



**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SEZARYEN SONRASI FONKSİYONEL SAĞLIK
ÖRÜNTÜLERİ MODELİNE GÖRE YAPILAN EVDE
BAKIMIN ANNELERİN POSTPARTUM SAĞLIK
DURUMUNA ETKİSİ**

NURİYE ERBAŞ

DOKTORA TEZİ

**DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
2013**

**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SEZARYEN SONRASI FONKSİYONEL SAĞLIK
ÖRÜNTÜLERİ MODELİNE GÖRE YAPILAN EVDE
BAKIMIN ANNELERİN POSTPARTUM SAĞLIK
DURUMUNA ETKİSİ**

NURİYE ERBAŞ

DOKTORA TEZİ

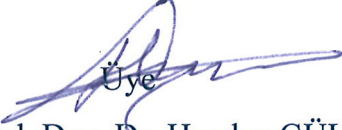
**DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI**

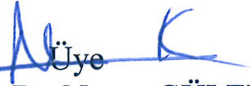
**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. ZEHRA GÖLBAŞI**

**SİVAS
2013**

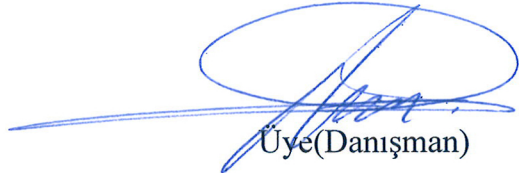
Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu adlı yönergeye uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.


Başkan
Doç. Dr. Mürüvvet BAŞER


Üye
Yrd. Doç. Dr. Handan GÜLER


Üye
Doç. Dr. Nuran GÜLER


Üye
Yrd. Doç. Dr. Mine BEKAR


Üye(Danışman)
Doç. Dr. Zehra GÖLBAŞI

ONAY

Bu tez çalışması, 15.02.2013 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Ömer POYRAZ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 24.09.2008 tarihli ve 007 sayılı toplantısında kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu adlı yönergeye göre hazırlanmıştır.

Bu araştırma C.Ü Bilimsel Araştırma Projeleri Şube Müdürlüğü tarafından 2011/06 sayı ile desteklenmiştir.

Çalışmaya katılan kadınlara ev ziyaretlerini kabul ederek çalışmanın başarılı bir şekilde uygulanmasını sağladıklarından dolayı teşekkür ederim.

Eğitimim sürecinde beni her zaman motive eden, hiçbir konuda yardım ve desteğini esirgemeyen anne ve babama, varlıklarından ve sevgilerinden her zaman güç aldığım kızıma ve oğluma sonsuz teşekkür ederim.

ÖZET
SEZARYEN SONRASI FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ
MODELİNE GÖRE YAPILAN EVDE BAKIMIN ANNELERİN
POSTPARTUM SAĞLIK DURUMUNA ETKİSİ

Nuriye ERBAŞ

Doktora tezi

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Zehra GÖLBAŞI

2013, 152 sayfa

Araştırma, sezaryen sonrası Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri modeline göre yapılan evde bakımın annelerin postpartum sağlık durumuna etkisini değerlendirmek amacıyla tek grup öntest-sontest düzeninde yarı deneysel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini, 9 Aralık 2011-7 Mart 2012 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum servisinde sezaryen doğum yapan ve araştırmaya alınma kriterlerini taşıyan 33 kadın oluşturmuştur. Veriler ‘Bireysel Özellikler Formu, Sezaryen Sonrası Anne Tanılama Formu, Sezaryen Sonrası Hemşirelik Tanıları Formu, Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum Envanteri (DSFDE) ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği’ ile toplanmıştır. Bireysel Özellikler Formu kadınlar hastaneden taburcu olmadan önce uygulanmıştır. Taburculuk sonrası ikinci gün ve doğum sonu ikinci haftada kadınlar evlerinde ziyaret edilmiş ve Sezaryen Sonrası Anne Tanılama Formu uygulanarak sorunlar saptanmıştır. Belirlenen sorunlar hemşirelik tanıları formuna işaretlenmiştir. Daha sonra kadınlara FSÖ modeline göre hazırlanan sağlık eğitimi uygulanmış ve tanılara yönelik hemşirelik müdahaleleri yapılmıştır. Doğum sonu sekizinci haftada kadınlar tekrar evlerinde ziyaret edilerek Sezaryen Sonrası Anne Tanılama Formu ile hemşirelik tanıları belirlenmiş ve DSFDE uygulanmıştır. Doğum sonu 12. haftada yapılan son ev ziyaretinde ise DSFDE ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği uygulanmıştır. Veriler bilgisayarda

değerlendirilmiş ve istatistiksel analizde bağımlı gruplarda t testi ve McNamer ki kare testi kullanılmıştır.

Doğum sonu sekizinci haftada yapılan değerlendirmede; kadınların meme, üriner sistem ve insizyon bölgesi enfeksiyonu riski, yetersiz emzirme, beslenmede dengesizlik, konstipasyon, aktivite intoleransı, bireysel bakımda eksiklik, uykusuzluk, uyku biçiminde bozukluk, ağrı, durumsal düşük benlik saygısı, beden bilincinde bozulma, üstlendiği rolü yerine getirmede değişiklik, sosyal izolasyon, sözel iletişimde bozulma, cinsel yaşamda değişim riski ve bireysel baş etmede yetersizlik tanılarında anlamlı bir azalma olduğu belirlenirken ($p<0.05$), yorgunluk tanısında ise anlamlı düzeyde bir azalma meydana gelmediği ($p>0.05$) belirlenmiştir. Doğum sonu 12. haftada kadınların DSFDE puan ortalaması sekizinci haftaya göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş ($p<0.05$) ve yalnızca bir kadının depresif semptom yaşadığı belirlenmiştir.

Araştırma sonuçlarına dayanarak; FSÖ modeline göre yapılan sezaryen sonrası evde bakımın kadınların sağlık sorunlarını azalttığı ve fonksiyonel durumlarını geliştirdiği söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli, sezaryen sonrası evde bakım, doğum sonrası fonksiyonel durum, doğum sonu sağlık sorunları, postpartum depresyon, hemşirelik

ABSTRACT

THE EFFECT OF HOME CARE ACCORDING TO FUNCTIONAL HEALTH PATTERNS MODEL AFTER CESAREAN ON POSTPARTUM HEALTH STATUS OF MOTHERS

NURIYE ERBAŞ

Ph. D. Thesis

Department of Nursing Obstetrics and Gynecology

Supervisor: Assoc. Dr. Zehra GOLBASI

2013, 152 pages

The study was conducted as a quasi-experimental single group pretest-posttest scheme to assess the effect of home care according to functional health patterns model after cesarean on postpartum health status of mothers.

The sample of the study consisted of 33 women who had cesarean delivery between 9 December 2011-7 March 2012 in Obstetrics and Gynecology Department in Cumhuriyet University Health Services Research and Application Hospital and met inclusion criteria. Data were collected by “Individual Characteristics Form, Mother Assessment Form After Cesarean, Nursing Diagnosis Form After Cesarean, Inventory of Functional Status After Childbirth (IFSAC) and the Edinburgh Postpartum Depression Scale”. Individual Characteristics Form was completed before women discharged from the hospital. Women were visited in their homes at the second day after discharge and postpartum second week and the problems were established by completing Mother Assessment Form After Cesarean. The identified problems were marked on the form of nursing diagnoses. Then health education prepared according to FHP was provided to women and nursing interventions were applied for diagnosis. The women were visited in their homes again at the postpartum eighth week and the nursing diagnoses were identified with Mother Assessment Form After Cesarean and Inventory of Functional Status After Childbirth were completed. Inventory of Functional Status After Childbirth and

Edinburgh Postpartum Depression Scale were completed at the postpartum twelve week. The data were evaluated in the computer and paired t-test and the McNamer chi-square test was used as statistical analysis.

In the postpartum evaluation at the eighth week; it was identified that there were significant reduction in the diagnosis such as the risk of infection of women's breasts, urinary tract and incision, inadequate breastfeeding, nutrition imbalance, constipation, activity intolerance, lack of individual care, insomnia, impairment of the form of sleep, pain, situational low self-esteem, the impairment of body image, changes in fulfilling the role, the social isolation, impairment in the verbal communication, risk of change in sexual life and the inability to cope individually ($p < 0.05$), while there were not significant reduction in the diagnosis fatigue ($p > 0.05$). It was found that the mean score of Inventory of Functional Status After Childbirth of women at the twelve week was significantly higher than the score at the eighth week ($p < 0.05$), and it was identified that only a woman experienced depressive symptoms.

Based on the survey results, it can said that home care according to functional health patterns model after cesarean reduces the health problems of mothers and improves the functional status of women.

Key words: Functional health patterns model, home care after cesarean, postpartum functional status, postpartum health problems, postpartum depression, nursing.

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

İÇ KAPAK	i
ONAY	ii
YÖNERGE	iii
İTHAF	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	xi
ÇİZELGELER DİZİNİ	xii
KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Sezaryen Doğum	6
2.1.1. Sezaryen Doğum insidansı	6
2.2. Sezaryen Doğum Sonrası Sağlık Sorunları	8
2.2.1. Doğum Sonu Kanama	9
2.2.2. Doğum Sonu Ateş	12
2.2.3. Tromboembolik Durumlar	16
2.2.4. Atektazi ve Pnömoni	18
2.2.5. Doğum Sonu Depresyon	18
2.3. Sezaryen Doğum Sonrası Bakım.....	18
2.3.1. Sezaryen Doğum Sonrası Hastanede Bakım	19
2.3.2. Sezaryen Doğum Sonrası Evde Bakım	20
2.3.2.1. Sezaryen Doğum Sonrası Evde Bakım Hizmetlerinin	23
Zamanı ve Sıklığı	
2.3.2.2. Türkiye’de Doğum Sonu Evde Bakım Hizmetleri	23
2.3.2.3. Sezaryen Sonrası Evde Hemşirelik Bakımı.....	25
2.4. Sezaryen Sonrası Fonksiyonel Durum	42
2.4.1. Sezaryen Sonrası Fonksiyonel Durumun Geliştirilmesinde	
Hemşirenin Rolü.	45
2.5. Hemşirelikte Model Kullanma	46
2.5.1. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ) Modeli.....	47

3. GEREÇ ve YÖNTEM	53
3.1. Araştırmanın Tipi	53
3.2. Araştırmanın Yeri.....	53
3.3. Araştırmanın Evreni	54
3.4. Araştırmanın Örnekleme.....	54
3.5. Araştırmanın Etik Yönü	54
3.6. Veri Toplama Araçları.....	55
3.7. Sezaryen Sonrası Evde Bakım Programı.....	59
3.7.1. Sezaryen Sonrası Sağlık Eğitim Rehberi.....	60
3.7.2. Sezaryen Sonrası Hemşirelik Tanılarına Yönelik Müdahale Planı	61
3.7.3 Sezaryen Sonrası Sağlık Eğitimi Broşürü	61
3.8. Araştırmanın Uygulanması.....	62
3.9. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	66
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi.....	66
3.11. Araştırmanın Yürütülmesinde Karşılaşılan Durumlar	67
4. BULGULAR	68
5. TARTIŞMA	81
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	93
6.1.Sonuçlar.....	93
6.2.Öneriler.....	95
7. KAYNAKLAR	96
EKLER	110
EK 1. Bilgilendirilmiş Olur Formu	110
EK 2. Bireysel Özellikler Formu.....	112
EK 3. Sezaryen Sonrası Anne Tanılama Formu.....	114
EK 4. Sezaryen Sonrası Hemşirelik Tanıları Formu	118
EK 5. Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum Envanteri (DSFDE).....	120
EK 6. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPPDÖ)	123
EK 7. Sezaryen Sonrası Hemşirelik Tanı Kriterleri	125
EK 8. Sezaryen Sonrası Sağlık Eğitim Rehberi	129
EK 9. Sezaryen Sonrası Hemşirelik Tanılarına Yönelik Müdahale Planı.....	130
EK 10. Sezaryen Sonrası Sağlık Eğitimi Broşürü.....	148
İZİNLER	
EK 11. Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum Envanteri (DSFDE) İzin Belgesi .	149
EK 12. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırma Etik Kurul Başkanlığı Kurul Kararı	150
EK 13. Sivas İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi	151

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Kadınların Bazı SosyoDemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	68
Tablo 2: Kadınların Parite ve Sezaryen Doğum Özelliklerine Göre Dağılımı.....	69
Tablo 3: Kadınların Sağlığı Algılama-Sağlık Yönetimi Örüntüsünde Sorun Yaşama Durumlarının Doğum Sonu Görüşme Zamanlarına Göre Dağılımı.....	70
Tablo 4: Kadınların Beslenme-Metabolik Durum ve Boşaltım Örüntülerinde Sorun Yaşama Durumlarının Doğum Sonu Görüşme Zamanlarına Göre Dağılımı.....	71
Tablo 5: Kadınların Aktivite-Egzersiz ve Uyku-Dinlenme Örüntülerinde Sorun Yaşama Durumlarının Doğum Sonu Görüşme Zamanlarına Göre Dağılımı.....	73
Tablo 6: Kadınların Bilişsel-Algısal, Kendini Algılama, Rol-İlişki ve Baş etme-Stres Toleransı Örüntülerinde Sorun Yaşama Durumlarının Doğum Sonu Görüşme Zamanlarına Göre Dağılımı.....	74
Tablo 7: Kadınların Cinsellik-Üreme Örüntüsünde Sorun Yaşama Durumlarının Doğum Sonu Görüşme Zamanlarına Göre Dağılımı	76
Tablo 8: Kadınların Değer-İnanç Örüntüsünde Sorun Yaşama Durumlarının Doğum Sonu Görüşme Zamanlarına Göre Dağılımı.....	77
Tablo 9: Kadınların FSÖ Modeli Doğrultusunda Saptanan Hemşirelik Tanılarının Doğum Sonu Görüşme Zamanlarına Göre Dağılımı.....	78
Tablo 10: Kadınların Doğum Sonu 12. Haftada Değerlendirilen EPDÖ Puanları ve EPDÖ Puanına Göre Depresif Semptom Yaşama Durumlarının Dağılımı	79
Tablo 11. Kadınların Doğum Sonu Görüşme Zamanlarında DSFDE Alt Boyut Puan ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	80

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 1: Araştırmanın Uygulama Şeması	65
---	----

KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği)
AWHONN	American Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (Obstetrik ve Neonatal Hemşireler Birliği)
BKİ	Beden Kitle İndeksi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DSFD	Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum
DSFDE	Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum Envanteri
EPDÖ	Edinburg Postpartum Depresyon Ölçeği
FSÖ	Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri
ICS	International Continence Society (Uluslararası Kontinans Topluluğu)
n	Örneklem Sayısı
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association (Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği)
NRS	Numerical Rating Scala (Sayısal Ağrı Değerlendirme Ölçeği)
PPD	Postpartum Depresyon
SS	Standart Sapma
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UAÖÇ	Ulusal Anne Ölümleri Çalışması
-	
X	Aritmetik Ortalama

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kadın hayatında önemli bir yere sahip olan doğurganlık döneminin sağlıklı geçirilmesi, kadının yalnızca kendi sağlığını değil aynı zamanda çocuğun, ailenin ve toplumun sağlığını da olumlu yönde etkilemektedir (Pillitteri, 2003; Taşkın, 2009). Dolayısıyla bir toplumun sağlık düzeyini gösteren ve bu alanda verilen hizmeti değerlendirmede kullanılan en önemli ölçütler arasında anne-bebek ölüm ve hastalık oranları önemli bir yer tutmaktadır. Bu oranlar, ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre farklılıklar göstermektedir. Gelişmekte olan ülkeler içinde yer alan ülkemizde, anne-bebek ölüm oranlarına bakıldığında olumlu yönde gelişme kaydedilmesine karşın henüz istenen düzeye gelmediği görülmektedir (TC Sağlık Bakanlığı Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü, 2011). Ulusal Anne Ölümleri Çalışması (UAÖÇ) (2006)'na göre Türkiye'de anne ölüm hızı 2005 yılı için yüz binde 28.5'tir. Anne Ölümleri İzleme Programı (2010) raporlarında ise anne ölüm hızının yıllara göre giderek azaldığı ve 2010 yılı için yüzbinde 16.4 olduğu bildirilmiştir.

Anne ölümlerinin önemli bir bölümü doğum sonu dönemde meydana gelmekte ve doğum sonu sorunlar anne ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır (TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2009; TC Sağlık Bakanlığı Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü, 2006). Doğum sonu sağlık sorunlarını ve dolayısıyla anne ölümlerini artıran en önemli faktörlerden biri de müdahaleli doğumlardır. Doğum eylemine müdahale etmede en sık kullanılan yöntemlerden biri sezaryen doğumdur. Sezaryen doğum sıklığı dünyada ülkeler, şehirler ve hatta hastaneler arasında belirgin farklılıklar göstermekle birlikte tüm dünyada önlenemez biçimde yükselişte olduğu belirtilmektedir (Kral, 2012). World Health Statistics (2010)'ne göre maternal ve perinatal mortalite oranları dikkate alındığında sezaryen oranının %15 olduğu bildirilmiştir (Caroline ve ark., 2011). Tüm dünyada ve ülkemizde sıklığı giderek artan sezaryen doğum, hiçbir endikasyonun olmadığı durumlarda gerçekleştirilmiş olsa bile anne ve bebek sağlığı açısından pek çok riski de beraberinde getirebilmektedir (Boyle ve Reddy, 2012; Menacker ve MacDorman, 2006).

Sezaryen doğum sonu sağlık sorunları, vajinal doğuma oranla daha fazla gelişmektedir. Ayrıca sezaryen doğumda anne ölüm hızı daha yüksek, tıbbi müdahale daha fazla, hastanede kalış ve iyileşme süreci daha uzun olmaktadır (Carey ve Rayburn, 2006; Smith, 2008). Schytt ve ark. (2005) sezaryen sonrası fiziksel sağlık sorunlarının doğum sonu ikinci ay ve birinci yılın sonunda yaygın olarak görüldüğünü saptamışlardır. Sezaryen doğum vajinal doğumla karşılaştırıldığında doğum sonu dönemde kanama, ateş, üriner sistem enfeksiyonları, meme sorunları ve tromboembolizm gibi sağlık sorunlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ayrıca sezaryen sonrası dönemde kanama, uterin enfeksiyon, cerrahi yaralar, safra kesesi yaralanmaları, genitoüriner ve kardiyopulmoner sorunlar, tromboemboli ve apandisit gibi nedenlerle yeniden hastaneye yatış gereksinimi de artmaktadır (Lund ve Mcmanaman, 2010; Soergel ve ark., 2012).

Sezaryen sonrası cerrahi bir operasyona maruz kalmış olma, oral beslenmeye uzun sürede geçme, geç mobilize olma, enfeksiyon gelişme riskinin fazla olması, anne-bebek etkileşiminin ve süt salınımının gecikmesi gibi durumlar sezaryen sonrası sağlık sorunlarını, kadının kaygı ve endişesini artırıp doğum sonu döneme uyumunu bozabilmektedir (Beji ve Coşkun, 2003; Carey ve Rayburn, 2006; Fenwick ve ark., 2009). Sezaryen sonrası sağlık sorunları erken dönem için; ateş, endometrit, insizyon yeri enfeksiyonu, kanama, aspirasyon, ateletazi, üriner sistem enfeksiyonu, pelvik enfeksiyon, tromboemboli, pulmoner emboli, abdominal gaz nedeniyle oluşan akut rahatsızlıklardır. Geç dönem için ise; adezyonlara bağlı barsak obstrüksiyonu ve sonraki gebelikte uterin insizyonun açılmasıdır. Bunlara ilaveten sezaryen sırasında mesane ve üreter yaralanması ile sezaryen sonrasında vezikouterin, ureterouterin, uteroabdominal fistül oluşumu ve nadir olarak gastrointestinal disfonksiyon gibi sağlık sorunları da tanımlanmıştır (Murray ve McKinney, 2010, Odumosu ve ark., 2012; Porter ve ark., 2007; Smith, 2008).

Günümüzde doğumdan sonra hastanede kalış süresinin giderek azalma eğiliminde olması özellikle sezaryen doğum gibi müdahaleli doğumlarda doğum sonu uyum sürecini uzatmakta ve hastanede alınan sağlık hizmeti sorunların çözümünde yetersiz kalmaktadır (Duman, 2009; Fink, 2011). Bu

nedenle, sezaryen sonrası kadınların hastanede almaya başladıkları sağlık bakımının evde de devam etmesi çok önemli ve gerekli görülmektedir. Böylece planlı ev ziyaretleri ile sezaryen sonrası kadın ve bebeğin sağlığını değerlendirme, sorunları erken saptama ve uygun müdahaleleri başlatma yoluyla, anne ve bebeklerin sağlığı korunabilmekte ve geliştirilebilmektedir (TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2009; Yıldız, 2008; Weis ve ark., 2009).

Ülkemizde yürürlüğe giren Aile hekimliği uygulama yönetmeliğinde doğum yapan her kadının; taburculuk sonrası ikinci ve beşinci günler arasında ve doğum sonu ikinci haftada evinde kanama, idrar problemleri, ağrı, çarpıntı, nefes darlığı, bağırsak faaliyetleri ve psikolojik durum değişiklikleri açısından değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (TC. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010). Yapılan araştırmalarda da doğum sonu dönemde taburcu edilen kadınların evde, hemşireler veya ebeler tarafından takip edildiklerinde veya telefonla izlendiklerinde doğum sonu sağlık sorunlarının daha az (Lichtenstein ve ark., 2004; Lieu ve Braveman, 2000; Martell, 2003), anne ve bebeklerin hastaneye yatma ve herhangi bir sağlık sorunu için hastaneye başvurma oranlarının da daha düşük olduğu saptanmıştır (Ahn ve Youngblut, 2007; Martell, 2003; Monte, 2010; Norr ve ark., 2003). Diğer taraftan literatürde kadınların doğumdan sonra yaşadıkları fizyolojik ve psikolojik değişimlerden dolayı en az 24 saat kendilerine dönük ve öğrenme için motivasyonlarının en alt düzeyde oldukları belirtilmektedir (Lieu ve Braveman, 2000; Martell, 2003). Buna göre hastanede verilen doğum sonu bakımın kadının bu döneme sağlıklı bir şekilde uyum yapabilmesi için yeterli olamayacağı ve evde bakımın bir gereksinim olduğu söylenebilir.

Kadının doğum sonu dönemde sağlık sorunlarının önlenmesi ve doğum sonu döneme başarılı bir şekilde uyum sağlaması, hem hastane hemde evde sunulacak bakımın belli modeller kullanılarak sistematize edilmesi ile kolaylaştırılabilir (Cunnigham ve ark., 2005; Pearson ve ark., 2005). Literatürde doğum sonu dönemde ağırlıklı olarak Roy'un Adaptasyon modeli (Apay, 2011; İsbir, 2011; Öztürk, 2011) ve Dorothy Orem'in Öz Bakım modeli (Kılıç ve ark., 2011; Nazik, 2009)'nin kullanıldığı ve bu modeller

doğrultusunda bakım vermenin doğum sonu sağlık sorunlarını önlediği/azalttığı görülmektedir. Son yıllarda hemşirelik bakımını sistematize etmede kullanılan diğer bir model ise Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ) modelidir (Gordon, 2003-1; Gordon, 2003-2; Gordon, 2010). FSÖ modelinin kolostomili hastalarda (Dal, 1999), yaşlılarda (Güler ve ark., 2009), huzurevinde yaşayan yaşlılarda (Gümüş ve Şıpkın, 2012), rektum kanseri olan hastalarda (Gürler ve Yılmaz, 2011), psikiyatri hastalarında (Sabancıoğulları ve ark., 2012) ve açık kalp ameliyatı geçiren hastalarda (Yılmaz ve Çiftçi, 2010) kullanıldığı ve bireylerin hemşirelik bakım gereksinimlerinin saptandığı çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalarda FSÖ modelinin bireylerin sağlık sorunlarını bütüncül olarak değerlendirmede etkin olduğu belirtilmektedir.

FSÖ modelinin çok boyutlu ve bütüncül özelliği göz önüne alındığında doğum sonu dönemdeki kadının bakımında da etkili bir şekilde kullanılacak bir model olduğu düşünülmektedir. Özellikle sezaryen sonrası dönemde FSÖ modelinin kullanılması kadının bütüncül olarak sağlık durumunun tanımlanması, sorunlarının belirlenmesi ve bakım gereksinimlerinin karşılanması ile doğum sonu döneme uyumunu kolaylaştırmada etkili olabilir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, sezaryen sonrası fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline göre yapılan evde bakımın annelerin postpartum sağlık durumuna etkisini değerlendirmek amacıyla tek grup öntest-sontest düzeninde yarı deneysel olarak yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Sezaryen sonrası FSÖ modeline göre yapılan evde bakım kadınların algılama-sağlık yönetimi örüntüsüne ait sorun sıklığını azaltır.

H2: Sezaryen sonrası FSÖ modeline göre yapılan evde bakım kadınların beslenme ve metabolik durum örüntüsüne ait sorun sıklığını azaltır.

H3: Sezaryen sonrası FSÖ modeline göre yapılan evde bakım kadınların boşaltım örüntüsüne ait sorun sıklığını azaltır.

H4: Sezaryen sonrası FSÖ modeline göre yapılan evde bakım kadınların aktivite-egzersiz örüntüsüne ait sorun sıklığını azaltır.

H5: Sezaryen sonrası FSÖ modeline göre yapılan evde bakım kadınların uyku-dinlenme örüntüsüne ait sorun sıklığını azaltır.

H6: Sezaryen sonrası FSÖ modeline göre yapılan evde bakım kadınların bilişsel-algısal örüntüsüne ait sorun sıklığını azaltır.

H7: Sezaryen sonrası FSÖ modeline göre yapılan evde bakım kadınların kendini algılama örüntüsüne ait sorun sıklığını azaltır.

H8: Sezaryen sonrası FSÖ modeline göre yapılan evde bakım kadınların rol-ilişki örüntüsüne ait sorun sıklığını azaltır.

H9: Sezaryen sonrası FSÖ modeline göre yapılan evde bakım kadınların cinsellik-üreme örüntüsüne ait sorun sıklığını azaltır.

H10: Sezaryen sonrası FSÖ modeline göre yapılan evde bakım kadınların başatma-stres toleransı örüntüsüne ait sorun sıklığını azaltır.

H11: Sezaryen sonrası FSÖ modeline göre yapılan evde bakım kadınların değer-inanç örüntüsüne ait sorun sıklığını azaltır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. SEZARYEN DOĞUM

Sezaryen doğum canlı fetüs, plasenta ve membranların karın ön duvarı ve uterusu yapılan kesi ile doğurtulması işlemidir. Ayrıca vajinal doğumun mümkün olmadığı, anne veya bebeğin yüksek risk taşıdığı durumlarda öncelikle tercih edilmesi gereken abdominal bir cerrahi biçimdir. Literatürde anne ve bebeğin yüksek risk taşıdığı bu durumlardan bazıları kesinlik kazanmışken (plasenta previa totalis, baş pelvis uygunsuzluğu vb.) bazılarında tartışmalar halen devam etmektedir (makat prezentasyon, geçirilmiş uterin cerrahi vb.) (Decherney ve Nathan, 2003; Flam ve Quilligan 2012). Sezaryen doğum için kabul edilen endikasyonlar şunlardır; plasenta previa, plasenta dekolmanı, akut fetal distress, kord prolapsusu, baş pelvis uygunsuzluğu, çoğul gebelik, malprezentasyon, geçirilmiş uterin cerrahi ve uterin skar varlığı, doğum kanalı tümörleri, fetal makrozomi, aktif genital herpes enfeksiyonu ve fetal malformasyondur (Boyle ve Reddy, 2012; Decherney and Nathan 2003).

2.1.1. Sezaryen Doğum İnsidansı

Sezaryen doğum sıklığı dünyada ülkeler, şehirler ve hatta hastaneler arasında belirgin farklılıklar göstermekle birlikte tüm dünyada sezaryen oranının önlenemez biçimde yükselişte olduğu belirtilmektedir (Kral, 2012). Özellikle gelişmiş ülkelerde sezaryen oranındaki bu yükseliş yıllara göre incelendiğinde; 1970'li yıllardan itibaren ciddi bir artış içerisinde olduğu, 1990'lardan bu yana önemli ölçüde arttığı ve 2009 yılında ise %32.9 ile zirveye ulaştığı saptanmıştır (Boyle ve Reddy, 2012; Menacker ve MacDorman, 2006). World Health Statistics (2010)'ne göre maternal ve perinatal mortalite oranları dikkate alındığında sezaryen oranının %15 olduğu bildirilmiştir. Bazı ülkelerin sezaryen oranlarına bakıldığında ise; Amerika Birleşik Devletleri'nde %30.2, İtalya'da %37.4, Brezilya'da %41.3, Meksika'da %36.1, Kore'de %37.7, İsviçre'de %28.9, Almanya'da %27.8 olduğu belirtilmiştir (Caroline ve ark., 2011). En yüksek %15 olarak bildirilen sezaryen oranının, bu seviyenin altına indiğinde veya üzerine çıktığında maternal ve perinatal mortalite ile morbidite oranları da artış gösterebilmektedir. Declerq ve ark. (2011) 1987-2007 yılları

arasında 22 sanayileşmiş ülkede sezaryen oranlarını incelediklerinde, sanayileşmenin az olduğu ülkelerde yıllara göre sezaryen oranlarının arttığını belirlemişlerdir.

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de sezaryen oranının giderek artış gösterdiği belirlenmiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre 2003 yılında %21.2 olan sezaryen oranının, 2008 yılında %36.7’ye yükseldiği bildirilmiştir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2008). Türkiye’de yapılan hastane tabanlı bazı çalışmalarda da sezaryen oranının giderek arttığına işaret edilmektedir (TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2010). Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde yapılan bir çalışmada 2002 yılında %37.7 olan sezaryen oranının 2007 yılında %51’e ulaştığı belirtilmektedir (Yılmaz ve ark., 2009). Sağlık Bakanlığı’nın 2010 yılı sağlık istatistiklerinde ise sezaryen doğumların 2003’te %21, 2007’de %35, 2009’da %43 iken, 2010’da %45’e yükseldiği ve bu oranların devlet hastanelerinde %41, özel hastanelerde %64 ve üniversite hastanelerinde %65 olarak değiştiği bildirilmiştir.

Literatürde sezaryen doğum oranlarındaki bu artışın birkaç nedeni olduğu belirtilmektedir. Bu nedenlerden biri; sezaryen doğumun anne hayatını kurtarmak için yapılan bir operasyon iken, ilerleyen zamanlarda fetusun de hayatını kurtaracak düşük riskli bir operasyon olarak düşünülmesidir. Böylece sezaryen doğum hem annenin, hem bebeğin, hem de hekimin hayatını kolaylaştıracak bir işlem haline gelmiştir. Bir diğer neden ise ülkelerin sağlık politikaları ve insanların doğum eylemine bakışlarında farklılıklar olmasıdır (Menacker ve Hamilton, 2010; Staff ve MidHons 2010). Yapılan çalışmalarda kadın doğum hekimlerinin sezaryena karar verirken sezaryen endikasyonlarının yanı sıra kadınların sezaryen olma isteklerini de çok önemsediklerini belirtmektedir. Aynı çalışmalarda eğitim düzeyi ve yaşın azalmasıyla birlikte kadınların sezaryen isteklerinin azaldığı, eğitim düzeyi ve yaşın artmasıyla ise arttığı saptanmıştır (Arikan ve ark., 2011; Wiklund ve ark., 2012).

Sezaryen doğum oranındaki artışın anne ve yenidoğana getireceği riskler göz önüne alındığında, sezaryen oranını azaltmaya yönelik sağlık politikalarına acilen gereksinim olduğu görülmektedir (Fenwick ve ark., 2010;

Mirjana ve ark., 2011). Yapılan bazı çalışmalarda ise sezaryen oranlarını azaltmak için kanıt temelli uygulamaların yapılması gerektiği vurgulanmıştır (Chaillet ve Dumont, 2007; Lewitt ve ark., 2004).

2.2.SEZARYEN DOĞUM SONRASI SAĞLIK SORUNLARI

Birçok çalışma doğum sonu dönemde görülen özel fiziksel semptomlar üzerine odaklanmış olup, sadece bir bölümü doğum sonu uzun dönem kadın sağlığını araştırmaktadır. Yapılan çalışmalar da doğum sonu uzun dönemde göz ardı edilen bu fiziksel, psikolojik, sosyal izlem ve bakım yetersizliğinin anne ölümlerinde rol oynayan doğum sonu sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olduğunu belirtmektedir (Ansara ve ark., 2005; Schytt ve ark., 2005).

Sezaryen sonrası sağlık sorunları erken dönem için; ateş, endometrit, insizyon yeri enfeksiyonu, kanama, aspirasyon, atelektazi, üriner sistem enfeksiyonu, pelvik enfeksiyon, tromboemboli, pulmoner emboli, abdominal gaz nedeniyle oluşan akut rahatsızlıktır. Geç dönem için ise; adezyonlara bağlı barsak obstrüksiyonu, sonraki gebelikte uterin insizyonun açılmasıdır. Bunlara ilaveten operasyon sırasında mesane ve üreter yaralanması ile operasyon sonrasında vezikouterin, ureterouterin, uteroabdominal fistül oluşumu ve nadir olarak gastrointestinal disfonksiyon gibi sorunlar da tanımlanmıştır (Murray ve McKinney, 2010; Odumosu ve ark., 2012; Porter ve ark., 2007; Smith, 2008). Islam ve ark. (2011) tekrarlayan sezaryen doğumlarda önceki uterin insizyonunun açılması riskinden dolayı kadınların sezaryen sonrası vajinal doğuma teşvik edilmesinin önemini belirtmişlerdir. Başka bir çalışmada ise vajinal doğuma oranla sezaryen doğum sonrası kadınlarda multipl skleroz riskinin daha yüksek olduğu ve maternal mortaliteye neden olabileceği belirlenmiştir (Maghzi ve ark., 2011). Soergel ve ark. (2012) sezaryen sonrası sağlık sorunlarının oluşmasını ve operasyonun kalitesini sezaryen yapan hekimin eğitimi ve becerisine bağlı olduğunu vurgulamışlardır. Sezaryen sonrası sık görülen sağlık sorunları aşağıda açıklanmıştır.

2.2.1. Doğum Sonu Kanama

Obstetri alanında ciddi kanamaların en sık görülen nedeni olan doğum sonu kanama ‘doğumu izleyen ilk 24 saatte 500 ml’den fazla kanama olması’ şeklinde tanımlanmaktadır. Sezaryen doğumda 1000 ml’ye kadar olan kanama normal kabul edilmekte olup, kadınların %30’unda 1000 ml’den fazla kan kaybı olduğu belirtilmiştir (Lund ve Mcmanaman, 2010; Thompson ve Bukowski, 2008). Doğum sonu kanama dünya çapında maternal morbidite ve mortalitenin önde gelen nedeni olarak sayılmaktadır. Yıllık doğum sayısının 1.5 milyon olduğu ülkemizde doğum sonu kanama %3.9, maternal mortalite oranı ise yüz binde 49.2 olarak bildirilmiştir (TC Sağlık Bakanlığı Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü, 2010).

Doğum sonu kanama, doğumdan sonra ilk 24 saat içinde ortaya çıkan erken doğum sonu kanama ve doğumdan sonra 24 saat ile altı hafta arasında ortaya çıkan geç doğum sonu kanama olarak sınıflandırılmaktadır (Goodwin ve ark., 2010; Hurt ve ark., 2010). Erken doğum sonu kanamaların %80-90’ının en yaygın sebebi uterus atonisidir. Geç doğum sonu kanama ise, genellikle kadın hastaneden taburcu olduktan sonra evde gelişen beklenmedik bir tehlike olarak değerlendirilmektedir. Geç doğum sonu kanamanın en önemli nedenleri uterusun subinvolüsyonu ve plasenta retansiyonudur (Decherney ve Nathan, 2003; Cunningham ve ark., 2005; Green, 2011). Sezaryen sonrasında kadınlarda kanamaya bağlı olarak başka sağlık sorunları da gelişebilmektedir. Yapılan bir çalışmada sezaryen sonrasında kadınların %5-10’unda doğum sonu kanama nedeniyle anemi geliştiği belirtilmiştir (Monte, 2010).

Uterus Atonisi: Uterus atonisi, doğum sonu kanamaların en sık görülen nedenlerindedir. Uterusun myometrium tabakası doğum sonu dönemde kasılarak damar ağzlarını kapatmaktadır. Kasılmanın yetersiz olması halinde damar ağzları açık kalmakta ve doğum sonu kanama gelişebilmektedir (Hurt ve ark., 2010). Sezaryen sonrası uterus atonisinin gelişmesine neden olan en önemli faktör ise, uterusu gevşetecek aşırı dozlarda halojenli anestezi ajan kullanılmasıdır. Bunun yanı sıra, sezaryen operasyonu sırasında yapılan intrauterin manüplasyon da sezaryen sonrasında uterusun gevşemesine neden

olmaktadır. Atoniye bağlı olarak gelişen kanamalarda uterus palpasyonda gevşek, yaygın, büyük olarak ele gelmekte ve açık kırmızı renkli kanama olmaktadır (Smith, 2008; Thompson ve Bukowski, 2008).

Plasenta Retansiyonu: Sezaryen doğumda plasenta ve membranların uterusun yeterince kürete edilmemesi nedeniyle plasenta retansiyonu gelişmektedir. Plasenta retansiyonu, doğum sonu erken dönemde atoni ve kanamalara, geç dönemde ise subinvolyusyona bağlı doğum sonu kanamalara ve enfeksiyona neden olmaktadır. Doğum sonu dönemde loşianın içeriğinde pıhtıya benzer parçalar, koyu kırmızı renkli ve fazla miktarda kanamalar olması plasenta retansiyonunu düşündürmelidir. Plasenta retansiyonunun oluşmaması için sezaryen sırasında uterusun iyice kürete edilmesi, plasentanın eksik kotiledon ve parça açısından kontrol edilmesi gerekmektedir (Green, 2011; Lund ve Mcmanaman, 2010).

Uterus İnvrsiyonu: Uterus invrsiyonu, fundusun iç kısmının eldiven parmağı gibi dışarı çıkması olarak tanımlanmaktadır. Sezaryen doğumlardan sonra invrsiyona yol açan en önemli faktör plasenta akreatadır. Uterus invrsiyonu akut olarak doğumdan sonra ilk 24 saat, subakut invrsiyon doğumdan sonra 24 saat ile dört hafta arasında, kronik invrsiyon ise dördüncü haftadan sonra gelişmektedir. İnvrsiyonun bulguları; ağrı, kanama ve ani şoktur. şokun nedeni genellikle uterus atonisi ve plasentanın ayrılmasına bağlı doğum sonu kanamalar olarak belirtilmektedir (Menacker ve Macdorman, 2006).

Uterus Rüptürü: Sezaryen doğumlarda uterus rüptürünün en sık görülen nedeni önceki sezaryen skar dokusunun ayrılmasıdır. Literatüre bakıldığında uterus rüptürünün genellikle transvers sezaryen kesisi olanlarda daha sonra vajinal doğumun denenmesi nedeniyle geliştiği belirtilmektedir (Cunningham ve ark., 2005). Yapılan bir çalışmada plasenta akreataya gelişen kadınlarda da sezaryen sonrası uterus rüptürü riskinin arttığı ve maternal/fetal mortalite açısından önemli bir risk faktörü olduğu değerlendirilmiştir (Zirq ve ark.,

2010). Doğum sonrası aşırı vajinal kanama, fetal kalp seslerinin kaybolması, yırtılma hissi ile birlikte uterus kasılmalarının aniden kesilmesi ve ağrının kaybolması uterus rüptürünün en önemli bulguları olarak sayılabilmektedir (Smith, 2008).

Uterus Subinvolüsyonu: Doğum sonu dönemde uterus involüsyonu gerçekleşmediğinde uterus subinvolüsyonu oluşmaktadır. Subinvolüsyonun en önemli iki nedeni; plasenta retansiyonu ve endometritistir. Sezaryen sonrası fundus seviyesinin beklenenden daha yüksek olması, loşianın bol miktarda ve koyu kırmızı renkte olması, pelvik bölgede rahatsızlık, bel ve sırt ağrıları uterus subinvolüsyonu olduğunu düşündürmektedir (Goodwin ve ark., 2010; Hurt ve ark., 2010).

Doğum Sonu Hematomlar: Doğum sonu pelvik hematomlar vulvar, vajinal ve supravajinal olmak üzere klinikte üç şekilde görülmektedir. Sezaryen sonrası en sık görülen hematom tipi insizyon bölgesinde gelişen supravajinal hematomdur (Thompson ve Bukowski, 2008). Supravajinal hematom, sezaryen doğum ve uterin rüptür dışında çok nadir olarak gelişmektedir. En önemli bulguları; hipotansiyon, sırt ağrısı, insizyon bölgesinde şişlik, ağrı, hassasiyet, kızarıklık ve tümöral görünümdür. Bazı kadınlarda, insizyon bölgesinden dışarı kan sızıntısı da olmaktadır. Doğum sonu dönemde şiddetli kanama ve hemorajik şoka neden olacağından hematomun direne edilerek hemen tedavi edilmesi gerekmektedir (Goodwin ve ark., 2010; Pilitteri, 2003).

Hemorajik Şok: Hemorajik şok doğum sonu dönemde üç büyük anne ölüm nedenleri arasında yer aldığından dolayı oldukça önem taşımaktadır. Bu nedenle, doğum sonu dönemde kanamaya neden olabilecek hazırlayıcı faktörlerin kontrol altına alınarak şokun önlenmesi gerekmektedir. Literatürde sezaryen sonrası hemorajik şokun en önemli nedenleri arasında; supravajinal hematom, uterus rüptürü, insizyon kanamaları ve uterus subinvolüsyonu olduğu belirtilmektedir (Cunningham ve ark., 2005). Sezaryen sonrası kadında şok açısından değerlendirilmesi gereken bulgular ise şunlardır: Aşırı vajinal

kanama, yumuşak ve seviyesi yüksek fundus, yüzeyel ve düzensiz solunum, takipne ve hava açlığı, taşikardik ve filiformik nabız, hipotansiyon, bayılma hissi, soğuk, soluk ve nemli deri, dudak ve tırnaklarda siyanoz, oligüri, mental bulanıklık, rahatsızlıkta artma ve uyuşukluk hali (Lund ve Mcmanaman, 2010).

2.2.2. Doğum Sonu Ateş

Birleşik Devletler Anne Sağlığı Komitesi doğum sonu ateşi ‘doğum sonu birinci ile onuncu günler arasında, günde dört kez ölçülen ateşin en az ikisinde vücut sıcaklığının 38°C üstünde olması’ olarak tanımlamaktadır (Kanadalı, 2006). Doğum sonu ateşin en önemli nedenleri olarak; uterus enfeksiyonları, parametrit, salvingooforit, peritonit, insizyon yeri enfeksiyonu, nekrotizan fascitis, üriner sistem enfeksiyonu, meme ile ilgili sorunlar, septik pelvik ven trombozu, over ven trombozu, derin ven trombozu ve pulmoner hastalıklar belirtilmektedir (Hurt ve ark., 2010; Smith, 2008).

Uterus Enfeksiyonları: Uterus enfeksiyonları; endometrit, endomyometrit ve endoparametrit olmak üzere üç başlık altında incelenmektedir. Endometrit endometriyumun, endomyometrit endometriyum ve myometriyumun enfeksiyonu, endoparametrit ise, parametriyumun enfeksiyonu olarak tanımlanmaktadır. Klinik olarak en çok endometritin görüldüğü belirtilmiştir (Kanadalı, 2006; Smith, 2008). Literatüre bakıldığında, uterus enfeksiyon riskini arttıran en önemli faktörün sezaryen doğum olduğu vurgulanmıştır. Uterus enfeksiyonları vajinal doğumdan sonra %1-3 oranında görülüyor iken, sezaryen doğum sonrası bu oran %15-30’a kadar çıkmaktadır (Kanadalı, 2006; Lund ve Mcmanaman, 2010). Sezaryen doğum sırasında uterusun batın dışına çıkarılması ve plasentanın elle alınmasının uterin enfeksiyon riskini arttırdığı dşnlmektedir. Doğum sonu dönemde uterus enfeksiyonunun en önemli bulguları; 38 °C ve üzerinde inatçı ateş, yumuşak uterus, bimanuel muayenede serviks ve uterusta aşırı ağrı, hassasiyet ve pürülan loşiadır (Carey ve Rayburn, 2006).

Parametrit, Salfingooforit, Peritonit: Sezaryen sonrasında endometritin tedavi edilerek kontrol altına alınmaması sonucu, ikinci haftadan sonra uterustaki enfeksiyon parametriuma (parametrit), fallop tüplerine (salfingit), overlere (ooforit) ve hatta peritona (peritonit) yayılım göstermektedir. Serviks ve uterustaki enfeksiyonun yayılması nedeniyle yaklaşık olarak doğum sonu 10. günde parametrit ve pelvik selülit gelişmektedir. En önemli bulgular hafif ateş, bilateral iliak fossalarda ağrı ve hassasiyettir. Bu bulgulara kusma ve parolitik ileusun eşlik etmesi pelvik peritoniti düşündürmelidir. Çünkü sezaryen sonrası uterin rüptür, kolon travması sonucu veya lokal olarak gelişen enfeksiyonların fark edilememesi nedeniyle peritonit gelişmektedir (Lund ve Mcmanaman, 2010; Salim ve ark., 2011).

İnsizyon Yeri Enfeksiyonu: İnsizyon yeri enfeksiyonu deri ve muköz membran bütünlüğünün bozulmasından dolayı hem vajinal hem de sezaryen sonrası meydana gelen bir komplikasyondur. Çoğunlukla acil koşullarda sezaryen yapılan kadınlarda görülmektedir (Menacker ve Macdorman, 2006). Sezaryen sonrası insizyon yeri enfeksiyonu insidansı %3 ile %15 arasında olup genellikle doğum sonu üçüncü ve sekizinci günler arasında gelişmektedir (Dresang ve Leeman, 2012; Kealy ve ark., 2010). Yapılan bir çalışmada sezaryenden sonra 30 gün içinde %7-20 oranında enfeksiyon geliştiği belirtilmiştir (Salim ve ark., 2011).

İnsizyon yeri enfeksiyonunun oluşmasında sebep olan organizmalar daha çok Streptokoklar, E coli ve Stafilokoklar (özellikle S.aureus, S.albus) dır. Bu organizmalar obezite, diabet, steroid tedavisi, immünsüpresyon, anemi, yetersiz hemostaz ve hematoma gibi durumlarda insizyon yerinde enfeksiyon gelişmesini kolaylaştırmaktadır (Goodwin ve ark., 2010). Yapılan bir çalışmada doğumdan sonra kadınların üçte birinin anemik olduğu ve sezaryen olanlarda enfeksiyon nedeniyle aneminin daha fazla görüldüğü saptanmıştır (Monte, 2010).

İnsizyon yeri enfeksiyonlarında ateş, insizyon bölgesinde ağrı, hassasiyet, kızarıklık, ödem ve pürülan akıntı gibi belirtiler oluşmaktadır (Flam ve Quilligan, 2012). Cheng-yu ve ark. (2006) doğumdan sekiz hafta sonra

insizyon yerinde %83 oranında ağrı yaşandığını belirtmişlerdir. Yapılan bir çalışmaya göre sezaryen sonrası dördüncü günde ortaya çıkan ateşin insizyonel apse yada öncesinde uterin enfeksiyon nedeniyle geliştiği ve antimikrobial tedaviye karşın ateşin devam ettiği belirtilmiştir (Young ve ark., 2012). Sezaryen sonrasında insizyon yeri enfeksiyonu sonucunda yara ayrışması oluşabilmektedir. Yara ayrışması, yaranın fascial tabakasını da içerecek şekilde ayrılmasını ifade etmektedir. Çoğu ayrışmalar doğum sonu beşinci günden itibaren belirti vermeye başlamakta ve serosanginöz bir akıntı oluşmaktadır. Bu nedenle sezaryen sonrası kadının evde akıntı açısından değerlendirilmesi gerekmektedir (Lund ve Mcmanaman, 2010).

Üriner Sistem Enfeksiyonu: Üriner sistem enfeksiyonları doğum sonu dönemde kadınların yaklaşık %2-4'ünde görülmektedir. Sezaryen sonrası ise kadınlarda %2-16 oranında üriner sistem enfeksiyonu ortaya çıkmaktadır (Kanadalı, 2006; Simpson ve Creehan, 2001). Litaratüre göre doğum eylemi ve doğuma bağlı olarak erken doğum sonu dönemde mesane mukozası ödemli olmaktadır. Doğum sonu erken dönemde mesanede aşırı dolma, yetersiz boşalma veya idrar kaçırma sorunlarıyla sık karşılaşılmaktadır. Üriner sistemdeki bu staz doğum yapan kadınların %50'sinde doğum sonu 12. haftaya kadar devam etmektedir (Carey ve Rayburn, 2006; Lieu ve Braveman, 2000; Van Brummen ve ark., 2007).

Meme Sorunları: Doğum sonrasında üreme organlarında atrofik değişiklikler meydana gelirken memelerde tam tersine değişiklikler görülmektedir. Doğumdan sonra östrojen ve progesteron seviyesinin azalmasıyla birlikte daha önce baskılanmakta olan prolaktin hormonu aktive olmakta ve bu durum memelerden süt yapımını uyarmaktadır. Doğum yapan kadında, doğumu izleyen 24-72 saat içinde laktasyon süreci başlamaktadır. Ancak emzirme tekniğinde yapılan uygulama hataları, memenin yeterli boşaltılmaması, bebeğe yanlış pozisyon verme, hijyene dikkat etmeme, bebeği düzenli süre ve sıklıkta emzirmeme gibi faktörler; meme ucu hassasiyeti ve çatlaması, meme

dolgunluğu (engorjman), mastit ve meme absesi gibi çeşitli meme sorunlarına neden olmaktadır (Eryılmaz, 2008; Kanadalı, 2006; Taşkın, 2009).

Doğumdan sonra en sık olarak oluşan meme sorunu meme ucu çatlaklarıdır. Laktasyonun üçüncü ve yedinci günlerinde memelerin ödemli olması nedeniyle meme alveollerine ve kanallarına sütün boşalamaması ile memede dolgunluk gelişmektedir. Kadında meme başının içe dönük ya da düz olması da meme dolgunluğuna neden olmaktadır. Memenin bir kısmında gergin, hassas, küçük ve kırmızı sahaların görülmesi bu kısımda süt kanallarının tıkanıp düştüğünü düşündürmelidir (Eryılmaz, 2008). Sezaryendan sonra kadınlar bebeklerini geç emzirdikleri için engorjmana bağlı sorunları fazla yaşamaktadırlar. Bu nedenle, kadınların doğumdan sonra bir saat içinde bebeklerini emzirmeleri, memelerde engorjmana bağlı gelişebilecek sorunların önlenmesi açısından oldukça önemlidir. Engorjmanın en önemli bulguları şunlardır; vücut sıcaklığında 24 saatten daha kısa süreyle 38.5°C'nin altında hafif bir artış, memelerde simetrik olarak ağrı, hassasiyet, kızarıklık ve ödem olması (Eryılmaz, 2008; Smith, 2008).

Doğum sonu dönemde oluşan meme sorunlarından bir diğeri ise mastittir. Mastit sıklıkla primipar emziren kadınlarda oluşan meme bezinin parankim dokusunun enfeksiyonudur ve genellikle doğum sonu ikinci ve dördüncü haftalarda oluşmaktadır. Mastitin belirtileri yüksek ateş, memede sıcaklık, kızarıklık, şişme, gerginlik, ağrı ve hassasiyet olması, bulantı, titreme, koltuk altı lenf bezlerinde şişme ve ağrıdır (Hurty ve ark., 2010). Kadınlarda mastitin tedavi edilmediği durumlarda mastitin bir komplikasyonu olarak meme absesi gelişebilmektedir. Meme absesinin belirtileri mastitise benzemesine karşın meme üzerinde lokalize kızarıklık ve şişmiş sahalar görülmektedir (Eryılmaz, 2008).

Septik Şok: Tüm dünyada ve ülkemizde sepsis en önemli anne ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Sepsise bağlı anne ölümleri Birleşik Devletler'de 1979 ve 1992 yılları arasında, İngiltere'de 1985 ve 1996 yılları arasında hipertansiyondan sonra ikinci sırada yer alırken, günümüzde dördüncü sıraya gerilemiştir (Cunningham ve ark., 2005). Ulusal Anne Ölümleri Çalışması

(2006) Türkiye’de de benzer şekilde anne ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada enfeksiyonların yer aldığını bildirmiştir. Sezaryen sonrasında enfeksiyonların tedavi edilmemesi nedeniyle daha çok da peritonit gelişen kadınlarda mikroorganizmaların kan veya lenf yoluyla yayılmaları sonucunda sepsis ve septik şok gelişebilmektedir. Bu nedenle, özellikle doğum sonu dönemde enfeksiyonu olan kadınların erken dönemde tedavi edilmeleri oldukça önem taşımaktadır. Ayrıca bu kadınların başağrısı, halsizlik, ateş, aritmi, taşikardi, takipne, eklem ağrıları, splenomegali, peteşi, genel durumda kötüleşme ve akut böbrek yetmezliği gibi sepsis bulguları açısından da yakından takip edilmeleri gerekmektedir (Hurt ve ark., 2010; Pilitteri, 2003).

2.2.3. Tromboembolik Durumlar

Literatürde doğum sonu tromboflebitin sezaryen doğumlarda 2-5 kat arttığı, tromboembolik durumların ise sezaryen doğumdan sonra geç mobilize olan kadınlarda daha sık olarak meydana geldiği bildirilmektedir. Doğum sonu tromboembolik durumlar, saphenous ve popliteal venleri de içine alan femoral tromboflebit, septik pelvik ven tromboflebiti ve doğum sonu pulmoner embolizmdir (Kanadalı, 2006; Taşkın, 2009).

Femoral Tromboflebit: Tromboflebit ‘damar içinde pıhtı oluşumuna bağlı olarak ven duvarının enflamasyonu’ olarak tanımlanmaktadır (Carey ve Rayburn, 2006). Tromboflebitin oluşma nedenleri arasında sezaryen doğum, doğum sonu kanama ve geç ayağa kalkma varis ve enfeksiyonlar sayılabilmektedir (Lichtenstein ve ark., 2004; Lieu ve Braveman, 2000). Yapılan bir çalışmada sezaryen sonrası tromboflebit gelişme insidansı %0.5 olarak belirtilmiştir (Sia ve ark., 2009). Tromboflebit çoğunlukla doğum sonu ikinci ve dördüncü günde ateş atakları, yüzeysel venin kızarması, hassasiyeti ve gerilmesi ile belirti vermektedir. Bu belirtiler genellikle bir hafta devam etmekte ve etkilenmiş bacak 4-6 hafta içinde normale dönmektedir. Tromboflebitin tedavi edilmediği durumlarda komplikasyon olarak pulmoner emboli gelişebilmektedir (Murray ve McKinney, 2010).

