gastrointestinal problemlerinin SRH'i etkileme düzeylerine bakıldığında SRH'i zayıf olarak algılayanlarda belirlenen problemler arasında ilk sırada %29.0 ile kabızlık, ikinci sırada %23.2 hemoroid ve flatus inkontinansı olduğu belirlenmiştir. Kabızlık SRH'i zayıf olarak algılama düzeyini 2.47, hemoroid 0.48, flatus inkontinans 3.17 kat arttırdığı ve gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

Tablo 26. Lojistik regresyon analizine göre postpartum 1. yıl sonundaki sağlık problemlerinin SRH etkileme düzeyleri (n=348)

Fiziksel Sağlık problemleri	SRH				OR(%95 Güven aralığı)	p*	
	Zayıf(n=68)		İyi(n=280)				
	Sayı	%	Sayı	%			
Genel problemler	Yorgunluk						
	Yok	35	50.7	195	69.9	R	0.005
	Var	34	49.3	84	30.1	0.90(0.41-2.01)	
	Baş ağrısı						
	Yok	47	68.1	240	86.0	R	0.001
	Var	22	31.9	39	14.0	1.51(0.60-3.82)	
Uyku problemleri							
Yok	39	56.5	195	69.9	R	0.053	
Var	30	43.5	84	30.1	0.90(0.44-1.86)		
Kas-iskelet problemleri	Omuz-boyun ağrısı						
	Yok	53	76.8	253	90.7	R	0.005
	Var	16	23.2	26	9.3	0.87(0.31-2.47)	
	Bel ağrısı						
Yok	44	63.8	238	85.3	R	0.001	
Var	25	36.2	41	14.7	2.04(0.84-4.84)		
Meme problemleri	Meme ucunda ağrı						
	Yok	59	85.5	271	97.1	R	0.001
	Var	10	14.5	8	2.9	4.30(1.18-15.6)	
	Meme ucunda çatlak						
Yok	57	82.6	274	98.2	R	0.001	
Var	12	17.4	5	1.8	6.64(4.04-68.46)		
Üro-genital problemler	Disparoni						
	Yok	51	73.9	250	89.6	R	0.002
	Var	18	26.1	29	10.4	1.56(0.67-3.61)	
	Ameliyat yeri ağrısı						
	Yok	66	95.7	276	98.9	R	0.058
	Var	3	4.3	3	1.1	1.99(0.27-14.32)	
	Perineal ağrı						
	Yok	64	92.8	273	97.8	R	0.028
	Var	5	7.2	6	2.2	4.12(0.90-18.7)	
	İdrar inkontinans						
	Yok	57	82.6	269	96.4	R	0.001
	Var	12	17.4	10	3.6	1.86(0.42-8.25)	
Cinsel ilişkide inkontinans							
Yok	58	84.1	271	97.1	R	0.001	
Var	11	15.9	8	2.9	0.69(0.12-3.71)		
Dizüri							
Yok	65	94.2	277	98.3	R	0.003	
Var	4	5.8	2	1.7	3.20(0.39-25.96)		
Gastrointestinal problemler	Hemoroid						
	Yok	53	76.8	251	90.0	R	0.003
	Var	16	23.2	28	10.0	0.48(0.15-1.56)	
	Kabızlık						
	Yok	49	71.0	245	87.8	R	0.001
	Var	20	29.0	34	12.2	2.47(0.83-7.30)	
	Diyare						
	Yok	66	95.7	272	97.5	R	0.397
Var	3	4.3	7	2.5	0.40(0.21-7.80)		
Karın ağrısı							
Yok	65	94.2	270	96.8	R	0.298	
Var	4	5.8	9	3.2	0.34(0.31-3.77)		

Tablo 26 (devamı). Lojistik regresyon analizine göre postpartum 1. yıl sonundaki sağlık problemlerinin SRH etkileme düzeyleri							
	Anal inkontinans						
	Yok	67	97.1	279	100.0	**	0.004
	Var	2	2.9	-	-		
	Flatus inkontinansı						
	Yok	53	76.8	260	93.2	R	0.001
	Var	16	23.2	19	6.8	3.17(1.07-8.67)	

*=Regresyon analizi yapılmıştır.

**=5'ten küçük değerler için OR(%95 Güven Aralığı) hesaplanmamıştır.

Tablo 27'de lojistik regresyon analizine göre kadınlardaki postpartum 6. hafta, 6. ayda ve 1. yıldaki zayıf sağlık algısı ile fiziksel sağlık problemleri arasındaki ilişki yer almaktadır. Genel sağlık problemlerinden yorgunluk, zayıf sağlık algısı üzerinde postpartum 6. hafta ve 1 yılın sonunda etkili iken baş ağrısı postpartum 6. ayda ve 1. yılın sonunda, uyku problemleri ise postpartum 6. hafta ve 6. ayda etki göstermiştir. Omuz-boyun ağrısı ile bel ağrısı problemlerinin her ikisinin de postpartum 1. yılın sonunda zayıf sağlık algısı üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Meme ucunda ağrı ve çatlak problemlerinin benzer şekilde postpartum 1. yılın sonunda zayıf sağlık algısı üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Ürogenital problemlerden; idrar inkontinans ve dizüri problemlerinin araştırmanın yürütüldüğü her üç zaman diliminde de zayıf sağlık algısı üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir. Perineal kanama sadece postpartum 6. haftadaki zayıf sağlık algısı üzerinde etkili iken dispareni ve perineal ağrı postpartum 1. yılın sonunda etki göstermiştir. Gastrointestinal problemlerden; bulantı sadece postpartum 6. haftadaki zayıf sağlık algısı üzerinde etkili iken, hemoroid probleminin her üç zaman diliminde de zayıf sağlık algısı üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 27. Lojistik regresyon analizine göre kadınlardaki postpartum 6. hafta, 6. ayda ve 1. yıldaki zayıf sağlık algısı ile fiziksel sağlık problemleri arasındaki ilişki

Fiziksel Problemleri	Sağlık	6. hafta (n=400)	6. ay (n=382)	1. yıl (n=348)
Genel problemler				
Yorgunluk		13.66(5.35-34.87)		0.90(0.41-2.01)
Baş ağrısı			0.56(0.30-1.04)	1.51(0.60-3.82)
Uyku problemleri		0.94(0.46-1.91)	1.29(0.73-2.29)	
Kas-iskelet problemleri				
Omuz-boyun ağrısı				0.87(0.31-2.47)
Bel ağrısı		0.98(0.51-1.70)		2.04(0.84-4.84)
Meme problemleri				
Meme ucunda ağrı		1.34(0.67-3.69)		4.30(1.18-15.6)
Meme ucunda çatlak				6.64 (4.04-68.46)
Mastit				
Ürogenital problemler				
Disparoni				1.56(0.67-3.61)
Ameliyat yeri ağrısı		1.23(0.72-2.10)	2.36(1.16-4.81)	
Perineal ağrı				4.12(0.90-18.7)
İdrar inkontinans		1.69(0.56-5.08)	2.44(0.66-8.98)	1.86(0.42-8.25)
Cinsel ilişki esnasında idrar inkontinans			1.63(0.59-4.51)	0.69(0.12-3.71)
Dizüri		1.71(0.96-3.05)	1.44(0.74-2.82)	3.20(0.39-25.96)
Perineal kanama		2.94(1.60-5.39)		
Gastrointestinal problemler				
Hemoroid		2.00(1.03-3.90)	1.62(0.73-3.60)	0.48(0.15-1.56)
Kabızlık			1.08(0.53-2.18)	2.47(0.83-7.30)
Diyare		1.96(1.22-4.70)	3.39(1.15-19.93)	
Karın ağrısı		2.14(1.22-3.75)	1.15(0.50-2.64)	
Anal inkontinans				
Flatus inkontinansı			0.91(0.44-1.91)	3.17(1.07-8.67)
Bulantı		0.60(1.01-2.54)		

TARTIŞMA

Kadın sağlığının dünyada, özellikle de gelişmekte olan ülkelerde, iyi durumda olmaması, ulusal ve uluslararası düzeyde konuya verilen önem ve önceliğin arttırılarak sürdürülmesi gereğini ortaya koymaktadır. Kadınların doğurganlık döneminde doğuma bağlı gelişebilecek sağlık sorunlarının çoğu erken postpartum dönemde görülmesine karşın, kadın sağlığını geniş bir zaman diliminde etkilemektedir (2-5,7,8,11,15,18,20,27). DSÖ tarafından geliştirilen ‘‘Güvenli Annelik Paketi’’nde değinilen ‘‘sağlıklı anne olgusu’’nu gerçekleştirebilmek, kadınların doğum öncesi ve doğum sonrası uzun bir süreyi kapsayan dönemlerde alacağı sağlık bakım hizmetlerine erişilebilirlik, sürekli iyileştirme ve hizmet sunan sağlık kurumları arasındaki koordinasyon ile mümkündür. Bu hizmetler, hem kadın ve bebeğinin gelecekteki sağlığının önemli bir belirleyicisi hem de sağlıklı bir toplum oluşturmada önemli bir basamaktır. Bununla birlikte kadının doğum sonu dönemdeki sağlığı, gebelik ve doğum süreçlerini ne kadar sağlıklı geçirdiğine de bağlıdır (1,3,6,7,9,14,17,22,25).

Çalışmamızda kadınların yaş ortalaması 26.8 ± 0.4 yıl olup %12.1’inin adölesan, %78.1’inin 20-34 yaş grubunda, %55.7’sinin ilköğretim mezunu, %90.8’inin evli, %15.5’inin çalışan, %60.5’inin gelir durumunun ‘iyi’, %94.3’ünün sosyal güvence sahibi olduğu belirlenmiştir. TNSA 2008 verilerine göre ülkemizde, 15-49 yaş grubundaki kadınların %4.4’ Balıkesir, Çanakkale, Edirne, Kırklareli ve Tekirdağ’ın içinde bulunduğu ‘Batı Marmara’ grubunda yer almakta; %48.2’sinin 20-34 yaş grubunda, %60.6’sının ilköğretim mezunu, %94.5’inin evli, %31’inin çalıştığı, %44.1’inin gelir durumunun iyi ve %28’inin sosyal güvence sahibi olduğu ortaya konulmuştur (9). Çalışmamızda 20-34 yaş grubu kadın oranının yüksek olması, Edirne İlinin son yıllarda aldığı g nedeniyle nüfus artışının bir sonucu olduğu söylenebilir (160). Bu sonuç aynı zamanda ülkemizdeki kadınların

doğurganlıklarını ileri yaşlara erteleseler bile halen erken yaşlarda çocuk doğurma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Nitekim TNSA 2008 verilerine göre Batı Trakya’da adölesan doğurganlık oranı %4.4 olarak belirlenmiştir (9). Sonuçlar arasındaki farklılığın Edirne İl merkezine göçün yanı sıra hastanede doğum yapma oranının artması nedeniyle daha fazla adölesan anneye ulaşılmasından kaynaklandığı söylenebilir. Bu durum adölesan annelerin doğum sayılarının artabileceği de göz önüne alınırsa postpartum uzun dönemde doğuma bağlı gelişebilecek fiziksel ve emosyonel problemler açısından risk altında olduğunu da düşündürebilir. Araştırma verilerimizdeki çalışan kadın sayısının azlığı, tarım haricinde sadece özel ve kamu hizmetinde görevli olanların çalışan statüsüne alınmasından kaynaklanmaktadır. Çalışmadaki eğitim düzeyi ve gelir düzeyinin daha yüksek olması kadınların sosyal güvenceye sahip olma oranını da arttırdığı, bu durumun postpartum sağlık hizmetlerinde annenin katılımını ve kaliteyi arttıracığı düşünülebilir.

Çalışmamızda gebelik sayısı ortalaması 1.95 ± 0.09 , canlı doğum sayısı 1.74 ± 0.92 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda ayrıca ölü doğum oranı %2.3 ve küretaj oranı %8 olarak saptanmıştır. TNSA 2008 verilerine göre Toplam Doğurganlık Hızı (TDH); ülkemizde 2.16, Batı Marmara’da 1.38 olup bu oran canlı doğum sayısında 3.10 ve 2.46 olarak belirlenmiştir (9). Yine, ölü doğum oranı %4, isteyerek düşük oranı %22 ve kendiliğinden düşük oranı %20.4 olduğu saptanmıştır (9). Ülkemizde son otuz yıl içinde (1978-2008 döneminde) TDH’nin 4.33’den 2.16’ya düştüğü göz önüne alınacak olursa sonuçlarımız üzerinde çalışmanın sadece Edirne İl merkezinde yapılmış olması, gelir düzeyinin iyi olması, sosyal güvence sahibi olma oranının yüksek olması, kentteki evlenme yaşının ertelenmesi, doğumların ertelenmesi ve gebeliğe son verme eğiliminin olmasının etkili olduğu söylenebilir. Dindar’ın (55) Edirne İl merkezinde 2004 yılında yaptığı çalışma, bulgularımızı destekler nitelikte olup en az bir kere gebelik sayısı %55.1, canlı doğum sayısı %55.1 ve ölü doğum sayısı %3.1, düşük/küretaj oranı %23 olarak saptanmıştır. Düşük/küretaj oranları arasındaki farklılık Dindar’ın örnekleminin daha büyük (n=679) olması ve annelerden evlerinde bilgi alması ile açıklanabilir. Yine Edirne İl merkezinde 2008 yılında yapılan diğer bir çalışmada gebelik sayı ortalaması 1.78 ± 1.19 , düşük oranı %14.4, kürtaj oranı %8.8 ve ölü doğum oranı %3.8 olduğu ve bulgularımıza daha yakın olduğu tespit edilmiştir (12). Edirne il merkezinde konu ile ilgili çalışmaları yıllara yayacak olursak günümüzde kadınların daha sağlıklı gebelik geçirdiği görülmüştür. Bu durumun annelerin postpartum dönemde doğuma bağlı gelişebilecek sağlık problemlerine karşı daha dikkatli yaklaşımlarını sağlayarak bu problemlerin yönetiminin daha etkin kılabileceği düşünülebilir.

Doğum öncesi sağlığın, fetal sağlığı doğrudan etkilediği, gebelik süresince yapılan etkin ve rutin izlemlerin ne kadar önemli olduğu bilinmektedir. Bu nedenle DÖB hizmetlerinin ulaşılabilir olması yanında nicelik ve nitelik olarak yeterli olması gerekmektedir. Ülkemizde, kadın ölümlerinin %4.3'ü gebeliğe bağlı ölüm olup bu ölümlerin %2.5'i doğrudan, %0.7'si dolaylı nedenlere bağlı olduğu, yine ölen annelerin %37'sinin doğum öncesinde, %54.1'inin doğum sonrası 42 gün içinde kaybedildiği bilinmektedir (1,4,9,25,37). Sağlık Bakanlığı'nın, Avrupa Birliği mali desteği ile 2003-2007 tarihleri arasında yürüttüğü "Türkiye Üreme Sağlığı Programı"nın sonucunda hizmet alma kararının verilmesinde yaşanan gecikmeler, ulaşım ile ilgili sorunlar ve hizmet alımında gecikmelerden kaynaklanan doğrudan ve dolaylı anne ölümleri müdahale edilmesi gerekliliği ortaya konulmuştur (1,25,37). Sağlık Bakanlığına göre doğum öncesi bakım, doğum öncesi bakımı sunan kişiyi, bakım sayısını, doğum öncesi bakımda verilen hizmetleri ve bakım için ilk kez gidilen gebelik süresini içermektedir. Sağlık Bakanlığı "Doğum Öncesi Bakım Rehberi"ne göre, doğum öncesi ilk üç ay, 24. hafta, 28. hafta, 32. hafta, 36. hafta ve 39. haftada bir kez olmak üzere toplam 6 kez DÖB önerilmiştir (163). Çalışmamızda kadınların prenatal bakım alma sayısı ortalama 4.51 ± 1.42 , bakım alma oranı %68.7 olduğu, %94.9'unun bu bakımı doktor (kadın-doğum uzmanı ve aile hekimi), %5.1'inin ebe-hemşireden alması bu hizmetlerin nicel olarak yeterli olduğunu düşündürmektedir. Bununla birlikte doğum öncesi kontrollerde ebe-hemşirelerin görev alma oranlarının azlığı, kadınların doğum şekli ve doğum sonu dönemle ilgili bilgilendirme ile doğum sonu aile planlaması yöntemi ilgili elde ettiğimiz verilerin azlığı bakım niteliğinin yetersizliğini göstermesi açısından düşündürücüdür. TNSA 2008 verileri bulgularımızı destekler nitelikte olup kadınların yaklaşık dörtte üçü, dört veya daha fazla doğum öncesi bakım aldığı, Batı Marmara'da sağlık personelinen bakım alma oranının %98.3 olduğu ve bunun %95.3'ünü doktorların oluşturduğu saptanmıştır (9). Çalışmamızda DÖB alma oranlarının Türkiye oranından düşük olmasının, verilerimizi özel hastanelerde değil sadece kamu hastanelerinden elde etmemizden kaynaklandığını söyleyebiliriz. Ülkemizin değişik bölgelerinde konu ile ilgili yapılan benzer çalışmalarda prenatal bakım alma oranları %42 ile %98 arasında olup bu hizmetlerde ebe ve hemşirelerin az görev alması çalışma bulgularımızı desteklemektedir (2,3,8,12,16,32). DSÖ'ne göre, dünyada gelişmiş ülkelerde neredeyse gebelerin tamamı en az bir kez izlenirken, az gelişmiş ülkelerde bu oran %65.0 olduğu saptanmıştır (3,7,11,14). Güney Asya'da her iki kadından biri, Afrika'da kadınların dörtte biri DÖB almamakta, Küba, İskandinav ülkeleri ve orta Avrupa ülkelerinde kadınların %77'sinin gebelikleri süresince dört ve üzerinde DÖB aldığı

görülmüştür (32). Bu bulguların sonucunda DÖB hizmetlerinde ebe ve hemşirelerin toplumsal boyutta önemli derecede yararlı olabileceği, anne ile iyi bir teröpotik ilişki kurup, sağlık takip, eğitim ve danışmanlıkta söz sahibi olabileceği görülmüştür. Ayrıca DÖB oranlarının artması annenin kendi sağlığına katılımının sağlanması yolu ile doğum sonu bakıma da teşvik edici olması özellikle riskli grupların postpartum sağlık problemleri açısından takibini kolaylaştıracağını söyleyebiliriz. Bu nedenle ebe ve hemşirelerin doğum öncesi hizmetler dışında kalmayıp bizzat hizmeti vermesi gerektiği düşüncesindeyiz.

