



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ**  
**ANKARA ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



# **SEZARYEN İLE DOĞUM YAPAN ANNELERDE DOĞUM SONU KONFOR**

**Serap ALKAŞ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Doç. Dr. Başak DEMİRTAŞ HIÇYILMAZ**

**ANKARA**  
**2019**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SEZARYEN İLE DOĞUM YAPAN ANNELERDE  
DOĞUM SONU KONFOR**

**Serap ALKAŞ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Doç. Dr. Başak DEMİRTAŞ HİÇYILMAZ**

**ANKARA  
2019**

## **ETİK BEYAN**

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne;

Yüksek lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Sezaryen İle Doğum Yapan Annelerde Doğum Sonu Konfor” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımda yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir. Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Serap ALKAŞ

Tarih:28/06/2019

İmza:

## KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelik Anabilim Dalında  
Serap ALKAŞ tarafından hazırlanan  
“Sezaryen ile Doğum Yapan Annelerde Doğum Sonu Konfor” adlı tez çalışması aşağıdaki  
jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak  
OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:28/06/2019

İmza  
Doç. Dr. Sena KAPLAN  
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Jüri Başkanı

İmza  
Doç.Dr. Başak DEMİRTAŞ HIÇYILMAZ  
Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi  
Üye

İmza  
Doç.Dr. Funda ÖZDEMİR  
Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi  
Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yönetim kurulu tarafından onaylanmıştır.

İmza

Prof. Dr. Mehmet AKAN  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

# İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	i
Kabul ve Onay	ii
İçindekiler	iii
Önsöz	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	viii
Çizelgeler	ix
<b>1.GİRİŞ</b>	<b>1</b>
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Genel Bilgiler	6
1.3.1. Konfor Kuramı	6
1.3.1.1 Konfor Kavramı	6
1.3.1.2. Hemşirelik Tarihinde Konfor Kavramı	7
1.3.1.3. Konfor Kuramının Geliştirilme Süreci	8
1.3.1.4. Konfor Kuramının Varsayımları	9
1.3.1.5. Konfor Kuramının Boyutları	9
1.3.1.5.1. Fiziksel Konfor	10
1.3.1.5.2. Psikospiritüel Konfor	10
1.3.1.5.3. Çevresel Konfor	10
1.3.1.5.4. Sosyokültürel Konfor	11
1.3.2. Doğum Sonu Konfor	11
1.3.3. Sezaryen	13
1.3.3.1. Dünya'da ve Türkiye' de Sezaryen Oranları	14
1.3.3.2. Sezaryen Endikasyonları	16
1.3.3.3 Sezaryen Komplikasyonları	17
1.3.3.4. Annenin Sezaryen Doğuma Hazırlığı	17
1.3.4. Sezaryen Sonrası Annelerin Bakım Gereksinimleri	18
1.3.5. Sezaryen Sonrası Konforu Etkileyen Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı	20
1.3.5.1. Fiziksel Konforu Etkileyen Sorunlar	21
1.3.5.1.1. Ağrı	21

1.3.5.1.2. Anestezinin Yan Etkileri	23
1.3.5.1.3. Eliminasyon	24
1.3.5.1.4. Emzirme Problemleri	25
1.3.5.1.5. Uyku ve Dinlenme	26
1.3.5.1.6. Mobilizasyon	26
1.3.5.1.7. Kişisel Bakım	27
1.3.5.1.8. Beslenme Gereksiniminin Karşlanması	28
1.3.5.2. Psikospiritüel Konforu Etkileyen Sorunlar	28
1.3.5.3. Çevresel Konforu Etkileyen Sorunlar	29
1.3.5.4. Sosyokültürel Konforu Etkileyen Sorunlar	30
<b>2. GEREÇ ve YÖNTEM</b>	<b>31</b>
2.1. Araştırmanın Tipi	31
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	31
2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	32
2.4. Bireylerin Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	33
2.5. Araştırma Soruları	33
2.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	33
2.7. Verilerin Toplanması	34
2.8. Veri Toplama Araçları	34
2.8.1. Veri Toplama Formu	35
2.8.2. Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ)	35
2.9. Verilerin Analizi	37
2.10. Etik İlkeler	37
2.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	37
<b>3.BULGULAR</b>	<b>38</b>
<b>4.TARTIŞMA</b>	<b>66</b>
4.1. Annelerin DSKÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması	66
4.2. Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre DSKÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması	67
4.3. Annelerin Geçmiş Obstetrik Özelliklerine Göre DSKÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması	71

4.4. Annelerin Şimdiki Obstetrik Özelliklerine Göre DSKÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması	72
4.5. Sezaryen Öncesi Annelere Yapılan Tıbbi Uygulamalara Göre DSKÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması	77
4.6. Annelerin Doğum Sonu Dönemdeki Destek Kaynaklara Göre DSKÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması	79
4.7. Doğum Sonu Dönemde Annelerin Yaşadıkları Sorunlara Göre DSKÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması	81
4.8. Annelerin Doğum Sonu Dönemde Hemşirelerden Bilgi ve Yardım Alma Durumlarına Göre DSKÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması	84
<b>5. SONUÇ ve ÖNERİLER</b>	90
5.1. Sonuçlar	90
5.2. Öneriler	94
<b>ÖZET</b>	97
<b>SUMMARY</b>	99
<b>KAYNAKLAR</b>	101
<b>EKLER</b>	113
EK-1 Onam Formu	113
EK-2 Veri Toplama Formu	115
EK-3 Doğum Sonu Konfor Ölçeği	120
EK-4 Etik Kurul Kararı	122
EK-5 Kurum İzni	123
EK-6 Ölçek Kullanım İzni	124
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	125

## ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteklerini esirgemeyen, bilgi ve tecrübelerini paylaşan ve bu süreçte sabrını, desteğini ve güler yüzünü hiç eksik etmeyen çok değerli hocam Sayın Doç.Dr. Başak DEMİRTAŞ HIÇYILMAZ'a en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Çalışmamın yürütülmesinde destek ve ilgilerinden dolayı Hemşirelik Bölüm Başkanı Prof. Dr. Ayfer TEZEL'e, arkadaşlarım Arş. Gör. Aylin GÜNEŞ, Arş. Gör. Elif ALTUN ve Arş. Gör. Gülçin KORKMAZ'a,

Yaşamım boyunca maddi-manevi desteklerini her an hissettiğim babam, annem, kardeşlerim, kayınvalidem ve kayınpederime,

Hayatımda benimle birlikte yalnızca güzellikleri değil zor zamanları da paylaşan, destek ve sevgisini daima hissettiğim değerli eşim Hakan ALKAŞ'a ve varlıkları ile dünyamı zenginleştiren çocuklarım İnci ve Ali Kıvanç ALKAŞ'a teşekkür ederim.



## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>DSÖ</b>	:	Dünya Sağlık Örgütü
<b>TNSA</b>	:	Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
<b>WHO</b>	:	World Health Organization
<b>UNICEF</b>	:	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
<b>NICE</b>	:	Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü
<b>NIC</b>	:	Hemşirelik Girişimlerinin Sınıflandırması
<b>NANDA</b>	:	Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği
<b>C/S</b>	:	Sezaryen Doğum
<b>SSVD</b>	:	Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum
<b>TDK</b>	:	Türk Dil Kurumu
<b>TÜİK</b>	:	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>ACOG</b>	:	Amerikan Jinekolog ve Obstetrisyen Koleji
<b>PCA</b>	:	Hasta Kontrollü Analjezi
<b>DVT</b>	:	Derin Ven Trombozu
<b>DSKÖ</b>	:	Doğum Sonu Konfor Ölçeği
<b>OECD</b>	:	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
<b>t</b>	:	Bağımsız Gruplarda t Test
<b>F</b>	:	Tek Yönü Varyans Analizi
<b>p</b>	:	Önemlilik Belirtme Katsayısı
<b>Max</b>	:	Maksimum
<b>Min</b>	:	Minimum
<b>SS</b>	:	Standart Sapma
<b><math>\bar{X}</math></b>	:	Aritmetik Ortalama
<b>%</b>	:	Yüzde

## ÇİZELGELER

<b>Çizelge 3.1.</b>	Annelerin Tanımlayıcı Özellikleri (n=201)	38
<b>Çizelge 3.2.</b>	Annelerin Geçmiş Obstetrik Özellikleri (n=201)	39
<b>Çizelge 3.3.</b>	Annelerin Şimdiki Obstetrik Özellikleri (n=201)	40
<b>Çizelge 3.3.</b>	(Devam)	41
<b>Çizelge3.4.</b>	Annelerin Bakım Aldıkları Kliniğin Fiziksel Özelliklerine İlişkin Görüşleri (n=201)	43
<b>Çizelge 3.5.</b>	Annelerin DSKÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=201)	44
<b>Çizelge 3.6.</b>	Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre DSKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=201)	45
<b>Çizelge 3.7.</b>	Annelerin Geçmiş Obstetrik Özelliklerine Göre DSKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=201)	47
<b>Çizelge 3.8.</b>	Annelerin Şimdiki Obstetrik Özelliklerine Göre DSKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=201)	49
<b>Çizelge 3.9.</b>	Sezaryen Öncesi Annelere Yapılan Uygulamalara Göre DSKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=201)	53
<b>Çizelge 3.10.</b>	Doğum Sonu Dönem Destek Kaynaklarına Göre DSKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=201)	54
<b>Çizelge 3.11.</b>	Doğum Sonu Dönemde Hemşirelerden Bilgi ve Yardım Alma Durumlarına Göre DSKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=201)	56
<b>Çizelge 3.12.</b>	Doğum Sonu Sorun Yaşama Durumuna Göre DSKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=201)	59
<b>Çizelge 3.13.</b>	Annelerin Bakım Aldıkları Kliniğin Özelliklerine Göre DSKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=201)	63

# 1.GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ülkemizde ve dünya genelinde sezaryen oranlarında önemli derecede artış söz konusudur. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 verilerine göre, ülkemizde sezaryen oranının %53,1 olduğu belirtilmektedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2016). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verilerine bakıldığında sezaryen doğum oranı %36,7 iken TNSA 2013 verilerine göre bu oranın %48'e yükseldiği görülmektedir (TNSA 2008; TNSA, 2013). The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) 2015 verilerine göre ülkemizde sezaryen oranının bin canlı doğumda 531 olduğunu ve ülkemizin sezaryen doğum oranlarında ilk sırada yer aldığını bildirilmektedir (OECD, 2017). DSÖ 2014 verilerine göre sezaryen oranları Brezilya'da %54, İtalya'da %38, Kore'de %37,7, Meksika'da %36,1, ABD ve İsviçre'de %33, Almanya'da %32 iken, Hollanda ve Norveç'de ise %17'dir (WHO, 2014). DSÖ tarafından sezaryen oranlarının değerlendirilebilmesi ve ülkeler arası karşılaştırma yapılabilmesi için çalışmalar yürütülmüştür. Yapılan çalışmalar sonucunda DSÖ 2015 yılında yayınladığı raporda %10'un üzerindeki sezaryen doğum hızlarının anne-bebek ölüm hızlarındaki azalma ile ilişkisi bulunmadığını, ülkelerin belirli bir sezaryen doğum hızına ulaşmak yerine tıbbi endikasyonlar dahilinde uygulanmasının amaçlanmasının uygun olacağını belirtmiştir. Bunun yanısıra sezaryen doğumun değerlendirilmesi, izlenmesi ve diğer kurumlardaki sezaryen hızları ile zaman içinde kıyaslama yapılabilmesi için Robson sınıflamasının kullanımını uluslararası standart olarak önermektedir (DSÖ, 2015).

Elektronik fetal monitörizasyon kullanımının yaygınlaşması, yardımcı üreme teknikleri sonucu çoğul gebeliklerde artış, cerrahi bakım ve anestezi tekniklerinde gelişme, normal doğum sonucu gelişebilecek pelvik relaksasyon ve üriner inkontinanstan koruyacağı inancı, hekimlerin zor doğum eylemi sonucu risk almak istememesi, ileri yaş gebelikleri ve ilk doğumların (primer sezaryen) anne isteği doğrultusunda sezaryen ile yapılması sezaryen artış nedenleri arasındadır (Bal ve ark.,

2013; Karabulutlu, 2012; Leslie, 2004; Mazzoni, 2011; Penna ve Arulkumaran, 2003; Saymer ve ark., 2009 ve TNSA, 2013).

Normal doğum korkusu, ağrısız doğum yapma düşüncesi, sezaryenin anne ve bebek için daha sağlıklı olduğu inancı ve sezaryen doğumun daha konforlu olduğu düşüncesi kadınların isteğe bağlı sezaryene yönelmelerindeki en önemli nedenler arasında yer almaktadır (Atan ve ark., 2013; Ergöl ve Kürtüncü, 2014; Gözükara ve Eroğlu, 2008; Karabulutlu, 2012 ve Saymer ve ark., 2009).

Farklı ülkelerde, kadınların sezaryen doğum tercih nedenleri ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde sonuçların ülkemizle benzerlik gösterdiği görülmektedir. Kadınların prenatal dönemde doğum tercihi konusunda bilgi almamış olmaları, doğum korkusu yaşamaları, doğum ağrısı yaşamak istememeleri, doğum sonrası konforsuz cinsel yaşam olacağı düşüncesi, doğum zamanını planlayabilme, bedenlerinin zarar göreceği korkusu ve doğumda bebeğin zarar göreceği endişesinin sezaryen doğum tercih nedenleri arasında yer aldığı görülmektedir (Faisal ve ark., 2014; Janssen ve ark., 2007; Leslie, 2007; Michaluk, 2009 ve Ryding ve ark., 2015).

Çalışmalardan görüldüğü gibi kadınların normal doğuma yönelik sahip oldukları olumsuz algı ve doğum korkusu isteğe bağlı sezaryene yönelmelerindeki en önemli etkenlerdir. Serçekuş ve Okumuş' un (2007) doğum korkusunun nedenlerini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada kadınlar doğuma ilişkin korkularını; doğum ağrısı, doğumda yaşanabilecek sorunlar, sağlık personelinin kötü davranması ve doğum sonrası cinsel yaşamın etkilenmesi olarak ifade etmişlerdir (Serçe ve Okumuş, 2007). Diğer çalışmalar incelendiğinde de benzer şekilde kadınların korkularının; bebeğe ya da kendine zarar geleceği, doğum ağrısı, doğum eyleminde başarısızlık ve sağlık personelinin olumsuz davranışları olduğu görülmektedir ( Ryding ve ark., 1998 ve Yaşar ve ark., 2007).

Sezaryen doğum anne ve fetüsün risk altında olduğu durumlarda, hayat kurtarıcı bir operasyon olmasına rağmen anestezi ve cerrahiye bağlı riskleri, doğum sonu olası fiziksel ve psikososyal sorunları içinde barındırır. Annede ateş, kanama,

endometrit, salpenjit, mesane ve üreter yaralanması, fistüller, yara yeri enfeksiyonu, pnömoni, atelektazi, idrar yolu enfeksiyonu, emboli, ileriki gebeliklerde plasenta anomalileri, anestezi komplikasyonları ve kan transfüzyonu ihtiyacı sezaryen doğumlarda, normal doğumlara oranla daha sık görülmektedir. Bebekte ise; hastanede kalış süresinin uzaması, respiratuvar distres sendromu, cerrahiye bağlı yaralanmalar, emzirmede gecikme ve neonatal ölüm gibi sorunlara yol açabilmektedir (Berkman, 2004 ve Çiçek ve ark., 2006).

Cerrahi komplikasyonların yanı sıra doğum sonu dönem ağrı, kanama, emzirme problemleri, mobilizasyon, oral alımına geç başlama, postpartum depresyon ve anksiyete, üzüntü ve suçluluk duygusu, anne-bebek bağlanmasında gecikme, annelik rolünü yerine getirememe endişesi gibi sorunların da yaşanabileceği hassas bir dönemdir. Bu sorunlar doğum şekli ile yakından ilişkili olan, doğum sonu dönemde annenin yaşamını olumsuz etkileyen ve sonuçta doğumdan memnuniyetinin azalmasına neden olan durumlardır (Güngör ve ark., 2004 ve Kurt Can, 2018). Sezaryen doğumdan memnuniyetin değerlendirildiği çalışmalar incelendiğinde, kadınların doğum ağrısı yaşamamaları ve doğumun kısa sürmesi açısından sezaryen doğumdan memnun oldukları, doğum sonrası yaşanan sorunların ise memnuniyeti azalttığı belirlenmiştir (Adıgüzel ve ark., 2013; Bozkurt, 2011; Çapık ve ark., 2014 ve Yanikkerem ve ark., 2013). Oysa ki literatürde konforlu olduğu için sezaryen doğumun tercih edildiğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Atan ve ark., 2013; Gözükara, 2006 ve Melender, 2002). Kadınlar doğum sonu dönemi göz ardı ederek, sadece doğum ağrısı yaşamak istemedikleri için sezaryen tercih ettikleri düşünülmektedir. Ancak düşünülenin aksine, konfor yalnızca ağrının varlığından değil, pek çok faktörden etkilenen bir durumdur.

Hemşirelik sürecinde yol gösterici olan ve sorunların çözümünde kaynaklık eden kuramlardan birisi de konfor kuramıdır. Katherina Kolcaba 1994 yılında geliştirdiği konfor kuramında konforu; “bireyin gereksinimleri ile ilgili yardım, huzuru sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde karmaşık bir yapıya sahip beklenen sonuç” şeklinde tanımlamıştır. Kolcaba konforu sağlamaya yönelik verilen hemşirelik bakımının

sonucunda hasta memnuniyetinin de olumlu yönde etkileneceğini belirtmiştir (Kolcaba, 2003).

Doğum sonu dönemde konfor; annenin iyileşme sürecine katkı sağlaması, anne ve bebek sağlığının korunup geliştirilmesi açısından önemlidir. Sezaryen sonu dönemde kadınların ağrı ile baş etme sorunları, kanamanın kontrol altına alınması ile ilgili problemler, oral beslenmeye geçişte yaşanan gecikmeler, emzirmeye geç başlama ve anne-bebek ilişkisinin başlamasında yaşanabilen sorunlar doğum sonrası konfor düzeyini etkileyen önemli faktörlerdir (Aksoy, 2012; Karakaplan, 2007 ve Özer, 2011). Sezaryenin cerrahi olması nedeniyle annenin doğum sonu yaşayabileceği sorunlar daha fazla olacaktır. Doğum sonu anestezi etkisiyle halsizlik yaşayan, uzun süre ayağa kalkamayan, mesane kateteri olan ve insizyon bölgesinde ağrı yaşayan annenin doğum sonu konfor düzeyinde belirgin bir azalma olması kaçınılmaz olacaktır. Sonuçta anne doğum sonu ilk günlerini sıkıntılı geçirecek, emzirme sorunları yaşayacak, kendi bakımı ve bebeğinin bakımı konusunda yetersiz olacaktır (Karakaplan, 2007).

Annelerin doğum sonu konfor düzeyleri ile ilgili yapılan çalışmalarda doğum sonu konforun eğitim, doğum şekli, gebeliğin planlı olması, doğum sonu yaşanan sorunlar, beklentilerin karşılanma düzeyi, personelin davranış şekli, annelerin aldıkları hemşirelik bakımı ve hastanenin çevresel koşullarından etkilendiği belirlenmiştir. Algier ve ark. (2009) çalışmasında sezaryen sonrası kadınların, ameliyat bölgesinde ağrı, gaz çıkaramama, mobilizasyon, emzirememe, bebek bakımında yetersizlik gibi sorunlarla karşılaştığı ve normal doğum yapan kadınların, sezaryen doğum yapan kadınlara oranla doğum sonu konfor düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır (Algier ve ark., 2009). Çapık ve ark. (2014) çalışmasında ise; lohusaların orta düzeyde konfora sahip oldukları, ayrıca normal doğum yapanların sezaryen ile doğum yapanlara göre fiziksel ve sosyokültürel konforlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Çapık ve ark., 2014). Özer (2011) ve Karakaplan'ın (2007) çalışmalarında ise sezaryen ile doğum yapanların kişisel hijyende desteğe ihtiyaç duyma, ayağa kalkmada ve bebeğe bakım vermede güçlük, emzirme sorunları ve ağrı problemlerini normal doğum yapanlara oranla daha fazla yaşadıkları ve doğum sonu konfor düzeylerinin normal

doğum yapan kadınlara oranla düşük olduğu saptanmıştır (Karakaplan, 2007;Özer, 2011). Erkaya ve ark. çalışmasında (2017) ise vajinal ve sezaryen ile doğum yapan kadınların düşük düzeyde konfora sahip oldukları, sezaryen ile doğum yapan kadınların ise vajinal yolla doğum yapanlara oranla konforlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Erkaya ve ark., 2017). Kurt Can'ın (2018) çalışmasında ise sezaryen ile doğum yapan annelerin doğum sonu konforlarının ve doğumdan memnuniyetlerinin normal doğum yapanlara göre düşük olduğu belirlenmiştir (Kurt Can, 2018). Balsak (2018) çalışmasında doğum sonu konforun annelerin emzirme özyeterlilikleri üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşmıştır (Balsak, 2018). Çalışmalardan görüldüğü gibi sezaryenin cerrahi olması nedeniyle yaşanan sorunlar doğum sonu dönemde konfor düzeyini azaltmakta ve postpartum dönemi anne ve bebek sağlığı açısından riskli hale getirmektedir.

Görüldüğü gibi sezaryen doğum söz konusu olduğunda, doğumun ağrısından kaçınmanın ötesinde kadının yüz yüze kalabileceği pek çok sorun bulunmaktadır. Sezaryen doğumun, normal doğumda ağrı korkusu nedeniyle giderek daha çok tercih edildiği günümüzde, konfor konusunun daha derinlemesine incelenmesini gerekliliği ortaya çıkmakta ve doğum sonu konforun değerlendirilmesine verilen önem giderek artmaktadır.

Literatürde sezaryen doğum sonrası yaşanan sorunların fiziksel, psikospiritüel ve sosyokültürel konfor alt boyut puanları üzerine etkilerini ortaya koyan çalışmalar sınırlıdır. Doğum sonu konfor düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi ile ağrısız doğumun konforlu bir doğum anlamına gelmediğinin anlaşılması ve doğum sonu süreçte ağrıdan başka annenin rahatını etkileyen diğer faktörlerin de varlığının ortaya konulması bakımından kanıta dayalı araştırma sonucu ortaya konulması amaçlanmaktadır. Doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde hemşirelerin kanıta dayalı danışmanlık ve bakım uygulamalarına katkı sağlaması açısından kadınların doğum sonu konfor düzeylerini etkileyen unsurların daha derinden incelenmesi hedeflenmiştir.

Sezaryen doğum sonrası annelerin doğum sonu konforunun belirlenmesinin hemşirelerin prenatal eğitim ve prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinde; kadınları konforlu doğumun yalnızca ağrısız doğum anlamına gelmediği, sezaryen sonrası yaşanan sorunların da konfor üzerine olan etkileri hakkında bilgilendirerek doğum şekli tercihinin bilinçli yapılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca mevcut eğitim içeriklerinin gözden geçirilerek her iki doğum şeklinin avantajları ve dezavantajları, doğum şekli tercihinde sadece ağrı korkusu ya da ağrı kontrolü değil, doğum sürecinde annenin rahatını etkileyen diğer tüm faktörleri de kapsayacak şekilde düzenlenmesine katkı sağlayacaktır. Sezaryen doğumun kolay ve konforlu olduğu şeklindeki algıların ele alınmasının anne isteğine bağlı sezaryen doğumların azaltılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma, sezaryen ile doğum yapan annelerde doğum sonu konfor düzeyini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## **1.3. Genel Bilgiler**

### **1.3.1. Konfor Kuramı**

#### **1.3.1.1 Konfor Kavramı**

Konfor kavramının kökeni Fransızca'dır ve Latince "confortare" kelimesinden türetilmiştir. Sözlük anlamı "günlük hayatı kolaylaştıran rahatlık" olarak tanımlanmaktadır. Türkçe'de "rahatlık" olarak bilinen konfor kelimesi, Türk Dil Kurumu Büyük Türkçe Sözlüğü' ne göre "üzüntüsü, sıkıntısı, tedirginliği olmama durumu", "yorgunluk veya sıkıntı vermeme" olarak tanımlanmaktadır. İngilizce' de ise rahatlama, teselli, avuntu gibi anlamlar taşımaktadır (Büyük Türkçe Sözlük, 2011).