Septik Pelvik Ven Tromboflebiti: Pelvis ven duvarlarının herhangi bir nedenle hasara uğraması sonucu oluşan trombusun bakteriler tarafından invaze edilmesi ve enfekte trombusun parçalanarak septik emboliye (özellikle pulmoner emboli) yol açması sonucu meydana gelmektedir. Septik pelvik ven tromboflebiti, sezaryen doğumdan sonra %1'den daha az oranda görülmektedir. Septik pelvik ven tromboflebitinde en sık sağ over veni etkilenmektedir. Bulgular genellikle doğum sonu beşinci ve altıncı günlerde ortaya çıkmaktadır. Endometrit tedavisi için verilen antibiyotiğe karşın ateşin 2-3 günden daha uzun sürmesi septik pelvik ven tromboflebitini düşündürmelidir (Kanadalı, 2006; Murray ve McKinney, 2010). Septik pelvik ven tromboflebit belirtileri; kasık, abdomen ve yan ağrısı, ateş, taşikardi, gastrointestinal rahatsızlık ve barsak seslerinin azalmasıdır. Doğum sonrası kadının tekrar hastaneye yatmasını gerektiren bir durum olan pelvik tromboflebitin en büyük komplikasyonu embolidir ve pıhtı akciğere giderse pulmoner emboli meydana gelmektedir (Decherney ve Nathan, 2003).

Pulmoner Emboli: Literatürde pulmoner embolinin sezaryen doğum yapan kadınlarda vajinal doğum yapan kadınlara oranla 5-50 kat daha fazla görüldüğü ve kadınların %70'inde ise yüzeysel ven trombozunun olduğu belirtilmiştir (Lund ve Mcmanaman, 2011; Smith, 2008). Pulmoner emboli, uterin ve pelvik venlerden kopan trombusun venöz sirkülasyonla sağ kalbe taşınması ile ortaya çıkan mortalite riski yüksek bir komplikasyon olarak değerlendirilmektedir. Embolinin pulmoner arteri tıkadığı durumlarda akciğer sirkülasyonu kısmen ya da tamamen engellenmekte ve kadın bir-iki dakika içinde asfiksiden ölmektedir. Pulmoner embolinin tekrarlaması durumunda mortalite riski artmaktadır. Kadında takip edilmesi gereken emboli bulguları; ani göğüs ağrısı, hemoptizi, ciddi dispne, hava açlığı, siyanoz, taşikardi, endişe ve konfüzyondur. Pelvik venöz inflamasyon devam ettiği sürece diğer bölgelere de emboli atabilmekte ve pyemi gelişebilmektedir (Green, 2011).

2.2.4. Atelektazi ve Pnömoni

Atelektazi ve pnömoni, sezaryen sonrası çok erken görülen komplikasyonlar arasında yer almaktadır. Sezaryenden sonra, postoperatif karın ağrısı ve sırtüstü pozisyondan dolayı fonksiyonel rezidüel kapasitenin azalması ve alveoller kollapsla birlikte genellikle ilk 24 saat içinde atelektazi gelişmektedir. Atelektezi durumunda, hava yolu kollapsa uğradığından atelektazik alanlardan oksijensiz kan taşınmakta, bu da şant ve hipoksiye yol açmaktadır. Atelektazinin tedavi edilememesi pnömoniyeye neden olmaktadır. Sezaryen sonrasında kadında yüksek ateş, pürülanlı balgam, lökositoz ve akciğer grafisinde infiltrasyon gibi pnömoninin en önemli bulguları takip edilmelidir (Carey ve Rayburn, 2006).

2.2.5. Doğum Sonu Depresyon

Doğum sonu depresyon, doğum sonrası ilk dört hafta içinde başlayan veya bir yıl içinde herhangi bir zamanda ortaya çıkabilen, hatta iki yıla kadar uzayabilen kadının, bebeğin ve ailenin sağlığını tehdit eden ciddi ve yaygın bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Gereklioğlu ve ark., 2007; Goodwin ve ark., 2010). Yapılan çalışmalarda depresyon prevalansının genel olarak %10–15, ortalamasının ise %13 olduğu belirtilmiştir (Arslantaş ve ark., 2009; Yozwiak, 2010). Bazı ülkelerdeki doğum sonu depresyon prevalansı, Kanada'da %20, İngiltere'de %31, İtalya'da %30, Çin'de %15.5, Hong Kong'da %37 ve Amerika'da %38 olarak bulunmuştur (Wan ve ark., 2009). Türkiye'de yapılan çeşitli çalışmalarda ise; Çelikel (2012) doğum sonu altı hafta ile 24 hafta arasında depresyon prevalansını %20.5 bulurken, Durat ve Kutlu (2010) doğum sonu dördüncü haftada %23.8, Arslantaş ve ark. (2009) doğum sonu altıncı haftada %12.5, Özdemir ve ark. (2008) doğum sonu iki ile altı ay arasında %19.4 olarak saptamışlardır.

2.3. SEZARYEN DOĞUM SONRASI BAKIM

Sezaryen doğum sonrası dönem; doğum eyleminin sona ermesiyle birlikte bebek, plasenta ve membranlar doğduktan sonra başlayan ve bütün sistemlerin özellikle de üreme organlarının gebelik öncesi durumlarına döndükleri sekiz

haftalık bir zaman periyodunu içermektedir (Carey ve Rayburn, 2006). Doğum sonu dönem üç'e ayrılmaktadır; doğum sonrası ilk 24 saati kapsayan doğumdan hemen sonraki dönem, doğum sonrası ilk bir haftayı kapsayan erken doğum sonu dönem ve doğumdan sonraki ikinci haftanın başlangıcından itibaren sekizinci hafta ya da 12. haftaya kadar devam eden geç doğum sonu dönemdir (Carey ve Rayburn, 2006). Literatürde bu erken ve geç doğum sonu dönemlerin kadınlara göre farklılık gösterebileceği belirtilmiştir. Ayrıca bu dönemlerin 2-3 gün süren pasif ve bağımlı dönem ile 10 gün süren bağımsız ve otonom annelik davranışlarının olduğu dönemlerden oluştuğu vurgulanmıştır (Cheng-yu ve ark., 2006; Cunningham ve ark., 2005; Hurt ve ark., 2010).

Sezaryen sonrası kadın hastanede 48-72 saat yattıktan sonra taburcu olarak erken ve geç doğum sonu dönemleri evde geçirmektedir. Kadınlar evde bu dönemde özellikle ilk günlerde çok yaygın olarak görülmekle birlikte, çoğu sekiz haftaya kadar ve bazıları ise bir yıla kadar devam edebilen fizyolojik, psikolojik ve sosyal sağlık sorunları yaşayabilmektedirler (Cheng-yu ve ark., 2006; Hurt ve ark., 2010).

2.3.1. Sezaryen Doğum Sonrası Hastanede Bakım

Sezaryen doğum sonrasında sağlık profesyonelleri kadını doğumdan sonraki ilk saatlerden itibaren izlemeye başlamalıdır (Dresang ve Leeman, 2012; Kral, 2012). Bu izlemlerde;

- Anestezi ile ilgili durumlar: Nabız, oksijen saturasyonu, monitör takibi yapılmalı, bölgesel anestezi kullanılmışsa hareket ve hassasiyetin geri dönüşü, bilinç düzeyi değerlendirilmelidir.
- İlk bir saatte her 15 dakikada bir, ikinci saatte 30 dakikada bir sonra her saat başı rutin değerlendirmeler (Vital bulgular, uterusun kıvamı, yüksekliği, loşianın renk, kıvam ve pıhtı varlığı, üriner katater takibi, idrar çıkışı renk ve miktar) yapılmalıdır.
- Sezaryen sonrası kadının ağrı düzeyi değerlendirilmeli ve ağız hijyeni, perineal bakım, banyo ile kadının konforu sağlanmalıdır.
- Eğer hiçbir kontraendikasyon yoksa kadının saat başı pozisyonu değiştirilmeli ve mobilizasyonu sağlanmalıdır.

- Sezaryen sonrası anestezinin etkisi geçene kadar solunum sık takip edilmelidir. Solunum 24 saat boyunca monitörle takip edilmeli, dakikada 12’den az ise hemşire hemen sağlık ekibindeki diğer üyelerle iletişime geçmeli, yatağın başını yükselterek kadına pozisyon ve oksijen vermeli, oksijen saturasyonunu takip etmelidir.
- Sezaryen sonrası pareolitik ileus yaygın olarak görülebildiği için hemşire bağırsak hareketlerini takip etmelidir. Abdominal gerginlikten korunmak için kadın sık sık mobilize edilmelidir.
- İntravenöz sıvı ve intravenöz kateter takibi yapılmalı ve katater bakımına dikkat edilmelidir.
- İdrar çıkışı renk, miktar olarak takip edilmeli ve kaydedilmelidir.
- Hemşire emzirme için kadına rahat bir pozisyon vermelidir. Sezaryenden 24 saat sonra kadının birçok fonksiyonu normale dönebildiği için hemşire kadını aktivitesini artırması için desteklemelidir. Hemşire el yıkama, meme bakımı, emzirmenin sağlanması, perineal bakımı ve kegel egzersizleri gibi konularda eğitim vermelidir.

2.3.2 Sezaryen Doğum Sonrası Evde Bakım

Kadınlar hastaneden taburcu olduktan sonra fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlık sorunlarının oluşmasının önlenmesi için evde izlemlerinin devam etmesi oldukça önemlidir. Bu doğrultuda evde bakım hizmetlerinin amaçları şunlardır (Anwar ve ark., 2008; Aydın, 2005; Simpson ve Creehan, 2001):

- Kadının hastanede kalış süresini kısaltmak ve hastane dışında bakımın sürekliliğini arttırmak
- Hastane enfeksiyonu riskini kadını erken taburcu ederek azaltmak
- Sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürmek
- Hastalık ve sakatlıkların olumsuz etkilerini en aza indirmek
- Kadının bağımsızlığını arttırmak
- Sınırlı sayıdaki hastane ve yatak kapasitesini daha verimli kullanmak
- Kadının aile ortamına kısa sürede dönmesi ile moral desteği sağlamak
- İlerleyici ve sürekli hastalıkların komplikasyonlarını önlemek

- Günlük yaşam şartlarını en az etkileyecek şekilde doğru tedaviyi evde de sunmak
- Kadının yaşam kalitesini en iyi seviyeye çıkarmak.

Obstetrik ve Neonatal Hemşireler Birliği (Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses Association-AWHONN) ve Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association- ANA) doğum sonu ev ziyaretleri için bazı ulusal standartlar geliştirmişlerdir. Bu standartlar şunlardır (Simpson ve Creehan, 2001):

- Tekrar hastaneye yatma sonucu maliyeti yüksek olan komplikasyonların erken dönemde belirlenmesi
- Temel sağlık bakım hizmetleri veren grupta, hastane taburculuğu ile ilk izlem ziyareti arasında köprü kurabilmesi
- Sağlık bakım kaynaklarının etkili kullanımını artırması
- Kadının gereksinimleri, yenidoğanın uyumu ve ailenin gelişimsel hedeflerine yönelik olarak en uygun çevre koşullarında bakım sağlaması.

Evde bakım hizmetlerini gerçekleştirmek üzere yapılan ev ziyaretleri, doğum sonu var olan ya da potansiyel olarak gelişebilecek sorunların çözümüne yönelik olarak uzman bir hemşire tarafından yapılan bakım, destek, danışmanlık ve eğitim verme işlevlerini kapsamaktadır. Ev ziyaretleri tüm dünyada genellikle halk sağlığı hemşiresi ve hastane tarafından belirlenen doğum ve kadın sağlığı konusunda uzman hemşireler tarafından yapılmaktadır. Perinatal hemşirelik literatüründe doğum sonu evde bakım verecek hemşirelerde olması gereken kriterleri 'uzman hemşire derecesine sahip olma, üç yıllık perinatal hemşirelik tecrübesi olması, oryantasyon programını başarıyla tamamlama, altı ay-bir yıl süreyle destekle hizmet verme ve her yıl 15 saat perinatoloji hemşireliği konusunda hizmet içi eğitime katılma' olarak tanımlanmıştır (Simpson ve Creehan, 2001; Yıldız, 2008).

Hemşireler, ev ziyaretleri öncesinde anne, bebek ve aile için haftanın 7 gün 24 saat kapsamlı evde bakım hizmetlerini planlamakta, eğer kendisi bakım vermeyecekse sağlık çalışanı için yazılı bakım planı oluşturularak ev ziyaretleri sırasında yapılan hemşirelik girişimlerini denetlemekte ve

sonuçlarını değerlendirmektedir. Gerekli durumlarda kadın ile temel sağlık bakım çalışanı arasında koordinasyonu sağlamak ve evde bakım ekibi üyelerine danışmanlık ve oryantasyon eğitimi vermektedir. Ayrıca, kadın ve ailesinin evde bakıma aktif katıldıklarından emin olmak, kadının optimal sağlık ve fonksiyonel düzeyine geri dönmesine yardım etmek de evde bakım hemşiresinin sorumlulukları arasında yer almaktadır (Allender ve Spradley, 2005; Aydın, 2005; Vedam ve ark., 2010).

Sezaryen sonrasında hemşirenin kapsamlı bir bakım verebilmesi, bireysel ihtiyaçların ve olası sağlık sorunlarının belirlenmesine ve iyi derecede değerlendirmeye bağlı olmaktadır. Bu değerlendirme ise kadının en çok gereksinim duyduğu bakımın tanınmasını sağlamaktadır. Bu amaçla, hemşire ev ziyaretleri sırasında anne ve bebeğe yönelik ayrıntılı veri toplamalı ve fiziksel muayenesini yapmalıdır. Bu muayenelerde kadına düzenli değerlendirmenin amacı açıklanmalı ve doğru veri toplamak için uygun zaman seçilmelidir. Kadın muayeneler sırasında gevşek olmalı, işlemler mümkün olduğu kadar nazikçe yapılmalı ve kadına rahatsızlık vermektan kaçınılmalıdır (Gölbaşı, 2003; Mason ve ark., 2011). Ev ziyaretleri sırasında yapılan doğum sonu değerlendirmelerde, kadına ilişkin belirlenen anormal bulgulara ya da bakım gereksinimlerine yönelik olarak uygun hemşirelik tanıları oluşturulmalıdır. Hemşirelik tanıları oluşturulduktan sonra hangi hemşirelik müdahaleleri ile bu sorunların çözümlenebileceğinin planlaması yapılmalıdır. Bu değerlendirmelerde, potansiyel ya da sonradan gelişebilecek sorunlar da belirlenmeli ve bunlara yönelik önlemler hemşirelik müdahale planında yer almalıdır. Anne ve bebeğin ev ortamında değerlendirilmesinin diğer bir sonucu da, gereksinim duyulan konulara yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin planlanmasıdır. Eğitim ve danışmanlık hizmetleri ise ya saptanan yeni sorunlara yönelik olarak ya da eski bilgilerin tekrarı şeklinde olmalıdır (Gölbaşı, 2003; Wan ve ark., 2010). Yapılan çalışmalar, kadınların kendileri ile ilgili olarak genellikle dinlenme, hijyen ve meme bakımı, uterus masajı, involüsyon sürecindeki değişiklikler ve doğum sonu sağlık sorunlarına yönelik konularda eğitim almak istediklerini göstermektedir (De la Rosa ve ark., 2009; DeSanto-Madeya, 2007).

2.3.2.1 Doğum Sonu Evde Bakım Zamanı ve Sıklığı

Anne ve bebeklerin hastaneden taburcu olduktan sonra evde devam etmesi gereken bakıma ne zaman başlanacağı ve ne sıklıkta verileceğine ilişkin farklı uygulamalar bulunmaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde doğum sonu izlemin amacı, sıklığı ve zamanı konusunda bir fikir birliği olmamasına karşın DSÖ anne ve bebeğin ihtiyaçlarının karşılanması, komplikasyonların önlenmesi için doğum sonu izlem ve ziyaretlerin doğum sonu ilk 24 saat içinde, üçüncü ve altıncı günlerde, altıncı haftada ve altıncı ayda yapılmasını önermektedir (World Health Report, 2005). Gölbaşı'na (2003) göre, Kanada Jinekoloji ve Obstetri Birliği (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada-SOGC) ise doğumdan sonra 48 saatten daha kısa sürede taburcu olan kadınlara taburculuk sonrası ilk 24–48 saat içinde en az bir ev ziyareti yapılması gerektiğini bildirmiştir.

Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi (2008) kadınların doğum sonu ilk 24 saat hastanede, ikinci ve beşinci günlerde, ikinci ve dördüncü haftada, sekizinci haftada olmak üzere en az üç kez evde ya da sağlık kuruluşlarında izlenmesi gerektiğini önermiştir. Doğum ve Sezaryen Eğitimi Yönetim Rehberi (2010) ise her gebenin en az dört kez nitelikli izlenmesini, doğum sonrası hastanede üç, evde üç olmak üzere kadının evde izleminin yapılmasını, normal doğum sonrası 24 saat, sezaryen sonrası 48 saat hastanede yatırılmasını önemle vurgulamıştır. Rehberlerde bu izlemlerde neler yapılması gerektiği, danışmanlık ve bilgilendirme konuları ile sevk kriterleri ayrıntılı bir şekilde ele alınmıştır. Doğum sonrası ikinci ve beşinci günlerde ilk ziyaretin yapılması, bu günlerde görülecek emzirme sorunları, hiperbilirubinemi, yenidoğan dehidratasyonu ve doğum sonu hüznün gibi sağlık sorunlarının önlenmesi açısından oldukça önemlidir. Böylece ailelere bebeklerine bakmaya başlarken oluşabilecek sorun ve kaygılarla başa çıkmaları konusunda yardımcı olunmaktadır (Balkaya ve Kaya, 2011).

2.3.2.2 Türkiye’de Doğum Sonu Evde Bakım Hizmetleri

Doğum normal fizyolojik bir süreç olarak ele alınmasına karşın, ailenin bütün üyelerini etkileyen ve yeni stresli durumları da beraberinde getiren bir olay

olarak düşünölmektedir. Bu açıdan bakıldığında doğum sonu dönem, ailedeki tüm bireyler için bir değişim ve bu değişimlere uyum yapma dönemi olarak değerlendirilebilir (Beydağ, 2007). Günümüzde erken taburculuğun önem kazanması ile birlikte doğum sonrası hastanede kalış süresi de kısalmıştır. Dolayısıyla kadın ve ailesi için hastanede kaldıkları bu kısa süre çok yoğun ve sıkıntılı geçebilmektedir (Fink, 2011). Duman (2009) erken taburculukla birlikte doğum yapan kadın ve ailesine hastanede verilen bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin taburculuk sonrası evde de devam etmesinin gerekliliğini vurgulamıştır. Kealy ve ark. (2010) kadınların doğum sonu döneme ilişkin aldıkları eğitimin özellikle insizyon yeri enfeksiyonu, kanama ve idrar kaçırma gibi sorunları azaltabileceğini belirtmişlerdir.

Ölkemizde Sağlık Hizmetlerinin Yürütölmesi Hakkındaki Yönerge (2001)'ye göre, özellikle ana-çocuk sağlığı hizmetlerinde ev ziyaretlerinin önemi vurgulanmıştır. Buna göre, sezaryen olan kadınların taburculuk sonrası ikinci gün, 15. gün ve 41. gün olmak üzere en az üç ev ziyareti yapılması istenmektedir. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun hükümleri uyarınca ölkemizde yaygın bir uygulama haline gelen aile sağlığı merkezleri de bu yönerge hükümlerini yerine getirmekle birlikte sağlık ocakları ile aynı işlevi görmektedir. Aile hekimliği uygulamasına geçen illerde doğum sonu izlemler aile sağlığı merkezlerinde çalışan ebe ve hemşireler tarafından yapılmaktadır. Ebe ve hemşirelerden her bir ziyarette anne ve yenidoğanın gerekli muayenesini yaparak uygun müdahalelerde bulunması, anneye kendisinin ve bebeğinin bakımı konusunda eğitim ve danışmanlık vermesi ön görölmektedir (TC. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010). TNSA 2008'e göre Türkiye'de kadınların doğum sonu ilk dört saatte bakım alma oranı %63.4 iken, bu oranın ilk 24 saatte %12.2'ye düştüğü, doğum sonu ikinci gün kadınların sadece %4.6'sının, doğum sonu üçüncü gün ve 41. günler arası ise %2.5'inin doğum sonrası bakım hizmeti aldıkları belirlenmiştir. Bu çalışmaların bulgularına göre, Türkiye'de doğum sonu dönemde kadınların evlerinde yeterince izlenmedikleri ve doğum sonu dönemde izlemlerin yetersiz yapıldığı sonucuna varılmaktadır.

2.3.2.3 Sezaryen Sonrası Evde Hemşirelik Bakımı

Sezaryen sonrası kadının fizyolojik, psikolojik ve sosyal sağlık sorunlarının önlenmesi, sağlık sorunları oluşmuş ise erken tanı ve tedavisinin sağlanması için yakından izlenmesi, yaşadığı sağlık sorunlarının değerlendirilmesi, bakımlarının sağlanması, bilgilendirilmesi ve desteklenmesi gerekmektedir. Bu nedenle de hemşirenin doğum sonu döneme ait normal ve normal olmayan durumları değerlendirebilmesi önem taşımaktadır (Allender ve Spradley, 2005; Lichtenstein ve ark., 2004; Pilitteri, 2003).

Sezaryen Sonrası Kadının Fiziksel Değerlendirmesi ve Hemşirelik Bakımı Yaşam Bulgularının Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Bakımı

Sezaryen sonrası kadının yaşam bulgularının doğum sonu ikinci günden sonra evde günde dört defa izlenmesi gerekmektedir. Kadında ilk iki günde nabız sayısı 60-70 vuruş/dk arasında olmaktadır. Eğer bir sorun gelişmemiş ise, nabız birinci haftadan sonra doğumdan önceki değerine geri dönmektedir. Yükselen nabız aşırı kan kaybının, enfeksiyonun, ağrının, anksiyetenin veya kardiyak bozukluğun belirtisi olmaktadır (Dresang ve Leeman, 2012; Taşkın, 2009). Doğumdan sonra üçüncü ve dördüncü günlerde laktasyonun başlaması ile vücut sıcaklığında hafif bir yükselme olmaktadır. Ayrıca memelerde engorjmana bağlı olarak da yüksek ateş gelişebilmektedir. Ancak bu durumda, etkili bir emzirme ile memeler boşaltıldığında ateş 24 saatten uzun sürmemektedir. Bu nedenle, 38°C ve üzerinde inatçı yüksek ateşi olan kadınların diğer enfeksiyon bulguları açısından değerlendirilmesi gerekmektedir (Goodwin ve ark., 2010).

Abdomen ile Fundusun Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Bakımı

Abdomen ve fundusun değerlendirilmesi; fundusun yüksekliği, pozisyonu, kıvamı ve insizyon bölgesinin muayenesini kapsamaktadır. Ev ziyaretleri sırasında yapılan bu değerlendirmeler, uterus involusyonu ve insizyon bölgesinin iyileşme durumunu takip etmek açısından oldukça önem taşımaktadır. Abdomen muayenesinden önce mesanenin ve mümkünse rektumun boşaltılması sağlanmalıdır. Çünkü dolu bir mesane/rektum, uterus

kontraksiyonlarını engelleyerek atoniye ve doğum sonu kanamalara neden olabileceği gibi dolu bir mesane, abdomenden fundus kontrolünü de zorlaştırabilmektedir (Dresang ve Leeman, 2012). Fundusun yüksekliği, pozisyonu ve kıvamı evde günlük gözlem yapılarak takip edilmelidir. Fundus doğumdan hemen sonra umblikus ile simfisis pubis arasında, doğumdan 6-12 saat sonra umblikus seviyesinde, doğumdan bir gün sonra umblikusun bir parmak altında yer almaktadır. Doğumdan sonra ikinci gün ve daha sonra her gün bir parmak aşağıya inmekte ve doğumdan sonraki 10. gün ise uterus artık karın duvarından hissedilmemektedir. Uterusun palpasyonla kontrolünde fundus, orta hatta ve sert portakal büyüklüğünde ele gelmelidir. Fundus yüksekliğinin beklenen seviyenin üzerinde olması uterus atonisini, fundusun orta hatta olmaması ise mesanenin dolu olduğunu göstermektedir (Carpenito-Moyet, 2008; Cunningham ve ark., 2005; Green, 2011). Böyle bir durumda kadından kanama hikâyesi alınmalı (kanamanın miktarı, şiddeti, pıhtı içerip içerip içermediği), mesane dolu ise boşaltılmalı, kadına sırtüstü yatış pozisyonu verilmeli, emzirmesi sağlanmalı ve fundusa hafif dairesel hareketler ile masaj yapılarak uterusun sertleşmesine yardım edilmelidir (Dresang ve Leeman,2012; Taşkın, 2009).

Birçok sezaryen insizyonunda kaslar kesilmese de, kesilen dokulardan kaynaklanan bir ağrı ve hassasiyet mevcuttur. Sezaryen sonrası kadının yaşadığı ağrı dik duruşunu engellemekte ve insizyon yerini koruma amaçlı olarak genellikle öne doğru eğilme pozisyonunu tercih etmesine neden olmaktadır (Murray ve McKinney, 2010). Karın kasları doğumdan sonra gerilmiş durumda olduğu için her iki rektus abdominis kasları arasında diastasis olarak isimlendirilen ayrılma olabilmektedir. Bu ayrılma nedeniyle abdominal destek zayıflamakta ve mekanik kontrol azalmaktadır. Ligamentlerdeki artmış elastiki yapıya ek olarak bu durum, kadının sırt ve bel bölgesinin yaralanmalara daha açık hale gelmesine neden olmaktadır (Fenwick ve ark., 2009; Green, 2011).

Sezaryen sonrası ilk birkaç gün insizyon yerinin desteklenmesi, kadının kendisini daha güvende hissetmesini sağlamaktadır. Kadının yaptığı hafif düzeydeki aktivite dolaşımı artırarak iyileşmeyi hızlandırmaktadır. Eğer kadın

sezaryen sonrası aktivitelerini sınırlarsa dolaşım engellenmekte ve insizyon yerinin sertleşmesiyle birlikte ağrı artarak hareketler güçleşmektedir. Bu nedenle kadın sezaryen sonrası izometrik egzersizleri düzenli olarak yapması için desteklenmelidir (Cheng-yu ve ark., 2006; Dresang ve Leeman, 2012). İnsizyon yeri iyileşmesini sağlamada sezaryen sırasında ve sonrasında asepsi ilkelerine kesin bir şekilde uyulması da önemli bir faktör olarak değerlendirilmelidir. Yara iyileşmesini sağlamaya yönelik bakım, yaranın sürekli izlenmesini ve uygun yara bakımını kapsamaktadır (Allender ve Spradley, 2005; Decherney ve Nathan, 2003). Karın duvarının doğumdan sonraki sarkık görünümü ve deri pigmentasyonu incelenmelidir. Kadın insizyon bölgesinde drenaj, koku, kızarıklık, hassasiyet ve ağrı gibi bulgular ile insizyon yerinde açılma ve iyileşme belirtileri açısından değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme sırasında insizyon yerinde ağrı, şişlik, morluk, tümoral görünüm gibi bulguların tespit edilmesi ise hematoma düşündürmelidir (Cunningham ve ark, 2005).

Loşianın Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Bakımı

Loşia doğumdan sonra kadında devam eden ve kan, küçük desidua parçaları, mukus, verniks kaseoza, lanuga gibi maddeleri içeren bir vajinal akıntıdır. Doğumdan sonra her geçen gün loşianın rengi değiştiği için loşia farklı isimler almaktadır (Hurt ve ark., 2010, Taşkın, 2009):

Loşia rubra, Doğumdan sonra 1-3 gün süren, koyu kırmızı renkte olan ve daha çok kan içeren loşia tipidir.

Loşia seroza, Doğumdan sonra 4-10 gün devam eden, pembe bir renk ve seroz bir hal alan ve ilk günlere göre daha az kan içeren loşia tipidir.

Loşia alba, Doğumdan sonra 11. günden, 6 haftaya kadar süren, açık sarımsı ve beyaza yakın bir renkte olan ve miktarı azalan loşia tipidir.

Başlangıçta loşianın miktarı fazla olmakla birlikte zaman geçtikçe azalmakta ve multiparlarda primiparlardan daha fazla olmaktadır. İlk sekiz saatten sonra loşia miktarı normal menstrual akıntı miktarı kadar olup bütün doğum sonu süreç boyunca 150-400 cc arasında değişmektedir (Carey ve Rayburn, 2006). Loşianın miktarı ve rengi, uterusun involüsyonu ve yenilenme

sürecinin bir göstergesi olduğundan, doğum sonu dönemde evde bakımı yapılan kadında loşianın normal olup olmadığının değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Loşiyayı değerlendirme kriterleri şunlardır (Decherney ve Nathan, 2003; Taşkın, 2009): Loşianın;

- Miktar olarak çok fazla ve renginin parlak kırmızı olmaması
- Pis kokulu olmaması
- Büyük doku parçaları içermemesi
- İlk üç hafta boyunca sürmesi veya bu süreden önce kesilmemesi
- Karakterik özelliğinin rubradan serozaya veya albaya dönüştüğünde artık yeniden rubraya dönmemesi
- Ev ziyaretleri sırasında kadının düzenli olarak perine inspeksiyonu ve pet takibi ile loşia takibi yapılması gerekmektedir.

Vulvanın Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Bakımı

Sezaryen sonrası ürogenital enfeksiyonların önlenmesinde perine bakımı önem taşımaktadır. Bu konuda kadına eğitim vermek hemşirenin sorumluluğundadır. Doğum sonu dönemde kadına kendi kendine perine bakımını nasıl yapacağı ve nelere dikkat edeceği öğretilmelidir. Kadına her miksiyon ve defekasyondan sonra mutlaka perinenin temizlenmesi, işlem öncesi ve sonrasında ellerin yıkanması, petin sık değiştirilmesi gerektiği anlatılmalıdır (Lund ve Mcmanaman, 2010; Taşkın, 2009).

Ağrının Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Bakımı

Sezaryen sonrası kadınlar uterus kontraksiyonlarına, insizyon yerine, meme sorunlarına, hemoroide ve cinsel ilişkiye bağlı oluşabilecek ağrıları sık yaşamaktadır (Murray ve McKinney, 2010). Doğum sonu dönemde kadında büyüyen uterusun ve su retansiyonunun brakial fleksus ve median sinirlere yaptığı bası sonucu ellerde, parmaklarda görülen uyuşma, karıncalanma ve bacaklardaki kramplar ortadan kalkmaktadır. Ancak özellikle sıvı elektrolit dengesinden kaynaklanan baş ağrıları doğum sonu dönemde sık yaşanmaktadır (Murray ve McKinney, 2010). Fransa’da yapılan bir çalışmada sezaryenden

sonra en yaygın sağlık sorunları arasında baş ağrısı %64.7 olarak saptanmıştır (Saurel-Cubizolles ve ark., 2000).

Türkiye’de sezaryen oranının yüksek olması, erken taburculuğun yaygın olması ve kadınlara evde yeterli takip, danışmanlık ve bakım yapılamaması insizyon yerinde ağrının oluşmasına neden olmaktadır (TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2009). Yapılan bir çalışmada doğum sonu sekizinci haftada insizyon ağrısı %83 olarak belirtilmiştir (Cheng-yu ve ark., 2006). Doğum sonrası ebe ve hemşirelerin, insizyon yerinde ağrı değerlendirmesi yapmaları kadınların günlük aktivitelerine daha çabuk adapte olmak ve yaşam kalitelerini arttırmak bakımından önem taşımaktadır. Bu nedenle sezaryen sonrası kadının yaşadığı ağrı mutlaka değerlendirilmeli ve uygun hemşirelik bakımı sunulurak kadın rahatlatılmaya çalışılmalıdır (Cunnigham ve ark., 2005; Dresang ve Leeman, 2012; Gordon, 2010; TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2009). Hemşire;

- Ağrı ile baş etmede öncelikle bilgi, beceri, hoşgörü ile dikkatli gözlem yapmalıdır.
- Uygulamalarına kadını da katarak ve onu bilgilendirerek kadının kendi kendine ağrıyla baş etme yeteneğini geliştirmelidir.
- Ağrı bildirimini ve tedavinin etkinliğini değerlendirirken, kadına verdiği bilgilerin ve kendi rolünün önemli olduğunu açıklamalıdır.
- Kadının ağrısını, verilen analjezikleri ve vital bulguları formlarla, düzenli olarak izlemeli ve sonuçları kaydetmelidir.
- Ağrı bir anksiyete kaynağı olduğu için kadının anksiyetesini azaltıcı sakin ve sessiz güvenli bir ortam hazırlamalıdır. Işık, gürültü gibi fiziksel etkenler önlenmelidir.
- Kadının kaliteli uyku uyuyabilmesi için onunla birlikte uykusuzluk nedenleri azaltılmaya çalışılarak yeterince dinlenmesini sağlamalıdır (ilaç saatlerinin düzenlenmesi vb).
- İlaçları doğru doz ve zamanda, doğru yöntemle vermenin yanında, ilaçların yan etkilerini ve kadının ağrı düzeyini sık sık gözlemleyerek tedavinin etkinliğini değerlendirmelidir.

- Ağrıyla baş etmede analjezik uygulama dışında; dikkati başka yöne çekme, gevşeme yöntemi, sıcak-soğuk uygulama, mentollü krem, plasebo ve akapunktur gibi nonfarmakolojik girişimler de uygulanmalıdır. Nonfarmakolojik girişimlerin ağrı fizyolojisinde etkisi, kadınların sakinlik düzeylerini artırarak ve dolaşımı hızlandırarak, parasempatik sistemin aktive olmasını sağlamaktır. Aynı zamanda nonfarmakolojik yöntemlerin uygulanması ile hafif ağrılarda bile kullanılan opioid analjeziklerin kullanımı da azaltılmış olacaktır.
- Kadının rahat bir pozisyon alması ve düzenli hareket etmesini sağlamalıdır.
- Kadının ağrı nedeni yetersiz beslenme ise beslenmesini düzenlemelidir.
- Enfeksiyonun önlenmesi için aseptik tekniklere dikkat etmeli ve bu konuda kadına da bilgi vermelidir.
- Kadına derin solunum ve öksürük egzersizleri ile erken ambulasyonun önemini anlatarak ağrı nedeniyle gelişebilecek akciğer komplikasyonlarını önlemelidir.

Eliminasyonun Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Bakımı

Gebelikte böbreklerde oluşan genişleme, renal kapasitede artma, renal pelvis ve üretra dilatasyonu gibi üriner sistemdeki değişiklikler doğum sonu 12. haftada yavaş yavaş gebelik öncesi eski haline dönmektedir. Ancak kadınların yaklaşık %10'unda böbreklerdeki genişleme bazen kalıcı olabilmektedir (Smith, 2008). Sezaryen öncesi yapılan mesane kateterizasyonu ve ağrı ya da ağrı duyma kaygısı ile kadının doğum sonu dönemde idrar yapmayı ertelemesi gibi faktörler, mesane distansiyonuna ya da mesanenin tamamen boşalamamasına neden olmaktadır. Mesane tonüsü ve mesanenin yeterli boşalması için gerekli iyileşme 5-7 gün içinde gerçekleşmektedir. Aşırı mesane distansiyonu uzun sürerse mesane duvarı hasara uğramakta, üriner retansiyon ve mesane enfeksiyonlarının gelişmesine zemin hazırlamaktadır (Hurt ve ark., 2010; Lund ve Mcmanaman, 2010). Van Brummen ve ark. (2007) stres inkontinansı prevalansının sezaryen doğum yapan grupta doğum sonu üçüncü ayda %7.5 ve 12. ayda %21.7 olduğunu belirlemişlerdir. Aynı çalışmada stres

inkontinansını belirlemeye yönelik olarak kadınların öksürürken ve hapşırırken idrar kaçırmının da değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Sezaryen sonrası kadın iki saatte bir mesanesini boşaltması için teşvik edilmeli ve belli aralıklarla mesanenin dolu olup olmadığı kontrol edilmelidir. Dolu bir mesane uterus kontraksiyonlarını engelleyerek doğum sonu kanamayı artırmaktadır. Ayrıca distansiyon mesane tonüsünü azaltmakta ve daha sonra sistite yol açabilecek idrar retansiyonuna neden olmaktadır (Allender ve Spradley, 2005). Sezaryen sonrası kadında idrar miktarı günlere göre farklılık gösterdiği için ev ziyaretleri sırasında eliminasyon değerlendirilirken kadının mutlaka aldığı çıkardığı takibi de yapılmalıdır. Doğum sonu dönemde glomerüler filtrasyon hızının artmasına bağlı olarak, özellikle ikinci ve beşinci günlerde diürezis meydana gelmektedir. Bu nedenle ilk bir hafta boyunca günlük üç litreye yakın idrar çıkışı olmaktadır. Doğum sonu ilk günlerde geçici ve az miktarda hematüri de gelişebilir. Ancak inatçı hematüri, ciddi mesane yaralanması nedeniyle de gelişebileceğinden idrar miktarı kaydedilirken, idrarın kanlı olup olmadığı da belirlenmelidir. Ev ziyaretleri sırasında dizüri, strangüri, pollaküri, hematüri, noktüri, oligüri gibi üriner sistem enfeksiyonuna ilişkin bulguların da değerlendirilmesi gerekmektedir (Cunningham ve ark., 2005; Dresang ve Leeman, 2012; Gordon, 2010).

Sezaryendan sonra mide, ince barsaklar ve kolon gebelik öncesi fonksiyonlarını yapmaya devam etmektedir. Ancak bu dönemde hemoroid, kontipasyon, distansiyon, anal inkontinans ve bulantı gibi bazı sağlık sorunları oluşabilmektedir (Lund ve Mcmanaman 2010; Smith, 2008). Genellikle barsak fonksiyonlarının doğumdan 3-4 gün sonra normale dönmesi beklenmektedir. Doğumdan sonra progesteron düzeyinin düşmesine karşın doğum öncesi yapılan lavman, doğum sonrası 1-2 gün az besin alımı, aktivitenin az olması gibi nedenlerin yanında insizyon bölgesinin ağırlı olması da defekasyonu geciktirebilmekte ve bu da konstipasyon gelişmesine neden olmaktadır (Dresang ve Leeman, 2012; Lund ve Mcmanaman, 2010; Taşkın, 2009).

Konstipasyona paralel olarak gelişebilen bir diğer durum da hemoroidtir. Hemoroid, anal mukoza altındaki kapiller yapının variköz dilatasyonu olup gebelikte prevalansı %24.8 olarak belirtilmiştir. Hemoroid

oluşumunda kadında kabızlık, obezite ve varis varlığı ile bebek kilosu, travay süresi ve parite etkili olmaktadır. Sezaryen sonrasında kadınlarda özellikle abdominal distansiyon da sık görülmektedir. Sezaryen operasyonu sırasında barsakların yer değiştirmesinin yanında konstipasyon ve hemoroid varlığı da distansiyona neden olmaktadır (Smith, 2008). Sezaryen sonrasında abdominal distansiyona bağlı olarak ağrı da oluşabilmektedir. Sezaryenden önce lavman yapılması ve anestezinin etkisi ile kadında doğumdan sonra 1-2 gün içinde barsak hareketi az olmaktadır. Kadınlara distansiyona bağlı ağrının ve konstipasyonun önlenmesi için erken mobilizasyonun, sıvı alımının artırılmasının ve diyetle posalı yiyeceklere yer vermesinin önemi konusunda eğitim verilmelidir. Bütün bunlara karşın kadında konstipasyon oluşmuşsa laksatif kullanılması gerekebilmektedir (Carey ve Rayburn 2006; Eckman, 2012).

Alt Ekstremitelerin Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Bakımı

Sezaryen sonrası akut dönemde oluşabilecek dolaşım sal komplikasyonları önlemek ve ödemi azaltmak amacıyla kadınların alt ekstremitte egzersizlerini yapması önem kazanmaktadır. Ayak ile ayak bileği egzersizleri özellikle anestezi sonrasında ve yatağa bağımlı durumlarda oluşabilecek trombosisi önlemektedir. Kalça ve dizin fleksiyon-ekstansiyonu, anestetiklerin etkisinden kurtulmayı kolaylaştırmakta ve kadını yataktan ayağa ilk kalkış sırasında gerekli olan efora hazırlamaktadır (Boyle ve Reddy, 2012; Dresang ve Leeman 2012).

Kadın her ev ziyareti sırasında alt ekstremitelerin trombofilebit belirtileri (ven boyunca kızarıklık, ağrı, hassasiyet, ısı artışı) açısından değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmede ilk olarak kadının bacakları uzatılmalı, tromboemboliyi önlemek için dizler hafif bükülmeli, bacaklar hafif gevşek olmalı ve sonra ayaktan tutularak keskin bir dorsifleksiyon yaptırılmalıdır. Bu hareketle birlikte ağrı ve hassasiyet var ise Human's belirtisi pozitif olarak değerlendirilmelidir. Bu bulgunun ardından da her iki bacak ödem, kızarıklık, ısı artışı vb. açısından dikkatlice gözlenmelidir. Ev ziyaretleri sırasında özellikle kadın doğum sonu birinci haftadan sonra solunum

hızı, derinliği ve niteliği pulmoner komplikasyonlara ilişkin bulgular açısından dikkatlice değerlendirilmelidir (Dresang ve Leeman 2012; Eckman, 2012; Gordon, 2010).

Hareket ile Egzersizin Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Bakımı

Sezaryenden sonra erken mobilizasyon; kadının kendisini iyi hissetmesi, uterus involüsyonu ve uterin drenajın sağlanması, doğum sonu tromboflebitin ve konstipasyonun önlenmesi açısından oldukça önem taşımaktadır (Allender, 2005; Taşkın, 2009). Ayrıca doğum sonu egzersizler de günümüzde kadının genel bakımında önemli bir yere sahiptir ve gebelik süresince yapılan egzersizlerin perinatal yararları kesin kanıtlanmıştır. Doğum sonu egzersiz, yalnız destek ve hareket sisteminde olmayıp, kadın organizmasının her bölümünde, fonksiyonlarında ve hatta psikolojik yaşantısında da uyum değişiklikleri yapmaktadır (Carey ve Rayburn, 2006; Taşkın, 2009). Özellikle sistemli olarak uygulanan gebelik ve doğum sonu egzersizlerin fonksiyonel tedavide önemli rolü vardır. Egzersizler vajen ve perine kaslarının eski tonüsünü kazandırmak, dolaşımı hızlandırmak, stres inkontinansını önlemek, abdominal kasların gerginleşmesini sağlayarak karın sarkmalarını ve bel ağrılarını önlemek amacıyla yapılmaktadır. Doğum sonu dönemde yapılan bilinçli egzersizler gebelik süresince oluşan değişikliklerin normale dönmesinde de etkili olmaktadır (Dresang ve Leeman 2012; Gordon, 2010; Staff ve MidHons, 2010). Sezaryen sonrası kadının;

- Öz bakım gereksinimlerini karşılamak için şimdiki fiziksel yetenekleri
- Aktivite intoleransı ile birlikte olan durumları ya da risk faktörleri
- Mobilizasyon durumu
- Sezaryen sonrası egzersize başlama değerlendirilmelidir.

Uyku ile Dinlenmenin Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Bakımı

Sezaryen sonrası uyku bozukluklarının çok sık yaşanabilen sağlık sorunlarından biri olarak değerlendirilmektedir (Dennis ve Ross, 2005). Doğum sonu sağlık sorunlarını belirlemeye ilişkin yapılan bir çalışmada, en yaygın sağlık sorunları arasında yorgunluk (%86.6) ve uyku bozukluklarının

(%80.4) olduğu saptanmıştır (Hunter ve ark., 2009). Doğum sonu dönemde uyku bozukluklarının oluşmasında laktasyon, parite ve doğum şekli vb. bazı faktörlerin etkili olduğu belirlenmiştir. Bu faktörlerden parite ve doğum şeklinin uyku bozuklukları ile arasındaki ilişkiye bakıldığında primiparların ve sezaryen doğum yapanların multiparlara göre uyku düzenlerini daha geç sağlayabildikleri belirlenmiştir (Signal ve ark., 2007).

Laktasyon ve uyku arasındaki ilişkiye bakıldığında ise, laktasyon dönemindeki östrojen ve progesteron düzeylerindeki değişme ile prolaktin artışının psikolojik değişimlere, dolayısıyla uykusuzluğa yol açtığı belirlenmiştir (Taylor ve Johnson, 2010). Özellikle emzirme saati kadınların uyku düzenlerini önemli derecede etkilemektedir. Doğum sonrası 12. haftada bebeklerini emziren ve biberonla besleyen kadınların uyku düzenleri araştırılmış ve biberon ile besleyen kadınların prolaktin ve büyüme hormonlarının diğer gruba göre daha az salgılandığı, ancak daha iyi uyudukları belirlenmiştir (Hunter ve ark., 2009). Başka bir çalışmada ise, kadınların doğumdan sonraki ilk sekiz haftada günlük altı saatten daha az uyuyabildikleri ve bunun yenidoğanın uykusuzluğu, yorgunluk ve doğum sonu depresyon ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Dennis ve Ross, 2005). Ancak bu dönemde görülen uyku bozuklukları ile ilgili çalışmalar sınırlı olup, sağlık personelinin desteğinin önemli olduğu belirtilmektedir. Kadınların doğum sonu dönem uyku alışkanlıklarını araştırmak; polisomnografi gibi objektif uyku ölçme araçlarının kullanımının azlığı, uyku günlükleri gibi subjektif ölçeklerin bilinmemesi ve uyku sorunlarının önemsenmemesinden dolayı zor olmaktadır (Carpenito-Moyet, 2008; Gordon, 2010; Taylor ve Johnson, 2010).

Doğum sonu dönemde anneler yeni rollerini öğrenmek, bebekle iletişim kurmak, bebeğe bakım vermek ve bebekle ilgili sorunlarla baş etmek zorundadırlar. Bu beklentiler doğum sonu dönemde anneyi psikolojik olarak etkileyerek yorgunluğa yatkın hale getirmektedir (Dennis ve Ross, 2005). Yorgunluk, 1988 yılında North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) tarafından bir hemşirelik tanısı olarak kabul edilmiştir. NANDA yorgunluğu 'dinlenmekle geçmeyen, fiziksel ve mental iş kapasitesini azaltan, sürekli bitkinlik duygusu yaşama' olarak tanımlamıştır (Moorhead ve ark.,

2004). Doğum sonu yorgunluk ise; kadının hem fiziksel hem de mental işlevlerinde kapasite azalmasına, doğum sonu dönemden normal sürece girmelerinde ve bebek bakımında bitkinlik ile gücün yetmemesine yol açan bir semptomdur. Bu semptom özellikle emzirme, fonksiyonel statü, mental sağlık, fiziksel sağlık, aile ilişkileri ve annelik rollerini etkilemektedir (Taylor ve Johnson, 2010). Yurtdışında yapılan bir çalışmada kadınların büyük çoğunluğunun doğum sonu altıncı ve sekizinci haftalarda yorgunluk düzeylerini ‘ölecek kadar’ şeklinde ifade ettikleri ve yorgunluğun günlük yaşam aktiviteleri ile yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği saptanmıştır (Runquist, 2007). Doğum sonu dönemde yorgunluğun oluşmasında fizyolojik, kişisel ve çevresel faktörler rol almaktadır. Fizyolojik faktörler; doğum eyleminin uzunluğu, doğum şekli, kaybedilen kan miktarı, kilo kaybı, ağrı, involüsyon süreci ve hormonal değişimlerdir. Kişisel faktörler; çalışma durumu, parite ve yaş iken, çevresel faktörler ise; yaşam stili, sosyo-ekonomik durum, hastanede kalma süresi, yardım eksikliği, bebek bakımına ilişkin sorunlar, gerçekçi olmayan beklentiler ve ailevi sorunlar olarak sıralanabilir (Taylor ve Johnson, 2010).

Doğum sonu dönemde kadında uyku ve dinlenmenin değerlendirilmesi; uykunun yeterliliğini kapsamlı olarak belirlemek için uyku düzeni, alışkanlıklar ve davranışlar üzerine odaklanmaktadır. Hemşire uyku ve dinlenmenin ayrıntılı değerlendirmesinde; uyku ve dinlenmenin nicelik ve kalitesi hakkındaki bireysel algıları, uyku ve dinlemeyi etkileyebilen farklı faktörleri, uyku düzeni rahatsızlıklarının belirti, bulgu ve nedenlerini, uyku düzeni rahatsızlıklarının fizyolojik, kognitif ve psikolojik fonksiyonlarına etkilerini değerlendirmelidir (Carpenito-Moyet, 2008; Dresang ve Leeman 2012; Gordon, 2010; Lund ve Mcmanaman 2010).

Beslenme ile Kilo Kaybının Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Bakımı

Doğum sonun dönemde kadının beslenmesinin değerlendirilmesi; metabolik ihtiyaçlara uygun diyetin kalitesi, alınan besinlerin uygun şekilde kullanıldığı vücut tarafından gösterilme derecesi, sıvı ve besin tüketimini etkileyen faktörler, besinsel risk faktörleri, besinsel sürecin durumu, besinsel

bozulmalar ya da sorunlar ve BKİ değeri'ni kapsamaktadır (Carpenito-Moyet, 2008; Gordon, 2010; Smith, 2008). Ev ziyaretleri sırasında kadının beslenme alışkanlıklarının değerlendirilerek bir beslenme planının oluşturulması ve kadının bu plana uyup uymadığının denetlenmesi anne ve bebek sağlığı açısından oldukça önem taşımaktadır (Murray ve McKinney, 2010).

Laktasyonda yeterli miktarda süt salgılanması için kadının kalorisi yüksek bir diyetle beslenmesi ve bol sıvı alması gerekmektedir. Emziren kadınların günlük kalori ihtiyacı 2500-2700 kaloridir. Protein kadınlar için yeterli miktarda alınması gereken önemli bir besin maddesi olmakla birlikte ilk altı ayda günlük ortalama 65 gr. protein alınması önerilmektedir. Kalsiyum ise süt üretimi için gerekli olmakla birlikte alınması gereken miktarın gebelik dönemindeki miktar (1200 mg/gün) ile aynı olduğu belirtilmektedir. Süt yapımını sağlamak ve kabızlığı önlemek için emziren kadınların günde 2500-3000 ml sıvı alması gerekmektedir. Laktasyonda sütün fazla yapılması için kadın unlu ve şekerli besinleri aşırı tüketmemelidir (Dresang ve Leeman, 2012; Smith, 2008).

Memeler ile Emzirmenin Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Bakımı

Sezaryen sonrası meme sorunları çok sık görüldüğü için meme bakımına önem verilmelidir. Doğum sonrası emzirme ve meme sorunlarının oluşmasını önlemek için yapılacak en önemli aktivitelerden birisi kadına doğum öncesi dönemde meme bakımı ve temizliğinin öğretilmesidir. Aşağıda meme bakımında yapılacak aktiviteler dört başlık altında ele alınmıştır (Eryılmaz, 2008; TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2009):

- a) **Meme masajı:** Özellikle meme başının çökük olduğu durumlarda meme bakımına gebeliğin beşinci ayından itibaren başlanmalıdır. Çökük meme başına elle masaj yapılarak, meme başı aşağıya, yukarıya ve sağa sola doğru çekilip uzatılmalı ve her gün birkaç defa tekrarlanmalıdır. Bu işlem meme başının dışarı çıkmasına yardımcı olduğu gibi kolostrum salınımını da sağlayacaktır.

b) Meme ile ilgili sorunlar olduğunda:

- Emzirme tekniğinin doğru olması sağlanmalı
- Emzirme kesilmemeli, memede biriken süt pompa ile boşaltılmalı
- Emzirmeye daha az acıyan memeden başlanmalı
- Emzirme sonrası memeler kuru tutulmalı.

c) Memede iltihap olduğu durumlarda:

- Kadının ateşi kontrol edilmeli
- Memelerin hassasiyeti değerlendirilmeli
- Uygun antibiyotik başlanmalı
- Kadının emzirmeye devam etmesi ve daha çok dinlenmesi sağlanmalı
- Meme iltihaplarını önlemede el temizliğine çok dikkat edilmeli
- Enfeksiyon olmadan memenin bazı bölgelerinde dolgunluk ve hassasiyet olduğu durumlarda memeye masaj yapılmalı ve kadının dinlenmesi sağlanmalı.

d) Yeterli süt olmadığı durumlarda:

- Bebek sık sık emzirilmeli
- Kadının beslenmesine dikkat edilmeli ve bol sıvı tüketmesi sağlanmalı
- Kadının uyku ve dinlenmesi sağlanmalı, destek olunmalı
- Memeleri destekleyecek sütyenler kullanılmalı.

Emzirmenin anne ve bebek sağlığı açısından önemi çok büyüktür. Emzirme doğum sonu kanamaları önlemekte, over, meme kanseri ve osteoporoz riskini azaltmakta ve anne-bebek ilişkisinin oluşmasını sağlamaktadır. Anne sütü bebekle anne arasındaki duygusal bağı artırmakta, bebeğin beyin gelişimi için gerekli olan esansiyel yağ asitleri ve A vitaminini içermekte, bebeğin immün sistemini güçlendirmektedir. Ayrıca anne sütünün fizyolojik sarılığı daha çabuk iyileştirdiği ve demir eksikliği anemisini önlediği belirtilmektedir (Decherney ve Nathan, 2003). Doğum şekline göre kadınlarda emzirme süreci etkilenmektedir. Yapılan bir çalışmada emzirme sıklığının vajinal doğumda sezaryena oranla daha yüksek olduğu ve sezaryen doğumun

emzirme üzerine olumsuz etkileri olduğu belirlenmiştir. Ayrıca aynı çalışmada sezaryen sonrası taburcu olan kadınların doğum sonu ilk hafta, üçüncü ay ve altıncı aydaki ev ziyaretlerinde emzirme durumları değerlendirildiğinde bebeği emzirme oranının giderek azaldığı saptanmıştır. Bu nedenle ancak sezaryen sonrasında annenin eğitimi ve desteklenmesiyle başarılı bir emzirme sağlanabilmektedir (Zanardo ve ark., 2010).