Çalışmamızdaki kadınların %59.6'sının doğumunu 39 hafta ve üzerindeki, %21.2'sinin 35 hafta ve altındaki gebelik haftasında gerçekleştirdiği, %53.2'sinin multipar, %64.7'sinin sezaryen, %27.3'ünün vajinal doğum yaptığı, %28.4'ünde epizyotomi olduğu, her beş kadından birinin (% 21.3) 2500 gram ve altında bebek sahibi olduğu belirlenmiştir. Ülkemiz ve dünyada yapılan değişik çalışmalar bulgularımızı destekler nitelikte olup multipar oranının %62 ile %78.6 arasında değiştiği görülmüştür (2,6,9,13,15,21-24,28,32,33,35,131,149). Bu bulgulara karşın son yirmi yıldır "Ulusal Anne Veri Bankası" oluşturan İsveç'te multipar oranı %31.1 iken, İngiltere'de bu oran %30.3 olarak belirlenmiştir (23,164). Sonuçlar arası farklılık bu ülkelerin erişkin toplumdan yaşlı topluma geçişlerinden kaynaklandığı düşünülebilir. Çalışmada annelerin çoğunluğunun multipar olması ve ürogenital problemlerinin sıklığının epizyotomi ile ilişkisinin ayrıntılı olarak incelenmesi gerektiği düşünülebilir. Ayrıca çalışmamızdaki primipar ve multipar oranlarının birbirine yakınlığı, eğitim düzeylerinin yükselmesi ve kadınların evlenmelerini geciktirmeleri yanında adölesan annelerimizin sayısına da bağlı olduğunu söyleyebiliriz. TNSA 2008 verilerine göre Batı Marmara'da doğum kilosu 2.5 kg ve altı bebek oranı %7.6 olarak saptanmıştır (9). Dindar (55) çalışmasında düşük doğum ağırlıklı bebek oranını %6.3 olarak belirlemiştir. Sonuçlar arası farklılığın, çalışmamızdaki doğumların yarıya yakınının (%47.7) tersiyer sağlık kuruluşlarında yapılması ve 35 hafta ve altında doğum oranından (%21.2) kaynaklandığını söyleyebiliriz. Aynı zamanda DÖB hizmetlerinde annenin takibi, beslenmesi, dinlenmesi gibi konulara ağırlık verilmesi gerektiği görülmektedir. Şahingeri (149) tarafından tersiyer sağlık kuruluşunda yapılan benzer bir çalışma bulgularımızı destekler nitelikte olup doğum kilosu 2.5 kg ve altı bebek oranı %13.4 olarak saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda bulgularımıza benzerlik göstermektedir (2,8,13,28,32,36,116).

TNSA 2003'e göre %21.2 olan sezaryen oranının, son doğum sayılarına bakıldığında %60'lara ulaştığı görülmektedir (25). Ülkemizde değişik bölgelerde yapılan çeşitli çalışmalarda sezaryen oranları doğudan batıya artmakta ve %10.1 ile %58.2 arasında

değişmektedir (8,11,13,22,28,32,36,38,55,61,63,89,95,104,108,115,125,131). Mevcut oranın gelişmiş ülkelerin oranlarının ve DSÖ tarafından konulan hedefin (%5-15) üzerinde olduğu bilinmektedir (7). Dünyada, özellikle gelişmiş ülkelerde kamu düzeyinde, az gelişmiş ülkelerde ise özel sektörde sezaryen oranları artış göstermiştir. ABD’de 2007 yılında sezaryen oranı %45.1 iken, Brezilya’da 2008 yılında %70'lere ulaşmıştır (24). Buna karşın Schytt ve ark. (164) İsveç’te sezaryen oranını %15, İngiltere’de yapılan bir çalışmada sezaryen oranı %21 olarak belirlenmişlerdir. Bunun nedenlerini ortaya koyacak geniş ölçekli retrospektif ve prospektif çalışmalar planlanmış olmakla birlikte, bu oranı yükselten nedenler arasında isteme bağlı ve mükerrer sezaryenlerin artması, endikasyonların genişletilmesi gibi faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir (131). Bundan dolayı sezaryen oranları multipar oranımızın yüksekliği, çalışma durumu, postpartum bakım hizmetlerinin yeterli kaliteye ulaşamaması, kadınların aile ve toplumdaki sorumluluklarının artması ve sezaryenin komplikasyonları gibi nedenlerle postpartum uzun dönem sağlık problemleri oluşması açısından düşündürücüdür.

Sağlık Bakanlığı ‘‘Doğum Sonu Takip ve Bakım Rehberi’’ne göre, doğumdan sonraki 24 saat içinde, 2. haftada ve 6. haftada bir kez olmak üzere toplam 3 kez bakımı uygun görülmüştür (96).

Doğum sonrası dönem çoğu zaman bireyler için gelişimsel ve durumsal krizlere neden olabilmektedir. Bu olayların güvenli ve sağlıklı bir şekilde yaşanması için bireylerin ihtiyaç duyduğu hizmetlerin zamanında ve etkin bir şekilde verilmesi önemlidir. DSÖ’ne göre dünya genelinde kadınların %65’i prenatal bakım hizmetlerinden yararlanırken sadece %35’inin postpartum bakım hizmeti aldığını belirtilmiştir (3,4,7,8,14). Çalışmamızda postpartum bakım alma oranı %52.6 olup, kadınların bu bakım hizmetlerinden en fazla yararlandıkları alan %35.6 ile kontrasepsiyon olurken bunu %27.9 ile bebek bakımı, %15.8 ile sağlık kontrolü, %10.9 ile beslenme ve %9.8 ile kişisel hijyen izlemiştir. Postpartum bakım hizmetlerinde en çok ebe ve hemşirelerin (%63.4) görev aldığı, kadınların postpartum dönemde %17.8’inin, en sık idrar yolu enfeksiyonu (%37.1) ve doğum sonu enfeksiyonu (%27.4) nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvurduğu belirlenmiştir. TNSA 2008 verilerine göre ülkemizde postpartum dönem bakım alma oranı %91.4 olarak belirlenmişse de sağlık kontrolü yapılma oranları ilk birkaç saatte %70.2 iken, 1. günde %13.4, 2. günde %6.4 ve 3-41. günlerde %3.1 olduğu saptanmıştır (9). Çalışmadaki bakım alma oranının daha yüksek olması, postpartum hizmetlerde ebe ve hemşirelerin rolünün artması, doğum öncesi dönemdeki çoğunlukla kadın doğum uzmanlarının yaptığı takibin doğum sonrası dönemde de teşvik edici olması ve sağlık kuruluşlarına ulaşılabilirliğin kolay olmasının bir sonucu olduğunu söylenebilir. Şahingeri

(149) çalışmasında, annelerin hastanede %74.3 oranında postpartum bakım aldığını, bakım konularının sıklık sırasına göre emzirme (%34.1), beslenme (%16.3), aile planlaması (%16), kişisel hijyen (%15) ve cinsel ilişki (%13.4) olduğunu belirlemiştir. Gözüm ve Kılıç (22) annelerin sadece %33.9'unun postpartum bakım aldığını saptamışlardır. Arslan'ın (36) yaptığı çalışmada ise kadınların postpartum 7-10. günler arası bakım alma oranı %33.3 iken, 11-40. günler arası %43.3, 40 günden sonra %23.3 olarak belirlenmiştir. Bakım aldıkları alanlar sıklığına göre bebek bakımı, meme bakımı, aile planlaması ve cinsellik olduğu görülmüştür. Vural ve Akan (8) 'irritabl bebek' olgusunun postpartum bakım alanlarında bebek bakımının ilk sıraları aldığını saptamışlardır. Ülkemizde konu ile ilgili benzer çalışmalarda da görüldüğü gibi aile planlaması ve bebek bakımının postpartum dönemdeki annelerin sağlık takiplerinin önüne geçmiş olduğu düşündürücüdür. Yurt dışında ise bulgularımızın tersine postpartum bakım hizmetlerinde ilk sırayı bebek bakımının aldığı görülmüştür (36). Bu durumun, annelerin gebelik süresince kendileri ile ilgili çeşitli konularda sağlık personellerine danışma fırsatına sahip olduğu halde, bebekleri ilgili sorunların bebeğin doğumuyla ortaya çıkması ve annelerin daha az bilgiye sahip olmasından kaynaklandığını söyleyebiliriz. Bizim çalışmamızda ilk sırayı aile planlamasının alması, anne popülasyonumuzun genç olması, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nün, Devlet Planlama Teşkilatı 1997 programı dahilinde önemli politikalarından biri olmasından kaynaklanması ile açıklayabiliriz. Çalışma verilerimizin, annelerin kendi sağlıkları ile ilgili postpartum bakım alma oranının az olmasının postpartum sağlık problemleri açısından risk oluşturacağı düşüncesindeyiz. Diğer düşündürücü bir konu da ülkemizde postpartum bakım hizmetlerinde rutin programların oluşturulmaması dolayısıyla bu hizmetlerin annelerin talepleri doğrultusunda şekillendirilmesinin anne sağlığı açısından risk faktörlerinin gözden kaçmasına neden olabileceğidir.

Çalışmamızda kadınların postpartum dönemde sağlık problemi geliştiğinde %17.8'inin bir sağlık kuruluşuna başvurması postpartum bakım alma oranının, prenatal bakım alma oranından daha düşük olması ve erken taburculuğun enfeksiyonların geliştiği dönemde annenin hastane koşullarında takip edilmesini engellemesi ile açıklayabiliriz. Çalışmamızdaki sezaryen doğum oranının yüksekliğinin doğum sonrası idrar yolu enfeksiyon oranının artışının bir nedeni olduğunu söyleyebiliriz. Bir diğer neden olarak da postpartum bakım hizmetlerinde aile planlamasının ilk sırayı alması ile sağlık personellerinin kadınları ürogenital problemler açısından takip etmesi düşünülebilir.

Üreme sağlığı programı ‘güvenli annelik’ hizmet çerçevesinde doğum öncesi bakım, güvenli doğum ve doğum sonrası bakım için eğitim ve sağlık hizmetleri içerisinde aile planlaması ve güvenli düşük hizmetlerinin sağlanmasıyla istenmeyen gebelik/ düşüklerin önlenmesi ve sonlandırılması ve sevk mekanizmaları ile birlikte gebelik, doğum ve düşük komplikasyonlarının yönetimi yer almaktadır (7). Bu pakette anneye yönelik doğum sonu kanama, sepsis, eklampsi gibi komplikasyonların erken tespiti, doğum sonrası aile planlaması, meme bakımı, egzersiz, enfeksiyonlar gibi konular dışında uzun süre anne takibi yer almamaktadır.

Çalışmamızda, kadınlardaki postpartum 6. haftada en sık genel sağlık problemlerinin görüldüğü bunların sırası ile yorgunluk (%77.5), uyku problemleri (%76) ve baş ağrısı (%58.8) olduğu belirlenmiştir. En sık karşılaşılan kas-iskelet probleminin %57.8 ile bel ağrısı, meme probleminin %57.5 ile meme ucunda çatlama, ürogenital problemlerin %61.3 ile dizürü ve %45.3 ile ameliyat yeri ağrısı, gastrointestinal probleminin ise %49. ile kabızlık olduğu saptanmıştır. Dünyada konu ile ilgili yapılan çalışmalar postpartum 6 haftalık dönemde en sık karşılaşılan sağlık problemlerinin yorgunluk, baş ağrısı, meme problemleri, perineal ağrı, ameliyat yeri ağrısı, hemoroid ve konstipasyon olduğunu göstermektedir (15,18,20,21,24,33,35). Schytt ve ark. (23) İsveç toplumunda postpartum 4-8 haftada en sık görülen fiziksel sağlık problemlerinin yorgunluk (%63.8), bel ağrısı (%28.), meme ucunda çatlama (%15.2), ameliyat yerinde ağrı (%36.4), hemoroid (%24.6) ve kabızlık (%20.5) olduğunu saptamışlardır. Ülkemizde postpartum 8 haftalık dönemde en sık görülen problemlerin %86.6 ile yorgunluk, %80.4 ile uykusuzluk, %71.4 ile meme problemleri, %61.6 ile konstipasyon ve %30.4 ile epizyotomi ağrısı olduğu belirlenmiştir (22). Şahingeri (149) de bu dönemde kadınların %31.2’sinin ağrı (karın, perine, sırt ve bel), %30.2’sinin yorgunluk ve %28’inin uykusuzluk yaşadığını belirlemiştir. Dünyada ve Türkiye’de yapılan çalışmalar bulgularımızı destekler niteliktedir. Koç (32) ise kadınların bu dönemde %94’ünün sağlık problemi yaşadığını, bunların %36 ile boşaltım, %22 ile yorgunluk, %20 ile uykusuzluk ve %18 ile meme sorunları olduğunu saptamıştır. Bulgular arası farklılığın, bizim çalışmamızdaki sağlık problemlerinin sistemlere ayrılarak tek tek ele alınması ve örneklem sayımızın daha fazla olmasından kaynaklandığını söyleyebiliriz. Bulgularımız postpartum genel sağlık problemlerinin görülme sıklığının fazla olması bu problemlerin ilerleyen dönemlerde de devam edebileceğini ve kadınlarda özellikle depresyon başta olmak üzere diğer fiziksel sağlık problemlerinin birer belirtisi olabileceğini göstermesi bakımından

önemlidir. Bu yüzden postpartum anne sağlığı takiplerinde bu problemlerin oluşturacağı risklerle ele alınması gerektiği düşüncesindeyiz.

Kadınların postpartum 6. haftada belirlenen fiziksel sağlık problemlerinin pariteye göre dağılımına bakıldığında; uyku problemleri hariç yorgunluk ve baş ağrısı problemlerinin multiparlarda daha fazla görüldüğü ve yorgunluk ve uyku problemlerinin gruplar arası anlamlı derecede farklılık oluşturduğu belirlenmiştir. Schytt ve ark. (23) tarafından uyku problemleri hariç yorgunluk ve baş ağrısı problemleri multiparlarda fazla görülmüş olup bulgularımızı destekler niteliktedir. Lee ve Zaffke (45) benzer şekilde postpartum 3 ile 4. haftalarda multiparlaların primiparlara göre daha fazla yorgunluk hissettiklerini belirlemiştir. Çalışmamızdaki postpartum 6. haftada kadınların yaşadıkları en önemli genel sağlık probleminin pariteye göre de yorgunluk olduğu görülmektedir. Runquist (48) tarafından kadınların büyük çoğunluğunun postpartum 6-8 haftalarda yorgunluk düzeylerini 'ölecek kadar' şeklinde ifade ettikleri ve günlük yaşam aktiviteleri ile yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği saptanmıştır. Ulukavak (38) postpartum dönemdeki kadınların tümünün değişik derecelerde yorgunluk hissettiklerini ve yorgunluk derecelerinin arttıkça enerji düzeylerinin azaldığını belirlemiştir. Çalışmamızda postpartum yorgunluk düzeyini, herhangi bir ölçek kullanmaksızın yukarıda belirtilen benzer çalışmalarda olduğu gibi kadınların kendi ifadelerine göre belirledik. Konu ile ilgili yapılan değişik araştırmalar bulgularımızı destekler nitelikte olup yorgunluk oranımızın fazla olmasını doğum sayısının artması, emzirme başta olmak üzere bebek bakımı, günlük aktivitelerinden dolayı dinlenmeye fırsat bulamama, uyku problemleri, kas-iskelet sisteminden kaynaklanan ağrı ile ameliyat yeri ve perineal ağrı oranlarının yüksekliğinden kaynaklandığını söyleyebiliriz (40,41,43,44,46,48,165). Ayrıca postpartum yorgunluk tanımlanması zor subjektif bir olgu olup ebe ve hemşirelerin yorgunluk düzeyini ve etkileyen faktörlerini belirleyen çalışmaların artırılması ile anne ve bebeğin sağlığının korunması açısından topluma uygun çeşitli stratejilerinin geliştirmeleri gerektiği düşünülebilir.

Çalışmamızda kas-iskelet problemlerinin multiparlarda primiparlara göre anlamlı derecede daha fazla olduğu belirlenmiştir. Literatürde kas-iskelet sistemi problemlerinin genellikle doğumu takiben 1-3 ayda kendiliğinden geçtiği, yaş, parite, doğum metodu, çoklu düşük hikayesi, düşük sosyo-ekonomik düzey, kilo alımı ile ilişkisi olduğu vurgulanmıştır (83-85). Yapılan bir çalışmada doğum sonu annede en sık görülen sorunun abdominal ağrı, ikinci sırada ise genel vücut ağrısı olduğunu saptamışlardır (32). DSÖ ise doğumdan sonra annelerin %14-20'sinin bel ağrı sorunu yaşadıklarını bildirmiştir (7). TNSA 2003 ileri

analizlerine göre postpartum erken dönemde kadınların %44'ü şiddetli derecede sırt ve bel ağrısı yaşamaktadır (25). Schytt ve ark. (23) kadınların %28'inin bel ağrısı yaşadığını ve kas-iskelet problemlerinin gruplar arası farklılık oluşturduğunu saptamıştır. Çalışmamızda bel ağrısı oranının fazla olmasının parite, sezaryen oranının fazlalığı, günlük aktivitelerde vücut mekaniklerine uyulmaması, yorgunluk, gerginlik ile desteksiz emzirmeye bağlı olabileceği ve kadınların postpartum dönem yaşam kalitelerini azaltabileceği söylenebilir. Her iki nedeni de hemşirenin eğitim ve danışmanlık rollerini yerine getirerek önleyebileceği düşünüldüğünde, taburcu olduktan sonra annelerin izlenmesinin ve ihtiyacı olduğu belirlenen konularda eğitim ve danışmanlık verilmesinin önemli olacağı söylenebilir.