Sağlık hizmetlerinde birey ve toplumun sağlık gereksiniminin karşılanmasında önemli bir yere sahip hemşirelik biliminin tanımlamalarında "konforu sağlama" ifadesinin olduğu görülmektedir (Ocakçı ve Alpar, 2013). Geleneksel olarak hemşirelik ile bağdaştırılmış bir kavram olan konfor ve hasta konforu bütüncül ve bireye özgü kavramlardır. Literatürde hemşirelerin, sağladıkları bakım, teselli etme, destek olma, cesaretlendirme ve yardım gibi işlevleri konforu sağlayarak gerçekleştirdikleri belirtilmektedir. Çağdaş hemşirelik literatüründe ise hastanın konfor gereksinimleri üzerinde durulmasına rağmen konfor kavramı çoğunlukla ağrı yönetiminde ele alınmıştır (Kolcaba, 1991a ve Veliöğlu, 1999).

### **1.3.1.2. Hemşirelik Tarihinde Konfor Kavramı**

Hemşirelik disiplini ile ilgili olan konfor kavramının tarihsel boyutu Nightingale' nin çalışmalarından başlayarak günümüze kadar uzanmaktadır (Tutton ve Seers, 2004). Hemşirelikte konfor kavramı 20. yüzyılda dört farklı kategoride tanımlanmaktadır:

- 1) 1929' a kadar: Hemşireliğin moral boyutu ve ana merkezi olarak kabul edilmesi,
- 2) 1930-1959: Hemşirelik bakımının başarıya ulaşmasında temel strateji,
- 3) 1960-1989: Bakımın fiziksel yönünün baskın hale gelmesi ve emosyonel konforun öneminin artması,
- 4) 1990-2006: Konfor kavramının kuram haline dönüşmesi ve hemşireliğin farklı alanlarında kullanılmaya başlanması, rahatsızlığın/ konforda bozulma tanısının NANDA-I ve konforu geliştirme tanısının NIC' de yer alması önerilmiştir (Kolcaba, Tilton and Drouin, 2006).

## Hemşire Kuramcılarının Konfor Kavramına İlişkin Tanımları

**Peplau;** konforun beslenme, dinlenme, uyku ve arkadaşlıkla birlikte temel bir gereksinim olduğunu ifade etmiştir.

**Orlando;** fiziksel ve mental konforu tanımlamıştır.

**Roy;** adaptasyon modelinde psikolojik konforun belirlenmesinde konfor ölçütlerini kullanmıştır (Kolcaba ve Kolcaba, 1991)

Kolcaba' nın aktardığına göre **Watson;** bakım kuramında destekleyici, koruyucu, iyileştirici, mental, fiziksel, sosyokültürel ve manevi ortamın sağlanmasından oluşan sekizinci iyileştirici faktörün ilk boyutunun konforu oluşturduğunu ifade etmektedir. Konfor, hasta bireyin çevresidir ve çevre hemşire tarafından bir düzeye kadar değiştirilebilir (Kolcaba, Tilton ve Drouin; 2006).

**Kolcaba;** konforu "Bireyin gereksinimlerine yönelik yardım etme, huzur sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içinde karmaşık bir yapıya sahip beklenen bir sonuç" şeklinde tanımlamıştır (Kolcaba, 1991a). Bütüncül yaklaşıma göre ise konfor "ferahlama, huzura kavuşma ve sorunların üstesinden gelebilmek için temel insan gereksinimlerini karşılamanın o andaki deneyimi" olarak açıklamıştır (Kolcaba, 1992(a); Kolcaba ve Kolcaba, 1992(b) ve Kolcaba, 1994).

### 1.3.1.3. Konfor Kuramının Geliştirilme Süreci

Hemşirelik bakım girişimlerinin bir sonucu olarak tanımlanan konfor kavramı ilk kez bir kuram olarak 1990 yılında Katherina Kolcaba tarafından geliştirilmiştir (Kolcaba ve Kolcaba 1991b). Kolcaba konforun kavramsal çalışmalarına doktora eğitimi sırasında başlamış, konfor kavramı ve hasta konforu ile ilgili çalışmalarını 15 yıl sürdürmüştür. Kolcaba ilk olarak 1988 yılında 3 düzey ve 4 boyuttan oluşan

taksonomik yapısını, ardından orta düzey bir hemşirelik kuramı olarak ilk kez 1990 yılında taksonomik yapısını oluşturmuştur. Kolcaba konforun kavramsal çalışmalarını tamamladıktan sonra oluşturduğu taksonomik yapıyı test etmek için 48 maddeden oluşan 4' lü likert tipte Genel Konfor Ölçeği' ni (General Comfort Questionary- GCQ) geliştirmek için çalışmalara başlamış ve sonuçlarını 1992 yılında yayınlamıştır (Kolcaba; 1991a). Katherina Kolcaba, konfor ile ilgili yaptığı çalışmalarının sonucu 1994 yılında Konfor kuramını geliştirmiş, 2003 yılında da "Comfort theory and practice: a vision for holistic care and research" kitabını yayınlamıştır (Kolcaba, 2003).

#### **1.3.1.4. Konfor Kuramının Varsayımları**

1. İnsanlar karmaşık uyaranlara bütüncül tepkiler verir.
2. Konfor, hemşirelik bakımı sonucu beklenen sonuçtur.
3. Konfor gereksinimleri temel insan gereksinimleridir.
4. Konfor artışı sağlığı geliştirmede bireyi güçlendirir.
5. Sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlar konusunda teşvik edilen bireyler aldıkları bakımdan memnuniyet duyarlar.
6. Kurumsal dürüstlük bakım hizmeti alıcılarına yönelik bir değer sistemine dayalıdır (Kolcaba, 1994; Kolcaba, 2001).

#### **1.3.1.5. Konfor Kuramının Boyutları**

Kolcaba' nın holistik görüş doğrultusunda temellendirdiği konfor boyutları, konfor gereksinimlerinin ortaya çıktığı fiziksel, psikospiritüel, sosyo-kültürel ve çevresel olmak üzere 4 boyuttan oluşmaktadır. Bunlar:

#### **1.3.1.5.1. Fiziksel Konfor**

Bedensel duyularla ilgilidir. Bireyin fiziksel durumu üzerinde etkisi olan dinlenme, beslenme, gevşeme, immün yanıt, sıvı-elektrolit dengesi, homeostazis, eliminasyon, oksijen saturasyonu ve ağrı gibi fizyolojik faktörler fiziksel konfor ölçütleri olarak ifade edilmektedir. Ağrı, fiziksel konforu azaltan en büyük etkenlerden birisidir (Wilson ve Kolcaba 2004). Kolcaba uyarın oluşsun ya da oluşmasın fiziksel konforun bireyin hastalık karşısında verdiği yanıtlardan kaynaklandığını belirtmektedir. Fiziksel konfor ölçütlerinden herhangi birinde meydana gelebilecek normalden sapmalar konforu etkilemektedir (Kolcaba 1994; Kolcaba ve Wilson, 2002 ve Wilson ve Kolcaba, 2004).

#### **1.3.1.5.2. Psikospiritüel Konfor**

Mental, ruhsal ve manevi bileşenlerden oluşan psikospiritüel konfor, bireyin yaşamına anlam veren öğeler, öz-saygı, benlik ve cinsellik gibi duyguları kapsar. Dokunmak, masaj, hastaya ziyareti kolaylaştırmak, kişiyi kendini rahatlatan aktiviteleri yapabilmesi için cesaretlendirmek kişiyi ruhsal olarak rahatlatan ve psikospiritüel konforu artıran girişimlerdir (Kolcaba, 1991a; Kolcaba ve Kolcaba, 1991b; Kolcaba, 2003 ve Kolcaba ve Dimarco, 2005).

#### **1.3.1.5.3. Çevresel Konfor**

Hastanede bulunan bireyin fiziksel ve zihinsel fonksiyonlarını etkileyen dış etkenler çevresel konfor boyutu içerisinde ele alınmaktadır. Bu doğrultuda aydınlık, gürültü, renk, sıcaklık, mahremiyet, yatağın rahatlığı ve manzara gibi kavramlar ele alınmaktadır ( Kolcaba ve ark., 2006 ve Wilson ve Kolcaba, 2004).

#### **1.3.1.5.4. Sosyokültürel Konfor**

Sosyokültürel konfor bileşenleri arasında bilgilendirme ve danışmanlık, ailenin kültürel ve dini inançları doğrultusunda bakım verme, sosyal güvence ve finans destek sistemlerinin varlığı, taburculuk eğitimi gibi konular yer almaktadır. Sosyokültürel konforu azaltan faktörler aileden ayrılma, kültürel özelliklerin önemsenmemesi, kalitesiz ve yetersiz bakım, sosyal güvence eksikliği olarak sıralanabilir. Hemşireler, sağlık ekibinin diğer üyeleri ve aile üyeleri hasta/bireye duyarlı davranarak sosyokültürel konforu artırabilirler (Kolcaba, 1991a; Kolcaba ve Kolcaba 1991b ve Kolcaba, 2003).

Kolcaba' nın konfor kuramı özetlenecek olursa;

1. Hastanın var olan destek sistemleri ile karşılanamayan konfor gereksinimleri belirlenir,
2. Belirlenmiş olan gereksinimlerin karşılanması için gereken hemşirelik girişimleri planlanır,
3. Girişimlerin başarılı olmasını etkileyecek değişkenler göz önünde bulundurulur,
4. Girişimler sonrası değerlendirme yapılır, beklenen sonuç konforda artış olmasıdır (Karakaplan ve Yıldız, 2010).

#### **1.3.2. Doğum Sonu Konfor**

Doğum sonu dönem kısa bir zaman dilimi gibi görünse de, bu dönemde verilen bakımın amacının anne ve bebek sağlığının korunması ve geliştirilmesi olması bu süreci önemli kılmaktadır. Bununla birlikte annede meydana gelen fiziksel ve psikososyal değişimler ve aile içi dinamiklerde yol açtığı değişiklikler doğum sonu

dönemi hem anne hem de aile için yoğun stresin yaşandığı bir gelişimsel süreç haline getirmektedir. Bu dönemin en yoğun ve stresli anları hastanede yaşanmaktadır. Ebeveynlerin yeni rol ve sorumluluklarına uyum sağlayabilmesi, bebeği kabullenmesi ve bebeğin bakımında gereken becerileri edinebilmesi gerekir. Bu nedenle hastanede verilen bakımın önemli bir yeri vardır. Hastanede geçen süreçte anne, bebek ve ailenin ihtiyaçlarının belirlenerek bu çizgide bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi gerekir (Karakaplan, 2007 ve Perry ve ark., 2013).

Doğum sonu dönemde konforun sağlanabilmesi, hem prenatal hem de postpartum dönemde verilecek nitelikli bir hemşirelik bakımı ile mümkündür. Prenatal dönemde gebelerin doğum şekilleri ve doğum sonu dönem hakkında kapsamlı olarak bilgilendirilmeleri hem doğum şekli tercihlerini bilinçli bir şekilde yapmalarına hem de doğum sonu süreçte yaşanabilecekler konusunda hazırlıklı olmalarına olanak sağlayacaktır (Karakaplan, 2007; Wilkins, 2006). Sezaryen doğum postpartum depresyon, suçluluk duygusu gibi pek çok problemin yaşanmasına yol açarak annenin doğum deneyimini olumsuz etkilemekte, dolayısıyla anne ve yenidoğan sağlığının uzun vadede etkilenmesine neden olabilmektedir (Aslan ve Okumuş, 2017; Çapık ve ark., 2016 ve Karakaplan, 2007). Doğum sonu süreçte yaşayabilecekleri konusunda önceden bilgilendirilmeleri, annelerin doğum sonu konforunu olumlu etkilerken aynı zamanda olumsuz bir doğum deneyimi yaşamalarını önleyecektir.

Doğum sonu dönemde verilen hemşirelik bakımında annenin fizyolojisinde meydana gelen değişikliklerin dikkatli gözlenerek komplikasyonların önlenmesi, anne ve yenidoğanın ihtiyaçlarının karşılanması ve sorunların çözümü doğum sonu konforu artıracak ve anne-bebek sağlığına olumlu katkı sağlayacaktır. Doğumun fizyolojisi gereği bir takım sorun ve sıkıntıların yaşanabilmesi eylemin doğal süreci olarak kabul edilmektedir. Ancak sezaryenin cerrahi olması nedeniyle anne hem operasyona bağlı sorunları hem de doğum sonu sorunları bir arada yaşamakta, doğum sonu süreçte anneler için daha sıkıntılı olmaktadır. Sezaryen sonrası uzun süre ayağa kalkamayan, şiddetli ağrılar yaşayan, oral alımına geç başlayan, mesane katateri olan, hareket etmede ve bebeğini kucağına almada güçlük yaşayan, halsizlik ve anestezinin yan etkilerinin getirdiği sıkıntıları yaşayan anne doğum sonu ilk günlerini sıkıntılı geçirecek; kendi

ve bebeğinin bakımında yetersiz olacak ve emzirme sorunları ile karşı karşıya kalacaktır. Bu durum doğum sonu konforu olumsuz etkileyecek, anne ve bebek sağlığı riske girecektir (Karakaplan, 2007; Pınar ve ark., 2009; Özer, 2011 ve Zanardo ve ark., 2010).

Annelerin yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde olumlu sağlık davranışları geliştirebilmeleri, yaşamlarının bu yeni dönemine ve ebeveynliğe uyum sağlayabilmeleri, sorunların üstesinden gelebilmeleri, kendilerinin ve bebeklerinin bakımında yeterli olabilmeleri, emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi, iyileşme sürecinin hızlanması, komplikasyonların önlenmesi ve doğum sonu dönemin amaçlandığı gibi sağlıklı bir anne ve yenidoğan ile sonuçlanmasında doğum sonu konforun önemli bir yeri vardır (Eryılmaz, 1999; Eryılmaz, 2003 ve Karakaplan, 2007).

### **1.3.3. Sezaryen**

Son yıllarda sıklıkla uygulanan cerrahi girişimlerin başında gelen sezaryen, 20 haftadan büyük, 500 gr ve üzeri ağırlıktaki fetüsün, plasenta ve eklerinin abdomen ve uterus duvarına yapılan insizyon yolu ile doğurtulmasıdır. Sezaryen uygulanma durumuna göre farklı şekillerde adlandırılır. İlk kez sezaryen uygulanması "Primer Sezaryen" olarak adlandırılmaktadır. Takip eden doğumların sezaryen ile olması "Mükerrer Sezaryen" olarak tanımlanır. Sezaryenin doğum eylemi başlamadan önce planlı olarak uygulanması ise "Elektif Sezaryen" olarak ifade edilmektedir. İlk kez Feldman ve Frieman, fetal morbidite ve mortaliteyi önlemek üzere elektif sezaryen uygulanabileceğini ileri sürmüşlerdir (Çiçek ve Mungan, 2006; Perry ve ark., 2013 ve Scott ve ark., 1994). Elektif sezaryen tıbbi nedenlerle uygulanmakta olsa da günümüzde anne isteği elektif sezaryen uygulamalarının önemli bir çoğunluğunu oluşturmaktadır (RANZCOG, 2017).

İlk sezaryen uygulamaları doğum eylemi sırasında ölen kadınlardan fetüsü canlı kurtarmak için yapılmakta iken zamanla uterus duvarına suture atılması ve

abdomenin kapatılmasının uygulanmaya başlanması sonucu kanama komplikasyonları azaltmış ve sezaryen, yaşayan kadınlara da uygulanmaya başlanmıştır. Günümüzde ise anestezi, cerrahi ve asepsi tekniklerindeki gelişmeler, kan transfüzyonları ve antibiyotik kullanımı, sezaryene bağlı komplikasyonları ve anne ölümlerini azaltmış, sezaryeni en sık uygulanan batın operasyonlarından biri haline getirmiştir (Çiçek ve Mungan, 2007 ve Tüseb, 2017).

### **1.3.3.1. Dünya'da ve Türkiye' de Sezaryen Oranları**

Ülkemizde ve dünya genelinde sezaryen oranlarında önemli derecede artış söz konusudur. DSÖ 2014 verilerine göre sezaryen oranları Brezilya'da %54, İtalya'da %38, Kore'de %37,7, Meksika'da %36,1, ABD ve İsviçre'de %33, Almanya'da %32 iken, Hollanda ve Norveç'te ise %17'dir (DSÖ, 2014). Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 verilerine göre sezaryen oranı %53,1'dir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2008 verilerine bakıldığında sezaryen doğum oranı %36,7 iken TNSA 2013 verilerinde bu oranın %48'e yükseldiği görülmektedir. Yine TNSA 2013 verilerine göre kentlerde yaşayan kadınların (%52), kırsalda yaşayan kadınlara (%36) oranla daha fazla sezaryen ile doğum yaptığı, anne olma yaşının yükselmesi ile birlikte sezaryen oranlarının da arttığı ve 35-49 yaş arası kadınların %56'sının sezaryen ile doğum yaptığı görülmektedir. Bunun yanı sıra ilk doğumların %52'si sezaryen ile sonuçlanmaktadır (TNSA, 2013). The organisation for Economic Co-operation and Development OECD 2015 verilerine göre ülkemizde sezaryen oranının bin canlı doğumda 531 olduğunu ve ülkemizin sezaryen doğum oranlarında ilk sırada yer aldığını bildirilmektedir (OECD, 2017). DSÖ tarafından sezaryen oranlarının değerlendirilebilmesi ve ülkeler arası karşılaştırma yapılabilmesi için çalışmalar yürütülmüştür. Yapılan çalışmalar sonucunda DSÖ 2015 yılında yayınladığı raporda %10'un üzerindeki sezaryen doğum hızlarının anne-bebek ölüm hızlarındaki azalma ile ilişkisi bulunmadığını, ülkelerin belirli bir sezaryen doğum hızına ulaşmak yerine tıbbi endikasyonlar dahilinde uygulanmasının amaçlanmasının uygun olacağını belirtmiştir. Bunun yanı sıra sezaryen doğumun değerlendirilmesi, izlenmesi ve diğer kurumlardaki sezaryen hızları ile zaman içinde kıyaslama yapılabilmesi



için Robson sınıflamasının kullanımını uluslararası standart olarak önermektedir (DSÖ, 2015).

Elektronik fetal monitorizasyon kullanımının yaygınlaşması sonucunda eylem sırasında fetal distres tespit edilmesi, yardımcı üreme tekniklerinin gelişmesi sonucu çoğul gebeliklerde artış, cerrahi bakım ve anestezi tekniklerindeki gelişme, normal doğum sonrası gelişebilecek pelvik relaksasyon ve üriner inkontinanstan korunacağı inancı, hekimlerin zor doğum eylemi sonucu risk almak istememesi, ileri yaş gebelikleri ve ilk doğumların anne isteği doğrultusunda sezaryen ile yaptırılması sezaryen doğum artış nedenleri arasında yer almaktadır (Bal ve ark., 2013; Karabulutlu, 2012; Leslie, 2004; Mazzoni, 2011; Penna ve Arulkumaran, 2003; Sayiner ve ark., 2009 ve TNSA, 2013).

Normal doğum korkusu, ağrısız doğum yapma düşüncesi, sezaryenin anne ve bebek için daha sağlıklı olduğu inancı, doğum zamanını planlayabilme isteği ve doğum ağrısı yaşanmaması nedeniyle sezaryenin daha konforlu olduğu düşüncesi kadınların sezaryen doğum talebinde bulunmalarındaki en önemli nedenler arasında yer almaktadır (Atan ve ark.,2013; Ergöl ve Kürtüncü, 2014; Gözükara ve Eroğlu, 2008; Karabulutlu, 2012 ve Sayiner ve ark., 2009).

Dünya genelinde kadınların sezaryen doğum tercih nedenlerini belirlemeye yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde ülkemizle benzerlik gösterdiği görülmektedir (Faisal ve ark., 2014; Janssen ve ark., 2007; Leslie, 2007; Michaluk, 2009 ve Ryding ve ark., 2015). Kadınların prenatal dönemde doğum tercihi konusunda bilgi almamış olmaları, doğum korkusu yaşamaları, doğum ağrısından kaçınma, doğum sonrası cinsel yaşamın etkileneceği düşüncesi ve doğumda bebeğin ve kendisinin zarar göreceği düşüncesi kadınların sezaryen doğuma yönelmelerindeki en önemli nedenler arasında yer almaktadır.

Dünyada ve ülkemizde başta doğum korkusu olmak üzere çeşitli nedenlerden dolayı anne isteği doğum tercihinde dikkate alınmakta ve isteğe bağlı sezaryenlerde artışa neden olmaktadır (Cunningham ve ark., 2005; Karabel ve ark., 2017). Bununla

birlikte dünya genelinde isteğe bağlı sezaryen uygulanması konusunda etik tartışmalar devam etmektedir. Elektif sezaryen doğumun risk ve yararlarının değerlendirilmesi için yeterli düzeyde kanıt bulunmadığı, sezaryen kararının kişisel değerlendirme sonucu verilmesi gerektiği ve birden fazla çocuk sahibi olmanın planlandığı durumlarda anne isteğine bağlı sezaryen uygulamasının uygun bir yaklaşım olmadığı bildirilmektedir (National Institutes of Health, 2006). Amerikan Jinekolog ve Obstetrisyen Koleji (The American College of Obstetricians and Gynecologists-ACOG) sezaryenin anne isteği dışında, normal doğumun komplikasyon içerdiği durumlarda yapılması gerektiğini belirtmiştir. Bununla birlikte bazı hekimler, annenin doğum şekli tercihinde söz hakkı olduğunu ve annenin sezaryen doğum istemesinin etik olduğunu düşünmektedirler (ACOG, 2006). Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı, sezaryen oranlarını DSÖ önerisi doğrultusunda azaltmak için hastanelerde sezaryen endikasyonlarını izlemeye yönelik çalışmalar başlatmıştır. Sezaryen endikasyonlarının uygun şekilde konulabilmesi için protokoller belirlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi, 2014).

### **1.3.3.2. Sezaryen Endikasyonları**

Sezaryen doğum için pek çok endikasyon sayılabilir. Bunlar maternal, fetal ya da her ikisine ait olabilir. Sefalopelvik uyumsuzluk, uterin yorgunluk, plasenta previa, ablasyo plasenta, vasa previa, malpozisyon ve malprezentasyon, preeklampsi ve eklampsi, fetal distress, kord prolapsusu, diyabet, eritroblastozis fetalis, geçirilmiş uterin cerrahi (sezaryen, myom vb), distosi, doğum eyleminin indüksiyonunun başarısız olması, aktif genital herpes, serviks kanseri, doğum kanalını kapatan tümör varlığı başlıca sezaryen endikasyonlarından (Ayhan ve ark.,2008; Scott ve ark.,1994; Taşkın, 2016 ve T.C. Sağlık Bakanlığı, Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi, 2014).

Görüldüğü gibi sezaryenin pek çok endikasyonu bulunmaktadır. Bunun yanı sıra sezaryenin uygulanmasının sakıncalı olduğu durumlar da mevcuttur. Abdominal

enfeksiyon varlığı, fetal anomali ve fetal ölüm olduğu durumlarda sezaryen uygulanması önerilmemektedir (Ayhan ve ark., 2008 ve Çiçek ve Mungan, 2007).

### **1.3.3.3 Sezaryen Komplikasyonları**

Annede sezaryen sonrası oluşabilecek komplikasyonlar; nedeni açıklanamayan ateş, endometrit, yara yeri enfeksiyonu, kanama, aspirasyon, atelektazi, idrar yolu enfeksiyonu, pulmoner emboli, anestezi komplikasyonları, adhezyon ve bağırsak obstrüksiyonları, sonraki gebeliklerde uterin rüptür ve plasenta anomalileri, komşu organ yaralanmalarıdır (Çiçek ve Mungan, 2007; Taşkın, 2016 ve Coşkun, 2012). Cerrahi komplikasyonların yanı sıra doğum sonu dönemde sezaryene bağlı ağrı, kanama, emzirme problemleri, mobilizasyonda güçlük, oral alımına geç başlama, postpartum depresyon ve anksiyete, üzüntü ve suçluluk duygusu, anne-bebek bağlanmasında gecikme, annelik rolünü yerine getirememe endişesi gibi sorunlar da yaşanmaktadır (Çapık ve ark., 2014; Güngör ve ark., 2004; Karakaplan, 2007 ve Kısa ve Zeyneloğlu, 2016).