Annelerin bebeklerini yeterli ve etkili emzirmesi için anne sütünün önemini kavramanın yanında etkin emzirmeyi, emzirme tekniklerini, emzirme sıklığını, süresini ve emzirme sırasını bilmeleri ve erken doğum sonu dönemde desteklenmeleri önemlidir. Eğitimde önemli fonksiyonu olan hemşire tarafından kadına verilen eğitimin; emzirmenin sürdürülmesinde, meme sorunlarının önlenmesinde, emzirme başarısında büyük rolü olduğu belirtilmektedir (Vedam ve ark., 2010; Wang, 2004).

Cinsellik ile Kontrasepsiyonun Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Bakımı

Sezaryen sonrasında kadının cinsel ilişkiye başlaması, doğumdan sekiz hafta sonra olmaktadır. Her ev ziyareti sırasında kadının cinselliğe ilişkin tutum ve davranışları, kontraseptif durumu (menstruasyonun başlaması, ek korunma yöntemleri) değerlendirilmelidir (Eckman, 2012). American Obstetri ve Jinekoloji Birliği (ACOG); doğum sonu dönemde özellikle emziren kadınların kombine hormonal kontraseptifleri, tromboemboli riski yüzünden doğumdan sekiz hafta sonra kullanmaya başlamalarını önermektedir (TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2009).

Sezaryen sonrasında verilen aile planlaması danışmanlığı oldukça önem taşımaktadır. Bu danışmanlıkta, her kontraseptif yöntemin emzirme döneminde kullanılamaması nedeniyle kadının emzirme durumu göz önünde bulundurulmalıdır. Emzirme durumuna göre kontraseptif kullanımı kadının bebeğini; etkili (tam) emzirmesi, kısmi emzirmesi ve emzirmemesi durumu olarak üç başlık altında ele alınmıştır (Lund ve Mcmanaman, 2010; Pilitteri, 2003):

Etkili (Tam) Emzirme Durumunda: Sezaryen sonrası bebeğini anne sütü ile besleyen kadınlarda belirtilen koşullar sağlandığıında (etkili emzirme; bebeği gündüz en fazla 3 saatte bir ve en az 4 dakika, gece en fazla 6 saatte bir ve en az 4 dakika emzirmesi, menstruasyon olmaması ve bebeğin altı aydan kk olması)

Kısmi Emzirme Durumunda: Kadının bebeğini sık sık emzirmediği, gece 6 saatten daha uzun süreden sonra emzirdiği veya emzirmediği, ek gıdaya başlandığı durumlarda doğumdan sonraki altıncı haftadan itibaren kontraseptif yöntem kullanılmalıdır.

Emzirmeme Durumunda: Doğumdan sonra mümkün olduğunca en erken dönemde kontraseptif yöntem kullanılmalıdır.

Sezaryen sonrasında emziren kadınlara için kullanılacak aile planlaması yöntemleri; kadında cerrahi sterilizasyon (tpligasyon), erkekte cerrahi sterilizasyon (vazektomi), rahim içi araçlar, kondom ve spermisitler, diyafram ve servikal başlık, minihaplar, yalnız progestin içeren enjekte edilen kontraseptifler, deri altı implant, geri çekme, servikal mukus yöntemi, bazal vücut ısısı yöntemi, takvim yöntemi ve emzirme'dir (Eryılmaz, 2008; Green, 2011; Taşkın, 2009).

Sezaryen Sonrası Kadının Psikolojik Değerlendirmesi ve Hemşirelik Bakımı

Gebelik ve doğum normal fizyolojik bir durum olarak kabul edilse ve herhangi bir komplikasyon gelişmese bile, doğum sonu dönemde kadın sağlığı olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Gebelik ve doğum önemli biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik bir süreç olduğu kadar, erken gelişim dönemlerine ilişkin bastırılmış ve çözülmemiş çatışmaların yeniden gündeme geldiği karmaşık bir psikolojik süreç olarak değerlendirilmektedir. Özellikle bu karmaşık psikolojik süreç, cerrahi bir operasyon olması ve komplikasyon gelişme riskinin yüksek olması nedeniyle sezaryen doğumda daha bir önem taşımaktadır (Carpenito-Moyet, 2008; Gordon, 2010; Saurel-Cubizolles ve ark., 2000).

Sezaryen sonrası anestezinin etkisinin geçmesinin ardından anne bebeğini görmek ister ve hemşirenin bebeği annenin yanına vermesi ile anne-bebek etkileşimi başlamaktadır (Dresangve Leeman, 2012). Anne doğumdan sonra ilk birkaç gün pasif, bağımlı ve uykuya eğilimli olmasına karşın daha çok doğum eylemi ve doğum olayı ile ilgili konuşma ihtiyacı içindedir. İlk günlerde anne daha çok alıcı konumdadır ve kendine dönüktür. Doğum sonu ikinci günden sonra anne doğum sonu sürece uyum sağlamaya başlamakta ve bebeğiyle ilgilenmektedir. Bu sürede hemşire annenin duygusal durumunu değerlendirmeli ve anneye duygularını ifade etmesi için fırsat vermelidir (Gordon, 2010; Smith, 2008).

Birçok kadın gebelik ve doğuma bağlı olarak oluşan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, bazı kadınlarda hafif, orta ve şiddetli düzeylerde psikolojik rahatsızlıklar ortaya çıkmaktadır. Doğum sonu dönemde psikolojik rahatsızlıklar; anneliğe hazır olmama, aile içi görev ve sorumlulukların yeterince paylaşılmaması, annenin fiziksel yorgunluğu ve hormonal değişimlere bağlı olarak görülmektedir (Norr ve ark., 2003; Oddie ve ark., 2005). Doğum sonu psikolojik rahatsızlıklar annelik hüznü, postpartum depresyon ve postpartum psikoz olmak üzere üç farklı şekilde ortaya çıkmaktadır (Pearlstein ve ark., 2009).

Annelik hüznü, normal doğum sonu değişiklikler olarak kabul edilmekte ve kadınların %50-80'inde görülmektedir. Genellikle doğum sonu ikinci ve dördüncü günlerde ortaya çıkan, uyku bozukluğu, ağlama, yorgunluk, sıkıntı, endişe gibi belirtilerin görüldüğü bir durum olarak tanımlanmaktadır. Annelik hüznü şiddetli ise, daha sonraki dönemde postpartum depresyon yaşama riskinin de o kadar fazla olacağı belirtilmektedir (Webb ve ark., 2008). Postpartum psikoz, doğum yapan 1000 kadından birinde görülen bir psikolojik rahatsızlıktır. Genellikle doğumdan üç hafta sonra bipolar bozukluk ya da sadece depresyon atakları şeklinde ortaya çıkmaktadır (Murray ve McKinney, 2010; Pillitteri, 2003). Sezaryen sonrası ev ziyaretleri sırasında kadının yeterlilik duygusu, kullandığı destek sistemleri, bakım verme becerisi, yorgunluk düzeyi, doyum duygusu ve gelişimsel görevlerini başarma yetisi, ruhsal durumunun ve kendini algılama biçiminin değerlendirilmesi

gerekmektedir. Ayrıca konsantrasyon bozukluğu, karar verememe, karışık düşünce ve davranışlar, insanlardan uzaklaşma, evden dışarı çıkmama, önceden yapmaktan zevk alınan şeyleri yapmama, karar vermeyi erteleme, tartışma, bağırma, kontrolü kaybetme gibi postpartum depresyon ve psikoz belirtileri değerlendirilmelidir (Eckman, 2012; TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2009).

Literatürde sezaryen sonrasında fizyolojik sağlık sorunlarının artması düşünüldüğünden dolayı, psikolojik sağlık sorunlarının yaşanmasına karşın kadınların çoğunun yardım aramadıkları ve bu nedenle depresyonun araştırılmasında sağlık çalışanlarının daha aktif rol oynamaları gerektiği belirtilmiştir. Bunlara ilaveten sezaryen sonrası uyku düzensizliği ve yorgunluk gibi fizyolojik sorunların da depresyon yaşama riskini artırdığı belirtilmiştir (Dennis ve Ross, 2005; Miller ve LaRusso, 2011). Doğum sonu ilk yıl içinde anne ile birçok kez iletişimde bulunan ebe ve hemşireler depresyon belirtilerini izleyip, anneyi doğum sonu depresyon açısından değerlendirebilirler. Doğum sonu dönemde standardize yapılan ev ziyaretleri ile kadınların dikkatle değerlendirilmesi, ailenin bilgilendirilmesi, doğumdan sonraki görüşmelerde sorulacak 'kendinizi nasıl hissediyorsunuz' sorusu bile bilgi verici yönü ile önem taşımaktadır. Literatürde doğum sonrası depresyonun uygun hemşirelik yardımıyla ortadan kaldırılabilceği ya da azaltılabileceği belirtilerek, doğum sonu ev ziyaretlerinin kadınların depresif semptom yaşama oranlarını azalttığı belirtilmektedir. Ayrıca bir ya da daha fazla risk etkeni olan kadınların doğum sonu bir ya da ikinci ayda doğum sonrası depresyon açısından taranması önerilmektedir (Howell ve ark., 2010; Miller ve LaRusso, 2011).

Sezaryen Sonrası Kadının Sosyal Değerlendirmesi ve Hemşirelik Bakımı

Sezaryen sonrasında kadında fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin yanı sıra sosyal değişiklikler de yaşanmaktadır. Bu sosyal değişiklikler 'bebeğin doğmasıyla birlikte kadının sosyal yaşamının kısıtlanması, eşlerin birbirlerinden beklentilerinin değişmesi, rol ve sorumluluklarının artması, bir süre iş yaşamını ikinci planda tutmak zorunda kalması' şeklinde özetlenmektedir (Decherney ve Nathan, 2003). Bu yaşanan sosyal değişiklikler

den dolayı kadın stres yaşayabilmektedir. Kadının stresini azaltmak için bu döneme uyum sağlamasını etkileyen bazı faktörlerin değerlendirilmesine gereksinim duyulmaktadır. Bu faktörler içerisinde yer alan sosyal destek, kadına aile, arkadaş ve özellikle eşi tarafından sağlanan bebek bakımına destek, ailenin gebeliği istemesi, kadının doğum deneyimi, diğer aile üyeleriyle iyi ilişkiler kurabilme, yasal düzenlemeler, ekonomik destek, ev işlerinde yardım ve duygusal desteği içermektedir. Sosyal desteğin yeterli düzeyde karşılanması kadının fiziksel ve mental iyilik hali üzerinde olumlu etki göstermektedir (Gordon, 2010; Lund ve Mcmanaman, 2010).

Sosyal desteğin yanı sıra doğum sonu dönemdeki sosyal değişikliklere uyumu etkileyen bir başka önemli faktör de annelik rolünü kazanmadır. Annelik rolünü kazanma, kadının annelik davranışlarını öğrenme sürecidir. Bu süreçte annelik kimliğinin şekillenmesi annelik rolünün kazanıldığını göstermekte ve doğan her çocukla birlikte ortaya çıkmaktadır (Murray ve McKinney, 2010). Literatürde belirtilen çalışmalarda doğum sonu sağlık sorunlarının kadınların annelik rollerini, beden imgelerini, ailevi ve toplumsal ilişkilerini olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Ayrıca bu sağlık sorunlarının doğum sonu dönemde kadınların yaşam kalitelerini bozabileceğinin dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır (Carpenito-Moyet, 2008; Gordon, 2010; Norr ve ark., 2003).

2.4. SEZARYEN SONRASI FONKSİYONEL DURUM

Fonksiyonel durum; herhangi bir vücut bölgesinin kendi doğasına, yapı ve durumuna uygun olarak performans veya aktivitesini göstermesi olarak tanımlanmaktadır (McVeigh, 2002; Postmontier, 2008). Wang (2004) fonksiyonel durumu ‘fiziksel sağlık, benliğini sürdürmenin kalitesi, rol aktivitesinin kalitesi, entellektüel durum, sosyal aktivite, benlik kavramı ve emosyonel durum gibi kişinin farklı yaşam düzeylerini belirlemesi’ olarak ifade etmiştir. Ayrıca Wang (2004) doğum sonu dönemde fonksiyonel durumu ise ‘kadının bebeğinin bakım sorumluluğunu, kendi öz bakımını, ev işlerini, sosyal-toplumsal ve mesleki aktivitelerini üstlenmeye hazır olması’ şeklinde tanımlamıştır.

Literatürde doğum sonu dönemde üreme organlarına ilişkin iyileşme geniş olarak ele alınmakta ve ebeveynliğe geçiş süreci, artan sorumluluklar, yorgunluk, eş ile ilişkilerde ortaya çıkan değişiklikler, gebelik öncesi sosyal, toplumsal ve mesleki faaliyetlere başlama konularına yer verilmemektedir (Aktan, 2010; Carey ve Rayburn, 2006). Doğumdan sonraki ilk haftalarda kadınlar farklı zorluklarla karşılaşmakta ve yeni sorunlara çözüm aramaya çalışmaktadırlar. Bazı kadınların anneliğe geçişi daha kolayken, bazıları için bu deneyim kâbus olabilmektedir. Birçok kadın için annelik, kendi kişisel kimliği üzerinde önemli etkileri olan bir yaşam olayıdır. Bazı kadınlar için de anne olma, yenidoğan bakımının neden olduğu özgürlük kısıtlaması ve sosyal izolasyonu simgelemektedir. Özellikle kadınların doğum öncesi fonksiyonel durumlarına geri dönüşleri, fizyolojik iyileşmeden daha uzun sürmektedir (Aktan, 2010; Özkan ve Sevil, 2007). Yapılan bir çalışmada kadınların doğumu takip eden altı ay içerisinde fonksiyonel durumlarında önemli gelişmeler görülmesine karşın, gebelik öncesi fonksiyonlarına tamamen ulaşamadıkları saptanmıştır. Ayrıca bu sonuç kadınların annelik rolüne yeterince hazırlanmaması ile de ilişkilendirilmiştir (Ahn ve Youngblut, 2007).

Doğum sonu fonksiyonel durumdaki değişikliklere etki eden faktörler ile ilgili literatür incelendiğinde; doğum sonu üçüncü hafta ile üçüncü ayda fonksiyonel durumun geliştiği, üçüncü ay ile altıncı ayda ise anlamlı bir değişikliğin meydana gelmediği bulunmuştur (Ahn ve Youngblut, 2007). Yapılan çalışmalarda sezaryen sonrasında haftalara göre fonksiyonel duruma etki eden faktörler incelendiğinde, yüksek düzeyde fiziksel enerjinin, paritenin, önceki doğum deneyiminin, anneliğe uyum ve eşi ile ilişkinin kalitesinin, eğitim düzeyinin, sosyal destek faktörlerinin, gelir düzeyinin, gece uyku düzeninin ve anksiyetenin fonksiyonel durumu anlamlı derecede etkilediği belirtilmiştir. Kadınların çalışma durumu ile fonksiyonel durum arasında ise anlamlı bir fark belirlenmemiştir (Declercq ve ark., 2011; Perla, 2002).

Doğum sonu fonksiyonel duruma ilişkin Fawcett ve ark., (1988) doğumdan altı hafta sonra vajinal doğum yapan kadınların %72'sinin, sezaryen ile doğum yapan kadınların %34'ünün fiziksel enerjilerini yeniden kazandıklarını ve iki grup arasında bebek bakım sorumluluklarını üstüne alma,

belirli ev içi aktiviteler, sosyal ve toplumsal faaliyetlerde farklılık olduğunu ve doğum sayısının bu duruma bir etkisinin olmadığını saptamıştır. Ayrıca aynı çalışmada doğum sonu iyileşmenin tamamlanabilmesi için en az üç ay ile altı ay geçmesi gerektiği, sağlık, psikososyal, aile ve sosyo-demografik değişkenler ile fonksiyonel durum arasında ilişki olduğu saptanmıştır. McVeigh (2000) doğum sonrası destek eksikliği olan kadınlarda doğum sonu fonksiyonel durum puan ortalamalarının tüm alanlarda düşük seviyede olduğunu bulmuştur. McVeigh (2002) doğum sonu dönemde ev içi aktiviteler, öz bakım, sosyal ve toplumsal aktivite puanlarındaki artışın zaman içinde gerçekleştiğini gözlemiştir.

McVeigh (2002) doğum sonu altıncı hafta, üçüncü ay ve altıncı ayda sosyal destek alan kadınların ev içi aktiviteler, sosyal ve toplumsal aktiviteler ve öz bakım aktivitelerinin anlamlı şekilde yükseldiğini belirlemiştir. Ayrıca doğum sonu altıncı haftada bebek bakım sorumlulukları ile destek almaktan memnuniyet arasındaki ilişkinin de anlamlı olduğu belirlenmiştir (McVeigh, 2002). McVeigh (2000) doğum sonu fonksiyonel durum ile anksiyete arasındaki ilişkiyi araştırmış ve doğum sonu altı hafta, üç ay ve altı aylık süre içinde fonksiyonel durum ile maternal anksiyete arasında önemli bağlantılar bulmuştur. Posmontier (2008) doğum sonu depresyonun kadının öz bakımı, ev içi aktiviteleri, sosyal ve toplumsal aktivitelerini etkileyerek düşürdüğünü fakat bebek bakım sorumluluğunu etkilemediğini saptamıştır.

Ülkemizde doğum sonu fonksiyonel durumla ilgili çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Beji ve ark. (2003) doğum sonu fiziksel iyileşmenin altı haftalık sürede olmasına karşın ebeveyn olma, bebek bakımını yapma gibi artan sorumluluklara uyum sağlamada daha uzun süre gerektiğini belirlemişlerdir. Özkan ve Sevil (2007) ise kadınların evlilik süreleri, doğum sayıları, sosyal destek alma durumları, yaşadıkları yer, gebeliklerini planlama durumları, bebeklerini besleme yöntemleri ile doğum sonu fonksiyonel durumları arasında anlamlı ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Ayrıca aynı çalışmada içinde bulunulan doğum sonrası hafta sayısı arttıkça kadınların fonksiyonel durumlarında da artış olduğu saptanmıştır. Apay ve Pasinlioğlu (2009) kadınların doğum sonu fonksiyonel duruma dönmelerini gebeliklerini

isteme, doğum şekli, bebek bakımında ve ev işlerinde destek alma gibi faktörlerin etkilemesine karşın içinde bulunulan doğum sonrası hafta ve bebek besleme şeklinin etkilenmediğini belirtmişlerdir.

2.4.1. Sezaryen Sonrası Fonksiyonel Durumun Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü

Ana Çocuk Sağlığı hizmetleri içinde önemli bir yeri olan doğum sonu bakım, gebelik ve doğum olaylarına sağlıklı yaşam deneyimleri olarak bakılmasından dolayı temelde koruyucu bir sağlık hizmeti olarak değerlendirilmektedir (Green, 2011). Doğum sonrasında kadınların hastaneden erken taburcu olmaları, bebeklerini ve kendilerini uzun dönemde bile etkileyebilecek birçok sağlık sorunu yaşamalarına neden olmaktadır. Sezaryen sonrasındaki sağlık sorunları özellikle ilk günlerde çok yaygın olarak görülmekte olup çoğu altı haftaya kadar, bazıları ise bir yıla kadar devam etmekte ve kadınların fonksiyonel durumlarındaki düzelmeyi de etkilemektedir (Lieu ve Braveman, 2000; Vedam ve ark., 2010).

Kadınların doğum sonu ilk günlerde doğumun fiziksel etkileri nedeniyle kendi bakımları ve bebeklerinin gereksinimlerini karşılama konusunda yeterli olmadıkları belirtilmektedir. Ayrıca sezaryenden sonra ilk günlerde kadınların eğitime hazır olmadıkları da vurgulandığı için taburculuk sonrası ev ziyaretleri önem kazanmaktadır. Böylece her bir ziyarette anne ve yenidoğanın gerekli muayenesinin yapılması ve muayene bulgularına göre uygun müdahalelerde bulunulması, anneyi kendisinin ve bebeğinin bakımı konusunda bilgilendirilmesi önerilmektedir (Aktan, 2010; Yıldız, 2008).

Doğum sonrası ev ziyaretleri yoluyla verilecek olan hemşirelik hizmetlerinin amacı; anne, bebek ve ailesine, bireysel gereksinimlerine yönelik, teknik, psikolojik ve terapötik destek fırsatı vererek, kadınların doğum öncesi fonksiyonel durumlarına daha erken dönmelerinin sağlanmasıdır (Lieu ve Braveman, 2000; Yıldız, 2008). Hemşirelerin doğum sonu dönemdeki kadınların fonksiyonel durumlarını değerlendirmesi, normal ve normalden sapmaları belirlemesi, gerekli girişimlerde bulunabilmesi, önlem alabilmesi ve

gereksinimleri doğrultusunda kadınları bilgilendirip destek olabilmesi gerekmektedir (Lichtenstein ve ark., 2004; Wang, 2004).

2.5. HEMŞİRELİKTE MODEL KULLANMA

Profesyonel bir disiplinin temel amacı, mesleğin uygulamalarında kullanılacak bilimsel bilgi içeriğini ortaya koymaktır. Bu bilgi, özellikle davranış ve sosyal bilimler alanında sıklıkla ‘kavram’ ve ‘kuram’ terimleri ile açıklanmaktadır (Moorhead ve ark., 2004). Model, bir dizi amaca hizmet eden ve ihtiyacın belirlenmesini sağlayan sistematik zihinsel bir süreçtir. Sistematik zihinsel süreç ifadesi modelin örgütlü, planlı olması gerektiğini vurgulamaktadır (Ay, 2008; Erdemir, 2005; Sitzman ve Eichelberger, 2010). Modeller hemşireliğe bir bilgi bazı oluşturarak kavramları birleştirmekte, profesyonel bir dil ortaya çıkarmakta ve bu da mesleğe profesyonel boyut kazandırmaktadır.

Hemşirelik modelleri, hemşireliğin önemli kavramları arasındaki ilişkilerin gösterilmesi olarak tanımlanabilmekte ve hemşirelik hakkında düşünmeyi, bir çatı oluşturmayı, hastanın durumunu gözlemeyi, uygulama alanlarında fenomenler oluşturmayı sağlamaktadır. Ayrıca uygulamalarda, kavramsal çatının hayata geçirilmesi, hasta bakım hizmetlerinin sunulmasında yapılandırılmış ve düzenlenmiş yaklaşımın oluşturulması için imkân sağlayarak etkinliği ve yararlılığı artırmaktadır (Perla, 2002; Pillitteri, 2003). Hemşireliğe özgü çeşitli modelleri kullanarak; hemşireliğin anlamı açığa kavuşturulmakta ve netleştirilmektedir. Seçilen model, hemşirenin yerine getirmesi gereken rolleri tanımlamakta ve kendi uygulamalarında bireysel sorumluluk almasını sağlamaktadır. İnterdisipliner bir ekip çalışmasında hemşirenin katkılarının görülmesi sağlanmakta ve uygulamalara kanıt oluşturmaktadır. Araştırılması gereken uygulama alanlarına dikkat çekilerek hemşirelik bakımında gereksinim duyulan alanlarda gereken radikal değişiklikler için zemin hazırlamaya yardım etmektedir (Dochterman ve Bulechek, 2004; Eckman, 2012; Green, 2011; Moorhead ve ark., 2004).

Hemşirelik modellerinin uygulanması kaliteli hasta bakımının sonuçlarını da etkilemektedir. Teori temelli uygulamalar, hasta ve ailesinin bakımında

yetkili, tutarlı bir yaklaşımla aynı yönde hareket etmesi için, sistematize bir şekilde hemşirelik bakımını yapılandırmaktadır (Meleis, 2011; Pearson ve ark., 2000). Hemşirelik bakımını sistematize ederek koruyucu ve tedavi edici sağlık bakımında, sürekliliğin etkili biçimde sağlanması amacıyla, olağan sağlık hizmetlerini desteklemek ve güçlendirmek amacını güden sağlık sistemi içinde birçok model kullanılmıştır. Kılıç (2005) Orem'in Öz bakım modelinin sezaryen ile doğum yapan kadınlarda etkin bir model olarak kliniklerde kullanılmasını uygun bulduğu çalışmasında; sezaryen sonrası kadınların öz-bakım gücü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, daha kısa sürede bebeklerini emzirdikleri, daha çabuk mobilize oldukları ve boşaltım ile ilgili sorunları daha az yaşadıkları saptanmıştır. Koç (2005) geliştirilen evde bakım hizmet modeli ile verilen hemşirelik bakımının ve danışmanlığın kadınların yaşadıklarını ifade ettikleri meme, boşaltım, uykusuzluk ve yorgunluk gibi sorunlar ile depresyon puan ortalamalarını azalttığını belirlemiştir. Öztürk (2011), İsbir (2011) ve Apay (2011) ise, doğum sonu dönemdeki kadınlara Roy'un Adaptasyon modeli kullanılarak verilen bakımın, doğum sonu sorunların çoğunu giderdiğini veya önlediğini belirlemiştir.

2.5.1 Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ) Modeli

Hemşirelik, ilk kez 1950'lerde Lydia Hall tarafından bir süreç olarak kavramsallaştırılmıştır. Daha sonra birçok hemşire bilimci hemşirelik aktivitelerini hemşirelik süreci çerçevesinde tanımlamaya başlamıştır (Moorhead ve ark., 2004). Yura ve Walh 1967'de hemşirelik sürecinin aşamalarını veri toplama, planlama, uygulama ve değerlendirme olarak belirlemiştir. O tarihten sonra hemşirelik sürecinin her bir aşaması kendi bilgisine sahip bağımsız bir disiplin olan hemşirelik bilimi çerçevesinde genişletilerek tartışılmış ve sürecin birinci aşaması olan değerlendirme; veri toplama ve tanımlama olmak üzere yeniden sınıflandırılmıştır (Gordon, 2010). Black (1967) hemşirelik değerlendirmesinin 'hasta gereksinimleri' üzerinde odaklanması gerekliliğini ifade etmiştir. Doktorun yardımcısı olarak 1970'den önce yatak başı hasta bakımı veren hemşirelerin 1970'de ilk yoğun bakım ünitesinin açılması ile rolleri genişlemeye başlamıştır. Yetmişli yıllarda

hemşirenin rollerinin genişlemesi ile eğitim programlarında hemşirelere ayrıntılı bilgi toplamak için fizik muayene yapmayı gerektiren beceri ve yöntemlerin öğretilmesinin önemi üzerinde durulmuştur (Gordon, 2010; Staub-Müler, 2009). Hemşirelik eğitim programları, o dönemden başlayarak uzun süre hasta değerlendirmesinin öğretilmesinde tıp modelini kullanmıştır.

Tıp modeli, hastalığın komplikasyonları ve fizyolojik etkilerini değerlendirmek için beden sistemlerinin durumunu değerlendirme üzerine odaklanmıştır. Tıbbi modelde hastayı değerlendirme iyi standardize edilmiştir. Bu değerlendirme yöntemi; bilgi toplama biçimi, hastalık öyküsü, ana şikâyeti, aile öyküsü ve sistemlerin fizik muayene yöntemi ile gözden geçirilmesini içermektedir. Tıbbi değerlendirme modeli hemşirenin hastalık sürecini izlemesini olanaklı kılmakta, ancak bireyin hemşirelik bakımı için gerekli sistematik olarak değerlendirilmesini sağlamamaktadır. Bununla birlikte tıbbi değerlendirme modelinin 1970'lerde hemşirelik eğitimi, literatür ve klinik uygulamalarda etkin olduğu belirlenmiştir (Eckman, 2012; Gordon, 2003-1; Perla, 2002). Beden sistemlerini kullanarak bilgi toplama yöntemi, klinik problemlerin veya tıbbi tanıların belirlenebilmesinde iyi yol gösterse de hemşirelik tanısının belirlenmesi için bilgi toplanmasında hemşirelere yardım edememektedir. Hemşirelik tanıları için hemşirelik veri toplama sistemine gereksinim olduğu saptanmıştır. Bu amaçla Gordon 1987'de hemşirelik tanıları üzerinde yaptığı çalışmalarında güçlü hemşirelik bakışı ile bilgiyi toplamak ve organize etmek için 'Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ)' adını verdiği bir bakış açısı ileri sürmüştür. Ayrıca FSÖ'yü insan sağlığı ve yaşam süreci ile ilişkili 11 başlık altında sınıflandırmıştır. Sınıflandırılmış bu başlıklar sistematik ve standardize edilmiş bilgi toplama yaklaşımını ve hemşirelik bakış açısı ile bilginin analiz edilmesini olanaklı kılmaktadır. Gordon'un belirli bir zaman diliminde davranışların sırası olarak tanımladığı FSÖ hemşirelik süreci, kritik düşünme ve klinik karar vermenin üzerinde durmaktadır (Ay, 2008; Birol, 2009; Gordon, 2003-1).

Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri ve Tanımları

Sağlığı Algılama-Sağlığın Yönetimi: Bu örüntü kadının sağlığı ve iyilik halini nasıl algıladığını, nasıl yönettiğini ve herhangi bir sağlık sorunu olup olmadığını tanımlamaktadır. Kadının sağlığını değerlendirmek amacıyla ilk olarak görüşmeler yapılmaktadır. Bu görüşmeler kadının sağlık algıları, fonksiyonel durumu ve sağlık, iyileşme ve sezaryena uygun diğer faktörler hakkındaki bilgiyi açığa çıkarma amacıyla, hemşire ve kadın arasındaki planlanmış, amaca yönelik konuşmadır. Böylece değerlendirme görüşmesi ile kadının sağlık, hastalık ve sağlık yönetimi uygulamaları ve sağlık bakımı hakkındaki özel ilgilerini ve algılarını belirlemeye olanak sağlanmaktadır. Görüşme ayrıca; demografik verileri ve aynı zamanda sosyal zemin ve destek sistemlerine ait verileri elde etmede bir araçtır. Değerlendirme görüşmesinden toplanan veri ve bilgi, klinik karar ve tanısal dayanak sağlamaktadır (Carpenito-Moyet, 2008; Gordon, 2010).

Beslenme-Metabolik Durum: Bu örüntü metabolik gereksinimlerle ilişkili olarak kadının doğum sonu dönemde besin ve sıvı tüketimi özelliklerini tanımlamaktadır.

Boşaltım: Bu örüntü kadının doğum sonu dönemde barsak, mesane ve cilt yoluyla sekresyon biçimini tanımlamaktadır.

Aktivite-Egzersiz: Bu örüntü kadının doğum sonu dönemde aktivitelerini, yaptığı egzersizleri, boş vakitlerini değerlendirme ve eğlence biçimini tanımlamaktadır.

Bilişsel-Algısal: Bu örüntü kadının doğum sonu dönemde duygusal algılama ve biliş durumunu tanımlamaktadır. Duyu, algılama ve bilişsel fonksiyonları tanımlama; görme, işitme, tat, koklama, dokunma, ağrı algısı, dil ve düşünme ile ilgili süreçler ve yapıların anlaşılmasını gerektirmektedir. Bu ilgili duyu organlarının, periferik sinir sisteminin ve merkezi sinir sisteminin anlaşılmasını içermektedir (Gordon, 2010).

Uyku-Dinlenme: Bu örüntü kadının doğum sonu dönemde uyku, dinlenme ve gevşeme biçimini tanımlamaktadır.

Kendini Algılama: Bu örüntü kadının doğum sonu dönemde beden imgesi, duygu durumu, kontrolün ve yeterliliğin algılanması gibi kendini algılama-kavrama şeklini tanımlamaktadır. Benlik kavramı; ‘Ben neyim’ ‘Ben kimim’ gibi böyle sorulara cevap verme içinde sıklıkla yansıtılabilen ve verilen bir sürede kendi kişiliğini nasıl bir kişi olduğunu tanımlamak veya incelemektir. Benlik kavramı; fiziksel özellikler, sosyal roller ve kişinin kişilik özelliklerine bakışını içermektedir. Benlik kavramının bir parçası olan benlik saygısı, yetenek, değer ve kendi dünyası hakkında kişisel bir düşüncedir. Benlik saygısı; başkalarıyla etkileşimler sayesinde olumlu veya olumsuz olarak değiştirilebilen kendisine bağlı değer ve zaman boyunca geliştirilmektedir. Pozitif benlik saygısı başkaları tarafından saygı gösterilen özellikleri üzerine odaklanma ve olumlu kişisel özelliklerini belirleme ile de yükseltilebilmektedir (Gordon, 2010).

Bir kadının benlik kavramını değerlendirme, kadının sahip olabildiği diğer sorunları öğrenmeyi sağlayabilmektedir. Ayrıca kadının benlik algılarının davranış ve emosyonel tepkilerini nasıl etkilediğini açığa vurmaya yardım etmektedir. Böyle bir değerlendirme, kişinin benlik hakkında duyguları ve düşüncelerini belirlemeyi içermelidir; benlik kavramının gelişmesi etkileyen faktörleri, benlik kavramını tehdit eden ve kişinin benlik saygısına tehdit yönünde gösterdiği tepkilerin tipini belirlemeyi içermelidir. Benlik kavramı; benlik algılarını ölçmek için planlanmış anketlerin sonuçlarının anlamını açıklama, benlik kavramı hakkında ilgili soruya cevap verme, benlik saygısının düzeyini belirtme ifadeleri gibi kişisel ve sosyal kimlik hakkındaki ifadeleri dinleme, vücut dili ve genel görünüşü gözleme ile değerlendirilmektedir (Gordon, 2010).

Sezaryen sonrası kadının sosyal kimlik durumu, benlik kavramına katkıda bulunan faktörleri, kadının benlik değeri algıları ve benlik kavramı için mevcut ve olası tehditleri belirlenmelidir. Sezaryen sonrası kadının destek

sistemleri, genel görünüşü ve diğerleriyle etkileşimleri gözlenmeli, beden yapısı veya fonksiyonundaki değişiklikler kaydedilip değerlendirilmelidir (Carpenito-Moyet, 2008; Green, 2011; Gordon, 2010).

Rol-İlişki: Bu örüntü kadının doğum sonu dönemde üstlendiği rol ve ilişkileri tanımlamaktadır. Rol ve ilişkileri değerlendirme, hemşirelik tanıları için göstergeler sağlamaktadır. Sezaryen sonrası kadının rolü, rolü algılama ve rol performansı, rol baskısına tepki veya rol baskısı için riski belirleme, etkili iletişimi sınırlayan faktörleri, aile içindeki mevcut veya potansiyel disfonksiyon ve güçleri değerlendirilmelidir (Gordon, 2010).

Cinsellik-Üreme: Bu örüntü kadının doğum sonu dönemde cinsellik ve üremeye yönelik doyum ve doyumsuzluk durumunu tanımlamaktadır. Fiziksel, fizyolojik, kültürel, ve sosyal görünüşü de içeren kompleks bir fenomen olarak insan cinselliği, cinsel kimliğin davranışsal sunumudur. Hayat boyu yapılan davranışlardan etkilenmekte ve kişisel kimlik algılanışını yansıtmaktadır. Üreme gelişimi ve fonksiyonu gebe kalma ile belirlenmesine karşın, üreme modelleri kişilerin erkeklik ve kadınlık algılarından, sosyal ve kültürel normlardan etkilenmektedir. Cinsel ve üreme fonksiyonları, cinsel ya da üreme kaygılarını ifade etmek, eğitim gereksinimlerini tanımlamak, tedavi edilmesi gerekli problemleri tanımlamak ve doğumdan itibaren normal üreme yapılarının gelişimini ve fonksiyonlarını izlemek için kadınlar değerlendirilmelidir.

Başetme-Stres Toleransı: Bu örüntü kadınların doğum sonu dönemde genelde stresle baş etme ve stresi tolere etmedeki etkinliğini tanımlamaktadır.

Değer-İnanç: Bu örüntü kadınların doğum sonu dönemde spirütüel (manevi) inançlar da dahil, inançlar, değerler, seçimlere/kararlara rehberlik eden amaçlarla ilgili örüntülerini tanımlamaktadır. Değer ve inançlar kadının tutumlarını, yaşamındaki hedeflerini ve davranışlarını büyük ölçüde etkilemektedir. Değer ve inanç; kadının benlik algısı, başetme becerileri, stres

toleransı ve rol ilişkileri ile yakından ilgilidir. Yapılan bir çalışmada değer ve inançların kadına holistik yani sadece fiziksel gereksinimlerinin değil aynı zamanda psikolojik ve spiritual gereksinimlerini de dikkate alan bakım verebilmek için mutlaka değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir (Anwar, 2008; Green, 2011). Sezaryen sonrası kadını değerlendirmede; kadının kültürel-etnik geçmişini ve bunların ne derecede sürdürüldüğünü, kadının yaşam, ölüm, sağlık, hastalık, spiritüaliteye ilişkin değer ve inançlarını, kültürel sağlık uygulamalarını belirlemek gerekmektedir (Carpenito-Moyet, 2008; Gordon, 2010).

FSÖ, insanın fonksiyonel özelliklerini temsil ettiği için geniş bir kapsamda uygulanabilmektedir. İnsan bütün olarak ele alındığında bir örüntü diğer tüm örüntüler göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir (Dochterman ve Bulechek, 2004). Bir örüntüdeki sorun, bir diğer örüntüdeki sorun nedeniyle olabilmektedir. Örneğin, bireyin uyku biçimindeki rahatsızlık (Uyku-dinlenme) ameliyat korkusuna (Kendini algılama) bağlı olabilir. Ayrıca bir örüntü alanındaki bir sorun, bir diğer örüntü alanında bir sorunun oluşmasını da kolaylaştırabilir. Örneğin 'Aktivite İntoleransı' bir 'Özbakım Eksikliği' ne neden olabilir (Gordon, 2003-2).

Fonksiyonel bir değerlendirme sonrası kadını tanımak, hemşireyi bireysel bir değerlendirmeye götürmektedir. Kadında ya da ailede/toplumda tanımlanmış olan güçlükler (fonksiyonel örüntüler), girişimlere ve sonuçlara temel oluşturmakta, bir yön vermektedir. Bu durumda bireyselleştirilen sadece tanı değil, girişimler ve beklenen sonuçlardır. Tanı bakımın planlanması konusunda düşünmek için yalnızca bir temel oluşturmaktadır. Tanısal sürecin kullanılması, bilgi ve karar verme becerileri geliştikçe sürekli olarak yenilenmektedir (Gordon, 2003-2; Gordon, 2010).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, sezaryen sonrası FSÖ modeline göre yapılan evde bakımın annelerin postpartum sağlık durumuna etkisini belirlemek amacıyla tek grup ön test-son test düzeninde yarı deneysel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde ve araştırmaya alınan kadınların evlerinde yapılmıştır. Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı; Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği ve Doğumhane olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. Sezaryenden sonra kadınlar Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde sezaryen operasyonu geçiren kadınlar için hazırlanmış olan dört yataklı odaya alınmaktadır. Kadınlar sezaryen sırasında veya sonrasında sorun gelişmediği durumlarda (annenin vital bulgularının stabil olduğu ve barsak fonksiyonlarının başladığı, anne ve yenidoğanın laboratuvar testlerinin normal sınırlarda olduğu, yenidoğanın vital bulgularının stabil, emme refleksinin güçlü ve boşaltımını yapmış olduğu) doğumdan 48 saat sonra taburcu edilmektedir.

Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde dört ebe, sekiz hemşire görev yapmaktadır. Ebe ve hemşireler serviste riskli gebeliği ve jinekolojik sorunları olan, sezaryen ve jinekolojik operasyon geçiren kadınlarla çalışmaktadırlar. Ebe ve hemşirelerin sezaryendan sonra yaptığı görevler çoğunlukla şunlardır: sezaryen sonrası kadınlarda anestezi komplikasyonları, genel durum, vital bulgular ve bilinç durumunu kontrol etme, kadınların genel vücut hijyenini sağlama, kanama ve uterus involüsyon kontrolünü yapma, emzirme sürecini başlatma, yenidoğan bebeğin bakımını ve muayenesini yapmadır. Klinikte çalışan ebe ve hemşire sayısının yatan hasta sayısına göre az olması ve eğitim hemşiresinin servis hemşiresi olarak ta görev yapması nedenlerinden dolayı doğum sonu döneme ilişkin taburculuk eğitimi rutin verilmemektedir. Ancak kadınların talebi üzerine eğitim ve danışmanlık yapılmaktadır.

Doğum yapan kadınların taburcu olduktan sonraki sağlık bakımı bağlı buldukları aile sağlığı merkezleri tarafından verilmektedir. Ancak gözlemler doğum sonu dönemdeki kadınların Sağlık Bakanlığı'nın önerileri doğrultusunda rutin ev ziyaretleri ile izlenmediğini göstermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde sezaryen ile doğum yapmış olan kadınlar oluşturmuştur. Hastanede 2009 yılında ortalama 971, 01.01.2010-01.11.2010 tarihleri arasında ise yaklaşık olarak 1010 kadına sezaryen operasyonu uygulanmıştır.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini 9 Aralık 2011-7 Mart 2012 tarihleri arasında sezaryen doğum yapan 94 kadından araştırmaya dâhil olma kriterlerini taşıyan 33 kadın oluşturmuştur. Kadınların araştırma örneklemine alınma kriterleri;

- Komplikasyonsuz sezaryen doğum yapma
- Tek bebek doğurma
- Doğum sonrası kendinde ya da bebeğinde herhangi bir sağlık sorunu gelişmeme (kadında meme-üriner-insizyon enfeksiyonu, kanama, tromboflebit vb. bebekte ise, preterm, düşük doğum ağırlıklı ve konjenital anomali vb.)
- Araştırmaya katılmayı kabul etme ve
- Sivas İli belediye sınırları içinde oturma olarak belirlenmiştir.

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın her aşaması etik ilkelere uygun olarak yürütülmüştür. Uygulamaya geçmeden önce Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum Envanteri için, ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğini yapan Özkan ve Sevil'den izin alınmıştır (Ek 11). Ayrıca etik kuruldan (28.12.2010 tarihli, 10/50 sayılı) (Ek 12) ve araştırmanın yapılacağı kurumdan (12.01.2011 tarihli, B.104.İSM.4.58.00.09-773/11 sayılı) (Ek 13) yazılı izin alınmıştır. Çalışma

öncesinde araştırmaya katılacak olan kadınlara araştırmanın amacı açıklanmış ve araştırmaya katılımları konusunda yazılı ve sözel onamları alınmıştır (Ek 1). Yazılı onam formunun fotokopisi kadınlara taburcu olduktan sonra ikinci günde yapılan ev ziyaretinde verilmiştir.

Araştırmacı, ev ziyaretleri sırasında kadınlarda sağlıktan sapma bulguları tespit ettiğinde ya da şüpheli durumlarda ilgili sağlık kurumlarına yönlendirmeler yapmış ve daha sonraki ziyaretlerde yeniden durum değerlendirmesinde bulunmuştur. Çalışma konusu ile doğrudan ilgili olmadığı halde kadınların gereksinimi olduğunda bebeklerine yönelik gerekli müdahaleler yapılmış ve sorun tespit edildiğinde aile sağlığı merkezlerine gönderilmiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada veriler aşağıda belirtilen form ve ölçekler kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1 Bireysel Özellikler Formu (Ek 2): Bu form araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Form kadınların yaşı, eğitim düzeyi, mesleği, aile tipi, sosyal güvencesi, eşinin yaşı, eğitim düzeyi, gelir durumu, sezaryen sayısı, sezaryanın planlı olup-olmadığı, sezaryen olmasına kimin karar verdiğini belirlemeye yönelik toplam 14 sorudan oluşmuştur. Kadınların hemoglobin, hemotokrit, idrar tetkiki ve idrar kültürü sonuçları da dosyalarından elde edilip bu form üzerine kaydedilmiştir.

3.6.2 Sezaryen Sonrası Anne Tanılama Formu (Ek 3): Form araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmıştır (Allender ve Spradley, 2005; Birol, 2009; Declercq ve ark., 2011; Koç, 2004; Pilitteri, 2003). Bu formun amacı FSÖ modeli doğrultusunda sezaryendan sonra yapılan ev ziyaretlerinde kadınların sağlığını değerlendirmek ve sağlık sorunlarını saptayabilmektir. Formda yer alan değerlendirme soruları FSÖ modelinin 11 sağlık örüntüsüne göre sistematize edilmiştir. Bu formda kadınların her bir örüntüye ait yaşadıkları sağlık sorunlarını belirlemeye yönelik toplam 45 soru yer

almaktadır. Formda yer alan sorulardan en az birini yaşayan kadınlar sorun yaşamış olarak değerlendirilmiştir.

Ayrıca bu formda Sayısal Ağrı Değerlendirme Ölçeği (NRS: Numerical rating scala) yer almaktadır. Sayısal ağrı değerlendirme ölçeği 0-10 veya 0-100 değerli olup hiç ağrı yok ifadesinden, dayanılamayacak ağrıya kadar, birer cm.lik aralıklarla numaralandırılmış, düz çizgiden oluşan cetvel şeklinde derecelendirilmiş bir ölçektir. Ölçeğin güvenilirlik ve geçerliliğini Seymour (1982), Duncan ve Bushnell (1989) ve Paice ve Cohen (1997) yapmışlardır (Henderson ve Mcdonald, 2004). NRS, uluslararası ve ulusal düzeyde araştırmacılar tarafından kadınların ağrı düzeyini belirlemede kullanılan anlaşılır ve kolay uygulanan bir ölçektir.

3.6.3 Sezaryen Sonrası Hemşirelik Tanıları Formu (Ek 4): Bu formda taburculuk sonrası ikinci günde, doğum sonu ikinci ve sekizinci haftada sezaryen sonrası bir kadında gelişebilecek sorunları tanımlamaya yönelik hemşirelik tanıları sıralanmıştır. Bu tanımlar FSÖ modeline göre sistematize edilip, NANDA tarafından geliştirilen ve Erdemir (2005) tarafından Türkçeye çevrilen hemşirelik tanıları temel alınarak ifade edilmiştir. Her bir sağlık örüntüsüne ilişkin tanımlar aşağıda yer almıştır (Gordon, 1988):

Sağlığı Algılama ve Sağlık Yönetimi: Sağlığı sürdürmede değişim riski, meme enfeksiyonu riski, üriner sistem enfeksiyonu riski, insizyon bölgesi enfeksiyonu riski, tromboflebit riski.

Beslenme ve Metabolik Durum: Yetersiz emzirme, beslenmede dengesizlik riski, beden gereksiniminden fazla beslenme riski, beden gereksiniminden az beslenme riski.

Boşaltım: Konstipasyon riski, stres inkontinansı riski.

Aktivite-Egzersiz: Aktivite intoleransı, aktivite intoleransı riski, yorgunluk, fiziksel harekette bozulma, evdeki sorumluluklarını sürdürme ve yönetmede bozukluk riski, bireysel bakımda eksiklik riski, gaz değişiminde bozulma.

Uyku-Dinlenme: Uyku biçiminde bozukluk, uykusuzluk.

Bilişsel-Algısal: Ağrı, kronik ağrı, duygusal/algısal değişiklikler, bilgi eksikliği, düşünme sürecinde değişiklik, karar vermede çatışma, uyum kapasitesinde azalma.

Kendini Algılama: Korku, anksiyete, yalnızlık riski, ümitsizlik, güçsüzlük, benlik saygısında bozulma, durumsal düşük benlik saygısı, beden bilincinde bozulma, bireysel kimlik tanımında bozulma.

Rol-İlişki: Üstlendiği rolü yerine getirmede değişiklik riski, rol performansında değişiklik, sosyal izolasyon, sosyal ilişkilerde bozulma, aile süreçlerinde değişiklik, ebeveynlikte değişim, ebeveynlikte değişim riski, ebeveyn rol çatışması, ebeveyn-bebek-çocuk bağlılığında değişim riski, bakım verici rolünde zorlanma, bakım verici rolünde zorlanma riski, sözel iletişimde bozulma.

Cinsellik-Üreme: Cinsel yaşamda değişiklik, cinsel fonksiyon bozukluğu riski, kanama riski.

Baş etme-Stres Toleransı: Bireysel baş etmede yetersizlik, aile içi baş etmede yetersizlik, uyumsuzluk riski

Değer-İnanç: Spirituel distres riski.

3.6.4. Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum Envanteri (DSFDE) (Ek 5):

DSFDE, Fawcett ve ark. (1988) tarafından, Roy'un adaptasyon modelinin rol fonksiyonunu işler hale getirmek amacıyla geliştirilmiştir. Envanterin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Özkan ve Sevil (2007) tarafından gerçekleştirilmiştir. DSFDE, doğum sonu iyileşmeyi saptamaya yönelik beş alt boyuttan oluşan dördümlü likert tipinde bir ölçme aracıdır. Toplam 36 maddeden oluşan ölçeğin alt boyutları aşağıda yer almaktadır:

1. Ev içi aktiviteler (1-12. maddeler)
2. Sosyal ve toplumsal aktiviteler (13-18. maddeler)
3. Bebek bakımı sorumlulukları (19-24. maddeler)
4. Öz bakım aktiviteleri (25-32. maddeler)
5. Mesleki aktiviteler (33-36. maddeler)

Ev içi aktiviteleri alt boyutunda, kadına bebek doğmadan önce ne gibi ev işleri yaptığını ve bebek doğduktan sonra bu aktiviteleri ne derece tekrar üstlendiğini belirtmesi istenmektedir. Ev içi aktiviteleri; aile bireylerinin ve evcil hayvanların bakımı, temizlik, etrafı toplama, çamaşır yıkama, bulaşıkları yıkama, yemek pişirme, ev işlerini, alışverişi, ayak işlerini ve ağır ev işlerini yapma ile ilgili maddelerden oluşmaktadır.

Sosyal ve toplumsal aktiviteleri alt boyutunda, kadına bebek doğmadan önce ne gibi sosyal ve toplumsal aktivitelerde bulunduğunu ve bebek doğduktan sonra bu aktiviteleri ne derece tekrar üstlendiğini belirtmesi istenmektedir. Sosyal ve toplumsal aktiviteler arasında; arkadaşlarla ve akrabalarla sosyalleşmenin yanı sıra, toplumsal hizmetlere, profesyonel, dini ve sosyal organizasyonlara katılma yer almaktadır.

Bebek bakım sorumlulukları alt boyutunda, kadında bebek bakım sorumluluklarının arzu edilen kısmını üstlenme derecesi değerlendirilmektedir. Bebek bakım sorumlulukları, gündüz ve gece beslemeyi, yıkamayı, altını değiştirmeyi, elbiselerini değiştirmeyi ve bebekle oyun oynamayı içine almaktadır.

Öz bakım aktiviteleri alt boyutunda, kadına geçen hafta veya iki hafta içinde yerine getirdiği öz bakım aktivitelerinin miktarını derecelendirmesi istenmektedir. Öz bakım aktiviteleri; yürüme, ayakta durma, merdiven çıkma, oturma, uzanma, uyuma ve giyinmeden oluşmaktadır.

Mesleki aktiviteler alt boyutunda ise, hali hazırda bir iş sahibi olan kadınlara geçen hafta ve son iki hafta içinde işin nasıl olduğunu değerlendirmesi istenmektedir. Mesleki aktiviteler; işin gerçekleştirilmesi, çalışma saatleri, işin doğruluğu ve iş arkadaşları ile ilişkisini kapsamaktadır.

DSFDE'nin her bir sorusu 4 puan üzerinden (1:hiçbir zaman, 2:bazen, 3:çoğu zaman, 4:her zaman) değerlendirilmektedir. Bazı maddeler

(25,26,27,28,29,32,34,35) puanların yorumlanmasında tutarlılık olması için tersine kodlanmıştır. DSFDE'nin tüm maddelerinde bütün kadınlar yer almadıklarından, her bir alt ölçek ve total skor için ortalama puanlar hesaplanmıştır. Örneğin; ev içi aktiviteler alt ölçeği maddesi olan, 'evcil hayvanlara bakmak', doğumdan önce olağan bir aktivite değilse, o zaman bu madde kadınlar tarafından yanıtlanmamış ve puanlamaya dahil edilmemiştir. Doğumdan önce çalışan beş kadın, doğum sonu 8. ve 12. haftada henüz çalışmaya başlamadıkları için mesleki aktiviteler alt boyutu değerlendirilememiştir. Yani bir alt ölçek ortalaması, yanıtlanmış alt ölçekteki tüm maddelerin puanlarının toplanması ve yanıtlanan madde sayısına bölünmesiyle saptanmıştır. Toplam DSFDE puanı, yanıtlanmış bütün maddeler kullanılarak aynı şekilde belirlenmiştir. Yüksek puanlar yüksek fonksiyonel durumu göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük toplam puan 0, en yüksek toplam puan ise 4'tür (Fawcett ve ark., 1988; McVeigh, 2000; Özkan ve Sevil, 2005).

3.6.5 Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) (Ek 6): EPDÖ, Cox (1987) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek kadınlarda doğum sonu depresyonu taramayı amaçlamaktadır. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması Engindeniz (1996) tarafından yapılmıştır. Ölçek 10 maddeden oluşmaktadır. Maddeler 4'lü likert biçiminde değerlendirilmekte ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 30'dur. Ölçekte her bir madde 0,1,2,3 olarak değerlendirilmekte 3,5,6,7,8,9,10. maddelerin değerlendirilmesinde ise puanlama tersine (3,2,1,0) döndürülmektedir. Ölçeğin kesme noktası 12'dir. Bu puanın üzerinde puan alan bireyler depresyon yönünden riskli olarak kabul edilmektedir (Engindeniz, 1996).

3.7 Sezaryen Sonrası Evde Bakım Programı: Bu program, doğum sonu anneye yönelik eğitim rehberi (Ek 8), sezaryen sonrası hemşirelik tanılarına yönelik müdahale planı (Ek 9) ve sezaryen sonrası sağlık eğitimi broşürü (Ek 10)'nden oluşmaktadır.