Çalışmamızda postpartum 6. haftada kadınlarda en fazla görülen meme problemi olarak meme ucunda çatlama oranı primiparlarda multiparlara göre daha fazla bulunmuştur. Çalışmalarda ileri anne yaşı, parite, sosyo-ekonomik düzeyin ve doğum metodunun meme problemleri üzerindeki etkili olduğu saptanmıştır (89,91,92,93,94). Çakmak ve Kuşuoğlu (166) sezaryen ile doğum yapan annelerin emzirme başarısı daha düşük bulmuş ve bu annelerin vajinal doğum yapan annelere göre emzirme ve meme problemleri ile ilişkin daha çok destek almaya ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Bu çalışma, sezaryen oranımızın yüksek olması bakımından bulgularımızı destekler niteliktedir. Gözüm ve Kılıç (22) kadınların %71.8'inde, Vural ve Akan (8) %51.7'sinde meme problemleri belirleyerek bulgularımızı desteklemektedir. Koç (32) kadınlarda meme ile ilgili problem oranını postpartum ilk haftada %64, 6 hafta sonunda %18 olarak tespit etmiştir. Bulgularımız arasındaki farklılık, Koç'un çalışmasını prenatal ve postnatal dönemde emzirme ve meme bakımının daha etkin olduğu Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapmış olmasından ve örneklem sayısının bizim çalışmamıza göre daha az olmasından kaynaklandığını söyleyebiliriz. Postpartum bakım hizmetlerinin geliştiği İsveç'te meme ucunda çatlama problemi primiparlarda %13.8 iken Avustralya'da ise bu oran %15 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızdaki primipar annelerde meme problemlerinin daha fazla görülmesi sezaryen oranımızın fazla oluşunun anne-bebek etkileşimini geciktirerek emzirmeye olan negatif etkisi, annelerin emzirme öz-yeterliliğinin oluşmamasına bağlı meme problemlerine karşı çözümsüz kalması, erken taburculuğun meme bakımı ile emzirme eğitimine olan olumsuz etkisi, postpartum dönemde emzirmeye güçlendirmeye ve meme problemlerine yönelik girişimlerin eksikliğinden kaynaklandığı düşüncesindeyiz. Nitekim çalışmamızda postpartum dönemde sağlık problemi gelişen 62 kadından 10'u meme enfeksiyonu geliştiği için sağlık kuruluşlarına başvurduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızdaki ürogenital problemlere bakıldığında primiparlarda en sık %59.1 ile dizüri, %42.5 ile ameliyat yeri ağrısı ve %42 ile perineal kanama problemi yaşandığı, multiparlarda ise primiparlara benzer olarak %63.3 ile dizüri, %47.8 ile ameliyat yeri ağrısı ve %39.1 ile perineal kanama olduğu saptanmıştır. Doğum sonrası hipotonik halde kalan mesane ile alt üriner sistemde rezidüel idrar, reflü sonucu mevcut olan yatkınlık, kateterizasyon, doğum travması, sık vajinal muayene, kontaminasyon sonucu kendini enfeksiyonla (sistitis, pyelonefrit) gösterir. Sezaryen sonrası %2-16 oranında üriner sistem enfeksiyonu gelişir, dizüri ise en önemli belirtilerinden biridir (3,4,30). Literatür bilgileri bulgularımızı destekler nitelikte olup dizüri oranımızı sezaryen oranının yüksekliği ile açıklayabiliriz. Nitekim çalışmamızda postpartum 6 haftalık dönemde sağlık kuruluşuna başvuran kadınların en yüksek oranda idrar yolu enfeksiyonu (%37.1) tanısı aldığı görülmüştür. Schytt ve ark. (23) sezaryen yeri ağrı oranını primiparlarda %36.7, multiparlarda %35.9 olarak belirlemiştir. Güner (131) ise çalışmasında sezaryen yeri ağrı oranını %32.4 olarak saptamıştır. Bulgular arası farklılık sezaryen oranımızın yüksek olması yanında erken taburculuğun yaygınlığı ile kadınların yara yeri bakımından yeterli desteklenmemesinden kaynaklanıyor olabilir. Çalışmadaki multiparlardaki ameliyat yeri ağrı oranının daha yüksek olmasını önceki gebeliklerinde geçirilmiş sezaryen öyküsü ile açıklanabilir.

Çalışmamızda perineal kanama varlığı sorulmuş, kadınlar perineal kanama ve akıntıyı (loşia) beraber değerlendirmişlerdir. Koç'un (32) çalışmasında postpartum 6 haftalık dönemde kadınların %8'i Güner'in (131) çalışmasında ise %21.7'i perineal akıntıyı problem olarak gördüklerini ifade etmişlerdir. 1998 TNSA ileri analiz sonuçlarına göre kadınların %22'si doğum sonu kötü kokulu vajinal akıntıları olduğunu ifade etmişlerdir (161). Bulgular arası farklılık, kadınların perine temizliklerine gerekli özeni göstermemeleri veya perineal akıntıyı fizyolojik bir olaydan çok problem gözüyle değerlendirmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızda aynı zamanda perineal kanama tarifleyen kadınların 2'si uterus atonisi tanısı ilk 24 saatte, 10'u uterus subinvolyasyonu tanısıyla ilk 6 haftalık dönemde tedavi altına alınmışlardır. Çalışmamızdaki perineal kanama yanında perineal ağrı oranının (%23.2) dikkatle değerlendirilmesinin, perineal dikişlerdeki açılma ve enfeksiyon takibi açısından önem arz ettiğini söyleyebiliriz. Çünkü perineal ağrının ek bir problem gelişmedikçe azalması gerekmektedir. Yapılan benzer çalışmalar bulgularımızı desteklemektedir (4,30,32,130,132,133). Bu yüzden doğum sonrası 2.-5. günler arası ile 2. ve 6. haftalarda evde veya sağlık kuruluşlarında perineal kanama ve loşia akıntısı hakkında annelerin bilinçlendirilmesi gerektiği düşüncesindeyiz.

Çalışmada multiparların postpartum 6. haftada %11.6'sında idrar inkontinans görülürken bu oranın primiparlarda %1 olduğu belirlenmiştir. Postpartum dönemdeki üriner inkontinans gelişimi ile doğum sayısı ve metodu arasında güçlü bir ilişkinin olduğu bilinmektedir. Multiparlarda primiparlara göre daha fazla üriner inkontinans görüldüğü çalışmalar ile bulgularımız desteklenmektedir (111,112,114,116,119). DSÖ doğumdan sonra kadınların %8-11'inin idrar inkontinansı sorunu yaşadıklarını vurgulamakta ve bulgularımızı desteklemektedir. Türkiye'de postpartum dönem yapılan çalışmalarda idrar inkontinans oranının %16.7-42.4 aralığında değiştiği görülmüştür (32,115,116,118,125-129). Çalışmamızdaki idrar inkontinans oranının daha düşük olmasının, ülkemizdeki en yüksek sezaryen oranlarından birine sahip olmamızdan kaynaklandığını söyleyebiliriz. Buna rağmen son zamanlardaki veriler, sezaryenle doğum yapmanın üriner inkontinansın önlenmesinde yeterli olmadığını göstermektedir (120-128). Van Brummen ve ark. (123), 344 nullipar gebede, sezaryen ve vajinal doğum yapan kadınlar arasında gebelikleri sırasında alt üriner yola ait semptomlar bakımından aralarında hiç bir fark olmadığı saptamışlardır. Demirci ve Kızılkaya (127) tekrarlayan sezaryen olgularında vajinal doğum ile benzer stres inkontinans oranları bulmuşlardır. İdrar yolu enfeksiyonu geçirme, detrusör kasında istemsiz kasılmalara ve enfeksiyon ajanlarının salgıladıkları endoksinlerin alfa adrenerjik etkileriyle üretral sfinkter mekanizmasında yetersizliklere neden olmaktadır (124). Bu bakımdan çalışmamızdaki kadınların idrar yolu enfeksiyonu geçirme ve dizüri problemlerinin fazla olması, postpartum idrar inkontinans için birer risk faktörü olmaları açısından düşündürücüdür.

Çalışmamızda gastrointestinal problemlerin multiparlarda primiparlara göre daha fazla görülmüş, kabızlık (%56.), flatus inkontinans (%52.7) ve hemoroid (%30.4) bakımından gruplar arası farklılık anlamlı bulunmuştur. Postpartum dönemde annelerdeki kabızlık; parite ve doğum metodunun üzerinde etkili olduğunu belirten literatür bilgileri bulgularımızı destekler niteliktedir (2-4,8,10,11,16,17,22,23,31). DSÖ verilerine göre doğum sonu ilk sekiz haftada kadınların %20'si konstipasyon sorunu yaşamaktadır (7). Dünya'da ve Türkiye'de yapılan çalışmalarda postpartum dönem kabızlık görülme oranları %14.4-63 aralığında değişkenlik göstermektedir (32). Çalışmamızda kadınların endişelendikleri konulardan birinin kabızlık olduğunu ve erken taburcu olan kadınların da bu endişelerine yönelik bakım ve destek için yeterli zaman ayrılmadığı düşüncesindeyiz. Aynı zamanda kabızlık oranının fazla olmasını sezaryen sonrası bir-iki gün az besin alımı, beden hareketlerinin az olması, perinenin ağrılı gibi nedenlerin yanında hemoroid ve distansiyon görülme oranlarının fazla olmasından kaynaklandığını söyleyebiliriz.

Hemoroid gebe kadınlarda olduğu gibi postpartum dönemde de sık görülen bir problemdir. Fetüs başının doğumda pelvik tabana yaptığı baskı ve zorlama hemoroidlerin oluşmasını hızlandırır veya önceden oluşmuş hemoroidleri artırır (2-4,8,10,11,16,17,22,23,31,167). Schytt ve ark. (23) multiparların %24.7'sinde, primiparların ise %24.5'inde hemoroid problemi olduğunu saptamıştır. Avşar (134) vajinal doğum yapmış kadınların 24 saatte %12.4'ünde hemoroid problemi olduğunu tespit etmiştir. Bulgular arasındaki farklılık Avşar'ın çalışmasında ileri evre hemoroidlerin alınmasından kaynaklandığını söyleyebiliriz. Çalışmamızdaki hemoroid oranının fazla olmasını kadınlarda gebelik öncesi de oluşmuş hemoroid probleminin varlığı ve kabızlık oranlarına bağlı olabileceği düşüncesindeyiz. Ancak kadınlardaki postpartum hemoroid oluşumunda varis, obezite, bebeğin doğum ağırlığı, uzamış doğum eyleminin sorgulanması gerektiği unutulmamalıdır. Anal inkontinans, anal kanaldan istemsiz dışkı (fokal inkontinans) veya gaz (flatus inkontinansı) kaçırmadır. Birçok kadın gaita kontrolü yapmalarına karşın flatus inkontinans yaşamaktadırlar. Gelişiminde etkili faktör olarak parite ve doğum metodunda direk anal sfinkter zedelenmesi ve pudental sinirin nöropatisi olmak üzere iki görüş önemli yer tutar. Birçok çalışma ilk doğumdan sonra %35-41 oranında anal sfinkterin bütünlüğünde hasarlanma olduğunu göstermiştir (135-137). Konu ile ilgili çalışmalar oldukça kısıtlı olup çalışmamızda flatus inkontinansı görülme oranının fazlalığını açıklayamıyoruz.

Kadınların çoğunluğu sağlık problemlerini minör olarak yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Genel sağlık problemlerinden, uyku problemleri hariç yorgunluk ve baş ağrısının multiparlarda primiparlara göre daha fazla oranda majör problem olarak yaşandığı saptanmış olup yorgunluk grupları arasındaki farklılık oluşturmuştur. Benzer şekilde kas-iskelet problemleri multiparlarda primiparlara göre daha fazla oranda majör problem olarak görülürken meme problemlerinin primiparlarda daha fazla majör problem olarak yaşandığı belirlenmiştir. Ürogenital problemlerden idrar inkontinans görülen primipar ve multiparların tamamı bu problemi majör olarak algılamışlardır. Ürogenital problemlerden en fazla majör olarak algılanan sağlık problemleri dizürinin, ameliyat yeri ağrısı olup bu problemler multiparlarda daha belirgindir. Gastrointestinal sistem problemlerinin de multiparlarda primiparlara göre daha fazla oranda majör problem olarak yaşandığı, multiparlarda görülen majör problemler arasında ilk sırada kabızlık (%40.1), ikinci sırada flatus inkontinans (%30.9), üçüncü sırada karın ağrısı (%26.6) olduğu tespit edilmiştir. Schytt ve ark. (23)'ün kadınların çoğunluğunun sağlık problemlerini minör problem olarak ifade etmeleri bakımından bulgularımızı destekler

niteliktedir. Kadınların postpartum 6. haftada majör problem olarak algıladıkları problemlerin ilerleyen dönemlerde morbidite için risk faktörü oluşturmaları açısından önemlidir.

Bu bölümde de görüldüğü gibi postpartum ilk 6 hafta anne ve bebek sağlığı açısından oldukça önemli olup doğum hizmeti veren sağlık kurum ve personellerinin teknik yeterliliği, doğumda ve sonrasında anne ve bebeğin sağlığını izleme ve stratejiler geliştirme, doğum sonrası komplikasyonlara özel bakım, uygun teknoloji kullanımı, etkisi kanıtlanmış uygulamalar, acil durumlarda etkin girişim gibi konularla ilgili olup değerlendirilmesi gerektiği düşüncesindeyiz. Dünya ve Türkiye'deki çalışma bulguları arasında farklılıktan dolayı hizmet uygunluğumuz, yeterli insan gücü, iyi yönetim ve örgütlenme, hizmetlere ulaşım, sosyoekonomik düzey ve kültüre uygun hizmet ile değerlendirilmelidir. Bu bağlamda postpartum dönemde gelişebilecek sağlık problemlerinin 6 hafta ile sınırlı kalmayacağını da düşünmek yerinde olacaktır. Bu süreç içinde birey sağlığına katılımıyla belirlenen uygun ve gerçekçi hedefler doğrultusunda, bireyin konforunda artma sağlandığında, sağlığı geliştirmeye yönelik davranışları güçlenebilecektir.

Çalışmamızda PPD riski, EPDS'ye göre kesme puanı 12 alındığında %13.0 olarak saptanmıştır (Tablo 8).

Yurtdışında yapılan birçok araştırmada PPD sıklığı %5-25 arasında bulunmuştur (57,58,60,64,67). Ülkemizde ise bu oran %10-40 aralığında dağılım göstermiştir (55,56,61-64,66,68). Bu çalışmanın bulguları yurtdışında yapılan çalışmaların ortalama sonuçları ile benzer, ülkemizde yapılan çalışmaların ortalama sonuçlarından düşük bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda birbirinden farklı sonuçlar çıkmasının nedeni, değerlendirmelerin doğum sonrası farklı zamanlarda yapılması ve kesme puanının değişik kullanılmasından kaynaklandığını söyleyebiliriz. Edirne İl merkezinde konu ile ilgili yapılan çalışmalarda, Dindar (55) PPD sıklığını %25.6, Ekuklu ve ark. (63) %40 olarak saptamıştır. Bulgular arası farklılığın Edirne İl merkezinde Ana ve Çocuk Sağlığı Hizmetlerinin geçen zaman içinde artmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Çalışmamızda kadınların çoğunluğu prenatal bakımı kadın-doğum uzmanlarından (%64.4) alırken, postnatal bakımda çoğunlukla hemşire/ebelerin (%63.4) rol alması PPD'nin erken saptanmasında annelerdeki ve sağlık personelindeki farkındalığın artırılması açısından dikkat çekici bir konudur. Postpartum dönemde, PPD'nin kadının aile, iş ve sosyal yaşamını olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini düşürmesi bakımından, anne/bebek sağlığını korunması ve izlenmesi ile yetkilendirilen hemşire/ebeler tarafından erken tanı ile uygun girişimlerde bulunması gerekmektedir. Bundan dolayı, bu

dönemde kadınların ipucu olabilecek soru ve cevaplar doğrultusunda izlenmesi gerektiği düşüncesindeyiz (96).

Literatüre göre PPD oranı kadınların yaş, eğitim, çalışma, gelir, sosyal destek durumu başta olmak üzere demografik özellikler, obstetrik özellikler ve fiziksel sağlıklarından etkilenmektedir (4,5,7,56,58,59,65-67). EPDS puanı 12 ve üstü çıkanların %75'inin 20-34 yaş grubunda ve %78.8'inin ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda yaş, eğitim grupları ile EPDS puanları arasındaki farklılık anlamlı çıkmıştır. Ülkemizde PPD ile ilgili yapılan çalışmalar, bulgularımızı destekler niteliktedir (55,56,61-63,65,66,68). Çalışmamızda parite ile kadınların EPDS puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuş, multiparlarda (%75) EPDS puanlarının yükseldiği belirlenmiştir. Danacı ve ark. (61) ile Dindar (55) araştırmalarında da doğum sayısı arttıkça EPDS puanlarının anlamlı düzeyde arttığını saptamışlardır. Bu bulgu ile kadınların önceki gebelikleri ile ailelerindeki mevcut olan ruhsal sorunların da sorgulanması gerektiğini söylenebilir. Postpartum 6. haftada EPDS puanları 12 ve üstü çıkan kadınların çoğunluğunun prenatal bakım almasına (%75) karşın postpartum bakım almadığı (%59.6) saptanmıştır. İnandı ve ark. (65) ile Ekuklu ve ark. (63) prenatal bakım alanlarda EPDS puanlarının düştüğünü belirlemişlerdir. Bulgular arası farklılık, prenatal bakım hizmetlerimizde gebelerin fiziksel sağlık yönünden takip edilirken, PPD riski açısından demografik özellik, aile ilişkileri ve önceki ruh sağlıklarının etkili şekilde değerlendirilmesi ile açıklanabilir.

EPDS puanı 12 ve üstü çıkan yaklaşık her iki kadından birinin (%44.2) bebeğinin doğum kilosu 2500 gram ve altı olarak belirlenmiştir. İnandı ve ark. (65) tarafından yapılan çalışma sonuçları bulgularımızı destekler niteliktedir. Durat (62) çalışmasında, doğum ağırlığı 2500 gr ve altında bebek sahibi olan annelerin depresyon ölçeklerinden anlamlı derecede yüksek puan aldığı belirlemiştir. Dindar (55) ise doğum kilosu ile EPDS puanları arasında anlamlı ilişki bulmamıştır. Bebeklerde, doğum kilosunun ve gestasyon haftasının artması sağlıklı yaşam şansının artmasını sağlayarak annenin de psikolojik iyilik düzeyini olumlu etkilediği düşüncesindeyiz. Çalışmamızda 35 hafta ve altında yapılan doğum oranının %21.2 ve 36-38 gebelik haftasındaki doğum oranının %19.2 olduğu düşünülürse, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riski olan kadınların PPD açısından özellikle takip ve desteklenmesinin önemli olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda postpartum dönemdeki yorgunluk ile PPD arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Postpartum yorgunluğu olanların %96.2'sinde EPDS puanları yüksek idi. Kadınlardaki postpartum yorgunluk PPD varlığını 8.46 kat arttırmıştır.