### **1.3.3.4 Annenin Sezaryen Doğuma Hazırlığı**

Sezaryen için servise gelen gebenin klinik prosedürlerine uygun bir şekilde kabulü yapılmaktadır. Gebe ve ailesi sezaryenin neden gerekli olduğu, riskleri, komplikasyonları ve doğum sonu süreçte yaşanabilecekler hakkında bilgilendirilmektedir. Gebe ve eşinin sezaryen doğum ile ilgili düşüncelerini ifade etmelerine izin verilmeli, varsa soruları cevaplanmalıdır. Sezaryen hazırlığı işlemin acil veya planlı olma durumuna göre değişiklik göstermektedir (Murray ve Mc Kinney, 2014 ve Perry ve ark, 2013).

Sezaryen planlı ise hemşirenin preoperatif bakım ve eğitim için yeterli zamanı olacaktır. Gebe servise kabul edildikten sonra kan ve idrar tetkikleri yapılmalı, kan grubu belirlenmelidir. Gebenin tıbbi ve obstetrik öyküsü alınmalıdır. Vital bulguları

ölçülerek hemşire gözlemine kaydedilmelidir. Fetüsün durumu değerlendirilmelidir. Sezaryen öncesi açlık süresinin belirlenmesi gerektiğinden en son oral aldığı saat ve ne yediği kaydedilmelidir. İntravenöz yol açılarak damardan sıvı desteği başlanmalıdır. Perine bölgesi kıllardan arındırılmış olmalıdır. Gebenin varsa takılarını çıkarması, ojelerini temizlemesi sağlanmalıdır. Mesanenin boşaltılması amacıyla üretral katater uygulanmalıdır. Postoperatif komplikasyonların azaltılması konusunda yapılması gereken girişimler hakkında gebeye bilgi verilmesi anksiyetesini azaltarak psikospiritüel konforun artırılmasına katkı sağlayacaktır. Gebeye derin solunum ve öksürük egzersizleri öğretilmelidir. Doğum sonu ağrı yönetimi için yapılacak uygulamalar hakkında gebe bilgilendirilmelidir. Sezaryen öncesi hekim tarafından istemi yapılan ilaç varsa uygulanmalıdır. Yapılan her bir işlemle ilgili gebeye açıklama yapılmalı, anksiyetesi azaltılmalıdır. Bu sayede gebenin kendi doğumu üzerinde kontrol duygusuna sahip olması ve olumlu bir doğum deneyimi yaşamasına katkı sağlanacaktır. İşlemler sırasında gebenin mahremiyetine özen gösterilmelidir (Murray ve Mc Kinney, 2014; Perry ve ark., 2013 ve Taşkın, 2016).

Acil sezaryen hazırlığında ise preoperatif hazırlıklar için hemşirelerin zamanı etkin değerlendirmesi önemlidir. Gebe ve ailesinin doğuma yönelik düşünce ve beklentilerinin ani değişkenlik göstermesi anksiyete düzeyini artıracaktır. Bu durum gebe ve ailesinin travmatik bir doğum deneyimi yaşamasına yol açabilir. Normal doğum deneyiminin başarısız olması sonucu sezaryen doğuma alınan gebeler yapılan tıbbi uygulamalar karşısında yorgun olabilirler. Bu nedenle annelerin daha fazla destekleyici hemşirelik bakımına ihtiyacı vardır. Önceki işlemler sonucu yaşanan başarısızlık hissi kadının cesaretinin kırılmasına ve doğum sonu dönemde öfke ve suçluluk hissi duymasına yol açabilir. Anne, kendi ve bebeğinin sağlığı konusunda endişe duyabilir. Hemşireler hazırlık sırasında mümkün olduğunca işlemlerin neden yapıldığını açıklayarak ve gebeyi duygularını ifade edebilmesi için destekleyerek gebeyi işleme hazırlamalıdır. Bilgilendirme hem bakımdan memnuniyeti sağlayarak sosyokültürel konforu, hemde anksiyeteyi azaltarak psikospiritüel konforu olumlu yönde etkiler (Murray ve Mc Kinney, 2014 ve Perry ve ark., 2013).

#### 1.3.4. Sezaryen Sonrası Annelerin Bakım Gereksinimleri

Doğumun sezaryen ile olması, annelerin doğum sonu yaşadıkları fizyolojik değişikliklerin ve sorunların yanısıra yaşanabilecek komplikasyonların fazla olması nedeniyle doğum sonu dönemde alınan bakımı önemli hale getirmektedir. Doğum sonu dönemde verilecek hemşirelik bakımının temel amacı annenin gereksinimlerinin belirlenerek ihtiyaç duyduğu konularda desteklenmesi, komplikasyonların önlenmesi ve bu dönemin anne ve bebek için sağlıklı sonuçlanmasıdır (Öztürk Can, 2015). Ülkemizde sezaryen ve vajinal doğum sonrası verilen hemşirelik bakımı benzerlik taşımaktadır. Ancak çalışmalar göstermektedir ki doğum sonu dönemde yaşanan sorunlar doğum şekli ile ilişkilidir ve bu nedenle verilecek hemşirelik bakımının annelerin gereksinim duydukları konularda planlanması gerekir (Akgün, 2016; Çapık ve ark., 2014; Karakaplan, 2007; Kasai ve ark., 2010; Özer, 2011; Pınar ve ark., 2009 ve Torkan ve ark., 2009). Annelerin gereksinimleri doğrultusunda verilecek hemşirelik bakımı hem doğum sonu bakımın amacına ulaşmasına hem de konforda artışa neden olacaktır (Coşkun, 2012 ve Kolcaba, 2003). Doğum sonu dönemde annelere verilen hemşirelik bakımı doğum sonu dönem hakkında bilgilendirme, ihtiyaç duydukları konuda verilecek destek ve duygusal olarak cesaretlendirici ve teşvik edici yaklaşımlar üzerine şekillendirilmelidir.

Doğum sonu dönemde anneler bir yandan annelik rolüne uyum sağlamaya çalışırken bir yandan da bu yeni döneme ilişkin bilinmezlik yaşarlar. Bu dönemde annelerin kendi ve bebeklerinin bakımına yönelik bilgi ve becerileri kazanmaları gerekir (Karakaplan, 2007). Bu becerilerin kazanılmasında annelerin gereksinim duyduğu konularda verilecek bilgilendirme ve danışmalık hizmetlerinin önemi büyüktür. Yapılan çalışmalarda sezaryen sonrası annelerin desteğe ihtiyaç duydukları konuların daha çok kişisel bakım, bebek bakımı ve emzirme ile ilgili olduğu görülmektedir (Aksoy, 2012; Eryılmaz, 2003; Foster ve ark., 2007; Karakaplan, 2007; Kısa ve Zeyneloğlu, 2016; Özer, 2011 ve Sword ve Watt, 2005). Bu nedenle annelerin doğum sonu dönemde bilgilendirilmesi kişisel bakım, kanama takibi, erken dönemde mobilizasyonun önemi, bebek bakımı, kolostrumun önemi, emzirmenin yararları, bebeğin meme başına doğru yerleştirilmesi, emzirme sıklığı, süt sağma teknikleri,

meme ucu çatlağı, meme engorjmanı ve sütün yeterliliğinin değerlendirilmesi gibi konuları içermelidir. Bilgilendirme ebeveynliğe uyum sürecinde annenin yaşadığı stresi azaltmaya ve sorunların üstesinden gelmelerine yardımcı olacaktır (Aksoy, 2012; Brown ve ark., 2011; Graffy ve Taylor, 2005; Hauck ve ark., 2011; Karakaplan, 2007 ve Coşkun, 2012). Doğum sonu dönemde verilen hemşirelik bakımı bilgi desteğinin yanısıra hemşirenin anneye ihtiyaç duyduğu konularda yapılacak yardımı da kapsar. Bu destek annenin ağrısının giderilmesi, ilk mobilizasyonun hemşire gözetiminde olması, kişisel bakım, bebek bakımı, bebeğin memeye yerleştirilmesi, doğru emzirme pozisyonlarını, meme bakımı ve engorjmanın önlenmesini içermelidir (Eryılmaz, 2003; Coşkun, 2012 ve Graffy ve Taylor 2005). Hemşire annenin kendi ve bebeğinin bakımı ile ilgili konularda cesaretlendirilmesi ve özgüvenini geliştirmesi için teşvik edici ve destekleyici bir yaklaşım içinde olmalıdır. Doğum sonu dönem, annede duygusal açıdan da strese neden olmaktadır ve bu nedenle annenin duygularını değişiklik gösterebilir (Coşkun, 2012). Hemşire annenin sıkıntılarını anlayabilmeli ve empatik bir yaklaşım ile annenin sorunlarını dile getirebilmesine olanak sağlamalıdır.

### **1.3.5. Sezaryen Sonrası Konforu Etkileyen Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı**

Sezaryen sonrası bakımın kalitesi, konforu artırmasının yanısıra doğum deneyimini ve annenin hayatının ilerleyen dönemlerini etkilemektedir (Aksoy, 2012). Hemşireler sezaryen sonrası yaşanabilecek sorunlar ile ilgili önceden önlem olarak ve annenin ihtiyaçlarının giderilmesini sağlayarak bakım işlevlerini gerçekleştirirler.

Doğum sonrası konforu belirlemeye yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde sezaryen sonrası annelerin yaşadıkları sorunların çoğunlukla ağrı, ameliyat bölgesinde ağrı, anesteziye bağlı sırt-baş-boyun ağrısı, hareket etmede güçlük, kişisel hijyen eksikliği, distansiyon, tuvalete çıkma, halsizlik, dinlenememe, bebek bakımı, emzirme, meme-meme ucu sorunları, sütün gelmemesi, bulantı-kusma, kanama, bebek bakımı ve kendi bakımına yönelik bilgi eksikliği ve endişe olduğu belirlenmiştir (Amanak ve Karaçam, 2018; Gülşen ve Doğan Merih, 2018; Karakaplan, 2007; Kaya,

2011; Özer, 2011 ve Pınar ve ark., 2009). Altıntuğ ve Ege (2013) çalışmasında ise kişisel hijyen, meme bakımı, bebek bakımı ve emzirme problemi yaşayan annelerde doğum sonu yaşam kalitesinin azaldığını belirtmektedir. Negron ve ark. (2013) çalışmasında ise annelerin sezaryen sonrası çoğunlukla ağrı, emzirme, mobilizasyon, iyileşme problemleri gibi güçlükler yaşadığı ve bu sorunlarla ilgili desteğe ihtiyaçları olduğu belirlenmiştir.

### **1.3.5.1. Fiziksel Konforu Etkileyen Sorunlar**

#### **1.3.5.1.1. Ağrı**

Ağrı sezaryen sonrası annelerin en çok sorun yaşadığı, konforu azaltan bir sorundur. Anneler doğum ağrısı yaşanmaması nedeniyle sezaryeni "kolay yol" olarak görmekte ancak doğum sonu yaşadıkları sorunların en büyüğü ağrı olmaktadır (Amanak ve Karaçam, 2018; Gülşen ve Doğan Merih, 2018; Karakaplan, 2007; Kaya, 2011; Keogh ve ark, 2005; Özer, 2011 ve Pınar ve ark., 2009). Sezaryen sonrası yaşanan ağrı uzun süre devam ederek annelerin yaşam kalitesinde ve konforlarında azalmaya yol açmaktadır (Kısa ve Zeyneloğlu, 2016). Ağrı konforu azaltmasının yanı sıra kadınların özbakım ihtiyaçlarını karşılama ve bebek bakımını engellemekte, anne-bebek ilişkisini olumsuz etkilemekte, hareket etmede güçlüğüne yol açmakta ve dolayısıyla postpartum gelişebilecek komplikasyonlara zemin hazırlamaktadır (Amanak ve Karaçam, 2018; Fahey, 2017). Lohusanın ağrısının giderilmesi, konforunun sağlanması ve doğum sonu döneme adaptasyonu için gereklidir (Aksoy, 2012 ve Karakaplan, 2007). Doğum sonrası ağrı, uterus involüsyonu, sezaryen insizyonu, anesteziye bağlı baş-boyun ağrısı, meme ucu çatlağı ve engorjmana bağlı gelişebilir ve bu ağrılar genellikle 48 saat içinde azalır (Eryılmaz, 1999; Eryılmaz, 2003; Olds ve ark., 2004 ve Özçam ve ark., 2014). Annelerin sezaryen sonrası hastanede iki gün izlendiği göz önüne alındığında verilecek hemşirelik bakımı ile ağrının giderilmesinin ne kadar önemli olduğu görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi, 2014).

Hemşire tarafından ağrının yeri, süresi, şiddeti ve sıklığı, ağrıyı artıran ve azaltan faktörler prosedürlere uygun olarak değerlendirilmelidir. Ağrının giderilmesinde öncelikle progresif gevşeme, derin solunum egzersizleri, masaj gibi tekniklerden yararlanılmalıdır. Yapılan bu girişimler ile ağrı giderilemezse reçete edilen analjezik ilaçlar uygulanabilir. Epidural anestezi uygulanan hastalarda hasta kontrollü analjezi uygulaması (PCA) ağrıya müdahalede etkili olmaktadır. Yapılan girişimler sonucu değerlendirmede, ağrının hafiflemesi ya da tamamen ortadan kalkması, annenin ağrıya bağlı anksiyetesinin azalması ve konforda artış olması beklenmektedir (Karakaplan, 2007; Olds ve ark., 2004 ve Özlü ve ark., 2016).

Uterus kontraksiyonları nedeniyle gelişen ağrıda mesanenin boşaltılmış olması gerekmektedir. Mesanenin dolu olması uterusu baskı yaparak ağrıya neden olurken aynı zamanda kontraksiyonları da engeller. Emzirme sırasında da kontraksiyonlarda artış olacağı göz önüne alındığında emzirmeden yaklaşık 15-30 dk önce analjezik uygulaması ağrının önlenmesinde etkili olacaktır (Coşkun, 2012 ve Karakaplan, 2007).

İnsizyon yerine bağlı gelişen ağrı sezaryen sonrası sıklıkla yaşanmaktadır (Aksoy, 2012; Amanak ve Karaçam, 2018; Fahey, 2017; Özer, 2011 ve Pınar ve ark.,2009). Operasyon sırasında uygulanan anestezinin etkisi azalmaya başladıkça belirginleşen insizyon yeri ağrısı, distansiyona ve mobilizasyona bağlı artış gösterebilir. Hastanın mobilizasyonu sağlanarak distansiyonun engellenmesi, hareket etmesi sırasında insizyon bölgesinin desteklenmesi ve mobilizasyon öncesi analjezik uygulaması ağrısını hafifleterek konforda artış sağlanabilir (Coşkun, 2012 ve Karakaplan, 2007).

Doğum sonrası meme engorjmanı da ağrıya neden olan diğer problemlerdendir. Engorjman nedeniyle memeler ağrılı, sert ve hassastır. Bu durum 24 saat içinde kendiliğinden düzelir. Memelerdeki gerginlik, meme uçlarının da düzleşmesine neden olmaktadır. Bu durum bebeğin meme başını tutmasını ve emmesini güçleştirmektedir (Coşkun, 2012 ve Taşkın, 2016). Anneye memelerini nasıl değerlendireceği ve engorjmanın ne olduğu anlatılmalıdır. Meme doluluğu



bebeğin etkili ememediğini ya da emzirme süresinin geciktiğinin göstergesi olduğu anneye açıklanmalıdır. Annenin konforunu bozan bu durumda ağrının hafifletilmesi ve laktasyonun sürdürülmesi için girişimler uygulanmalıdır. Emzirmeye başlamadan önce memedeki sütün bir miktar sağılarak boşaltılması faydalı olacaktır. Ardından bebeğin sık aralıklarla emzirilmesi dolgun memenin rahatlatılması için faydalı olacaktır. Ağrının hafifletilmesi için soğuk uygulama yapılması etkili olacaktır. Koltuk altından meme ucuna doğru masaj yapılması süt akışını kolaylaştırarak engorjmanı azaltabilir (Buchko, 1993; Coşkun, 2012; Fahey, 2017; Karakaplan, 2007).

Meme ucu çatlağı; bebeğin memeyi güçlü emmesi, bebeğin meme ucuna yanlış yerleştirilmesi, çökük meme başı veya yenidoğanda dil bağı bulunması gibi nedenlerle gelişmektedir. Anne için çok ağrılı ve konforu bozan bu durum aynı zamanda meme ucu enfeksiyonuna zemin hazırlamaktadır. Emzirmeden sonra ılık su ile meme başı temizlendikten sonra lanolinli kremler ile meme başına masaj yapma, meme başının açık bırakılarak havalandırılması, meme başını koruyucu araç kullanımı ile sürtünmenin engellenmesi meme ucu çatlaklarında yapılması gereken uygulamalar arasında yer almaktadır. Bu girişimler sonucu annenin ağrısının azalması ve konforunda belirgin artış olması beklenmektedir (Barbosa ve ark., 2017; Fahey, 2017; Karakaplan; 2007 ve Taşkın, 2016).

#### **1.3.5.1.2. Anestezinin Yan Etkileri**

Baş ağrısı spinal anestezi uygulaması sonrası sık görülen yan etkilerden biridir. Doğumdan birkaç gün sonra santral nöraksiyal bloklarda komplikasyon oluşması sonucu frontal ve oksipital bölgede başlayan sonrasında omuz ve boyuna yayılan ve annelerin konforunu önemli ölçüde azaltan bir ağrıdır (Karakaplan, 2007; Özçam ve ark., 2014 ve Özer, 2011). Ağrının giderilmesinde analjezik uygulamasının yanı sıra yatak istirahati ve bol hidrasyon etkili olabilir (Korfallı, 2003).

Bulantı- kusma sıklıkla genel anestezi uygulanan hastalarda görülmektedir (Özçam ve ark., 2014). Bu durum annenin normal beslenme düzenine geçişini engeller ve konforunu azaltır (Karakaplan, 2007).

### **1.3.5.1.3. Eliminasyon**

**Üriner Eliminasyon:** Sezaryen sonrası annede mesane kateteri takılı olması anneye rahatsızlık hissi vererek konforunu önemli derecede azaltmaktadır. Kateter çekildikten sonra 6-8 saat içinde annenin spontan idrarını yapması beklenmektedir (Perry ve ark., 2013). Mesane distansiyonunu ve sistiti engellemek açısından annenin 2 saatte bir idrara çıkması sağlanmalıdır (Coşkun, 2012 ve Murray ve Mc Kinney, 2014). Ağrı, anestezinin etkisi, mahremiyetin korunamaması gibi nedenler annenin idrarını yapmada güçlük yaşamasına neden olmaktadır. Ağrının hafifletilmesi, annenin cesaretlendirilmesi ve mahremiyetin korunması sağlanarak normal eliminasyon düzeninin oluşturulması gerekmektedir (Karakaplan, 2007).

**Bağırsak Eliminasyonu:** Gebelikte peristaltizmdeki azalma sonucu bağırsak fonksiyonları doğum sonu birkaç gün boyunca yavaşlamaktadır. Karın kaslarındaki gevşeklik, cerrahi ve anestezinin etkisiyle azalan barsak peristaltizmi nedeniyle meydana gelen gaz ve konstipasyon beraberinde ağrıya neden olarak doğum sonu ilk günlerde annelerin konforunu önemli derecede azaltmaktadır. Azalan peristaltizm nedeniyle doğum sonu 1-2 gün bağırsak sesleri duyulmayabilir. Anne bağırsak sesleri duyulduktan sonra normal beslenme düzenine geçebilir. Annenin diyetine yüksek lifli gıdaların eklenmesi, bol hidrasyon, erken ve sık mobilizasyon, bağırsak eliminasyonun düzene girmesine katkı sağlayacaktır. Ayrıca sol yan yatış pozisyonu inen kolondan sigmoid kolona gaz geçişini kolaylaştırır ve anneyi rahatlatır (Coşkun, 2012; Murray ve Mc Kinney, 2014; Olds ve ark.,2004 ve Perry ve ark., 2013).

#### 1.3.5.1.4. Emzirme Problemleri

Emzirme, yenidoğanın sağlıklı gelişimi ve anne bebek ilişkisinin başlaması için önemli bir duygusal araçtır (Taşkın, 2016). Ülkemizde emzirme yaygın olarak uygulanmakta olsa da TNSA 2013 verileri incelendiğinde emzirmeye başlama zamanının oldukça geç olduğu görülmektedir. Doğum sonu yenidoğanların %49.9'u doğum sonu ilk 1 saat içinde ilk emzirilmesi gerçekleşmişken, %29.8'i ilk 24 saat içinde emzirimemiştir (TNSA 2013). Herhangi bir tıbbi problem olmadığı sürece doğum sonrası ilk yarım saat içinde emzirmenin başlatılması için anne hemşireler tarafından teşvik edilmeli ve desteklenmelidir. Ancak sezaryen ile doğum yapan anneler laktasyonun geç başlaması, ağrı ve hareket kısıtlılığı gibi nedenlerle emzirmede sorun yaşamaktadırlar (Algier ve ark., 2009; Amanak ve Karaçam, 2018; Barbosa ve ark., 2017 ve Özer, 2011). Bu durum annelerin doğum sonu konforunu olumsuz etkilemekte, annenin yaşam kalitesinde azalmaya ve bebeğin beslenme ihtiyacının karşılanmasında sorun yaşanmasına neden olmaktadır (Karakaplan, 2007; Olds ve ark., 2004 ve Perry ve ark., 2013). Emzirme problemlerinin erken dönemde tanımlanıp çözümlenmesi ve annenin etkili emzirmesi mümkün olana kadar hemşire desteğinin devam etmesi çok önemlidir.

Kanıtı dayalı uygulamalarda emzirme başarısının sağlanabilmesi için, doğum sonu 1 saat içinde emzirmeye başlanmasının, annenin emzirme, anne sütü ve kolostrumun faydaları konusunda bilgilendirilmesinin etkili olduğu görülmektedir. İlk beslenme ile birlikte meme başı sorunları görülmemesi için bebek meme başına doğru yerleştirilmeli, anne ve bebeğin rahat edeceği emzirme pozisyonları anneye anlatılmalı ve bu destek anne doğru ve etkili emzirene kadar sürdürülmelidir. Sezaryen sonrası annelere, insizyon varlığı nedeniyle bebeği kucağa alma ve rahat bir pozisyonda emzirebilmeleri konusunda destek verilmelidir (Er, 2015 ve NICE, 2015). Böylelikle emzirme başarısı sağlanarak konforda artış sağlanabilir. Postoperatif ilk bir kaç gün anne yan yatar pozisyonda iken bebek anne vücuduna paralel pozisyonda emzirilebilir. Bu emzirme şekli annenin daha az ağrı duymasına ve daha rahat emzirmesine olanak sağlar (Perry ve ark., 2013).

#### **1.3.5.1.5. Uyku ve Dinlenme**

Postpartum yorgunluk hem fizyolojik hem de psikolojik durum değişikleri sonucu oluşabilir. Sezaryen cerrahisinin beraberinde getirdiği fiziksel sorunlar, stres ve anksiyete, bebeğin sık sık emzirilmesi, bakımı ve hastane rutinleri gibi nedenlerle annenin gece sıklıkla uykusu bölünmektedir. Bunun yanı sıra anemi, enfeksiyon ve tiroid fonksiyon bozuklukları da yorgunluğa yol açabilir. Yorgunluk uzun süre devam ettiğinde annede tükenmişlik hissine ve depresif semptomlara neden olabilir. Bu nedenle gün içinde de mümkün olduğunca annenin dinlendirilmesi, bakımların ve ziyaret saatlerinin dinlenme periyotlarını bölmeyecek şekilde ayarlanması gerekmektedir (Beji, 2015; Karakaplan, 2007 ve Perry ve ark., 2013). Loğusa için uyku ve dinlenme konforu oldukça önemlidir (Gözüm ve Tezel, 2005).