3.7.1 Sezaryen Sonrası Sağlık Eğitim Rehberi (Ek 8): Bu rehber, sezaryen sonrası dönemde kadınların sağlık sorunu yaşamalarının önlenmesi ve gelişebilecek sorunların erken tanı ve tedavisini sağlamaya yönelik FSÖ modeli doğrultusunda sistematize edilen bir rehberdir. Rehber araştırmacı tarafından literatür taranarak (alfabetik sıraya göre Ek 8'in kaynakçasında belirtilmiştir) ve alanında uzman iki hemşire öğretim üyesinden görüş alınarak geliştirilmiştir. Rehberde aşağıda sıralı konu başlıklarına yönelik bilgiler yer almaktadır:

a) Sağlığı Algılama ve Sağlık Yönetimi

- Doğum sonu dönemde meydana gelen değişiklikler
- Doğum sonu kontrol sıklığı
- Sağlık kuruluşuna hemen başvurmayı gerektiren durumlar

b) Beslenme–Metabolik Durum

- Doğum sonu dönemde beslenme
- Demir ilaçlarının kullanılması
- Emzirme
- Meme bakımı
- Meme komplikasyonları

c) Boşaltım

- Barsak boşaltım
- Üriner boşaltım
- Kegel egzersizleri

d) Aktivite-Egzersiz

- Aktivite düzeyi ve normal günlük aktivite düzenine dönme zamanı
- Doğum sonu dönemde kişisel bakım
- Doğum sonu egzersizler

e) Uyku–Dinlenme

- Doğum sonu dönemde uyku düzeni
- Doğum sonu dönemde dinlenme gereksinimi

f) Bilişsel-Algısal

- Ağrı kontrolü
- Öğrenme gereksinimi

g) Kendini Algılama

- Beden imajı değişiklikleri
- Ruhsal durum-Benlik saygısı

h) Rol-İlişki

- Sağlıklı ebeveynlik
- Ebeveyn bebek iletişimi
- Sosyal etkileşim
- Ulaşılabilecek sosyal destek sistemleri

i) Cinsellik-Üreme

- Doğum sonu cinsel yaşam
- Doğumdan sonra kullanılabilir gebelikten korunma yöntemleri
- Uterus involüsyonu

j) Baş etme-Stres Toleransı

- Doğum sonu döneme uyum
- Postpartum blue
- Doğum sonu depresyon

k) Değer-İnanç

- Doğum sonu döneme yönelik kültürel ve dini normlar ile ilgili uygulamalar

3.7.2 Sezaryen Sonrası Hemşirelik Tanılarına Yönelik Müdahale Planı (Ek 9): FSÖ modeli doğrultusunda sezaryen sonrası kadında saptanabilecek hemşirelik tanılarına yönelik hemşirelik müdahalelerini içeren ve ilgili literatür taranarak oluşturulan bir müdahale planıdır (Eryılmaz 2008; Lund and Mcmanaman, 2010; Martell, 2003; Murray ve McKinney 2010; Olds ve ark., 2000).

3.7.3 Sezaryen Sonrası Sağlık Eğitimi Broşürü (Ek 10): Bu broşür, Ek 8’de yer alan Sağlık Eğitim Rehberi doğrultusunda hazırlanmıştır. Broşür kadınların doğum sonu dönemde yapılan birinci ve ikinci evde bakım ziyaretlerindeki bakım ve eğitimi hatırlamaları amacıyla oluşturulmuştur.

3.8. Araştırmanın uygulanması

Araştırmanın uygulanması 9 Aralık 2011 tarihinde başlamıştır. Bu tarihten itibaren araştırmaya alınma kriterlerine uyan kadınlara yönelik sırasıyla aşağıdaki uygulamalar yapılmıştır:

Hastanede ilk görüşme: Kadınlara hastanede taburcu olmadan hemen önce tanışılmış, araştırmayla ilgili açıklama yapıldıktan ve yazılı onam formu imzalatıldıktan sonra bireysel özellikler formu doldurulmuştur. Kadınlara iki gün sonra yapılacak ev ziyaretinin tarihi ve saati kararlaştırılarak görüşme bitirilmiştir.

I. Evde Bakım Ziyareti: Araştırmacı, kadınların ilk izlemlerini taburcu olduktan sonra ikinci günde kadınların evinde önceden belirlenen saatlerde yapmıştır. Kadınlara ev ziyaretlerinde uygulanan hemşirelik müdahaleleri ve muayeneler doğum sonrası anne ve bebeğini görmek için eve gelen ziyaretçiler olduğunda ayrı bir odada yapılmıştır. Her işlemden önce kadınlara değerlendirmenin yapılış nedeni ve gerekçesi kısaca anlatılmıştır. Ziyaret sırasında sezaryen sonrası anne tanılama formu (Ek 3) kullanılarak veriler toplanmıştır. Bu veriler doğrultusunda saptanan tanılar sezaryen sonrası hemşirelik tanıları formuna (Ek 4) işaretlenmiştir. Kadınlara sağlık eğitimi rehberi (Ek 8) doğrultusunda eğitim verilmiştir. Eğitim anlatma, soru-cevap, tartışma ve demonstrasyon yöntemleri kullanılarak yürütülmüştür. Ardından saptanan hemşirelik tanılarına yönelik müdahale planı (Ek 9) uygulanmıştır. Ayrıca kadınlara sezaryen sonrası sağlık eğitimi broşürü (Ek 10) verilmiştir.

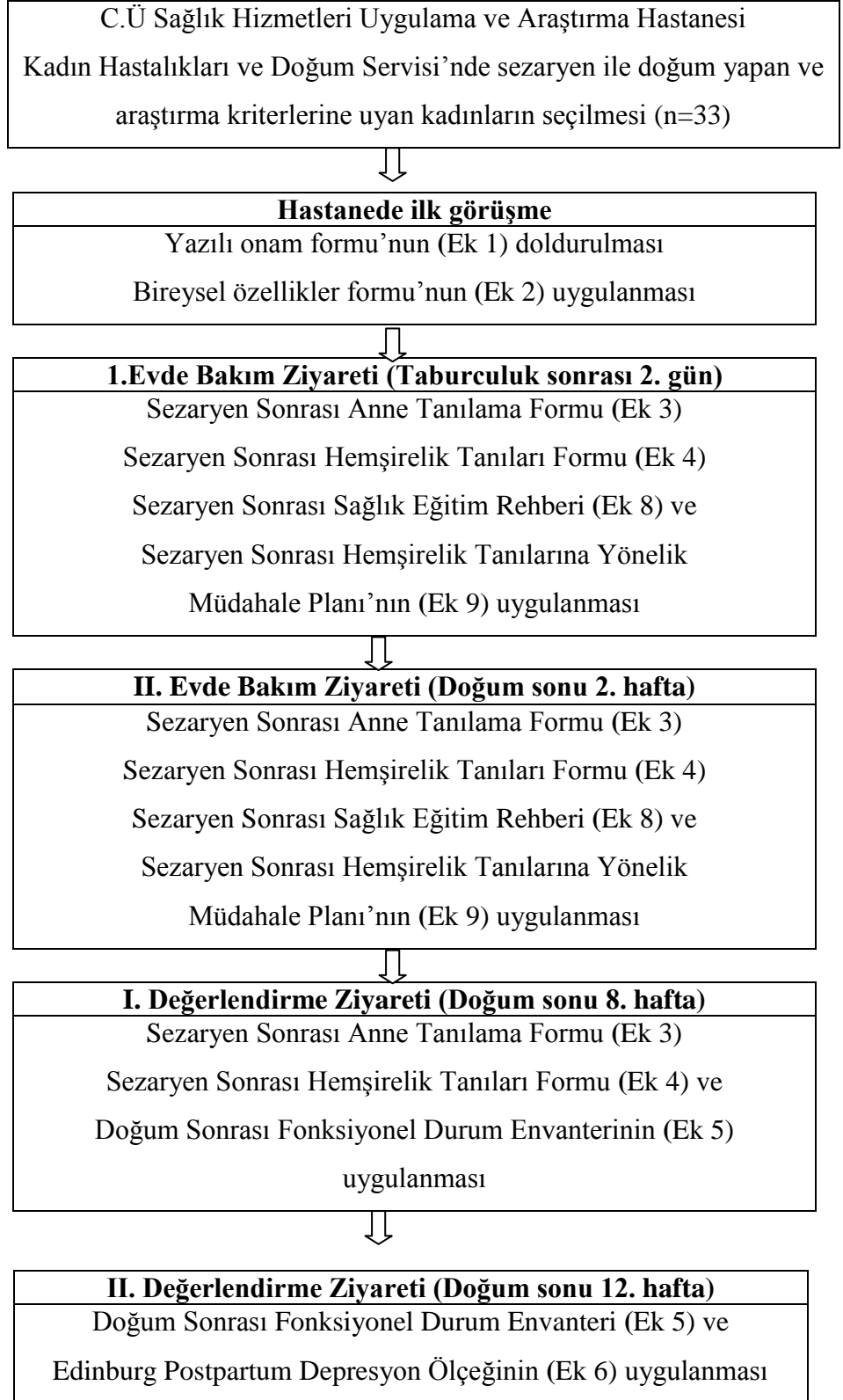
İlk ev ziyareti ortalama 90–120 dakika olarak sürmüştür. Kadının bebeğini sık emzirmesi, insizyon bölgesine ve meme sorunlarına yönelik ağrı yaşaması gibi nedenlerden dolayı eğitime ara verilmek zorunda kaldığından ev ziyareti süresi belirlenen süreye göre daha fazla olmuştur. Kadınların doğum yaptığı tarih dikkate alınarak sezaryen sonrası ikinci haftada yapılacak ikinci ev ziyareti kadınlarla birlikte planlanarak uygulama bitirilmiştir.

II. Evde Bakım Ziyareti: Araştırmacı, doğum sonu ikinci haftada ikinci ziyaretini kadınların evinde önceden belirlenen saatlerde yapmıştır. Hemşirelik müdahaleleri ve muayeneler doğum sonrası anne ve bebeğini görmek için eve gelen ziyaretçiler olduğunda ayrı bir odada yapılmıştır. Her işlemden önce kadınlara değerlendirmenin yapılış nedeni ve gerekçesi kısaca anlatılmıştır. Sezaryen sonrası anne tanılama formu (Ek 3) kullanılarak bir önceki ziyarete göre kadına ait yeni veriler veya değişen durumlar varsa belirlenmiştir. Yeni saptanan tanılar sezaryen sonrası anne tanılama formu (Ek 4) kullanılarak kadınların verilerinde var olan değişiklikler işaretlenmiştir. Ayrıca birinci ev ziyaretinde verilen sağlık eğitimi ile ilgili geri bildirim alınmış ve eksik bilgiler tekrarlanmıştır. Yeni saptanan tanılar için sezaryen sonrası hemşirelik tanılarına yönelik müdahale planı (Ek 9) uygulanmıştır. İkinci ev ziyareti de ortalama 90–120 dakika olarak sürmüştür. Kadının bebeğini sık emzirmesi, insizyon bölgesine ve meme sorunlarına yönelik ağrı yaşaması gibi nedenlerden dolayı eğitime ara verilmek zorunda kaldığından ev ziyareti süresi belirlenen süreye göre daha fazla olmuştur. Kadınların doğum yaptığı tarih dikkate alınarak kadınlarla birlikte sezaryen sonrası sekizinci haftada yapılacak birinci değerlendirme ziyareti planlanarak uygulama bitirilmiştir.

I. Değerlendirme Ziyareti: Araştırmacı, doğum sonu sekizinci haftada ilk değerlendirme ziyaretini kadınların evinde önceden belirlenen saatlerde yapmıştır. Kadınlardan sezaryen sonrası anne tanılama formu (Ek 3) kullanılarak FSÖ modeli doğrultusunda yaşadığı sorunlar belirlenmiş ve saptanan tanılar sezaryen sonrası hemşirelik tanıları formuna (Ek 4) işaretlenmiştir. Ayrıca kadınlara DSFDE (Ek 5) uygulanmıştır. Laboratuvar sonucu ve hekim muayenesi ile kesinleştirilmesi gereken doğum sonu sağlık sorunlarına yönelik herhangi bir belirti varlığında kadın bağlı bulunduğu Aile Sağlığı Merkezine gönderilmiştir. İlk değerlendirme ziyareti ortalama 60 dakika sürmüştür. Kadınların doğum yaptığı tarihe dikkat edilerek sezaryen sonrası 12. hafta da yapılacak ikinci değerlendirme ziyareti kadınlarla birlikte planlanarak uygulama bitirilmiştir.

II. Değerlendirme Ziyareti: Araştırmacı doğum sonu 12. haftada ikinci değerlendirme ziyaretini kadınların evinde 6nceden belirlenen saatlerde yapmıştır. Kadınlara doğum sonrası fonksiyonel durum envanteri (Ek 5) ve Edinburg Postpartum Depresyon 6lęeęi (Ek 6) uygulanmıştır. İkinci değerlendirme ziyareti ortalama 60 dakika s6rm6řt6r.

Aşağıdaki Çizelge 1’de araştırmanın uygulama şeması verilmiştir.
Çizelge 1: Araştırmanın Uygulama Şeması



3.9. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Araştırmada aşağıda belirtilen bağımlı ve bağımsız değişkenlerin dağılım ve ilişkileri incelenmiştir.

Bağımlı Değişken:

- FSÖ modeli doğrultusunda belirlenen sağlık sorunları ve hemşirelik tanıları
- Kadının fonksiyonel durumu
- Kadının depresif semptom yaşama durumu.

Bağımsız Değişken:

- FSÖ modeline göre geliştirilmiş sağlık eğitim rehberi ve hemşirelik müdahaleleri doğrultusunda gerçekleştirilen evde bakım uygulaması.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada, hastanede ve ev ziyaretleri sırasında doldurulan veri toplama formları kontrol edilip, veriler bilgisayarda kodlanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Versiyon: 14.0) programında analiz edilmiştir. İstatistikî değerlendirmelerde;

- Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine ilişkin süreksiz veriler (eğitim, aile tipi vb.) sayı ve yüzdelik dağılımları, sürekli veriler ise (yaş, eşin yaşı vb.) aritmetik ortalama ve standart sapma şeklinde gösterilmiştir.
- Kadınların fonksiyonel sağlık örüntülerinde sorun yaşama durumları taburculuk sonrası ikinci gün, doğum sonu ikinci ve sekizinci haftaya göre dağılımı ile kadınların FSÖ modeline göre saptanan hemşirelik tanılarının taburculuk sonrası ikinci gün ve doğum sonu sekizinci haftaya göre dağılımlarının karşılaştırılmasında McNamer ki kare testi kullanılmıştır.
- Kadınların taburculuk sonrası ikinci ve sekizinci haftadaki DSFDE toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında ise bağımlı gruplarda t testi uygulanmıştır.
- İstatistiksel analizlerde anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.11. Araştırmanın yürütülmesinde karşılaşılan durumlar

Araştırmada kadınlarla ilk görüşmelerin hastanede yapılmış olması nedeniyle araştırmacı ile kadın arasında oluşturulan güven ilişkisi sonucu araştırma rahatlıkla başlamış ve sürdürülmüştür.

Olumsuz durumlara bakıldığında ise; ev ziyaretlerinden önce kadınların telefonla aranması, ev adresleri bulunamadığında mobil telefonla aranması, kadınların araştırmacıyı herhangi bir nedenle aramasından sonra konunun takibi için araştırmacının tekrar kadınları araması gibi nedenlerle çalışmanın maliyeti artmıştır. Araştırmanın ev ziyaretleri aşamasında, taburculuk sonrası ikinci günde ve doğum sonu ikinci haftada yeni doğum yapan anne ve bebeğini görmek için eve gelen ziyaretçiler, kadının bebeğini sık sık emzirmesi ve ağrı yaşaması (insizyon yerine ve meme sorunlarına yönelik) gibi nedenlerden dolayı eğitime ara verilmek zorunda kalmıştır. Bu nedenle ev ziyareti süresi belirtilen süreye göre daha fazla sürmüştür.

3. BULGULAR

Tablo1. Kadınların Bazı SosyoDemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	<i>n</i>	%
Yaş ($X \pm SS$)	27.4 \pm 5.4	
Yaş grupları		
20–29 yaş	24	72.7
30 yaş ve üzeri	9	27.3
Eğitim durumu		
İlkokul	20	60.6
Ortaokul	6	18.2
Lise	7	21.2
Çalışma durumu		
Çalışmayan	28	84.8
Çalışan (memur)	5	15.2
Eşin yaşı ($X \pm SS$)	30.8 \pm 5.2	
Eşin yaş grupları		
20–29 yaş	20	60.6
30 yaş ve üzeri	13	39.4
Eşin eğitimi		
İlkokul	10	30.3
Ortaokul	7	21.2
Lise	11	33.3
Üniversite ve üzeri	5	15.2
Eşin işi		
Memur	9	27.2
İşçi	12	36.4
Serbest	12	36.4
Aile tipi		
Geniş aile	7	21.2
Çekirdek aile	26	78.8
Gelir durumu		
Gelir gidere denk	24	72.7
Gelir giderden az	9	27.3
Toplam	33	100.0

Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde; kadınların %72.7’sinin 20–29 yaş grubunda, %60.6’sının ilkokul mezunu ve %84.8’inin çalışmadığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılan kadınların eşlerinin ise %60.6’sının 20–29 yaş grubunda, %33.3’ünün lise mezunu ve %72.8’inin işçi ve serbest çalıştığı saptanmıştır.

Ayrıca kadınların yarısından fazlası (%78.8) çekirdek ailede yaşadığını ve %72.7'si gelirinin gidere denk olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 2. Kadınların Parite ve Sezaryen Doğum Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	<i>n</i>	%
Parite durumu		
Primipar	16	48.5
Multipar	17	51.5
Sezaryen sayısı		
İlk sezaryen	19	57.6
İkinci ve sonraki sezaryen	14	42.4
Sezaryenin planlı olma durumu		
Planlı	27	81.8
Plansız	6	18.2
Toplam	33	100.0

Kadınların parite ve sezaryen doğum özelliklerine göre dağılımı Tablo 2’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde; kadınların %48.5’inin primipar, %57.6’sının ilk sezaryeni ve %81.8’inin ise sezaryenin planlı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3. Kadınların Sağlığı Algılama-Sağlık Yönetimi Örüntüsünde Sorun Yaşama Durumlarının Doğum Sonu Görüşme Zamanlarına Göre Dağılımı

Örüntü	Doğum sonu görüşme zamanı						p
	2. gün ^a		2. hafta ^b		8. hafta ^c		
	n	%	n	%	n	%	
Sağlık algısı kötü	22	66.7	18	54.5	4	12.1	a-b / 0.344
Sağlık algısı iyi	11	33.3	15	45.5	29	87.9	b-c / 0.109 a-c / 0.001
Toplam	33	100.0	33	100.0	33	100.0	

a-b: Kadınların taburculuk sonrası 2. gün ve doğum sonu 2. hafta arasındaki istatistiksel değer

b-c: Kadınların doğum sonu 2. ve 8. hafta arasındaki istatistiksel değer

a-c: Kadınların taburculuk sonrası 2. gün ve doğum sonu 8. hafta arasındaki istatistiksel değer

Kadınların sağlığı algılama-sağlık yönetimi örüntüsünde sorun yaşama durumlarının doğum sonu görüşme zamanlarına göre dağılımı Tablo 3'te verilmiştir. Tablo incelendiğinde; kadınların taburculuk sonrası 2. günde %66.7'sinin, doğum sonu 2. hafta da %54.5'inin ve 8. haftada ise sadece %12.1'inin sağlığını kötü algıladığı saptanmıştır.

Yapılan istatistiksel analizde; kadınların sağlığı algılama-sağlık yönetimi sorunu yaşama bakımından taburculuk sonrası 2. gün ve doğum sonu 8. hafta arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 4. Kadınların Beslenme-Metabolik Durum ve Boşaltım Örüntülerinde Sorun Yaşama Durumlarının Doğum Sonu Görüşme Zamanlarına Göre Dağılımı

Örüntü	Doğum sonu görüşme zamanı						p
	2. gün ^a		2. hafta ^b		8. hafta ^c		
	n	%	n	%	n	%	
Beslenme-metabolik durum							
İştah durumu							a-b / 1.000
Sorun var	13	39.4	14	42.4	5	15.2	b-c / 0.004
Sorun yok	20	60.6	19	57.6	28	84.8	a-c / 0.057
Ağız ve diş							a-b / 1.000
Sorun var	20	60.6	20	60.6	20	60.6	b-c / 1.000
Sorun yok	13	39.4	13	39.4	13	39.4	a-c / 1.000
Memeler							a-b / 0.125
Sorun var	15	45.5	10	30.3	1	3.0	b-c / 0.004
Sorun yok	18	54.5	23	69.7	32	97.0	a-c / 0.001
İnsizyon yeri							a-b / -
Sorun var	33	100.0	33	100.0	9	27.3	b-c / 0.001
Sorun yok	-	-	-	-	24	72.7	a-c / 0.001
Boşaltım							
Barsak boşaltımı							a-b / 0.001
Sorun var	21	63.6	7	9.7	1	3.0	b-c / 0.016
Sorun yok	12	36.4	26	36.1	32	97.0	a-c / 0.001
Üriner boşaltım							a-b / 0.125
Sorun var	16	48.5	11	33.3	2	6.1	b-c / 0.004
Sorun yok	17	51.5	22	66.7	31	93.9	a-c / 0.001
Toplam	33	100.0	33	100.0	33	100.0	

a-b: Kadınların taburculuk sonrası 2. gün ve doğum sonu 2. hafta arasındaki istatistiksel değer

b-c: Kadınların doğum sonu 2. ve 8. hafta arasındaki istatistiksel değer

a-c: Kadınların taburculuk sonrası 2. gün ve doğum sonu 8. hafta arasındaki istatistiksel değer

Kadınların beslenme-metabolik durum ve boşaltım örüntülerinde sorun yaşama durumlarının doğum sonu görüşme zamanlarına göre dağılımı Tablo 4'te verilmiştir. Tablo incelendiğinde; kadınlarda iştah sorununun taburcu olduktan sonra 2. günde %39.4'ünde, doğum sonu 2. haftada %42.4'ünde ve doğum sonu 8. haftada ise %15.2'sinde olduğu belirlenmiştir. İştah sorunu yaşama bakımından doğum sonu 2. hafta ve 8. hafta arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ağız-diş sorununun kadınlarda taburculuk sonrası 2. günde, doğum sonu 2. haftada ve 8. haftada devam ettiği (%60.6) belirlenmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur

($p>0.05$). Kadınlarda meme sorununun taburculuk sonrası 2. günde %45.5'inde, doğum sonu 2. haftada %30.3'ünde ve doğum sonu 8. haftada ise sadece %3.0'ında olduğu saptanmıştır. Meme sorunu yaşama bakımından taburculuk sonrası 2. gün ve doğum sonu 8. hafta ile doğum sonu 2. hafta ve 8. hafta arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İnsizyon yeri sorununun taburculuk sonrası 2. günde ve doğum sonu 2. haftada kadınların tamamında (%100.0), 8. haftada ise sadece %27.3'ünde devam ettiği belirlenmiştir. İnsizyon yeri sorunu yaşama bakımından taburculuk sonrası 2. gün ve doğum sonu 8. hafta ile doğum sonu 2. hafta ve 8. hafta arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Kadınlarda barsak boşaltımı sorununun taburculuk sonrası 2. günde %63.6'ünde, doğum sonu 2. haftada %9.7'sinde olduğu ve doğum sonu 8. haftada ise bu sorunun devam etmediği saptanmıştır. Barsak boşaltımı sorunu yaşama bakımından taburculuk sonrası 2. gün ve doğum sonu 2. hafta, taburculuk sonrası 2. gün ve 8. hafta, doğum sonu 2. hafta ve 8. hafta arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Üriner boşaltım sorununun kadınlarda taburculuk sonrası 2. günde %48.5'inde, doğum sonu 2. haftada %33.3'ünde ve 8. haftada ise sadece %6.1'inde devam ettiği belirlenmiştir. Üriner boşaltım sorunu yaşama bakımından taburculuk sonrası 2. gün ve doğum sonu 8. hafta, doğum sonu 2. hafta ve 8. hafta arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 5. Kadınların Aktivite-Egzersiz ve Uyku-Dinlenme Örüntülerinde Sorun Yaşama Durumlarının Doğum Sonu Görüşme Zamanlarına Göre Dağılımı

Örüntü	Doğum sonu görüşme zamanı						p
	2. gün ^a		2. hafta ^b		8. hafta ^c		
	n	%	n	%	n	%	
Aktivite-Egzersiz							
Sorun var	27	81.8	26	78.8	22	66.7	a-b / -
Sorun yok	6	18.2	7	21.2	11	33.3	b-c / 0.453 a-c / 0.180
Uyku-Dinlenme							
Sorun var	32	97.0	27	81.8	5	15.2	a-b / 0.063
Sorun yok	1	3.0	6	18.2	28	84.8	b-c / 0.001 a-c / 0.001

a-b:Kadınların taburculuk sonrası 2. gün ve doğum sonu 2. hafta arasındaki istatistiksel değer

b-c: Kadınların doğum sonu 2. ve 8. hafta arasındaki istatistiksel değer

a-c: Kadınların taburculuk sonrası 2. gün ve doğum sonu 8. hafta arasındaki istatistiksel değer

Kadınların aktivite-egzersiz ve uyku-dinlenme örüntülerinde sorun yaşama durumlarının doğum sonu görüşme zamanlarına göre dağılımı Tablo 5'te verilmiştir. Tablo incelendiğinde; aktivite-egzersiz sorunu kadınların taburculuk sonrası 2. günde %81.8'inde, doğum sonu 2. haftada %78.8'inde, 8. haftada ise %66.7'sinde devam ettiği belirlenmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Uyku-dinlenme sorununun kadınlarda taburculuk sonrası 2. günde %97.0'ında, doğum sonu 2. haftada %81.8'inde, 8. haftada ise sadece %15.2'sinde devam ettiği saptanmıştır. Uyku-dinlenme sorunu yaşama bakımından taburculuk sonrası 2. gün ve doğum sonu 8. hafta, doğum sonu 2. hafta ve 8. hafta arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 6. Kadınların Bilişsel-Algisal, Kendini Algılama, Rol-İlişki ve Baş etme-Stres Toleransı Örüntülerinde Sorun Yaşama Durumlarının Doğum Sonu Görüşme Zamanlarına Göre Dağılımı

Örüntü	Doğum sonu görüşme zamanı						p
	2. gün ^a		2. hafta ^b		8.hafta ^c		
	n	%	n	%	n	%	
Bilişsel-Algisal							
<i>Bilgi gereksinimi</i>							
Sorun var	33	100.0	33	100.0	-	-	Test yapılmadı
Sorun yok	-	-	-	-	33	100.0	
<i>İnsizyon yerinde ağrı yaşama</i>							
Sorun var	33	100.0	33	100.0	10	30.3	a-b / - b-c / 0.001 a-c / 0.001
Sorun yok	-	-	-	-	23	69.7	
Kendini Algılama							
Sorun var	10	30.3	-	-	-	-	a-b/ 0.002
Sorun yok	23	69.7	33	100.0	33	100.0	b-c / - a-c / 0.002
Rol - İlişki							
<i>Aile içi ilişkiler</i>							
Sorun var	11	33.3	18	54.5	6	18.2	a-b / 1.000
Sorun yok	22	66.7	15	45.5	27	81.8	b-c / 0.002 a-c / 0.267
<i>Bebek bakımı</i>							
Sorunvar	7	21.2	-	-	-	-	a-b / 0.016
Sorun yok	26	78.8	33	100.0	33	100.0	b-c / - a-c / 0.016
Baş etme-Stres Toleransı							
Sorun var	32	97.0	33	100.0	11	33.3	a-b / 0.001
Sorun yok	1	3.0	-	-	21	63.6	b-c / - a-c / 0.001

a-b: Kadınların taburculuk sonrası 2. gün ve doğum sonu 2. hafta arasındaki istatistiksel değer

b-c: Kadınların doğum sonu 2. ve 8. hafta arasındaki istatistiksel değer

a-c: Kadınların taburculuk sonrası 2. gün ve doğum sonu 8. hafta arasındaki istatistiksel değer

Kadınların bilişsel-algisal, kendini algılama, rol-ilişki ve baş etme-stres toleransı örüntülerinde sorun yaşama durumlarının doğum sonu görüşme zamanlarına göre dağılımı Tablo 6’da verilmiştir. Tablo incelendiğinde; bilgi gereksiniminin taburculuk sonrası 2. günde ve doğum sonu 2. haftada kadınların tamamında (%100.0) olduğu ve doğum sonu 8. haftada ise bu sorunun kalmadığı belirlenmiştir. İnsizyon yerinde ağrı yaşama taburculuk sonrası 2. günde ve doğum sonu 2. haftada kadınların tamamında (%100.0) olduğu, doğum sonu 8. haftada ise sadece %30.3’ünde devam ettiği

saptanmıştır. İnsizyon yerinde ağrı sorunu yaşama bakımından taburculuk sonrası 2. gün ve doğum sonu 2. hafta, doğum sonu 2. hafta ve 8. hafta arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Kendini algılama sorununun kadınların taburculuk sonrası 2. günde %30.3'ünde olduğu, doğum sonu 2. hafta ve 8. hafta da ise devam etmediği belirlenmiştir. Kadınların kendini algılama-kavrama biçimi sorunu yaşama bakımından taburculuk sonrası 2. gün ve doğum sonu 2. hafta, taburculuk sonrası 2. gün ve 8. hafta arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Aile içi ilişkiler sorununun kadınların taburculuk sonrası 2. günde %33.3'ünde, doğum sonu 2. haftada %54.5'inde, doğum sonu 8. haftada ise sadece %18.2'sinde devam ettiği belirlenmiştir. Aile içi ilişkiler sorunu yaşama bakımından taburculuk sonrası 2. gün ve doğum sonu 2. hafta, doğum sonu 2. hafta ve 8. hafta arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bebek bakımı sorununun kadınların taburculuk sonrası 2. günde %21.2'sinde olduğu, doğum sonu 2. hafta ve 8. haftada ise sorunun ortadan kalktığı belirlenmiştir. Bebek bakımı sorunu yaşama bakımından taburculuk sonrası 2. gün ve doğum sonu 2. hafta, taburculuk sonrası 2. gün ve 8. hafta arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Baş etme-stres toleransı sorununun kadınların taburculuk sonrası 2. günde %97.0'ında, doğum sonu 2. haftada %100.0'ünde ve doğum sonu 8. haftada ise sadece %33.3'ünde devam ettiği belirlenmiştir. Baş etme-stres toleransı sorunu yaşama bakımından taburculuk sonrası 2. gün ve doğum sonu 2. hafta, taburculuk sonrası 2. gün ve 8. hafta arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 7. Kadınların Cinsellik-Üreme Örüntüsünde Sorun Yaşama Durumlarının Doğum Sonu Görüşme Zamanlarına Göre Dağılımı

Örüntü	Doğum sonu görüşme zamanı						p
	2. gün ^a		2. hafta ^b		8. hafta ^c		
	n	%	n	%	n	%	
Cinsellik-Üreme							
<i>İnvölüsyon süreci</i>							
Sorun var	-	-	-	-	-	-	Test yapılmadı
Sorun yok	33	100.0	33	100.0	33	100.0	
<i>Cinsel yaşama ilişkin endişe</i>							a-b / 0.001 b-c / 0.500 a-c / 0.001
Sorun var	17	51.5	2	6.1	1	3.0	
Sorun yok	16	48.5	31	93.9	32	97.0	
Toplam	33	100.0	33	100.0	33	100.0	

a-b: Kadınların taburculuk sonrası 2. gün ve doğum sonu 2. hafta arasındaki istatistiksel değer

b-c: Kadınların doğum sonu 2. ve 8. hafta arasındaki istatistiksel değer

a-c: Kadınların taburculuk sonrası 2. gün ve doğum sonu 8. hafta arasındaki istatistiksel değer

Kadınların cinsellik-üreme örüntüsünde sorun yaşama durumlarının doğum sonu görüşme zamanlarına göre dağılımı Tablo 7’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde; taburculuk sonrası 2. günde, doğum sonu 2. hafta ve 8. haftada kadınların involüsyon süreci sorunu yaşamadığı saptanmıştır. Cinsel yaşama ilişkin endişe sorununun taburculuk sonrası 2. günde kadınların %51.5’inde, doğum sonu 2. haftada %6.1’inde ve doğum sonu 8. haftada ise sadece %3.0’ında devam ettiği belirlenmiştir. Cinsel yaşama ilişkin endişe sorunu yaşama bakımından taburculuk sonrası 2. gün ve doğum sonu 2. hafta, taburculuk sonrası 2. gün ve 8. hafta arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 8. Kadınların Değer-İnanç Örüntüsünde Sorun Yaşama Durumlarının Doğum Sonu Görüşme Zamanlarına Göre Dağılımı

Örüntü	Doğum sonu görüşme zamanı						p
	2. gün ^a		2. hafta ^b		8. hafta ^c		
	n	%	n	%	n	%	
Değer-inanç							
<i>Kendi bakımıyla ilgili geleneksel uygulamalar</i>							
Sorun var	10	30.3	-	-	-	-	<i>a-b / 0.002</i>
Sorun yok	23	69.7	33	100.0	33	100.0	<i>b-c / -</i> <i>a-c / 0.002</i>
<i>Bebek bakımıyla ilgili geleneksel uygulamalar</i>							
Sorun var	20	60.6	4	12.1	2	6.1	<i>a-b / -</i> <i>b-c / 0.500</i>
Sorun yok	13	39.4	29	87.9	31	93.9	<i>a-c / 0.001</i>
Toplam	33	100.0	33	100.0	33	100.0	

a-b: Kadınların taburculuk sonrası 2. gün ve doğum sonu 2. hafta arasındaki istatistiksel değer

b-c: Kadınların doğum sonu 2. ve 8. hafta arasındaki istatistiksel değer

a-c: Kadınların taburculuk sonrası 2. gün ve doğum sonu 8. hafta arasındaki istatistiksel değer

Kadınların değer-inanç örüntüsünde sorun yaşama durumlarının doğum sonu görüşme zamanlarına göre dağılımı Tablo 8’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde; kadınların kendi bakımıyla ilgili geleneksel uygulamalar sorununun taburculuk sonrası 2. günde %30.3’ünde olduğu, doğum sonu 2. hafta ve 8. hafta da ise bu sorunun devam etmediği belirlenmiştir. Kadınların kendi bakımıyla ilgili geleneksel uygulamalar sorunu yaşama bakımından taburculuk sonrası 2. gün ve doğum sonu 2. hafta, taburculuk sonrası 2. gün ve doğum sonu 8. hafta arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Kadınların bebek bakımıyla ilgili geleneksel uygulamalar sorununun taburculuk sonrası 2. günde %60.6’sında, doğum sonu 2. haftada %12.1’inde ve 8.hafta da ise sadece %6.1’inde devam ettiği belirlenmiştir. Bebek bakımıyla ilgili geleneksel uygulamalar sorunu yaşama bakımından taburculuk sonrası 2. gün ve doğum sonu 8. hafta arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 9. Kadınların FSÖ Modeli Doğrultusunda Saptanan Hemşirelik Tanılarının Doğum Sonu Görüşme Zamanlarına Göre Dağılımı (n=33)

Hemşirelik tanıları	Doğum sonu görüşme zamanı				p
	2. gün		8. hafta		
	n	%	n	%	
Sağlığı algılama-sağlık yönetimi					
Meme enfeksiyonu riski	15	45.4	1	3.0	0.001
Üriner sistem enfeksiyonu riski	14	42.4	2	6.1	0.001
İnsizyon bölgesi enfeksiyonu riski	20	60.6	1	3.0	0.001
Beslenme-metabolik durum					
Yetersiz emzirme	25	75.8	2	6.1	0.001
Beslenmede dengesizlik	13	39.4	4	12.1	0.022
Boşaltım					
Konstipasyon	21	63.6	1	3.0	0.001
Aktivite-egzersiz					
Yorgunluk	27	81.8	22	66.7	0.227
Evdeki sorumluluklarını sürdürme ve yönetmede bozukluk	26	81.3	-	-	0.001
Aktivite intoleransı	27	81.8	3	9.1	0.001
Bireysel bakımda eksiklik	29	87.9	2	6.1	0.001
Uyku-dinlenme					
Uykusuzluk	32	97.0	5	15.2	0.001
Uyku biçiminde bozukluk	24	72.7	-	-	0.001
Bilişsel-algısal					
Bilgi eksikliği	33	100.0	-	-	0.001
Ağrı	33	100.0	10	30.3	0.001
Kendini algılama					
Durumsal düşük benlik saygısı	5	15.2	-	-	Test yapılmadı
Beden bilincinde bozulma	5	15.2	-	-	Test yapılmadı
Rol-ilişki					
Üstlendiği rolü yerine getirmede değişiklik	16	48.5	-	-	0.001
Sosyal izolasyon	26	78.8	12	36.4	0.001
Sözel iletişimde bozulma	6	18.2	-	-	0.031
Cinsellik-üreme					
Cinsel yaşamda değişim riski	17	51.5	1	3.0	0.001
Baş etme-stres toleransı					
Bireysel baş etmede yetersizlik	30	90.9	6	18.2	0.001

Kadınların FSÖ modeli doğrultusunda saptanan hemşirelik tanılarının doğum sonu görüşme zamanlarına göre dağılımı Tablo 9’da verilmiştir. Tablo incelendiğinde; kadınların yorgunluk, durumsal düşük benlik saygısı, beden bilincinde bozulma tanıları bakımından taburculuk sonrası 2. gün ve doğum

sonu 8. hafta arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Ancak, meme enfeksiyonu riski, üriner sistem enfeksiyonu riski, insizyon bölgesi enfeksiyonu riski, yetersiz emzirme, beslenmede dengesizlik, konstipasyon, evdeki sorumluluklarını sürdürme ve yönetmede bozukluk, aktivite intoleransı, bireysel bakımda eksiklik, uykusuzluk, uyku biçiminde bozukluk, ağrı, üstlendiği rolü yerine getirmede değişiklik, sosyal izolasyon, sözel iletişimde bozulma, cinsel yaşamda değişim riski ve bireysel baş etmede yetersizlik tanıları bakımından taburculuk sonrası 2. gün ve doğum sonu 8. hafta arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 10. Kadınların Postpartum 12. Haftada Değerlendirilen EPDÖ Puanları ve EPDÖ Puanına Göre Depresif Semptom Yaşama Durumlarının Dağılımı

EPDÖ Puanı	n	%
EPDÖ puan ortalaması ($X \pm SS$)	5.5 ± 3.4	
Depresif Semptom Yaşayan (EPDÖ 12 ve üstü)	1	3.0
Depresif Semptom Yaşayan (EPDÖ 12'nin altı)	32	97.0
Toplam	33	100.0

Kadınların postpartum 12. haftada değerlendirilen EPDÖ puanları ve EPDÖ puanına göre depresif semptom yaşama durumlarının dağılımı Tablo 10'da verilmiştir. Tablo incelendiğinde; kadınların EPDÖ puan ortalamasının 5.5 ± 3.4 olduğu ve kadınlardan yalnızca birinin (%3.0) depresif semptom yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 11. Kadınların Doğum Sonu Görüşme Zamanlarında DSFDE Alt Boyut Puan ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Boyut ve Toplam Puan	Doğum sonu görüşme zamanı		t test	p
	8. hafta	12. hafta		
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Ev içi faaliyetler	2.3 \pm 0.3	2.7 \pm 0.2	9.398	0.001
Sosyal ve toplumsal faaliyetler	1.4 \pm 0.5	1.9 \pm 0.4	4.204	0.001
Bebek bakımı sorumlulukları	3.7 \pm 0.1	3.9 \pm 0.1	9.144	0.001
Öz bakım faaliyetleri	3.2 \pm 0.4	3.3 \pm 0.1	10.650	0.001
DSFDE toplam puanı	2.3 \pm 0.1	2.6 \pm 0.1	10.534	0.001

Kadınların doğum sonu görüşme zamanlarında DSFDE alt boyut puan ve toplam puan ortalamalarının dağılımı Tablo 11’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde; DSFDE’nin alt boyut puan ortalamaları, doğum sonu 8. haftada ev içi faaliyetler alanında 2.3 \pm 0.3, sosyal ve toplumsal faaliyetler alanında 1.4 \pm 0.5, bebek bakımı sorumlulukları alanında 3.7 \pm 0.1, özbakım faaliyetleri alanında 3.2 \pm 0.4 olarak belirlenmiştir. Kadınların doğum sonu 12. haftada ev içi faaliyetler alanında 2.7 \pm 0.2, sosyal ve toplumsal faaliyetler alanında 1.9 \pm 0.4, bebek bakımı sorumlulukları alanında 3.9 \pm 0.1, özbakım faaliyetleri alanında 3.3 \pm 0.1 olarak saptanmıştır.

Yapılan istatistiksel analizde; kadınların doğum sonu 8. ve 12. haftalarda DSFDE alt boyut puan ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

5.TARTIŞMA

Doğum sonu dönemde çoğu kadında fiziksel ve psikolojik bir iyileşme görülmesine karşın, bazı kadınlarda sağlık sorunları ortaya çıkabilmektedir. Özellikle sezaryen operasyonu gibi müdahaleli doğumlarda ve doğum sonu ilk haftalarda sağlık sorunları daha sık yaşanmakta olup, anne ile yenidoğanın mutlaka evde izlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Fenwick ve ark., 2009; Goodwin ve ark., 2010).

Yapılan bu çalışmada sezaryen ile doğum yapan kadınlar taburculuk sonrası ikinci günde evlerinde ziyaret edilmiş ve Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri modeli doğrultusunda yaşadıkları sorunlar saptanmıştır. Buna göre doğum sonu ilk iki hafta kadınların yarısından fazlasının sağlığını olumsuz algıladığı belirlenmiştir (Tablo 3). Bunun bir nedeni kadınların yaşadıkları sorunlar olabilir. Nitekim literatürde de kadınların özellikle doğum sonu erken dönemlerde fizyolojik uyum, ağrı şikâyetleri ya da bebek bakımında karşılaşılan güçlükler ve yetersiz destek sistemleri gibi nedenlerden dolayı kendi sağlık ve iyilik durumlarını olumsuz algıladıkları ifade edilmektedir (Howell ve ark., 2010; Kersten-Alvarez ve ark., 2010).

Çalışmada taburculuk sonrası ikinci günde yapılan değerlendirmede; kadınların tamamının insizyon yerinde ağrı, çoğunluğunun yetersiz emzirme, sosyal izolasyon, yorgunluk, evdeki sorumluluklarını sürdürmede yetersizlik, aktivite intoleransı, bireysel bakımda eksiklik, tamamına yakınının ise uykusuzluk ve bireysel baş etmede yetersizlik yaşadıkları belirlenmiştir. Ayrıca kadınların tamamı doğum sonu döneme ilişkin bilgi gereksinimleri olduğunu ifade etmiştir (Tablo 9).

Dünyada konu ile ilgili yapılan çalışmalarda, doğum sonu ilk haftada kadınların en sık olarak meme ve insizyon yeri, konstipasyon ve uyku sorunlarını yaşadıkları vurgulanmaktadır (Ansara ve ark., 2005; Cheng-yu ve ark., 2006; Lewitt ve ark., 2004; Saurel-Cubizolles ve ark., 2000). Türkiyede doğum sonu ilk haftada kadınların yaşadıkları sorunları değerlendiren çalışmalarda ise benzer sorunların farklı sıklıklarda ortaya çıktığı belirlenmiştir. Yıldız ve Küçükşahin (2011), bu dönemde kadınların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme, uyku-dinlenme ve duygusal durum

değişiklikleri ile ilgili sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Apay (2011) kadınların çoğunluğunda yetersiz emzirme, bireysel bakımda yetersizlik, uyku düzeninde bozulma ve yorgunluk yaşandığını saptamıştır. Kılıç ve ark. (2011) kadınların yarısında sosyal izolasyon, yarıdan azında konstipasyon, uyku düzeninde bozulma, aktivite intoleransı ve yorgunluk yaşadığını belirlemişlerdir. Duman (2010)'ın çalışmasında kadınların loşia, insizyon, memeler, anne-bebek ilişkisi ve duygusal-psikolojik sorunlar ile ağrı yaşadıkları saptanmıştır. Nazik (2009) ise vajinal doğum yapan kadınların tamamında enfeksiyon riski ve bilgi eksikliği, çoğunluğunda beslenmede dengesizlik ve uyku düzeninde bozulma, yarıdan azında ise bireysel bakımda eksiklik, aktivite intoleransı, yorgunluk, yetersiz emzirme ve sosyal izolasyon yaşadığını belirlemiştir.

Bu çalışmada kadınların insizyon yerinde ağrı, konstipasyon, yorgunluk, evdeki sorumluluklarını sürdürmede yetersizlik, aktivite intoleransı, bireysel bakımda eksiklik, uykusuzluk, bireysel baş etmede yetersizlik, sosyal izolasyon ve bilgi eksikliği sorunları diğer çalışma bulgularından daha fazla bulunmuştur. Bu durumun, çalışmanın yalnızca sezaryen ile doğum yapan kadınları kapsamasından ve değerlendirmenin erken doğum sonu dönemde yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Diğer taraftan doğum sonu dönemde kadınların önemli bir bölümünün sorun yaşaması özellikle sezaryen doğum gibi müdahaleli doğumlarda evde bakım hizmetlerine olan gereksinimi de göstermektedir.

Bu çalışmada kadınların doğum sonu sekizinci haftada, doğum sonu ikinci haftaya göre sağlığı algılama-sağlık yönetimi örüntüsüne ait sorunlarının azaldığı ($p<0.05$) belirlenmiştir (Tablo 3). Ayrıca kadınların doğum sonu sekizinci haftada taburculuk sonrası ikinci güne göre meme, üriner sistem ve insizyon yeri enfeksiyonu riski sorunlarında anlamlı ($p<0.05$) bir azalma olduğu bulunmuştur (Tablo 9). Bu sonuç çalışma sınırlılıkları içinde 'Sezaryen sonrası FSÖ modeline göre yapılan evde bakım kadınların sağlığı algılama-sağlık yönetimi örüntüsüne ait sorun sıklığını azaltır' hipotezini (H1) doğrulamaktadır. Doğum sonu dönemde sağlığın olumsuz algılanması kadının kendini yorgun ve mutsuz hissetmesine neden olmaktadır. Doğum sonrasında

kadının fiziksel sağlık sorunlarının azalmasıyla birlikte kendi sağlıklarını daha iyi algılamaları ve böylece herhangi bir sağlık sorunu geliştiğinde sağlık kuruluşlarına başvurarak sağlıklarını yönetmeleri sağlanmaktadır (Dresang ve Leeman 2012; Lund ve Mcmanaman 2010). Bu çalışmada da ev ziyaretleri sırasında verilen bakım ve eğitimin kadınların doğum sonu yaşadıkları fiziksel ve psikolojik sorunları azalttığı, böylece kendi sağlıklarını daha olumlu algılamalarını sağlamaya katkı verdiği düşünülebilir. Çalışma sonucunu destekler nitelikte Apay (2011)'ın çalışmasında da, doğum sonu ev bakımı alan kadınların altıncı haftadaki değerlendirmelerinde enfeksiyon riski sorununda azalma olduğu belirlenmiştir.

Kadınların beslenme ve metabolik durum örüntüsüne ait yaşadıkları sorunlar doğum sonu görüşme zamanlarına göre değişiklik göstermektedir. Kadınların doğum sonu sekizinci haftada, doğum sonu ikinci haftaya göre iştah sorununun azalmasına ($p<0.05$) karşın, ağız ve diş sorununda bir değişiklik ($p>0.05$) olmamıştır (Tablo 4). Ancak kadınların doğum sonu sekizinci haftada taburculuk sonrası ikinci güne göre beslenmede dengesizlik ve yetersiz emzirme sorunlarında azalma olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$; Tablo 9). Ayrıca kadınların doğum sonu sekizinci haftada, taburculuk sonrası ikinci güne ve doğum sonu ikinci haftaya göre meme ve insizyon yeri sorunlarında azalma ($p<0.05$) olduğu bulunmuştur (Tablo 4). Bu sonuçlar doğrultusunda 'Sezaryen sonrası FSÖ modeline göre yapılan evde bakım, kadınların beslenme ve metabolik durum örüntüsüne ait sorun sıklığını azaltır' hipotezi (H_2) çalışma sınırlılıkları kapsamında kabul edilmiştir.

Konuyla ilgili yapılan diğer bazı çalışmalarda, doğum sonu ilk günlerde kadınlarda özellikle meme ve insizyon yeri sorunlarının evde bakım ziyaretleriyle düzeltileceği saptanmıştır (Christie ve Bunting, 2011; Lyengar, 2012; Monte, 2010; Webb ve ark., 2008). Bick ve ark. (2009) doğum sonu altı haftalık sürede kadınlara yapılan eğitim ve danışmanlık müdahalesinin özellikle mastit gibi meme sorunlarını azalttığını belirlemişlerdir. Duman (2010) evde bakım alan kadınların doğum sonu 42. günde, 2. gün ve 15. güne göre kadınların daha az meme ile insizyon yeri sorunları yaşadığını, Koç (2005) ise doğum sonu altı haftalık sürede evde yapılan bakım sonucunda

kadınların yalnızca %2'sinin meme sorunu yaşadıklarını belirtmiştir. Apay (2011) ile Kılıç ve ark. (2011)'nin çalışmalarında da evde bakım alan kadınların doğum sonu altı haftalık dönemin sonunda beslenmede dengesizlik ve yetersiz emzirme sorununun tamamen ortadan kalktığı vurgulanmaktadır. Çalışma sonuçları bu konuda yapılan çalışma sonuçlarına benzerlik göstermekte olup, evde bakım alan kadınların beslenme ve metabolik durum örüntüsüne ait sağlık sorunlarında azalma olması doğum sonu evde bakım ve eğitimin etkinliğini vurgulamaktadır. Ancak ev ziyaretleri süresince ağız ve diş sorununun devam etmesi, sorunun doğum sonu döneme özel bir sağlık sorunu olmayıp kronik bir sorun olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada kadınların doğum sonu sekizinci haftada, taburculuk sonrası ikinci güne ve doğum sonu ikinci haftaya göre barsak ve üriner boşaltım sorunlarının azaldığı ($p<0.05$) belirlenmiştir (Tablo 4). Ayrıca kadınların doğum sonu sekizinci haftada taburculuk sonrası ikinci güne göre konstipasyon sorununda da ($p<0.05$) azalma olduğu saptanmıştır (Tablo 9). Bu bulgular doğrultusunda 'Sezaryen sonrası FSÖ modeline göre yapılan evde bakım kadınların boşaltım biçimi örüntüsüne ait sorun sıklığını azaltır' hipotezi (H_3) çalışma sınırlılıkları kapsamında kabul edilmiştir. Yapılan çalışmalar özellikle doğum sonu ilk haftalarda planlanan ev ziyareti programının konstipasyon ve idrar sorunlarını azalttığını, ancak tamamen ortadan kaldıramadığını göstermektedir (Bick ve ark., 2009; Christie ve Bunting, 2011; Kılıç ve ark., 2011; Webb ve ark., 2008). Benzer şekilde Apay (2011) ve Koç (2005) da doğum sonu altı haftalık dönemde yapılan eğitim ve bakımla konstipasyon sorununun azaldığını saptamışlardır.

Çalışmada kadınların doğum sonu sekizinci haftada, taburculuk sonrası ikinci güne ve doğum sonu ikinci haftaya göre aktivite-egzersiz örüntüsündeki sorunların ve yorgunluğun tedrici olarak azaldığı ($p>0.05$) görülmektedir (Tablo 5). Ancak evdeki sorumluluklarını sürdürme ve yönetmede bozukluk, aktivite intoleransı ve bireysel bakımda eksiklikte azalma ($p<0.05$) olduğu belirlenmiştir (Tablo 9). Bu sonuçlar doğrultusunda 'Sezaryen sonrası FSÖ modeline göre yapılan evde bakım kadınların aktivite-egzersiz biçimi örüntüsüne ait sorun sıklığını azaltır' hipotezi (H_4) çalışma sınırlılıkları

kapsamında kabul edilmiştir. Kealy ve ark. (2010) doğum sonrasında yapılan eğitime karşın kadınların aktivitelerinde azalmanın devam ettiğini saptamıştır. Hunter ve ark. (2009) doğum sonu dönemdeki kadınlarda uyku rahatsızlıklarının yorgunluğu arttırdığını belirtmişlerdir. Bu çalışma bulgularından farklı olarak Apay (2011)'in çalışmasında doğum sonu altı haftalık dönemde yorgunluk sorunları azalma göstermiştir. Diğer taraftan Kılıç ve ark. (2011)'nın, Duman (2010)'ın ve Nazik (2009)'in çalışmalarında ise doğum sonrası kadınlara ev ziyaretlerinde eğitim ve danışmanlık yapılmasına karşın yorgunluk ve aktivite-egzersiz sorunlarının devam ettiği belirtilmektedir ve bu sonuçlar yapılan çalışmanın sonucuna benzemektedir. Kadınlarda ev ziyaretleri süresince yorgunluğun devam etmesi; sezaryen sonrasında kadının kendi fiziksel gereksinimlerinin yanı sıra eklenen bebek bakım sorumluluğu, yeterince dinlenememe, uykusuzluk sorunu, kadınlara ev içi sorumluluklarında ve bebek bakımında yardım edecek bireylerin olmaması gibi durumlardan kaynaklanabilir.

Kadınların özellikle doğum sonu ilk haftalarda fizyolojik uyum, bebeği geceleri emzirme ve ailedeki artmış sorumluluklar gibi nedenlerden dolayı yeterli uyuyamamaktadırlar (Signal ve ark., 2007; Taylor ve Johnson, 2010). Doğum sonu yaşanan uyku sorunları nedeniyle kadın kendini yorgun hissetmekte, uykusuzluk ve yorgunlukla beraber kadınların günlük aktivite düzeyleri de etkilenmektedir. Ancak doğum sonu ilerleyen dönemlerde kadındaki uyku ve yorgunluğun azalmasıyla birlikte aktivite düzeyi de normale dönmekte ve kadın gebelik öncesi fonksiyonel durumuna kavuşabilmektedir (Dresang ve Leeman 2012, Goodwin ve ark., 2010). Bu dönemde kadına aktivite ve uyku düzeni ile ilgili bilgi verilmesi, kadının aktivite ve dinlenme faaliyetlerini bebeğin uyku-uyanıklık döngüsüne göre düzenlemesi, aileye kadına destek olması konusunda danışmanlık yapılması, anne ve bebekte oluşabilecek sorunların önlenmesi gibi hemşirelik uygulamaları kadının uykusuzluk ve yorgunluk sorunları yaşama sıklığını azaltabilmektedir (Dennis ve Ross, 2005; Miller ve LaRusso, 2011). Webb ve ark. (2008) doğum sonrası kadınların bebek bakımında ve günlük ev işlerindeki aktivitelerinde kendilerine

destek sağlandığında fonksiyonel durumlarının daha da iyi olacağını belirtmişlerdir.