Bel ağrısı problemi (%75) olan kadınlarda da EPDS puanlarının yükseldiği tespit edilmiş gruplar arası farklılık anlamlı bulunmuştur. Bel ağrısı probleminin varlığı ise PPD varlığını 2.43 kat arttırdığı saptanmıştır. Literatürde postpartum dönemde özellikle yorgunluk, baş ağrısı, uyku problemleri ve ağrı gibi fiziksel semptomlar ile PPD arasında kuvvetli bir ilişki olduğu saptanmıştır (40,41,44,46,48,57,58,64). Konu ile ilgili ilk çalışmalar 1965 yılında İngiltere’de başlamış olup, İngiltere’de 1989, Amerika’da 1999 yılında PPD ve postpartum anne sağlığını birlikte ele alan ulusal tarama programları başlatılmıştır (21). Brown ve Lumley (21) EPDS kesme puanını 13 olarak aldıklarında, PPD görülen kadınların %21.5’inde postpartum yorgunluk problemi, %23.3 bel ağrısı problemi olduğunu saptamışlardır. EPDS kesme puanını 9-12 arasında aldığında ise yorgunluk oranını %73.6, bel ağrısı oranını %50 olarak belirlemiştir. Bu çalışmada yorgunluk ve bel ağrısı ile PPD arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Bulgularımız arası farklılığın, Brown ve Lumley (21) tarafından EPDS kesme puanının 13 alınması yanında postpartum bakım hizmetlerinin Avustralya’da gelişmiş olmasından kaynaklandığını söyleyebiliriz. Webb (168) ve arkadaşlarının Amerika’daki farklı toplulukları içeren araştırmalarda, postpartum yorgunluğu olanların %82.6’sında, bel ağrısı olanların %81.7’sinde EPDS puanları anlamlı düzeyde yüksek olup bulgularımıza benzer niteliktedir. Tayvan’da yapılan bir çalışma da bulgularımızı destekler nitelikte olup PPD görülen kadınların %77.2’sinde bel ağrısı saptanmıştır. Ülkemizde ise PPD ile postpartum fiziksel sağlık arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmaya rastlanmamış olup bu konuda çalışmaların artırılmasının postpartum bakım hizmetlerine rehber olacağı düşüncesindeyiz. EPDS’de 12 puan ve üstü puan alan ve PPD tanısı için sağlık kuruluşlarına yönlendirilen 52 kadından ancak 10’u bir uzmana gitmiştir. Geri kalan kadınlar özellikle psikiyatri doktoruna gitme çekincesi ve eşlerinden gerekli desteği göremediklerinden dolayı ileri tanı ve tedavi imkanlarından yararlanamamışlardır. Bu durum kadınların postpartum dönem ruhsal sorunlarında tedavi ve bakım hizmetlerine olan çekincelerin ancak postpartum bakım hizmetlerimizin artırılması yoluyla ortadan kaldırılacağı gerçeğini göstermesi açısından önemlidir.

Çalışmamızda, postpartum 6. haftada olduğu gibi postpartum 6. ayda da en sık genel sağlık problemleri görülmüş olup bunların sırası ile uyku problemleri (%62), yorgunluk (%56.8) ve baş ağrısı (%37.4) olduğu tespit edilmiştir. Uyku problemleri hariç yorgunluk ve baş ağrısı problemlerinin multiparlarda daha fazla görüldüğü belirlenmiştir.

İtalya’da yapılan bir çalışmada postpartum 5 ay sonunda kadınlardaki uyku problemleri oranı %14.1, yorgunluk oranı %46.1 ve baş ağrısı oranı %22.5 olarak

belirlenmiştir. Aynı çalışmada, Fransa'da postpartum 5 ay sonunda bu oranların sırası ile; %26.7, %48.4 ve %20.7 olduğu saptanmıştır (15). Avustralya'da yapılan bir çalışmada postpartum 9-16 haftada uyku problemlerinin oranı %14, yorgunluk probleminde % 46 iken bu problemlerin postpartum 17-24 haftada görülme oranlarının %15 ve %48 olduğu tespit edilmiştir (35). Brown ve Lumley (21) çalışmalarında postpartum 6.-7. aylarda yorgunluk oranını %69.4 olarak belirlenmiştir. Bulgular arası farklılığın, bizim çalışmamızdaki daha genç olan anne popülasyonunun postpartum döneme sosyo-kültürel yaklaşımı ile postpartum bakım hizmetlerindeki işleyişindeki eksikliklerden kaynaklandığı düşüncesindeyiz. Dikkat çekici diğer bir konu ise çalışmalar arasında uyku problemleri ve baş ağrısı dışında yorgunluk oranlarındaki benzerliktir.

Kas-iskelet problemlerinin dağılımı incelendiğinde, postpartum 6. haftaya göre yarı yarıya azalma olduğu, kadınların %31.4'ünde bel ağrısı problemi yaşandığı saptanmıştır. Çalışmamızda kas-iskelet problemlerinin multiparlarda primiparlara göre anlamlı derecede daha fazla olduğu belirlenmiştir. Saurel-Cubizolles ve ark. (15) çalışmalarında postpartum 5. ay sonunda bel ağrısı oranını %49.4 olarak belirlemiştir. Avustralya'da yapılan bir çalışmada postpartum 9-16 haftada bel ağrısı oranı %47 iken bu problemin postpartum 17.-24. haftada görülme oranının %50 olduğu tespit edilmiştir (35). Brown ve Lumley (21) çalışmalarında postpartum 6-7 aylarda bel ağrısı oranını %43.5 olarak belirlemiştirlerdir. Bulgular arası farklılığın, çalışmamızdaki kadınların postpartum 6 haftadan sonra günlük aktivitelerini arttırması, yorgunluk oranlarının azalması ve ağrı algılarının değişmesinden kaynaklandığını söylenebilir.

Postpartum 6. ayda yaklaşık her beş kadından birinde meme ucunda ağrı (%19.9), her dört kadından birinde meme ucunda çatlama (%26.2) problemlerinin devam ettiği belirlenmiştir. Primiparlarda bu problemlerin görülme oranlarının postpartum 6. haftaya benzer şekilde multiparlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Kadınların doğum sonrası 6. ayda meme ucu ağrı yaşama durumları bakımından gruplar arası fark anlamlı bulunmuştur. Saurel-Cobizolles ve ark. (15) çalışmalarında postpartum 5. ay sonunda meme problemlerinin oranını %16.5 olarak belirlemiştir. Bir başka çalışmada postpartum 9.-16. haftada meme problemlerinin oranı %27 iken bu problemlerin postpartum 17.-24. haftada görülme oranının %22 olduğu tespit edilmiştir (35). Çalışmalar bulgularımızı destekler niteliktedir. Meme problemlerinde postpartum 6. haftaya göre olan azalmada kadınlardaki emzirme sorunlarının azalmasının yanında emzirme oranlarında düşüş olabileceği unutulmamalıdır. Nitekim TNSA

2008 verilerine göre yaşamının 0-1 ay içerisindeki bebeklerin %68.9'u, 2-3. ayda %42'si, 4-5. ayda %21.9'u tam emzirildiği tespit edilmiştir (9).

Postpartum 6. haftada %2.5 olan disparoni probleminin, postpartum 6. Ayda %25.9'a yükseldiği belirlenmiştir. Sezaryen doğum geçiren kadınlarda ameliyat yeri ağrı oranının %16.5'e, vajinal doğum geçirenlerde perineal ağrı oranı da benzer şekilde %12'ye düştüğü tespit edilmiştir. Ürogenital problemlerin pariteye göre dağılımına bakıldığında; primiparlar multiparlara göre daha fazla oranda disparoni, ameliyat yeri ağrısı ve perineal ağrı yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Saurel-Cubizolles ve ark. (15) postpartum 5. ay sonunda disparoni oranını %11.9 olarak belirlemiştir. Bir başka çalışmada postpartum 9.-16. haftada disparoni oranı %23 iken bu problemin postpartum 17.-24. haftada görülme oranının %19 olduğu tespit edilmiştir (35). Brown ve Lumley (21) postpartum 6-7 aylarda disparoni oranını %26.3 olarak belirlemiş olup primiparların multiparlara göre daha çok disparoni yaşadıkları belirlemiştir. Çalışmalar bulgularımızı destekler niteliktedir. Bu durumu kadınların postpartum 6. haftadan sonra cinsel ilişki oranlarının artması ile açıklayabiliriz. DSÖ'ne göre, postpartum 8. haftada kadınların %71'i, 10. haftada %90'ı cinsel ilişkiye başlamaktadır. Ülkemizde de benzer olarak, cinsel ilişki genelde postpartum 40. günden sonra başlamaktadır (97). Postpartum dönemde cinsel ilişkiye başlama, kültürel-dini faktörler, annenin yaşı, emzirme, etnik köken ve doğum sürecinde ortaya çıkan laserasyonlara bağlı gelişebilen disparoniden etkilendiği düşüncesindeyiz.

Postpartum 9.-16. haftada perine ağrı oranı %6.0 iken bu problemin postpartum 17.-24. haftada görülme oranının %3.0 olduğu tespit edilmiştir (35). Bir başka çalışmada ise postpartum 6.-7. aylarda perineal ağrı oranını %21.0, sezaryen yeri ağrı oranını da %60.7 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızdaki ameliyat yeri ağrısının devam etmesinde önceden geçirilen sezaryen öyküsü yanında bu dönemde artan ev işlerine bağlı olabileceğini söyleyebiliriz. Perineal ağrının azalması ise perineal dikiş açılma ve enfeksiyon gibi ek sorunların azalması ile açıklayabiliriz.

Postpartum 6. ayda idrar inkontinansı görülme oranını %5.8 olarak saptadık Diğer ürogenital problemler incelendiğinde ise, multiparlarda primiparlara göre daha fazla oranda idrar inkontinans, cinsel ilişki esnasında idrar inkontinans ve dizüri görüldüğü tespit edilmiştir. İdrar inkontinans ve cinsel ilişki esnasında idrar inkontinans bakımından gruplar arası anlamlı farklılık bulunmuştur.

Saurel-Cubizolles ve ark. (15) postpartum 5. ay sonunda idrar inkontinansı oranını %1.7 olarak belirlemişlerdir. Diğer bir çalışmada postpartum 9.-16. haftada idrar inkontinans oranı %8 iken bu problemin postpartum 17.-24. haftada görülme oranının %7 olduğu tespit edilmiştir (35). Brown ve Lumley (21) postpartum 6.-7. aylarda idrar inkontinans oranını %10.7 olarak belirlemiştir. Çalışmamızda diğer çalışmalara göre daha az oranda idrar inkontinans görülmesi sezaryen oranlarımızın daha fazla olmasından kaynaklandığını söyleyebiliriz. Kocaöz ve Eroğlu (118) postpartum 12. haftada üriner inkontinans oranını %18 olarak bulmuştur. Bulgularımız arasındaki farklılığın çalışmasını üriner inkontinanslı kadınlarda yapmış olmasından kaynaklandığını söylenebilir.

Çalışmada gastrointestinal sistem problemlerin postpartum 6. haftaya göre belirgin şekilde azaldığı, en sık görülen problemlerin ise sırası ile kabızlık (%28.5), bulantı (%26.4), flatus inkontinans (%18.8) ve hemoroid (%16.5) olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan multiparlarda primiparlara göre tüm gastrointestinal sistem sağlık problemi oranlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Anal inkontinans primiparlarda hiç görülmez iken multiparlarda görülme oranı %1.1 olarak tespit edilmiştir. Hemoroid, flatus inkontinans ve kabızlık bakımından gruplar arası farklılık anlamlı bulunmuştur.

Saurel-Cubizolles ve ark. (15) postpartum 5. ay sonunda kabızlık oranını %12.6, hemoroid oranını %14 olarak belirlemiştir. Brown ve Lumley (21) postpartum 6-7 aylarda hemoroid oranını %24.6 olarak belirlemişlerdir. Bulgular arası farklılık, çalışmamızdaki multiparlaların daha fazla olmasından kaynaklandığını söyleyebiliriz. Bulgularımızın postpartum 6. ayda devam eden kabızlık, hemoroid ve flatus inkontinansı arasındaki ilişkinin morbidite riski açısından araştırılması ile beslenme, boşaltım alışkanlıklarının irdelenmesi bakımından önemli olduğunu söyleyebiliriz.

Postpartum 6. ayda idrar inkontinans belirlenen 22, cinsel ilişki esnasında idrar inkontinans belirlenen 31, anal inkontinans belirlenen 2, hemoroid belirlenen 63, disparoni belirlenen 99 kadın tanı ve tedavi için sağlık kuruluşlarına yönlendirilmiştir. İdrar inkontinans belirlenen kadınların 22 kadından ancak 12'sinin, anal inkontinans belirlenen kadınların her ikisinin de bir uzmana gittiği tespit edilmiştir. Geri kalan kadınların çevre ve doktora gitme çekincesi ile eşlerinden gerekli desteği göremediklerinden dolayı ileri tanı ve tedavi imkanlarından yararlanamadığı belirlenmiştir.

Dünya Sağlık Örgütüne göre, postpartum bakım hizmetlerinde 6. saat, 6. gün, 6. hafta ve 6. ay formülünü ortaya koymuştur. Buna göre postpartum 6. ayda annelerin genel sağlığı, aile planlaması ve maternal morbiditeye yol açacak problemlerin dikkatle takip edilmesi

gerekmektedir. Akın ve Özvarış (161) ülkemizdeki kadınların postpartum 1 yıl içinde yaptırdukları sağlık kontrolü oranlarının %40.6 olduğunu belirlemişlerdir. Buna göre maternal morbidite açısından, postpartum 6 aydan fazla süren problemlerin takibi oldukça önemlidir.

McArthur ve ark. (20) İngiltere’de 1 ile 8 yıl sonra bile doğuma bağlı fiziksel sağlık problemlerinin görüldüğünü ve pariteden etkilendiklerini rapor etmiştir. Webb (168) postpartum uzun dönemde kadınların %69.1’inde bir veya daha çok sağlık problemi olduğunu, bu problemlerin %20.5’inin majör olarak algılandığını ortaya çıkarmıştır.

Yapılan çalışmalar yorgunluk, uyku problemleri, bel ağrısı, dispareni, üriner ve flatus inkontinans ile hemoroid gibi problemlerin postpartum erken dönemle sınırlı kalmadığını ve maternal morbiditeye yol açtıklarını göstermiştir Postpartum dönemde kadınların yaşadıkları bu sağlık problemlerini ‘gizli morbidite’ olarak adlandırılmıştır. Dünyada 1990’lı yıllarda dikkat çekmeye başlayan postpartum dönemde yaygın ve süregelen sağlık problemlerinin, ‘maternal morbidite’ olarak adlandırılması, kadınların ev işi ve bebek bakımını içeren fonksiyonel hayat ve emosyonel sağlık durumu ile yakın ilişki içerisinde olmalarından kaynaklanmaktadır. Postpartum uzun dönem sağlık problemleri ve ‘maternal morbidite’ hakkında ilk kez İngiltere, İskoçya, Avustralya, İsveç ve Amerika’da yapılan ulusal sağlık tarama programları ile önemli bilgiler elde edilmiştir. Ülkemizdeki sağlık personelleri ise doğumun uzun dönem etkileri ve maternal morbidite hakkında yapılan çalışma sayısının sınırlı olmasına bağlı yeterli ulusal bilgiye sahip değildirlere (5,7,15,18,19,20,21,23,24,29,33,34,35,40,44,69,72,168).

Çalışmamızda kadınların %33.9’u yorgunluk, %32.8’i uyku problemlerinin postpartum 1. yıl sonunda da devam ettiğini ifade etmiştir. Multiparlarda yorgunluk (%37.3) ve uyku problemlerinin (%35.1) primiparlara göre daha fazla olduğu görülmüştür. Ancak primiparlar yorgunluğu (%8.6), multiparlar ise uyku problemlerini (%11.4) daha fazla majör problem olarak algılamıştır. Uyku problemleri bakımından gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Yurtdışında yapılan kohort çalışmalarda da bulgularımıza benzer olarak genel sağlık problemleri erken postpartum döneme göre azalma gösterse de devam etmiştir (15,18-21,23,33-35,41,43-46,49,50). Schytt ve ark. (23) çalışmasına göre postpartum 1 yıl sonunda yorgunluk görülme oranı %57.8 olarak saptanmıştır. Multiparlarda görülme oranı daha fazla olan yorgunluğun majör problem olarak görülme oranı %11.8 olarak tespit edilmiştir. İtalya’da yapılan bir çalışmada da postpartum 1 yıl sonunda yorgunluk oranı artmış olup %60.7, Fransa’da bu oran %67.5 olarak belirlenmiştir (15). Yurtdışındaki kadınların çalışma

oranlarının, bizim çalışmamıza göre daha fazla olması yorgunluk oranlarını arttırabilecek bir faktör olduğu da unutulmamalıdır.

Lee ve Zaffke (45) de çalışmalarında postpartum uyku problemlerinin multiparlarda daha fazla görüldüğünü saptamıştır. Schytt ve ark. (23) postpartum 1 yıl sonunda uyku problemleri görülme oranı %24.2 olarak belirlemiştir. Yine aynı çalışmada multiparlarda görülme oranı primiparlara göre fazla olup majör problem olarak algılanma oranı %5.5 olarak saptanmıştır.

Çalışmamızdaki genel sağlık problemlerindeki bulgular bize paritenin önemli bir faktör olduğunu kadınların uykuya dalmada sorun yaşadıkları, ev işi ve bebek bakımlarında yeterince destek göremediklerini göstermesi açısından düşündürücüdür.

Çalışmamızda postpartum 1. yıl sonunda yaklaşık her beş kadından birinde bel ağrısı (%19.0) probleminin devam ettiği görülmüştür. Multiparlarda omuz-boyun ağrısı (%17.3) ve bel ağrısı (%27) primiparlara göre anlamlı derecede daha fazla görülmüştür. Multiparların primiparlara göre bel ağrısını (%14.1) majör problem olarak algılama oranları anlamlı derecede fazla bulunmuştur.