#### **1.3.5.1.6. Mobilizasyon**

Sezaryen sonrası annelerin karşılaştığı bir diğer önemli sorun da hareket etmede güçlük yaşamalarıdır (Algier ve ark., 2009; Amanak ve Karaçam, 2018; Gülşen ve Doğan Merih, 2018; Karakaplan, 2007; Kaya, 2011; Negron ve ark., 2013; Özer, 2011 ve Pınar ve ark., 2009). Doğum sonu dönemde immobilité abdominal distansiyon, derin ven trombozu, pnömoni ve pulmoner emboli riskini artırmaktadır (Murray ve Mc Kinney, 2014). Annenin doğum sonu erken mobilizasyonu tromboz oluşumu riskini azaltması ile birlikte tamamen ortadan kaldırmaz. Loęusada varis oluşumu, tromboflebit öyküsü varsa sezaryen nedeniyle tromboz riski daha yüksektir ve anne yakından takip edilmelidir (Çiçek ve Mungan, 2007; Murray ve Mc Kinney, 2014). Derin ven trombozu (DVT) riskini azaltmak için lohusaya operasyon sonrası varis çorabı giydirilmelidir. Sezaryen sonrası ağrı, anestezinin etkisi ve operasyona bağlı yorgunluk nedeniyle lohusa 6-12 saat sonra ancak mobilize olabilmektedir. Epidural veya spinal anestezi alan kadınlarda motor fonksiyonların ekstremitelere dönüşü yavaş olacağı için düşme riski vardır ve ilk mobilizasyon sırasında dikkatli olunmalıdır. Ayrıca üretral kataterin varlığı annenin mobilizasyon sırasında rahatsızlık yaşamasına neden olabilmektedir. Tüm bu etkenler annede mobilizasyon konusunda

isteksizlik yaratabilmektedir. Ancak erken dönemde ayağa kalkma, iyileşme ve involüsyon sürecinin hızlanması, venöz trombozun engellenmesi, bağırsak hareketlerinin geri dönüşü ve akciğerlerin ventilasyonu için gereklidir. Erken mobilize olmanın iyileşme sürecine olan katkıları anneye anlatılmalıdır. Mobilizasyon öncesi anneye analjezik yapılarak ağrısının azaltılması ile annenin daha rahat mobilize olması sağlanabilir (Amanak ve Karaçam, 2018; Coşkun, 2016; Karakaplan, 2007; T.C. Sağlık Bakanlığı, Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi, 2014).

#### **1.3.5.1.7. Kişisel Bakım**

Sezaryen doğum annenin kişisel bakımını sürdürmesinde sorun yaşamasına ve desteğe ihtiyaç duymasına neden olmaktadır. Kişisel bakımında sorun yaşaması annenin yaşam kalitesini de azaltmaktadır (Altıntuğ ve Ege, 2013; Amanak ve Karaçam, 2018; Gülşen ve Doğan Merih, 2018; Karakaplan, 2007; Kaya, 2011; Özer, 2011 ve Pınar ve ark., 2009). Gebelikte artan plazma volümü diürez ve terleme yolu ile normal düzeye dönmektedir. Aşırı terlemenin yanı sıra loşia akıntısının yarattığı koku da anneyi rahatsız eder. Bu durum annelerin kişisel hijyen ihtiyaçlarının giderilmesindeki sıklığın artmasına neden olur. Doğum sonrası anneye perine bakımını nasıl yapacağı, ürogenital enfeksiyonların önlenmesi amacıyla her eliminasyon öncesi ve sonrası el yıkamasının önemi, pedlerin tamamen dolmasının beklenmeden en geç 4 saatte bir değiştirilmesi gerektiği anlatılmalıdır (Coşkun, 2012 ve Taşkın, 2016). Üretral katater varlığı nedeniyle perine hijyenine dikkat edilmelidir. Annenin kişisel bakımı sırasında hemşire insizyon bölgesini iyileşme belirtileri yönünden gözlemlemelidir. Anneler kişisel hijyen ihtiyaçlarını giderebilecek duruma gelene kadar hemşireler veya yakınları tarafından desteklenmelidirler. Sezaryen sonrası ikinci günde anneler ayakta duş şeklinde banyo yapabilirler. Küvette banyo enfeksiyona neden olabileceğinden sakıncalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi, 2014). Nemli kalması enfeksiyona yol açabileceğinden insizyon bölgesi banyo sonrası nazikçe kurulanmalıdır. Banyo sonrası loğusa ruhsal yönden rahatlık ve zindelik hisseder. Bu nedenle annenin bu durumun nedenleri ve yararı hakkında bilgilendirilmesi, duş yapabilmesi ve sık kıyafet

değiştirebilmesi gibi konularda desteklenmesi hem fiziksel hem de psikospiritüel konforun artırılmasında faydalı olacaktır (Coşkun, 2012).

#### **1.3.5.1.8. Beslenme Gereksiniminin Karşlanması**

Doğum sırasında kaybedilen kan miktarı ve enerji eksikliğinin giderilebilmesi, iyileşmenin sağlanabilmesi ve laktasyonun başlatılıp sürdürülebilmesi için dengeli beslenmenin önemli bir yeri vardır. Sezaryen sonrasında hastalar bağırsak hareketleri geri gelene kadar oral beslenme düzenine geçemezler. Operasyon öncesi aç bekleme süresi ve operasyon sonrasında beslenmeye yeniden başlama arasındaki geçen zaman lohusanın enerji gereksinimini artırır. Bu süreçte intravenöz sıvı desteği sağlanır. Lohusa gaz çıkardıktan sonra sıvı gıdalarla oral beslenmeye geçilir. Lohusanın diyetinde tüm besin türlerinden ve besin değeri yüksek gıdalar bulunmalıdır. Konstipasyonun engellenmesi amacıyla lifli gıdalar diyete eklenmelidir. Anemiye gidermek için diyetle demir içeren besinler mutlaka bulunmalıdır. Günlük sıvı tüketimi yaklaşık 3000 ml olmalıdır. Doğum sonu insülin hormonunun işlevinin eski durumuna dönmesi nedeniyle insüline bağlı diyabetik annelerde insülin ihtiyacı azalır. Bu durum hipoglisemi gelişmesine neden olabilir. Gestasyonel diyabet tanısı alan annelerde ise kan şekeri düzeyi normale dönebilir. Hemşireler annelerin beslenmelerinin düzenlenmesi için ekip üyeleri ile işbirliği içinde olmalıdır (Coşkun, 2012; Murray ve Mc Kinney, 2014 ve Perry ve ark., 2013).

#### **1.3.5.2. Psikospiritüel Konforu Etkileyen Sorunlar**

Doğumdan sonraki ilk haftalarda anneler için yeni bir süreç başlar. Anneler bu süreçte normal yaşantılarındaki zorluklardan farklı karkamşık sorunlarla karşılaşır. Bazı kadınlar annelik rolüne geçişi kolayca benimseyerek sorun yaşamazken, bazı kadınlar için bu deneyim sıkıntılı bir süreç olmaktadır. Doğum sonu dönemde ebeveynler bebeğin bakımı, bebekle iletişim kurma, artan sorumluluklar ve ebeveynliğe uyum gibi konularda yoğun stres yaşayabilirler (Beji, 2015). Doğum sonu

annelerin yaşadıkları fiziksel yakınmalar, kendi ve bebek bakımında yetersizlik yaşamaları, annede strese yol açarak psikospiritüel konforunu olumsuz yönde etkiler (Karakaplan, 2007). Anneler doğum sonu dönemde özellikle eş desteği beklentisi içindedir. Doğum sonu dönemde yeterli eş desteği annelerin fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde olumlu etkiye sahiptir (Balkaya, 2002).

Annelik hüznü, doğum sonu dönemde yaygın olarak görülen genellikle ilk iki hafta içinde ortaya çıkan hafif depresyon durumudur. Bu durum yalnızca anneyi değil, bebeği ve diğer aile üyelerini de etkileyebilmektedir. Doğum deneyimi, doğum sonu yaşanan sorunlar, hormonal değişimler, yorgunluk, beslenme yetersizliği ve yeni rollere uyumun getirdiği strese bağlı ortaya çıkabilir (Beji, 2015 ve Yılmaz ve Öncel, 2009;). Annelik hüznü kendiliğinden düzelebilecek bir durum olsa da, bu dönemde hemşirelerin postpartum depresyon belirtileri açısından anneyi gözlemlemesi ve empatik yaklaşımı önemlidir. Hemşire, annenin duygularını ifade edebilmesine imkan vermeli, anksiyeteye neden olan durumları belirlemeli ve çözüm yolları aramalıdır (Beji, 2015). Annenin bebekle etkileşiminin sağlanması, bebekle ilgili çabalarının övülmesi, özgüveninin geliştirilmesi, annelik rolüne uyumunun sağlanması ve stres faktörlerinin belirlenerek ortadan kaldırılması psikolojik adaptasyonuna yardımcı olacaktır (Coşkun, 2012 ve Yılmaz ve Öncel, 2009). Böylelikle psikospiritüel konforda artış sağlanabilir.

### **1.3.5.3. Çevresel Konforu Etkileyen Sorunlar**

Hastaneye ulaşılabilirlik, otopark imkanı, temizlik, yemek kalitesi, sağlık ekibinin yaklaşımı, kalınan odanın ısı, havalandırma, yatak, dolap, banyo, duş gibi imkanların varlığı, ışıklandırma ve aydınlatma, gürültü gibi faktörlerle ilgili yaşanan problemler çevresel konforu azaltmaktadır (Karakaplan, 2007). Hemşirelik girişimleri, çevresel faktörlerin tamamının düzeltilmesinde her zaman yeterli olmayabilir. Ancak bakım verilen klinikte yapılacak düzenlemeler ve planlanacak girişimlerle çevresel konfora olumlu katkı sağlanabilir. Bu amaçla, doğum için anne servise kabul edildiğinde servis tanıtılmalı, odası doğumdan önce hazırlanmalıdır. Anne ile doğum

öncesi ihtiyaçlarının belirlenmesi ve mümkünse temin edilmesi çevresel konforunu artıracaktır (Perry ve ark., 2013).

#### **1.3.5.4. Sosyokültürel Konforu Etkileyen Sorunlar**

Doğum her ne kadar anne ve aile üyeleri için mutluluk verici bir durum da olsa hastanede yatıyor olmak anneyi günlük yaşamından, ailesinden, varsa diğer çocuklarından uzaklaştırdığı için yalnızlık ve bilinmezlik korkusu içine itebilir. Sezaryenin cerrahi bir operasyon olması nedeniyle anneler doğum anında ya da doğum sonu yaşanması olası komplikasyonlara karşı daha fazla kaygı yaşamakta ve desteğe daha çok ihtiyaç duymaktadır (Aslan ve Okumuş, 2017 ve Dunn ve O'Herlihy, 2005). Yapılan işlemlere karşı bilinmezlik, bebeğin getireceği sorumluluğu yüklenebilme endişesi ve kültürel farklılıklar annenin sosyokültürel konforunu olumsuz etkileyecektir. Anne ile sürekli iletişim halinde olan hemşireler ve diğer sağlık ekibinin tavır ve davranışları doğum sonu konfor üzerinde etkilidir. Beklentilerin karşılanması, verilen bakım sırasında nazik, ilgili ve anlayışlı tavır sergilenmesi, kültürel özelliklerin göz ardı edilmemesi, annenin duygusal yönden desteklenmesi, refakatçi bulundurabilmesi memnuniyeti artıran ve konforun sağlanmasında etkisi olan faktörlerdir (Akgün, 2016; Karakaplan, 2007; Kolcaba, 2003 ve Özcan ve Aslan, 2015).

Bu çalışma sezaryen ile doğum yapan annelerin doğum sonu konfor düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.



## 2. GEREÇ ve YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Tipi

Sezaryen ile doğum yapan annelerin doğum sonu konfor düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma tanımlayıcı niteliktedir.

### 2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda, 20 Temmuz 2018- 20 Aralık 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmanın yürütüldüğü hastane Türkiye genelinden farklı sosyoekonomik ve kültürel düzeye sahip hastaların hizmet aldığı bir kurumdur. Çalışmanın yürütüldüğü kurumda 2018 yılında toplam 1500 sezaryen ile doğum gerçekleştirilmiştir. Hastane 125 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Doğum sonrası anneler 2. katta bulunan 32 yatak kapasiteli Perinatoloji ve Doğum Sonu Servisi, 4. katta bulunan 17 yatak kapasiteli Özel Servis ve 5. katta bulunan 9 yatak kapasiteli Endokrin servisinde bakım almaktadırlar. Araştırmanın yürütüldüğü kurumda verilen doğum öncesi bakım hizmetleri arasında Sağlık Bakanlığının belirlediği standartlar doğrultusunda hizmet veren herhangi bir gebe okulu ya da gebe bilgilendirme sınıfı bulunmamaktadır. Ancak gebe polikliniğinde görevli bir hemşire tarafından haftada 2 kez düzenlenen yaklaşık 2 saat süren gebelik dönemi, doğuma hazırlık, doğum başladığında yapılacaklar, doğum sonu annenin kendi ve bebeğinin bakımı, emzirme ve kordon kanı saklanması konusunda annelere eğitim verilmektedir. Poliklinik hizmetlerinin yürütüldüğü alanlara asılan afişler aracılığıyla eğitimin yer ve zamanı duyurulmaktadır. Bu eğitime katılım isteğe bağlıdır.

Sezaryen için kliniğe kabul edilen gebelere preoperatif hazırlık sürecinde intravenöz yol açılarak sıvı desteği başlanmaktadır. Kurumda sezaryen öncesi rutin olarak lavman uygulaması yapılmamaktadır. Ancak normal doğum denemesi başarısız olan ya da acil sezaryene alınan gebelere sezaryen öncesi lavman uygulanmakta ve

üretal katater takılmaktadır. Sezaryen sonrası anneler 30 dakika ayılma ünitesinde izlendikten sonra bakım alacakları servise devredilmektedir. Servise kabulü yapılan annelerin hemşireler tarafından yaşamsal bulgu ve kanama takibi yapılmaktadır. Doğum sonrası emzirme hemşiresi tarafından annelere bebeği tutma, doğru şekilde meme başına yerleştirme, emzirme pozisyonları, anne sütünün önemi konularında eğitim verilmektedir. Bunun dışında gerekli durumlarda servis hemşireleri tarafından anneye emzirme ve yardım duydukları diğer konularda gerekli destek sağlanmaktadır. Sezaryen sonrası anneler klinikte 2 gün izlenmekte, herhangi bir komplikasyon gelişmediği takdirde taburcu edilmektedir. Kliniklerde 8-16 saatleri arasında 2. katta 3 hemşire, 4. ve 5. katta ise 2 hemşire çalışmaktadır. Gece vardiyasında ise 16-08 saatleri arasında her klinikte 1 hemşire görev yapmaktadır.

### **2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda sezaryen ile doğum yapmış olan anneler oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü Aksoy'un (2012) çalışması esas alınarak, G\* Power 3.1.9.2 programı ile belirlenmiştir. Minimum örneklem genişliği Tip I ( $\alpha$ ) 0.05 hata yanılma düzeyinde, etki büyüklüğü 0.25, testin gücü (power) 0.95 alındığında 197 olarak hesaplanmıştır (Aksoy, 2012). Veri toplama formundaki soruların anlaşılabilirliğinin belirlenmesi amacıyla 20 anne ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda veri toplama formundaki soruların anlaşılır olduğunun belirlenmesi üzerine ön uygulama yapılan anneler de örnekleme dahil edilmiştir. Araştırmacı, araştırma sürecinde sezaryen olan 228 anneye ulaşmış; bebeğin yoğun bakımda tedavi alması (n=4), araştırmaya katılmak istememe (n=17), bebeğin bakım ihtiyacı olduğunu belirtmesi (n=2) ve yorgunluk (n=4) nedeniyle 27 anne örnekleme dahil edilememiş ve çalışma 201 anne ile yürütülmüştür.

## 2.4. Bireylerin Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. İletişim engeli olmayan
2. 18 yaş ve üzeri
3. Anomalili bebeği olmayan
4. Sezaryen ile doğum yapmış
5. 37.hafta ve üzeri doğum yapan
6. Bebeği yoğun bakım ünitesinde tedavi almayan
7. Çoğul gebeliği olmayan
8. Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden kadınlar araştırmaya dahil edilmiştir.

## 2.5. Araştırma Soruları

1. Sezaryen ile doğum yapan annelerin doğum sonu konfor puan ortalamaları nedir?
2. Sezaryen ile doğum yapan annelerin sosyo-demografik özellikleri ile doğum sonu konfor puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
3. Sezaryen ile doğum yapan annelerin obstetrik özellikleri ile doğum sonu konfor puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?
4. Sezaryen ile doğum yapan annelerin kaldıkları odanın fiziksel koşulları ile doğum sonu konfor puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark var mıdır?

## 2.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

**Bağımsız değişkenler:** Annelerin yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu gibi sosyodemografik özellikler; doğum sayısı, önceki doğumda sorun yaşama durumu gibi önceki gebelik ve doğuma ilişkin özellikler; prenatal dönemde doğum şekline ilişkin

bilgi alma durumu, doğumun sezaryen olma nedeni, doğum sonu dönemde sorun yaşama durumu ve doğum sonu dönem hakkında hemşirelerden bilgi ve yardım alma durumları gibi şimdiki gebelik ve doğuma ilişkin özellikler; ısınma, güvenlik, mahremiyet gibi bakım alınan kliniğin fiziksel özelliklerdir.

**Bağımlı Değişkenler:** Doğum sonu konfor ölçeği puan ortalaması

## **2.7. Verilerin Toplanması**

Verilerin toplanması 20 Temmuz 2018-20 Aralık 2018 tarihleri arasında Ankara Üniveritesi Cebeci Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı hafta içi 9.00-12.30 saatleri arasında veri toplamak üzere kurumda bulunmuştur. Veriler, araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan ve doğum sonu 36-48. saatler arasında bulunan annelerden toplanmıştır. Araştırmacının kendini tanıtmaması ve araştırma hakkında annelerin bilgilendirilmesinin ardından annelerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden annelere Veri Toplama Formu (Bkz. Ek2) ve Doğum Sonu Konfor Ölçeği (Bkz. Ek3) verilmiş, anneler formları kaldıkları odada yanıtlamışlardır. Annenin tedavi ve bakım alma zaman dilimlerinin dışında kalan, bebeğin bakım ihtiyacının olmadığı, annelerin dinlenmiş ve kendilerini rahat hissettikleri zaman aralıklarında verilerin toplanması gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanması yaklaşık 15-30 dakika sürmüştür. Veri toplama araçlarının yanıtlanması kesintiye uğradığı durumlarda anneler gün içinde ilerleyen saatlerde tekrar ziyaret edilmiş ve yanıtlanan formlar araştırmacı tarafından geri alınmıştır.

## **2.8. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada iki farklı veri toplama formu kullanılmıştır. Bunlar bireylerin sosyodemografik ve obstetrik özelliklerine ait soruların yer aldığı Veri Toplama Formu ve Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ)'dir.

### 2.8.1. Veri Toplama Formu

Veri toplama formu araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak oluşturulan araştırmaya katılan annelerin sosyodemografik bilgilerini (yaş, öğrenim durumu, gelir getiren bir işte çalışma durumu, mesleği, eşin öğrenim durumu, eşin çalışma durumu, eşin mesleği, sosyal güvence durumu, aylık gelir düzeyini algılama durumu), önceki gebelik ve doğuma ilişkin özelliklerini (önceki gebelik ve doğum sayısı, önceki doğum şekli, önceki doğum deneyiminin değerlendirmesi, önceki doğumda doğum sonu dönemde yaşanan sorunlar) ve şimdiki gebelik ve doğuma ilişkin özelliklerini (gebeliğin planlı olma durumu, prenatal dönemde doğum şekli hakkında bilgi alma, doğum şekline ilişkin alınan bilginin içeriği ve kim tarafından verildiği, prenatal izlemlerin düzenli yapılması, annenin gebelik süresince doğum şekline ilişkin düşüncesi, sezaryen nedeni, sezaryen öncesi yapılan tıbbi girşimler, uygulanan anestezi türü, annenin doğum sonu destek kaynakları, ilk emzirme süresi, doğum sonu bakım hakkında hemşirelerden bilgi ve yardım alma durumu, alınan yardımın faydalı olma durumu, doğum sonu dönemde sorun yaşama durumu, bakım alınan kliniğin fiziksel özellikleri) içeren 42 sorudan oluşmaktadır (Akgün, 2016; Algier ve ark, 2014; Demirtaş, 2015; Demirtaş, 2012; Güngör ve ark., 2004; Gürcüoğlu ve Vural, 2017; Janssen ve ark., 2007; Karakaplan, 2007; Topçu, 2011)

### 2.8.2. Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ)

1992 yılında Kolcaba tarafından geliştirilen "Genel Konfor Ölçeği" nin 2004 yılında Kuğuoğlu ve Karabacak tarafından Türk toplumuna uyarlanması yapılmıştır. 2007 yılında ise Karakaplan ve Yıldız tarafından Türk toplumuna uyarlanmış olan "Genel Konfor Ölçeği"nden yararlanılarak "Doğum Sonu Konfor Ölçeği" geliştirilmiştir. Normal ve Sezaryen doğum sonrası uygulanabilen ölçek doğum sonu dönemde konforu fiziksel, spritüel ve sosyokültürel boyutlarda değerlendirmektedir. Çevresel konforu değerlendirmemektedir. Ölçek 5'li likert tipte 34 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte bulunan her ifade için anneler değerlendirmelerini 1-5 arası puanlama üzerinden işaretlemetedirler. Olumlu ifadelerde "Tamamen Katılıyorum" ifadesi "en iyi konforu", "Kesinlikle Katılmıyorum" ifadesi en düşük konforu

tanımlamaktadır. Olumsuz ifadelerde ise ters kodlama yapılmıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 34, en yüksek puan 170 dir. Ölçek değerlendirmesi sonucu elde edilen toplam puan madde sayısına bölünür ve ortalama değer saptanır. Düşük konfor 1 puan, yüksek konfor 5 puan ile ifade edilmektedir. Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça konfor düzeyinde artış olmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılığı (cronbach alpha değeri) 0.78'dir. Bizim çalışmamızda Cronbach alpha değeri 0,79 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin kullanımı için gerekli izin Yıldız' dan alınmıştır (Bkz. Ek 6). Ölçek;

- I. Faktörde bedensel ağılar ile ilişkili olan ve fiziksel konforu ölçen maddeler bulunmaktadır. Bunlar; 1, 2, 4, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 21, 24, 26. maddelerdir.
- II. Faktörde manevi ve psikolojik bileşenlerden oluşan ve psikospiritüel konforu ölçen maddeler yer almaktadır. Bunlar; 5, 7, 10, 15, 18, 19, 20, 23, 25, 31. maddelerdir.
- III. Faktörde kişilerarası, sosyal ve aile ilişkileri, finans ve destek sistemleri ile ilgili olan, sosyokültürel konforu ölçen maddeler bulunmaktadır. Bunlar; 3, 9, 22, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34. maddelerdir.
- Olumsuz İfadeler: 4, 6, 8, 9, 10, 12,13, 16, 17, 21, 22, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 34. maddelerdir ve 5'den 1 'e kadar ters kodlama şeklinde puanlandırılmıştır.
- Olumlu İfadeler: 1, 2, 3, 5, 7, 11, 14, 15, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 31, 32. maddelerdir ve 1'den başlayarak 5'e kadar düz kodlama şeklinde puanlandırılmıştır.

## 2.9. Verilerin Analizi

Verilerin analizi SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Sciences) programı ile yapılmıştır. Bağımlı değişkenler ortalama ve standart sapma kullanılarak, bağımsız değişkenler ise yüzde ve frekans değerleri ile sunulmuştur. Bağımlı değişkenler normal dağılıma uygunluk gösterdiğinden iki grup karşılaştırmalarında Independent Sample t Test, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında ise One-Way ANOVA testi kullanılmıştır. En az 3 değişkeni olan gruplarda farklılığın kaynaklandığı grubun belirlenmesi için ileri analizde Duncan çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. İstatistiksel analizde önemlilik düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığının hesaplanmasında ise güvenilirlik testi (Cronbach Alfa) kullanılmıştır.