Bu çalışmada kadınların doğum sonu sekizinci haftada, taburculuk sonrası ikinci güne ve doğum sonu ikinci haftaya göre uyku-dinlenme sorunlarının azaldığı ($p<0.05$) saptanmıştır (Tablo 5). Ayrıca doğum sonu sekizinci haftada taburculuk sonrası ikinci güne göre uykusuzluk ve uyku biçiminde bozukluk sorunlarında da anlamlı ($p<0.05$) bir azalma olduğu belirlenmiştir (Tablo 9). Bulgular doğrultusunda ‘Sezaryen sonrası FSÖ modeline göre yapılan evde bakım kadınların uyku-dinlenme biçimi örüntüsüne ait sorun sıklığını azaltır’ hipotezi (H5) çalışma sınırlılıkları kapsamında kabul edilmiştir. Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda doğum sonu ilerleyen haftalarda yapılan hemşirelik girişimlerinin kadınlarda uyku sorunlarında belirgin bir azalma sağladığını vurgulanmıştır (Duman, 2010; Kılıç ve ark., 2011; Koç, 2005). Çalışma sonuçları bu konuda yapılan çalışma sonuçlarına benzerlik göstermektedir. Uyku dinlenme sorunu azalmasına karşın, yorgunluk sorunun devam etmesi yorgunluğun yalnızca fiziksel boyutta yaşanan bir durum olmayıp, doğum sonu dönemin psikososyal boyutlarıyla ilişkili bir kavram olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Kadınların doğum sonu sekizinci haftada, taburculuk sonrası ikinci güne ve doğum sonu ikinci haftaya göre bilişsel-algısal örüntüsüne ait sorunlarının azaldığı ($p<0.05$) saptanmıştır (Tablo 6). Ayrıca kadınların taburculuk sonrası ikinci gün ile ikinci haftadaki bilgi eksikliği ve ağrı, doğum sonu sekizinci haftada tamamen ortadan kalkmıştır ($p<0.05$). Aynı zamanda bebek bakımına yönelik sorunların tamamı doğum sonu ikinci haftadan itibaren tüm kadınlarda çözümlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda ‘Sezaryen sonrası FSÖ modeline göre yapılan evde bakım kadınların bilişsel-algısal örüntüsüne ait sorun sıklığını azaltır’ hipotezi (H6) çalışma sınırlılıkları kapsamında kabul edilmiştir. Razurel ve ark. (2011) doğum sonu dönemi kadınların bir stresör olarak algıladığını ve bu durumla başa çıkma stratejilerini geliştirmek için eğitim ve danışmanlığın çok önemli olduğunu vurgulamışlardır. Bick ve ark. (2009) ise doğum sonrasında kadınlara yapılan eğitim ve danışmanlık müdahalesinin ağrı sorununu azalttığını belirlemiştir. Benzer çalışmalarda da

doğum sonrası kadınların evde izlem ve değerlendirmelerinin yapılmasıyla bilgi eksikliklerinin giderileceği ve sağlık sorunlarının azaltılacağı belirtilmiştir (Christie and Bunting, 2011, Fenwick ve ark., 2010; Kılıç ve ark., 2011; Ogbuanu ve ark., 2009; Webb ve ark., 2008). Apay (2011)'in çalışmasında doğum sonu altı haftalık dönemde kadınlarda insizyon yeri ağrısının azaldığı ve bilgi eksikliğinin giderildiği belirlenmiştir. Duman (2010) özellikle insizyon yeri ağrı sorununun ev ziyaretleri süresince giderek azalmakla birlikte, doğum sonu 42. güne kadar devam ettiğini saptamıştır. Bu çalışma bulguları Apay (2011)'in ve Duman (2010)'in çalışma sonuçlarına benzemektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda sezaryen ile doğum yapmış kadınlara taburculuk sonrası evde ağrı kontrolüne yönelik eğitim ve danışmanlık verilmesinin ağrıya bağlı başka sağlık sorunlarının oluşmasını önleme açısından oldukça önemli olduğu söylenebilir.

Kadınların doğum sonu sekizinci haftada, taburculuk sonrası ikinci güne ve doğum sonu ikinci haftaya göre kendini algılama örüntüsüne ait sorunlarının azaldığı ($p<0.05$; Tablo 6) belirlenmiştir. Aynı zamanda kadınların doğum sonu sekizinci haftada durumsal düşük benlik saygısı ve beden bilincinde bozulma sorunlarının da tümüyle düzeldiği saptanmıştır (Tablo 9). Ancak çalışmada kendini algılama örüntüsüne ait sorun yaşayan kadınların sayılarının az olması nedeniyle H_7 hipotezi çalışma sınırlılıkları kapsamında değerlendirilememiştir. Bu çalışmada olduğu gibi Apay (2011)'in çalışmasında da durumsal düşük benlik saygısı ve beden bilincinde bozulma sorunlarında azalma olduğu saptanmıştır. Literatürde kadınlara doğum sonrasında evde yeterli desteğin sağlanmamasının, onların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (Kersten-Alvarez ve ark., 2010; Ogbuanu ve ark., 2009; Webb ve ark., 2008).

Kadınların doğum sonu sekizinci haftada, taburculuk sonrası ikinci güne ve doğum sonu ikinci haftaya göre rol-ilişki örüntüsüne ait sorunların azaldığı ($p<0.05$) saptanmıştır (Tablo 6). Aile içi ilişkiler doğum donu ikinci haftada biraz sorunlu olmakla birlikte, doğum sonu sekizinci haftada bu sorunların azaldığı görülmektedir. Baş etme-stres toleransı ise kadınların hemen hemen tamamında taburculuk sonrası ikinci gün ve doğum sonu ikinci

haftada sorunlu iken doğum sonu sekizinci haftada düzelme eğilimi göstermiştir (Tablo 6). Ayrıca kadınların doğum sonu sekizinci haftada taburculuk sonrası ikinci güne göre üstlendiği rolü yerine getirmede değişiklik, sosyal izolasyon ve sözel iletişimde bozulma sorunlarında anlamlı ($p<0.05$) bir azalma olduğu belirlenmiştir (Tablo 9). Bu sonuçlar doğrultusunda ‘Sezaryen sonrası FSÖ modeline göre yapılan evde bakım kadınların rol-ilişki örüntüsüne ait sorun sıklığını azaltır’ hipotezi (H₈) çalışma sınırlılıkları kapsamında kabul edilmiştir. Bu çalışmada olduğu gibi Kılıç ve ark. (2011)’nin ve Apay (2011)’in çalışmalarında da doğum sonu altı haftalık dönemde sosyal izolasyon sorununda azalma olduğu saptanmıştır.

Kadınların doğum sonu sekizinci haftada, taburculuk sonrası ikinci güne ve doğum sonu ikinci haftaya göre baş etme-stres toleransı örüntüsüne ait sorunların azaldığı ($p<0.05$) saptanmıştır (Tablo 6). Ayrıca kadınların doğum sonu sekizinci haftada taburculuk sonrası ikinci güne göre bireysel baş etmede yetersizlik sorununda da anlamlı ($p<0.05$) bir azalma olduğu belirlenmiştir. (Tablo 9). Bu sonuçlar doğrultusunda ‘Sezaryen sonrası FSÖ modeline göre yapılan evde bakım kadınların baş etme-stresi tolere etme biçimi örüntüsüne ait sorun sıklığını azaltır’ hipotezi (H₁₀) çalışma sınırlılıkları kapsamında kabul edilmiştir. Bu sonuç sezaryen ile doğum yapmış kadınlara taburculuk sonrası stresle baş etmeye yönelik eğitim ve danışmanlık verilmesinin kadınların baş etme güçlerini artırmada katkı sağlama açısından oldukça önemli olduğu söylenebilir (Lund ve Mcmanaman, 2010; Webb ve ark., 2008).

Bu çalışmada kadınların taburculuk sonrası ikinci günde yaklaşık yarısının cinsellik-üreme örüntüsü sorunu var iken doğum sonu ikinci haftadan itibaren bu sorunda ciddi düzelme ($p<0.05$) başlamıştır (Tablo 7). Ayrıca kadınların doğum sonu sekizinci haftada taburculuk sonrası ikinci güne göre cinsel yaşamda değişim riski sorununda ciddi ($p<0.05$) bir azalma olduğu saptanmıştır (Tablo 9). Çalışma sonuçları doğrultusunda ‘Sezaryen sonrası FSÖ modeline göre yapılan evde bakım kadınların cinsellik-üreme örüntüsüne ait sorun sıklığını azaltır’ hipotezi (H₉) çalışma sınırlılıkları kapsamında kabul edilmiştir. Duman (2010) doğum sonu kanama ve kötü kokulu loşia görülme oranının kadınlarda yüksek olduğunu, Koç (2005) ise doğum sonu 15. günde

evde bakım hizmeti almayan kadınlarda %12 olduğunu bulmuştur. Yapılan çalışmaların aksine bu çalışmada uterus involüsyonu içerisinde değerlendirilen kanama ve loşiya yönelik bir sorun yaşanmaması, doğum sonrasında kadınların normal zamanda taburcu olmalarından, taburcu olurken komplikasyon gelişmemiş olan kadınların araştırmaya alınmasından ve hastanede verilen bakım ile eğitim hizmetlerinin ev ziyaretleri sırasında da devam etmesinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Kadınların doğum sonu sekizinci haftada, taburculuk sonrası ikinci güne ve doğum sonu ikinci haftaya göre değer-inanç örüntüsüne ait sorunların azaldığı ($p<0.05$) saptanmıştır (Tablo 8). Bu sonuçlar doğrultusunda ‘Sezaryen sonrası FSÖ modeline göre yapılan evde bakım kadınların değer-inanç örüntüsüne ait sorun sıklığını azaltır’ hipotezi (H₁₁) çalışma sınırlılıkları kapsamında kabul edilmiştir.

Hemşirelik modelleri kullanılarak yapılan çalışmalarda bakım sonuçlarının daha etkili ve sistematik olduğu, sağlık sorunlarını azalttığı görülmüştür (Carpenito-Moyet, 2008; Gordon, 2010). Kılıç ve ark. (2011)’nin, Apay (2011)’in ve Nazik (2009)’in model kullanarak yapmış oldukları çalışmalarında da doğum sonu dönemde verilen bakımın doğum sonu sağlık sorunlarını azalttığı/önlediği belirlenmiştir. Model kullanmadan yapılan çalışmalarda da sezaryen sonrası ev ziyaretlerinin anne ve bebek sağlığını olumlu yönde etkilediği, fakat çalışma sonuçları olumlu olmasına karşın daha az sağlık sorununu çözdüğü saptanmıştır (De la Rosa ve ark., 2009; Duman, 2010; Koç, 2005). Literatür bilgilerini ve yapılan diğer çalışma sonuçlarını destekler nitelikte olan bu çalışma sonuçları; kadınlarda sorun yaşama sıklığının ev ziyaretleri süresince anlamlı ölçüde azalması, sezaryen sonu bireyi bütüncül olarak ele almayı sağlayan model kullanılarak yapılan ev ziyaretlerinin etkinliğini ve doğum sonunda verilen eğitimlerin gerekliliğini desteklemesi açısından önemli olabilir.

Kadınlarda durumsal düşük benlik saygısı, beden bilincinde bozulma ve yorgunluk sorunlarının ev ziyaretleri süresince devam etmesi kadının yaşam kalitesini, ilişkilerini, fonksiyonlarını, annelik rolünü ve bebek bakım becerisini etkileyerek Postpartum Depresyon (PPD) oluşmasına neden

olabilmektedir (Postmontier, 2008; Taylor ve Johnson, 2010; Yozwiak, 2010). Amerikan Psikiyatri Birliği'ne göre PPD, doğum sonrası dördüncü haftadan başlayarak, bir yıla kadar sürebilmektedir (Gereklilu ve ark., 2007; Pearlstein ve ark., 2009). Bu çalışmada doğum sonu 12. haftada 33 kadından sadece birinin (%3.0) depresif semptom yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 10).

PPD'nin dünya çapında doğum sonu dönemde kadınların %10-15'ini etkilediği bildirilmiştir (Wan ve ark., 2010; Yozwiak, 2010). McVeigh (2002) 18 aydan küçük çocuğu olan kadınlarda PPD sıklığıının %40 olduğunu belirtmiştir. Türkiye'de farklı illerde yapılan çalışma sonuçlarına göre PPD prevalansı %12-30 arasında bulunmuştur (Arslantaş ve ark., 2009; ubukcu, 2010; Durukan ve ark., 2011; zdemir ve ark., 2008). Çelikel (2012) doğum sonu altı hafta ile 24 haftalar arasında PPD prevalansının %20.5 olduğunu saptamıştır. Ayrıca araştırmalar depresif belirtileri olan kadınlara evde verilen hemşirelik bakımının depresyon düzeyini düşürdüğünü göstermektedir (Arslantaş ve ark., 2009; elikel, 2012; Durukan ve ark., 2011; zdemir ve ark., 2008). Bu çalışmada evde bakım hizmetleri sonucu kadınların daha az depresif semptom yaşaması, literatür bilgileri ile uyumlu olmakla birlikte, sorunun yaygınlığına ilişkin farklı sonuçların depresif semptomları lme zamanı ve örneklem hacmi gibi diğer bazı farklılıklardan da kaynaklanmış olabileceği söylenebilir. Diğer taraftan FS modelinin kadınları bütüncül yaklaşım içerisinde ele alması ve bu bütüncül bakış açısı içinde kadınların doğum sonu dönemde ev ziyaretleri ile desteklenmesi, depresif semptom yaşama sıklığıının azaltılmasını sağlayarak evde bakımın önemine dikkat çekebilir.

Doğum sonrası kadının fonksiyonel durumu, üstlendiği sorumlulukların fazla gelmesi ve yaşadığı karmaşa ile baş etmede zorlanması ruhsal iyilik halini etkileyebilmektedir. Kadının fonksiyonel durum yetersizliği, doğum sonu depresyon riskini arttırdığı gibi doğum sonu depresyon riski olan kadının da fonksiyonel durumu yetersiz olabilmektedir (Aktan, 2010; Howell ve ark., 2010). Posmontier (2008) kadınların fonksiyonel durumunun saptanarak doğum sonrası depresyonun tahmin edebileceğini vurgulamıştır. Bu nedenle sezaryen sonrası kadınların fonksiyonel durumunun değerlendirilmesi

depresyon riskinin belirlenmesinde önem taşımaktadır. Doğum sonu dönemde fonksiyonel durum; kadının bebeğinin bakım sorumluluğunu, kendi öz bakımını, ev işlerini, sosyal-toplumsal ve mesleki aktivitelerini üstlenmeye hazır olmasıdır (Apay ve Pasinlioğlu, 2009; McVeigh, 2002). Kadınların doğum sonrası iyileşmesi genellikle üreme organlarının iyileşmesi olan 8-12 haftalık süreyi tanımlamaktadır. Ancak üreme organlarının iyileşmesi ile kadınların doğum sonrası dönemde fizyolojik, psiko-sosyal açıdan tam olarak iyileşmesi gerçekleşmemiş olabilir (Fawcett ve ark., 1988; Thompson and Bukowski, 2008).

Literatürde doğum sonrası haftalar ilerledikçe fonksiyonel durumun da geliştiği, ancak kadınların fonksiyonel durumlarını yükseltebilmeleri için doğumdan sonra altı ay ve daha fazla zamana gereksinimleri olduğu belirtilmektedir (Aktan, 2010; McVeigh, 2002; Özkan ve Sevil, 2007; Şeker, 2006). Bu çalışmada doğum sonu 12. haftadaki DSFDE alt boyut ve toplam puan ortalamalarının sekizinci haftaya göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$; Tablo 11). McVeigh (2000) doğum sonu altıncı hafta, üçüncü ay ve altıncı ayda ev içi, sosyal-toplumsal ve öz bakım faaliyetlerinin anlamlı şekilde yükseldiğini belirlemiştir. McVeigh (2002) ise bebek bakımı sorumluluklarında, ev içi faaliyetlerde, özbakım faaliyetlerinde, sosyal ve toplumsal faaliyetlerde yükselme olduğunu bulmuştur. Çelikel (2012) doğum sonrası 13-24 haftalar arasındaki kadınların 8-12 haftalar arasındaki kadınlara oranla ev içi, öz bakım faaliyetleri ve toplam DSFDE puan ortalamalarının yüksek olduğunu saptamıştır. Apay ve Pasinlioğlu (2009) kadınların DSFDE sosyal ve toplumsal faaliyetler alt boyut puan ortalamalarının içinde bulunulan doğum sonrası hafta ilerledikçe yükseldiğini belirlemiştir. Özkan ve Sevil (2007) bebek bakımında yardım alan kadınların bebek bakımına ilişkin fonksiyonel durumlarının daha iyi olduğunu saptamıştır.

Çalışma sonuçları literatür bilgisi ve yapılan çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Bu sonuç kadınların genç, gelirin gidere denk, planlı sezaryen olmasından ve ekonomik olarak güçlü seviyedeki kadınların bebek bakımında ve ev işlerinde daha fazla yardım alabilme olanaklarına sahip olmalarından kaynaklanabilir. Ayrıca kadınların doğumdan sonra fonksiyonel

durumlarına geri dönüşleri fizyolojik iyileşme süresi olan altı haftadan daha uzun sürmesi nedeniyle, kadınlara bu dönemde gereksinim duydukları bakımın ev ziyaretleri süresince bütüncül bir yaklaşımla verilmesinin doğum sonu döneme daha kolay uyum sağlamalarını etkilediği söylenebilir.

Doğum sonu dönemde hemşirenin kadın, aile ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmede etkin rol alabilmesi için tüm hemşirelik rollerini yerine getirmesi, kadını ailesi ve çevresiyle bir bütün olarak ele alması, sürekli ve kendi ortamında sağlık hizmeti sunması gerekmektedir. Çünkü doğum sonu dönem, anne ve bebeğin gelecekteki yaşantısı için de oldukça önemli bir dönemdir. Tüm bu nedenlerden dolayı kadın, bebek, aile ve toplumun sağlığının korunmasında ve sürdürülmesinde sezaryen sonrasında evde bir program doğrultusunda yapılacak olan iyi bir hemşirelik bakımının önemli olduğu yadsınamaz bir gerçektir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Doğum sonu dönemde sezaryen sonrası fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline göre yapılan evde bakımın annelerin postpartum sağlık durumuna etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada, aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Kadınların doğum sonu sekizinci haftada, taburculuk sonrası ikinci güne ve doğum sonu ikinci haftaya göre; sağlığı algılama-sağlık yönetimi örüntüsü (Tablo 3), iştah, meme, insizyon yeri, barsak ve üriner boşaltım (Tablo 4), uyku-dinlenme (Tablo 5), bilişsel-algısal, kendini algılama, rol-ilişki ve baş etme-stres toleransı örüntüleri (Tablo 6), cinsellik-üreme örüntüsü (Tablo 7), değer-inanç örüntüsü sorunlarını daha az yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 8).
- Kadınların taburculuk sonrası ikinci gün, doğum sonu ikinci ve sekizinci haftada ise; ağız ve diş sorunu (Tablo 4) ile aktivite-egzersiz örüntüsü sorunlarının devam ettiği belirlenmiştir (Tablo 5).
- Kadınların taburculuk sonrası ikinci gün ve doğum sonu sekizinci haftadaki ev ziyaretlerinde FSÖ modeli doğrultusunda saptanan meme, üriner sistem ve insizyon yeri enfeksiyonu riski, yetersiz emzirme, beslenmede dengesizlik, konstipasyon, evdeki sorumluluklarını sürdürme ve yönetmede bozukluk, aktivite intoleransı, bireysel bakımda eksiklik, uykusuzluk, uyku biçiminde bozukluk, ağrı, durumsal düşük benlik saygısı, beden bilincinde bozulma, üstlendiği rolü yerine getirmede değişiklik, sosyal izolasyon, cinsel yaşamda değişim riski, bireysel baş etmede yetersizlik tanılarının devam etmediği saptanmıştır (Tablo 9).
- Kadınların taburculuk sonrası ikinci gün ve doğum sonu sekizinci haftadaki ev ziyaretlerinde FSÖ modeli doğrultusunda saptanan yorgunluk tanısının devam ettiği belirlenmiştir (Tablo 9).
- Doğum sonu 12. haftada çalışmaya katılan 33 kadından sadece birinin (%3.0) depresif semptom yaşadığı saptanmıştır (Tablo 10).

- Kadınların doğum sonu 12. haftadaki DSFDE alt boyut ve toplam puan ortalamalarının sekizinci haftaya göre yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 11).

6.2.Öneriler

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

- Kadınlarda taburculuk sonrası ikinci gün ve doğum sonu ikinci haftada, sekizinci haftaya göre daha fazla sağlık sorunları yaşandığı belirlendiği için ev ziyaretlerinin özellikle doğum sonrası ilk iki hafta boyunca daha sık olacak şekilde düzenlenmesi
- Doğum sonu ilk sekiz haftalık dönemde hastaneden taburcu edilen kadınların ev ziyaretleri planlanırken ziyaret yapılacak günde en fazla yaşanan sorunlara (Örn: aktivite-egzersiz, yorgunluk, beslenme) öncelik verilerek planlamanın bu doğrultuda yapılması
- Doğum öncesi dönemden başlayarak doğum sonu dönemde en az bir yıl süre ile kadınlara doğuma bağlı oluşabilecek sağlık sorunlarını da içeren eğitim ve danışmanlık hizmetinin planlı bir şekilde verilmesi
- Bu çalışma küçük bir grupta yapıldığı ve kadınlar doğum sonu ilk altı haftalık süre izlendiği için doğum sonu dönemde kadınların fonksiyonel durumları ve yaşadıkları sorunları göz önüne alarak, doğum sonu izlemlerin fizyolojik iyileşme süreci olan sekiz haftadan daha uzun süre yapılmasının sağlanması
- Sezaryen doğum sonu evde anne ve yenidoğan izlem sisteminin uygulanması
- FSÖ modeli için uzman görüşü alınarak sezaryen doğum sonu dönemde kadınlara bu modelin uygulanabilirliği açısından araştırmaların yapılması
- Doğum sonu dönemde FSÖ modelinin standart olarak kullanılabilmesi için farklı coğrafi bölgelerde ve daha büyük örneklem grubunda araştırmaların yapılması
- Sezaryen ile doğum yapan kadınlara farklı hemşirelik modelleri kullanılarak bakım verilmesi ve bakım sonuçlarının karşılaştırılması
- Randomize kontrollü deneysel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Ahn, S. and Youngblut, J. (2007). Predictors of Women's Postpartum Health Status in the First 3 Months After Childbirth, *Asian Nursing Research*, 1 (2), 136–146.
2. Aktan, N.M. (2010). Fonksiyonel Durumlar ve İlgili Kavramlar, *Clinical Nursing Research*, 19 (2), 165–180.
3. Allender, A.J. and Spradley, W.B. (2005). Clients Receiving Home Health and Hospice Care, *Community Health Nursing*, London, 885–891p.
4. Ansara, D., Cohen, M.M., Gallop, R., Kung, R. and Schei, B. (2005). Predictors of Women's Physical Health Problems after Childbirth, *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 8 (36), 115–125.
5. Anwar, M., Sami, N., Akhtar, M.E., Chowdhury, M.E., Salma, U., Rahmanc, M. and Koblinsky, M. (2008). Inequity in maternal health-care services: evidence from home-based skilled-birth-attendant programmes in Bangladesh, *Bulletin of the World Health Organization*, 86, 252–259.
6. Apay, E.S. ve Pasinlioğlu, T. (2009). Kesitsel bir çalışma: Kadınların Doğum Sonrası Fonksiyonel Durumlarının İncelenmesi, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1(6), 20–29.
7. Apay, E.S. (2011). Sezaryen ile Doğum Yapan Loğusalara Roy'un Modeline Göre Verilen Bakımın Değerlendirilmesi, *Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, 106s.
8. Arikan, C.D., Özer, A., Arikan, İ., Coşkun, A. ve Kiran, H. (2011). Turkish obstetricians' personal preference for mode of delivery and attitude toward cesarean delivery on maternal request, *Arch Gynecol Obstet*, 284, 543–549.
9. Arslantaş, H., Ergin, F. ve Balkaya, N.A. (2009). ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, Aydın İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve İlişkili Risk Etmenleri, 10 (3), 13–22.
10. Ay, F. (2008). Uluslar arası Alanda Kullanılan Hemşirelik Tanıları ve Uygulamaları Sınıflandırma Sistemleri, *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 28 (4), 555–561.
11. Aydın, D. (2005). *Evde Bakım Hizmetleri Kitabı, Sağlıklı Nesiller Derneği, Sağlık ve Eğitim Yayınları:1, Başak Matbaası*, 12–15s.

12. Balkaya, N.A. ve Kaya B. (2011). Postpartum Evde Bakım Hizmetleri ve Ebe/Hemşirenin Sorumlulukları, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 6 (16), 20–31.
13. Beji, NK., Coşkun, A. ve Yıldırım, G. (2003). Doğum Olayının Fonksiyonel Durum Üzerine Etkisi, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 1, 23–29.
14. Beydağ, K.D. (2007). Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 (6), 479–484.
15. Bick, D., Murrells, T., Weavers, A., Rose, V., Wray, J. ve Beake, S. (2009). Revising acute care systems and processes to improve breastfeeding and maternal postnatal health: a pre and post intervention study in one English maternity unit, *Midwifery*, 25, 392-402.
16. Birol, L. (2009). Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti, İzmir.
17. Boyle, A. and Reddy, A.M. (2012). Epidemiology of Cesarean Delivery: The Scope of the Problem, *Seminars in Perinatology*, 36 (5), 308-314p.
18. Carey, J.C. and Rayburn, W.F. (2006). *Obstetrik and Jinekoloji*. Eds. Güner H., Öncü Basımevi, Ankara, 554-652p.
19. Caroline, S.E., Homer, R.J. and Maralyn, J.F. (2011). Birth after caesarean section: changes over a nine-year period in one Australian state, *Midwifery*, 27 (2), 165-169.
20. Carpenito-Moyet, L.J. (2008). *Nursing Care Plans and Documentation: Nursing Diagnoses and Collaborative Problems*, Lippincott Williams and Wilkins, 814p.
21. Chaillet, N. and Dumont, A. (2007). Evidence-Based Strategies for Reducing Cesarean Section Rates: A Meta-Analysis, *Birth*, 34 (1), 53-64.
22. Cheng-yu, C., Fowles, E.R. and Walker, L.O. (2006). Postpartum Maternal Health Care in the United States: a Critical Review, *The Journal of Perinatal Education*, 15 (3), 34-42.
23. Christie, J. and Bunting, B. (2011). The effect of health visitors postpartum home visit frequency on first-time mothers: Cluster randomised trial, *International Journal of Nursing Studies*, 48 (6), 689-702.

24. Cox, J.L., Holden, J.M. and Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item, Edinburgh Postnatal Depression Scale, *British Journal of Psychiatry*, 150,782-786.
25. Cunningham, F.G., Gant, N.F. and Leveno, K.J. (2005). Williams Doğum Bilgisi (Çeviren: Ayşegül Cengiz Akman), İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 672-685s.
26. Çelikel, A.S. (2012). Doğum Sonrası Dönemde Fonksiyonel Durum ile Postpartum Depresyon İlişkisinin İncelenmesi, Yüksek lisans tezi, GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 97s.
27. Çubukcu, A.S. (2010). Edirne İl Merkezindeki Kadınların Postpartum Uzun Dönem Sağlık Problemlerinin Belirlenmesi, Doktora tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 148s.
28. Dal, Ü. (1999). Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri modeline göre kolostomili hasta bakımı, *Hemşirelik Formu*, 2 (5), 246-249.
29. Decherney, A.H. and Nathan, L. (2003). Cesarean section In: *Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment*, 9. Edition, Newyork USA, 683-785p.
30. Declercq, E., Young, R., Cabral, H. and Ecker, J. (2011). Is a Rising Cesarean Delivery Rate Inevitable? Trends in Industrialized Countries, 1987 to 2007, *Birth*, 38, 42p.
31. De la Rosa, I.A., Perry, J. Johnson, V. and Ecker, J. (2009). Benefits of increased home-visitation services: exploring a case management model, *Fam Community Health*, 32 (1), 58-75.
32. DeSanto-Madeya, S. (2007). Using case studies based on a nursing conceptual model to teach medical-surgical nursing, *Nurs Sci Q*, 20 (4), 324-329.
33. Dennis, C.L. and Ross, L. (2005). Relationships Among Infant Sleep Patterns, Maternal Fatigue and Development of Depressive Symptomatology, *Birth*, 32,187-193.
34. Dresang, L.T. and Leeman, L.T. (2012). Cesarean Delivery Primary Care, *Clinics in Office Practice*, 39 (1), 145-165.

35. Dochterman, J.M. and Bulechek, G.M. (2004). Nursing Interventions Classification (NIC). Fourt Edition, Mosby, United States of America, 1062p.
36. Duman, N.B. (2010). Sezaryen Sonrası Erken Taburcu Olan Kadınlara Verilen Evde Bakım Hizmetinin Anne Sağlığına ve Öz Bakım Gücüne Etkisi, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri,181s.
37. Duman, N.B. (2009). Pospartum Erken Taburculuk Sonrası Evde Bakım, TAF Preventive Medicine Bulletin, 8 (1), 73-82.
38. Durat, G. ve Kutlu, Y. (2010). Sakarya’da Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve İlişkili Faktörler, New Symposium Journal, 48 (1), 63-67.
39. Durukan, E., İlhan, M., Bumin, M.A. ve Aycan, S. (2011). 2 Hafta–18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi, Balkan Med J, 28, 385-393.
40. Eckman, M. (2012). Nursing Care Planning Made Incredibly Easy!. Lippincott Williams and Wilkins, Second edition, 3-137p.
41. Engindeniz, A.N. (1996). Edinburg Doğum Sonu Depresyon Ölçeği’nin Türkçe Formu İçin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması (tez), İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
42. Erdemir, F. (2005). Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti, İstanbul,790s.
43. Eryılmaz, G. (2008). Laktasyon ve Emzirme. In: Şirin A, eds. Kadın Sağlığı, Bedray Basın Yayıncılık Ltd Şti, İstanbul,759-780s.
44. Fawcett, J., Tulman, L. and Myers, S.T. (1988). Development of the Inventory of Functional Status After Childbirth, Journal of Nurse-Midwifery, November/December; 33 (6), 252-260.
45. Fenwick, S., Holloway, I. and Alexander, J. (2009). Achieving normality: The Key to Status Passage to Motherhood after a Cesarean Section, Midwifery, 25 (5), 554-563.
46. Fenwick, J., Staff, L., Gamble, J., Creedy, D.K. and Bayes, S. (2010). Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? Original Research Article. Midwifery, 26 (4), 394-400.

47. Fink, A.M. (2011). Early Hospital Discharge in Maternal and Newborn Care *Jogmn*, 40, 149-156.
48. Flam, B.L., and Quilligan, E.J. (2012). *Cesarean Section: Guidelines for Appropriate Utilization* Springer, Softcover reprint of the original 1st ed. 9-51p.
49. Gereklioğlu, Ç., Poçan, A.G. ve Başhan, İ. (2007). Annelerin Doğum Sonrası Psikiyatrik Sorunları, *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 17, 126-133.
50. Green, C.J. (2011). *Maternal Newborn Nursing Care Plans*, Jones and Bartlett Learning, 2 edition, 9-22.
51. Goodwin, T.M., Montoro, M.N. and Muderspach, L. (2010). *Management of Common Problems in Obstetrics and Gynecology*, Wiley-Blackwell, 5 edition, 62-67p.
52. Gordon, M. (2003-1). Hemşirelikte Standardize Bir Dile Neden Gereksinim Vardır? Hemşirelik Sınıflama Sistemlerinin Tarihsel Gelişimine Genel Bakış, In: Erdemir F, Yılmaz E.(Eds), *Hemşirelik Sınıflama Sistemleri*, Başkent Üniversitesi Basın Yayın Halkla İlişkiler Bürosu, Ankara, 11-15s.
53. Gordon, M. (2003-2). Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri ve Klinik Karar Verme. In: Erdemir F, Yılmaz E.(Eds). *Hemşirelik Sınıflama Sistemleri*, Başkent Üniversitesi Basın Yayın Halkla İlişkiler Bürosu, Ankara, 87-93s.
54. Gordon, M. (2010). *Manual of Nursing Diagnosis* Jones and Bartlett Learning, 12 edition, 31p.
55. Gölbaşı, Z. (2003). Postpartum Dönemde Erken Taburculuk, Evde Bakım Hizmetleri ve Hemşirelik, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7 (2), 15-22.
56. Güler, G., Güler, N., Kocataş, S. ve Akgül N. (2009). Yaşlıların Sağlık Bakım Gereksinimleri, *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 31, 367-373.
57. Gümüş, A.B., Şıpkın, S. ve Keskin, G. (2012). Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ile Bir Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3 (1), 13-21s.

58. Gürler, H. ve Yılmaz, M. (2011). Rektum Kanseri Bir Olgunun Standart Hemşirelik Bakımının Planlanmasında Bir Model: 'Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri', Fırat Tıp Dergisi, 16 (3), 141-146.
59. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2008). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara.
60. Howell, E.A., Mora, P.A., Mark, R.C. and Leventhal, H. (2010). Lack of Preparation, Physical Health After Childbirth and Early Postpartum Depressive Symptoms, Journal of Women's Health, 19 (4), 703-707.
61. Hunter, L., Rychnovsky, J. and Yount, S.A. (2009). Selective Review of Maternal Sleep Characteristics in Postpartum Period, Jognn, 38 (1), 60-68.
62. Hurt, K.J., Fox, E.H. and Guile, M.W. (2010). The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics, 4/e, International Edition, Lippincott Williams and Wilkins, Fourth, North American Edition, 257-265p.
63. Islam, A., Ehsan, A., Arif, S., Murtaza, J. and Hanif, A. (2011). Evaluating trial of scar in patients with a history of caesarean section, North Am J Med Sci, 3, 201-205.
64. İsbir, G.G. (2011). Roy Adaptasyon Modeline Dayalı Danışmanlığın Gebelikte Bulantı Kusmaya Etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 147s.
65. Kadanalı, A. (2006). Postpartum Enfeksiyonlar. Kitap: Çiçek N, Akyürek C, Çelik Ç ve ark. (Yazarlar), Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Ankara, Güneş Kitabevi, 267-273s.
66. Kealy, M.A., Small, R.E., and Liamputtong, P. (2010). Recovery after caesarean birth: a qualitative study of women's accounts in Victoria, Australia, BMC Pregnancy and Childbirth, 10 (47), 2-11.
67. Kersten-Alvarez, L.E., Hosman, C., Riksen-Walraven, J.M., Van Doesum, K. and Hoefnagels, C. (2010). Long-term effects of a home-visiting intervention for depressed mothers and their infants, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51 (10), 1160-1170.
68. Kılıç, D., Kılıç, M., Reis, N. ve Özkan, H. (2011). The effect of Caesarean delivery care on postpartum problems and satisfaction, Health Med, 5 (4), 794-800.

69. Kral, T.L. (2012). Preventing Primary Cesarean Sections: Intrapartum Care, *Seminars in Perinatology*, 36 (5), 357-364.
70. Koç, G. (2005). Doğum Sonu Erken Dönemde Taburcu Edilen Anneler İçin Geliştirilen Evde Bakım Hizmet Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 223s.
71. Koç, G. (2004). Doğum Sonu Dönem Veri Toplama Formu. Kitap: Taşkın L, Eroğlu K, Terzioğlu F, ve ark. (Yazarlar), Hemşire ve Ebeler İçin Doğum ve Kadın Sağlığı Uygulama Rehberi, Ankara, Palme Yayıncılık, 73-83s.
72. Lewitt, C., Shaw, E. and Wang, S. (2004). Systematic Review of the Literature on Postpartum Care: Methodology and Literature Search Results, *Birth*, 31 (3), 196-202.
73. Lichtenstein, B., Brumfield, C., Cliver, S., Chapman, V., Lenze, D. and Davis, V. (2004). Giving Birth, Going Home: Influences on When Low-Income Women Leave Hospital, *an Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 8 (1), 81-100.
74. Lieu, T.A. and Braveman, P.A. (2000). Randomized Comparison of Home and Clinic Follow-Up Visits After Early Postpartum Hospital Discharge—Part I, *Pediatrics*, 105 (5), 1058-1065p.
75. Lund, K. and Mcmanaman, J. (2010). Puerperium (çeviri: E. Kuşçu), Ayhan A (Editör), Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji, Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 22-43 ss.
76. Lyengar, K. (2012). Early Postpartum Maternal Morbidity among Rural Women of Rajasthan, India: A Community-based Study, *J Health Popul Nutr*, 30 (2), 213-225.
77. Maghzi, A.H., Etemadifar, M., Heshmat-Ghahdarjani, K., Nonahal, S., Minagar, A. and Moradi, V. (2012). Cesarean delivery may increase the risk of multiple sclerosis, *Multiple Sclerosis Journal*, 18 (4), 468-471p.
78. Martell, L. (2003). Postpartum Women's Perceptions of the Hospital Environment, *Jognn*, 32 (4), 478-485.

79. Mason, D.J., Isaacs, S.L. and Colby, D.J. (2011). *The Nursing Profession: Development, Challenges, and Opportunities*, Jossey-Bass; 1 edition, 301-331.
80. McVeigh, C.A. (2000). Investigating the Relationship Between Satisfaction with Social Support and Functional Status After Childbirth, *Am J Maternal Child Nursing*, 25 (1), 25-30.
81. McVeigh, C.A. (2002). Satisfaction With Social Support and Functional Status After Childbirth, *MCN*, January-February, 1 (25), 25-30.
82. Meleis, A.I. (2011). *Theoretical Nursing: Development and Progress*, 548-616p.
83. Menacker, E.D. and Macdorman, M.F. (2006). Cesarean Delivery: Background, Trends, and Epidemiology, *Semin Perinatol*, 30, 235-241.
84. Menacker, F. and Hamilton, B.E. (2010). Recent trends in cesarean delivery in the United States, NCHS data brief no, Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
85. Miller, L.J. and LaRusso E.M. (2011). Preventing Postpartum Depression, *Psychiatric Clinics of North America*, 34 (1), 53-65.
86. Mirjana, V., Goran, B., Dragan, L. and Marija, B. (2011). The Increased Cesarean Section Incidence - Is There a Clinical Justification? *Macedonian Journal of Medical Sciences*, 4 (3), 281-284.
87. Monte, M.C. (2010). Postdischarge Surveillance Following Cesarean Section: The Incidence of Surgical Site Infection and Associated Factors, *Am J Infect Control*, 38 (6), 467-472.
88. Moorhead, S., Johnson, M. and Maas, M. (2004). *Nursing Outcomes Classification (NOC), Third Edition*, Mosby, Inc, United States of America, 936p.
89. Murray, S.S. and McKinney, E.S. (2010). Postpartum Physiologic Adaptations. *Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing*, Fifth Edition, 390-419p.
90. Nazik, E. (2009). Öz-bakım modeli kullanılarak verilen bakımın postpartum komplikasyonların önlenmesi ve giderilmesine etkisi. Atatürk

Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 105s.

91. Norr, K.F., Crittenden, K.S., Lehrer, E.L., Reyes, O., Boyd, C.B., Nacion, K.W. and Watanabe, K. (2003). Maternal and Infant Outcomes at One Year for a Nurse-Health Advocate Home Visiting Program Serving African Americans and Mexican Americans, *Public Health Nursing*, 20 (3), 190-198.
92. Oddie, S., Hamal, D., Richmond, S. and Parker, L. (2005). Early Discharge and Readmission to Hospital in the First Month of Life in the Northern Region of the UK: A Case Cohort Study, *Arch Dis Child*, 90, 119-124.
93. Odumosu, M., Pathak, S., Barnet-Lamb, E., Akin-Deko, O., Joshi, V. and Selo-Ojeme, D. (2012). Clinical article: Understanding and recollection of the risks associated with cesarean delivery during the consent process, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 118 (2), 153-155.
94. Ogbuanu, C.A., Jones, C.A., McTigue, S.L., Baker, S.L., Heim, M., Baek, J.D. and Smith, L.U. (2009). Program Evaluation of Postpartum/Newborn Home Visitation Services in County, South Carolina *Public Health Nursing*, 26 (1), 39-47.
95. Özdemir, S., Marakoğlu, K. ve Çivi, S. (2008). Konya İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Riski ve Etkileyen Faktörler, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7 (5), 391-398.
96. Özkan, S. ve Sevil, Ü. (2007). Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum Envanterinin Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6, 199-208.
97. Öztürk, S. (2011) Roy Adaptasyon Modeline Göre Postpartum Dönemdeki Annelere Verilen Eğitimin Anne Duyarlılığına Etkisi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 93s.
98. Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A. and Zlotnick, C. (2009). Postpartum depression, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 200 (4), 357-364.

99. Pearson, A., Vaughan, B. and Fitzgerald, M. (2005). Nursing Models of Practice, II. Edition, Elsvier Limited, China, 759-780p.
100. Perla, L. (2002). Patient Compliance and Satisfaction with Nursing Care During Delivery and Recovery, *Journal of Nursing Care Quality*, 16 (2), 60-66.
101. Pillitteri, A. (2003). Maternal Child Health Nursing: Care of Childbearing and Childbearing Family, Fourth Edition, Lippincott Company, Philadelphia, 595-717p.
102. Porter, M., Van Teijlingen, E., Chi Ying Yip, L. and Bhattacharya, S. (2007). Satisfaction with Cesarean Section: Qualitative Analysis of Open-Ended Questions in a Large Postal Survey, *Birth*, 34 (2), 148-154.
103. Posmontier, B. (2008). Functional Status Outcomes in Mothers With and Without Postpartum Depression, *Journal of Midwifery and Women's Health*, 53 (4), 310-318.
104. Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O. ve Epiney, M. (2011). Stressful Events, Social Support and Coping Strategies of Primiparous Women During the Postpartum Period: A Qualitative Study, *Midwifery*, 27(2), 237-242.
105. Runquist, J. (2007). Persevering Through Postpartum Fatigue, *Awhonn*, 36, 28-37.
106. Sabancıoğulları, S., Ata, E.E., Kelleci, M. ve Doğan, S. (2011). Bir Psikiyatri Kliniğinde Hemşireler Tarafından Yapılan Hasta Bakım Planlarının Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ve NANDA Tanılarına Göre Değerlendirilmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2 (3), 117-122s.
107. Salim, R., Braverman, M., Teitler, N., Berkovic, I., Suliman, A. and Shalev, E. (2011). Effect of Interventions in Reducing the rate of Infection After Cesarean Delivery, *Am J Infect Control*, 1 (6), 138-149.
108. Saurel-Cubizolles, M.J., Romito, P., Lelong, N. and Ancel, P.Y. (2000). Women's Health After Childbirth: a Longitudinal Study in France and Italy, *Bjog*, 107 (10), 1202-1209.

- 109.**Schytt, E., Lindmar, G. and Waldenström, U. (2005). Physical symptoms after childbirth: prevalence and associations with self-rated health, *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112 (2), 210-217.
- 110.**Sia, W.W., Powrie, R.O., Cooper, A.B., Larson, L., Phipps, M., Spencer, P., Sauve, N. and Rosene-Montella, K. (2009). The incidence of deep vein thrombosis in women undergoing cesarean delivery, *Thrombosis Research*, 123 (3), 550-555.
- 111.**Signal, T.L., Kaz, P.H., Sangalli, B., Travier, N., Fireston, R.T. and Tuohy, J.F. (2007). Sleep Duration and Quality in Healthy Nulliparous and Multiparous Women Across Pregnancy and Postpartum, *J Obstet Gynaecol*, 47 (1), 16-22.
- 112.**Simpson, R.K. and Creehan, P.A. (2001). *Perinatal Nursing*, Second Edition, Lippincott Company, Philadelphia, 446-667p.
- 113.**Sitzman, K. and Eichelberger, L.W. (2010). *Understanding the Work of Nurse Theorists: A Creative Beginning*, 1-17p.
- 114.**Smith, R.P. (2008). *Obstetrik Jinekoloji ve Kadın Sağlığı*. Çeviri Edt. Mithat Erenus, Tevfik Yoldemir, Güneş Kitapevi.
- 115.**Staff, L. and MidHons, R.M. (2010). Why do Women Request Cesarean Section in Anormal, Healthy First Pregnancy? *Midwifery*, 394-400.
- 116.**Staub-Müler, M. (2009). Evaluation of the Implementation of Nursing Diagnosis. Interventions and Outcomes, *International Journal of Nursing Terminologies and Classification*, 20 (1), 9-15.
- 117.**Soergel, P., Jensen, T., Makowski, L., Kaisenberg, C., Hillemanns, P. (2012). Characterisation of the learning curve of caesarean section, *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286 (1), 29-30p.
- 118.**Şeker, S. (2006). *Doğuma Hazırlık Sınıflarının Annenin Doğum Sonu Fonksiyonel Durumuna ve Bebeğini Algılamasına Etkisi*, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, 104s.
- 119.**Taşkın, L. (2009). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 9. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 455-486s.
- 120.**Taylor, J. and Johnson, M. (2010). How Women Manage Fatigue After Childbirth. *Midwifery*, 26 (3), 367-375.

- 121.**TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2010). Doğum ve Sezaryen Eğitimi Yönetim Rehberi. (2010). 68s.
- 122.**TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2009). Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. <http://www.saglik.gov.tr/ACSAB>, 27.07.2010.
- 123.**TC. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2001). Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Ankara.
- 124.**TC. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2010). Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Ankara.
- 125.**TC. Sağlık Bakanlığı Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü. (2006). Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması (Ulusal Toplantısı). Ankara.
- 126.**TC. Sağlık Bakanlığı Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü. (2010). Anne Ölümleri İzleme Programı. Ankara.
- 127.**TC. Sağlık Bakanlığı Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü (2011). Türkiyede Kadının Durumu. Ankara.
- 128.**TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. (2010). Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı. URL: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-13438/saglik-istatistikleri-yilligi>.
- 129.**Thompson, A.M. and Bukowski, R. (2008). Puerperium, Danforth's Obstetrics and Gynecology (10th Edition), Editors: Gibbs, Ronald S., Karlan, Beth Y., Haney, Arthur F., Nygaard, Ingrid E., Lippincott Williams and Wilkins, 70-72p.
- 130.**Van Brummen, H.J., Bruinse, S.A., Van de pol, G., Heintz, A.P. and Van der Vaart, C.H. (2007). The Effect of Vaginal and Cesarean Delivery on Lower Urinary Tract Symptoms: What Makes the Difference? Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 18 (2), 133-39.
- 131.**Vedam, S., Aaker, J. and Stool, K. (2010). Assessing Certified Nurse-Midwives' Attitudes Towards Planned Home Birth, Journal of Midwifery and Women's Health, 55 (2), 133-142.

- 132.**Yıldız, D. (2008). Doğum Sonrası Dönemde Annelerin Bebek Bakımı Konusunda Danışmanlık Gereksinimleri ve Yaklaşımlar, *Gülhane Tıp Dergisi*, 50, 294-298.
- 133.**Yıldız, H., ve Küçükşahin, N. (2011). Kırsal Bölgede Annelerin Doğum Sonu Yaşadıkları Sorunlar ve Bakım Gereksinimleri, *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 15(4), 159-166.
- 134.**Yılmaz, M. ve Çiftçi, E.S. (2010). Açık kalp ameliyatı geçirmiş bireylerin evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde bir model: Fonksiyonel sağlık örüntüleri, *Türk Göğüs Kalp Damar Cer Derg*, 18 (3), 183-189.
- 135.**Yılmaz, M. ve İsaoglu, Ü. ve Kadanalı, S. (2009). Kliniğimizde 2002–2007 yılları arasında sezaryen olan hastaların incelenmesi, *Marmara Medical Journal*, 22 (2), 104-110.
- 136.**Young, B.C., Hacker, M.R., Dodge, L.E. and Golen, T.H. (2012). Timing of Antibiotic Administration and Infectious Morbidity Following Cesarean Delivery: Incorporating Policy Change into Workflow, *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 285 (5), 1219-1224.
- 137.**Yozwiak, J.A. (2010). Postpartum Depression and Adolescent Mothers: A Review of Assessment and Treatment Approaches, *J Pediatr Adoles Gynecol*, 23, 172-178.
- 138.**Wan, E.Y., Moyer, C.A., Harlow, S.D., Fan, Z.T., Jie, Y. and Yang, H.X. (2009). Postpartum Depression and Traditional Postpartum Care in China: Role of Zuoyuezi, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 104, 209-213.
- 139.**Wan, T.T., Breen, G.M. and Zhang, N.J. (2010). Improving the Quality of Care in Nursing Homes: An Evidence-Based, 6-17p.
- 140.**Wang, T.J. (2004). Concept Analysis of Functional Status International *Journal of Nursing Studies*, 41 (4), 457-462.
- 141.**Webb, D.A., Bloch, J.R., Coyne, J.C., Chung, E.K., Bennett, I.M. and Culhane J.F. (2008). Postpartum Physical Symptoms in New Mothers: Their Relationship to Functional Limitations and Emotional Well-being, *Birth*, 35 (3), 179-87.

- 142.**Weiss, M., Fawcett, J., and Aber, C. (2009). Adaptation, Postpartum Concerns, and Learning Needs in the First Two Weeks After Cesarean Birth, *Journal of Clinical Nursing*, Oxford, 18 (21), 29-38.
- 143.**Wiklund, I., Andolf, I.H. and Lilja, H. (2012). Indications for cesarean section on maternal request–Guidelines for counseling and treatment, *Sexual and Reproductive Healthcare*, 3 (3), 99-106.
- 144.**World Health Statics. (2010). URL: <http://www.who.int/gho/publications/world-health-statistics/ENWHS10>, 29/12/2011.
- 145.**World Health Report. (2005). Make every mother and child count, Geneva, World Health Organization.
- 146.**Zanardo, V., Svegliado, G., Cavallin, F., Giustardi, A., Cosmi, E., Litta, P. and Trevisanuto, D. (2010). Elective Cesarean Delivery: Does It Have a Negative Effect on Breastfeeding? *Birth*, 37, 40p.
- 147.**Zirqi, A., Pedersen, B.S., Forse, L. and Vangen, S. (2010). Uterine rupture after previous caesarean section, *Bjog*, 117, 809-820.

EKLER

EK 1:



C. Ü. Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Olur Formu

Sayın...

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli (doğum sonrası annenin hemşirelik bakımına yön veren bir içerik) ne göre yapılan sezaryen sonrası evde bakım uygulamasının(doğum sonrası dönemde annenin nelere dikkat etmesi gerektiği konusunda eğitim verilmesi) annelerin fonksiyonel durumu (doğum öncesi ev içi görevlerini yeniden yapabilme, kendi, bebeği ve ailesiyle ilgili sorumluluklarını yerine getirebilme) ve postpartum komplikasyonlar (doğum sonrası annede oluşabilecek kanama, meme, dikiş bölgesi ve idrar yollarının mikrop kapması, annenin psikolojik olarak kendini kötü hissetmesi vb.) üzerine Etkisi”nin belirlenmesidir.

Bu araştırmanın amacı, fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline göre yapılan sezaryen sonrası evde bakım uygulamasının annelerin fonksiyonel durumu ve postpartum komplikasyonlar üzerine etkisini belirlemektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen araştırmacının hastanede size sorduğu sorulara uygun ve doğru cevap vermek, hastaneden eve taburcu olduktan sonra sizi evinizde ziyaret etmesini kabul etmek ve bu ziyaretlerde size verilen eğitime etkin bir şekilde katılarak doğum sonrasında sizde oluşan değişiklikleri araştırmacıya iletmeğdir.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararlar doğum sonrası postpartum komplikasyonların oluşmaması ve sizin doğum öncesi eski fonksiyonlarınızı yaparak ailenizle birlikte doğum sonu döneme uyumunuzu kolaylaştırmayı sağlamaktır. Hastaneden taburcu olurken size sadece bir form uygulanarak sizinle tanışılacak ve bundan sonra eve gittiğinizde yapılacak olan ev ziyaretleri hakkında bilgi verilecektir. Doğum sonrası size eve gittiğinizin 2. gününde, 2. haftasında, 8. haftasında, 12. haftasında ve 60 dakika sürmesi planlanan tam 4 ev ziyareti yapılacaktır. Yapılacak olan ev ziyaretleri sırasında size doğum sonu döneme ait nelere dikkat etmeniz gerektiği konusunda eğitim verilecek ve sonrada herhangi bir komplikasyon gelişip gelişmediğine bakılacaktır. Bu araştırmada yer alacak sizin gibi gönüllülerin sayısı 110’dur. Çalışma 8 ay sürecektir.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun ve rahatsızlıklarınız için 0-346-2191010/2511 numaralı telefondan araştırmacınız Nuriye Erbaş’a başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Ayrıca bu araştırma kapsamındaki bazı tetkik ve testleriniz bağlı bulunduğunuz Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılacaktır. Bu araştırma Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri(CÜBAP) tarafından desteklenecektir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol amayacaktır. Araştırıcı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, ev ziyaretlerinde sıkıntı yaşanması, çalışma programını aksatmanız veya programın etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

EK 2: Bireysel Özellikler Formu

Adınız-soyadınız:

Adresiniz:

Telefonunuz:

1. Yaşınız:
2. Eğitim durumunuz nedir?
 - a) Okuryazar değil
 - b) Okuryazar
 - c) İlkokul mezunu
 - d) Ortaokul mezunu
 - e) Lise mezunu
 - f) Üniversite/Yüksekokul

3. Mesleğiniz nedir?

- a) Ev hanımı
- b) Memur
- c) İşçi
- d) Emekli
- e) Serbest meslek
- a. Diğer

4. Eşinizin yaşı:

5. Eşinizin eğitim durumu nedir?

- a) Okuryazar değil
- b) Okuryazar
- c) İlkokul mezunu
- d) Ortaokul mezunu
- e) Lise mezunu
- f) Üniversite/Yüksekokul

6. Eşinizin mesleği nedir?

- a) Memur
- b) İşçi
- c) Emekli
- d) Serbest meslek
- e) Diğer

7. Aile tipiniz nedir?

- a) Çekirdek aile
- b) Geniş aile (Kimlerle yaşıyorsunuz?.....)
- c) Diğer (Kimlerle yaşıyorsunuz?.....)