Schytt ve ark. (23) çalışmasında 1. yıl sonunda bel ağrısı görülme oranını %33.7 olarak tespit etmiştir. Yine aynı çalışmada bel ağrısının primiparlarda görülme oranı fazla olup majör olarak algılanma oranı %9.8 olup primpar ve multiparlar arası farklılık anlamlı bulunmamıştır. Webb (168) çalışmasında postpartum 9.-12. aylarda bel ağrısı oranını %44.1, majör problem olarak görülme oranı ise %24.8 olarak tespit etmiştir. İtalya'da postpartum 1. yıl sonunda bel ağrısı oranı (%50.9) artmış olup, Fransa'da bu oran %64.7 olarak belirlenmiştir (15). Bulguları arasındaki farklılığın, bu ülkelerde çalışmanın farklı topluluklarla yapılmasından kaynaklandığını söyleyebiliriz. Konu ile ilgili yapılan çalışmalar, çalışmamızı destekler nitelikte olup kas-iskelet sorunlarının postpartum 1. yıl sonunda devam ettiğini göstermiştir.

Çalışmamızda postpartum 1. yıl sonunda disparenin (%13.5) en sık yaşanan ürogenital problem olduğu, bunu idrar inkontinansı (%6.3) ve cinsel ilişki esnasında idrar inkontinansının (%5.5) izlediği belirlenmiştir. Ürogenital problemlerin pariteye göre dağılımı incelendiğinde dispareni dışında diğer problemlerin multiparlarda daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Ameliyat yeri ağrısı, idrar inkontinans ve cinsel ilişki esnasında idrar inkontinans bakımından gruplar arası farklılık anlamlı bulunmuştur. Multiparlarda idrar inkontinansın majör problem olarak algılanma oranı %9.7, cinsel ilişki esnasında idrar inkontinansın da bu oran %8.1 olup gruplar arası farklılık anlamlı bulunmuştur. Literatürde

inkontinans, perineal ağrı, dispareni gibi sağlık problemlerinin postpartum perineal morbiditeyi işaret ettiği belirtilmiştir (99,102,105,106,112,114,123,171).

Schytt ve ark. (23) postpartum 1. yıl sonunda dispareni görülme oranını %10.7 olarak tespit etmiştir. Yine aynı çalışmada dispareni primiparlarda daha fazla görülmüştür. Diğer bir çalışmada, postpartum uzun dönemde görülen dispareni oranının primiparlarda fazla olduğunu göstermektedir (21). İtalya'da postpartum 1. yıl sonunda dispareni oranı artmış olup %13.9, Fransa'da bu oran %20.1 olarak belirlenmiştir (15). Webb (168) çalışmasında postpartum 9-12 aylarda dispareni oranını %11.4 olarak saptamıştır. Yapılan çalışmalar bulgularımızı destekler nitelikte olup postpartum uzun dönemde de devam eden disparenin nedenlerin araştırılması gerektiği düşüncesindeyiz.

Schytt ve ark. (23) postpartum 1. yıl sonunda idrar inkontinans görülme oranını %21.6, cinsel ilişkide idrar inkontinans oranını da %0.9 olarak tespit etmiştir. Yine aynı çalışmada idrar inkontinansın multiparlarda görülme oranı daha fazla olup majör problem olarak algılanma oranı %2.5 olarak bulunmuştur. Cinsel ilişkide idrar inkontinans ise primiparlarda görülme oranı fazla olup majör problem olarak algılanma oranı %0.1 olarak bulunmuştur. İtalya'da postpartum 1. yıl sonunda idrar inkontinans oranı %3.6 iken Fransa'da bu oran %4.9 olarak belirlenmiş ve gruplar arası farklılık anlamlı bulunmuştur (15). Webb (168) çalışmasında postpartum 9-12 aylarda idrar inkontinans oranını %14.4, majör problem olarak görülme oranı da %8.5 olarak saptamıştır. Çalışmaların yapıldığı popülasyonların bizim çalışmamıza göre daha geniş olması ve postpartum dönemde sistematik olarak yapılan takipleri, idrar inkontinans oranlarını da etkilemiş olduğu düşüncesindeyiz.

Çalışmamızda postpartum 1. yıl sonunda en sık yaşanan gastrointestinal problemlerin sırası ile kabızlık (%15.5), hemoroid (%12.6) ve flatus inkontinans (%10.1) olduğu saptanmıştır. Postpartum 1 yıl sonunda gastrointestinal problemlerin oranlarının; postpartum 6. ayda olduğu gibi multiparlarda primiparlara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Çalışmada aynı zamanda multiparların tamamı bu problemleri majör olarak algılamışlardır. Yapılan çalışmalar bulgularımızı destekler niteliktedir (15,20,23,99,101-106,112,114,123,168).

Çalışmamız ve yurtdışında yapılan çalışmalar kadınların postpartum uzun dönemde de sistematik olarak takip edilmeleri ile ülkemizde benzer çalışmaların arttırılması ve elde edilen sonuçlardan yola çıkılarak sağlık politikaları oluşturulması gerekliliğini göstermektedir. Çalışmamızdaki bulgular ile postpartum uzun dönemde yaygın görülen ve süregelen sağlık

problemlerinin, kadınların emosyonel iyilik hallerini ve fonksiyonel yaşamları ile doğum sonrası yaşam kalitelerini de olumsuz etkileyeceği düşüncesindeyiz.

Buna göre 'H1= Edirne il merkezindeki kadınlarda postpartum uzun dönemde doğuma bağlı olarak gelişebilecek sağlık problemleri beklenmektedir' şeklindeki hipotezin doğru çıktığı görülmüştür.

Çalışmamızda postpartum 6. haftada kadınların %40'ının SRH'sini zayıf olarak algıladığı, bu oranın postpartum 6. ayda %31.7, postpartum 1. yılda ise %19.8 olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonucunda, multiparların, primiparlara göre sağlıkları hakkında daha fazla endişelendikleri saptanmıştır.

Şahingeri (149) çalışmasında, bulgularımızı destekler nitelikte olup postpartum erken dönemde kadınların %45.7'si sağlıklarını kötü olarak algıladıklarını saptanmıştır. Postpartum uzun dönemde ise ülkemizde, kadınların sağlıklarını nasıl algıladıklarına dair çalışmaya ulaşılamadığından kıyaslama yapılamamıştır. Schytt ve ark. (23) postpartum 2. ayda kadınların %8.6'sının, 1. yıl sonunda da %14.2'sinin kendi sağlıklarını zayıf olarak algıladıklarını tespit etmiştir. Yine aynı çalışmada multiparlar primiparlara göre sağlıkları hakkında daha fazla endişelendikleri saptanmıştır. Bulgularımız postpartum erken dönemde verilen sağlık bakımının nitelik ve nicelik bakımından yeterli görülmediği, fiziksel ve emosyonel problemleri oranlarının fazlalığının kadınların sağlık algılarını ne derece etkilediğini gösterdiği düşüncesindeyiz.

Literatürde SRH ile sosyodemografik özellikler, fiziksel ve emosyonel sağlık problemleri arasında ilişki olduğu belirtilmiştir (23,145-148). Kendi sağlık durumunu zayıf olarak algılayanların büyük çoğunluğunun; 20-34 yaş grubunda, ilköğretim mezunu, evli, çalışmadığı, orta gelir düzeyinde ve sosyal güvence sahibi olduğu belirlenmiştir. Bir çalışmada bulgularımızı destekler nitelikte olup 25-35 yaş aralığı, düşük eğitim düzeyi ve çalışmama durumunun zayıf SRH için risk faktörleri olduğunu ortaya koymuştur.

Çalışmamızda, kendi sağlık durumunu zayıf olarak algılayanların çoğunluğunun tersiyer sağlık kuruluşunda doğum yaptığı belirlenmiştir. Bu bulgu, çalışmamızdaki kadınların çoğunluğunun doğumunu sekonder sağlık kuruluşlarında yapmasına rağmen dikkat çekicidir. Dikkat dikkat çekici diğer bir bulgu da multiparların, primiparlara göre sağlıkları hakkında daha fazla endişelendiklerinin belirlenmiş olmasıdır. Bu durum multiparların doğum ve bebek bakımı konusunda daha deneyimli olmalarına rağmen evlerindeki iş yüklerinin ve doğuma bağlı olarak gelişebilecek sağlık problemi oranlarının artmasından kaynaklandığı düşüncesindeyiz. Schytt ve ark. (23) primiparların kendi sağlıklarını zayıf olarak algılama

oranını postpartum 2. ayda %7.6, postpartum 1. yıl sonunda %13.9 olarak tespit etmiştir. Yine aynı çalışmada multiparlarda bu oranlar %9.3 ve %14.6 olarak belirlenmiştir.

Çalışmamızda kendi sağlığını zayıf olarak algılayanların prenatal ve postnatal bakım alması bu bakım hizmetlerinin kadınların sağlık algılarına olumlu yönde yeterli katkıyı göstermediği düşüncesindeyiz. Sezaryen oranımızın yüksek olması, doğum metodunun zayıf sağlık algısı üzerine etkisini belirlememizi engellemiştir. Schytt ve Waldenström (146) sezaryen oranı az olmasına rağmen zayıf sağlık algısı üzerinde risk faktörü olduğunu belirlemişlerdir. Çalışmamızda sağlık durumunu zayıf olarak algılayan kadınların çoğunluğunun bir sağlık problemi geliştiğinde sağlık kuruluşuna başvurmadığı belirlenmiştir. Bu bulgu kadınların postpartum erken ve uzun dönemde evlerinde takiplerinin yapılması ile sağlık algılarındaki farkındalığın artırılması gereğini ortaya koyması bakımından önemlidir. Çalışmamızda aynı zamanda düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip olan her üç kadından birinin sağlık durumunu zayıf olarak ifade etmesi, postpartum bakım hizmetlerinde bu kadınların sağlık problemlerine yenidoğan kadar önem verilmesi gerekliliğini ortaya koymuştur.

Postpartum 6. haftada SRH'i zayıf olarak algılayanların çoğunluğunda yorgunluk, uyku problemleri, bel ağrısı, meme ucunda çatlak, dizüri, operasyon yeri ağrısı, karın ağrısı ve kabızlık olduğu belirlenmiştir. Meme ucunda çatlak problemi dışında diğer problemler bakımından gruplar arası farklılık anlamlı bulunmuştur. Schytt ve ark. (23) bulgularımızı destekler nitelikte olup başta yorgunluk ve uyku problemleri gibi genel sağlık problemleri ile bel ağrısı, meme problemleri ve dizürinin postpartum 2 ayda kadınların sağlıklarını zayıf olarak algılamaları ile ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Schytt ve Waldenström (146) yorgunluk, operasyon yeri ağrısı, bel ağrısı, bulantı ve perineal ağrı postpartum 2 ayda kadınların sağlıklarını zayıf olarak algılamaları ile ilişkili olduğunu belirlemişlerdir. Bulgularımızın, kadınların postpartum dönemde iyileşme ve günlük aktivitelerine dönüş açısından kendilerini yeterli görmediklerini gösterdiği düşüncesindeyiz.

Postpartum 1. yıl sonunda ise SRH'i zayıf olarak algılayan kadınların çoğunluğunda yorgunluk, uyku problemleri, bel ağrısı, dispareni, idrar inkontinansı, kabızlık, hemoroid, flatus inkontinansı olduğu tespit edilmiştir. Schytt ve ark. (23) genel sağlık problemlerinin bel ağrısı, dizüri, bulantı ve karın ağrısının postpartum 1. yılın sonunda kadınların sağlıklarını zayıf olarak algılamaları ile ilişkili olduğunu belirlemişlerdir. Aynı çalışmada dispareni ve idrar inkontinans ile zayıf sağlık algısı arasında ilişkili bulunmamıştır. Bu durum bu sağlık problemlerinin erken tespit edilip gerekli profesyonel desteğin alınması ile açıklanabilir. Bulgularımız postpartum uzun dönemde dahi cinsel sorunların profesyonel olarak

tanılanmasının geciktirilmesi, kadınların cinselliğe ilgilerinin düşük olması ile ilintili bulunması, fiziksel ve emosyonel problemler ile ilişkisini araştırılmamasından kaynaklandığı düşüncesindeyiz. İdrar inkontinansının ise özellikle postpartum 1. yıl sonunda kadınların sağlık durumlarını zayıf olarak algılaması üzerindeki etkisi, doğum sayısının artması ile morbidite oluşturması ve kadınların sosyal izolasyonuna neden olduğunu düşündürmektedir.

Çalışma bulgularımız postpartum uzun dönemde izlediğimiz kadınların sağlık problemlerinin azalmadığını ve bu problemlerin sağlık algılarını olumsuz etkilediğini göstermesi açısından önemlidir.

Buna göre 'H2= Edirne il merkezindeki kadınlarda postpartum dönemde gelişebilecek fiziksel sağlık sorunları ile kendi sağlığını algılama düzeyi arasında ilişki vardır.' şeklindeki hipotezin doğru çıktığı görülmüştür.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

Edirne il merkezindeki kadınların postpartum uzun dönem sağlık problemlerinin belirlenmesi ve kendi sağlık durumlarını algılama durumları ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

1. Araştırmaya katılan kadınların çoğunluğunun; 20-34 yaş grubunda (%78.1), ilköğretim mezunu (%55.7), evli (%90.8), çalışmadığı (%84.5), gelir durumunun iyi (%60.5) ve sosyal güvencesinin var olduğu (%94.3) tespit edilmiştir.
2. Araştırmaya katılan kadınların; %68.7'sinin prenatal, %52.6'sının postpartum bakım aldığı, bu bakımı prenatal dönemde çoğunlukla kadın-doğum uzmanından (%64.4), postpartum dönemde ise ebe-hemşirelerden (%63.4) aldığı saptanmıştır.
3. Kadınların %53.2'sinin multipar, %59.6'sının miadında, %52.3'ünün sekonder sağlık kuruluşunda, %64.7'sinin sezaryen doğum yaptığı ve %21.3'ünün 2500 gram ve altında bebek sahibi olduğu tespit edilmiştir.
4. Kadınların postpartum dönemde en fazla bakım aldıkları alan %35.6 ile kontrasepsiyon olurken, sağlık kontrolünden geçme oranının %15.8 olduğu belirlenmiştir.
5. Kadınlardaki yorgunluk görülme oranının postpartum 6. haftada %77.5 iken, 6. Ayda %56.8, 1. yılda ise %33.9 olduğu belirlenmiştir.
6. Kadınlarda baş ağrısı görülme oranının postpartum 6. haftada %58.8 iken, 6. ayda %37.4, 1. yılda ise %17.5 olduğu belirlenmiştir.
7. Kadınlarda uyku problemleri görülme oranının postpartum 6. haftada %76.0 iken, 6. ayda %62.0, 1. yılda ise %32.8 olduğu belirlenmiştir.
8. Kadınlarda omuz-boyun ağrısı görülme oranının postpartum 6. haftada %54.0 iken, 6. ayda %28.8, 1. yılda ise %12.1 olduğu belirlenmiştir.

9. Kadınlarda bel ağrısı görülme oranının postpartum 6. haftada %57.8 iken, 6. ayda %31.4, 1. yılda ise %19.0 olduğu belirlenmiştir.
10. Kadınlarda meme ağrısı görülme oranının postpartum 6. haftada %35.8 iken, 6. ayda %19.9, 1. yılda ise %5.2 olduğu belirlenmiştir.
11. Kadınlarda meme ucunda çatlama görülme oranının postpartum 6. haftada %57.5 iken, 6. ayda %26.2, 1. yılda ise artık görülmediği belirlenmiştir.
12. Kadınlarda mastit görülme oranının postpartum 6. haftada %2.5 iken, 6. ayda %2.1, 1. yılda ise artık görülmediği belirlenmiştir.
13. Kadınlarda dispareni görülme oranının postpartum 6. haftada %2.5 iken, 6. ayda %25.9, 1. yılda ise %13.5 olduğu belirlenmiştir.
14. Kadınlarda ameliyat yeri ağrısı görülme oranının postpartum 6. haftada %45.3 iken, 6. ayda %16.5, 1. yılda ise %1.7 olduğu belirlenmiştir.
15. Kadınlarda perineal ağrısı görülme oranının postpartum 6. haftada %25.5 iken, 6. ayda %10.0, 1. yılda ise %3.2 olduğu belirlenmiştir.
16. Kadınlarda idrar inkontinans görülme oranının postpartum 6. haftada %6.5 iken, 6. ayda %5.8, 1. yılda ise %6.3 olduğu belirlenmiştir.
17. Kadınlarda cinsel ilişki esnasında idrar inkontinans görülme oranının postpartum 6. haftada %1.5 iken, 6. ayda %8.1, 1. yılda ise %5.5 olduğu belirlenmiştir.
18. Kadınlarda dizüri görülme oranının postpartum 6. haftada %61.3 iken, 6. ayda %20.7, 1. yılda ise %1.7 olduğu belirlenmiştir.
19. Kadınlarda perineal kanama görülme oranının postpartum 6. haftada %40.5 iken, 6. ayda, 1. yılda ise görülmediği belirlenmiştir.
20. Kadınlarda hemoroid görülme oranının postpartum 6. haftada %22.8 iken, 6. ayda %16.5, 1. yılda ise %12.6 olduğu belirlenmiştir.
21. Kadınlarda kabızlık görülme oranının postpartum 6. haftada %49.0 iken, 6. ayda %28.5, 1. yılda ise %15.5 olduğu belirlenmiştir.
22. Kadınlarda diyare görülme oranının postpartum 6. haftada %9.3 iken, 6. ayda %6.0, 1. yılda ise %2.9 olduğu belirlenmiştir.
23. Kadınlarda karın ağrısı görülme oranının postpartum 6. haftada %46.8 iken, 6. ayda %13.1, 1. yılda ise %3.7 olduğu belirlenmiştir.
24. Kadınlarda anal inkontinans görülme oranının postpartum 6. haftada %0.5 iken, 6. ayda %0.5, 1. yılda ise %0.6 olduğu belirlenmiştir.