## 2.10. Etik İlkeler

Çalışmanın yapılabilmesi için Ankara Üniversitesi Rektörlük Etik Kurulu'ndan 56786525-050.04.04/35628 sayılı kurul kararı ile izin alındı (Bkz Ek4). Çalışmanın Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda yapılabilmesi için gerekli izin 12405952-302.01.08-E.33026 sayılı karar ile alınmıştır (Bkz Ek5). Araştırmada kullanılan Doğum Sonu Konfor Ölçeği'nin kullanım izni için ölçeği geliştiren kişilerden kullanım izni alınmıştır (Bkz Ek6). Araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan anneler çalışma hakkında bilgilendirilmiş, araştırmada hasta bilgilerinin gizliliğine dikkat edileceği belirtilerek sözlü ve yazılı (Bkz. Ek1) onamları alınmıştır.

## 2.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda sezaryen ile doğum yapan annelerle gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle araştırma sonuçları tüm topluma genellemez. Ayrıca çalışma koşullarından dolayı araştırmacının klinikte olmadığı zamanlarda sezaryen olan annelere ulaşamaması araştırmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

### 3.BULGULAR

**Çizelge 3.1.** Annelerin Tanımlayıcı Özellikleri (n=201)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Yaş</b>		
18-24	28	14,0
25-30	80	39,8
31-35	66	32,9
35 yaş üzeri	27	13,3
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	82	40,8
Çalışmıyor	119	59,2
<b>Meslek</b>		
Memur	51	62,2
İşçi	28	34,1
Serbest Meslek	3	3,7
<b>Öğrenim Durumu</b>		
İlköğretim	39	19,4
Lise	75	37,3
Yüksekokul- Üniversite	87	43,3
<b>Eşin Öğrenim Durumu</b>		
İlköğretim	26	12,9
Lise	74	36,8
Yüksekokul- Üniversite	101	50,3
<b>Eşin Mesleği (n=199)*</b>		
Memur	79	39,7
İşçi	100	50,3
Serbest Meslek	20	10
<b>Aylık Gelir Düzeyini Algılama Durumu</b>		
Kötü	6	3,0
Orta	97	48,2
İyi	98	48,8

\*Yüzdeler n üzerinden değerlendirilmiştir.

Annelerin tanıttıcı özelliklerine göre sayı ve yüzde dağılımları incelendiğinde; annelerin %39,8'inin 25-30 yaş aralığında, %13,3'ünün ise 35 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir. Annelerin %43,3'ü yüksekokul-üniversite düzeyinde eğitim almış olup, %59,2'si gelir getiren herhangi bir işte çalışmamaktadır. Çalışan annelerin yarısından fazlası (%62,2) memurdur. Çalışmaya katılan annelerin eşlerinin öğrenim durumu incelendiğinde anneler ile benzer olarak %50,3'ünün yüksekokul-üniversite düzeyinde eğitim aldığı, tamamına yakınının (%99) gelir getiren herhangi bir işte çalıştığı görülmektedir. Annelerin tamamına yakınının sosyal güvencesi vardır. Annelerin %48,8' i aylık gelir düzeyini "iyi", %48,2'si "orta" olarak tanımlamaktadır.



**Çizelge 3.2. Annelerin Geçmiş Obstetrik Özellikleri (n=201)**

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Önceki Gebelik Sayısı</b>		
Yok	84	41,8
Bir gebelik	71	35,3
2 ve üzeri	46	22,9
<b>Önceki Doğum</b>		
Var	114	56,7
Yok	87	43,3
<b>Önceki Doğum Şekli (n=114)*</b>		
Vajinal Doğum	32	28,1
Sezaryen	82	71,9
<b>Önceki Doğumda Sorun Yaşama Durumu (n=114)*</b>		
Evet	54	47,4
Hayır	60	52,6
<b>Önceki Doğumda Yaşanan Sorunlar** (n=54)</b>		
Ağrı	38	70,4
Hareket etmede güçlük	34	63
Sütün yetersiz gelmesi	31	57,4
Dikişlerde açılma	27	50
Bebeği kucağa almada güçlük	18	33,3
Eliminasyonda güçlük	14	25,9
Bebeği meme ucuna yerleştirmede güçlük	9	16,7
Meme ucu çatlağı	6	11,1
Anesteziye bağlı baş ağrısı	5	9,3
<b>Önceki Doğum Deneyiminin İfadesi (n=114)*</b>		
Kolay bir doğum geçirdim.	59	51,8
Doğum sonu iyileşme sürecinde sıkıntılar yaşadığım için doğumum zordu.	33	28,9
Doğumun ağrılı/uzun sürmesi nedeniyle zor bir doğum geçirdim.	13	11,4
Sağlık personelinin duyarsız davranması nedeniyle zor bir doğum geçirdim.	9	7,9

\*Yüzdeler n üzerinden değerlendirilmiştir.

\*\* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Çizelge 3.2 incelendiğinde annelerin %56,7'sinin daha önce doğum deneyimi yaşadığı ve çoğunluğun (%71,9) doğumunun sezaryen ile gerçekleştiği görülmektedir. Annelerin yaklaşık yarısı (%51,8) önceki doğum deneyimini "kolay bir doğum" olarak değerlendirirken %28,9'u "doğum sonu iyileşme sürecinde yaşadıkları sıkıntılardan dolayı önceki doğumunun zor bir deneyim" olduğunu ifade etmektedir. Annelerin %47,4'ünün doğum sonu dönemde sorun yaşadığı görülmektedir. Çoğunlukla yaşanan sorunların sırasıyla ağrı (%70,4), hareket etmede güçlük (%63), sütün yetersiz gelmesi (%57,4), dikişlerde açılma (%50) ve eliminasyonda güçlük (25,9) olduğu görülmektedir.

**Çizelge 3.3.** Annelerin Şimdiki Obstetrik Özellikleri (n=201)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Gebeliğin Planlı Olma Durumu</b>		
Planlı	172	85,6
Plansız	29	14,4
<b>Doğum Şekline İlişkin Bilgi Alma</b>		
Evet	71	35,3
Hayır	130	64,7
<b>Doğum Şekline İlişkin Bilgi Alınan Kişi (n=71)*</b>		
Doktor	63	88,7
Hemşire	8	11,3
<b>Doğum Şekline İlişkin Alınan Bilgi İçeriği** (n=71)</b>		
Sezaryen endikasyonu hakkında	57	80,3
Riskli bir durum gelişirse sezaryen olacağı	27	38
Uygulanacak anestezi türü	21	29,6
C/S sonrası yaşanabilecek sorunlar	16	22,5
<b>Prenatal Kontrollere Düzenli Gelme Durumu</b>		
Evet	199	99,0
Hayır	2	1,0
<b>Prenatal Dönemde Aynı Doktor Tarafından Takip Edilme Durumu</b>		
Evet	115	57,2
Hayır	86	42,8
<b>Prenatal Dönemde Doğum Şekli Konusundaki Düşünce</b>		
Vajinal Doğum	94	46,8
Sezaryen	107	53,2
<b>Doğumun Sezaryen Olma Nedeni**</b>		
Mükerrer Sezaryen	79	39,3
Fetüse ait problemler	43	21,4
Yeterli servikal dilatasyon olmaması	36	17,9
Anne isteği	16	8,0
Baş-pelvis uyumsuzluğu	8	4,0
İnfertilite tedavisi	3	1,5
Diğer***	29	14,4
<b>Sezaryen Öncesi Yapılan Tıbbi Uygulamalar**</b>		
Lavman	58	28,9
Üretral Katater Takılması	42	20,9
İntravenöz Mayi Takılması	201	100
<b>Planlanan Saatte Sezaryene Alınma Durumu</b>		
Evet	160	79,6
Hayır	41	20,4
<b>Anestezi Türü</b>		
Spinal/Epidural Anestezi	192	95,5
Genel Anestezi	9	4,5

\*Yüzdeler n üzerinden değerlendirilmiştir.

\*\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

\*\*\*Annede karaciğer enzimleri yüksekliği, hemoroid, vajinismus, obezite, myom varlığı.

**Çizelge 3.3. (Devam)**

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Doğum Sonu Destek Kaynakları**</b>		
Anne/Kayınvalide/Kardeş	191	95,0
Eş	143	71,1
Ebe/Hemşire	88	43,8
Arkadaş	27	13,4
<b>Doğum Sonu Dönem Hakkında Hemşirelerden Bilgi Alma Durumu</b>		
Evet	155	77,1
Hayır	46	22,9
<b>Hemşirelerden Bilgi Alınan Konular** (n=155)</b>		
Emzirme	140	90,3
Kişisel bakım	131	84,5
İlk sütün önemi	69	44,5
Emzirme problemleri	55	35,5
Bebek bakımı	32	20,6
<b>Bilgilendirmeyi Anlaşılır Bulma Durumu (n=155)*</b>		
Evet	138	89
Hayır	17	11
<b>Doğum Sonu İlk Emzirme Süresi (n=198)*</b>		
1 saat içinde	171	86,4
2 saat sonra	27	13,6
<b>Doğum Sonu Sorun Yaşama Durumu</b>		
Evet	159	79,1
Hayır	42	20,9
<b>Doğum Sonu Yaşanan Sorunlar** (n=159)</b>		
Ağrı	136	85,5
Hareket etmede güçlük	95	59,7
Anesteziye bağlı baş-boyun ağrısı	74	46,5
Sütün yetersiz gelmesi	61	38,4
Eliminasyon güçlüğü	56	35,2
Bebek bakımında güçlük	55	34,6
Halsizlik	45	28,3
Üretral kataterin verdiği rahatsızlık	37	23,3
Meme ucu problemleri	35	22
Bilgi eksikliğine bağlı endişe	26	16,4
Bebeğin memeyi tutmasında güçlük	16	10,01
Anesteziye bağlı bulantı kusma	9	5,7
<b>Yaşanan Sorunlarla İlgili Hemşirelere Ulaşılabilir Durumu (n=159)*</b>		
Evet	154	96,9
Hayır	5	3,1
<b>Doğum Sonu Hemşirelerden Yardım Alma Durumu</b>		
Evet	189	94,0
Hayır	12	6,0
<b>Hemşirelerden Yardım Alınan Konular** (n=189)</b>		
Kişisel Bakım	168	88,9
Ağrının giderilmesi	159	84,1
Emzirme ve bebeğin memeye yerleştirilmesi	96	50,8
Bebek bakımı	32	16,9
Mobilizasyon	20	10,6
<b>Alınan Yardımın Yararı Olma Durumu (n=189)*</b>		
Evet	148	78,3
Hayır	41	21,7
<b>Alınan Yardımın Sağladığı Yarar** (n=148)</b>		
Ağrım azaldı	116	77,9
Hemşirenin duygusal desteği sayesinde kendimi daha iyi hissettim.	59	39,6
Bebeğimi etkili emzirebildim.	55	36,9
Bebek bakımı konusunda bilgilendirilmiş olmam endişemi azalttı	38	25,5

\* Yüzdeler n üzerinden değerlendirilmiştir.

\*\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Çizelge 3.3'te annelerin şimdiki obstetrik özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Annelerin %85,6'sı gebeliğin planlı olduğunu ifade etmektedir. Doğum öncesi dönemde doğum şekline ilişkin bilgi alma durumu incelendiğinde, annelerin %64,7'si bilgi almadığını belirtmiştir. Doğum şekline ilişkin bilgi alanların %88,7'si sözkonusu bilgiyi doktordan almıştır. Anneler; sezaryen endikasyonu (%80,3), riskli bir durum gelişirse sezaryen olacağı (%38), uygulanacak anestezi türü (%29,6) ve sezaryen sonrası yaşanabilecek sorunlar (%22,5) hakkında bilgi aldıklarını ifade etmektedirler. Annelerin tamamına yakını prenatal kontrollere düzenli olarak geldiğini; %57,2'si ise gebelik izleminin aynı doktor tarafından yürütüldüğünü ifade etmektedir. Annelerin %53,2'si prenatal dönemde sezaryen ile doğum yapmayı düşündüğünü ifade etmektedir. Doğumun sezaryen olma nedenlerine bakıldığında çoğunluğun (%39,3) mükerrer sezaryen, fetüse ait problemler (%21,4), yeterli servikal dilatasyon olamaması (%17,9) ve anne isteği (%8) olduğu görülmektedir.

Annelerin tamamına sezaryen öncesi tıbbi bir uygulama yapılmış olup bütün annelere intravenöz yol açılarak sıvı desteği sağlanmış, annelerin %28,9'una lavman yapılmış, %20,9'una üretral katater takılmıştır. Annelerin %20,4'ü sezaryenin planlanan saatte uygulanmadığını belirtmiştir. Uygulanan anestezi türüne bakıldığında annelerin tamamına yakınına (%95,5) spinal/epidural anestezi uygulandığı görülmektedir.

Doğum sonu dönemde destek kaynakları incelendiğinde çoğunlukla anne/kayınvalide/kardeş tarafından destek sağlandığı görülmektedir (%95). Bunun yanı sıra eş (%71,1) ve hemşire/ebe (%43,8) annelerin doğum sonu dönemde destek kaynakları arasında yer almaktadır. Annelerin doğum sonu dönem hakkında hemşirelerden bilgi alma durumları incelendiğinde, %22,9'unun bilgi almadığı; bilgi alanların ise %11'inin aldıkları bilgiyi anlaşılır bulmadığı görülmektedir. Annelerin çoğunlukla, emzirme (%90,3), kişisel bakım (%84,5) ve ilk sütün önemi (%44,5), daha az oranla ise emzirme problemleri (%35,5) ve bebek bakımı (%20,6) hakkında bilgi aldıkları görülmektedir.

Anneler arasında ilk bir saat içinde emzirme oranı %86,4'tür. Doğum sonu dönemde sorun yaşama durumları incelendiğinde annelerin %79,1'inin sorun yaşadığı görülmektedir. Yaşanan sorunların en önemlisinin ağrı olduğu göze çarpmaktadır

(%85,5). Bununla birlikte hareket etmede güçlük (%59,7), anesteziye bağlı baş-boyun ağrısı (%46,5), sütün yetersiz gelmesi (%38,4), eliminasyon güçlüğü (%35,2), bebek bakımında güçlük (%34,6) ve üretral kataterin verdiği rahatsızlık (%23,3) annelerin sıklıkla yaşadığı diğer sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Annelerin %94'ü doğum sonu dönemde hemşirelerden yardım aldıklarını belirtmiştir. Çoğunlukla yardım alınan durumların kişisel bakım (%88,9), ağrının giderilmesi (%84,1) ve emzirme-bebeğin memeye yerleştirilmesi (%50,8) olduğu görülmektedir. Yardım alan annelerden %78,3'ü aldığı bu yardımın faydası olduğunu belirtmiş, büyük çoğunluk ise bu faydayı "ağrım azaldı" (%77,9) şeklinde ifade etmişlerdir.

**Çizelge 3.4.** Annelerin Bakım Aldıkları Kliniğin Fiziksel Özelliklerine İlişkin Görüşleri (n=201)

Özellikler	Sayı(n)	Yüzde(%)
<b>Oda Tipi</b>		
Tek Kişilik	130	64,7
İki Kişilik	71	35,3
<b>Gürültü</b>		
İyi	117	58,2
Orta	78	38,8
Kötü	6	3,0
<b>Sıcaklık</b>		
İyi	117	58,2
Orta	70	34,8
Kötü	14	7,0
<b>Işık</b>		
İyi	122	60,7
Orta	75	37,3
Kötü	4	2,0
<b>Mahremiyet</b>		
İyi	129	64,2
Orta	66	32,8
Kötü	6	3,0
<b>Güvenlik</b>		
İyi	129	64,2
Orta	67	33,3
Kötü	5	2,5
<b>Temizlik</b>		
İyi	106	52,7
Orta	71	35,3
Kötü	24	12

Çizelge 3.4'te annelerin bakım aldıkları kliniğin özellikleri hakkındaki görüşlerine yer verilmiştir. Annelerin %64,7'si tek kişilik odada bakım almışlardır. Annelerin %58,2'si bakım aldığı kliniği gürültü ve sıcaklık bakımından "iyi" olarak değerlendirmektedir. Işık özelliği %60,7 oranla "iyi", mahremiyet ve güvenlik ise %64,2 oranla "iyi" olarak ifade edilmiştir. Temizliği annelerin yaklaşık yarısı (%52,7) "iyi" olarak değerlendirirken %12'si kötü, %35,3'ü orta düzey olarak belirtmişlerdir.

**Çizelge 3.5.** Annelerin DSKÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=201)

DSKÖ Alt Boyutları	Ölçekten Alınabilecek Minimum/Maksimum Puan	Ölçekten Alınan Minimum-Maksimum Puan	X±SS
<b>Fiziksel Konfor</b>	14-70	20-64	41,06±10,01
<b>Psikospritiyel Konfor</b>	10-50	28-50	45,98±4,38
<b>Sosyokültürel konfor</b>	10-50	15-48	34,68±6,49
<b>Toplam</b>	34-170	79-160	121,74±16,11

Çizelge 3.5'te annelerin Doğum Sonu Konfor Ölçeği'nden aldıkları toplam ve alt boyut puan ortalamaları görülmektedir. Ölçekten alınan toplam puan ortalamasının 121,74±16,11; fiziksel konfor alt boyut puan ortalamasının 41,06±10,01; psikospritiyel konfor alt boyut puan ortalamasının 45,98±4,38 ve sosyokültürel alt boyut puan ortalamasının 34,68±6,49 olduğu belirlenmiştir.

## Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre DSKÖ Puan Ortalamaları

**Çizelge 3.6.** Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre DSKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=201)

Özellikler	n	Fiziksel	Psikospritiuel	Sosyokültürel	DSKÖ Toplam p.
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
<b>Yaş Grupları</b>					
18-24 <sup>a</sup>	28	41.85±9.90	45.07±5.64	31.89±7.60	118.82±18.71
25-30 <sup>b</sup>	80	41.40±10.01	46.23±3.93	33.81±5.98	121.45±15.80
31-35 <sup>c</sup>	66	40.54±10.07	46.48±3.47	36.00±6.09	123.03±14.94
35 Yaş üzeri <sup>d</sup>	27	40.55±10.41	44.96±5.91	36.96±6.48	122.48±17.35
F*		0.169	1.272	4.433	0.471
p		0.917	0.285	<b>0.005</b>	0.703
<b>a ve d; p&lt;0,05***</b>					
<b>Çalışma Durumu</b>					
Çalışıyor	82	42.78±9.30	46.52±4.18	35.00±6.30	124.30±15.70
Çalışmıyor	119	39.89±10.34	45.61±4.50	34.47±6.64	119.97±16.21
t**		2.026	1.450	0.567	1.885
p		<b>0.044</b>	0.149	0.571	0.610
<b>Meslek</b>					
İşçi	51	43.05±8.38	47.13±2.74	35.78±5.37	125.98±11.14
Memur	27	42.53±10.73	45.42±5.91	33.71±7.63	121.67±21.24
Serbest M.	3	40.33±13.42	46.33±4.72	33.66±7.50	120.33±24.54
t**		0.240	1.754	1.405	1.183
p		0.811	0.083	0.164	0.240
<b>Öğrenim Durumu</b>					
İlköğretim <sup>a</sup>	39	40.79±9.12	44.58±4.70	34.71±7.41	120.10±16.13
Lise <sup>b</sup>	75	44.58±4.70	45.58±4.79	33.93±6.87	120.01±18.02
Yüksekokul-Üniversite <sup>c</sup>	87	41.68±9.56	46.95±3.64	35.32±5.67	123.96±14.15
F*		0.304	4.559	0.920	1.469
p		0.739	<b>0.012</b>	0.400	0.233
<b>a ve c; p&lt;0,05***</b>					
<b>Eşin Öğrenim Durumu</b>					
İlköğretim <sup>a</sup>	26	42.30±10.95	44.73±4.73	36.38±7.72	123.42±18.25
Lise <sup>b</sup>	74	39.79±10.18	45.44±4.71	34.27±6.56	119.51±16.39
Yüksekokul-Üniversite <sup>c</sup>	101	41.68±9.63	46.70±3.94	34.55±6.09	122.94±15.28
F*		0.986	3.033	1.062	1.130
p		0.375	<b>0.050</b>	0.348	0.325
<b>a ve c; p&lt;0,05***</b>					
<b>Aylık Gelir Düzeyini Algılama Durumu</b>					
Kötü <sup>a</sup>	6	42.66±1.74	44.83±2.71	36.50±6.77	124.00±15.77
Orta <sup>b</sup>	97	39.96±9.81	45.55±4.90	34.57±7.10	120.10±17.07
İyi <sup>c</sup>	98	42.06±10.09	46.47±3.86	34.68±5.86	123.22±15.12
F*		1.144	1.295	0.246	0.975
p		0.320	0.276	0.782	0.379

\*Oneway ANOVA Test.

\*\* Independent Sample T test

\*\*\*Post Hoc Duncan Testi

Çizelge 3.6 incelendiğinde annelerin tanımlayıcı özelliklerine göre DSKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Yaş grupları ile "DSKÖ sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalaması arasında ileri düzeyde anlamlı fark"

olduğu belirlenmiştir ( $p<0,001$ ; izelge 3.6). En az e değişkeni olan grupta farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Post Hoc Duncan testinde farklılığın 18-24 yaş ve 35 yaş üzeri gruptardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalaması 35 yaş ve üzeri grupta yüksek bulunmuştur ( $36,96\pm6,48$ ). Fiziksel konfor alt boyut puan ortalaması 18-24 yaş grubunda ( $41,85\pm9,90$ ); psikospiritüel konfor alt boyut puan ortalaması 31-35 yaş grubunda ( $46,48\pm3,47$ ), DSK toplam puan ortalaması ise 31-35 yaş grubunda yüksek bulunmakla ( $123,03\pm14,94$ ) birlikte anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Çalışma durumu ile "DSK fiziksel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark" olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Çalışmayan annelerin fiziksel konfor alt boyut puan ortalaması düşük bulunmuştur ( $39,89\pm10,34$ ). Anlamlı fark bulunmamakla birlikte çalışan annelerin psikospiritüel konfor alt boyut, sosyokültürel konfor alt boyut ve DSK toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir ( $46,52\pm4,18$ ;  $35,00\pm6,30$ ;  $124,30\pm15,70$ ).

Annelerin meslek grupları ile "DSK toplam ve tüm alt grup puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık" olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ).

Anneler ve eşlerinin öğrenim durumuna göre DSK puan ortalamaları incelendiğinde "DSK psikospiritüel konfor alt boyutunda anlamlı fark" olduğu ( $p<0,05$ ); farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Duncan testinde testinde ise farklılığın ilköğretim ve yüksekokul-niversite düzeyinde eğitim alanlardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Kendisi ve eşi yüksekokul- niversite düzeyinde eğitime sahip annelerin psikospiritüel konfor alt boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ( $46.95\pm3.64$ ;  $46.70\pm3.94$ ). Bunun yanı sıra anlamlı farklılık bulunmamakla birlikte yüksekokul-niversite düzeyinde eğitim seviyesine sahip annelerin DSK toplam puan ortalaması yüksek bulunmuştur ( $123,96\pm14,15$ ).

Aylık gelir düzeyi ile "DSK toplam puan ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık" olmamamakla birlikte ( $p>0,05$ ), aylık gelir düzeyini "kötü" olarak ifade edenlerin sosyokültürel konfor alt boyut ve DSK toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir ( $36,50\pm6,77$ ;  $124,00\pm15,77$ ).