No:

Görüşmenin yapıldığı tarihler:

Hastanede ilk görüşme:

Evde izlem I:

Evde izlem II:

Değerlendirme ziyareti:

8. Sosyal güvence durumunuz nedir?
a) Var
b) Yok
9. Ailenizin gelir durumu sizce nasıldır?
a) Gelir gidere denk
b) Gelir giderden az
c) Gelir giderden fazla
10. Sezaryen sayınız:
11. Sezaryen olmanız planlı mıydı?
() Evet () Hayır (12. soruya geçiniz)
12. Yanıtınız Evet, ise sezaryen olmanıza kim karar verdi?
a) Ben
b) Doktorum
c) Ben ve doktorum

13. Laboratuvar bulguları:

Hastanedeki değerler

- | | |
|---------|-------------------|
| a) Hb: | c) İdrar tetkiki: |
| b) Htc: | d) İdrar kültürü: |

Doğum sonrası 8.haftadaki değerler

- | | |
|---------|-------------------|
| a) Hb: | c) İdrar tetkiki: |
| b) Htc: | d) İdrar kültürü: |

13. Bağlı bulunduğunuz Aile Sağlığı Merkezinin adı nedir?

EK 3: Sezaryen Sonrası Anne Tanılama Formu

Sağlığın Algılanması-Sağlık Yönetimi

1. Şu anda sağlık durumunuzu genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?
() Çok İyi () İyi () Orta () Kötü () Çok Kötü
2. Şu anda herhangi bir sağlık sorununuz var mı?
() Yok, () Var, açıklayınız

Beslenme-Metabolik Durum

1. Kilo: Boy: BKİ:
2. Beslenme rejimi:
3. Ağız mukozası ve dişler:
4. Beslenme ile ilgili bir sorun yaşıyor musunuz?
() Hayır () Evet, açıklayınız
5. Demir ilacını kullanmaya devam ediyor musunuz?
() Hayır () Evet, açıklayınız
6. Günlük sıvı tüketimi:
7. Bebeğinizin beslenmesiyle ilgili herhangi bir problem yaşıyor musunuz?
() Hayır () Evet, açıklayınız
8. Herhangi bir meme probleminiz var mı?
() Yok
() Meme başı çatlağı
() Meme dolgunluğu
() İçe dönük ya da düz meme başı
() Diğer, açıklayınız
9. Deri, saç ve tırnaklar:
 - a. Deri: İnsizyon bölgenize ilişkin bir probleminiz var mı?
() Ağrı olması
() Ödem olması
() Ekimoz olması
() Akıntı olması
() Kızarıklık olması
 - b. Saç: Saçlarınızda saç dökülmesi oluyor mu?
() Hayır () Evet, açıklayınız
 - c. Tırnak: Tırnaklarınızda kolay kırılma oluyor mu?
() Hayır () Evet, açıklayınız

Boşaltım

1. Aşağıdaki sorunlardan herhangi birini yaşıyor musunuz?
() Konstipasyon
() Hemoroid
() Abdominal distansiyon
() Diğer, açıklayınız
2. Aşağıdaki sorunlardan herhangi birini yaşıyor musunuz?
() İdrar yaparken ağrı
() İdrar yaparken yanma
() Sık idrara çıkma

- İdrarda koku
- İdrar kaçırma
- Diğer, açıklayınız

Aktivite - Egzersiz

1. Aktivite düzeyi:
2. Aşağıda belirtilen sorunlardan herhangi biri var mı?
 - Yorgunluk ve halsizlik
 - Çarpıntı
 - Yüzeysel venöz tromboflebit
 - Femoral tromboflebit
 - Pelvik tromboflebit
 - Pulmoner emboli (Dispne, göğüs ağrısı, siyanoz)
3. Vital Bulguları:
Ateş: Nabız: Solunum: Tansiyon
Arteryel:
4. Kendinizi biraz iyi hissetmeye başladığınızda düzenli olarak egzersiz yapmayı düşünüyor musunuz?
 - Hayır Evet
5. Doğum sonu egzersiz ile ilgili bilgi almak ister misiniz?
 - Hayır Evet

Uyku - Dinlenme

1. Günde kaç saat uyuyorsunuz?.....
2. Geceleri bebek için kaç kez uyanıyorsunuz?.....
3. Uyandıktan sonra kendinizi dinlenmiş ve zinde hissediyor musunuz?
 - Hayır Evet
4. Gündüz dinlenmek için fırsatınız oluyor mu?
 - Hayır Evet
5. Herhangi bir uyku probleminiz var mı?
 - Uykuya dalmada zorluk
 - Sürekli uyku hali
 - Uykuda bölünme
 - Diğer, açıklayınız

Bilişsel - Algısal

1. İşitme probleminiz var mı?
 - Hayır Evet, açıklayınız
2. Görme probleminiz var mı?
 - Hayır Evet, açıklayınız
3. Kendi ve bebeğinizin bakımına yönelik öğrenmek istediğiniz konular var mı?
 - Cinsel yaşam ve aile planlaması Beslenme
 - Emzirme ve meme bakımı Doğum sonu egzersizler
 - Bebek bakımı Kişisel hijyen
 - Bebekle iletişim Ebeveynlik
 - Diğer
4. En iyi nasıl öğrenirsiniz?
 - Yazılı materyal okuyarak

- () Görsel materyal ile
() Diğer, açıklayınız

5. Herhangi bir ağrı yaşıyor musunuz?
() Hayır(ise kendini algılama-kavrama biçimi bölümüne geçiniz)
() Uterus kontraksiyonlarına bağlı ağrı () Diğer, açıklayınız
() Hemoroidlere bağlı ağrı () insizyon bölgesine bağlı ağrı
() Meme problemlerine bağlı ağrı
6. Ağrınızın düzeyini belirleyiniz?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hiç ağrı yok											Dayanılmaz ağrı	

Kendini Algılama

1. Sezaryen doğum yapmak kendinize olan bakış açınızı (kendinizi nasıl algıladığınızı) nasıl etkiledi?
() Olumlu () Olumsuz () Etkisi olmadı
2. Bir anne olarak kendinizi nasıl hissediyorsunuz?
() Genellikle mutlu
() Genellikle mutsuz
3. Sezaryandan sonra fiziksel görünümünüzde oluşan değişimleri nasıl karşılıyorsunuz?
() Olumlu
() Olumsuz

Rol - İlişki

1. Sezaryandan sonraki süreçte evde size destek olacak kişiler varmı?
() Hayır () Evet, açıklayınız
2. Sezaryandan sonraki süreçte aile içi değişim olacağını düşünüyor musunuz?
() Hayır () Evet, açıklayınız
3. Bir anne olarak kendinizi bebek bakımı konusunda nasıl değerlendiriyorsunuz?
() Çok iyi () İyi () Orta () Kötü () Çok kötü
4. Yeni doğan bebeğinizle iletişiminizi nasıl değerlendirirsiniz?
() Çok iyi () İyi () Orta () Kötü () Çok kötü

Cinsellik – Üreme

1. Doğumdan sonra cinsel yaşamınız başladımı?
() Hayır () Evet, açıklayınız
2. Uterus involüsyonu;
 - Fundus yüksekliği:
 - Loşia ve özelliği:
() Rubra () Seroza () Alba () Loşia yok
3. Sezaryenden sonra cinsel yaşamınızla ilgili herhangi bir endişe yaşıyor musunuz?

- () Hayır () Evet, açıklayınız
4. Aile planlaması yöntemi kullanmayı düşünüyor musunuz?
() Hayır, nedenini açıklar mısınız?
() Evet, hangi yöntemi ve ne zaman kullanmaya başlamayı düşünüyor musunuz?

Başetme – Stres Toleransı

1. Sezaryen sonraki süreçte kendi ya da bebeğinizin sağlığı ile ilgili sizi endişelendiren bir şey var mı?
() Hayır () Evet, açıklayınız
2. Aşağıdaki durumlardan herhangi birini yaşıyor musunuz?
() İçe kapanma
() Ağlama
() Üzüntü
() Dikkatini toparlayamama
() Uykusuzluk
() Huzursuzluk
() İsteksizlik
() Duygularda ani değişimler
3. Sıkıntılı olduğunuz zaman genellikle ne yaparsınız?
4. Sezaryen sonu dönemde yaşadığınız sıkıntıları konuşabileceğiniz kimler var?

Değer - İnanç

1. Sezaryen sonu dönemde kendi bakımınızla ilgili geleneksel uygulamalarınız var mı?
(karnı sarma, höllüğe yatma, su vermeme vb)
2. Bebek bakımı ile ilgili dini ve geleneksel uygulamalarınız var mı?
(kundaklama, höllüğe yatırma, tuzlama, üç ezan geçmeden bebeği beslememe, ilk sütü emzirmeme vb)

EK 4: Sezaryen Sonrası Hemşirelik Tanıları Formu

Sezaryen Sonrası Hemşirelik Tanıları	Taburculuk sonrası 2. gün	Doğum sonu 2. hafta	Doğum sonu 8. hafta
1) Sağlığı algılama-sağlık yönetimi			
Meme enfeksiyonu riski			
Üriner sistem enfeksiyonu riski			
İnsizyon bölgesi enfeksiyonu riski			
Tromboflebit riski			
2) Beslenme-metabolik durum			
Beden gereksinimden az beslenme riski			
Beden gereksinimden çok beslenme			
Beslenmede dengesizlik			
Yetersiz emzirme			
3)Boşaltım			
Konstipasyon			
Stres inkontinansı			
4) Aktivite-egzersiz			
Yorgunluk			
Evdeki sorumluluklarını sürdürme ve yönetmede bozukluk riski			
Aktivite intoleransı			
Bireysel bakımda eksiklik (yıkama, hijyen, giyinme, kendine özen göstermede eksiklik)			
5)Uyku-dinlenme			
Uykusuzluk			
Uyku biçiminde bozukluk			
6) Bilişsel-algısal			
Ağrı			
Bilgi eksikliği			
7) Kendini algılama			
Korku			
Anksiyete			
Yalnızlık			
Güçsüzlük			
Benlik saygısında bozulma			
Durumsal düşük benlik saygısı			
Beden bilincinde bozulma r			
8) Rol-ilişki			
Üstlendiği rolü yerine getirmede değişiklik			
Sosyal izolasyon			
Sosyal ilişkilerde bozulma			
Aile içi süreçlerinde değişiklik			
Ebeveynlikte değişim			
Bakım verici rolünde zorlanma			
Sözel iletişiminde bozulma			

Ebeveynlik-rol çatışması-ana-baba arasında			
Ebeveyn-bebek-çocuk bağlılığında değişim			
9) Cinsellik-üreme			
Cinsel yaşamda değişiklik riski			
Cinsel fonksiyon bozukluğu riski			
Kanama			
10) Baş Etme-stres toleransı			
Bireysel baş etmede yetersizlik			
Aile içi baş etmede yetersizlik			
Uyumsuzluk			
11)Değer-inanç			
Spirituel distres			

(Gordon, M. (1982). Nursing Diagnosis, Process and Application, Mc. Graw Hill Book Comp. New York. S. 321-328).

EK 5: Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum Envanteri (DSFDE)

Lütfen bebeğinizin doğumundan itibaren geçirdiğiniz zamanı düşünün ve aşağıdaki maddeleri cevaplayın.

Bölüm 1.

Bebeğinizin doğumundan önceki dönemde evle ilgili her zaman yaptığımız sorumlulukların tümünü gözden geçirin ve sonra bebeğinizin doğumundan sonraki dönemde bu sorumlulukları ne ölçüde tekrar yapmaya başladığınızı işaretleyiniz.

Bebeğin doğumundan önce

Her zaman yapmayı üstlendiğim

sorumluluklar şunlardır:

Bu işleri yeniden yapmaya başladım:

	Hiç Başlamadım	Yeni Yeni	Kısmen	Tamamen
1. Aile üyelerinin bakımı	1	2	3	4
2. Ev temizliği	1	2	3	4
3.Evin derlenip (yatakların yapılması, ortalığın toparlanması)	1	2	3	4
4. Çamaşır yıkama	1	2	3	4
5. Bulaşık yıkama	1	2	3	4
6. Yemek pişirme	1	2	3	4
7. Evle ilgili dış işler (fatura ödeme, banka işlemleri)	1	2	3	4
8. Bakkal alışverişi	1	2	3	4
9.Bakkal alışverişi dışındaki diğer alışverişler	1	2	3	4
10. Diğer işler (ayak işleri)	1	2	3	4
11.Ağır ev işleri, bakım onarım işleri (Mevsimlik ev temizliği, evin boyanması vb)	1	2	3	4
12. Evcil hayvanların bakımı	1	2	3	4

Yorumlar:

Bölüm 2:

Bebeğinizin doğumundan önceki dönemde her zaman yaptığınız sosyal ve toplumsal aktivitelerin hepsini gözden geçirin ve doğumundan sonraki dönemde bu sorumlulukları ne ölçüde tekrar yapmaya başladığınızı işaretleyiniz.

Bebeğin doğumundan önce

Her zaman yapmayı üstlendiğim

sorumluluklar şunlardır:

Bu işleri yeniden yapmaya başladım:

	Hiç Başlamadım	Yeni Yeni	Kısmen	Tamamen
13. Toplum hizmet organizasyonları (sivil toplum kuruluşları)	1	2	3	4
14. Profesyonel organizasyonlar (meslek organizasyonları)	1	2	3	4
15. Dini toplantılar	1	2	3	4
16. Arkadaşlarla sosyal ilişkiler kurma	1	2	3	4
17. Akrabalarla sosyal ilişkiler kurma	1	2	3	4
18. Sosyal dernekler	1	2	3	4

Yorumlar:

Bölüm 3.

Bebeğin bakımı ile ilgili aşağıdaki aktiviteleri ne ölçüde yaptığınızı gösteren rakamı daire içine alınız. (işaretleyiniz.)

	Hiç Başlamadım	Yeni Yeni	Kısmen	Tamamen
19. Gündüz beslemesi	1	2	3	4
20. Gece beslemesi	1	2	3	4
21. Bebeğin banyosu	1	2	3	4
22. Bezinin değiştirilmesi	1	2	3	4
23. Bebeğin giysilerinin değiştirilmesi	1	2	3	4
24. Bebekle oyun oynama	1	2	3	4

Yorumlar:

Bölüm 4:

Son bir ya da iki hafta boyunca yaşamınızın nasıl olduğuna ilişkin aşağıdaki cümleleri cevaplayınız.

	Hiçbir Zaman	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
25. Günün çoğunu yatarak geçirme	1	2	3	4
26. Günün çoğunu oturarak geçirme	1	2	3	4
27. Günün çoğunu uyuyarak ya da kestirerek geçirme	1	2	3	4
28. Zaman zaman sadece kısa süreli ayakta kalma	1	2	3	4
29. Günün çoğunu gecelikle/bornozla geçirme	1	2	3	4
30. Yürüyüş yapma	1	2	3	4
31. Merdiven inip çıkma	1	2	3	4
32. Yavaş yürüme	1	2	3	4

Yorumlar:

Bölüm 5:

Eğer şu anda çalışıyorsanız aşağıdaki maddelere cevap veriniz.

Geçen son bir ya da iki hafta boyunca iş yerinizdeki yaşantınızın nasıl olduğuna ilişkin aşağıdaki cümlelere cevap veriniz.

	Hiçbir Zaman	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
33. İşimde her zamanki kadar başarılıyım.	1	2	3	4
34. İş arkadaşıma karşı sinirli davranıyorum (sert cevaplar verme, kolayca eleştirme, tersleme vb)	1	2	3	4
35. Daha kısa süreli çalışıyorum	1	2	3	4
36. İşimi her zamanki gibi dikkatli ve tam yapıyorum	1	2	3	4

Yorumlar:

EK 6: Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

Yakın zamanlarda bebeğiniz oldu. Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Son 7 gündür;

1. Gülebiliyor ve olayların komik taraflarını 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

Artık pek o kadar değil

Artık kesinlikle o kadar değil

Artık hiç değil

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 ya da endişeli hissediyorum.

Hayır, hiçbir zaman

Çok seyrek

Evet, bazen

Evet, çoğu zaman

Son 7 gündür;

5. İyi bir neden olmadığı halde korkuyor ya da panikliyorum

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

Çok sık değil

Hayır, hiçbir zaman

Son 7 gündür;

6. Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

Evet, çoğu zaman başa çıkamıyorum.

Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum.

Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkabiliyorum.
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 ya da çökkün hissediyorum

Evet, çoğu zaman

Evet, bazen

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, oldukça sık

Bazen.

Hemen hemen hiç

Asla

EK 7: Sezaryen Sonrası Hemşirelik Tanı Kriterleri

1- Sağlığı algılama-Sağlık yönetimi

Meme enfeksiyonu riski: Meme ucunda içe çöküklük, meme ucunda çatlaklık, memelerin yeterince boşaltılmaması, uygun meme bakımının yapılmaması

Meme enfeksiyonu: Memede; dolgunluk, kızarıklık, sertlik, hassasiyet olması, kadının emzirme sırasında meme ucunda ağrı olduğunu sözel olarak ifade etmesi

Üriner sistem enfeksiyonu riski: İdrar inkontinansı, hijyen konusunda kadında bilgi eksikliği, yetersiz beslenme, yetersiz sıvı alma

Üriner sistem enfeksiyonu: İdrar yolu enfeksiyonu belirtilerinin olması (idrar yaparken yanma ve ağrı, sık sık ve az idrar yapma, idrarda kötü koku, ateş yüksekliği). Tam idrar tetkiki ve idrar kültürü sonucunda; idrarda nitrit, lökosit ve bakteri varlığı, idrar dansitesinin 1015–1025 ve pH'sının 4.8–7.4 arasında olmaması **üriner sistem enfeksiyonu** geliştiğini belirtmektedir.

İnsizyon bölgesi enfeksiyonu riski: Deri bütünlüğünde yavaş yavaş bozulma başlaması, kadının insizyon bölgesinde ağrı, ödem, ekimoz, kızarıklık ve akıntı gibi belirtilerin hafif olması veya bu belirtilerden herhangi birinin olması

İnsizyon bölgesi enfeksiyonu: Deri bütünlüğünün bozulma, kadının fizik muayenesinde insizyon bölgesinde ağrı, ödem, ekimoz, kızarıklık ve akıntı olduğunun belirlenmesi, laboratuvar bulgularının değerleri(lökosit miktarı), tansiyon-nabız-solunum ve vücut ısısında artma

Tromboflebit: Fizik muayenede Human's belirtisinin pozitif olması, bacakta ödem, kırmızılık, hassasiyet ve deride lokal ısı artışı

2-Beslenme-Metabolik durum

Beslenmede dengesizlik: Bebeğin emmesi için süt miktarının yeterli olmaması, kadında aşırı yorgunluk, kadının 2500 cc/günlük altında sıvı alması, 18 yaş ve üstü kadınlarda Hemoglobin konsantrasyonunun 12.0 g/dL (12–16 g/dL) ve Hematokrit değerinin %35.7 (%36–%46) dışında olması anemi geliştiğini belirtmektedir. Kadının doğum sonrasında 'çok yeme isteğinin olduğunu ve sık sık yemek yemek' istediğini ifade etmesi, gün içindeki öğün

sayının normal zamandaki öğün sayısına oranla artması gibi kriterler **ıştahta artma** olarak kabul edilmiştir. Kadının doğum sonrasında ‘yeme isteğinin olmadığını ve canının yemek yemek’ istemediğini ifade etmesi gibi kriterler ise **ıştahta azalma** olarak kabul edilmiştir. Beden Kitle İndeksi (BKİ)’nin 18.5 ve altında olması (zayıf), BKİ’nin 20.0–29.9 arasında olması (hafif şişman) ve BKİ’nin 30.0 ve üzerinde olması (şişman) olarak değerlendirilmiştir.

Yetersiz emzirme: Emzirmenin günde 7 defadan az olması, bebeğin memeyi tutmaması ve bırakmaya direnç göstermesi, memede yeterli süt olmaması, anne ile bebeğin emzirme sürecinde doyumsuzluk ya da güçlük çekmesi, bebeğin emzirildikten sonraki iki saat içinde ağlaması ve huzursuz olması, bebeğin emerken ağlaması, annenin emzirmede isteksiz olması, meme ile ilgili sorunlar (meme ucu çatlağı, mastit vb.) olması gibi kriterler yetersiz emzirme olarak tanımlanmıştır.

3-Boşaltım

Konstipasyon: Doğum sonu dönemde kadınların abdominal ağrı, rektal ağrı, dolgunluk hissi, iştah kaybı, her zaman ki dışkılama alışkanlığından daha az dışkılama, defekasyonda zorlanma, katı ve şekilli gaita, barsak seslerinin az olması gibi kriterler konstipasyon olarak tanımlanmıştır.

4-Aktivite-Egzersiz

Aktivite intoleransı: Doğum sonu dönemde kadınların hareket ettiğinde ya da günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirdiğinde nefes darlığı, yorgunluk ve bayılma hissi, baş ağrısı, baş dönmesi gibi belirtileri yaşaması, solgun görünmesi, kan basıncı, kalp sesi ve solunumda değişiklik olması

Yorgunluk: Kadının kendini yorgun hissettiğini ifade etmesi, sürekli uyku hali olması, iletişime başlama ve devam etmede sıkıntı yaşaması, sınırlı aktivitede bulunması, bireysel bakımda etkin olamaması (yeme, hijyen)

Evdeki sorumluluklarını sürdürme ve yönetmede bozukluk: Kadının evde kendinin ve ailenin diğer üyelerinin güvenli, hijyenik yaşamaya elverişli ev ortamının sağlanmasında ve devamında güçlük çekme riskinin olduğunu sözel olarak ifade etmesi

Bireysel bakımda eksiklik: Kadının kendini yıkamada yetersizlik, giysilerini çıkarma/giyimde yetersizlik, giysilerini yerinden almada/yerine koymada yetersizlik, tuvalete gidememe, tuvalete oturup kalkamama, tuvalet sonrası uygun temizliği yapamama, çamaşır yıkama, ütü yapmada güçlük, alış veriş yapma ve yemek hazırlamada güçlük, ilaçlarını kullanmada güçlük yaşaması

5-Uyku-Dinlenme

Uyku biçiminde bozukluk: Kadının uyumada güçlük çektiğini sözel ifade etmesi, istediği zamandan önce ya da sonra uyanma, gece boyunca sık sık uyanma (bebeğin ağlaması, acıkması vb.) uykuya dalmada zorluk, sürekli uyku hali ve uykuda bölünme olması, sık sık esnemesi

Uykusuzluk: Kadının uzun süreli ve yeterli uyku uyuyamadığını ifade etmesi, uyandıktan sonra kendisini dinlenmiş ve zinde hissetmemesi, yorgun olması, gözlerinin altında koyu halkalar oluşması, konsantre olamama, nabız değişiklikleri olması

6-Bilişsel-Algısal

Ağrı: Uterusta, insizyon bölgesinde ve memelerinde ani ve şiddetli olarak başlayan ve müdahalelerle azaltılabilen ağrı tipi olması, sözel olarak ağrıdan yakınma, sayısal ağrı değerlendirme ölçeği ile kadının ağrı düzeyini belirleme, inleme, kaşlarını çatma, yüzünü buruşturma gibi belirtilerinin olması, kan basıncı ve solunumda değişiklik, aktivite ve kendine bakım esnasında yorgunluk olması

Bilgi Eksikliği: Doğum sonu döneme ilişkin kadının bilgi gereksinimi olduğunu sözel olarak ifade etmesi, kendi ve bebeğin bakımına yönelik bakımları yerine getirmediğinin gözlenmesi

7-Kendini Algılama

Durumsal düşük benlik saygısı: Kadının gebelik ve doğum sonu dönemde vücudunda değişiklikler (deride, kiloda) olması, bu değişikliklerin henüz gebelik öncesi durumuna dönememesi gibi nedenlerden dolayı tepki olarak kendisi hakkında olumsuz duygular yaşadığını sözel olarak ifade etmesi

Beden bilincinde bozulma: Kadının yüzünde gebelik maskesinin olması, sezaryena bağlı insizyon bölgesinin olması ve kadının doğum sonrası laktasyon sürecinde de kilo almanın devam etmesi

8-Rol-İlişki

Üstlendiği rolü yerine getirmede değişiklik: Kadının sezaryen sonrası bireysel gereksinimlerini karşılayamaması (giyinme, beslenme v.b), bebek gereksinimlerini yerine getirememesi (emzirme, giydirme v.b)

Sosyal izolasyon: Yalnızlık, terk edilme, çaresizlik, öfke, düşmanlık gibi duyguların ifade edilmesi, soruları kısa cümlelerle cevaplama, ağlama, göz ilişkilerinden ve iletişimden kaçınma, aşırı uyuma/uykusuzluk, evde kapıların ve perdelerin kapalı olması

Sözel iletişimde bozulma: Kadının iletişim sırasında kısa cevaplar vererek iletişimi kapatması, evden dışarıya fazla çıkamaması, yorgunluk, mesaj alma ve verme yeteneğinde azalma riskinin yüksek olması

9-Cinsellik-Üreme

Cinsel yaşamda değişim riski: Doğum sonrası cinsel yaşam ile ilgili herhangi bir sorun yaşaması, doğumdan sonra cinsel yaşamın başlamamış olması, aile planlaması yöntemlerini kullanmak istememesi, daha önceki doğum sonu dönemlerinde cinsel yaşamının etkilenmiş olması, yorgun ve uykusuz olması gibi nedenlerden dolayı cinsel yaşamında değişiklik riski olması

Kanama: Doğum sonrasında uterus involüsyonu kadının fundus ve loşia kontrolü yapılarak değerlendirilmiştir. Fundusun yumuşak kıvamda olup doğumu izleyen 2.günde umblikus seviyesinde ya da üstünde hissedilmesi, başlangıçta loşia miktarının fazla olup gittikçe azalmaması ve doğum sonu dönemde değişken renk ve miktarda olması, loşianın pis kokulu olması ve içinde büyük doku parçalarının olması **kanama** geliştiğini belirtmektedir.

10-Baş etme-Stres toleransı

Bireysel baş etmede yetersizlik: Temel ihtiyaçları karşılamada yetersizlik, öfke, inkar gibi uygun olmayan baş etme mekanizmalarını kullanma, kullanılan iletişim tutumlarında değişiklik, uykusuzluk veya aşırı uyuma gibi belirtilerin olması

2011

HAZIRLAYANLAR

Arş. Gör. Nuriye Erbaş

Doç. Dr. Zehra Gölbaşı



[FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ MODELİNE GÖRE SEZARYEN SONRASI SAĞLIK EĞİTİM REHBERİ]

Konuyla ilgili literatür taranarak oluşturulan bu rehber iki uzman (Doç. Dr. Nuran Güler ve Yrd. Doç. Dr. Mine Bekâr) görüşü alınarak değerlendirilmiştir. Sezaryen doğum yapan kadınların evde bakımlarına yönelik hazırlanan bu rehberin **genel hedefleri** şunlardır:

1. Sezaryen sonrası kadında meme enfeksiyonu gelişmesinin önlenmesi
2. Sezaryen sonrası kadında insizyon yeri enfeksiyonu gelişmesinin önlenmesi
3. Sezaryen sonrası kadında üriner sistem enfeksiyonu gelişmesinin önlenmesi
4. Sezaryen sonrası kadında tromboflebit gelişmesinin önlenmesi
5. Sezaryen sonrası kadında kanama gelişmesinin önlenmesi
6. Sezaryen sonrası kadında postpartum depresyon gelişmesinin önlenmesi
7. Sezaryen sonrası kadında herhangi bir komplikasyon gelişmemesi için evde nelere dikkat etmeleri gerektiğinin vurgulanması ile kadınların bağımsızlık düzeyinin artırılması
8. Sezaryen sonrası FSÖ modelinin kullanılması ile kadının fonksiyonel durumunun tanımlanması
9. Sezaryen sonrası FSÖ modelinin kullanılması ile kadının fonksiyonel durumunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi
10. FSÖ modelini kullanarak kadına bütüncül bakım verilmesi
11. FSÖ modelini kullanarak kadınların bakım gereksinimlerinin karşılanması
12. Doğum sonu dönemde kadında postpartum komplikasyonlar (meme-yara yeri-üriner sistem enfeksiyonu, tromboflebit, kanama, postpartum depresyon)ın gelişmesini engelleyerek hastaneye tekrarlı yatışların önlenmesi
13. Tekrarlı yatışların önlenmesi ile hastane maliyetinin azaltılmasına katkı sağlanması

Bu rehber, Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ) Modeli'ne göre sezaryen sonrası kadınlara verilecek hemşirelik bakımının sistematize edildiği bir rehberdir.

Ayrıca bu rehber, kadınların sezaryen sonrası döneme adaptasyonlarını sağlayarak doğum sonu dönemin anne, yeni doğan ve aile açısından sağlıklı bir süreç olarak yaşanmasına yardımcı olunması amacıyla önemli rol ve sorumlulukları olan **hemşirelere yol gösterici** nitelik taşımaktadır.

İÇİNDEKİLER

1. Sezaryen Sonrası Dönem	4
1.1. Sağlığın Algılanması-Sağlık Yönetimi	
1.1.1.Sezaryen sonrası dönemde fizyolojik değişiklikler	5
1.1.2.Sezaryen sonrası komplikasyonlar	6
1.1.3.Sezaryen sonrası kontrol sıklığı	6
1.1.4.Sezaryen sonrası sağlığı etkileyen risk faktörleri	7
1.1.5.Sağlık kuruluşuna hemen başvurmayı gerektiren durumlar	7
1.2. Beslenme–Metabolik Durum	
1.2.1.Sezaryen sonrası beslenme	7
1.2.2.Demir ilaçlarının kullanılması	10
1.2.3.Emzirme	10
1.2.4.Meme bakımı.....	15
1.2.5.Meme komplikasyonları	16
1.3.Boşaltım	
1.3.1.Konstipasyon	19
1.3.2.Kegel egzersizleri	20
1.4. Aktivite-Egzersiz	
1.4.1.Aktivite düzeyi ve normal günlük aktivite düzenine dönme zamanı	21
1.4.2.Sezaryen sonrası egzersizler	21
1.5. Uyku–Dinlenme	
1.5.1.Sezaryen sonrası dönemde uyku düzeni	24
1.5.2.Sezaryen sonrası dönemde dinlenme gereksinimi	24
1.6. Bilişsel - Algısal	
1.6.1.Ağrı kontrolü ve öğrenme gereksinimleri	25
1.7. Kendini Algılama	
1.7.1.Beden imajı değişiklikleri	26
1.7.2.Ruhsal durum-Benlik saygısı	26
1.8. Rol–İlişki	
1.8.1.Sağlıklı ebeveynlik	27
1.8.2.Ebeveyn bebek iletişimi	27
1.9 Cinsellik–Üreme	
1.9.1.Sezaryen sonrasında menstruasyonun yeniden başlaması	29
1.9.2.Uterus involüsyonu	29
1.9.3.Sezaryen sonrası cinsel yaşam	30
1.9.4.Sezaryen sonrası kullanılabilir gebelikten korunma yöntemleri	31
1.10 Baş etme-Stres Toleransı	
1.10.1.Sezaryen sonrası döneme uyum	42
1.10.2.Postpartum blue	43
1.10.3.Sezaryen sonrası depresyon	43
1.11 Değer-İnanç	
1.11.1.Sezaryen sonrası döneme yönelik kültürel ve dini normlar ile ilgili uygulamalar	44
Kaynaklar	45

1. Sezaryen Sonu Dönem

Doğum eylemi sona erdikten sonra başlayan ve gebelik sırasında kadın vücudunda oluşan değişikliklerin hemen hemen gebelik öncesi duruma geri döndüğü altı haftalık süreye doğum sonu dönem (postpartum ya da puerperium) denir. Doğumdan sonra kadınlar fiziksel ve psikososyal sağlık durumlarında önemli değişiklikler yaşarlar. Doğum sonu dönem fizyolojik değişikliklerin olduğu, yeni doğanla birlikte aile sistemlerinin değiştiği ve kadının annelik rolüne alıştığı önemli bir geçiş dönemidir. Bu dönemde anne ve yeni doğana yönelik komplikasyonların önlenmesi, oluşmuşsa erken tanı ve tedavi sağlanması açısından, anne ve bebeğin yakından izlenmesi, bakımlarının sağlanması, annenin eğitimi ve desteklenmesi gerekmektedir (Mckinney, 2000; Pillitteri, 2003; Taşkın, 2009).

1.1 Sağlık Algılanması-Sağlık Yönetimi

Hedefler

- Sezaryen sonrası kadının üreme organlarında meydana gelen gerileyici (retrogressive) ve ilerleyici (progressive) değişiklikleri açıklayabilmesi
- Sezaryen sonrasında kadının üriner sistem enfeksiyonu geliştiğini gösteren belirtileri fark edebilmesi
- Sezaryen sonrası dönemde kadının insizyon yeri enfeksiyonu geliştiğini gösteren belirtileri fark edebilmesi
- Sezaryen sonrası dönemde kadının tromboflebit geliştiğini gösteren belirtileri farkedebilmesi
- Kadının insizyon yerinde enfeksiyon gelişmemesi için nelere dikkat etmesi gerektiğini sayabilmesi
- Sezaryen sonrasında kadının kontrole gelme zamanını ifade edebilmesi
- Kadının sağlığını etkileyen risk faktörlerini sayabilmesi
- Kadının sağlık kuruluşuna hemen başvurması gereken durumları sıralayabilmesi

1.1.1 Sezaryen sonrasında üreme organlarında meydana gelen değişiklikler

Sezaryen sonrasında kadında gerileyici (retrogressive) ve ilerleyici (progressive) değişiklikler meydana gelir. Gerileyici değişiklikler, uterus ve diğer üreme organlarının gebelik öncesi durumlarını alma sürecidir. İlerleyici değişiklikler, ise memelerin süt üretimine başlaması ile meydana gelir (Burroughs ve ark. 2001; Cunningham ve ark., 2005; Lund ve Mcmanaman, 2010). Sezaryenle doğumdan sonra fizyolojik ve psikolojik iyileşme vajinal doğumdan sonraki iyileşmeden farklıdır. Yapılan araştırmalarda sezaryenle doğuma bağlı insizyon yeri rahatsızlıkları, gaz, aşırı yorgunluk gibi sorunların sezaryenle doğum yapan kadınların 1/3'ünde görüldüğü ve bunların iyileşme süresini uzattığı belirtilmektedir. Sezaryen ile doğum yapan kadınlar doğum sonrası ilk iki ay enerjilerinin çoğunu yeni doğanın bakımıyla birlikte, cerrahi girişimden iyileşmek için harcamaktadırlar (Kızılkaya ve ark., 2003, Mannel 2008).

1.1.2 Sezaryen sonrasında kadında oluşabilecek sağlık sorunları

1.1.2.1 Üriner sistem enfeksiyonu

Genellikle sezaryen sonrası üçüncü ve dördüncü günde gelişebilir.

Belirtileri: Üşüme, ani ateş yükselmesi, kostavertebral alanda hassasiyet, bulantı-kusma

Üriner sistem enfeksiyonunun oluşmaması için;

- Kadın günde 10–12 bardak su tüketmelidir.
- Tuvalet ihtiyacını ertelememeye dikkat etmelidir.
- Kadına perine hijyeni öğretilmelidir (Ulusal Anne Ölümelerini Önleme Çalışması, 2008; Lund ve Mcmanaman, 2010).

1.1.2.2 İnsizyon yeri enfeksiyonu

İnsizyon yeri enfeksiyonu görülme zamanına göre ikiye ayrılmaktadır. Erken insizyon yeri enfeksiyonu sezaryendan sonra ilk 48 saat içinde, geç insizyon yeri enfeksiyonu ise 6–8 gün içinde oluşmaktadır (Mckinney 2000, Pillitteri 2003).

Belirtileri: insizyon yerinde eritem, ödem, hassasiyet ya da pürülan akıntı olması, lokal ağrı ve dizürü, hafif ateş, akut vakalarda öksürük, ateşin 40 dereceye yükselmesi, nabızın dakikada 100 atımın altında olması

İnsizyon yeri enfeksiyonunun oluşmaması için;

- İnsizyon yerinin temiz ve kuru tutulması gerekmektedir.
- Eller, her tuvalete giriş-çıkışta mutlaka sabunla yıkanmalıdır.
- Dikişler 7–10 gün içerisinde iyileşir. Fazla ayakta durmak, yatarak dinlenmemek dikişlerin iyileşmesini geciktirir.
- Dikişlerde kızarıklık, ağrı, ateş (38°C ve üzerinde) olursa enfeksiyon geliştiği düşünülerek doktora başvurulmalıdır.
- Kadın rahat oturamıyorsa, yan yatarak veya sandalyenin ucuna oturarak bebeğini emzirebilir. Otururken özel yastık (ortası delik) kullanılabilir.
- Sezaryen sonrasında kadın olabildiğince her gün duş şeklinde banyo yapmalıdır (Burroughs ve Leifer 2001, Lund ve Mcmanaman, 2010).

1.1.2.3 Tromboflebit

Tromboflebit derin yada yüzeysel venlerde pıhtı oluşumuna bağlı olarak enfeksiyon gelişmesidir. **Belirtileri:** Etkilenen bacakta ağrı, ödem, sıcaklık ve vücut ısısında artma'dır.

Tromboflebit oluşmaması için;

- Sezaryendan sonra kadın erken hareket etmeye başlamalı, fakat 8 hafta ağır işler yapmamalıdır (Lund ve Mcmanaman, 2010).

1.1.3 Sezaryen sonrası kontrol sıklığı

Her kadının sezaryendan sonra kendi sağlığı açısından kontrol edilmesi gerekmektedir. En az bebek kadar onu dünyaya getiren kadının sağlığı da önemlidir. İlk iki ay (60 gün) içinde kadının doğum sonu kontrolü yapılmalıdır. Bu kontrolde insizyon yeri kontrol edilmeli, uterus ve overler muayene ile değerlendirilmelidir (Mannel ve ark., 2008).

1.1.4 Sezaryen sonrasında kadının sağlığını etkileyen risk faktörleri

- Yaş
- Obezite
- İlaçlar (sedatifler, antihistaminikler
- Sağlığını kötü algılaması
- Kalıtım (gen) yapısı
- Çevre
- Alkol
- Sigara
- Aile hikâyesi
- Uyku problemleri
- Yaşam tarzı
- Sağlık hizmetleri

1.1.5 Sağlık kuruluşuna hemen başvurmayı gerektiren durumlar

Aşğıda verilen belirtilerden herhangi birinin oluşması durumunda derhal doktora başvurulması gerekmektedir (Cunningham ve ark., 2005):

- Aşırı kanama, pıhtılı-parçalı kanama
- Akıntının rengi açıldıktan sonra tekrar kanlı olması
- Yara yerinde ağrı, kızarıklık, şişlik, ısı artışı, kanama, akıntı veya yırtılma
- Ateş (38 derecenin üstü)
- Kötü kokulu akıntı
- Memelerde ağrı, kızarıklık, şişme, ısı artışı
- Bulantı, kusma
- İdrar yaparken yanma, ağrı

1.2 Beslenme – Metabolik Durum

Hedefler

- Sezaryen sonrasında kadının beslenmenin önemini açıklayabilmesi
- Kadının ne tür besinler alması gerektiğini sayabilmesi
- Kadının günlük beslenme programını uygulayabilmesi
- Kadının demir ilaçlarını ne kadar süre kullanması gerektiğini ifade edebilmesi
- Sezaryen sonrasında kadının etkin bir şekilde bebeğini emzirebilmesi
- Etkin bir emzirme için kendisinin nasıl bir pozisyonda olması gerektiğini gösterebilmesi

- Etkin bir emzirme için bebeğini nasıl bir pozisyonda tutması gerektiğini gösterebilmesi
- Emzirme pozisyonlarından biri olan beşik tutuşunun nasıl olduğunu gösterebilmesi
- Emzirme pozisyonlarından biri olan futbol tutuşunun nasıl olduğunu gösterebilmesi
- Emzirme pozisyonlarından biri olan çapraz beşik tutuşunun nasıl olduğunu gösterebilmesi
- Emzirme pozisyonlarından biri olan yatarak emzirmenin nasıl olduğunu gösterebilmesi
- Emzirme pozisyonlarından biri olan kaydırma pozisyonunun nasıl olduğunu gösterebilmesi
- Emzirmeyi sonlandırırken kadının bebeği memeden nasıl ayıracağını gösterebilmesi
- Emzirme süresince kadının meme bakımını nasıl yapacağını açıklayabilmesi
- Kadının memede herhangi bir komplikasyon geliştiğini gösteren belirtileri tanıyabilmesi

1.2.1 Sezaryen sonrasında kadının beslenmesi

Sezaryen sonrasında yeterli ve dengeli beslenme son derece önemlidir. Doğum sırasında kaybedilen kan ve enerjiyi yerine koymak, iyi bir doku onarımı sağlamak ve rutin besin gereksinimini karşılamanın yanı sıra süt yapımı içinde iyi beslenmek gerekir. Kadın emzirdiği süre içinde herhangi bir diyet uygulamamalıdır. Diyet uygulanırsa sütün içeriği değişir. Sezaryen sonrasında genel olarak kadınların beslenmelerinde dikkat etmeleri gereken noktalar şunlardır (Cunningham ve ark., 2005, Mannel ve ark., 2008; Muray, 2002):

- Laktasyonda yeterli miktarda süt salgılanması için annenin kalorisi yüksek bir diyetle beslenmesi gerekir. Emziren annelerin günlük kalori ihtiyacı gebelikteki ihtiyaçtan 500 kalori fazla yani 2500–2700 kalori olmalıdır. Protein anneler için yeterli düzeyde alınması gereken önemli bir besin maddesidir. İlk 6 ayda günlük ortalama 65 gr. Protein alınması önerilmektedir. Kalsiyum süt üretimi için gereklidir ve alınması gereken miktar gebelik dönemindeki miktar (1200 mg/gün) ile aynıdır.

- Süt yapımını sağlamak ve kabızlığı önlemek için anneler günde 2500–3000 cc sıvı almalıdır.
- Kalsiyum yönünden zengin olan süt, yoğurt ve peynir belirtilen miktarlarda düzenli olarak tüketilmelidir.
- Her gün 1 adet yumurta ve 1 porsiyon etli sebze yemeği veya kuru baklagil yenilmelidir.
- Kuru fasulye, nohut, mercimek ve bulgur karışımı yemekleri, portakal, mandalina, domates, maydanoz, yeşilbiber, taze soğan gibi C vitamini yönünden zengin sebze ve meyvelerle birlikte tüketilmelidir. Bireysel özelliklere göre gaz yapıcı besinler çıkartılabilir.
- Vitaminlerden zengin sebze ve meyveler diyetle her öğün olmalıdır.
- Salam, sosis, sucuk gibi katkı maddesi içeren diğer hazır besinler mümkün olduğu kadar tüketilmemelidir.
- D vitamini besinlerde bulunmaz. Ancak güneş ışınlarının doğrudan cilde yansması ile sağlanır. Bu nedenle emziren anneler güneşlenmeye özen göstermelidir.
- Yemeklerde mutlaka iyotlu tuz kullanılmalıdır. Doğal besinlerde yeterince alınmayan iyot, ancak iyotlu tuzun kullanılması ile anne sütünden bebeğe geçer.
- Kuru meyveler ve kuru yemişler yoğun enerjileri yanında, demir ve kalsiyum gibi minerallerden de zengindir. Ağırlık kontrolü de yapılarak bu besinler tüketilebilir.
- Kansızlığa neden olduğundan yemeklerle birlikte çay içilmemelidir. Çayı kahvaltıdan sonra, ikindi gibi öğün aralarında, yani yemek yendikten 1–2 saat sonra açık olarak içilmelidir. Pekmez kan yapıcıdır, şeker boş enerji kaynağıdır. Şeker yerine tatlı olarak pekmez yenmesi kansızlığa karşı alınacak önlemlerden birisidir.
- Hazır meyve suları, gazoz ve kolalı içecekler yerine taze sıkılmış meyve suları, ayran, limonata tercih edilmelidir.

Günlük beslenme programı

Sabah	Ara öğün
1 su bardağı süt (şekersiz)	1 porsiyon meyve
1 adet kayısı kıvamında haşlanmış yumurta	1 bardak süt(şekersiz)
1 parça peynir	
1 yemek kaşığı pekmez	
1-2 ince dilim kepek ekmeği Domates, salatalık vs.	
Öğle	Ara öğün
1 porsiyon etli sebze yemeği	1 bardak meyve suyu
1 kâse yoğurt veya komposto	½ paket Lifli
Kepekli Bisküvi	
1 ince dilim ekmek Salata (limonlu, az zeytinyağı ile tatlandırılmış)	
Akşam	Ara öğün
1 kâse çorba	1 su bardağı süt
1 porsiyon zeytinyağlı sebze yemeği	1 porsiyon meyve
2-3 adet ızgara köfte veya bir parça ızgara tavuk (derisiz) veya balık Salata (limonlu, az zeytinyağı ile tatlandırılmış)	Not: Yemek aralarında ıhlamur, nane papatya gibi bitki çayları, az şekerli limonata veya komposto içilebilir.

1.2.2 Demir ilaçlarının kullanılması

Gebelikte olan kan kayıplarını karşılamak amacıyla doğum sonrası dönemde demir haptı kullanmak oldukça önemlidir. Annenin demir haptını en az üç ay kullanması gereklidir. Gerekirse doğum sonrası kontrollerde yapılan kan sayımı sonucunda bu süre doktor tarafından uzatılabilir (Mannel ve ark., 2008).

1.2.2 Emzirme

1.2.2.1 Emzirme Tekniği

Emzirmenin başarı ile gerçekleştirilmesi için doğru emzirme tekniğinin kullanımı çok önemlidir. Sağlıklı bebekler arama ve emme refleksi ile doğmaktadır. Emzirmenin doğru bir şekilde gerçekleşmesi için bebekte bazı

reflekslerin varlığı, annenin ve bebeğin pozisyonu çok önemlidir (Akridge 2004, Dyson ve ark. 2005)

Reflekslerin varlığı: Emzirmenin gerçekleşebilmesi için bebekte arama, emme ve yutma reflekslerinin bulunması gerekmektedir.

Arama Refleksi: Kadının meme başı ile bebeğin alt dudağına dokunması ile başlamaktadır. Bebek başını dokunulduğu yöne çevirmekte ve ağzını açmaktadır.

Emme Refleksi: Meme başı ve areolanın bir bölümü bebeğin ağzında doğru bir şekilde yer aldığında, dilin damağa doğru çekilmesiyle süt salınımının başlamasına neden olan refleksdir. Emme refleksi fetal hayatın 17. haftasında gelişir ve gebeliğin son haftalarında olgunlaşır. Emme refleksi doğum sonrası, bebek uyanırken 3–4. aya, uykuda iken 7. aya kadar devam edebilmektedir.

Yutma refleksi: Bebeğin ağzı süt ile dolduğu zaman yutma refleksinin uyarılması ve yutmasıdır.

Kadının pozisyonu:

- Kadının emzirme sırasında rahatlaması için uygun bir pozisyonda olması gerekmektedir. Kadının sırtı yastık ile desteklenmelidir, omuzları rahat olmalıdır.
- Kolların altında destek kullanılarak (emzirme yastığı v.s) kadının eline gelen yük azaltılmalıdır.
- Kadın bir eli ile bebeği tutmalı diğer eli ile memeyi desteklemelidir. Memeyi desteklerken dört parmak altta, bir parmak üstte şeklinde tutmalıdır (Muray ve ark. 2002; Olds vd., 2000; Riordan, 2005).

Bebeğin pozisyonu:

- Emzirme sırasında bebek desteklenerek uygun pozisyon verilmelidir. Bebek hangi pozisyonda olursa olsun yüz ve gövdesi anneye dönük ve aynı hizada olmalıdır, bebeğin tüm vücudu desteklenmelidir.
- Bebeğin arama refleksi uyarılarak ağzını tam açması ve areolayı kavraması sağlanmalıdır.
- Bebeğin memeyi doğru kavradığı durumlarda alt dudağı dışarı doğru kıvrılmış olur ve yanakları şişer. Dıştan bakıldığında dudaklar areolanın etrafını çevrelemelidir. Üst dudağın üzerinde areolanın daha fazla bir bölümü görülmelidir.

- Emzirmenin başlangıcında anne meme ucunda ağrı hissedebilir. Ancak ağrı emzirme boyunca devam etmemelidir, devam ediyorsa bu bebeğin memeyi doğru kavramadığının göstergesidir. Bebeği yanlış bir şekilde memeye yerleştirme etkili emzirmeyi olumsuz etkileyecektir (Littleton, 2005; Muray vd., 2002).

Şekil – 1. Emzirme Sırasında Annenin ve Yeni doğanın Pozisyonu



Emzirme Pozisyonları

Emzirme için kadının kullanabileceği değişik pozisyonlar bulunmaktadır. Önemli olan kadının kendisi için en rahat ve emzirme tekniğine uygun olan pozisyonu belirlemesidir.

Beşik Tutuşu: En yaygın kullanılan emzirme pozisyonudur. Kadın dik oturur durumdadır. Bebeğin başı kadının ön kolu üzerinde dirseğe yakın kısmındadır. Sırtı da kadının ön kolu boyunca uzanır. Kadın eli ile bebeği kalçasından destekler. Bu şekilde bebeğin tüm vücudu kadına dönük ve aynı hizadadır. Bebeğin alt kolu, kadının memesinin altında ya da beline doğru uzanması sağlanabilir. Bebeğin altına yastık konulursa, hem bebeğin vücudunun düz tutulması hem de başı ile kadının memesinin aynı hizada olması kolaylaşır (Littleton, 2005; Muray vd., 2002; Riordan, 2005).

Şekil - 2. Beşik Tutuşu Pozisyonu



Futbol Tutuşu: Bebeğin vücudu kadının kolunun altında, yüzü kadına dönük olacak şekilde yerleştirilmelidir. Bebeğin başı omuzlarından desteklenmeli ve

yüzü kadına dönük olmalıdır. Kadın elinin altını yastıkla destekleyebilmektedir. Bu tutuş şekli bebeğin daha kolay gözlenmesine ve bebeğin meme başını daha kolay kavramasını sağlar. Pozisyon büyük memeli, düz, içe çökük meme başı, ikiz bebekleri, prematüre ve zayıf emen bebekleri olan annelere önerilmektedir (Littleton, 2005; Muray vd., 2002; Riordan, 2005).

Şekil -3. Çapraz Beşik Tutuşu Pozisyonu



Çapraz beşik tutuşu: kadın bebeği emzireceği taraftaki eli ile değil, diğer eli ile destekler. Bebeğin baş ve omuzları avuç içinde desteklenmeli ve bebeğin vücudu kadına dönük emzirtilmelidir (Littleton, 2005; Muray vd., 2002;

Riordan, 2005).

Şekil - 4. Yatarak Emzirme Pozisyonu



Yatarak Emzirme: kadının yan yatarak başı ve sırtı yastık ile desteklenmelidir. Bebek kadının yanına yatırılmalı ve vücudu kadına bakacak şekilde olmalıdır. Bu pozisyon özellikle süt akışı çok olan kadınlara önerilmektedir. Süt akışının çok olması, bebeğe boğulma

hissi verebilir ve memeyi reddetmesine neden olabilir. Bu durumda kadınlar yatarak emzireyerek süt akışını azaltırlar ve bebeğin emmesini kolaylaştırmış olmaktadır (Littleton, 2005; Muray vd., 2002; Riordan, 2005).

Kaydırma pozisyonu: Bazen bebekler tek taraflı emmeyi sevmektedir. Bu durumda kaydırma pozisyonu kullanılarak bebeğin yönü değiştirilmeden bebek diğer memeden de emzirilebilmektedir (Littleton, 2005; Muray vd., 2002).

Bebeği memeden ayırma

Bebeğe uygun pozisyonu vermek kadar uygun bir şekilde memeden ayırmak da önemlidir. Meme ucunda herhangi bir sorun oluşmasına neden olmamak için bebeği memeden bir anda değil, kadın küçük parmağını bebeğin dudak kenarına koyarak yavaşça ayırmalıdır. Bu uygulama meme uçlarını koruyarak daha sonraki

emzirmelerin başarısını etkilemektedir (Eryılmaz, 2008, Littleton, 2005; Muray vd., 2002; Riordan, 2005).

Bebeğin Anne Memesini Emmesinin Resimlerle Aşamaları



Bebeğin dudak birleşği uyarılır. Parmak veya meme başı bebeğin dudaklarına temas ettirilir.



Bebeğin ağzını açarak meme başını ağzının içerisine doğru alması sağlanır. Koyu renkli kısım dudakları ile çevrenmelidir.



Anne parmakları ile meme başını bebeğin ağzında tutmasına yardımcı olurken, memesini bebeğe doğru sıvazlar.



Bebek emerken anne de eli ile onun başına arkadan destek verir. Bebek ağzında meme yüzü annesine dönük eliyle memeye temas eder.



Bebek bedeninin anneye yakın halde durması sağlanır. Bedeni ile de temas halinde olması bebeğe güven verir.



Emzirme eylemi hem anne hem de bebek için keyif verici bir olay olmalıdır. Doyan bebek memeyi bırakabilir.

Kaynak: Riordan J (2005). Breastfeeding and human lactation, (3. Ed.,pp: 34-48). Boston: Jones and Bartlett Publishers.

Emzirme Süresi ve Sıklığı

Her emzirmenin başında salgılanan süt, ön süttür, su içeriği fazladır, fazla miktarda üretilir ve yüksek miktarda protein, laktoz ve diğer besinleri içerir. Emzirmenin sonunda salgılanan süt, son süttür ve ön süte göre daha yoğun, beyaz

görünür, daha fazla yağ içerir. Bu yağ, bebeğin enerji gereksiniminin büyük bir bölümünü karşılamaktadır. Emzirme sonundaki bu bileşim değişikliği, bebekte doygunluk hissi yaratarak memeyi bırakmasına neden olmaktadır. Gün içerisinde emzirme sayısının değişmesi ile beraber genelde yeni doğan bir bebeği 24 saat içerisinde 8–12 kez emzirmek önerilmektedir. Doğumdan hemen sonra yeni doğanın mide kapasitesi 30–60 ml, ikinci haftada mide kapasitesi 90 ml.'ye ulaşmakta, beşinci ayda 210 ve onuncu ayda 300 ml. olmaktadır. Anne sütünü alan bebeklerin mide yarı boşalma süresi 16–86 dk. arasında değişmektedir. Yeni doğan bir bebek en az 15–20 dk süre ile yaklaşık 1–3 saatte bir emzirtilmelidir. Bebekler gece en az 1–2 kez emzirilmelidir. Daha kısa bir süre emzirme durumunda, yetersiz süt inme refleksi, meme dolgunluğunda artış ve bebeğin sıvı alımında azalma gibi sorunlar gelişebilmektedir (Eryılmaz, 2008; Lund ve Mcmanaman, 2010; Mannel ve ark., 2008; Riordan, 2005).

1.2.2.2 Meme bakımı

Emzirmeye ilişkin sorunlar yaşanmaması için doğru meme bakımı çok önemlidir. Meme bakımında kadın meme hijyeni, doğru sutyeni seçme ve uygun meme kremleri kullanma gibi faktörlere dikkat etmelidir.