25. Kadınlarda flatus inkontinansı görülme oranının postpartum 6. haftada %47.0 iken, 6. ayda %18.8, 1. yılda ise %10.1 olduğu belirlenmiştir.
26. Kadınlarda bulantı görülme oranının postpartum 6. haftada %26.3 iken, 6. ayda %26.4, 1. yılda görülmediği belirlenmiştir.
27. Postpartum 6. haftada meme problemleri, disparoni, perineal ağrı ve diyare dışındaki diğer sağlık problemlerinin multiparlarda daha fazla oranda görüldüğü tespit edilmiştir.
28. Postpartum 1. yılda ise meme problemleri, operasyon yeri ağrısı ve disparoninin primiparlarda daha fazla oranda görüldüğü tespit edilmiştir.
29. Araştırmanın tüm aşamalarında idrar inkontinans, cinsel ilişki esnasında idrar inkontinans, flatus inkontinansı ve anal inkontinans gibi morbidite sebepleri multiparlarda daha fazla oranda görülmüştür.
30. Araştırmanın tüm aşamalarında kadınların çoğunluğu fiziksel sağlık problemlerini minör problem olarak yaşadıklarını ifade etmişlerdir.
31. Araştırma grubundaki kadınlarda postpartum 6. haftadaki PPD riski, EPDS'ye göre kesme puanı 12 alındığında %13.0 olarak saptanmıştır.
32. Kadınların kişisel sağlık durumlarını zayıf olarak algılama oranlarının; postpartum 6. haftada %40.0, 6-24 haftada %31.7 ve 1 yılda %19.8 olduğu belirlenmiştir.
33. Postpartum 6. haftada SRH'i zayıf olarak algılama ile yorgunluk, uyku problemleri, bel ağrısı, meme ucunda ağrı, operasyon yerinde ağrı, inkontinans, cinsel ilişki esnasında idrar inkontinans, dizüri, perineal kanama, hemoroid, diyare, karın ağrısı ve bulantı arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).
34. Postpartum 6. ayda SRH'i zayıf olarak algılama ile baş ağrısı, uyku problemleri, operasyon yerinde ağrı, idrar inkontinans, cinsel ilişki esnasında idrar inkontinans, dizüri ve bulantı dışındaki tüm GİS problemleri arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).
35. Postpartum 1. yılda SRH'i zayıf olarak algılama ile yorgunluk, baş ağrısı, kas-iskelet problemleri, meme problemleri, disparoni, perineal ağrı, idrar inkontinans, cinsel ilişki esnasında idrar inkontinans, dizüri, hemoroid, kabızlık, anal ve flatus inkontinansı arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

ÖNERİLER

Edirne il merkezindeki kadınların postpartum uzun dönem sağlık problemlerinin belirlenmesi ve kendi sağlık durumlarını algılama durumları ile ilişkisinin incelendiği bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

1. Araştırmanın değişik sosyo-kültürel düzeylerdeki anneleri kapsayan farklı popülasyonlarda tekrarlanarak toplumumuzu temsil edecek prevalansların ortaya konulması, bu sonuçlardan ülkemizdeki doğum sonrası bakım ve takip sistemini geliştirmeye yönelik politikalar oluşturulmasında yararlanılması,
2. Ülkemizde yasal olarak var olan doğum sonu evde anne ve yenidoğan izlemi sisteminin yeniden gözden geçirilerek tüm ülke genelinde işler hale getirilmesi,
3. Postpartum dönemde telefon izlemi ile ev ziyaretlerinin etkinliğinin karşılaştırılmasını sağlayan çalışmaların artırılması,
4. Yapılacak bu çalışmaların sonuçları doğrultusunda; hizmet sağlayanlarının etkin kullanımını, düzenli kontrolleri artırma, hastaneye gereksiz başvuruları azaltma, acil girişimlerde yönlendirme, sağlık bilgisi verme, geleceğe yönelik rehberlik, hastalık durumu değerlendirme ve izleme, kişinin kendine bakım ve otonomisini teşvik etmede yararlı olabilecek telefonla izlem sistemi yapmak üzere hastanelerde, konusunda uzman ebe ve hemşirelerden oluşan bir birim oluşturulması,
5. Doğum sonrası bir yıl boyunca etkisini yitirmeden devam eden yorgunluk, uyku problemleri ve kas iskelet sistemi problemleri ile ilgili toplum tabanlı çalışmaların artırılması, annelere bu problemler açısından destekleyici programların düzenlenmesi,
6. Doğumdan sonra sağlık kuruluşlarında ya da evde izlenen annelerin aynı zamanda PPD riski açısından da etkin olarak değerlendirilmesi,
7. Doğum sonrası rutin izlemlerde ebe ve hemşirelerin kadınların disparoni başta olmak üzere cinsel sorunlarını da sorgulamaları, cinsel sorunu olduklarını düşündükleri kadınları erken tanı ve tedavi için sevk etmeleri, tedavi alan kadınların tedavilerini sürdürmelerini sağlamaları,
8. ‘Gizli Morbidite’ olarak adlandırılan idrar inkontinans, flatus inkontinans, anal inkontinans ve hemoroid problemleri ile ilgili toplum tabanlı çalışmaların artırılarak bu problemlere yönelik etkin sağlık politikalarının geliştirilmesi,
9. Doğum öncesi dönemden başlayarak doğum sonu dönemde en az bir yıl süre ile annelere doğuma bağlı oluşabilecek sağlık problemlerini de içeren eğitim ve

danışmanlık hizmetinin planlı bir şekilde verilmesi, bu amaçla doğuma hazırlık ve doğum sonu bakım sınıflarının oluşturulması,

10. Doğuma hazırlık ve doğum sonu bakım grupları oluşturulamayan yerlerde, mevcut sağlık sisteminin tüm basamaklarında ana ve çocuk sağlığı alanında çalışan ebe ve hemşirelerin, doğum sonrası annelerin sağlık problemleri ve sağlık algıları konusunda hizmet içi eğitimler ile bilgilerinin yenilenmesi ve bilinçlendirilmeleri önerilmiştir.

ÖZET

Bu araştırma; kadınların postpartum uzun dönem izlenerek doğuma bağlı olarak gelişebilecek fiziksel ve emosyonel sağlık problemleri ile sıklığını ve etkileyen faktörleri belirlemek, bu problemler ile kadınların algıladıkları sağlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla prospektif tipte tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Araştırmaya Temmuz 2008-Nisan 2010 tarihleri arasında örneklem grubu özelliklerine uyan 400 kadın alınmıştır. Bu kadınlardan postpartum 6. haftada 400, 6. ayda 382, 1. yılda 348'ine ulaşılmıştır. Araştırma verileri; kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini içeren form, Kadınların doğumdan 6. hafta, 6. ay ve 1. yıldaki sağlık problemleri ile kişisel sağlığını algılama düzeylerini içeren form ve Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin istatistiki değerlendirmesinde; yüzdeler ve rölatif risk hesaplaması, Ki-kare Testi ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre kadınların; %53.2'sinin multipar olduğu, %68.7'sinin prenatal, %52.6'sinin postpartum bakım aldığı, postpartum bakım hizmetlerinde sağlık kontrolü oranının ise %15.8 olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızdaki kadınların %64.7'sinin sezaryen doğum yaptığı, %17.8'sinin erken postpartum dönemde sağlık problemi geliştiğinde bir sağlık kuruluşuna başvurduğu saptanmıştır.

Kadınlarda postpartum 6. haftada en sık görülen sağlık problemlerinin; yorgunluk (%77.5), uyku problemleri (%76.0), dizüri (%61.3), bel ağrısı (%57.8) ve meme ucunda çatlama (%57.5) olduğu saptanmıştır. Postpartum 1. yıl sonunda en sık görülen sağlık problemlerinin ise; yorgunluk (%33.9), uyku problemleri (%32.8), kabızlık (%15.5), disparoni (%13.5) ve hemoroid (%12.6) olduğu belirlenmiştir. Fiziksel sağlık problemlerinin multiparlarda primiparlara göre anlamlı derecede daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir ($p<0.05$). Postpartum 6. haftadaki 'Postpartum Depresyon' riski %13 olarak saptanmıştır.

Kadınların kendi sağlık durumlarını zayıf olarak algılama oranları; postpartum 6. haftada %40.0, 6. ayda %31.7 ve 1. yılda %19.8 olarak belirlenmiştir. Postpartum 1. yılda kendi sağlık durumunu zayıf olarak algılama ile yorgunluk, baş ağrısı, kas-iskelet problemleri, meme problemleri, disparoni, perineal ağrı, idrar inkontinans, cinsel ilişki esnasında idrar inkontinans, dizüri, hemoroid, kabızlık, anal ve flatus inkontinansı arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda, araştırmanın farklı popülasyonlarda tekrarlanarak toplumumuzu temsil edecek prevalansların ortaya konulması, bu sonuçlardan ülkemizdeki doğum sonrası bakım ve takip sistemini geliştirmeye yönelik politikalar oluşturulmasında yararlanılması önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: Edirne İli, Postpartum dönem, postpartum dönem fiziksel sağlık problemleri, kendi sağlık düzeyini algılama durumu.

DETERMINATION OF LONG TERM POSTPARTUM HEALTH PROBLEMS IN STATE CENTER OF EDIRNE

SUMMARY

This research is planned to be in a descriptive prospective type in order to determine the factors affecting physical and emotional health problems due to parturition and their frequencies, and besides, to evaluate the relationship between these problems and self-rated health levels of women by following them in a long postpartum period.

400 women complying with the sample group characteristics are included in this research between July 2008- April 2010. Women that could be attained within 6. postpartum weeks were 400, within 6. months were 382 and within 1. year were 348. Research data were collected by utilizing the form consisting of sociodemographic and obstetrical characteristics, the form consisting of Health Problems in Postnatal 6. weeks, 6. months and 1. year and Self-Rated Health Levels and also using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. Percentage and Relative Odds Ratio, Chi-square Test and Logistic Regression Analyze were used for evaluation of the data statistically.

According to the results of this research; it is determined that 53.2% of women were multiparous, 68.7% were prenatal, 52.6% were given postpartum care and furthermore, it is determined that the health control ratio of postpartum care services were 15.8%. It is found that 64.7% of women had caesarean section and 17.8% women got in contact with a health institution when they encountered with any health problem when occurred in early postpartum period.

Most common health problems emerging in postpartum 6. weeks were; fatigue (77.5%), sleeping disorders (76.0%), dysuria (61.3%), low back pain (57.8%) and nipple fissures (57.5%). Most common health problems emerging at the end of the postpartum 1.

year period were; fatigue (33.9%), sleeping disorders (32.8%), constipation (15.5%), dyspareunia (13.5%) and haemorrhoid (12.6%). It is found that physical health problems were significantly higher in multipars than primipars ($p < 0.05$). The risk of 'Postpartum Depression' in postpartum 6. weeks was 13.0%.

The ratios of the self-rated health conditions to be poor were; 40.0% in postpartum 6. weeks, 31.7% in 6. months and 19.8% in 1. year. The relationship between the fatigue, headache, musculoskeletal problems, nipple problems, dyspareunia, perineal pain, urinary incontinence, urinary incontinence during coitus, dysuria, haemorrhoid, constipation, anal and flatus incontinence and self-rated health condition to be poor were significant ($p < 0.05$).

In accordance with these results, it is recommended to establish prevalences that will represent our community by repeating this research in different populations and to benefit from these results to constitute politics in order to develop the postnatal care and follow up system.

Key words: Postpartum period, postpartum period physical health problems, self-rated health.

KAYNAKLAR

1. Aksoy O. Türkiye’de Yerleşim Yeri Bazlı Sağlık Belirleyicilerinin Bazı Sağlık Düzey Göstergeleri ile İlişkisi (tez). Manisa: Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2007.
2. Doğaner G. Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Erken Postpartum Dönemde Kendisinin ve Yenidoğanın Bakımına Yönelik Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi (tez). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2005.
3. Balkaya A. Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. CÜHYO Dergisi 2002;6(2):42-9.
4. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 2000. s.365-66.
5. Walker L, Wilging S. Rediscovering the ‘M’ in ‘MCM’: maternal health promotion after childbirth. JOGNN 2004;29(3):229-35.
6. Altuntuğ K. Doğum sonu Dönemde Ebe ve Hemşirelerin Eğitim Öncelikleri (tez). Konya: Konya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2002.
7. World Health Organization, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. Geneva: World Health Organization,1998.
8. Vural G. Akan N. Annelerin doğum sonu dönemde ev ortamında kendi bakımları ve bebek bakımları ile ilgili karşılaştıkları sorunlar ve bu sorunlara yönelik uygulamalar. HÜHYO Derg. 1995;(2):37-49.
9. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü,

Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK. Ankara: Hacettepe Yayınları,2009.

10. Burroughs A, Leifer G. Postpartum Period: Maternity nursing an introductory text, Philadelphia: WB Saunders Company,2001.
11. Mucuk S, Güler N. Annelerin doğum sonu dönemde bakım beklentileri ve bu beklentilerinin hemşireler tarafından karşılanma durumu. EÜSB Dergisi 2001;11(1):21-9.
12. Kılıçarslan S. Edirne Şehir Merkezindeki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2008.
13. Atıcı İ, Gözüm S. Postpartum erken dönemde lohusalara verilen sağlık eğitiminin postpartum problem ve anksiyeteleri üzerine etkileri. HÜHYO Dergisi 2000;8(2):77-90.
14. Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü. Dördüncü Dünya Kadın Konferansı, Eylem Platformu ve Pekin Deklerasyonu. Ankara, 1995.
15. Saurel-Cubizolles MJ, Romito P, Lelong N, Ancel PY. Women's health after childbirth:a longitudinal study in France and Italy. BJOG 2000;107:1202-9.
16. Başer M. Doğum yapan kadınların doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım alma durumlarının değerlendirilmesi. 5.Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı s. 113-124, Kayseri,1997.
17. Gölbası Z. Postpartum erken taburculuk, evde bakım hizmetleri ve hemşirelik. CÜHYO Derg. 2003;7(2):15-22.
18. Lewitt C, Shaw E, Wang S, Kasule J, Bagenda D et al. Systematic review of the literature on postpartum care: methodology and literature search results. BIRTH 2004;31(3):196-202.
19. Waterstone M, Wolfe C, Hooper R, Bewley S. Postnatal morbidity after childbirth and severe obstetric morbidity. BJOG 2003;110:128-33.
20. Macarthur C, Lewis M, Knox E. Health After Childbirth. BJOG 1991;1193-204.
21. Brown S, Lumley J. Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. BJOG 2000;107:1194-201.

22. Gözüm S, Kılıç D. Health problems related to early discharge of Turkish women. *Midwifery* 2005;21:371-78.
23. Schytt E, Lindmark G, Waldenström U. Physical symptoms after childbirth: prevalence and associations with self-rated health. *BJOG* 2005;112:210-17.
24. Cheng C, Fowles E, Walker L. Postpartum maternal health care in the United States: a critical review. *J Perinat Educ* 2006;15(3):34-42.
25. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 İleri Analizleri. Ankara: Hacettepe Yayınları, 2005.
26. Eryılmaz Y. Doğum Sonu Hemşirelik Bakım Değerlendirme Ölçek Geliştirilmesi Ve Uygulanan Bakım Yönteminin Etkilerinin Belirlenmesi (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1999.
27. McKinney ES, Ashwill JW, Murray S, James S. *Maternal-Child Nursing*, Second ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company;2000. p.714-731.
28. Özkan H. Erken Postpartum Dönemde Hastanede Verilen Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesi (tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2002.
29. Christie J, Poulton BC, Bunting BP. Anintegrated mid-range theory of postpartum family development: a guide for research and practice. *J Adv Nurs* 2008;61:38-50.
30. Lund K, Mcmanaman J. Puerperium (çeviri: E. Kuşçu). Ayhan A (Editör). Danforth's *Obstetrik ve Jinekoloji*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2010. s. 22-43.
31. Pasinlioğlu T. Doğum sonu dönem ve sorunları. Coşkun A.(Editör). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği el kitabı*. İstanbul: İstanbul Birlik Ofset Ltd. Şti;1996;104-119.
32. Koç G. Doğum Sonu Erken Dönemde Taburcu Edilen Anneler İçin Geliştirilen Evde Bakım Hizmet Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2005.
33. Ansara D, Cohen M, Gallop R, Kung R, Schel B. Predictors of women's physical health problems after childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2005;(36):115-125.
34. Declercq E, Sakala C, Corry Mp, Applebaum S, Risher P. *Listening to mothers: report of the first national US. Survey of women's childbearing experiences*. New York: Maternity Center Association 2002.

35. Thompson J, Roberts C, Currie M, Ellwood D. Prevalance and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *BIRTH* 2002;29:83-92.
36. Arslan F. Primipar Annelere Gebelikte ve Doğum Sonu Bebek Bakımı Konusunda Verilen Danışmanlık ve Eğitim Hizmetinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi (tez). Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2001.
37. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara:2001.
38. Ulukavak M. Gebeliğin Üçüncü Trimesterinde ve Postpartum Dönemde Kadınların Yorgunluk Düzeylerinin Belirlenmesi (tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2004.
39. Müller M, Needham I, Odenbreit M, Lavin A, Achterberg T. *International journal of nursing terminologies and classifications* 2007;18(1):5-17.
40. Milligan R, Flenniken P, Pugh L. Positioning intervention to minimise fatigue in breastfeeding women. *J Nurs Res* 1996;9:67-70.
41. Pugh LC, Milligan R. A framework fort the study of childbearing fatigue. *Adv Nurs Sci* 1993;15(4):60-70.
42. Rychnovsky J. Postpartum fatigue in the active-duty military woman. *J Obstet Gnecol Neonatal Nurs* 2007;36(1):38-46.
43. Atkinson LS, Baxley EG. Pospartum fatigue. *Am Fam Physician* 1994;50(1):113-8.
44. Troy NW. Is the significance of postpartum fatigue being overlooked in the lives of women. *Am J Matern Child Nurs* 2003;28(4):252-57.
45. Lee K, Zaffke M. Longitudinal changes in fatigue and energy during pregnancy and the postpartum period. *J Obstet Gnecol Neonatal Nurs* 1999;28:183-91.
46. Troy NW, Pelish P. The effectiveness of self-care intervention fort he management of postpartum fatigue. *Ap Nurs Res* 2003;16(1):38-45.
47. Taylor J, Johnson M. How women manage fatigue after childbirth. *Midwifery* 2008;10:1-9.
48. Runquist J. Persevering through postpartum fatigue. *AWHONN* 2007;36:27-37.