## Annelerin Geçmiş Obstetrik Özelliklerine Göre DSKÖ Puan Ortalamaları

**Çizelge 3.7.** Annelerin Geçmiş Obstetrik Özelliklerine Göre DSKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=201)

Özellikler	n	Fiziksel	Psikosprituel	Sosyokültürel	DSKÖ Toplam p.
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
<b>Önceki Gebelik Sayısı</b>					
Yok <sup>a</sup>	84	40.36±10.12	40.03±4.41	31.96±6.30	118.36±16.27
Bir gebelik <sup>b</sup>	71	42.54±9.94	46.85±3.35	37.12±4.82	126.53±13.97
2 ve Üzeri <sup>c</sup>	46	40.06±9.85	44.54±5.35	35.89±7.28	120.50±17.38
F*		1.215	4.014	15.033	5.342
p		0.299	<b>0.020</b> b ve c; p< 0,05***	<b>0.001</b> c; p<0,001***	<b>0.006</b> b; p<0,05***
<b>Önceki Doğum</b>					
Var	114	41.62±10.00	45.97±4.43	36.64±5.90	124.24±15.68
Yok	87	40.34±10.03	46.00±4.34	32.11±6.36	118.45±6.16
t**		-0.896	0.042	-5.216	-2.557
p		0.371	0.967	<b>0.001</b>	<b>0.011</b>
<b>Önceki Doğum Şekli</b>					
Vajinal Doğum	32	39.43±10.06	46.43±3.75	37.59±5.69	123.46±15.81
Sezaryen	82	42.47±9.91	45.79±4.68	36.28±5.98	124.54±15.71
t**		-1.464	0.696	1.067	-0.329
p		0.146	0.488	0.288	0.743
<b>Önceki Doğum Deneyiminin İfadesi</b>					
Kolay bir doğum geçirdim. <sup>a</sup>	59	42.28±10.50	45.66±4.55	37.22±4.87	125.16±15.50
Sağlık personelinin duyarsız davranması nedeniyle zor bir doğum geçirdim. <sup>b</sup>	9	41.55±9.04	43.44±7.55	34.55±9.79	119.55±22.47
Doğumum ağırlı/uzun sürdüğü için zor bir doğum geçirdim. <sup>c</sup>	13	39.30±9.14	45.38±3.59	32.53±9.01	117.23±19.29
Doğum sonu iyileşme sürecinde sıkıntılar yaşadığım için doğumum zordu. <sup>d</sup>	33	41.36±9.93	47.45±2.91	37.81±3.94	126.63±11.54
F*		0.321	2.466	3.278	1.478
p		0.811	0.066	<b>0.024</b> a,b,c ve d; p<0,05***	0.224
<b>Önceki Doğumda Sorun Yaşama Durumu</b>					
Evet	54	39.90±9.30	45.33±5.03	35.94±6.72	121.18±15.89
Hayır	60	43.16±10.43	46.55±3.77	37.28±5.03	127.00±15.08
t**		-1.752	-1.469	-1.211	-2.003
p		0.082	0.145	0.288	<b>0.048</b>

\* Oneway ANOVA Test, \*\* Independent Sample T test

\*\*\*Post Hoc Duncan Testi

Çizelge 3.7'de annelerin geçmiş obstetrik özelliklerine göre DSKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Gebelik deneyimi ile "DSKÖ sosyokültürel konfor alt boyut, psikospiritüel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark" olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Yapılan ileri analizde daha önce bir gebelik geçiren annelerin psikospiritüel konfor alt boyut puan ortalamasının, iki ve üzeri gebelik geçiren annelerin puan ortalamasından yüksek olduğu belirlenmiştir ( $46,85\pm 3,35$ ;  $31,96\pm 6,30$ ;  $118,36\pm 16,27$ ).

Doğum deneyimleme ile "DSKÖ sosyokültürel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark" olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Daha önce doğum deneyimi olan annelerin sosyokültürel alt boyut ve toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ( $36,64\pm 5,90$ ;  $124,24\pm 15,68$ ).

Önceki doğum deneyiminin ifadesi ile "DSKÖ sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark" bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Yapılan ileri analizde "Doğumum ağrılı/uzun sürdüğü için zor bir doğum geçirdim" diyen annelerin puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $32,53\pm 9,01$ ). Anlamlı fark bulunmamakla birlikte "Kolay bir doğum geçirdim" diyen annelerin fiziksel konfor alt boyut puan ortalaması ( $42,28\pm 10,50$ ); "Doğum sonu iyileşme sürecinde sıkıntılar yaşadığım için doğumum zordu." diyen annelerin ise psikospiritüel konfor alt boyut ve DSKÖ toplam puan ortalaması yüksek bulunmuştur ( $47,45\pm 2,91$ ;  $126,63\pm 11,54$ ).

## Annelerin Şimdiki Obstetrik Özelliklerine Göre DSKÖ Puan Ortalamaları

**Çizelge 3.8.** Annelerin Şimdiki Obstetrik Özelliklerine Göre DSKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=201)

Özellikler	n	Fiziksel	Psikosprituel	Sosyokültürel	DSKÖ Toplam p.	
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	
<b>Gebeliğin Planlı Olma Durumu</b>						
Planlı	172	41.25±10.18	46.29±4.24	34.76±6.42	122.30±16.41	
Plansız	29	39.96±9.01	44.17±4.85	34.24±6.98	118.37±13.96	
t**		0.641	2.434	0.398	1.216	
p		0.522	<b>0.016</b>	0.691	0.225	
<b>Doğum Şekline İlişkin Bilgi Alma</b>						
Evet	71	41.15±8.97	46.56±3.25	33.52±7.15	121.23±15.22	
Hayır	130	41.02±10.57	45.66±4.87	35.32±6.03	122.01±16.62	
t**		0.089	1.384	-1.892	-0.326	
p		0.929	0.168	0.060	0.745	
<b>Doğum Şekline İlişkin Bilgi Alınan Kişi (n=71)</b>						
Doktor	63	41.31±8.65	46.44±3.36	33.50±7.41	121.26±15.03	
Hemşire	8	39.87±11.83	47.50±2.20	33.62±4.95	121.00±17.80	
t**		0.426	-0.861	-0.043	0.047	
p		0.672	0.392	0.966	0.963	
<b>Doğum Şekline İlişkin Alınan Bilgi İçeriği* (n=71)</b>						
Uygulanacak anestezi türü	Evet	21	42.42±7.81	47.33±2.15	35.42±6.26	125.19±11.22
	Hayır	50	40.62±9.43	46.24±3.59	32.72±7.40	119.58±16.43
t**			0.773	1.296	1.468	1.428
p			0.442	0.199	0.147	0.158
C/S Sonrası yaşanabilecek sorunlar	Evet	16	41.25±8.20	47.56±2.27	34.43±5.40	123.25±12.94
	Hayır	55	41.12±9.25	46.27±3.45	33.25±7.60	120.65±15.88
t**			0.048	1.403	0.579	0.597
p			0.962	0.165	0.564	0.552
Sezaryen endikasyonu	Evet	27	41.05±8.29	46.45±2.94	33.35±7.29	120.85±13.85
	Hayır	44	41.57±11.69	47.00±4.42	34.21±6.76	122.78±20.44
t**			-0.193	-0.557	-0.402	-0.422
p			0.848	0.580	0.689	0.675
Riskli bir durum gelişirse C/S olacağı	Evet	57	41.48±10.77	47.22±3.52	33.14±7.16	121.85±17.59
	Hayır	14	40.95±7.79	46.15±3.05	33.75±7.22	120.86±13.77
t**			0.239	1.342	-0.342	0.264
p			0.812	0.184	0.733	0.793
<b>Prenatal Kontrollere Düzenli Gelme Durumu</b>						
Evet	199	40.96±9.97	45.99±4.40	34.64±6.51	121.60±16.12	
Hayır	2	51.50±10.60	45.00±1.41	38.50±2.12	135.00±7.07	
t**			-1.485	0.318	-0.834	-1.171
p			0.139	0.751	0.405	0.243
<b>Prenatal Dönemde Aynı Doktor Tarafından Takip Edilme</b>						
Evet	115	42.40±9.85	45.52±4.32	35.00±5.76	123.93±14.73	
Hayır	86	39.29±10.00	45.26±4.39	34.25±7.36	118.81±17.45	
t**			2.199	2.020	0.813	2.250
p			<b>0.029</b>	<b>0.045</b>	0.417	<b>0.026</b>
<b>Prenatal Dönemde Doğum Şekli Konusundaki Düşünce</b>						
Vajinal Doğum	94	38.39±10.05	45.84±4.27	32.44±6.78	116.68±16.48	
Sezaryen	107	43.42±9.40	46.11±4.50	36.65±5.54	126.18±14.44	
t**			-3.660	-0.437	-4.832	-4.357
p			<b>0.000</b>	0.662	<b>0.000</b>	<b>0.000</b>

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

\*\*Independent Sample t Test

Çizelge 3.8. (Devam)

Özellikler	n	Fiziksel	Psikospritiüel	Sosyokültür el	DSKÖ Toplam p.	
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	
<b>Doğumun Sezaryen Olma Nedeni</b>						
Dilatasyon olmaması	Evet	36	35.77±8.28	45.47±4.50	30.22±5.98	111.47±14.69
	Hayır	165	42.22±10.00	46.09±4.36	35.66±6.20	123.98±15.56
t**			-3.603	-0.773	-4.796	-4.411
p			<b>0.000</b>	0.440	<b>0.000</b>	<b>0.000</b>
Mükerrer Sezaryen	Evet	79	42.86±9.85	45.87±4.67	36.55±5.55	125.29±15.08
	Hayır	122	39.90±9.98	46.05±4.21	33.47±6.78	119.44±16.39
t**			2.057	-0.290	3.370	2.548
p			<b>0.041</b>	0.772	<b>0.001</b>	<b>0.012</b>
Baş-pelvis uyumsuzluğu	Evet	8	46.50±12.20	46.62±6.30	32.62±6.90	125.75±21.52
	Hayır	193	40.84±9.88	45.95±4.31	34.77±6.48	121.57±15.89
t**			1.571	0.420	-0.916	0.717
p			0.118	0.675	0.361	0.474
İnfertilite tedavisi	Evet	3	34.00±10.58	46.00±1.73	37.66±3.51	117.66±8.08
	Hayır	198	41.17±9.99	45.98±4.41	34.64±6.52	121.80±16.20
t**			-1.234	0.006	0.800	-0.440
p			0.219	0.995	0.425	0.660
Fetüse ait problemler	Evet	16	40.09±8.31	47.30±2.65	33.97±6.10	121.37±12.39
	Hayır	185	41.33±10.43	45.62±4.69	34.87±6.60	121.84±17.01
t**			-0.721	2.243	-0.808	-0.169
p			0.472	<b>0.026</b>	0.420	0.866
Anne İsteği	Evet	43	46.06±9.56	45.50±5.30	34.12±7.36	125.68±17.62
	Hayır	158	40.63±9.95	46.02±4.31	34.73±6.43	121.40±15.97
t**			2.097	-0.460	-0.360	1.021
p			<b>0.037</b>	0.646	0.719	0.308
Diğer***	Evet	29	40.68±11.64	46.31±4.02	36.51±6.97	123.51±18.36
	Hayır	182	41.13±9.74	45.93±4.45	34.37±6.37	121.44±15.74
t**			-0.220	0.431	1.648	0.641
p			0.826	0.667	0.101	0.522
<b>İlk Emzirme Süresi(n=198)</b>						
1 saat içinde		171	41.09±9.92	46.02±4.48	34.59±6.62	121.71±16.16
2 saat sonra		27	39.74±10.24	45.81±3.95	35.00±5.97	120.55±16.15
t**			0.655	0.234	-0.302	0.346
p			0.513	0.815	0.763	0.730

\* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

\*\*Independent Sample t Test

\*\*\*Annede karaciğer enzimleri yüksekliği, hemoroid, vajinismus, obezite, myom varlığı.

Çizelge 3.8'de annelerin Şimdiki Obstetrik özelliklerine göre DSKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Gebeliğin planlı olması ile "DSKÖ psikospritiüel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark" belirlenmiştir (p<0.05). Gebeliği planlı olan annelerin puan ortalaması gebeliği plansız olan annelerden daha yüksek bulunmuştur (46,29±4,24).

Doğum şekline ilişkin bilgi alma, bilgi alınan kişi ve alınan bilginin içeriği ile DSKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0,05). Anlamlı fark bulunmamakla birlikte uygulanacak anestezi türü ve C/S sonrası

yaşanabilecek sorunlar konusunda bilgi alan annelerin DSKÖ toplam puan ortalamasının yüksek olduğu görülmektedir (125,19±11,22; 123,25±12,94).

Prenatal kontrollere düzenli gelme durumu ile "DSKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki" bulunmamakla birlikte ( $p>0,05$ ) düzenli izlem yaptırmayan annelerin puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir.

Gebelik boyunca aynı doktor tarafından takip edilme durumu ile "DSKÖ fiziksel konfor alt boyut, psikospiritüel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark" olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Gebeliği boyunca aynı doktor tarafından takip edilen annelerin fiziksel konfor alt boyut, psikospiritüel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (42,40±9,85; 45,52±4,32; 123,93±14,73).

Annelerin prenatal dönemde doğum şekli konusundaki düşünceleri ile "DSKÖ fiziksel konfor alt boyut, sosyokültürel konfor alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında ileri düzeyde anlamlı fark" bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Doğum şekline yönelik düşüncesi sezaryen olan annelerin fiziksel, sosyokültürel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir (43,42±9,40; 36,65±5,54; 126,18±14,44).

Doğumun sezaryen olma nedenlerinden dilatasyon olmaması ile "DSKÖ fiziksel konfor alt boyut, sosyokültürel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark" bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Dilatasyon olmaması nedeniyle sezaryen olan annelerin fiziksel konfor alt boyut, sosyokültürel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları düşüktür (35,77±8,28; 30,22±5,98; 111,47±14,69).

Mükerrer sezaryen olması ile "DSKÖ sosyokültürel konfor puan alt boyut, fiziksel konfor alt boyut ve toplam puan ortalaması ile arasında anlamlı fark" olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Mükerrer sezaryen olan annelerin fiziksel konfor alt boyut,

sosyokültürel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (42,86±9,85; 36,55±5,55; 125,29±15,08).

İnfertilite tedavisi alan annelerin DSKÖ fiziksel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Ancak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ( $p>0,05$ ).

Baş pelvis uyumsuzluğu nedeniyle sezaryen olan annelerin DSKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamakla birlikte fiziksel konfor alt boyut, psikospiritüel konfor alt boyut ve DSKÖ toplam puan ortalaması yüksek bulunmuştur (46,50±12,20; 46,62±6,30; 125,75±21,52).

Fetüse ait yaşanan problemler nedeniyle sezaryen olması ile annelerin "DSKÖ psikospiritüel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark" belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Fetüse ait yaşanan problemler nedeniyle sezaryen olan annelerin psikospiritüel konfor alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir (47,30±2,65).

Anne isteği nedeniyle sezaryen olması ile "DSKÖ fiziksel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı farklılık" olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Kendi isteği ile sezaryen olan annelerin fiziksel konfor puan ortalaması yüksek bulunmuştur (46,06±9,56). Anlamlı farklılık bulunmamakla birlikte DSKÖ toplam puan ortalaması sezaryen tercih eden annelerde yüksek bulunmuştur (125,68±17,62).

Annelerin doğum sonrası ilk emzirme süresi ile "DSKÖ tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık" gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ).

**Çizelge 3.9.** Sezaryen Öncesi Annelere Yapılan Uygulamalara Göre DSKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=201)

Özellikler	n	Fiziksel	Psikospritiuel	Sosyokültürel	DSKÖ Toplam p.
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
<b>Yapılan Tıbbi Uygulama*</b>					
Lavman					
Evet	58	38.84±8.95	46.34±4.11	31.51±6.30	116.70±15.23
Hayır	143	41.97±10.30	45.83±4.49	35.97±6.13	123.78±16.05
t**		-2.022	0.739	-4.626	-2.872
p		<b>0.045</b>	0.461	<b>0.000</b>	<b>0.005</b>
Üretral Katater Takılması					
Evet	42	38.16±8.72	45.35±4.51	31.14±6.58	114.66±15.25
Hayır	159	41.83±10.21	46.15±4.35	35.62±6.15	123.61±15.85
t**		-2.131	-1.043	-4.133	-3.277
p		<b>0.034</b>	0.298	<b>0.000</b>	<b>0.001</b>
<b>Planlanan Saatte Sezaryene Alınma Durumu</b>					
Evet	160	40.79±10.01	46.03±4.43	34.59±6.50	121.42±16.23
Hayır	41	42.14±10.05	45.78±4.25	35.04±6.53	122.97±15.75
t**		-0.771	0.334	-0.399	0.549
p		0.442	0.739	0.690	0.584
<b>Anestezi Türü</b>					
Epidural/ Spinal	192	41.04±10.01	45.92±4.31	34.66±6.57	121.63±16.08
Genel	9	41.55±10.45	47.33±5.85	35.22±4.57	124.11±17.57
t**		-0.149	-0.943	-0.253	-0.451
p		0.882	0.347	0.841	0.643

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. \*\*Independent Sample T Test

Çizelge 3.9'da sezaryen öncesinde annelere yapılan tıbbi uygulamalara göre DSKÖ ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Sezaryen öncesinde lavman ve üretral katater uygulaması yapılması ile "DSKÖ fiziksel konfor alt boyut, sosyokültürel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark" olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Sezaryen öncesinde lavman ve üretral katater uygulaması yapılmayan annelerin fiziksel konfor, sosyokültürel konfor ve toplam puan ortalamasının lavman yapılanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Annelerin planlanan saatte sezaryene alınması ve uygulanan anestezi türü ile DSKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamaktadır (p>0,05).

**Çizelge 3.10.** Doğum Sonu Dönem Destek Kaynaklarına Göre DSKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=201)

Doğum Sonu Destek Kaynakları*	n	Fiziksel	Psikospritiüel	Sosyokültürel	DSKÖ Toplam p.
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Eş					
Evet	143	41.58±9.98	46.21±4.22	34.13±6.72	121.93±16.11
Hayır	58	39.81±10.05	45.41±4.75	36.05±5.71	121.27±16.23
t**		1.136	1.177	-1.911	0.260
p		0.257	0.241	<b>0.058</b>	0.795
Anne/Kayınvalide Kardeş					
Evet	191	40.85±10.14	46.01±4.35	34.82±6.50	121.68±16.26
Hayır	10	45.20±5.80	45.50±5.25	32.10±6.06	122.80±13.44
t**		-1.341	0.358	1.294	-0.213
p		0.181	0.721	0.197	0.832
Arkadaş					
Evet	27	43.25±6.84	45.03±4.67	33.33±6.68	121.62±14.96
Hayır	174	40.72±10.39	46.13±4.33	34.89±6.45	121.75±16.32
t**		1.223	-1.208	-1.165	-0.039
p		0.223	0.228	0.246	0.969
Ebe/Hemşire					
Evet	88	42.72±10.93	46.51±3.86	35.42±6.62	124.65±17.41
Hayır	113	39.77±9.07	45.57±4.73	34.11±6.35	119.46±14.70
t**		2.089	1.505	1.417	2.290
p		<b>0.038</b>	0.134	0.158	<b>0.023</b>

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. \*\*Independent Sample T Test

Çizelge 3.10'da annelerin doğum sonunda destek aldıkları kaynaklara göre DSKÖ puan ortalamaları verilmiştir. Doğum sonu dönemde eşinden destek alan annelerin "DSKÖ sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalamalarında anlamlı fark" olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Eşinden destek alan annelerin sosyokültürel konfor puan ortalaması düşük bulunmuştur ( $34,13 \pm 6,72$ ). Anlamlı fark bulunmamakla birlikte ( $p > 0,05$ ) "fiziksel konfor ve psikospritiüel konfor alt boyut puan ortalaması" eşinden destek alan annelerde daha yüksek bulunmuştur ( $41,58 \pm 9,98$ ;  $46,21 \pm 4,22$ ).

Destek kaynaklarını anne/kayınvalide/kardeş olarak belirten annelerin "DSKÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark" bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ). Ancak fiziksel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamalarının düşük; sosyokültürel ve psikospritiüel konfor alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Doğum sonu dönemde hemşire/ebe'yi destek kaynağı olarak belirten annelerin "DSKÖ fiziksel konfor ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark"



bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hemşire/ebe'den destek alan annelerin fiziksel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir ( $42,72\pm 10,93$ ;  $124,65\pm 17,41$ ). Anlamlı fark bulunmamakla birlikte ( $p>0,05$ ) "DSKÖ psikospiritüel ve sosyokültürel konfor alt boyut" puan ortalamalarının da yüksek olduğu görülmektedir ( $46,51\pm 3,86$ ;  $35,42\pm 6,62$ ).



**Çizelge 3.11. Doğum Sonu Dönemde Hemşirelerden Bilgi ve Yardım Alma Durumlarına Göre DSKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=201)**

Özellikler	n	Fiziksel		Psikospiritüel		Sosyokültürel		DSKÖ Toplam p.	
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS		
<b>Hemşirelerden Bilgi Alma Durumu</b>									
Evet	155		40.89±10.10	46.43±3.90	34.46±6.55	121.79±15.98			
Hayır	46		41.67±9.78	44.45±5.50	35.43±6.29	121.56±16.69			
t**			-0.465	2.734	-0.889	0.084			
p			0.642	<b>0.007</b>	0.375	0.933			
<b>Hemşirelerden Bilgi Alınan Konular</b>									
Emzirme	Evet	140	41,04±9,97	46,38±3,88	34,19±6,57	121,62±16,02			
	Hayır	15	39,46±11,51	46,93±4,16	37,00±6,01	123,40±16,13			
t**			0,573	-0,515	-1,584	-0,408			
p			0,568	0,607	0,115	0,614			
Kişisel Bakım	Evet	131	41,81±9,99	46,52±3,88	34,73±6,42	123,07±15,56			
	Hayır	24	35,83±9,37	45,95±4,05	33,00±7,21	114,79±16,76			
t**			2,722	0,654	1,192	2,368			
p			<b>0,007</b>	0,514	0,235	<b>0,019</b>			
Emzirme Problemleri	Evet	55	42,92±10,07	46,65±3,73	34,07±6,57	123,65±15,78			
	Hayır	100	39,77±9,99	46,32±4,00	34,68±6,56	120,77±16,08			
t**			1,876	0,509	-0,551	1,075			
p			0,062	0,611	0,583	0,284			
İlk Sütün Önemi	Evet	69	41,89±10,20	46,34±4,08	35,01±6,54	123,26±16,63			
	Hayır	86	40,08±10,00	46,51±3,77	34,02±6,57	120,61±15,44			
t**			1,114	-0,259	0,935	1,024			
p			0,267	0,796	0,351	0,308			
Bebek Bakımı	Evet	32	43,46±9,40	46,59±3,45	33,56±6,60	123,62±13,92			
	Hayır	123	40,21±10,20	46,39±4,02	34,69±6,54	121,31±16,50			
t**			1,629	0,251	-0,873	0,726			
p			0,105	0,802	0,384	0,469			
<b>Alınan Bilgiyi Anlaşılır Bulma Durumu (n=155)</b>									
Evet	138		41.37±10.19	46.64±3.54	34.78±6.61	122.80±15.60			
Hayır	17		36.94±8.64	44.76±5.98	31.88±5.61	113.58±17.19			
t**			1.719	1.889	1.732	2.273			
p			0.088	0.061	0.085	<b>0.024</b>			
<b>Doğum Sonu Yaşanan Sorunlarla İlgili Hemşirelere Ulaşılabilirlik Durumu</b>									
Evet	154		38.76±9.73	45.80±4.65	34.47±6.61	119.04±16.12			
Hayır	5		47.40±5.22	44.80±3.27	36.40±7.92	128.60±15.38			
t**			-1.969	0.478	-0.637	-1.306			
p			0.051	0.633	0.525	0.194			
<b>Doğum Sonu Hemşirelerden Yardım Alma Durumu</b>									
Evet	189		40.77±9.97	46.21±4.25	34.82±6.38	121.82±15.84			
Hayır	12		45.66±9.92	42.33±5.01	32.50±8.05	120.50±20.69			
t**			-1.647	3.033	1.204	0.275			
p			0.101	<b>0.003</b>	0.230	0.784			
<b>Hemşirelerden Yardım Alınan Konular* (n=189)</b>									
Emzirme ve bebeğin memeye yerleştirilmesi	Evet	96	41,07±10,14	46,41±4,08	32,70±6,54	120,19±16,51			
	Hayır	93	40,47±9,83	46,01±4,43	37,01±5,43	123,49±15,02			
t**			0,412	0,655	-4,908	-1,434			
p			0,680	0,514	<b>0,000</b>	0,153			
Kişisel Bakım	Evet	168	40,57±9,90	46,26±4,08	34,94±6,49	121,79±16,03			
	Hayır	21	42,38±10,59	45,80±5,53	33,85±5,41	122,04±14,61			
t**			-0,781	0,464	0,736	-0,070			
p			0,436	0,643	0,462	0,945			
Ağrının giderilmesi	Evet	159	39,20±9,40	46,05±4,28	34,57±6,30	119,83±15,24			
	Hayır	30	49,10±8,83	47,10±4,02	36,13±6,72	132,33±15,01			
t**			-5,335	-1,241	-1,225	-4,128			
p			<b>0,000</b>	0,216	0,222	<b>0,000</b>			
Bebek bakımı	Evet	32	41,21±10,00	45,93±3,85	32,31±8,20	119,46±17,58			
	Hayır	157	40,68±9,99	46,27±4,34	35,33±5,84	122,29±15,48			
t**			0,274	-0,407	-2,476	-0,921			
p			0,785	0,685	<b>0,014</b>	0,358			
Mobilizasyon	Evet	20	41,55±9,46	46,45±4,79	38,45±4,07	126,45±13,60			
	Hayır	169	40,68±10,05	46,18±4,20	34,39±6,47	121,27±16,03			
t**			0,365	0,258	2,731	1,385			
p			0,715	0,796	<b>0,007</b>	0,168			

\* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. \*\*Independent Sample T Test

Çizelge 3.11' de annelerin doğum sonu dönemde hemşirelerden bilgi ve yardım alma durumuna göre DSKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Annelerin doğum sonu dönem hakkında hemşirelerden bilgi alma durumu ile "DSKÖ psikopritüel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark" olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Bilgi alan annelerin psikospiritüel konfor alt boyut puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ( $46,43\pm 3,90$ ).