- **Meme hijyeni:** WHO ve UNİCEF, son yıllarda meme bakımında, memenin temiz ve kuru tutulmasının yeterli olduğunu bildirmektedirler. Bunun nedeni, montgomeri tüberküllerinden, meme başı ve areolayı koruyucu özellikte, antibakteriel yağlı bir maddenin salgılanıyor olmasıdır. Her gün duş almak veya memeleri ılık su ile yıkamak ve kurulamak önemlidir. Duru su kullanmak yeterli olmaktadır, çünkü sabunların kurutucu etkisi bulunmaktadır (Muray ve ark., 2002; Dyson ve ark., 2005; Riordan, 2005; Eryılmaz, 2008).
- **Sutyen seçimi:** Sutyen herhangi bir alana baskı yapmadan geniş askılı iyi destekleyentercih edilmelidir. Alt kısmında destekleyici telleri olan sutyenler kullanılmamalıdır. Sürekli süt akışı nedeniyle rahatsız olan kadınlar göğüs pedi kullanabilir fakat önemli olan petleri sık değiştirmek, ıslak olarak uzun süre bırakmamaktır (Olds ve ark., 2000, Muray ve ark., 2002).
- **Meme kremleri:** Sürekli kullanılmamalıdır. Kremler areola üzerinde bulunan montgomery bezlerin salgıladığı doğal yağın salgılanmasını engelleyebilmektedir. Bazı kremler alkol içerdiğinden dolayı çatlaklara neden

olabilmektedir. Bitkisel yapıda olan kremler tercih edilmelidir. Kadının kendi sütünden bir damla memeye damlatarak anne sütünü krem yerine kullanmasının uygun olduğu belirtilmektedir (Muray ve ark., 2002; Riordan, 2005; Eryılmaz, 2008).

1.2.2.3 Meme komplikasyonları

Emzirme tekniğinde yapılan uygulama hataları, memenin yeterli boşaltılmaması, bebeğe yanlış pozisyon verme, hijyene dikkat etmeme, bebeği düzenli süre ve sıklıkta emzirmeme gibi değişik faktörler emzirme süresince kadının memeye ilişkin değişik sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir.

– Meme Dolgunluğu (Engorjman)

Doğum sonu ikinci ve üçüncü günlerde meme dokusuna kan akımının artması, venöz ve lenfatik göllenmenin oluşması ve süt kanallarının çevresinde ki dokularda ödem meydana gelmesi ile oluşmaktadır.

Nedenleri: Hormonal değişimlerin yanı sıra bebeği az sıklıkta emzirme, yetersiz miktarda emzirme, uygun pozisyonda emzirmeme v.s. gibi nedenler meme dolgunluğunun gelişmesine neden olabilmektedir.

Belirtiler: Memenin dolgun, sert, ödemli ve sıcak olma durumudur. Genelde bu belirtiler doğum sonrası üçüncü ve 5.günde gözlenir ve 48 saat içerisinde gerilemeye başlar. Areola sıklıkla ödemlidir ve meme başı düzleşmiştir. Bu nedenle bebeğin memeyi tutması zorlaşmaktadır.

Meme dolgunluğunun oluşmaması için:

- Kadının memeleri iyi destekleyen, rahat sutyen giyinmesi önemlidir.
- Kadınlara düzenli emzirmenin önemi vurgulanmalı ve ilk olarak dolgun memeden başlayarak, 24 saat içerisinde 8–12 kez bebeğini emzirmesi konusunda desteklenmelidir.
- Eğer meme dolgunluğuna müdahale edilmezse meme tıkanıklığı gelişebilmektedir (Olds ve ark., 2000; Muray ve ark., 2002, Dyson ve ark., 2005; Littleton, 2005; Riordan, 2005; Eryılmaz, 2008).

– Meme Tıkanıklığı

Laktiferus sinüslerin tıkanması durumudur.

Nedenleri: Engorjman veya yeterli sıklıkla emzirmeme sonucu anne sütünün fazla olması, bebeğin geç emzirilmesi, emzirme sırasında bebeğe yanlış pozisyon verilmesi nedeniyle bebeğin memeyi tam olarak boşaltamaması, emzirme süresinin kısa tutulması, rahat olmayan sutyen giyilmesi meme tıkanıklığının nedenleri arasındadır.

Belirtiler: Tıkalı olan bölgede hassasiyet, gerginlik ve ağrı oluşabilir. Ateş olmayabilir veya 24 saat sürüp düşebilir. Genellikle her iki memede gelişir ve müdahale edilmezse mastit gelişebilir.

Meme tıkanıklığının oluşmaması için:

- Eğer bebek yeterince memeyi boşaltamazsa el veya pompa ile memenin boşaltılması sağlanabilir.
- Anne sıkmayan rahat sutyen giyinmeye dikkat etmelidir (Olds ve ark., 2000; Dyson ve ark., 2005; Littleton, 2005; Riordan, 2005; Eryılmaz, 2008).

– **Mastit**

Meme dokusunun inflamasyonu olarak tanımlanmaktadır. Mastit noninfektif inflamasyon veya infektif mastit şeklinde olabilmektedir.

Noninfektif Mastit: Süt kanalları tıkanınca gelişmektedir. Süt kanalı tıkanmış zaman allveoler çok gerilir ve süt çevre dokulara geçer. Hücrelerarası dokuya süt geçince immün sistem aktive olur ve noninfektif inflamasyon gelişmektedir. Aynı zamanda vücudun üst bölüme ilişkin ağır egzersizler de hücrelerarası süt geçişine neden olabilir. Bu nedenle ağır egzersizler memeler boşaltımından sonra yapılmalıdır. Tedavi edilmezse infektif mastit gelişebilmektedir.

İnfektif Mastit: Genelde stafilokokus aureus'un neden olduğu bir enfeksiyondur. Mikroorganizmalar bebekten veya çevreden bulaşabilmektedir. Mikroorganizma meme çatlağı yolu ile kanalları geçebilmekte ve genelde bir lopta süt akımını durdurma ile başlamaktadır. Öncede bölgeseldir, daha sonra yayılmaktadır. En sık olarak memenin üst dış kadranında gelişmektedir.

Belirtiler: Memede şişlik, sıcaklık, kızarıklık ile beraber annede ateş, halsizlik ile karakterize durumdur.

Mastitin oluşmaması için:

- Bebek sık sık emzirtilmeli ve meme yeterince boşalamıyorsa pompa ile meme boşaltılmalıdır (Olds ve ark., 2000; Muray ve ark., 2002; Dyson ve ark., 2005; Littleton, 2005, Riordan, 2005; Eryılmaz, 2008).

– Meme Absesi

İnfektif mastit iyi bir şekilde tedavi edilmediği durumlarda meme absesi gelişmektedir.

Belirtiler: Yüksek ateş, basınca şekil değiştiren sertlik, antibiyotik tedavisine yanıt vermeme, halsizlik oluşabilir (Dyson ve ark., 2005; Littleton, 2005).

– Memede Mantar Enfeksiyonu

Nedenleri: Candida tarafından meydana gelmektedir. Mastit veya meme absesi sonrasında antibiyotik tedavisi almış annelerde görülmektedir. Aynı zamanda annede vajinal mantar enfeksiyonu, obezite, diyabetes mellitus gibi durumlar riski artırmaktadır.

Belirtiler: Emzirme süresince ve sonrasında anne memenin derinliklerinden gelen ani batıcı ağrı tarif etmektedir. Anne bebeğinin pozisyonunu düzeltmesine rağmen bu ağrı geçmemektedir. Annenin memesinde, bebeğin ağız boşluğunda ve bebeğin cinsel organında döküntüler meydana gelmektedir (Olds ve ark., 2000, Muray ve ark., 2002; Dyson ve ark., 2005; Littleton, 2005; Riordan, 2005; Eryılmaz, 2008).

Memede Mantar Enfeksiyonu oluşmaması için:

- Meme petlerini sık değiştirmek gerekmektedir.

– Meme Ucu Sorunları

Meme ucunun normal yapıda olması emzirmenin başarılı bir şekilde yürütülmesi için çok önemlidir. Meme ucuna ilişkin anatomik problemler veya yanlış emzirmeye bağlı sorunlar olabilmektedir.

– İçe Dönük ya da Düz Meme Başı

Bebeğin emmesini önemli derecede etkileyen bir sorundur. Bu sorunun doğum öncesi dönemde tespit edilmesi sorunun erken çözümlenmesini sağlayacaktır. O

nedenle bu sorunu yaşıyan anneler doğumdan sonra ilk günlerde daha yoğun desteklenmelidir. Çökük meme ucunu çıkartmak için anatomik göğüs kalplarının (nipple formers) sutyenin içine yerleştirilerek kullanılması önerilmektedir (Dyson ve ark., 2005; Littleton, 2005; Mannel ve ark., 2008).

– Meme Başı Çatlağı

Emzirirken memede ağrısı olan anne meme başında çatlak olup olmadığı yönünden değerlendirilmelidir.

Nedenleri: Memeye bebeğin uygun pozisyonda yerleştirilmemesi veya memeden uygun şekilde ayrılmaması sonucunda oluşabilir. Meme başı çatlağı genellikle emzirmenin ilk haftasının sonunda ya da on güne kadar iyileşmektedir.

Meme Başı Çatlağının oluşmaması için:

- Meme petleri kullanılmalı ve sık değiştirilmelidir.
- Meme uçlarını temizlemek için sadece duru su kullanılmalıdır. Sabun, alkol gibi bazı maddeler meme uçlarını hassaslaştırdığı için kullanılmamalıdır.
- Her emzirmeden sonra anne sütünden meme ucuna sürmek meme başı çatlağının iyileşmesini hızlandıracaktır.
- Annenin beslenmesinde çinko, A-D-E ve C vitaminleri ve protein almasına özen gösterilir.
- Emzirmeden yarım saat önce hafif analjezikler ile her emzirmede farklı bir pozisyonun kullanılması rahatlamayı sağlar.
- Kadın çok ağrı yaşıyorsa çatlak olan memeden sağma yaparak bebeğe o şekilde verebilir (Dyson ve ark., 2005; Littleton, 2005; Mannel ve ark., 2008).

1.3 Boşaltım

Hedefler

- Sezaryen sonrasında kadında konstipasyon sorununu yaşamaması için beslenmesinin nasıl olması gerektiğini açıklayabilmesi
- Kadının günde 2500–3000 cc sıvı tüketebilmesi
- Kadının kegel egzersizlerini etkin bir şekilde yapabilmesi

1.3.1 Konstipasyon oluşmaması için:

- Kadın günde üç-dört porsiyon sebze ve meyve yemeli, kabukları ile yenebilecek sebze ve meyveleri kabuklarını soymadan yemelidir.
- Süt yapımını sağlamak ve kabızlığı önlemek için günde 2500–3000 cc sıvı almalıdır.
- Kuru baklagil (mercimek, fasulye, nohut) ve kepekli ekmek yemeli, aç karnına 1 bardak ılık su veya kayısı suyu içmelidir.
- Beyaz ekmek, makarna, pirinç, az yağlı besinler, yeterince sıvı içilmemesi, dengesiz beslenme, fazla çay ve kahve tüketimi kabızlığı arttırdığı için bunlardan kaçınılmalıdır (Hurt ve ark., 2010; Mannel ve ark., 2008).

1.3.2 Kegel egzersizleri-Pelvik Taban Egzersizi

Pelvik taban egzersizleri öksürürken, hapşırırken, gülerken ya da diğer zorlu işleri yaparken idrar kaçırma miktarını azaltmak için yapılan egzersizlerdir.

Kegel egzersizlerinin uygulanışı:

Egzersiz yaparken çalıştıracağınız kasları bulmak için vajenizde bir tampon olduğunu hayal edin ve onun düşmesini engellemek için kaslarınızı sıkın. Kastığınız kaslar egzersiz yaptırmanız gereken kaslardır. Egzersiz yaptıracağınız kaslarınızı bulmanın bir diğer yolu da idrar yaparken idrarınızı durdurmak için yaptığınız hareket pelvis kaslarınızı kasan egzersiz yaptırır hareketidir. Bu işlemi yalnız hareketi anlamak için yapınız. Bu egzersizleri yaparken amaç hafif hareketlerle başlayıp dereceli bir biçimde artırarak etkili harekete ulaşmaktır.

Bu egzersizleri herhangi bir yerde ve zamanda yapabilirsiniz. Telefonda konuşurken, kitap, gazete okurken, bulaşık yıkarken, ütü yaparken v.b. Önemli olan bu hareketleri yaşamınızın ayrılmaz bir parçası ve alışkanlığı haline getirmektir.

Başlangıç: Günde 3 kez 25 kasma hareketini (toplam 75) yapınız. Her kasmayı 6'ya kadar (6 saniye) sayarak yapınız ve 6'ya kadar sayarak gevşetiniz.

1. hafta: Kasma sayısını 50'ye çıkarınız ve 3 kez aynı şekilde toplam 150 kez yapınız.

2. hafta: Kasma sayısının 75'e çıkarınız her kastığınızda 6'ya kadar sayınız ve 3 kez tekrarlayınız (toplam 225 kez).

3. 4–24 hafta: Pelvik tabanınızı 20 dakika süreyle 100 kez 12 saniyede 6 saniye kasınız. Bunu 3 kez tekrarlayınız (toplam 300 kez)

24 haftadan sonra: Günde 3 kez 10 dakika süreyle dakikada 5 olmak üzere toplam 150 kez egzersiz yapınız.

Başlangıçta pelvis tabanda yorgunluk hissedilebilir, ancak bu yorgunluk zamanla geçer ve bu egzersizler etkisini 6 ayda göstermeye başlar (Lund ve Mcmanaman 2010; Mannel ve ark., 2008).

1.4 Aktivite - Egzersiz

Hedefler

- Sezaryen sonrasında kadının doğum öncesi dönemdeki normal günlük aktivite düzenini sağlayabilmesi
- Kadının doğum sonu egzersizlerini yapmanın kendisine olan yararlarını sayabilmesi
- Kadının doğum sonu egzersizleri yaparken nelere dikkat etmesi gerektiğini sıralayabilmesi
- Sezaryen sonrasında kadının doğum sonu egzersizlerin nasıl yapıldığını gösterebilmesi
- Kadının doğum sonu egzersizleri yaptıktan sonra kendisini iyi hissetmesi

1.4.1 Aktivite düzeyi ve normal günlük aktivite düzenine dönme zamanı

Sezaryen sonrası kadın yorgun olduğu için hareket etmek istemeyebilir. Ancak erken ambulasyonun venöz trombozu önlemede, involüsyonu hızlandırmadaki rolü anneye anlatılmalıdır. Hareket etmek kan dolaşımı ve bağırsakların çalışması üzerine olumlu etki yapmaktadır (Taşkın, 2009).

1.4.1.1 Sezaryen sonrası egzersizler

Sezaryen sonrasında yapılan egzersizler abdominal kasların gerginleşmesi ve dolayısıyla karın sarkmalarını önlemesi ile annenin iyi bir dış fizik görünüm kazanmasına, pelvik taban kaslarının güçlenmesine dolayısıyla stres inkontinansının önlenmesine ve kan dolaşımının düzenlenmesine yardımcı olur. Doğum sonrası artan kilolar ve bozulan vücut ölçüleri nedeniyle kadınlarda güven duygusu azalır. Doğumdan hemen sonra uygulanan bir egzersiz programı doğum sonu iyileşmeyi ve vücut ölçülerinin eski haline dönmesini hızlandırır. Böylece pozitif vücut imajı ve kendine güven duygusu da yeniden kazanılır ve annenin

annelik rolünü daha çabuk üstlenmesine yardımcı olmaktadır. Sezaryen sonrası karın kaslarını güçlendirmek için yapılacak olan egzersizlere 8 hafta sonra başlanmalı ve kasları çok zorlayan egzersizlerden kaçınılmalıdır (Hurt ve ark., 2010).

Sezaryen sonrası egzersiz yapılırken dikkat edilmesi gereken noktalar;

- En az haftada üç kez düzenli egzersiz, aralıklı yapılan aktiviteye göre daha yararlıdır.
- Sıcak, nemli havalarda veya ateşli bir hastalık süresince egzersiz yapılmamalıdır.
- Egzersiz öncesi beş dakikalık bir kas ısınma dönemine yer verilmelidir.
- Sıçrayıcı, atlayıcı ya da hızlı yön değiştirme gerektiren hareketlerden kaçınılmalıdır.
- Egzersiz sonunda aktiviteye yavaşlatılarak son verilmelidir.
- Dehidratasyonu önlemek için egzersiz öncesi ve sonrası bol sıvı alınmalıdır. Gerektiğinde sıvı alımı için aktivitelere ara verilmelidir.
- Herhangi bir beklenmeyen semptom görüldüğünde aktivite sonlandırılıp doktora başvurulmalıdır (Taşkın, 2009).

Doğum sonu egzersizlerinin uygulanışı:



Sırtüstü uzanın. Dizlerini karnınıza doğru çekin ve ellerinizi iki yana uzatın. Omuzlarınız ve ayaklarınız üzerinde sırtınızı ve kalçalarınızı yukarı kaldırın. 2–3 sn bu şekilde durun ve tekrar ilk pozisyona geçin. 5 kez tekrarlayın ve dinlenin.



Aynı pozisyonda yatarken bacaklarınız birbirine bitişik haldeyken dizlerinizi karnınıza doğru çekin 2–3 sn bu şekilde tutun ve eski pozisyonunuza dönün En az 5 kez tekrarlayın.



Aynı pozisyonda dizlerinizi karnınıza doğru çekin. Sonra gövdenizle dik açı yapacak şekilde yukarı kaldırın ve yavaş yavaş tekrar indirin. Hareketi en az 5 kez tekrarlayın.



Sırtüstü uzanırken kollarınızı iki yana açın ve bacaklarınızı gövdenize dik olarak yukarı doğru uzatılmış halde gergin tutun. Bacaklarınızı birbirinden ayırmadan ve dizlerinizi kırmadan her iki yana doğru yavaş hareketlerle mümkün olduğu kadar indirip tekrar aynı pozisyona getirin. En az 5 kez hareketi tekrarlayın.



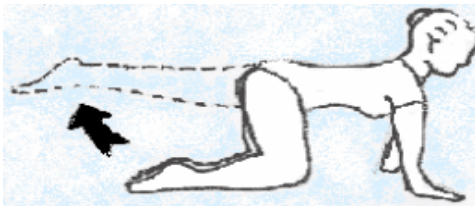
Aynı pozisyonda bacaklarınızı bitişik olarak yere kadar indirin sonra tekrar dik hale getirin. Sonra diğer tarafa doğru aynı hareketi yapın. En az 5 kez hareketi tekrarlayın.



Aynı pozisyonda bacaklarınızı dik olarak iki yana açın. Sonra tekrar ortada birleştirin. Hareketi en az 5 kez tekrarlayın.



Dizleriniz ve ellerinizin üzerinde durun. Başınızı öne doğru eğerek nefesinizi verin. Karnınızı çukurlaştırıp, sırtınızı mümkün olduğu kadar kamburlaştırmaya çalışın. Daha sonra nefes alarak başınızı dik pozisyona getirin. Sırtınızı düzleştirin ve 3–5 sn bu şekilde durun. Hareketi en az 10 kez tekrarlayın.



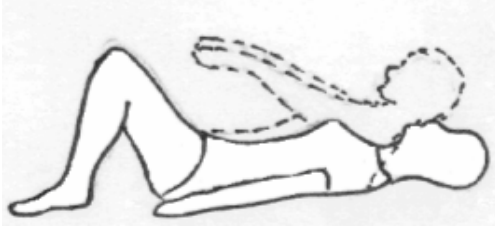
Dizleriniz ve elleriniz yerle temas halinde, yüzünüz ileriye bakarken sırtınız yere paralel şekilde durun. Sırasıyla her iki bacağınızı da geriye doğru uzatarak 3–5 sn kadar bu şekilde durun.



Bir önceki hareketi daha ileri taşıyarak bacağınızı kalçanıza doğru çekin. Her iki bacağınızla hareketi en az 5 kez tekrarlayın.



Sırtüstü yatar pozisyonda elleriniz iki yanda vücudunuza yakın dururken iki bacağınızı birlikte karnınıza doğru çekin. Daha sonra nefes verirken başınızı kaldırarak 2–3 sn bu şekilde durun. Hareketi en az 5 kez tekrarlayın.



Sırtüstü yere uzanın. Dizlerinizi karnınıza doğru çekin, ayaklarınız yerde olsun. İki kolunuzu öne doğru uzatarak omuzlarınızı mümkün olduğunca yerden kaldırmaya yani doğrulmaya çalışın. Bu sırada nefes vermeye dikkat edin.

Kaynak: Mckinney ES, Ashwill JW, Murray, S (2000) Maternal-Child Nursing, Second Edition, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 714-731.

1.5 Uyku-Dinlenme

Hedefler

- Sezaryen sonrasında kadının bebeğin rutinlerine göre uyku aktivitesini düzenleyebilmesi
- Kadının bebeğin rutinlerine göre dinlenme aktivitesini düzenleyebilmesi
- Kadının uyku ve dinlenme aktivitesinin sağlanmasında ailedeki diğer bireylerin destek olabilmesi

1.5.1 Sezaryen sonrasında uyku düzeni

Dinlenme ve uyku fizyolojik bir gereksinimdir ve bireysel farklılıklar gösterir. Kadının sezaryen sonrasında yeniden güç kazanması ve kendine gelebilmesi için iyice dinlenmesi ve normal gereksinimi olan uykusunu alması gerekmektedir. Doğum sonu ilk haftalarda bebeği geceleri de sık aralıklarla besleme gereği ve ailedeki artmış sorumlulukları nedeniyle annenin uzun ve yeterli bir uykuya dalması güçleşebilmektedir (Taşkın, 2009).

1.5.2 Sezaryen sonrasında kadının dinlenme gereksinimi

Sezaryen sonrasında pelvis taban ve destek dokularının involüsyonu henüz tamamlanmadığından pelvis relaksasyonu önlemek için en azından 40 günlük sürede anne istirahat etmeli, ağır işlerden kaçınmalıdır. Anne uykusuz gecelere dayanabilmek için gündüzleri uyumaya çalışmalı, dinlenmelidir. Hafif ev işleri yapılabilir. Ama ağır ev işleri, diğer çocuklarla ve misafirlerle mümkünse eş ya da diğer akrabalar ilgilenmelidir (Taşkın, 2009).

1.6 Bilişsel-Algılasal

Hedefler

- Doğum sonu dönemde annenin yaşayabileceği ağrılarla baş edebilmesi
- Doğum sonu dönemde anneye verilen eğitimlere ilişkin hedeflere ulaşılabilmesi

1.6.1 Ağrı kontrolü

Aralıklı uterus kontraksiyonları, kas liflerinin kasılmalarından ve gevşemelerinden meydana gelir. Kas kramplarına neden olan bu duruma after-pains denir. Uterus kasılmaları veya after painsler doğum sonu ilk 2 ya da 3. gününde meydana gelir. Oksitosin hormonu hipofiz arka lobundan salgılanır ve uterus kasılmalarını güçlendirir. Eğer kadın emziriyorsa oksitosin salgılanması artar (Burroughs ve Leifer 2001, Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi, 2008). Emzirme uterus kontraksiyonlarını arttırdığı için ağrılar emzirme sırasında daha çok hissedilir. Ağrının sebebinin kadına açıklanması ve şiddetli ağrılarda analjezik ilaçların verilmesi kadını rahatlatır. Emzirirken memede ağrısı olan kadın meme başında çatlak olup olmadığı yönünden kontrol edilmelidir. Çatlak varsa bebeğin memeye doğru yerleşip yerleşmediğine bakılarak gerekirse kadın eğitilmelidir. Doğum sonu dönemde kadının karın bölgesinde sezaryene ait yara yerinde de ağrılar oluşabilmektedir (Taşkın, 2009).

1.6.2 Sezaryen sonrasında kadının öğrenme gereksinimi

Sezaryen sonrasında bebeğin aile sistemiyle bütünleştiği, kadının emosyonel, fiziksel ve sosyal adaptasyonunun olduğu, gelişimsel bir kriz dönemidir. Bu dönemde, kadınların bebek bakımına, büyüme-gelişmesine ve bebeğin normal özelliklerine ilişkin bilgi eksikliğinin olması kadınlarda kaygı nedeni olabilir, annelik rolünden memnuniyeti azaltabilir ve yaşam değişikliğini olumsuz etkileyebilir. Yeni bir anne için bebeğin bakımında beceri ve kendine güvenin gelişmesi önemlidir. Bu özel zamanda, kadınlar ve aileleri en çok bireyselleşmiş bir bakıma ve danışmanlık sağlayan empatik bir sağlık personeline gereksinim duymaktadırlar. Doğum sonrası eğitim ve danışmanlık verme oturumlarında annenin ne bildiği, neyi mutlaka bilmesi gerektiği ve ne bilmek istediğinin belirlenmesi ve kadının soru sormasına fırsat vererek görüşmelere başlanması gerekmektedir Sağlık personeli doğum sonrası dönemde kadının gereksinim

duyduğu konularda eğitim vererek uyumunu sağlamasına yardımcı olmalıdır (Yıldız, 2008).

1.7 Kendini algılama

Hedefler

- Doğum sonu dönemde kadının beden imajına önem vermeye başlayabilmesi
- Kadının beden algısı ile duygularını paylaşabilmesi

1.7.1 Sezaryen sonrası kadında beden imajı değişiklikleri

Gebelikle birlikte kadının fiziksel görünümünde oluşan değişiklikler (kilo alma, memelerin büyümesi vb.) doğum sonrası dönemde de devam edebilmektedir. Anne gebelikte aldığı kiloları veremediği gibi emzirme sürecinde kilo alımı daha da artabilir. Doğum sonu egzersizler başlamadıysa sarkık bir karın oluşabilir. Sezaryen sonrasında kadın genelde bebeğin bakımına odaklandığı için özellikle destek sistemleri yetersiz ise kendi bakımını ihmal edebilir. Bütün bu yaşanan olaylar bir süre sonra kadının psikolojisinin bozulması riskini artırabilir. Kadına bakım veren sağlık personeli kadının bu sorunlarının farkına varmalı ve bu sorunların zaltılmasında/çözümlemesinde yardımcı olmalıdır (Beksaç ve ark., 2001; Taşkın, 2009).

1.7.2 Sezaryen sonrası ruhsal durum-benlik saygısı

Sezaryen sonrası kadınlara tıbbi bakım eksiksiz verilirken pek çok kadında ruhsal sorunlar göz ardı edilebilmektedir. Bu bakımdan doğum yapan kadına bakım veren sağlık personelinin duyarlı olması ve gerektiğinde kadın bu konuda tıbbi yardım almaya yönlendirilmelidir. Sezaryen sonrası ruhsal sorunların oluşmasında hormonal ve psikososyal faktörlerin birlikte etkin olduğu düşünülmektedir. Doğumla birlikte östrojen ve progesterondaki hızlı düşme ve kortizon düzeyindeki değişmelerin etkili olduğu ileri sürülmüşse de, araştırmalarda doğrulanamamıştır. Doğumla birlikte değişen rol tanımları ve bebek bakımının getirdiği psikososyal stres etkenlerinin ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasında tetikleyici etkisi olabilmektedir (Beydağ, 2007; Duman, 2009).

1.8 Rol-İlişki

Hedefler

- Kadının bebekle iletişim kurma yollarını açıklayabilmesi
- Sezaryen sonrasında kadının bebeğini emzirirken bebeğiyle etkileşimde bulunabilmesi
- Kadının bebeğine bakım verirken mutlu olduğunu ifade etmesi

1.8.1 Sağlıklı ebeveynlik

Sezaryen sonrası fiziksel olarak iyileşmenin yanında, duygusal olarak da iyileşmeler yaşanır. Kadın ve bebek zamanla birbirlerine alışıp, birbirlerini tanımaya başladıktan sonra psikolojik gel-gitler yavaş yavaş azalır. Emzirme ile arada oluşan bağ sayesinde; kadındaki depresyon ve yetersizlik duygusu yerini daha sıcak duygulara ve mutluluğa bırakır (Mannel ve ark., 2008).

1.8.2 Ebeveyn bebek iletişimi

Sezaryen sonrası dönemin en önemli özelliklerinden birisi de, anne-bebek etkileşiminin başlangıcı olmasıdır. Anne-bebek etkileşiminin öğrenilen ve zamanla gelişen bir süreç olduğu belirtilmektedir. Bu etkileşimin sağlıklı başlayıp sürdürülmesinde, annenin yeni rolüne uyumu, karşılaştığı sorunlarla baş edebilmesinde çevreden alacağı destek ve eşler arasındaki uyum da önemlidir. Böyle olmadığında fizyolojik değişikliklerin etkisi ile annenin ruh sağlığı kolaylıkla bozulabilmektedir (Tucker, 2000). Emzirme anne ve çocuk açısından duygusal ve fizyolojik yararları olan bir süreçtir. Bebek, kendisine yeter duruma gelinceye kadar gereksinimlerinin karşılanmasında anneye bağımlıdır. Bu gereksinimlerin sürekli ve yeterli karşılanması, bebeğin büyüme ve gelişmesinin normal sınırlar içinde sürmesini sağlayacağı gibi, temel güven duygusunu da geliştirecektir. İşte bütün bunlar anne-bebek arasında, kuvvetli bir bağlılığın gelişmesi ile sağlanır. Anne-bebek yakınlaşmasını annenin geçmiş yaşantıları, kendi annesinden gördüğü yakınlık, gebeliğin planlı olması, anne gereksinimlerinin karşılanmış olması, güç olmayan doğum, bebek ile göz göze iletişim vb. etkileyen faktörlerdir. Doğumdan sonra ilk 30 dakika içinde ve sık sık emzirmenin anne-bebek yakınlaşması ve bebeğin gelişimi üzerine büyük etkisi vardır. Annelik rolünün kazanılması kadının, annelik davranışlarını öğrenmesi ve

kendini bir anne olarak benimseyerek, rahatlama sürecidir (Burroughs ve Leifer, 2001; Taşkın, 2009).

Anne- Bebek Yakınlaşmasının Geliştirilmesi için;

- Sezaryen sonrası erken dönemde, bebeğin anne yanında kalmasını sağlayıp, yakın ilişkiye girmeleri için anneyi desteklemek,
- Anneye bebek bakım aktivitelerini öğretmek ve yapması için desteklemek,
- Özellikle primipar annelerin, bebekle ilişkiye girmekten ve bebek bakımını üstlenmekten çekineceklerini akılda tutarak, onlara daha fazla zaman ayırmak,
- Çekirdek ailelerde, evdeki bakım anneyi endişelendirdiğinden anneye bebeği ve kendi bakımı konusunda eğitim planlamak (Mannel ve ark., 2008).

1.9 Cinsellik–Üreme

Hedefler

- Sezaryen sonrasında kadının menstruasyonun ne zaman başlayacağını ifade edebilmesi
- Kadının loşia süresince loşiyı renk, miktar ve koku yönünden değerlendirebilmesi
- Kadının loşia süresince loşianın anormal değerlendirme bulgularını söyleyebilmesi
- Kadının loşia süresince kişisel hijyeninde nelere dikkat etmesi gerektiğini sıralayabilmesi
- Sezaryen sonrasında kadının uygun zamanda cinsel yaşamına başlayabilmesi
- Sezaryen sonrasında kadının cinsel yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi
- Kadının doğumdan sonra kullanılacak gebelikten korunma yöntemlerinde kadına ait olan yöntemleri sıralayabilmesi
- Kadının doğumdan sonra kullanılacak gebelikten korunma yöntemlerinden erkeğe ait olan yöntemleri sıralayabilmesi
- Kadının doğumdan sonra kullanacağı korunma yöntemine eşiyile birlikte karar verebilmesi
- Kadının doğum sonu dönemde seçtiği yöntemi etkin bir şekilde kullanmaya başlayabilmesi

- Kadının seçtiği korunma yöntemini kullanırken nelere dikkat etmesi gerektiğini ifade edebilmesi
- Kadının seçtiği korunma yöntemini etkin kullanarak plansız gebeliklerin oluşmasını engelleyebilmesi

1.9.1 Menstruasyonun Yeniden Başlaması

Sezaryen sonrası menstruasyonun yeniden başlaması ve düzenli hale gelmesi annenin emzirme süresi ve sıklığına bağlıdır. İlk menstruasyon kanaması doğum sonrasında ortalama üçüncü ay ile bir yıl arasındaki herhangi bir zaman diliminde başlar. Bu dönemde overlerde çalışmaya başlar (Mannel ve ark., 2008 Tucker, 2000).

1.9.2 Uterus involüsyonu

Sezaryendan sonra genellikle bütün doğum sonu dönem boyunca süren involüsyon ve endometriumun rejenerasyonu sonucu dökülen endometrium tabakasına loşia denir. Endometriumun dökülmesinin nedenleri ise, doğumdan sonra östrojen seviyesinin azalması ve uterusun myometriyum tabakasının kontraksiyonlarıdır. Loşia; kan, küçük desidua parçaları, mukus, ayrıca verniks kaseoza, lanuga gibi maddeleri içerir. Endometriumda, plasentanın ayrılma yeri kanayan bir yara görünümündedir. Bu durum yeni doğum yapan annede enfeksiyon riskini arttıracığından, doğum sonu bakım ve koruma önem taşır. Doğum sonrası ilk günlerde kanama bir adet kanaması gibi, yoğun ve koyu kırmızı renklidir. Sonraki günlerde pembe, daha sonra sarı-kahverengimsi bir akıntı olur. Sonraki haftalarda rengi beyaza döner (Köseli ve Akın, 2001; Mannel ve ark., 2008; Taşkın, 2009). Doğumdan sonra her geçen gün rengi, miktarı değişen loşia klinik özelliklerine göre;

Loşia rubra; Doğumdan hemen sonra başlayıp, 3–4 gün süren, koyu kırmızı – kırmızı kahverengi renginde ve taze kan kokusunda olan kanamadır.

Loşia seroza; İyileşmeye bağlı olarak kanama kahverengi-pembe bir renk alır, loşia seroz (sulu) görünür ve akıntı 4–10 gün sürer.

Loşia alba; 11–21 günden 6 haftaya kadar süren beyaz, sarımsı renkte olan loşia, plasental alandaki involüsyonda ilerleme, miktarda azalma, lökositöz ve hücre yıkımında artmaya bağlı bu rengi alır.

Loşianın kontrolü:

- Loşıada büyük doku parçaları bulunmamalı, pis kokulu, çok fazla miktarda olmamalı, rengi parlak kırmızı olmamalı,
- üç haftadan kısa sürmemeli ve loşianın karakteri rubradan-serozaya, serozadan-albaya dönüşecek şekilde değişmelidir. Ters durumlar enfeksiyon, plasenta retansiyonu, atoni, subinvolüsyon gibi gitmezliklerin habercisi olabilir.
- Loşia devam ederken pet değişimi ve takibi önem kazanır. Pet değişimindeki amaç bölgeyi temiz tutmak, iyileşmeyi hızlandırmak, enfeksiyonu önlemek, annenin rahatlamasını sağlamak ve kanamayı kontrol etmektir. Kontaminasyonu önlemek için petler önden arkaya doğru çekilerek değiştirilmelidir. Nemli ortamda mikroorganizmaların üremesi söz konusu olduğundan petler ıslandıkça değiştirilmelidir. Annelerin petlerin temizliğine özen göstermesi sağlanmalı, mümkünse atılabilir hazır petler kullanılmalıdır.
- Doğum sonrası dönemde loşia miktarı 150- 400 ml arasında değişmekle birlikte ortalama 225 ml'dir. Loşia miktarı genellikle üç ya da dördüncü günlerde en fazladır ve daha sonra hızla azalır, miktar genellikle multiparlarda daha fazla, emziren ve sezaryen doğum yapan kadınlarda daha azdır. Loşia aktivite ve emzirme esnasında artar, gece uzanıp yatıldığında ya da oksitosin vb. uterotonik tedavi uygulandığı sürece azalır (Burroughs ve Leifer, 2001; Köseli ve Akın, 2001; Taşkın, 2009).

1.9.3 Doğum sonu cinsel yaşam

Sezaryen sonrasında kadının cinsel ilişkiye başlaması, doğumdan 40 gün sonra, doğum sonrası kanama bittikten sonra olabilir. Çünkü bu süre içerisinde üreme organlarının involüsyonu gerçekleşir, üreme organları normal fizyolojisine döner ve loşia hemen hemen tamamen kesilmiştir. Kadınların, bu dönemdeki cinsel ilişkilerin kendilerine ağrı verdiklerini belirttikleri görülmüştür. Ayrıca doğum sonu dönemde annenin akıntısı olduğu için enfeksiyona yatkındır. Doğumdan sonra cinsel istekte artma ya da azalma olabilir, bu normal bir durumdur. Kadınların cinsel istekleri hormonal seviyenin düşük olması (erken doğum sonu periyotta steroid hormonları azalmıştır), annelik rolüne uyum, uykusuzluk ve rahatsızlık (perineal travma) gibi nedenlerden dolayı doğumdan

sonraki birkaç ay içinde daha azdır. Doğum sonrasında cinsel ilişki 6–8 hafta kadar sakıncalıdır (Arevalo ve ark., 2004; Fehring, 2005; Türk ve ark., 2010; Yurdakul ve ark., 2002).

1.9.4 Doğumdan sonra kullanılabilir gebelikten korunma yöntemleri

Kadına ait yöntemler

1-Geçici Yöntemler (Bırakıldığında gebe kalınabilen yöntemler)

- Gebeliği Önleyici Haplar
- Rahim İçi Araç
- Gebeliği Önleyici İğneler
- Deri Altı Kapsülleri(Norplant)
- Diyafram
- Sperm Öldürücüler(Spermitler)

2-Kalıcı Yöntemler (Uygulandıktan sonra artık gebe kalınamayan yöntemler)

- Tüplerin Bağlanması (Tüp Ligasyonu)

Erkeğe ait yöntemler

1-Geçici Yöntemler (Bırakıldığında gebe kalınabilen yöntemler)

- Kondom (Kapat, Kılıf, Prezervatif)
- Geri Çekme

2-Kalıcı Yöntemler (Uygulandıktan sonra artık gebe kalınamayan yöntemler)

- Kanalların Bağlanması (Vazektomi)

1.9.4.1 Gebeliği Önleyici Haplar (Kombine oral kontraseptifler)

Gebeliği Önleyici Haplar nedir?

Gebeliği önleyici haplar doğal kadınlık hormonu olan östrojen ve progesteronun sentetik formunu değişik dozlarda içeren ilaçlardır.

Gebeliği Önleyici Haplar nasıl etki etmektedir?

Haptaki sentetik kadınlık hormonlarının etkisi ile kadında yumurtlama baskılanır. Bunun yanında sperm geçişini engellemek üzere vajendeki salgıları koyulaştırır ve endometrium inceler.

Olumlu yönleri nelerdir?

- Hap kullanımı bırakıldıktan sonra en geç 6 ay içinde gebe kalınabilir.

- Doğru şekilde kullanıldığında %99 etkilidir.
- Adet ağrıları ve adet döneminde kan kaybı azalır.
- Adetler düzenli hale gelir, kansızlık sorunu azalır.
- Kadınlarda görülen bazı iltihabi hastalıklar ve dış gebelik riski azalır.
- Uterus ve over kanser riski azalır.
- Over kistleri ve iyi huylu meme kistleri daha az görülür.

Olumsuz yönleri nelerdir?

- Doğumdan sonraki ilk 6 hafta içindeki kullanımı anne sütü miktarını azaltabilir.
- Bazı kullanıcılarda ilk üç ayda bulantı, memelerde hassasiyet, kilo değişikliği, migren, ara kanaması, vajinal akıntı, depresyon, ciltte yağlanma veya sivilce görülebilir.
- Hap alımının unutulması gebeliğe yol açabilir.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korumaz.

Gebeliği Önleyici Haplar hangi durumlarda kullanılmaz ?

- Gebelik veya gebelik şüphesi varsa
- Meme kanseri şüphesi veya tanısı almış olması
- Tromboembolik hastalık şüphesi veya tanısı (Tromboflebit, felç, akciğer embolisi) varsa
- Cinsiyet organlarında kanser olması
- Kalp hastalığı (anjina, kalp yetmezliği, kalp krizi) olması
- Aktif karaciğer hastalığı olması

Hangi durumlarda gebelikten korunma yöntemi olarak hap kullanımı tercih edilmemelidir?

- 6 aydan küçük bebeği olan ve emziren anneler
- 30 yaş üstünde sigara içen kadınlar
- Tanı konmamış vajinal kanaması olanlar
- Migren türü baş ağrısı olanlar
- Diabeti ve hipertansiyonu olanlar
- Hareketi engelleyen büyük ameliyat geçirmiş veya 4 hafta içinde geçirecek olanlar

1.9.4.2 Gebeliği Önleyici Mini Haplar (Yalnız Progesteron içeren Oral Kontraseptifler) nedir?

Kadınlık hormonlarından birini (progesteron) içeren haplardır. Her gün düzenli olarak aynı saatte alındığında gebelikten korur.

Nasıl korur?

- Vajinadaki salgıyı koyulaştırarak spermlerin uterus içine geçmesini önler.
- Kadının overlerinden ovumun gelişip atılmasını engeller.

Olumlu yönleri nelerdir?

- Doğru kullanıldığında % 99 etkilidir.
- Bırakıldığında tekrar gebe kalınabilir.
- Emziren annelerde çok etkilidir.
- Anne sütünün kalitesini bozmaz, miktarını artırabilir.
- Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz.
- Uterus ve over kanserlerine karşı koruyucudur.

Olumsuz yönleri nelerdir?

- Geçici olarak ilk aylarda düzensiz adet görme, adet görmeme ve lekelenme görülebilir.
- Her gün aynı saatte alınmalıdır (özellikle emzirmeyenler). Düzenli alınmazsa gebelik oluşabilir.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korumaz.

Kimler için uygundur?

- Her gün aynı saatte hap almayı hatırlayabilecek kadınlar
- Henüz kürtaj olmuş yada kendiliğinden düşük geçirmiş kadınlar
- Sigara içen kadınlar
- 16 yaşından büyük her yaştaki kadınlar
- Emziren anneler (6.haftadan sonra).

Kimler için uygun değildir?

- Bebeği 6 haftadan küçük olan emziren anneler
- Tanı konmamış vajinal kanaması olanlar
- Aktif karaciğer hastalığı olanlar(hastalık devam ettiği sürece)
- Meme kanseri öyküsü , tanısı yada şüphesi olanlar
- Tüberküloz ve epilepsi tedavisi görmekte olanlar.

Nasıl kullanılır?

Hap adetin ilk 5 günü içinde alınmaya başlanmalıdır. Âdetin 1.günü başlanırsa koruyuculuk hemen başlar. Diğer günlerde başlanıldığında (ilk pakette) 7–28. günler arasında ek bir yöntemle (kondom gibi) korunulmalıdır. Hap her gün ve aynı saatte alınmalıdır. Birinci paketten sonra ek bir korunma yöntemi gerekmez.

1 Hap unutulduğunda;

- Alınması 3 saatten fazla gecikmişse veya bir gün unutulmuşsa unutilan hap hatırlandığı anda alınmalıdır. Bir sonraki hap ise her zaman içildiği vakitte alınmalı ve 48 saat süreyle ek bir korunma yöntemi (kondom) kullanılmalıdır.

2 Hap Unutulduğunda;

- İlk iki hafta içinde ise üst üste 2 gün ikişer hap alınarak eksik günler tamamlanır. Bir hafta süre ile de ek bir yöntem kullanılır.
- Üçüncü hafta içinde ise paket atılıp aynı gün yeni bir pakete başlanmalı ve bir hafta ek bir yöntem kullanılmalıdır.

3 Hap Unutulduğunda;

- Paket atılıp aynı gün yeni bir pakete başlanmalı ve bir hafta ek bir yöntem kullanılmalıdır.

Dikkat edilecek noktalar:

Mini hap kullananlarda hap almaya başladıktan sonra;

- Şiddetli adet kanaması (Daha önceki adet süresinin veya miktarının iki misli olması)
- Şiddetli baş ağrısı
- Sarılık
- Adetlerde kesilme veya karında şiddetli ağrı (dış gebelik) varsa derhal bir aile planlaması kliniğine başvurulmalıdır (Arevalo ve ark., 2004, Fehring, 2005; Türk ve ark., 2010; Yurdakul ve ark., 2002).

1.9.4.3 Kondom (Prezervatif, kılıf)

Cinsel ilişki sırasında erkek cinsel organına (penise) takılan kauçuk bir kılıftır. AIDS'in yaygınlaşmasına bağlı olarak tüm ülkelerde kullanımını artmaktadır.

Kondomun gebeliği önlemede etkililiği nedir?

Sürekli olarak ve her ilişkide yeni bir kondom kullanımında etkililiği % 95-98'dir. Kondomun uygun saklanma şartlarında muhafaza edilmesi ve doğru kullanım şekli etkililiğini belirler.

Kondomun gebeliği önleme dışında yararları var mıdır?

- Tüm gebeliği önleyici yöntemler içinde AIDS dahil cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruculuğu en yüksek olan yöntemdir.
- Kadında serviks kanserinin önlenmesine yardımcı olabilir.
- Erken boşalmanın önlenmesine yardımcı olabilir.

Dikkat edilecek noktalar:

Etkililiği sağlamak için her ilişkide yeni bir kondom kullanılmalıdır. Kondomun ambalajı kullanacağı zaman açılmalı ve cinsel ilişkiden hemen önce sertleşen penise takılmalıdır.

- Boşalma olmadan önce ya da sonra penisten vajen içine akabilecek az miktarda bir akıntı bile gebeliğe neden olabilir.
- Takarken kondomun uç kısmı parmakla sıkıştırılmalı ve boşluk kalmasına dikkat edilmelidir. Kalan bu 1.5 santimetre boşluk meninin toplanması içindir.
- Kondomun serin ve karanlık bir yerde saklanması gerekmektedir.
- Başarısızlık, düzensiz ve uygun olmayan kullanıma ve kondomun uygun koşullarda saklanmaması ya da miadının geçmesi, nedeniyle yırtılmasına bağlıdır.
- Yedek kondom bulundurulmalı ve uygun şekilde saklanmalıdır.
- Çiftlerin kondom ile birlikte spermisit kullanmaları halinde gebelikten korunmada etkililik daha da yükselir (Arevalo ve ark., 2004; Fehring, 2005; Türk ve ark., 2010; Yurdakul ve ark, 2002).

1.9.4.4 Spermisitler

Krem, köpük, köpük tablet, fitil, sünger ya da jel gibi değişik formları olan ve spermleri etkisiz hale getiren ilaçlardır.

Spermisitler gebeliği nasıl önlemektedir?

İlişki öncesi vajene, derine yerleştirilen spermisitler, spermeleri etkisiz hale getiren ve serviksten geçmelerini engelleyen maddeler içerir. Gebeliği önleyici etki uygulamadan 10–15 dakika sonra başlar ve 1 saat kadar sürer.

Spermisitlerin gebeliği önlemede etkililiği nedir?

Etkili olabilmeleri doğru kullanıma bağlı olmakla birlikte, gebeliği önleyici hap ve iğne gibi hormonal yöntemler ile spiralden daha az etkilidir. İlk yıl başarısızlık oranı 100 kadın için 10-25'dir.

Dikkat edilecek noktalar:

- Her ilişki için yeni bir spermisit kullanılmalıdır.
- Uygulandıktan sonra ilişki için 5–10 dakika beklemeyi gerektirir.
- Spermisitler ilişkiden önce uygulanmalı ve ilişkiden 6-8 saat sonraya kadar vajen içinde kalmalıdır. Bu süre içinde vajinal duş yapılmamalıdır.
- Sık spermisit kullanımı irritasyona neden olabilir.
- Kadının, spermisitlerde bulunan kimyasal maddelerden herhangi birine karşı allerjisi varsa kullanılmaz.

1.9.4.5 Rahim İçi Araçlar (RİA)

Rahim içi araçlar; gebelikten korunma amacıyla uterüs içine yerleştirilen küçük plastik, bakır veya doğal kadınlık hormonları içeren araçlardır.

Nasıl korur ?

Spermelerin dölllenmesini engelleyerek gebeliği önler. Hormon salan rahim içi araçlar ayrıca serviksteeki salgıyı kalınlaştırarak sperm geçişini engeller ve endometrium tabakasını inceltir.

Olumlu yönleri nelerdir?

%98 etkilidir. Uzun süre gebelikten korur.

- Bakırlı olanlar 10 yıl korur. Bir kez uygulanınca gebelikten korunmak için başka bir yöntem gerektirmez.
- RİA çıkarıldığında fertilité hemen geri döner.
- Hap gibi unutulma olasılığı yoktur.
- Emziren kadınlar için uygundur.
- Cinsel ilişkiyi etkilemez.

- Emziren annelerde rahim içi araç kullanabilir, bebeğe ve anne sütüne hiçbir zararı yoktur.

Olumsuz yönleri nelerdir?

- Mutlaka bir sağlık kuruluşunda uygulanmalıdır.
- Bazı kadınlarda uygulama ve çıkarma işlemi ağrılı olabilir.
- İlk uygulandığı aylarda bazı kadınlarda kasık ağrısı, iki adet arası lekelenme ve adet miktarında artma olabilir.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korumaz.

Kimler kullanamaz?

- Gebelik veya gebelik kuşkusu olanlar
- Aktif ya da tekrarlayan genital organ iltihabı (pelvik enfeksiyon) olanlar
- AIDS dahil cinsel yolla bulaşan hastalık riski taşıyan kadınlar
- Uterusta şekil bozukluğu olanlar
- Henüz tanı konmamış vajinal kanamaları olan kadınlar
- Dış gebelik riski taşıyanlar
- Uterus kanseri olan kadınlar

Dikkat edilecek noktalar:

- Uygulama için en uygun zaman, kadının adetli olduğu günlerdir.
- Kadının herhangi bir şikayeti yoksa, uygulandıktan sonraki üçüncü ayda ve 1 yıl sonra kontrole gidilmelidir.
- Karında aşırı ağrı, sürekli akıntı, aşırı miktarda kanama, rahim içi aracın düşmesi gibi şikayetler ve beklenen adette gecikme olursa bir sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.
- Nadir de olsa kullanırken gebe kalınabilir. Bu durumda hemen sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır (Arevalo ve ark., 2004; Fehring, 2005; Türk ve ark., 2010; Yurdakul ve ark., 2002).

1.9.4.6 Gebelikten Koruyucu 3 Aylık İğneler

Gebelikten koruyucu iğneler doğal kadınlık hormonu olan progesteronun sentetik formunu içeren ve yavaş salınan ilaçlardır. 3 ayda bir düzenli olarak kas içine enjekte edilmelidir. (Örneğin;Depo Provera)

Nasıl etki ederler ?

Bu enjeksiyonlar, hem overlerde ovumun yapımını engeller, hem de vajendeki salgıları koyulaştırıp spermilerin uterusu girişine engel olarak gebeliği önlerler.

Etkililikleri nedir ?

Her üç ayda bir düzenli kullanıldığında % 99 etkilidir.

Faydaları nelerdir?

- 3 ay süre ile gebelikten % 99 oranında korur.
- Kolay uygulanır.
- Anne sütüne zarar vermez. Emziren anneler kullanabilir.
- Demir eksikliği anemisini (kansızlık) önler.
- Üreme organları iltihapları ve over kanserine karşı koruyucu etkisi vardır.

Olumsuz yönleri nelerdir?

- Yöntem bırakıldığında doğurganlığa dönüş 5-7 ay kadar gecikebilir.
- Düzensiz kanama/lekelenme, amenore veya nadiren aşırı kanama olabilir.
- Kilo artışı olabilir.
- İstense bile bir sonraki enjeksiyona kadar yonteme ara verilemez.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucu değildir.
- Enjeksiyonlar için bir sağlık kuruluşuna gidilmelidir.

Kimler İçin Uygundur?

- En az iki yıl gebe kalmak istemeyen kadınlar
- 35 yaş üzeri ve sigara içen kadınlar
- Emziren anneler (6 haftadan sonra)
- Henüz kürtaj olmuş veya kendiliğinden düşük yapmış kadınlar (ilk 7 gün içinde)
- Östrojen hormonu içeren yöntemleri kullanamayan kadınlar
- Tüberküloz veya epilepsi tedavisi görenler

Kimler için Uygun Değildir?

- Meme kanseri tanısı veya kuşkusu olanlar
- Tanı konmamış vajinal kanaması olanlar
- Aktif karaciğer hastalığı olanlar
- Gebe olduğu saptanan veya kuşku duyulanlar

- Koroner arter hastalığı ve ağır hipertansiyonu olanlar
- 20 yıldan uzun süredir göz, böbrek veya sinir sistemi hasarıyla birlikte diyabeti olanlar

1.9.4.7 Gebelikten koruyucu 1 aylık iğneler

Uzun süreli ve geri dönüşlü östrojen ve progestin içeren gebelikten koruyucu aylık iğneler. (Örneğin; Mesigyna) Etki mekanizması 3 aylık iğnelere aynıdır.

Olumlu Yönleri:

- Doğru uygulamada %99 etkilidir.
- Uygulaması kolaydır.
- Cinsel ilişkiyi etkilemez.
- Adet düzeni 3 aylık iğnelere göre daha az değişir.
- Yöntem bırakıldığında yalnız progestin içeren enjektabl kontraseptiflere göre doğurganlık daha çabuk geri döner.
- Hekim dışı sağlık personeli uygulayabilir.

Olumsuz Yönleri

- İlk aylarda ara kanama olabilir.
- İlk üç ay bulantı, baş ağrısı, baş dönmesi, göğüslerde hassasiyet, kilo artışı olabilir.
- İstensedede bir sonraki enjeksiyona kadar yönteme ara verilemez.
- Ruhsal değişikliklere neden olabilir.
- Anne sütünün miktarını azaltıp kalitesini bozabilir.
- Enjeksiyon için her ay sağlık kuruluşuna gidilmelidir.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korumaz.

Kimler için uygundur?

- Yaşı ve doğum sayısı ne olursa olsun uzun süreli ve etkili korunma isteyenler
- İsteddiği sayıda çocuğu olan ancak henüz sterilizasyon düşünmeyenler
- Doğumdan sonra emzirmeyen ve 3-4 hafta geçmiş olanlar
- Doğumdan sonra 6 ay geçmiş olup emziren anneler
- Henüz kürtaj olmuş veya kendiliğinden düşük geçirmiş olanlar (ilk 7 gün içinde)

- Ektopik gebelik öyküsü olanlar

Kimler için uygun değildir?