49. Scharff L, Dawn M, Dennis T. Headache during pregnancy in the postpartum. *Headache* 1997; 37:203-10.
50. Dawn A, Lisa S, Dennis T. Longitudinal prospective study of headache during pregnancy and postpartum. *Headache* 1999; 39:625-32.
51. Wail VR. Breastfeeding and migraine headaches. *J Hum Lact* 1992;8:209-12.
52. Öztürk V. Baş ağrısı rehberi. [serial online]. <http://www.noroloji.org.tr>
53. Stein G, Morton J, Marsh A. Headaches after childbirth. *Acta Neurol Scand* 1984;69:74-9.
54. Sancez G, Granella F, Nappi RE. Course of migraine during pregnancy and postpartum: a prospective study. *Cephalalgia* 2003;23:197-205.
55. Dindar İ. Edirne İl Merkezindeki Kadınlarda Doğum Sonrası Depresyon Tanılaması, Risk Analizleri ve Yardım Arama Davranışları (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2004.
56. Yüksel N. Birinci basamakta depresyon tanı ve tedavi. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi, 2000:1.
57. Beck CT. Predictors of postpartum depression. *Nurs Res* 2001;50:275-85.
58. Parry BL. Postpartum psychiatric syndroms. In: Kaplan HI, Sadock BJ (Eds.) *Comprehensive textbook of psychiatric*. Baltimore;1995. p.1059-67.
59. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği;1994.
60. Cox JJ, Murray D. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *Br J of Psy* 1993;163:27-31.
61. Danacı A, Dinç G, Deveci A, Şen FS, İçelli İ. Manisa il merkezinde doğum sonrası depresyon yaygınlığı ve etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000;11(3):204-11.

62. Durat G. Sakarya İlindeki Gebe Kadınlarda Doğum Sonrası Depresyon Riskinin Belirlenmesi ve Yüksek Riskli Kadınlarda Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliği (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2003.
63. Ekuklu G, Tokuç B, Eskiocak M. Edirne merkez ilçede doğum sonu depresyon sıklığı ve ilişkili etmenler. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi El Kitabı s. 834-839, Diyarbakır, 2002.
64. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996;8:37-54.
65. Inandı T, Bugdaycı R, Dundar P, Sumer H, Sasmaz T. Risk factors for depression in the first postnatal year : A Turkish Study. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2005;40:725-30.
66. Tezel A. Postpartum depresyonun değerlendirilmesinde hemşirelerin/ebelerin sorumlulukları. *New Symposium Journal* 2006;44(1):49-52.
67. Miller LJ. Postpartum depression. *JAMA* 2002;15(6):304-7.
68. Engindeniz AN. Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği'nin Türkçe Formu İçin Geçerlilik Ve Güvenirlilik Çalışması (tez). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;1996.
69. Leung LP, Hui DS, Leung TN, Yuen PM, Lau TK. Sleep disturbances in Chinese pregnant women. *BJOG* 2005;112:1568-71.
70. İzci B, Reneta LR, Sascha EM, Venella M, Liston W. et al. The upper airway in pregnancy and pre-eclampsia. *Am J Respir Crit Care Med* 2003;163:137-40.
71. Hui DS, Chan JK, Ho AS, Choy DK, Lai CK. et al. Prevalence of snoring and sleep-disordered breathing in a student population. *Chest* 1999;16:530-36.
72. Beck CT. Mothering multiples: a meta-synthesis of qualitative research. *Am J Matern Child Nurs* 2002;27(4):214-21.
73. Lentz MJ, Killien MG. Are you sleeping? *J Perinat Neonatal Nurs* 1991;4(49):30-38.
74. Damato E, Burant C. Sleep patterns and fatigue in parents of twins. *JOGNN* 2008;37(6):738-49.
75. Spiegel K, Leproult R, Van Cauter E. Impact of sleep debt on metabolic and endocrine function. *Lancet* 1999;354(918):1435-39.

76. Troy NW. A comparison of fatigue and energy levels at 6 weeks and 14 to 19 months postpartum. *Clin Nurs Res* 1999;8(2):135-52.
77. Wanbach KA. Maternal fatigue in breastfeeding primiparae during the first nine weeks postpartum. *J Hum Lact* 1998;14(3):219-29.
78. Parks PL, Lenz ER, Milligan RA, Han HR. What happens when fatigue lingers for 18 months after delivery? *JOGNN* 1999;28(1):87-93.
79. Hunter L, Rychnovsky J, Yount S. A selective review of maternal sleep characteristics in the postpartum period. *JOGNN* 2009;38:60-8.
80. Signal TL, Gander PH, Sangalli MR, Travier N, Firestone RT. et al. Sleep duration and quality in healthy nulliparous and multiparous women across pregnancy and postpartum. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2007;41:16-22.
81. Blyton DM, Sullivan CE, Edwards N. Lactation is association with an increase in slow-wave sleep in women. *J Sleep Res* 2002;11:297-303.
82. Dennis CL, Ross L. Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue and development of depressive symptomatology. *BIRTH* 2005;32:187-93.
83. Albert H, Godskesen M, Westergaard J. Prognosis in four syndromes of pregnancy-related pelvic pain. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:505-10.
84. Svensson HO, Andersson GB, Hagstad A, Jansson PO. The relationship of low-back pain to pregnancy and gynecologic factors. *Spine* 1990;15:371-5.
85. Kristiansson P, Svärdsudd K, Von Schoultz B. Back pain during pregnancy: a prospective study. *Spine* 1996;21:702-9.
86. Ostgaard HC, Andersson GB. Postpartum low-back pain. *Spine*. 1992;17:53-5.
87. Karakaya Ç. Fizyoterapinin Sezaryen Sonrası Ağrı ve Fonksiyonel Aktiviteler Üzerindeki Etkinliği (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü:2005.
88. Ostgaard HC, Andersson GB, Wennergren M. The impact of low back and pelvic pain in pregnancy on the pregnancy outcome. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991;70:21-4.

89. Tokat AM. Antenatal Dönemde Verilen Eğitimin Annelere Emzirme Özyeterlilik Algısına Emzirme Başarısına Etkisi (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2009.
90. Dyson L, McCormick FM, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. [serial online]. <http://www.thecochranelibrary.com>
91. Littleton YL, Engeberston JC. Maternity Nursing Care. New York: CENGAGE Delmar Learning; 2005. p.959-964.
92. Mannel, Martens and Walker. Core curriculum for lactation consultant practice. USA: Jones and Bartlett Publishers;2008. p.195-233.
93. Eryılmaz G. Laktasyon ve emzirme. Şirin A, Kavlak O (Editörler). Kadın Sağlığı (1. Baskı), İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık; 2008. s.757-90.
94. Riordan J, Gross A, Angeron J, Krumwiede B, Melin, J. The effect of labor pain relief medication on neonatal suckling and breastfeeding duration. J Hum Lact 2000;16(7):7-12.
95. Varışoğlu Y. Antenatal Bakımın Sezaryen ve Normal Vajinal Doğum Üzerine Etkilerinin Belirlenmesi. Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,2009.
96. TC. Sağlık Bakanlığı Ana ve Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. Ankara: Damla Matbaacılık, Reklamcılık ve Yayıncılık Tic. Ltd. Şt. 5. Baskı 2009.
97. Arslan H, Potur D, Bilgin N. Evaluation of the relationship between sexual dysfunction and quality of life in infertile couples. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2008;18(6):364-71
98. XY X, Yao Z, Wang H, Zhao O, Zhang L. Women's postpartum sexuality and delivery typers. Chinese 2003;38(4):219-22.
99. Goetsch MF. Postpartum dyspareunia: an explored problem; J Reprod Med. 2000;45(11):963-68.
100. Labrecque M, Eason E, Marcoux S. Randomized trial of perineal massage during pregnancy: Perineal symptoms three months after delivery. Am J Obstet Gynaecol 2000;182(1):76-80.
101. Canavan TP, Heckman CD. Kadında disparoni. Sendrom Dergisi 2001;63-72.

102. Signerollo LB, Bernard LH, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184(5):881-90.
103. Donnelly V, Fynes M, Campbell D, Johnson H, O'Connell R. et al. Obstetric events leading to anal sphincter damage. *Obstetric Gynecology* 1998;308:887-891.
104. Akyüz E.Ö. Doğum Sonrası Cinsel Sorunlar ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi (tez). Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2009.
105. Macleod M, Strachan B, Bahl R. A prospective cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at operative vaginal delivery. *BJOG* 2008; 115:1688-94.
106. Youssef R, Ramalingam U, Macleod M, Murphy DJ. Cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation use of episiotomy at instrumental vaginal delivery. *BJOG* 2005;112:941-45.
107. O'Reilly R, Peters K, Beal B, Jackson D. Women's experiences of recovery from childbirth: focus on pelvis problems that extent beyond the puerperium. *J Clin Nurs* 2009;18:2013-19.
108. Karaçam Z, Eroğlu K. Effects of episiotomy on bonding and mother's health. *Nurs Pract* 2003;43(4):384-94.
109. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P. et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the international continence society. *Neurourol Urodyn* 2002;21:167-78.
110. Lio YM, Dougherty MC, Liou YS, Tseng IJ. Pelvic floor muscle training effect on urinary incontinence knowledge, attitudes, and severity: an experimental study. *Int J Nurs Stud* 2006;43(1): 29-37.
111. Norton PA. Prevalence and social impact of urinary incontinence in women. *Clin Obstet Gynecol* 1990;33(2):295-97.
112. Locher JL, Burgio KL. Epidemiology of Incontinence, In: D.R. Ostergard. A.E. Bent. (Ed.). *Urogynecology and Urodynamics Theory and Practice*. London: Williams and Wilkins; 1996. p.67-73.
113. Farrell SA, Allen VM, Baskett TF. Parturition and Urinary Incontinence in Primiparous. *Obstet Gynecol* 2001;97(3):350-56.

114. Hvidman L, Foldspang A, Mommsen S, Neilsen JB. Postpartum Urinary Incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82: 556-63.
115. Turan C, Zorlu CG, Ekin M, Hancerlioğlu N, Saracoğlu F. Urinary incontinence in women of reproductive age. *Gynecol Obstet Invest* 1996;41:132-34.
116. Kızılkaya Beji N. Kadınlarda Uriner İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı. İstanbul: Emek Matbaacılık, 2002.
117. Burgio KL, Locher JL, Zycinsky H, Hardin JM, Singh K. Urinary incontinence during pregnancy in a racially mixed sample: characteristics and predisposing factors. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1996;7:69-73.
118. Kocaöz S, Eroğlu K. Kadınlarda stres uriner inkontinans yaygınlığı ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Hem Ar-Geliştirme Dergisi* 2002;1(4):29-38.
119. Sampselle CM, Miller BL, Delancey SO, Ashton-Miller JA. Effect of pelvic muscle exercises on transient incontinence during pregnancy and afterbirth. *Obstet Gynecol* 1998;3:406-12.
120. Salman MC, Özyüncü O, Durukan T. Gebelik, doğum ve pelvik taban bozuklukları. *Türkiye Jinekoloji ve Obstetri Dergisi* 2005;2(5):37-42.
121. Foldspang A, Mommsen S, Lam G.W, Elvings L. Parity as a correlate of adult female urinary incontinence prevalence. *J Epi Com Health* 1992;46(6): 95-600.
122. Allen RE, Hosker GL, Smith ARB, Warrell DW. Pelvic floor damage and childbirth: a neurophysiological study. *BJOG* 1990;97:770-79.
123. Van Brummen HJ, Bruinse HW, Van de Pol G, Heintz APM, Van der Vaart CH. The effect of vaginal and cesarean delivery on lower urinary tract symptoms: what makes the difference?. *Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;18:133-39.
124. Phillips C, Monga A. Childbirth and the pelvic floor: “the gynecological consequences. *Gyneacol Pratic* 2005;5:15-22.
125. Karacam Z. Doğum Eyleminde Yapılan Epizyotominin Anne Sağlığına Etkisi (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2001.
126. Aşkın Dinç A. Uriner İnkontinans Şikayeti Olan Gebelerde Gebelik ve Postpartum Donemde Uygulanan Pelvik Taban Egzersizlerinin Bu şikayetin Giderilmesindeki Etkinliği (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2004.

127. Demirci H, Kızılkaya N. Üriner inkontinans tedavisinde, uygulanan konservatif tedavi yöntemleri. Hemşirelik Forumu 1999;2(4).
128. Yalçın OT, Özalp S, Yıldırım A, Şener T. Kadınlarda Üriner İnkontinans. Jinekoloji ve Obstetrik Bülteni 1999;1(6).
129. Özdemir S, Çelebi İ, Nurulloğlu N. Ürojinekoloji kliniğimize başvuran üriner inkontinans olgularının dağılımı. Genel Tıp Dergisi 2006;16(2):49-52.
130. Simpson RK, Creehan PA. Perinatal Nursing. 2nd Edition. Philadelphia;Lippincott Company,2001. p.446-67.
131. Güner T. Vajinal Yol ve Sezaryenle Doğum Yapan Adölesan Annelerin Postpartum Dönemde Kendilerinin ve Bebeklerinin Bakımda Yaşadıkları Sorunların Karşılaştırılması (tez). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007.
132. Schuurmans N, MacKinnon C, Lane C. Prevention and management of postpartum haemorrhage. JSOGC 2000;4:1-10.
133. Mckinney ES, Ashwill JW, Murray S, James S. Maternal-Child Nursing. 2nd Edition. Philadelphia; WB Saunders Company,2000. p.714-31.
134. Avşar F. Erken postpartum dönemde ileri evre hemoroid prevalansı. Genel Tıp Dergisi 2001;11(2):73-7.
135. Madoof RD, Williams JG, Caushaj PF. Fecal incontinence. N Engl J Med 1992;326:1002-7.
136. Soffer EE, Hull T. Fecal incontinence: a practical approach to evaluation and treatment. Am J Gastroenterol 2000;95:1873-80.
137. Shawn M, Lewis W. İnkontinans, prolapsus ve pelvik taban hastalıkları (çeviri:C. Özkürkçügil). Erk A (Editör).Novak Jinekoloji. İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri;2004. s.694.
138. Van Brummen HJ, Buinse HW, Van De Pol G, Heintz AP, Van Der CH. The effect of vaginal and cesarean delivery on lower urinary tract symptoms: what makes the difference?. Int Urogynecol J 2007;18(8):977.
139. Nygaard IE, Rao SS, Dawson JD. Anal incontinence after anal sphincter disruption: a 30 year retrospective cohort study. Obstet Gynecol 1997;89:890-901.

140. Tuğut N, Bekar M. Üniversite Öğrencilerinin sağlığı algılama düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. AÜHYO Dergisi 2008;11(3):17-27.
141. Önal A. İki ilköğretim Okulunda öğrencilerin kendi sağlıklarını algılama düzeyi ve bildikleri sağlık sorunları. Nobel Medicus 2009;5(2):24-8.
142. Erengin H, Dedeoğlu N. Sağlığı ölçmenin kolay bir yolu algılanan sağlık. Toplum ve Hekim 1997;12(77):11-16.
143. Gözüm S, Tezel A. Yurttan kalan üniversite öğrencilerinin sağlık davranışlarını etkileyen faktörlerin analizi ile açıklanması. 1. Uluslararası ve 8. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, 2000.
144. Sertçelik E. Üniversiteli Gençlerin Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1999.
145. Şenol V, Çetinkaya F, Ünal D, Balcı E, Öztürk A. Determinants of SRH in general population in Kayseri, Turkey. Türkiye Klinikleri 2010;30(1):88-96.
146. Schytt E, Waldenström U. Risk factor for poor self-rated health in women at 2 months and 1 years after childbirth. J Women's Health 2007;16(3):390-400.
147. Schytt E, Waldenström U. Self-rated health-what does it capture at 1 year after childbirth?. NCCS 2009;23:711-20.
148. Ahn S, Youngblut J. Predictors of women's postpartum health status in first 3 months after childbirth. Asian Nursing Research 2007;1(2):136-46.
149. Şahingeri M. Annelerin Doğum Sonrası Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşu ve İlişkili Faktörler (tez). Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
150. Spellbring M. Nursing role in health promotion. Nurs Clin North Am 1991; 26(4): 805-813.
151. Ekuklu G, Tokuç B, Dedeler H. Edirne ilinde sosyo-ekonomik açıdan farklı iki bölgede yaşayanların sağlık algıları, sağlık hizmetlerini kullanımları ve sağlıkta eşitsizlikler ilişkisi, 10. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı 2006. s.205-206.
152. Belek İ. Algılanan sağlıkta sınıfsal ve sosyoekonomik eşitsizlikler. Antalya'da bir alan araştırması. Toplum ve Hekim Dergisi 1998;3(4):292.

153. Ay S, Eser E, Özcan C. Türkiye’de kadın ve çocuk sağlığı ile ilgili bazı ölçütler ile sosyo-ekonomik değişkenler arasındaki ilişki:bir ekolojik çalışma. Toplum ve Hekim Dergisi 2006;19(2):83-91.
154. Öncel S. 2001 yılı ebelik teması: Bütün kadınlar uygun sağlık bakımı almada eşittir. CÜHYO Dergisi 2002;6(1).
155. Lieu TA, Braveman PA. A randomized comparison of home and clinic follow-up visits after early postpartum hospital discharge-part I. Pediatrics 2000;105(5): 1058-65.
156. Bossert R, Rayburn WF. Early postpartum at a university hospital: outcome analysis. J Repro Med 2001;46(1):39-43.
157. Escobar GJ, Braveman PA., A randomized comparison of home and clinic follow-up visits after early postpartum hospital discharge – Part II. Pediatrics 2001;108(3):719-27.
158. Norr K, Crittenden, K, Lehrer E. Maternal and infant outcomes at one year for a nurse-health advocate home visiting program serving African Americans and Mexican Americans. Public Health Nursing 2003;20(3):190-98.
159. O’Connor K, Mowat DL, Scott HM. A randomized trial of two public health nurse follow-up programs after early obstetrical discharge. Can J Public Health 2003;94(2):98-104.
160. TC. Edirne Valiliği. Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi 2008 nüfus sayımı sonuçları (serial online). [http:// www.edirne.gov.tr](http://www.edirne.gov.tr).
161. Akın A, Özvarış SB. Türkiye’de Doğum Ve Doğum Sonrası Bakım (Ed: Akın A.). Türkiye’de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler. TNSA-1998 İleri Analiz Sonuçları. Ankara. 2002; 243-93.
162. Özdamar K. SPSS ile Biyoistatistik. Eskişehir: Kaan Kitabevi, 2001.
163. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi Genelgesi 2010/13 (serial online). [http:// www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr).
164. Schytt E, Josephine MG, Helen AB, Waldenström U. Acomparison of Sweden and English primiparae’s experiences of birth. J Reprod Infant Psychol 2008;26(4):277-94.
165. Allen PR. Chronic fatigue syndrome. J Midwifery Womens Health 2008;53(4):289-301.