Doğum sonu dönemde kişisel bakım konusunda bilgi alma durumu ile "DSKÖ fiziksel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark" belirlenmiştir ( $p<0,05$ ; Çizelge 3.10). Bilgi alan annelerin DSKÖ fiziksel konfor alt boyut ve toplam puan ortalaması yüksek bulunmuştur ( $41,81\pm 9,99$ ;  $123,07\pm 15,56$ ).

Annelerin doğum sonu dönem hakkında aldıkları bilgiyi anlaşılır bulma durumu ile "DSKÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark" olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Aldığı bilgiyi anlaşılır bulan annelerin DSKÖ toplam puan ortalaması yüksek bulunmuştur ( $122,80\pm 15,60$ ). Anlamlı fark bulunmama ile birlikte aldığı bilgiyi anlaşılır bulan annelerin fiziksel, psikospiritüel ve sosyokültürel alt boyut puan ortalamalarının da yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p>0,05$ ).

Annelerin doğum sonu dönemde hemşirelerden yardım almaları ile "DSKÖ psikospiritüel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark" belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Hemşirelerden yardım alan annelerin psikospiritüel konfor alt boyut puan ortalaması daha yüksektir ( $46,21\pm 4,25$ ). Anlamlı fark bulunmama ile birlikte ( $p>0,05$ ) yardım alan annelerde fiziksel konfor alt boyut puan ortalamasının düşük; sosyokültürel ve toplam puan ortalamasının yüksek olduğu görülmektedir ( $40,77\pm 9,97$ ;  $34,82\pm 6,38$ ;  $121,82\pm 15,84$ ).

Emzirme ve bebeğin memeye yerleştirilmesi konusunda yardım alma ile "DSKÖ sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalaması arasında ileri düzeyde anlamlı fark" vardır ( $p<0,01$ ). Emzirme ve bebeğin yerleştirilmesi konusunda yardım alan annelerin sosyokültürel puan ortalamaları düşüktür ( $32,70\pm 6,54$ ).

Kişisel bakım konusunda hemşirelerden yardım alan annelerin DSKÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmamakla birlikte ( $p>0,05$ ) psikospiritüel ve sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ( $46,26\pm4,08$ ;  $34,94\pm6,49$ ).

Ağrının giderilmesi için alınan yardım ile "DSKÖ fiziksel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark" belirlenmiştir ( $p<0,01$ ). Ağrının giderilmesi için yardım alan annelerin fiziksel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları düşük bulunmuştur ( $39,20\pm9,40$ ;  $119,83\pm15,24$ ).

Bebek bakımı ile ilgili yardım alma ile "DSKÖ sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark" belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Bebek bakımı konusunda yardım alan annelerin sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalaması düşük bulunmuştur ( $32,31\pm8,20$ ).

Mobilizasyon için alınan yardım ile "DSKÖ sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark" belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Mobilizasyon sırasında hemşirelerden yardım alan annelerin sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalaması yüksek bulunmuştur ( $38,45\pm4,07$ ). Anlamlı fark bulunmamakla birlikte fiziksel, psikospiritüel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).

**Çizelge 3.12.** Doğum Sonu Sorun Yaşama Durumuna Göre DSKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=201)

Özellikler	n	Fiziksel	Psikospritiüel	Sosyokültürel	DSKÖ Toplam p.	
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	
<b>Doğum Sonu Sorun Yaşama Durumu</b>						
Evet	159	39.03±9.73	45.77±4.61	34.53±6.63	119.34±16.13	
Hayır	42	48.76±6.87	46.78±3.30	35.26±5.95	130.80±12.48	
t**		-6.081	-1.332	-0.645	-4.275	
p		<b>0.000</b>	0.184	0.520	<b>0.000</b>	
<b>Doğum Sonu Yaşanan Sorunlar* (n=159)</b>						
Ağrı	Evet	136	37.60±9.07	45.75±4.62	34.41±6.33	117.77±15.24
	Hayır	23	47.52±9.32	45.91±4.68	35.21±8.32	128.65±18.38
t**		-4.828	-0.156	-0.532	-3.069	
p		<b>0.000</b>	0.876	0.595	<b>0.003</b>	
Hareket etmede güçlük	Evet	95	35.35±8.21	46.11±4.69	35.34±5.75	116.82±14.28
	Hayır	64	44.50±9.29	45.26±4.48	33.32±7.65	123.09±18.02
t**		-6.507	1.139	1.897	-2.441	
p		<b>0.000</b>	0.256	0.060	<b>0.016</b>	
İdrar sondasının verdiği rahatsızlık	Evet	37	38.05±10.83	46.54±3.87	37.00±6.22	121.59±17.01
	Hayır	122	39.33±9.40	45.54±4.81	33.78±6.60	118.66±15.87
t**		-0.701	1.154	2.627	0.967	
p		0.485	0.250	<b>0.009</b>	0.335	
Eliminasyon gücüğü	Evet	56	35.41±8.32	46.05±4.54	34.78±5.32	116.25±13.74
	Hayır	103	41.00±9.91	45.62±4.67	34.39±7.27	121.02±17.13
t**		-3.592	0.562	0.351	-1.796	
p		<b>0.000</b>	0.575	0.726	0.074	
Bebek bakımında güçlük	Evet	55	32.80±6.97	46.25±4.05	33.50±6.07	112.56±12.22
	Hayır	104	42.33±9.38	45.51±4.89	35.07±6.88	122.93±16.84
t**		-6.625	0.955	-1.421	-4.036	
p		<b>0.000</b>	0.341	0.157	<b>0.000</b>	
Anesteziye bağlı baş-boyun ağrısı	Evet	74	36.91±8.79	46.43±3.61	34.32±6.31	117.67±14.33
	Hayır	85	40.88±10.18	45.20±5.29	34.71±6.93	120.80±17.51
t**		-2.607	1.688	-0.372	-1.219	
p		<b>0.010</b>	0.093	0.711	0.224	
Meme ucu problemleri	Evet	35	35.02±10.79	46.17±4.85	32.28±5.88	113.48±17.31
	Hayır	124	40.16±9.14	45.66±4.56	35.16±6.72	121.00±15.46
t**		-2.819	0.576	-2.300	-2.472	
p		<b>0.005</b>	0.566	<b>0.023</b>	<b>0.015</b>	
Sütün yetersiz gelmesi	Evet	61	37.16±9.46	44.95±4.94	33.26±6.67	115.37±15.99
	Hayır	98	40.20±9.76	46.28±4.35	35.32±6.52	121.81±15.80
t**		-1.931	-1.785	-1.923	-2.486	
p		0.055	0.076	0.056	<b>0.014</b>	
Halsizlik	Evet	45	36.26±8.76	46.75±2.88	35.28±5.74	118.31±12.60
	Hayır	114	40.13±9.91	45.38±5.10	34.23±6.96	119.75±17.37
t**		-2.285	1.694	0.900	-0.507	
p		<b>0.024</b>	0.092	0.370	0.613	
Bebeğin memeyi tutmasında güçlük	Evet	16	37.12±10.14	46.87±4.28	31.00±7.33	115.00±17.50
	Hayır	143	39.25±9.70	45.65±4.65	34.93±6.46	119.83±15.97
t**		-0.828	1.006	-2.275	-1.137	
p		0.409	0.316	<b>0.024</b>	0.257	
Bilgi eksikliğine bağlı endişe	Evet	26	34.26±9.49	45.07±4.90	29.73±5.55	109.07±14.22
	Hayır	133	39.96±9.53	45.90±4.56	35.47±6.43	121.35±15.76
t**		-2.789	-0.840	-4.247	-3.686	
p		<b>0.006</b>	0.402	<b>0.000</b>	<b>0.000</b>	
Anesteziye bağlı bulantı kusma	Evet	9	36.11±6.88	45.00±3.27	33.88±9.26	115.00±16.43
	Hayır	150	39.21±9.86	45.82±4.69	34.57±6.48	119.60±16.13
t**		-0.928	-0.516	-0.300	-0.831	
p		0.355	0.606	0.765	0.407	

\* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. \*\* Independent Sample T Test

Çizelge 3.12 incelendiğinde annelerin doğum sonu dönemde sorun yaşama durumlarına göre DSKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Doğum sonu dönemde sorun yaşama ile "DSKÖ fiziksel konfor alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında ileri düzeyde anlamlı fark" belirlenmiştir ( $p<0,01$ ). Sorun yaşamayan annelerin fiziksel konfor alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ( $48,76\pm6,87$ ;  $130,80\pm12,48$ ). Anlamlı fark bulunmama ile birlikte ( $p>0,05$ ) sorun yaşamayan annelerde "DSKÖ psikospiritüel ve sosyokültürel konfor alt boyut" puan ortalamalarının da yüksek olduğu belirlenmiştir ( $46,78\pm3,30$ ;  $35,26\pm5,95$ ).

Yaşanan sorunlardan ağrı ile "DSKÖ fiziksel konfor alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında ileri düzeyde anlamlı fark" belirlenmiştir ( $p<0,01$ ). Ağrı problemi yaşamayan annelerin fiziksel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ( $47,52\pm9,32$ ;  $128,65\pm18,38$ ). Anlamlı fark bulunmama ile birlikte ( $p>0,05$ ) ağrı problemi yaşamayan annelerde "DSKÖ psikospiritüel ve sosyokültürel konfor alt boyut" puan ortalamalarının da yüksek olduğu belirlenmiştir ( $45,91\pm4,68$ ;  $35,21\pm8,32$ ).

Hareket etmede güçlük ile "DSKÖ fiziksel konfor alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark" olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Hareket etmede güçlük yaşamayan annelerin fiziksel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ( $44,50\pm9,29$ ;  $123,09\pm18,02$ ).

İdrar sondasının verdiği rahatsızlık ile "DSKÖ sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalaması arasında ileri düzeyde anlamlı fark" belirlenmiştir ( $p<0,01$ ). İdrar sondasının rahatsızlık verdiği annelerin sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalaması yüksek bulunmuştur ( $37,00\pm6,22$ ). Anlamlı fark bulunmama ile birlikte ( $p>0,05$ ) rahatsızlık yaşayan annelerin fiziksel konfor alt boyut puan ortalaması düşük bulunmuştur ( $38,05\pm10,83$ ).

Eliminasyonda güçlük yaşanması ile "DSKÖ fiziksel konfor alt boyut puan ortalaması arasında ileri düzeyde anlamlı fark" belirlenmiştir ( $p<0,01$ ). Eliminasyonda

güçlük yaşamayan annelerin fiziksel konfor alt boyut puan ortalaması yüksek bulunmuştur (41,00±9,91). Anlamli fark bulunmamakla birlikte ( $p>0,05$ ) DSKÖ toplam puan ortalamasının da yüksek olduğu belirlenmiştir (121,02±17,13).

Bebek bakımında güçlük yaşanması ile "DSKÖ fiziksel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamli fark" belirlenmiştir ( $p<0,01$ ). Bebek bakımında güçlük yaşamayan annelerin fiziksel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (42,33±9.38; 122.93±16,84).

Anesteziye bağlı baş-boyun ağrısı ile "DSKÖ fiziksel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamli fark" belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Baş-boyun ağrısı yaşamayan annelerin fiziksel konfor alt boyut puan ortalaması yüksek bulunmuştur (40,88±10,18). Anlamli fark bulunmamakla birlikte DSKÖ toplam puan ortalamasının da baş-boyun ağrısı yaşamayan annelerde yüksek olduğu belirlenmiştir (120,80±17,51).

Sütün yetersiz gelmesi ile "DSKÖ toplam puan ortalaması arasında anlamli fark" belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Sütün yetersiz gelmesi ile ilgili sorun yaşamayan annelerin DSKÖ toplam puan ortalaması yüksek bulunmuştur (121,81±15,80). Anlamli fark bulunmamakla birlikte ( $p>0,05$ ) DSKÖ alt boyut puan ortalamalarının da yüksek olduğu görölmektedir (40,20±9,76; 46,28±4,35; 35,32±6,52).

Yaşanan meme ucu problemleri ile "DSKÖ fiziksel konfor alt boyut, sosyokültürel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamli fark" belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Meme ucu problemi yaşamayan annelerin fiziksel, sosyokültürel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (40,16±9,14; 35,16±6,72; 121,00±15,46).

Halsizlik ile "DSKÖ fiziksel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamli fark" belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Halsizlik sorunu yaşamayan annelerin fiziksel konfor alt boyut puan ortalaması yüksek bulunmuştur (40,13±9,91).

Bebeğin memeyi tutmasında güçlük yaşanması ile "DSKÖ sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark" belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Bebeği memeyi tutmada güçlük yaşamayan annelerin sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalaması yüksek bulunmuştur ( $34.93 \pm 6,46$ ). Anlamlı fark bulunmama ile birlikte ( $p > 0,05$ ) fiziksel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamalarının da yüksek olduğu belirlenmiştir ( $39,28 \pm 9,70$ ;  $119,83 \pm 15,97$ ).

Bilgi eksikliğine bağlı yaşanan endişe ile "DSKÖ fiziksel konfor alt boyut, sosyokültürel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark" belirlenmiştir ( $p < 0,01$ ). Bilgi eksikliğine bağlı endişe yaşayan annelerin fiziksel konfor alt boyut, sosyokültürel konfor alt boyut ve DSKÖ toplam puan ortalamaları düşük bulunmuştur ( $34.26 \pm 9.49$ ;  $29.73 \pm 5.55$ ;  $109.07 \pm 14.22$ ).

Anesteziye bağlı bulantı-kusma yaşanması ile DSKÖ toplam puan ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmama ile birlikte ( $p > 0,05$ ) sorun yaşamayan annelerin puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir.



**Çizelge 3.13.** Annelerin Bakım Aldıkları Kliniğin Özelliklerine Göre DSKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=201)

Özellikler	n	Fiziksel	Psikospritiuel	Sosyokültürel	DSKÖ Toplam p.
		X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
<b>Oda Tipi</b>					
Tek Kişilik	130	41,70±10,38	46,45±4,35	35,27±6,13	123,43±16,28
İki Kişilik	71	39,90±9,24	45,12±4,35	33,60±7,01	118,63±15,42
t*		1,224	2,066	1,753	2,037
p		0,222	<b>0,040</b>	0,081	<b>0,043</b>
<b>Gürültü</b>					
Kötü <sup>a</sup>	6	42,16±10,22	44,50±6,97	26,83±8,03	113,50±22,03
Orta <sup>b</sup>	78	40,56±9,78	45,33±3,91	34,19±6,80	120,08±15,68
İyi <sup>c</sup>	117	41,35±10,22	46,49±4,50	35,41±5,94	123,26±15,98
F**		0,180	2,017	5,603	1,731
p		0,835	0,136	<b>0,004</b>	0,180
<b>a,b ve c; p&lt; 0,05***</b>					
<b>Sıcaklık</b>					
Kötü <sup>a</sup>	14	38,64±8,38	42,50±4,50	26,28±8,38	107,42±17,93
Orta <sup>b</sup>	70	40,12±10,16	45,70±3,92	35,01±6,24	120,84±15,61
İyi <sup>c</sup>	117	41,92±10,07	46,57±4,45	35,49±5,69	123,99±15,36
F**		1,147	5,886	14,416	7,194
p		0,320	<b>0,003</b>	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>
<b>a,b ve c; p&lt; 0,05***</b>					
<b>İşıklandırma</b>					
Kötü <sup>a</sup>	4	36,00±11,22	40,75±9,91	33,25±5,50	110,00±20,31
Orta <sup>b</sup>	75	40,34±10,13	45,52±4,10	34,33±6,50	120,00±15,74
İyi <sup>c</sup>	122	41,68±9,90	46,44±4,22	34,95±6,54	123,07±16,10
F**		0,935	4,051	0,308	1,838
p		0,394	<b>0,019</b>	0,736	0,162
<b>a,b ve c; p&lt; 0,05***</b>					
<b>Mahremiyet</b>					
Kötü <sup>a</sup>	6	38,50±10,09	45,50±3,61	27,16±9,23	111,16±18,86
Orta <sup>b</sup>	66	39,72±10,48	45,27±4,43	34,16±7,15	119,16±16,76
İyi <sup>c</sup>	129	41,87±9,74	46,37±4,37	35,30±5,77	123,55±15,39
F**		1,212	1,414	5,007	3,008
p		0,300	0,246	<b>0,008</b>	0,052
<b>a,b ve c; p&lt; 0,05***</b>					
<b>Temzilik</b>					
Kötü <sup>a</sup>	24	39,70±8,40	45,37±5,33	31,95±7,62	117,04±16,99
Orta <sup>b</sup>	71	40,02±10,23	45,26±4,09	34,08±6,69	119,38±15,92
İyi <sup>c</sup>	106	42,07±10,17	46,60±4,29	35,70±5,89	124,38±15,69
F**		1,142	2,263	3,839	3,286
p		0,321	0,107	<b>0,023</b>	<b>0,039</b>
<b>a ve c; p&lt; 0,05***</b>					
<b>a ve c; p&lt; 0,05***</b>					

\* Independent Sample T Testi,

\*\*Oneway ANOVA Testi

\*\*\* Post Hoc Duncan Testi

Çizelge 3.13'te annelerin bakım aldıkları kliniği değerlendirmelerine göre DSKÖ puan ortalamalarının karşılaştırmaları verilmiştir. Tek kişilik veya iki kişilik odada bakım alınması ile "DSKÖ psikospiritüel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark" belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Tek kişilik odada bakım alan annelerin psikospiritüel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir ( $46,45\pm4,35$ ;  $123,43\pm16,28$ ).

Bakım aldıkları kliniği gürültü özelliği bakımından değerlendirilmesi ile "DSKÖ sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalaması arasında ileri düzeyde anlamlı fark" belirlenmiştir ( $p<0,001$ ). Yapılan ileri analizde farklılığın kliniği gürültü özelliğini "iyi" olarak değerlendiren gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir ( $35,41\pm5,94$ ).

Annelerin kaldıkları odanın sıcaklık özelliğinin değerlendirilmesi ile "DSKÖ psikospiritüel konfor, sosyokültürel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark" belirlenmiştir ( $p<0,001$ ). Yapılan ileri analizde farklılığın sıcaklık özelliğini "iyi" olarak değerlendiren gruptan kaynaklandığı ve puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir ( $46,57\pm4,45$ ;  $35,49\pm5,69$ ;  $123,99\pm15,36$ ).

Odaların ışıklandırması ile "DSKÖ psikospiritüel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark" belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Yapılan ileri analizde farklılığın ışıklandırmayı "iyi" olarak değerlendiren gruptan kaynaklandığı ve puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir ( $46,44\pm4,22$ ).

Bakım verilmesi sırasında mahremiyete özen gösterilmesi ile "DSKÖ sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalaması arasında ileri düzeyde anlamlı fark" belirlenmiştir ( $p<0,001$ ). Yapılan ileri analizde mahremiyete uyulması özelliğini "iyi" olarak değerlendirenlerin puan ortalaması yüksek bulunmuştur ( $35,30\pm5,77$ ).

Klinik ve odanın temizlik bakımından değerlendirilmesi ile "DSKÖ sosyokültürel konfor alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark" belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Yapılan ileri analizde farkın temizliği "iyi" olarak değerlendiren gruptan kaynaklandığı ve sosyokültürel konfor ve toplam puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir ( $35,70\pm 5,89$ ;  $124,38\pm 15,69$ ).



## 4.TARTIŞMA

Bu çalışmada annelerin doğum sonu konforunu belirlemek amacıyla kullanılan Doğum Sonu Konfor Ölçeği'nden alınan puanlarla tanıtıcı bilgilerin yer aldığı formda yer alan bağımsız değişkenler arasında anlamlı fark olup olmadığı değerlendirilmiştir. Ölçekten fiziksel konfor, psikospiritüel konfor ve sosyokültürel konforu değerlendirmek üzere üç alt boyuta ait puanlar ve toplam puan ortalaması elde edilmiş, bağımsız değişkenlerin bu puanlar üzerine etkisine bakılmıştır.

### 4.1. Annelerin DSKÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması

Çalışmamızda annelerin DSKÖ'den aldıkları puanlar incelendiğinde alt boyutlar arasında en yüksek puanı psikospiritüel konfor alt boyutundan aldıkları; fiziksel konfor ve sosyokültürel konfor alt boyutundan alınan puanların daha düşük olduğu görülmektedir.

Aksoy' un (2012) çalışmasında konfor kuramına dayalı hemşirelik bakımının fiziksel konfor ve sosyokültürel konfor düzeyini artırdığı belirlenmiştir (Aksoy, 2012). Çapık ve ark. (2014) çalışmasında ise sezaryen ile doğum yapan annelerin fiziksel konfor ve sosyokültürel konfor düzeylerinin düşük, psikospiritüel konfor ve toplam konfor puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Çapık ve ark.; 2014). Kartal ve ark.'nın (2018) çalışmasında ise annelerin fiziksel konforlarının yüksek, sosyokültürel konforlarının düşük olduğu, toplam puan ortalamasının ise çalışmamıza benzer olarak orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Kartal ve ark., 2018). Yapılan benzer çalışmalar annelerin fiziksel konfor düzeylerinin yüksek, sosyokültürel ve toplam konfor düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir (Balsak, 2018 ve Erkaya ve ark., 2018). Akgün' ün (2016) çalışmasında ise sezaryen olan annelerin orta düzeyde konfora sahip oldukları belirlenmiştir (Akgün, 2016). Çalışmamızda sezaryen doğumun annelerin fiziksel konforunu olumsuz etkilediği, sosyokültürel konfor düzeyinin de oldukça düşük olduğu söylenebilir. Ayrıca çalışmamızın sonuçları sezaryen sonrası annelerin orta düzeyde konfora sahip olduklarını göstermektedir.