- Meme kanseri öyküsü, tanısı yada şüphesi olanlar
- Nedeni bilinmeyen vajinal kanaması olanlar
- 35 ve daha yukarı yaşta olup sigara içenler
- Damar sertliği, damar tıkanıklığı, yüksek tansiyonu ve felç öyküsü olanlar
- Karaciğer hastalığı devam edenler
- Östrojen alması sakıncalı olan kadınlar
- Henüz ameliyat olmuş yada ameliyata hazırlanan kadınlar

1.9.4.7 Deri Altı Kapsülleri (Norplant)

Progestin içeren cilt altına yerleştirilen, uzun süre etkili ve geri dönüşü olan, 6 ince esnek kapsülden oluşan kontraseptif yöntemdir.

Etki Mekanizması

Ovülasyonun baskılanması, servikal mukusun sperm geçişini engelleyecek biçimde kalınlaşması ve endometriyumun incilmesi ile koruma sağlanır.

Olumlu yönleri

- 24 saat içinde etkililiği başlar. % 99 etkilidir.
- Kullanımı kolaydır.
- 5 yıl süre ile koruma sağlar.
- İstendiğinde çıkarılabilir.
- Yöntem bırakıldığında doğurganlık geri döner.
- Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz.

Olumsuz yönleri

- Uygulama ve çıkarma için eğitilmiş personel gereklidir.
- Her küçük cerrahi girişimin ortak risklerini taşır.(enfeksiyon, kanama, hematom)
- Kullanıcı yöntemi kendi kendine bırakamaz.
- Deri altında farkedilebilir.
- Kilo kaybı veya artışı olabilir.
- Düzensiz kanama, lekelenme veya amenore olabilir.

Kimler için uygundur?

- Uzun yada sürekli koruma isteyenler
- İsteddiği sayıda çocuğu olan ancak henüz sterilizasyon düşünmeyenler
- Doğumdan sonra emzirmeyen ve 3-4 hafta geçmiş olanlar yada 6 hafta geçmiş olup hala emziren anneler
- Düşük sonrası dönemdeki kadınlar
- Sigara İçenler
- Östrojen içeren aile planlaması yöntemlerini kullanamayanlar

Kimler için uygun değildir?

- Meme kanseri öyküsü, tanısı yada şüphesi olanlar
- Nedeni bilinmeyen vajinal kanaması olanlar
- Aktif trombo embolik hastalığı olanlar
- Aktif karaciğer hastalığı olanlar
- Tüberküloz veya epilepsi tedavisi görenler

1.9.4.8 Kadında Cerrahi Sterilizasyon (Tüp Ligasyonu)

Kadında doğurganlığın cerrahi yöntemle kalıcı olarak sonlandırılması işlemidir.

Etki Mekanizması

Fallop tüplerinin bilateral kapatılması ile spermin ovuma ulaşması engellenir.

Olumlu Yönleri:

- Etkinliği yüksek, kalıcı bir yöntemdir.
- Hemen etkilidir.
- Basit bir cerrahi girişim ve sıklıkla lokal anestezi yeterlidir.
- Gebeliği yüksek risk taşıyan kadınlar için uygundur.
- İleri dönemde ortaya çıkan yan etkisi yoktur.
- Cinsel ilişkiye olumsuz etkisi yoktur.

Olumsuz yönleri:

- Kalıcı bir yöntem olması nedeniyle pişmanlığa neden olabileceği için çiftlere danışmanlık önemlidir.
- Cerrahi girişimlerin ortak risk ve yan etkilerini taşır.

Kimler için uygun?

- Daha fazla çocuk istemeyen çiftler

- Yaş yada sağlık sorunları nedeni ile gebeliği yüksek risk taşıyanlar
- Girişim için bilinçli ve gönüllü karar veren çiftler

1.9.4.9 Erkeklerde Cerrahi Sterilizasyon (Vazektomi)

Erkeğin tohum kanallarının ameliyatla bağlanmasıdır. Bu işlem sonrasında erkeğin görünümünde, cinsel arzu ve yeterliliğinde, cinsel doyumunda ve işlevinde değişiklik yapmaz.

Etki Mekanizması

Kanallar bağlanıp kesildiği için ilişki sırasında spermier seminal mayide bulunmadığı için gebelik oluşmaz. Bu sperm hücreleri vücut tarafından emilir.

Olumlu Yönleri:

- Yaklaşık olarak %100 etkilidir.
- Kolay bir ameliyatla erkeğin gebe bırakması ömür boyu kesin bir şekilde engellenir.
- Cinsel ilişkiyi kesintiye uğratmaz.

Olumsuz Yönleri:

- Kalıcıdır, geri dönüşü çok pahalı ve zordur.
- Koruyuculuğun başlaması zaman alır.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korumaz.

Kimler için uygun?

- Bilinçli ve gönüllü karar veren çiftler
- Kesinlikle bir daha çocuk istemeyenler
- Çocuk sahibi olması sakıncalı olanlar

Dikkat edilecek noktalar:

- İlk üç ay ek bir yöntemle korunmak gerekir. Çünkü kanallarda kalan spermier gebeliğe neden olabilir.

1.10 Baş etme – Stres Toleransı

Hedefler

- Sezaryen sonrasında kadının doğum öncesi dönemdeki rol ve sorumluluklarını devam ettirmeye başlayabilmesi
- Sezaryen sonrasında kadının herhangi bir duygusal sorun yaşamaması
- Doğum sonu dönemde aile içinde kriz durumu oluşmaması

- Doğum sonu dönemde kendi-bebek ve aile içerisinde olumlu etkileşimin devam etmesi

1.10.1 Sezaryen sonrası döneme uyum

Sezaryen sonrası dönem kadında oluşan fizyolojik değişikliklerin yanı sıra ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir dönemdir. Birçok anne, bu dönemde ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklere kolaylıkla uyum sağlarken bazıları uyum sağlayamaz. Uyum sağlayamayan annelerde çeşitli düzeylerde duygusal sorunlar gelişebilmektedir. Doğum sonu dönemde ortaya çıkan duygusal sorunlar, annelik hüznü, postpartum depresyon ve postpartum psikozdur (Hurt ve ark., 2010).

1.10.2 Postpartum blue

Kadınların sezaryen sonrasında normal dönemlerine oranla duygusal sorunları daha sık yaşadıkları belirtilmektedir. Bu dönemde kadınlar ilk üç ayda onaltı kez, ilk bir yılda ise beş kez daha fazla nörotik hastalıklara yakalanabilmektedir. Bazı annelerde hafif depresyon tablosu görülebilir. İlk dönemlerde nedensiz ağlamalar, üzülmeler ve alınganlıklar olabilir.

Nedeni: Kadının hayatındaki büyük değişikliklerle birlikte progesteron hormonunun etkisidir. **Postpartum bluenin oluşmaması için** (Mannel ve ark. 2008):

- Kadının günlük yaşamı yeniden düzenlenmeli ve öncelik anne ile bebeğe verilmelidir.
- Eş, aile, komşu, arkadaşlar ve özellikle sağlık çalışanlarından hemşireler kadına destek olmalıdırlar.
- Kadının şikâyetleri devam ediyorsa, uzman yardımı olmalıdır

1.10.3 Sezaryen sonrası depresyon

Sezaryen sonrası depresyon, doğum yapan her 10 kadından birinde görülmektedir. Genellikle doğumdan sonraki 2–8. haftalar içinde başlamakta ve en az iki hafta en çok bir yıl kadar sürebilmektedir. Tedavi görmeyen kadınlarda 3 ay ilâ 1 yıl arasında kendiliğinden düzelmektedir. Doğum sonu duygusal sorunları

yaşayan annelerin kendilerine ve bebeklerine zarar verme olasılıklarının yüksek olduğu bulunmuştur. Bu nedenle doğum sonu dönemde evde, anne ve bebeği yakından izleme olanağına sahip sağlık ekibi üyeleri olarak hemşirelere duygusal sorunların erken dönemde tanınmasında önemli sorumluluklar düşmektedir (Lund ve Mcmanaman, 2010).

1.11 Değer-İnanç

Hedefler

- Kadının doğum sonu döneme yönelik kültürel ve dini normlar ile ilgili uygulamaların sağlık üzerindeki etkilerini açıklayabilmesi
- Kadının sezaryen sonrası dönemde sağlık üzerinde zararlı etkileri olabilecek herhangi bir geleneksel uygulama yapmaması

1.11.1 Sezaryen sonrası döneme yönelik kültürel ve dini normlar ile ilgili uygulamalar

Sağlık ve hastalık da kültürel yapı içinde şekillenen ve kültürden kültüre değişebilen kavramlardır. Doğum kadın yaşamında fizyolojik bir olay olmasının yanı sıra toplumun sosyal ve kültürel özellikleri ile şekillenmektedir (Daş, 2000; Liamputtong ve ark., 2005). Kültürel özelliklere bağlı olarak gebelik ve doğum sonu dönemdeki beslenme, aktivite, dinlenme, annelik ve sosyal ilişkilerin toplumdan topluma farklılaştığı görülmektedir (Arif, 2006; Hurt ve ark., 2010). Bundan dolayı birçok kültürde doğum sonu dönem bir duyarlılık dönemi olarak ele alınmakta ve anne ve bebeğin sağlığını korumak için çeşitli geleneksel uygulamalar yapılmaktadır (Akridge, 2004). Geleneksel uygulamaların sağlık üzerindeki etkisi olumlu olabildiği gibi, zaman zaman yaşamı tehdit edici nitelikte olumsuz boyutlarda da ulaşabilmektedir. Bu nedenle doğum yapan kadın ve ailesine bakım veren sağlık çalışanlarının kadını yaşadığı kültürel çevre içinde değerlendirmeleri önemlidir.

Kaynaklar

1. Akridge, K.M. (2004). Postpartum ve Lactation, In: Youngkin EQ, Davis MS. Women's Health, Pearson Printice Hall, New Jersey, 614s.
2. Ariff, K. and Beng, K.S.(2006). Cultural health beliefs in rural family practice: A Malaysian perspective, Aust. J. Rural Health,14, 2–8.
3. Arnold, S. and Cohen, D. (2001). Postpartum Konular: Jinekoloji ve Obstetrik Sırları, Çeviren B. Ata, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 341–345s.
4. Balkaya, A.N. (2002). Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(2), 42–49.
5. Beksaç, M.S., Demir, N. ve Koç, A. (2001). Puerperium, Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji Ders Kitabı, Ankara, Medical Nertwork.
6. Burroughs, A. and Leifer, G. (2001). Postpartum Period: Maternity Nursing An İntroductory Text, Philadelphia, Saunders Company.
7. Cunningham, F.G., Gant, N.F. and Leveno, K.J. (2005). Williams Doğum Bilgisi(Çeviren: Aysegül Cengiz Akman), İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 672-685s.
8. Daş, Z. (2000). Gebeliğin psikososyal boyutları. In Taşkın L. eds. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara. 413–427s.
9. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. (2008). T.C Sağlık Bakanlığı. Genelge 2008/80
10. Duman, N.B. (2009). Pospartum Erken Taburculuk Sonrası Evde Bakım, TAF Preventive Medicine Bulletin, 8(1), 73–82.
11. Dyson, L. and McCormick, F.M. (2005). Interventions for promoting the initiation of breastfeeding, Cochrane Database of Systematic Reviews,4(2).
12. Eryılmaz, G. (2008). Laktasyon ve emzirme. In Şirin A. eds. Kadın Sağlığı. İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık Ltd Şti.
13. Fehring, R.J. (2005). New low-and high-tech calendar methods of family planning, Original Research Article Journal of Midwifery & Women's Health. 50(1): 31–38.
14. Hurt, K.J., Fox, E.H. and Guile, M.W. (2010). The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics, 4/e, International Edition, Lippincott Williams and Wilkins, Fourth, North American Edition, 257–265p

15. Köseli, A. ve Akın, L. (2001). Lohusalık Dönemi ve Bakımı: Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 1377–1381s.
16. Kızılkaya, B.N., Coşkun, A. ve Yıldırım, G. (2003). Doğum olayının kadının fonksiyonel durumu üzerine etkisi, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 5(1), 22–29S.
17. Liamputtong, P., Yimyam, S., Parisunyakul, S., Baosoung, C., Sansiriphun, N. (2005). Traditional Beliefs about pregnancy and childbirth among women from Chiang Mai. Northern Thailand, Midwifery, 21, 139–153p.
18. Littleton, Y.L. and Engeberston, J.C. (2005). Maternity Nursing Care, (1st. Ed., pp:959-964) New York: Cengage Delmar Learning.
19. Lund, K. and Mcmanaman, J. (2010). Puerperium (çeviri: E. Kuşçu), Ayhan A (Editör), Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji, Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 22–43 ss.
20. Mannel, M.W. (2008). Core Curriculum for Lactatin Consultant Practice, (2nded., pp. 195–233). USA: Jones and Bartlett Publishers.
21. Mckinney, E.S., Ashwill, J.W. and Murray, S. (2000) Maternal-Child Nursing, Second Edition, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 714–731p.
22. Muray, S. (2002). The Family After Birth: Foundations of Maternal- Newborn Nursing, Saunders Company, 424–622p.
23. Pillitteri, A. (2003). Maternal Child Health Nursing: Care of Childbearin&Childbearing Family. Fourth Edition. Lippincott Company, Philadelphia, 595–717p.
24. Riordan, J. (2005). Breastfeeding and human lactation. (3rd Ed.,pp: 34-48). Boston: Jones and Bartlett Publishers.
25. Şirin, A. ve Kavlak, O. (2008). Kadın Sağlığı. Bedray Basın Yayıncılık. İstanbul.
26. Taşkın, L. (2009). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 6. Baskı. Ankara. Sistem Ofset Matbaacılık.
27. Tucker, S.M., Canobbio, M.M., Paquette, E.V., Wells MF (2000). Patient Care Standards Collaborative Planning and Nursing Interventions, 7. Edition. St. Louis: Mosby Inc.
28. Türk, R., Terzioğlu, F. ve Eroğlu, K. (2010). The Use of Lactational Amenorrhea as A Methods of Family Planning in Eastern Turkey and

Influential Factors Original Research Article,
Journal of Midwifery and Women's Health, 55(1),1–7

29. Türkiye Ulusal Anne Ölümelerini Önleme Çalışması. (2006). T.C. Sağlık Bakanlığı.
30. Olds, S.B. and London, M.L. (2000). Maternal Newborn Nursing. (6.ed., pp: 168-182). Prentice Hall: New Jersey.
31. Yıldız, D. (2008). Doğum sonrası dönemde annelerin bebek bakımı konusunda danışmanlık gereksinimleri ve yaklaşımlar. Gülhane Tıp Dergisi. 50, 294–298s.
32. Yurdakul, M. ve Vural, G. (2002). Reasons for using traditional methods and role of nurses in family planning Original Research Article Contraception, 65(5),347–350

EK 9: Sezaryen Sonrası Hemşirelik Tanılarına Yönelik Müdahale Planı

FSÖ	Problem	Amaç	Planlama
Sağlığı algılama-sağlık yönetimi	Meme enfeksiyonu riski	Meme enfeksiyonu gelişmesini önlemek	<ul style="list-style-type: none">Her emzirmeden önce ellerin yıkanmasıHer emzirmeden önce meme uçlarının temizlenmesiHer emzirmede her iki memenin emzirilmesi ve memelerin tam boşaltılmasının sağlanmasıMemelerde dolgunluk varsa anne sütünün elle boşaltılmasıKadının bebeği emzirme şeklinin gözlenmesiEğer emzirme tekniği doğru değilse kadına bu konuda eğitim verilmesiKadına meme enfeksiyon belirtilerinin öğretilmesiMeme ucu çatlağı gelişmişse bakımının yapılması ve kadına öğretilmesi
Bilgi İçeriği: Bkz. Doğum Sonu Anneye Yönelik Eğitim Rehberi			

<p style="text-align: center;">Sağlığı algılama-sağlık yönetimi</p>	<p>Üriner sistem enfeksiyonu riski</p>	<p>Üriner sistem enfeksiyon gelişmesini önlemek</p>	<ul style="list-style-type: none">▪ Kadına üriner sistem enfeksiyon belirti ve bulgularının öğretilmesi▪ Kadının sık idrar yapması konusunda cesaretlendirilmesi▪ Kadının idrar yapma sıklığının değerlendirilmesi▪ Kadına idrar yapma hissi olmasa da her 4–6 saatte bir idrar yapmasının söylenmesi ve bunun öneminin anlatılması▪ Kadının sıvı alımının değerlendirilmesi▪ Kadının günde en az 8–10 bardak su içmesinin sağlanması▪ Kadında mesane distansiyonunun değerlendirilmesi ve önlenmesi▪ Kadına idrar inkontinansının önlenmesi için kegel egzersizlerinin öğretilmesi▪ Kadının üriner sistem enfeksiyonlarının nasıl önleneceği konusunda bilgilendirilmesi <p>Bilgi İçeriği: Bkz. Doğum Sonu Anneye Yönelik Eğitim Rehberi</p>
--	--	---	--

Sağlığı algulama-sağlık yonnetimi	İnsizyon yeri enfeksiyonu riski	İnsizyon yerinde enfeksiyon gelişmesini önlemek	<ul style="list-style-type: none">▪ Diyette yüksek protein, vitamin C ve demir alımı için kadının cesaretlendirilmesi▪ Kadının yeterli sıvı almasının sağlanması▪ Kadının her gün ılık duş almaya teşvik edilmesi▪ Kadının yaşam bulgularının değerlendirilmesi▪ İnsizyon bölgesinin temiz ve kuru tutulması▪ İnsizyon bölgesinin şiddetli ağrı, hassasiyet, akıntı, ödem, kızarıklık, kanama gibi sorunlar ve iyileşme bulguları (yara uçları temiz, basınç uygulandığında birbirinden ayrılmaz, bitişiktir) açısından değerlendirilmesi <p>Bilgi İçeriği: Bkz. Doğum Sonu Anneye Yönelik Eğitim Rehberi</p>
--	---------------------------------	---	---

Sağlığı algulama-sağlık yönetimi	Tromboflebit riski	Tromboflebit gelişmesini önlemek	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kadının sezaryen sonrası erken dönemde mobilizasyonunun sağlanması ▪ Kadının aynı pozisyonda uzun süreli kalmamasının sağlanması ▪ Bacaklarda tromboflebit belirtilerinin değerlendirilmesi (Yüzeyel venin kızarması, hassasiyeti ve gerilmesi, her iki ekstermitede nabız ve Homan's belirtisinin kontrolü) ▪ Tromboflebit bulgu ve belirtilerinin kadına öğretilmesi ▪ Kadına tromboflebiti önlemeye yönelik eğitim verilmesi ▪ Ödem kontrolünün ve bakımının öğretilmesi <p>Tromboflebit geliştiğinde;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kadının yatak istirahatine alınması ▪ Dolaşımı sağlamak için bacakların yükseltilmesi ▪ Bacağa masaj/ovma hareketinin yapılmaması ▪ Sıcak/soğuk uygulama yapılması ▪ Hekim tavsiyesine göre antikoagülan, antibiyotik, antiinflamatuvar verilmesi
Bilgi İçeriği: Bkz. Doğum Sonu Anneye Yönelik Eğitim Rehberi			

Sağlığı algılama-sağlık yönetimi	Sağlığı sürdürmede değişim riski	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kadının doğum sonu dönemle ilgili sağlığı geliştiren yaşam şeklini tanımlayabilmesini sağlamak ▪ Durumunu yönetmek için gerekli sağlık davranışlarını gösterebilmesini sağlamak ▪ Kadının sağlığında tehlike oluşturabilecek belirti ve bulguları tanımlayabilmesi sağlamak 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kadının doğum sonu dönemle ilgili var olan bilgilerinin değerlendirilmesi ▪ Kadının öğrenmeye bilişsel ve duyuşsal hazır oluşunun değerlendirilmesi ▪ Doğum sonu dönemde görülebilecek komplikasyonlar (enfeksiyon, kanama, tromboflebit, depresyon gibi)'ın belirti ve bulgularının öğretilmesi ▪ Kadının doğum sonu dönemdeki bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve bunlara yönelik eğitim verilmesi(meme bakımı ve perine hijyeni, banyo, egzersizler, diyetin düzenlenmesi ve besin ihtiyacı, bebek bakımı ve beslenmesi, ebeveynlikle ilgili stresler, baba ve kardeşlerin uyumu, ebeveyn-bebek bağlılığı, doğum sonu dönemdeki emosyonel tepkiler, uyku ve dinlenme gereksinimi, ev ortamının yönetimi, destek sistemleri, cinsel danışmanlık ve aile planlaması, anne ve bebek rutin kontrolleri)
Bilgi İçeriği: Bkz. Doğum Sonu Anneye Yönelik Eğitim Rehberi			

Beslenme–metabolik durum	Yetersiz emzirme	<ul style="list-style-type: none">▪ Kadının emzirme sürecinde başarılı olması için yeterli bilgi ve beceriye sahip olmasını sağlamak▪ Emzirme sürecinin kadın açısından etkin olmasını sağlamak(memelerin boşalması)▪ Emzirme sürecinin bebek açısından etkin olmasını sağlamak(bebeğin tok ve sakin olması, gaitasının renk ve miktarının normal olması)	<ul style="list-style-type: none">▪ Kadına bebeğin etkin emmesini etkileyen emosyonel ve sosyal faktörler hakkında bilgi verilmesi▪ Emzirme sırasında bebeğe uygun pozisyon verilmesi(baş-gövde hizasında)▪ Bebeğin memeye doğru bir şekilde yerleştirilmesi▪ Bebeğin yutkunma sesi duyulmuyorsa, kadının parmakları ile memesini sıkarak bebeğin süt emmesini kolaylaştırmasına yardım edilmesi▪ Kadının beslenme alışkanlığının değerlendirilmesi▪ Kadında emzirmenin kesintiye uğradığında sütünü nasıl sağıp saklayacağını ve güvenli bir biçimde nasıl taşıyacağını öğretilmesi▪ Kadına meme bakımının öğretilmesi▪ Kadına memede herhangi bir komplikasyon geliştiğinde nasıl bakım yapacağını öğretilmesi
	Bilgi İçeriği: Bkz. Doğum Sonu Anneye Yönelik Eğitim Rehberi		

Beslenme–metabolik durum	Beden gereksiniminden az beslenme riski	Kadının metabolik gereksinimlerine ve aktivitesine göre düzenlenen günlük besinleri yemesini sağlamak	<ul style="list-style-type: none">▪ Kadının beslenmesini olumsuz etkileyen faktörlerin belirlenmesi▪ Kadının yeterli ve dengeli beslenme konusunda bilgilendirilmesi▪ Kadına ve aileye demir yönünden zengin olan besinleri yemesinin gereğinin anlatılması▪ Kadının beslenmesi konusunda aile üyelerinin desteğinin sağlanması▪ İştahı az olan kadınlarda yemekten önce sıvı alımının kısıtlanmasının ve yemeklerden bir saat önce ve sonra sıvı almamasının sağlanması▪ Kadının günlük 2500 cc'den az sıvı almamasının sağlanması▪ Ağız hijyeninin devamlılığının sağlanması için kadına bilgi verilmesi
	Bilgi İçeriği: Bkz. Doğum Sonu Anneye Yönelik Eğitim Rehberi		

FSÖ	Problem	Amaç	Planlama
Boşaltım	Stres inkontinansı riski	Kadında doğum sonu dönemde stres inkontinansının oluşmasını önlemek	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kadına pelvik kas egzersizlerinin öğretilmesi ▪ Kadına emzirmeden dolayı sıvı alımını artıracak için idrar yapma sıklığının da artması gerektiğinin öneminin anlatılması ▪ Kadının düzenli olarak her iki saatte bir tuvalete giderek mesanesini boşaltmasının sağlanması
Aktivite –egzersiz	Aktivite intoleransı riski	Yeterli fiziksel aktiviteyi sağlamak	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kadının sezaryendan sonra ikinci haftadan itibaren yatak istirahat süresinin azalması konusunda desteklenmesi ▪ Kadının günlük aktivitelerini yerine getirme durumunun değerlendirilmesi ve bu konuda desteklenmesi ▪ Anemiyi değerlendirmek için Hb ve Htc değerlerinin takip edilmesi ▪ Kadına doğum sonu dönemde fiziksel aktivitelerini yaparken kullanacağı enerji sağlamak için uygun beslenme eğitiminin verilmesi ▪ Kadına dinlenmenin öneminin vurgulanması ▪ Kadının gün içinde uyuma ve dinlenme aralarında basit ev işleri yapması konusunda desteklenmesi

<p style="text-align: center;">Aktivite –egzersiz</p>	<p>Bireysel bakımda eksiklik riski</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kadının bireysel bakımdaki eksikliğini gidermek, ▪ Bireysel bakım eksikliğine bağlı çıkabilecek komplikasyonları önlemek 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kadının doğum sonu dönemde özbakımıyla ilgili duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilmesi ▪ Kadına benlik saygısını ve kendi kendine karar vermesini geliştirici seçeneklerin sunulması ve tercihlerini belirlemesinin sağlanması ▪ Kadının yetersizliğinin ve yardım gereksinimlerinin belirlenmesi ▪ Kadının kendine nasıl zaman ayıracağıyla ilgili birlikte plan yapılması ▪ Kadının sosyal destek sistemlerinin belirlenmesi ve bunları nasıl kullanacağını ifade etmesinin sağlanması ▪ Kadının aile bireylerinden destek almasının sağlanması ▪ Kadına doğum sonu dönemde beslenme, genel vücut hijyeni vb. hakkında bilgi verilmesi <p>Bilgi İçeriği: Bkz. Doğum Sonu Anneye Yönelik Eğitim Rehberi</p>
--	--	---	--

Aktivite-egzersiz	Yorgunluk riski	Kadının doğum sonu dönemde kendini yorgun hissetmemesini sağlamak	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doğum sonu dönemde kadındaki yorgunluğun nedenlerinin belirlenmesi ▪ Yorgunluğun kadının yaşamına etkilerine ilişkin duygularını ifade etmesine izin verilmesi ▪ Kadının önemli görevlerini enerjisinin en yüksek olduğu dönemde yapması için plan yapmasının sağlanması ▪ Kadının kendisinin yapabileceği ve başkalarına bırakabileceği işlerin belirlenmesi ▪ Kadının aile bireylerinden destek alınmasının sağlanması ▪ Kadının etkin baş etme becerilerini öğrenmesine yardım edilmesi ▪ Kadının yeterli ve dengeli beslenmesi ve demirden zengin gıda alımının desteklenmesi ▪ Sezaryen sonrası dönemde hekim tavsiyesine uygun demir preparatları alınmasının sağlanması ve konuya yönelik eğitim verilmesi
Aktivite-egzersiz	Bilgi eksikliği(beslenme, hijyeni, emzirme) riski	Bilgi eksikliğini gidermek	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kadının ihtiyacı olan konularda bilgi eksikliğini gidermeye yönelik planlamalar yapılması(Doğum sonu dönemde oluşabilecek değişiklikler, ortaya çıkabilecek komplikasyonlar, cinsel yaşam ve aile planlaması, beslenme, emzirme ve meme bakımı, doğum sonu egzersizler, bebek bakımı, kişisel hijyen, bebekle iletişim, ebeveynlik)

Uyku-dinlenme	Uyku düzeninde bozulma riski	Kadının etkili uyumasını ve dinlenmesini sağlamak	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kadının uykusuzluğunun nedeni belirlenerek giderilmeye çalışılması ▪ Ailedeki diğer üyelerle görüşülerek bebek bakımı, ev işleri konusunda kadına yeterli desteğin sağlanması ▪ Kadının gün içinde uyumasının ve dinlenmesinin sağlanması
Bilişsel-algısal	Ağrı riski	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kadının ağrısının geçtiğini sözlü/sözsüz ifade etmesini sağlamak ▪ Kadının ağrı olmadan günlük yaşam aktivitelerini güvenli olarak yerine getirebilmesini sağlamak 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kadının yaşadığı ağrı düzeyinin belirlenmesi ▪ Kadının ağrıya karşı duygusal tepkileri (inkâr, anksiyete, öfke) ve ağrıyla baş etme şeklinin değerlendirilmesi ▪ Ağrının azaltılması ve yara iyileşmesi hakkında bilgi verilmesi ▪ Kadının ağrıyı artıracak gereksiz hareketlerden kaçınmasının sağlanması. ▪ İhtiyaç duyulursa emzirmede ve bebek bakımında kadına yardım edilmesi ▪ Kadının erken ve sık ambulasyonun sağlanması <p>Bilgi İçeriği: Bkz. Doğum Sonu Anneye Yönelik Eğitim Rehberi</p>

FSÖ	Problem	Amaç	Planlama
Kendini algılama	Durumsal düşük benlik saygısı riski	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kadının değişen durumuyla ilgili baş etme yeteneğini ve anneliğe ilişkin sorumluluklarını ifade etmesini sağlamak ▪ Geleceğe ilişkin olumlu bir bakış açısı geliştirmesini sağlamak 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Benlik saygısı ve beden imajı hakkında kadının inançlarının değerlendirilmesi ▪ Kadının duygularını ifade etmesi için cesaretlendirilmesi ▪ Kadının kendini iyi hissettiren aktivite ve beceriler yönünden değerlendirilmesi, bu aktiviteleri sürdürmesi için desteklenmesi öz değerlendirme ve olumlu tutumunun güçlendirilmesi ▪ Kadının doğum sonu dönemde görülen anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, bu değişikliklere nasıl uyum sağlayacağı, bebek bakımı, sosyal destek kaynaklarının kullanımı, işe başlama gibi konularda bilgilendirilerek, soru sorması için cesaretlendirilmesi ▪ Geçmişte stresörlerle kadının nasıl baş ettiği ve var olan krizle baş etmek için bu teknikleri nasıl kullanabileceğinin değerlendirilmesi ▪ Kadının duygusal açılma fırsatı ve zorlandığında yardım almak (ev işleri, bebek bakımı vb) için mevcut destek gruplarına yönlendirilmesi ▪ Kadının ve babanın ebeveynlik becerilerini geliştirmeleri ve bebekle iyi bir iletişim kurmalarının sağlanması <p>Bilgi İçeriği: Bkz. Doğum Sonu Anneye Yönelik Eğitim Rehberi</p>

FSÖ	Problem	Amaç	Planlama
Kendini algılama	Beden Bilincinde Bozulma riski	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kadının olumlu beden imajı geliştirmesini sağlamak ▪ Kadının doğum sonu dönemdeki yeni görünümünü kabul etmesini sağlamak 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kadının kendini nasıl algıladığını ve düşüncelerini ifade etmesi için desteklenmesi ▪ Kadına gebelik boyunca vücudunda meydana gelen değişikliklerin geçici fizyolojik bir durum olduğu, doğum sonrası dönem boyunca gerileyeceği konusunda eğitim verilmesi ▪ Kadının korku, endişe gibi duyguları ile baş edebilmesi için yöntemlerin öğretilmesi ▪ Güvenli bir çevre ve mahremiyetin sağlanmasına yardım edilmesi ▪ Kadına sezaryen doğum yapmış diğer kadınlar ile etkileşime geçerek deneyimlerini paylaşması için kadına fırsat verilmesi ▪ Kadına sezaryen sonrası egzersizler ve hareket etme konularında bilgi verilmesi <p>Bilgi İçeriği: Bkz. Doğum Sonu Anneye Yönelik Eğitim Rehberi</p>

Kendini algılama	Güçsüzlük riski	<ul style="list-style-type: none">▪ Kadının güçsüzlük hissini kabul etmesini sağlamak▪ Kendini güçsüz hissetme nedenlerini tanımlayabilmesini sağlamak	<ul style="list-style-type: none">▪ Kadının doğum sonu dönemde kendini güçsüz hissetmesinin nedenlerinin araştırılması▪ Karşılıklı güven ortamının sağlanmasına yardım edilmesi▪ Mümkün olan en kısa zaman içerisinde kadının bakıma katılması için cesaretlendirilmesi▪ Kadının soru sormasına teşvik edilmesinin sağlanması <p>Bilgi İçeriği: Bkz. Doğum Sonu Anneye Yönelik Eğitim Rehberi</p>
-------------------------	-----------------	---	---

FSÖ	Problem	Amaç	Planlama
Rol-ilişki	Ebeveynlikte yetersizlik riski	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kadının ebeveynlikte yetersizlik riskini ortadan kaldırılmasını sağlamak ▪ Sağlıklı bir anne bebek etkileşimini sağlamak 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kadının kendi ve bebek bakımındaki güveni geliştirerek cesaretlendirilmesi ▪ Anne-bebek etkileşimiyle ilgili davranışların gözlenmesi ve değerlendirilmesi (emzirme isteği, göz göze iletişim, kucağa alma, tutma, bebekle konuşma, sevme, ismi ile hitap etme v.b) ▪ Kadının yaşadığı rahatsızlıkların giderilmesi(örn: ağrı) ▪ Deneyimsizlik ya da olumlu annelik konusunda rol modeli yoksa kadının kendi annesiyle ilgili duygu ve tutumları birlikte incelenerek, bunu ifade etmesinin sağlanması
Rol-ilişki	Ebeveynlik-Rol çatışması riski	Ana-Baba Arasında Ebeveynlik Rol çatışmasını önlemek	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eğer gerekiyorsa stresörlerin ve rol değişimlerinin yönetilmesi konusunda kadının danışmanlık almaya yönlendirilmesi ▪ Ebeveynlerin fiziksel ve emosyonel gereksinimlerinin karşılanması ▪ Ebeveynlerin destek sistemlerinin değerlendirilmesi <p>Bilgi İçeriği: Bkz. Doğum Sonu Anneye Yönelik Eğitim Rehberi</p>

FSÖ	Problem	Amaç	Planlama
Rol-ilişki	Sosyal izolasyon riski	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kadının doğum sonu dönemde sosyalleşmesini sağlayacak etkileşim tutumlarını tanımlamasını ve uygulamasını sağlamak 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kadında algılanan izolasyonu tartışarak nedenlerinin bulunması sağlanır. ▪ Doğum sonu dönemde sosyalleşmeyi sağlayacak yöntemlerin kadınla birlikte seçilmesi ▪ Sosyalleşmeyi sağlayacak ortam ve fırsatların oluşturulması ▪ Kadınla etkileşimde bulunurken onu destekleyici bir tutum içinde olunması
Cinsellik-üreme	Kanama riski	Doğum sonu dönemde kanama oluşmasını önlemek	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uterusun değerlendirilmesi ▪ İnsizyon bölgesinin kanama açısından gözlenmesi ▪ Uterus involüsyonu yetersizliği açısından kadının izlenmesi <p>Bilgi İçeriği: Bkz. Doğum Sonu Anneye Yönelik Eğitim Rehberi</p>

FSÖ	Problem	Amaç	Planlama
Başetme-stres toleransı	Bireysel baş etmede yetersizlik riski	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stresi azaltmak için kadının etkili baş etme yöntemlerini tanımlamasını sağlamak ▪ Kadının uygun baş etme yöntemini seçerek kullanmasını sağlamak 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kadının kullandığı olumlu ve olumsuz baş etme yöntemlerinin tartışılması ▪ Kadının sağlıklı ve uygun baş etme yöntemlerini kullanmasına yardımcı olunması ▪ Kadının doğumdan önce hoşuna giden aktiviteleri yapmasına fırsat verilmesi ▪ Kadının aktivitelere etkin bir şekilde katılmasının sağlanması ▪ Kadına destek olacak kaynakların belirlenmesi ve kullanılması ▪ Kadının uyuyabileceği ve yeterince dinlenebileceği bir ortamın hazırlanması ▪ Kadına yeterli ve dengeli beslenebileceği bir diet programının hazırlanması ▪ Kadınsezaryen sonrası dönem, beslenme, egzersizler, kendi öz bakımı ve bebek bakımı konularında bilgi verilmesi ▪ Kadın huzursuzluk, bitkinlik, isteksizlik, bebeğin bakımı konusunda ve gelecekle ilgili şiddetli kaygı yaşama, uykusuzluk, uykuya dalmada güçlük, iştahsızlık, sürekli ağlama nöbetleri gibi bulguların devam etmesi durumunda bir sağlık kuruluşuna yönlendirilmesi
Bilgi İçeriği: Bkz. Doğum Sonu Anneye Yönelik Eğitim Rehberi			

FSÖ	Problem	Amaç	Planlama
Başetme-stres toleransı	Anksiyete riski	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kadının doğum sonu dönemdeki fonksiyonel durumuyla ilgili olumlu baş etme stratejileri göstermesini sağlamak ▪ Kadının doğum sonu döneme uyumlu ilgili stresini azaltacak yöntemleri bilmesini sağlamak ▪ Kadının sosyal destek kaynaklarını olumlu yönde kullanmasını sağlamak 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kadının anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi ▪ Kadının anksiyete seviyesi, sözel ve sözel olmayan belirtilerle izlenmesi ▪ Kadına empatik anlayışla yaklaşılması ve kadının dikkatle dinlenmesi ▪ Kadının anksiyetesinin neden kaynaklandığının değerlendirilmesi (bebek bakımında zorlanma, sosyal destek sistemlerinin olmayışı, yorgunluk, ev işleri, artan sorumluluklar) ▪ Kadının ebeveynlik, bebek bakımı ve gelecek gibi konularla ilgili hissettiği kaygı ve olumsuz düşüncelerin yerine daha olumlu düşünceler koyması yönünde teşvik edilmesi ▪ Kadının mevcut destek sistemlerinin tanımlanması (örn; arkadaş, aile) ▪ Kadının geçmişteki baş etme yöntemlerinin değerlendirilmesi ve kadın için uygun baş etme yönteminin kullanılması(örn; müzik dinletme, egzersiz) <p>Bilgi İçeriği: Bkz. Doğum Sonu Anneye Yönelik Eğitim Rehberi</p>

SEZARYEN SONRASI İLK ADETİM NE ZAMAN BAŞLAYACAK?

- Doğumdan sonra adetinizin yeniden başlaması ve düzenli hale gelmesi bebeğinizi emzirme süresine ve sıklığına bağlıdır.
- Bebeğinizi emzirme süresine ve sıklığına bağlı olarak ilk adet kanamanız doğumdan sonra ortalama 3 ay ile 1 yıl arasındaki bir zamanda olabilir.

SEZARYEN SONRASI TEKRAR GEBE KALMAMAK İÇİN NASIL KORUNABİLİRİM?

- Doğum sonrasında cinsel ilişki 6-8 hafta kadar sakıncalıdır.
- Doğum sonrasında gebe kalmamak için mutlaka gebeliği önleyici yöntem kullanmanız gerekmektedir.
- Doğum sonrasında spiral takırmaya karar verdiyseniz, doğumdan 40 günden sonra henüz adet olmadan spiral takırmalısınız.
- Emziren anneler için içinde sadece progesteron olan hapları da tercih edebilirsiniz. Bu haplar sütü fazla etkilemez.
- Doğum sonrasında spiral ve hap dışında eşinizin kondomla korunması da uygun yöntemlerden biri olabilir.



SEZARYEN SONRASI DUYGUSAL SORUNLAR YAŞAYACAK MIYIM?

- Sezaryen doğum sonrası vücudunuzun fiziksel olarak iyileşmesinin yanında, bir anne olarak duygusal olarak da iyileşmeler yaşanmaya başlar.
- Doğum sonrasında anne ve bebek zamanla birbirlerine alışıp, birbirlerini tanımaya başladıkları sonra annedeki bu duygusal iyileşmeler daha da hızlanır.
- Emzirme ile anne ve bebek arasında oluşan bağ sayesinde; doğum sonrasında annenin yaşayabileceği depresyon ve yetersizlik duygusu yerini daha sıcak duygulara ve mutluluğa bırakır.



SEZARYEN SONRASI DİNLENMEK ÖNEMLİ Mİ?

- Uyku zihinsel sağlık açısından çok önemli olduğu için kendinizi doğum sonrasında aşırı derecede yormamaya dikkat etmelisiniz.
- Bebeğinizi uyurken siz de uyumak için zaman ayırmalısınız.
- Doğum sonrasında bebeğinize bakım verirken eşinizden, akraba ve arkadaşlarınızdan destek almak kendinize dinlenecek zaman ayırmanızı sağlayacaktır.

SEZARYEN SONRASI NE ZAMAN KONTROLE GELMELİYİM?

Doğum yaptıktan 6-8 hafta sonra doğum sonu kontrolünüzü yaptırmayı unutmamalısınız.

SEZARYEN SONRASI HANGİ DURUMLARDA SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURMALIYIM?

- Aşırı kanama, pıhtılı-parçalı kanama
- Akıntının rengi açıldıktan sonra tekrar kanlı olması
- Kötü kokulu akıntı
- Yara yerinde ağrı, kızarıklık, şişlik, ısı artışı, kanama, akıntı veya yırtılma
- Ateş (38 derecenin üstü)
- Memelerde ağrı, kızarıklık, şişme, ısı artışı
- Bulantı, kusma
- İdrar yaparken yanma, ağrı



Bebeğinizle birlikte sağlıklı ve mutlu bir doğum sonu dönem geçirmeniz dileğiyle...

SEZARYEN SONRASI SAĞLIK



Anne baba olmak sevinç, mutluluk ve övünç yanında, sorunlar, sıkıntılar ve sorumlulukları da beraberinde getirir. Bebek doğar doğmaz tüm dikkatler bebek üzerine yoğunlaşır. Ancak doğum sonu dönem anne için fiziksel ve ruhsal değişikliklerin yaşandığı sıkıntılı bir dönemde olabilir. Bu dönemin anne-bebek ve aile açısından sağlıklı bir süreç olarak geçirilmesi için annenin sağlığında nelere dikkat etmesi gerektiğini bilmesi önemlidir.

Peki ya siz! Doğum sonu dönemde bir anne olarak yaşayabileceğiniz sorunları ve bu sorunların oluşmaması için ne yapmanız gerektiğini biliyor musunuz?

SEZARYEN SONRASI YARA YERİME MİKROP BULAŞMAMASI İÇİN NELERE DİKKAT ETMELİYİM?

- Sezaryen sonrası yara yeriniz 7-10 gün içerisinde iyileşir.
- Sezaryen sonrası yara yerinizi temiz ve kuru tutmaya özen göstermelisiniz.
- Doğum sonrasında yara yerinin açılmaması için fazla ayakta durmamaya ve yatarak dinlenmeye dikkat etmelisiniz.

SEZARYEN SONRASI AKINTIM BİTENE KADAR TEMİZLİĞİMDE NELERE DİKKAT ETMELİYİM?

- Doğum sonrası dış üreme organlarını (Perine bölgesi) kuru ve temiz tutmaya dikkat etmelisiniz.
- Ellerinizi her tuvalete giriş-çıkışta mutlaka sabunla yıkamalısınız.
- Tuvalet temizliğini, mikrop bulaşmasını önlemek için üreme organlarından makata doğru yapmalısınız.
- Doğumdan sonra ilk 3-4 gün içinde akıntının rengi koyu kırmızı kanama şeklinde olacaktır. Bu akıntının miktarı ilk günden başlayarak giderek azalacaktır.
- Doğumdan sonraki 4.ve10.günler arasındaki akıntının rengi açık pembemsi olacaktır.
- Doğumdan sonraki 10.günden itibaren akıntının rengi sarıdan beyaza doğru değişecek ve miktardan iyice azalacaktır.
- Doğumdan sonraki 40.günde akıntının kesilmesi beklenir.

SEZARYEN SONRASI BESLENMEMDE NELERE DİKKAT ETMELİYİM?

Doğumdan sonra hem vücudunuzun tekrar eski haline dönmesi, hem de sütünüzün yeterli olabilmesi için beslenmeniz de bazı şeylere dikkat etmelisiniz:

- Günde bir parça peynir, bir kase yoğurt ya da bir bardak süt, günde 3 - 4 kez sebze ve meyve, günde bir iki porsiyon kuru bakliyat, et ya da yumurtla dönüşümlü olarak herhangi birini tüketmelisiniz.
- Günde bir avuç kuru yemiş ve kuru meyve, 3 - 4 dilim kepekli ekmekek yemelisiniz.



- Çay, kahve, kola alışkanlığınız varsa günde 2 çay fincanı bunlardan alabilirsiniz. Fakat diğer sıvı gıdalarınızı doğal çay, ayran, komposto, çorba ve su şeklinde almalısınız.
- Günde 10 - 12 bardak sıvı özellikle su tüketmelisiniz.
- Gebelik döneminde kullanmaya başladığınız Demir hapını doğum sonrasında da en az 3 ay kullanmalısınız.

SEZARYEN SONRASI MEME BAKIMINDA VE BEBEĞİMİ EMZİRMEDE NELERE DİKKAT ETMELİYİM?

- Bebeğinizi emzirmeye başlamadan önce meme ucunuz çökökse meme başı masajı ile meme başını belirginleştirmelisiniz.
- **Meme başı masajı:** Meme ucunun çevresine doğru parmaklarınızla bastırınız, meme ucunuza bir havlu ile çekip bırakınız.
- Bebeğinize meme vermeden önce mutlaka ellerinizi yıkamalısınız.
- Memelerinizi temiz su ile silip kendi sütünüzden biraz sıkıp parmak ucunuzla meme ucunuza silerek bebeği emzirmelisiniz.
- Emzirmeye başlamadan önce bebeğinizin altı temiz, karnı aç olmalıdır.
- Sırtınızı dayayabileceğiniz rahat bir yere oturmalısınız.
- Bebeğinizin yüzü size dönük olacak şekilde sırtından ve poposundan destekleyerek, dört parmak altına başparmak üstte olacak şekilde tutmalısınız.
- Bebeğinizin ağzına memeyi ucu ile birlikte kahverengi kısmını kavrayacak şekilde vermelisiniz.
- Bebeğinizin başını omzunuza gelecek bir biçimde tutup sırtını svazlayarak gazını çıkartmalısınız.
- Doğumdan sonra büyüyüp ağırlaşan memeleri mutlaka iyi bir sütyenle desteklemelisiniz.
- Genellikle doğumdan 3-5 gün sonra memede sertlik görülebilir. Bu sertlik memenizden sütün iyi boşalmadığını düşündürür. Bebeğiniz emdikten sonra hala memeniz sert ise mutlaka memenizi sağıarak boşaltmalısınız. Eğer memenizdeki fazla sütü boşaltmazsanız memeniz daha sertleşir, kızarır ve ağrımaya başlar.

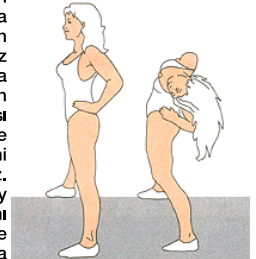


SEZARYEN SONRASI KABIZLIK OLUŞMAMASI İÇİN NELER YAPMALIYIM?

- Bol sebze, meyve, kepekli ekmekek, kuru erik ve kayısı yemeye özen göstermelisiniz.
- Doğum sonrasında yeterince hareket etmeye başlayarak bağırsaklarınızın çalışmasını sağlamalısınız.
- Her gün aynı saatte tuvalete çıkma alışkanlığı edinmelisiniz.
- Günde 10 - 12 bardak su içmeye dikkat etmelisiniz.

SEZARYEN SONRASI HAREKETLERİME NASIL DİKKAT ETMELİYİM?

- Sezaryen sonrasında birkaç hafta boyunca yara yerini köşelerinin biraz daha üst kısmında ağrı hissedebilirsiniz.
- Sezaryen doğumdan sonra kendinizi yatağa bırakarak hareket etmeye başlayabilirsiniz. Şüphesiz istirahat edeceksiniz, ama uzun süre yatmanın damarlarda pıhtı oluşması gibi, bir takım riskleri de beraberinde getireceğini de akıldınızda tutmalısınız.
- Sezaryenden 2 ay sonra karnı içi basıncını arttırmayacak şekilde egzersiz yapmaya başlayabilirsiniz. Önce hafif, pasif egzersizlerle başlayabilir sonra yavaş yavaş artırabilirsiniz.
- Sezaryen sonrası 6 ay boyunca, yara yerinizi zorlayıcı hareketlerden ve ağır eşyaları (su dolu kova, ağır valiz, koltuk gibi) kaldırmaktan kaçınmalısınız.
- Doğum sonrası ilk birkaç hafta boyunca, öksürürken, doğrulurken ellerinizle yara yerinizi desteklemelisiniz.
- İdrar tutma yeteneğinizi arttıracak olan Keşel egzersizlerini ayakta dururken, otururken her pozisyonda sanki idrarınızı ve büyük tuvaletinizi tutar gibi makat, vajina ve idrar borusu civarındaki kaslarınızı sıkıp, 5-10 sn sonra gevşeterek yapmaya özen göstermelisiniz.



SEZARYEN SONRASI NE ZAMAN BANYO YAPABİLİRİM?

- Sezaryen sonrasında 7. günde banyonuzu ayakta duş şeklinde yapabilirsiniz.



nuriye Erbas <nerbas2006@gmail.com>

Re: DOGUM SONU FONKSİYONEL DURUM ENVANTERİ

sozkan@pau.edu.tr <sozkan@pau.edu.tr>


26 Kasım 2010 13:34

Kime: nuriye Erbas <nerbas2006@gmail.com>

Sevgili Nuriye,
DOGUM SONU FONKSİYONEL DURUM ENVANTERİNİ AŞAĞIDA İSMİ YAZILI ÇALIŞMANDA
KULLANMANA İZİN VERİYORUM.BU ENVANTERİ KULLANIRKEN, ÖLÇEK MADDELERİNİN
DEĞİŞTİRİLMEMESİ, ÖLÇEK MADDELERİNİN HESAPLAMALARININ İLGİLİ YÖNERGELERE
GÖRE YAPILMASI ÇALIŞMA BİTTİĞİNDE VE YAYINLANDIKTAN SONRA ÇALIŞMA
SONUÇLARININ TARAFIMA GÖNDERİLMESİNİ RİCA EDİYORUM. KOLAY GELSİN,

DOÇ.DR.SEVGİ ÖZKAN
PAU SHMYO/ DENİZLİ

Araştırma konusu:Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne göre
> geliştirilmiş sezaryen doğum sonrası Evde Bakım modelinin anne sağlığına
> etkisi

 **dogum sonrası fonksiyonel durum envanteri.doc**
55K



T.C.
Cumhuriyet Üniversitesi

TIP FAKÜLTESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL BAŞKANLIĞI

Sayı :

Konu :

Konu:

Sayı:10/ 32

28.12.2010

Karar No: 2010-03/08

Yrd.Doç.Dr.Zehra GÖLBAŞI'nın yürütücüsü olduğu araştırma görevlisi Nuriye ERBAŞ'ın, Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Yapılan Sezeryan Sonrası Evde Bakım Uygulamasının Annelerin Foksiyonel Durumu ve Potpartum Komplikasyonlar Üzerine Etkisi" konulu **Doktora** Tezinin çalışmanın yapılacağı birimlerden izin alınması kaydı ile Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca uygun olduğuna;

Karar verilmiştir.

Ünvanı/Adı Soyadı	Üye	Uzmanlık Dalı	İmzası
Prof.Dr.Ece KAPTANOĞLU	Başkan	Fiziksel Tıp ve Reh.	
Yrd.Doç.Dr.Gülây YILDIRIM	Başkan Yrd.	Deontoloji	
Yrd.Doç.Dr.Köksal DEVECİ	Raportör	Tıbbi Biyokimya	
Prof.Dr.Dilara İÇAĞASIOĞLU	Üye	Çocuk Sağ.ve Hast.	
Prof.Dr.M.Kemal YILDIRIM	Üye	Farmakoloji	
Prof.Dr.Ayhan KOYUNCU	Üye	Genel Cerrahi	
Prof.Dr.Esin YILDIZ	Üye	Tıbbi Patoloji	
Doç.Dr.M.Birhan YILMAZ	Üye	Kardiyoloji	
Doç.Dr.Kenan KAYGUSUZ	Üye	Anesteziyoloji ve Rean.	katılmadı
Yrd.Doç.Dr.Ziyet ÇINAR	Üye	Biyostatistik	
Pınar İNAN	Üye	Hukuk Müşaviri	



T.C.
SİVAS VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : B.104.İSM.4.58.00.09-773/11
Konu :Uygulama

12/01/2011

VALİLİK MAKAMINA

İlgi: Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğünün 11/01/2011 tarihli ve 64-142 sayılı yazısı.

İlgi sayılı yazıya istinaden Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Araştırma Görevlisi Nuriye ERBAŞ'ın "Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Yapılan Sezaryen Sonrası Evde Bakım Uygulamasının Annelerin Fonksiyonel Durumu ve Pospartum Komplikasyonlar Üzerine Etkisi" başlıklı doktora tez çalışması kapsamında sezaryen sonrası hastaneden taburcu olan kadınların evlerinde taburcu olunduktan sonra 2.günde ve 2., 8., 12., ve 16.haftalarda olmak üzere, 01 Şubat 2011-01 Ekim 2011 tarihleri arasında anket çalışması yapabilmesi hususunu;

Tensiplerinize arz ederim.

Dr. Vakkas ÖZMERCAN
Sağlık Müdürü

OLUR

12/01/2011
Kema ŞAHİN
Vali a.
Vali Yardımcısı

Sağlık Müdürlüğü – 58040 / SİVAS

Ayrıntılı bilgi için irtibat: O.TANRIVERDİ Şef

Telefon: (0346) 225 63 67- Dahili: 1165-66-67 Faks: (0346) 221 95 55

E-posta: sivas.es@saglik.gov.tr İnternet Adresi: www.sivassm.gov.tr



T.C.
SİVAS VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı :B.104.ISM.4.5800.09-773- 12
Konu : Uygulama

12/01/2011

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi: Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğünün 11/01/2011 tarihli ve 64-142 sayılı yazısı.

İlgi sayılı yazıya istinaden Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Araştırma Görevlisi Nuriye ERBAŞ'ın "Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Yapılan Sezaryen Sonrası Evde Bakım Uygulamasının Annelerin Fonksiyonel Durumu ve Pospartum Komplikasyonlar Üzerine Etkisi" başlıklı doktora tez çalışması kapsamında sezaryen sonrası hastaneden taburcu olan kadınların evlerinde taburcu olunduktan sonra 2.günde ve 2., 8., 12., ve 16.haftalarda olmak üzere, 01 Şubat 2011-01 Ekim 2011 tarihleri arasında anket çalışması yapılabilmesi için alınan Onay yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ve rica ederim.

Dr.Vakkas ÖZMERCAN
Sağlık Müdürü

Ekler:
Onay (1 Adet)

Sağlık Müdürlüğü – 58040 / SİVAS Ayrıntılı bilgi için irtibat: O.TANRIVERDİ Şef
Telefon: (0346) 225 63 67– Dahili: 1165-66-67 Faks: (0346) 221 95 55
E-posta: sivas.es@saglik.gov.tr İnternet Adresi: www.sivassm.gov.tr