166. Cakmak H, Kuguoğlu S. Comparison of the breastfeeding patterns of mothers who delivered their babies per vagina and via cesarean section: An observational study using the LATCH breastfeeding charting system. *Int J Nurs Stud* 2007;44:1128–37.
167. Karakaplan S. Doğum Şeklinin Annelerin Doğum Sonu Konforuna ve Yenidoğan Üzerine Etkileri (tez). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007.
168. Webb DA, Bloch JR, Coyne JC, Chung EK, Bennet IA. Et al. Postpartum physical symptoms in new mothers: their relationship to functional limitations and emotional well-being. *BIRTH* 2008;35(3):179-87.

ŞEKİLLER VE TABLOLAR

TABLolar	SAYFA
Tablo 1. Postpartum dönemdeki kadınların fiziksel, psikolojik, çevre ve eğitim gereksinim tanılama kriterleri	32
Tablo 2. Araştırmaya katılan tüm kadınların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı	45
Tablo 3. Araştırmaya katılan kadınların bazı doğurganlık özelliklerine göre dağılımı	46
Tablo 4. Araştırmaya katılan kadınların şimdiki gebelik ve doğum özelliklerine göre dağılımı	47
Tablo 5. Araştırmaya katılan kadınların erken postpartum dönemde bakım alma özelliklerine göre dağılımı	49
Tablo 6. Araştırmaya katılan kadınların postpartum 6. haftada belirlenen sağlık problemlerine göre dağılımı	50
Tablo 7. Araştırmaya katılan kadınlarda postpartum 6. haftada belirlenen fiziksel sağlık problemlerin pariteye göre dağılımı	53
Tablo 8. Araştırmaya katılan kadınların postpartum 6. haftada belirlenen fiziksel sağlık problemlerinin ciddiyet ve pariteye göre dağılımı	55
Tablo 9. Doğum sonrası 6. haftada kadınların edinburg postpartum depresyon ölçeği puanlarına göre dağılımı	56
Tablo 10. Doğum sonrası 6. haftada edinburg postpartum depresyon ölçeği puanlarının tanıtıcı özelliklere göre dağılımı	57
Tablo 11. Doğum sonrası 6. haftadaki edinburg postpartum depresyon ölçeği puanlarının doğuma ilişkin özelliklere göre dağılımı	58
Tablo 12. Doğum sonrası 6. haftada edinburg postpartum depresyon ölçeği puanlarının bazı fiziksel sağlık problemlerinden etkilenme durumuna göre dağılımı	59
Tablo 13. Lojistik regresyon analizine göre kadınlardaki bazı fiziksel problemlerinin edinburg postpartum depresyon ölçeği puanlarını etkileme düzeyleri	59
Tablo 14. Araştırmaya katılan kadınların postpartum 6. ayda belirlenen sağlık problemlerine göre dağılımı	61
Tablo 15. Araştırmaya katılan kadınlarda postpartum 6. ayda belirlenen fiziksel sağlık problemlerinin pariteye göre dağılımı	64
Tablo 16. Araştırmaya katılan kadınlarda postpartum 6. ayda belirlenen fiziksel sağlık problemlerinin ciddiyet ve pariteye göre dağılımı	66
Tablo 17. Araştırmaya katılan kadınların postpartum 1. yılda belirlenen fiziksel sağlık problemlerine göre dağılımı	68
Tablo 18. Araştırmaya katılan kadınlarda postpartum 1. yılda belirlenen fiziksel sağlık problemlerinin pariteye göre dağılımı	70

Tablo 19.	Araştırmaya katılan kadınlarda postpartum 1. yılda belirlenen fiziksel sağlık problemlerinin ciddiyet ve pariteye göre dağılımı	72
Tablo 20.	Araştırmaya katılan kadınların postpartum 6. haftada kendi sağlığını algılama düzeyi ve pariteye göre dağılımı	73
Tablo 21.	Araştırmaya katılan kadınların postpartum 6. ayda kendi sağlığını algılama düzeyi ve pariteye göre dağılımı	73
Tablo 22.	Araştırmaya katılan kadınların postpartum 1. yılda kendi sağlığını algılama düzeyi ve pariteye göre dağılımı	74
Tablo 23.	Lojistik regresyon analizine göre kadınlardaki bazı değişkenlerin kendi sağlığını algılama düzeyi etkileme düzeyleri	75
Tablo 24.	Lojistik regresyon analizine göre postpartum 6. haftadaki sağlık problemlerinin kendi sağlığını algılama düzeyi etkileme düzeyleri	77
Tablo 25.	Lojistik regresyon analizine göre postpartum 6. ayda sağlık problemlerinin kendi sağlığını algılama düzeyi etkileme düzeyleri	79
Tablo 26.	Lojistik regresyon analizine göre postpartum 1. yıl sonundaki sağlık problemlerinin kendi sağlığını algılama düzeyi etkileme düzeyleri	81
Tablo 27.	Lojistik regresyon analizine göre kadınlardaki postpartum 6. hafta, 6. ay ve 1. yıldaki zayıf sağlık algısı ile fiziksel sağlık problemleri arasındaki ilişki	83

ÖZGEÇMİŞ

23.12.1980, Eskişehir doğumludur. İlk ve orta öğrenimini Kütahya'da tamamlamış, lise eğitimine 1994-1998 yılları arasında Balıkesir Atatürk Sağlık Meslek Lisesi'nde devam etmiştir. GATA hemşirelik yüksekokulunda başladığı üniversite öğrenimini Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu ve Edirne Sağlık Yüksekokulunda tamamlayarak 2003 yılında mezun olmuştur. Yüksek lisans öğrenimini 2003-2005 yılları arasında Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında tamamlamıştır. 2006 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalında doktora eğitimine başlamıştır. 2000-2008 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin değişik ünitelerinde hemşire olarak çalışmış olup 2008 yılından beri hemşirelik hizmetleri müdürü olarak görev yapmaktadır. Uzm. Hemşire Sevde Çubukçu Aksu evlidir.

EKLER

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
YEREL ETİK KURULU Edirne, Türkiye
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTFEK 2008 / 67	
	PROTOKOL ADI	Edirne il merkezindeki kadınların postpartum dönem sağlık problemlerinin belirlenmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Prof. Dr. Füsün VAROL	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı	
	BAŞVURULAN ETİK KURUL	T.Ü.T.F. Yerel Etik Kurulu	
	DESTEKLEYİCİ FIRMA	Araştırmacıların kendileri	
	FAZİ		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	<input checked="" type="checkbox"/> Tek Merkez <input checked="" type="checkbox"/> Ulusal	<input type="checkbox"/> Çok Merkez <input type="checkbox"/> Uluslar arası	

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Değişiklik No.su	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	06.05.2008		<input checked="" type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ	06.05.2008		<input checked="" type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce
	OLGU RAPOR FORMU			<input type="checkbox"/> Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 10 /21	Tarih: 15. 05. 2008
	<p>Üniversitemiz Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Füsün VAROL'un sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen <u>Doktora</u> Öğrencisi Sevede ÇUBUKÇU AKSU'nun tezinin araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir</p>	

ETİK KURUL BİLGİLERİ							
ÇALIŞMA ESASI		Helsinki Bildirgesi, İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF Etik Kurul Yönergesi					
ÜYELER							
Ünvanı / Adı / Soyadı Ek Üyeligi	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza	
Prof. Dr. Dikmen DÖKMECI Başkan	Farmakoloji	T.Ü.T.F. Farmakoloji A.D.	K	E <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H		
Doç. Dr. Ümit N. BAŞARAN Başkan Yardımcısı	Çocuk Cerrahisi	T.Ü.T.F. Çocuk Cerrahisi A.D.	E	E <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H		
Prof. Dr. Betül Biner ORHANER Üye	Çocuk Sağ. ve Hst.	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hst. A.D.	K	<input checked="" type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H		
Doç. Dr. Dilek MEMİŞ Üye	Anesteziyoloji	T.Ü.T.F. Anesteziyoloji A.D.	K	E <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H		
Doç. Dr. Betül Uğur ALTUN Üye	Endokrinoloji	T.Ü.T.F. İç Hst. A.D.	K	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	İzinli	
Doç. Dr. Gürcan ALTUN Üye	Adli Tıp	T.Ü.T.F. Adli Tıp A.D.	E	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	İzinli	
Yrd. Doç. Dr. Hakan ERBAŞ Üye	Biyokimya	T.Ü.T.F. Biyokimya A.D.	E	E <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H		
Yrd. Doç. Dr. Ufuk USTA Üye	Patoloji	T.Ü.T.F. Patoloji A.D.	E	E <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H		
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Deontoloji ve Tıp Tarihi	T.Ü.T.F. Deontoloji ve Tıp Tarihi A.D.	K	E <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H		
Ecz. Emine SAKMAN Üye	Eczacı	T.Ü.T.F. Başhekimliği	K	E <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H		
Avukat Barış DEMİREL Üye	Hukuk	T.Ü. Rektörlüğü	E	E <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> H		

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Filiz AKATA
Dekan

T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

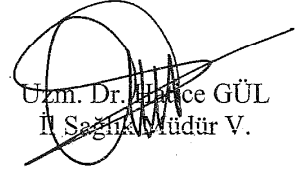
SAYI : B104ISM4220009/ 6213

29/5/2008

KONU: Araştırma İzni

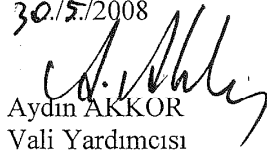
VALİLİK MAKAMINA
EDİRNE

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği doktora öğrencisi Sevede ÇUBUKÇU'nun "Edirne İl Merkezindeki Kadınların Postpartum Dönemdeki Sağlık Problemlerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını Edirne Devlet Hastanesi ve Selimiye Devlet Hastanesi'nde yapması hususunu olurlarınıza arz ederim.

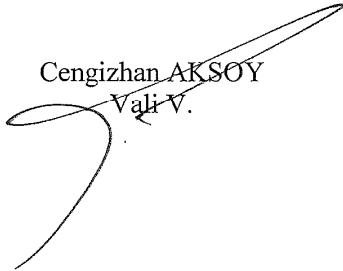
Uzm. Dr.  Ayşe GÜL
İl Sağlık Müdürü V.

Uygun görüşle arz ederim.

30/5/2008


Aydın AKKOR
Vali Yardımcısı

OLUR
30/5/2008


Cengizhan AKSOY
Vali V.

İl Sağlık Müdürlüğü EDİRNE

Telefon: (0 284) 214 90 10 (10 Hat)

Faks: (0 284) 225 15 01

e-posta: edirne@saglik.gov.tr

Elektronik Ağ: www.edirnesm.gov.tr

T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

SAYI : B104ISM4220009/

6302

02/05/2008


KONU: Araştırma İzni

T. Ü. SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 23.05.2008 tarih ve 500-436 sayılı yazımız.

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği doktora öğrencisi Sevde ÇUBUKÇU'nun "Edirne İl Merkezindeki Kadınların Postpartum Dönemdeki Sağlık Problemlerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasıyla ilgili alınan Valilik oluru yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.


Aydın AKKOR
Vali a.
Vali Yardımcısı

EK:

Valilik Oluru (1 sayfa)



İl Sağlık Müdürlüğü EDİRNE

Telefon: (0 284) 214 90 10 (10 Hat)

Faks: (0 284) 225 15 01

e-posta: edirne@saglik.gov.tr

Elektronik Ağ: www.edirnesm.gov.tr

EK-1 : ANKET FORMU

EDİRNE İL MERKEZİNDEKİ KADINLARIN POSTPARTUM DÖNEMDEKİ SAĞLIK PROBLEMLERİNİN BELİRLENMESİ

Anket No:

Adı Soyadı:

Adres-Tel:

Görüşme Tarihi:6. HAFTA.....6. AY.....1.YIL.....

1-10. sorular katılımcıların sosyodemografik özelliklerini ve hastalık bilgilerini içermektedir.

1. Kaç yaşınızdasınız?

1. 19 ve ↓ 2. 20-24 3.25-29 4.30-34 5.35 ve↑

2. Eğitim durumunuz nedir?

1. okur-yazar değil
2. okur-yazar
3. ilköğretim mezunu
4. ortaöğretim mezunu
5. yükseköğrenim mezunu

3. medeni durumunuz?

1. bekar
2. evli
3. dul/boşanmış

4. çalışma durumunuz?

1. çalışmıyor
2. çalışıyor

5. size göre gelir durumunuz(kendi ifadesine göre) nedir?

- 1.çok iyi 2.iyi 3.orta 4.kötü 5.çok kötü

6. sosyal güvenceniz var mı?

1. yok
2. var

7-20. sorular katılımcıların obstetrik bilgilerini içermektedir.

7. doğumunuzu yaptığınız yer

1. fakülte hastanesi
2. devlet hastanesi
3. Selimiye devlet hastanesi

8. Herhangi bir kronik (uzun süren) hastalığınız var mı?

1. Evet(9.soruya geçiniz) 2. Hayır(10.soruya geçiniz)

9. Hangi kronik hastalığınız var?

1. DM 2. HT 3. böbrek hastalıkları 4. anemi 5.KOAH

10. hastaneye yatırılış tanısı?

1. hipertansif bozukluk
2. Dm
3. Gestasyonel Diyabet
4. erken membran rüptürü
5. plesanta previa
6. Rh izoimmünizasyonu
7. preterm doğum eylemi
8. fetal büyüme geriliği
9. oligohidraoamnios
10. polihidraoamnios
11. preeklemsi/eklemsi
12.kanama
13. miadında doğum

11.prenatal bakım aldınız mı?

1. evet(evete ise kaç kez?....) 2.hayır

12. toplam gebelik sayısı?

1. bir 2. iki 3.üç 4.dört ve ↑

13. ölü doğum sayısı?

- 1.yok 2. bir 3. iki 4.üç 5.dört ve ↑

14. canlı doğum sayısı?

1. bir 2. iki 3.üç 4.dört ve ↑

15. küretaj sayısı?
1.yok 2. bir 3. iki 4.üç 5.dört ve ↑
16. düşük sayısı?
1.yok 2. bir 3. iki 4.üç 5.dört ve ↑
17. hastaneye yatışınızdaki gebelik haftanız?
1. <35
2. 36-38
3. 39-41
4. >42
18. doğum metotunuz?
1. vajinal
2. müdahaleli doğum(vakum/forseps)
3. sezaryen
4.acil sezaryen
- 19..perinal travma?
1. dikiş gerektiren yırtık
2. epizyotomi
3. dikiş gerektiren fazla epizyotomi
4. travma yok
20. yenidoğan ağırlığı(gram)
1.<2.500
2. 2.500-3.000
3.3001-3.500
4.3.501-4.000
5.>4000
- 21.postpartum bakım alma durumu?
1.evet 2.hayır(24.soruya geçiniz)
22. postpartum bakım veren kişi?
1.kadın-doğum uzmanı
2.aile hekimi
3.ebe-hemşire
23. postpartum bakım aldığınız alanlar hangileridir?
1. beslenme
2.kişisel hijyen
3.sağlık kontrolü
4.kontrasepsiyon
5.bebek bakımı
- 24.postpartum dönemde doğuma bağlı bir şikayetiniz olduğunda sağlık kuruluşlarına başvurduunuz mu?
1.evet 2. Hayır
25. başvurma nedeni?
1.doğum sonu enfeksiyonları
2.idrar yolu enfeksiyonları
3.doğum sonu kanamalar
4.meme enfeksiyonları

KİŞİSEL SAĞLIĞINI ALGILAMA DÜZEYİ

POSTPARTUM 0-6HF

ŞU ANDA SAĞLIK DURUMUNUZU NASIL DEĞERLENDİRİYORSUNUZ?

1. ÇOK İYİ
2. İYİ
3. ORTA
4. KÖTÜ
5. ÇOK KÖTÜ

POSTPARTUM 6-24HF

ŞU ANDA SAĞLIK DURUMUNUZU NASIL DEĞERLENDİRİYORSUNUZ?

1. ÇOK İYİ
2. İYİ
3. ORTA
4. KÖTÜ
5. ÇOK KÖTÜ

POSTPARTUM 24HF-1 YIL

ŞU ANDA SAĞLIK DURUMUNUZU NASIL DEĞERLENDİRİYORSUNUZ?

1. ÇOK İYİ
2. İYİ
3. ORTA
4. KÖTÜ
5. ÇOK KÖTÜ

EK-3

EDİNBURG POSTPARTUM DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Son 7 gündür;

- 1- Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum
- Her zaman olduğu kadar
 - Artık pek o kadar değil
 - Artık kesinlikle o kadar değil
 - Artık hiç değil

Son 7 gündür;

- 2- Geleceğe hevesle bakıyorum
- Her zaman olduğu kadar
 - Her zamankinden biraz daha az
 - Her zamankinden kesinlikle daha az
 - Hemen hemen hiç

Son 7 gündür;

- 3- Bir şeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum
- Evet, çoğu zaman
 - Evet, bazen
 - Çok sık değil
 - Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

- 4- Nedensiz yere kendimi sıkıntılı yada endişeli hissediyorum
- Hayır, hiçbir zaman
 - Çok seyrek
 - Evet, bazen
 - Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

- 5- İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor yada panikliyorum
- Evet, çoğu zaman
 - Evet, bazen
 - Hayır, çok sık değil
 - Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

- 6- Her şey giderek sırtıma yükleniyor
- Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum
 - Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum
 - Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkıyorum
 - Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum

Son 7 gündür;

- 7- Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum
- Evet, çoğu zaman
 - Evet, bazen
 - Çok sık değil
 - Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

- 8- Kendimi üzüntülü yada çökkün hissediyorum
- Evet, çoğu zaman
 - Evet, oldukça sık
 - Çok sık değil
 - Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

- 9- Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum
- Evet, çoğu zaman
 - Evet, oldukça sık
 - Çok seyrek
 - Hayır, asla

Son 7 gündür;

- 10- Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu
- Evet, çok sık
 - Bazen
 - Hemen hemen hiç
 - Asla