DSKÖ'nün çevresel konforu ölçen alt boyutu bulunmamaktadır. Ancak çevresel konforu etkileyebileceği düşünüldüğünden annelerin bakım aldıkları kliniğin özelliklerine ait düşüncelerini belirleyen sorulara veri toplama formunda yer verilmiştir. Çalışmamızda annelerin tek kişilik odada bakım alan annelerin psikospiritüel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ; Çizelge 3.13). Tek kişilik odada bakım alan annelerin konfor puanlarının yüksek olmasının doğum sonu dönemde kişisel bakım ve emzirme gibi durumlarda mahremiyetlerini koruyabilmelerinden ve diledikleri zaman dinlenme imkanı bulabilmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmamızda annelerin yaklaşık yarısı bakım aldıkları kliniği gürültü, sıcaklık, ışıklandırma, mahremiyet, güvenlik ve temizlik özellikleri bakımından iyi olarak değerlendirmiş olup sözkonusu değerlendirmenin sosyokültürel konfor puan ortalamalarını artırdığı görülmektedir (Çizelge 3.4; Çizelge 3.13). Kolcaba konfor kuramında çevreyi; konforu etkileyen, toplum, birey ve aileyi çevreleyen ve konforu sağlamak amacıyla hemşire ya da sevilen biri tarafından değiştirilebilen bir durum olarak tanımlamıştır (Kolcaba, 2003). Bunun yanısıra güvenliğin riske edilmesi ve hastane donanımlarındaki eksiklik bakımın kalitesini etkileyerek sosyokültürel konforu azaltan faktörlerdir (Wilson ve Kolcaba, 2004). Bu nedenle kliniğin özelliklerini iyi olarak değerlendiren annelerin sosyokültürel konfor puan ortalamalarının yüksek olması beklenen bir sonuçtur.

#### **4.2. Annelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre DSKÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması**

Çalışmamızda annelerin yaş grupları ile DSKÖ sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu, 35 yaş ve üzeri grubun sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ; Çizelge 3.6). Yaş artışı ile birlikte sosyokültürel konfor puan ortalamasının arttığı görülmektedir. Çalışmamızın sonuçları ile benzer şekilde yapılan diğer çalışmaların sonucunda 35 yaş ve üzeri grupta DSKÖ sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalaması yüksek bulunmuştur (Akgün, 2016; Aksoy, 2012 ve Balsak, 2018). Çalışmamızın sonuçları, yaş artışının annelerin sosyokültürel konforları üzerinde

olumlu bir etkisi olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda 35 yaş ve üzeri annelerin %85,2'sinin daha önce doğum deneyimi olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle 35 yaş üzeri annelerde sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalamasının yüksek olmasının daha önce yaşanan doğum deneyimlerinin annenin doğum sonu sürece uyumunu kolaylaştırmasından kaynaklandığını düşündürmektedir. Anlamli olmamakla birlikte fiziksel konfor puan ortalaması 18-24 yaş grubunda yüksek bulunmuştur. Akgün (2016) ve Özkan ve ark.'nın (2014) çalışmalarında 19 ve altı yaş grubunda fiziksel konfor alt boyut puan ortalaması düşük bulunmuştur (Akgün, 2016 ve Özkan ve ark., 2014). Aksoy' un (2012) çalışmasında 19-26 yaş grubunda fiziksel konfor alt boyut puan ortalaması düşük bulunmuştur (Aksoy, 2012). Sözü edilen çalışmalarda DSKÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir. Çalışmamızın aksine yaş ile DSKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark belirlenmeyen çalışmalar da mevcuttur (Algier ve ark., 2009; Çapık ve ark.,2014 ve Haral, 2018).

Çalışmamızda çalışan annelerin oranı %40,8 olarak belirlenmiştir. Annelerin çalışma durumu ile DSKÖ fiziksel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu, çalışmayan grupta fiziksel konfor alt boyut puan ortalamasının düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ; Çizelge 3.6). Çalışmamızda anlamlı fark bulunmamakla birlikte çalışan annelerin psikospiritüel ve sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalamalarının çalışmayan annelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p>0,05$ ; Çizelge3.6). Çalışmamızın aksine Balsak' ın (2018) çalışmasında çalışan annelerin fiziksel konfor puanı düşük bulunmuştur (Balsak, 2018). Akgün (2016) ve Çapık ve ark. (2014) çalışmalarında ise fiziksel konfor puan ortalamalarında fark belirlenmemekle birlikte çalışan annelerin psikospiritüel konfor puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir (Akgün, 2016 ve Çapık ve ark., 2014). Aksoy (2012), Haral (2018) ve Kartal ve ark.' nın (2018) çalışmalarında ise çalışma durumu ile DSKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Aksoy, 2012; Kartal ve ark., 2018 ve Haral, 2018;).

Çalışan annelerin hem belirli bir eğitim seviyesine sahip olmaları hem de çalışma ortamlarından edindikleri tecrübeyle kişilerarası iletişimlerinin ve kendini

ifade etmelerinin daha kolay olmasını sağlamaktadır. Bu nedenle çalışan anneler yaşadıkları sorunlar ve ihtiyaçları ile ilgili hemşirelerle daha kolay iletişim kurmaktadır (Kaya, 2011). Çalışmamızda çalışan annelerin yaşadıkları sorunları hemşirelerle daha kolay iletişime geçerek çözümlendiğini ve hemşireden aldıkları tıbbi bakımın yaşadıkları fiziksel rahatsızlıkları azalttığını düşündürmektedir. Bu nedenle çalışan annelerde fiziksel konfor puanı yüksek bulunmuş olabilir. Ayrıca literatürde annelere verilen sosyal desteğin anksiyete ve yorgunluk düzeyini azalttığı belirlenmiştir (Chavis, 2016 ve Yeşim ve ark., 2016). Fiziksel konforun yanısıra çalışan annelerin sosyokültürel ve psikospiritüel konforlarının yüksek olması annelerin yakınlarından aldıkları desteğin, ihtiyaçlarının karşılanmasına ve konforlarında artışa neden olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda öğrenim durumu ile DSKÖ psikospiritüel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu, üniversite-yüksekokul düzeyinde eğitim alan annelerin psikospiritüel konfor puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ; Çizelge 3.6). Çalışma sonucumuzla benzer şekilde Çapık ve ark. (2014) yaptığı çalışmada üniversite ve üzeri eğitim alan annelerin psikospiritüel konfor alt boyut puan ortalaması yüksek bulunmuştur (Çapık ve ark.; 2014). Pınar ve ark.'nın (2009) çalışmasında ise üniversite düzeyinde eğitime sahip olan annelerin sosyokültürel konfor puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Pınar ve ark., 2009). Bununla birlikte yapılan bazı çalışmalarda eğitim durumu arttıkça konfor düzeyinin azaldığı saptanmıştır (Akgün, 2016 ve Algier ve ark., 2009). Diğer taraftan, eğitim durumu ile DSKÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın bulunmadığı çalışmalar da mevcuttur (Aksoy, 2012; Haral, 2018; Kartal ve ark., 2018 ve Özer Topçu; 2011). Eğitim düzeyinin artması kişilerin bilgiye ulaşma ve kullanma konusunda daha aktif olmalarına olanak sağlar. Böylelikle annelerin doğum sonu süreç hakkında bilgili olmaları yaşadıkları anksiyetenin azalmasına yol açar. Bu nedenle çalışmamızda üniversite düzeyinde eğitim alan annelerin psikospiritüel konforlarının yüksek bulunduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda eşi üniversite-yüksekokul düzeyinde eğitim alan annelerin psikospiritüel konfor puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ;

Çizelge 3.6). Literatürde eşin öğrenim durumunun artması ile kadının aldığı destek arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Aksakallı ve ark., 2014; Mermer ve ark., 2010 ve Özdemir ve ark., 2010). Çalışmamızda eşi yüksekokul-üniversite mezunu olan annelerin psikospiritüel konforlarının yüksek olması, eğitim düzeyi yüksek olan erkeklerin eşlerini daha iyi anladıkları ve doğum sonu süreçte eşlerinin ihtiyaçlarına daha iyi cevap verebildiklerini düşündürmektedir.

Aylık gelir düzeyi, yaşamın refah seviyesini belirleyen, sağlık bakım hizmetlerine ulaşmayı kolaylaştıran bir etkidir. Çalışmamızda annelerin aylık gelir düzeyini algılama durumları ile DSKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ; Çizelge3.6). Ancak anlamlı olmamakla birlikte aylık gelir düzeyini kötü olarak ifade edenlerin sosyokültürel konfor düzeyleri yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda gelir düzeyinin konfor üzerine olan etkisi ile ilgili farklı sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmamızla benzer şekilde Balsak (2018) ve Özer' in (2011) çalışmalarında da gelir düzeyi ile konfor arasında ilişki saptanmamıştır (Balsak, 2018; Özer, 2011). Akgün (2016), Çapık ve ark. (2014) ve Kartal ve ark. (2018) çalışmalarında ise gelir düzeyindeki artış sonucu sosyokültürel konfor ve toplam konfor puanında da artış olduğu belirlenmiştir (Akgün, 2016; Çapık ve ark., 2014 ve Kartal ve ark., 2018). Aylık gelir düzeyinin yüksek olması finans desteğinin artmasına ve kişilerin ihtiyaçlarının karşılanması sonucu konforlarında artışa neden olması beklenen bir sonuçtur. Refah seviyesindeki artışın yanısıra Kolcaba, hemşireler ve sağlık ekibinin diğer üyelerinin duyarlı davranışlarının sonucunda sosyokültürel konforun artacağını belirtmiştir (Kolcaba, 2003). Bizim çalışmamızda aylık gelir düzeyini kötü olarak ifade edenlerin sosyokültürel konfor puan ortalamasının yüksek olması, gelir düzeyi kötü olan annelerin tıbbi tedavi, bilgilendirme ve danışmanlık hizmetleri sırasında aldıkları hemşirelik bakımından memnun kaldıklarını ve bunun konfora olumlu yansıdığını düşündürmektedir.



### 4.3. Annelerin Geçmiş Obstetrik Özelliklerine Göre DSKÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması

Çalışmamızda önceki gebelik sayısı ile DSKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark belirlenmiştir ( $p<0,05$ ; Çizelge 3.7). Daha önce bir gebelik geçiren annelerin psikospiritüel, sosyokültürel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Akgün (2016) çalışmasında da gebelik deneyiminin artmasının konfora olumlu etkisi olduğunu belirtmektedir (Akgün, 2016). Çalışmamızın ve Akgün' ün (2016) çalışmasının aksine Aksoy (2012) ve Erkaya ve ark.'nın (2017) çalışmalarında önceki gebelik sayısı ile doğum sonu konfor arasında bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir (Aksoy, 2012 ve Erkaya ve ark., 2017). Bir gebelik deneyimi olan annelerin konfor puan ortalamalarının yüksek olması, kendi ve bebek bakımı ile ilgili edindikleri deneyimin gebelik ve doğum sonu sürece uyumlarını kolaylaştırdığını ve bu durumun konforda artışa katkı sağladığı düşünülmektedir.

Annelerin doğum deneyiminin olması ile DSKÖ sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu, doğum deneyimi olan annelerin sosyokültürel konfor puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ; Çizelge 3.7). Akgün' ün (2016) yaptığı çalışmada da araştırmamızla benzer şekilde daha önce doğum deneyimi olanların sosyokültürel puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Akgün, 2016). Benzer şekilde Aksoy (2012) da çalışmasında mükerrer sezaryen deneyimi olan annelerin konfor düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna varmıştır (Aksoy, 2012). Çalışmamızın aksine literatürde doğum sayısı ile doğum sonu konfor arasında ilişki bulunmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (Çapık ve ark., 2014 ve Kartal ve ark., 2018). Çalışmamızda doğum deneyimi olan annelerin çoğunluğu önceki doğumunu sezaryen ile yapmıştır. Bu durum şimdiki doğumlarında anne ve yakınlarının deneyim sahibi olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Annelerin önceki doğumda sorun yaşama durumu ile DSKÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmuştur (Çizelge 3.7). Önceki doğumda sorun yaşamayan annelerin toplam puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Bu durumun annenin olumlu doğum deneyimine sahip olmasının takip eden doğumlarda olumlu

etki yaratarak annenin doğum sonu sürece uyumunu kolaylaştırmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda önceki doğum deneyiminin ne ifade ettiği ile DSKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark belirlenmiştir ( $p<0,05$ ; Çizelge 3.7). Önceki doğumunda, doğum sonu dönemde sorun yaşayanların sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir. Doğum sonu dönemde sorun yaşadığı için doğumunu zor olarak nitelendiren annelerin tamamına yakınının önceki doğum deneyiminin C/S olduğu belirlenmiştir. Bu durum annelerin doğum sonu süreçte yaşayabileceği sorunlara hazır olduklarını ve doğum sonu süreci daha iyi yönetmelerinin kolay olduğunu düşündürmektedir.

#### **4.4. Annelerin Şimdiki Obstetrik Özelliklerine Göre DSKÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması**

Gebeliğin planlı olması ile DSKÖ psikospiritüel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu, gebeliği planlı olan annelerin psikospiritüel konfor alt boyut puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ; Çizelge 3.8). Çalışmamızla benzer olarak gebeliği planlı olan annelerin psikospiritüel konfor düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (Balsak, 2018; Çapık ve ark., 2014; Karakaplan, 2007). Akgün (2016) ve Pınar ve ark.'nın (2009) çalışmalarında gebeliğin planlı olmasının doğum sonu konforu artırdığı belirlenmiştir (Akgün, 2016 ve Pınar ve ark., 2009. Özer'in (2011) çalışmasında ise gebeliğin planlı olup olmamasının doğum sonu konfor düzeyi üzerine etkisi olmadığı belirlenmiştir (Özer, 2011). Çalışmamızın sonuçları gebeliğin planlı olmasının annenin doğum sonu konforunu olumlu etkilediğini göstermektedir. Psikospiritüel konfor mental, ruhsal ve manevi bileşenlerden, hayata anlam veren öğelerden oluşur. Planlı bir gebelik annenin gebeliğe kolaylıkla uyum sağlamasını ve doğuma hazırlanmasına neden olur. İstenen ve heyecanla beklenen bir bebeğin doğumu ile annenin doğum sonu döneme ve annelik rolüne uyumu kolaylaşır (Karakaplan, 2007). Annenin doğum sonu yaşanan sorunlarla

başetmesi kolaylaşır. Bu nedenle planlı gebelik sonucu psikospiritüel konforda artış beklenen bir sonuçtur.

Araştırmamızda annelerin yarısından fazlasının (%64,7) doğum şekline ilişkin bilgi almadıkları; bilgi alan annelerin ise yalnızca %11,3'ünün bu bilgiyi hemşirelerden aldıkları belirlenmiştir. Hemşirelerden bilgi alan annelerin oranının düşük olması, hemşirelerin prenatal dönemde bakım ve danışmanlık hizmetleri içerisinde daha az rol aldıklarını düşündürmektedir. Çalışmamızın aksine Güngör ve ark.'nın (2004) çalışmasında annelerin çoğunluğunun doğum şekline yönelik bilgi aldığı ancak hemşireden bilgi alanların oranının oldukça düşük olduğu belirlenmiştir (Güngör ve ark., 2004). Karabulutlu' nun çalışmasında (2012) annelerin büyük çoğunluğunun doğum öncesi dönemde doğum şekline yönelik bilgi aldıkları belirlenmiştir (Karabulutlu, 2012). Yakut' un (2015) çalışmasında ise annelerin çoğunluğunun doğum öncesi dönemde hemşireden doğum şekline yönelik bilgi aldıkları belirlenmiştir (Yakut, 2015). Çalışmamızda doğum şekline yönelik hemşirelerden bilgi alan annelerin oranının az olması doğum öncesi eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin annelere ulaştırılmasında eksiklikler olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda annelerin aldığı bilgilerin içeriklerinin çoğunlukla cerrahi prosedürler ile ilgili olduğu, az sayıda annenin C/S sonrası yaşanabilecek sorunlar hakkında bilgi aldığı belirlenmiştir (Çizelge 3.3). Bu durum annelerin sezaryen sonrası yaşanabilecek sorunlardan habersiz sezaryen tercih etmelerine ve yaşadıkları sorunlarla yeterince başedemeyerek doğum sonu döneme uyum sağlamakta zorlanmalarına neden olmaktadır. Çalışmamızın sonuçlarından da görüldüğü üzere annelerin çoğu doğum öncesi dönemde kurumda verilen eğitime katılamamaktadır. Doğum öncesi bakımın belirlenen standartlara yükseltilmesi, verilecek eğitim programlarının içeriklerinin zenginleştirilerek zamana yayılması ve farkındalık oluşturarak kurumda takip edilen gebelerin çoğunluğunun katılımının sağlanmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda doğum şekline ilişkin prenatal dönemde bilgi alma durumu ile DSKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Akgün (2016), Çapık

ve ark. (2014) alışmaları da araştırma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir (Akgün, 2016 ve apık ve ark., 2014). Anlamlı fark olmamakla birlikte uygulanacak anestezi türü ve C/S sonrası yaşanabilecek sorunlar konusunda bilgi alan annelerin DSK toplam puan ortalaması yüksek bulunmuştur). Literatürde bilgilendirmenin doğum sonu konfor üzerine olumlu etkisi olduğu belirtilmektedir (Eryılmaz, 2003 ve Karakaplan, 2007). Çalışmamızda prenatal dönemde bilgi alınması ile annelerin konfor düzeyi arasında fark bulunmaması, verilen eğitimlerin etkilerinin belirli zaman aralıkları ile değerlendirilmesi ve içeriklerinin doğum sonu dönemi de kapsayacak şekilde düzenlenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Prenatal dönemdeki yeterli ve kaliteli bir bakım annenin gebeliği sağlıklı geçirebilmesi, komplikasyonların önlenmesi ve doğum sonu dönemin sağlıklı bir şekilde sonuçlanması için önem taşımaktadır. Doğum ncesi Bakım Yönetim Rehberi' ne göre doğum öncesi izlem komplikasyonsuz devam eden sağlıklı bir gebelikte en az dört kez yapılmaktadır. İlk izlem gebeliğin 14. haftasına kadar yapılmış olmalıdır. İkinci izlem gebeliğin 18-24. haftalar arasında, nc izlem 28-32. haftalarda, son izlem ise 36-38. haftalara arasında yapılmalıdır (T.C Sağlık Bakanlığı Doğum ncesi Bakım Yönetim Rehberi, 2014). Çalışmamızda annelerin tamamına yakını prenatal kontrollere düzenli geldiklerini ifade etmişlerdir. Pınar ve ark. (2009) alışmasında annelerin %72'si düzenli olarak doğum öncesi kontrollerine gitmiştir (Pınar ve ark., 2009). Karakaplanın (2007) alışmasında ise annelerin yarıdan fazlası düzenli olarak prenatal kontrollere gittiğini belirtmiştir (Karakaplan, 2007). Çalışmamızda doğum öncesi kontrollere düzenli gelme durumu ile DSK puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir. Ancak takiplere düzenli gelmeyen annelerin DSK puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir. Prenatal dönemde izlemlerin düzenli yapılması ile konfor arasında ilişki bulunmaması, izlemlerin ağırlıklı olarak anne ve fetüsün sağlık durumunun takip edildiği obstetrik değerlendirmeye yönelik olduğu, annenin gebelik, doğum eylemi ve doğum sonrası dönem hakkında ihtiyaçlarını gidermeye yönelik danışmanlık hizmetlerinin geri planda kaldığını düşündürmektedir. Oysa annenin doğum sonu döneme kolay uyum sağlayabilmesi için kendi ve bebeğinin bakımına ilişkin bazı bilgi ve becerileri kazanabilmesi gerekir. Doğum ncesi dönem hemşirelerin anneye bu özelliklerin

kazandırılması için gereken danışmanlık ve eğitimin kolaylıkla verilebileceği bir süreçtir.

Anneleri prenatal izlemlerin aynı doktor tarafından yapılması ile DSKÖ fiziksel, psikospiritüel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu, aynı doktor tarafından izlemleri yapılan annelerin puan ortalamalarının yüksek bulunmuştur. Gebelik ve doğum sonu dönemde aynı doktor tarafından izlemlerin yürütülmesinin, annelerin tıbbi gereksinimlerinin kısa sürede belirlenerek gereken bakımın sağlanması ve komplikasyonların önlenmesinde önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Bunun sonucunda fiziksel konforda artış olduğu söylenebilir. Bunun yanısıra annelerin kendi doktorlarını tanımaları, kendilerini güvende hissetmesine katkı sağlayarak psikospiritüel konforu artırdığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda annelerin %53,2'si gebelik dönemi boyunca doğum şekline yönelik düşüncesinin sezaryen olduğunu ifade etmişlerdir (Çizelge 3.3). Bu sonucun çalışmamızda mükerrer C/S olan annelerin oranının fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Karakaplan'ın (2007) çalışmasında ise annelerin %65'i normal doğum düşündüklerini ifade etmişlerdir (Karakaplan, 2007). Özer'in (2011) çalışmasında ise önceki doğum şekli sezaryen olan annelerin yarıdan fazlası doğum şekline yönelik düşüncesini sezaryen olarak belirtmiştir (Özer, 2011). Çalışmamızın sonuçları kadınlarda, ilk doğumun sezaryen olması durumunda diğer doğumların da sezaryen ile olması gerektiği düşüncesinin hakim olduğunu düşündürmektedir.

Dünya'da ve ülkemizde C/S oranlarının artmasının en önemli nedeni primer sezaryen oranlarının yüksek olmasıdır. Bunun sonucu olarak gerçekleşen mükerrer sezaryen uygulamaları da bu artışa katkı vermektedir. İlk doğumu sezaryen olan kadın bir sonraki doğumunu ya elektif sezaryen ya da Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum (SSVD) ile doğum yapmaktadır (McGrath ve Ray Barruel, 2009). SSVD mükerrer sezaryenlerin azaltılması için son yıllarda uygulanmaktadır ancak çalışmamızda annelere doğum öncesi dönemde bu konuda bilgi verilmediği göze çarpmaktadır (Çizelge 3.3). Yapılan bir çalışmada annelerin SSVD kararını bir çok faktörün etkilediği, son trimesterde yapılan doğru bilgilendirme ile annelerin üçte ikisinin SSVD

tercih ettiği belirtilmiştir (Mc Mahon ve ark., 1996). Bununla birlikte hemşirelerin SSVD hakkındaki dűřüncelerinin incelendiği bir çalışmada ise hemşirelerin bilgi ve farkındalık düzeylerinin yeterli olmadığı sonucuna varılmıştır (Yanıkkerem ve imen, 2017).Yapılan çalışmalarda bilgi ve farkındalığın artırılmasının SSVD'a bakış açısını ve kararı olumlu etkilediğini, bu farkındalığın yaratılmasında sağlık personelinin önemli bir role sahip olduğu belirtilmiştir (Scaffidi ve ark., 2014 ve Nilson ve ark., 2015). Ancak lkemizde halen SSVD'nin riskli bir durum olarak görülmesi ve sağlık personelinin önyargılı yaklaşımı nedeniyle uygulanma oranları azdır (Güler ve Yanıkkerem, 2018). Uygun şartları taşıyan olgularda SSVD'nin teşvik edilmesi sezaryen oranlarının azalmasına katkı sağlayacaktır (Sayiner ve ark., 2009). Antenatal dönemde kadınların doğum şekilleri hakkında bilgilendirilirken SSVD hakkında da bilgilendirilerek farkındalıklarının artırılması gerekmektedir. Bu sayede sezaryen oranındaki azalmaya katkı sağlanabilir.

Annenin prenatal dönemde doğum şekli konusundaki dűřüncesi ile DSK fiziksel konfor, sosyokültürel konfor alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu; doğum şekline yönelik dűřüncesi sezaryen olan annelerin DSK toplam puan ortalamaları yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,001$ ; izelge 3.8). Planlı sezaryen uygulamalarında hemşireler annelerin sezaryene hazırlığı sırasında bakım vermek için yeteri kadar zamana sahiptir. Bu sürede annenin sezaryen hakkında bilgilendirilmesi, operasyona ilişkin dűřüncelerinin tartışılması, kaygılarının azaltılması ve ihtiyaçlarının belirlenmesi için gerekli zaman mevcuttur (Murray ve Kinney, 2014; Perry ve ark., 2013 ve Taşkın, 2016). Çalışmamızda prenatal dönemde doğum şekline yönelik dűřüncesi sezaryen olan annelerin konfor puan ortalamalarının yüksek olması annelerin gebelik süresince sezaryene hazırlandıklarını dűřündürmektedir (Aksoy, 2012 ve Karakaplan, 2007).

Çalışmamızda doğumun C/S olma nedeni ile DSK tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Mükerrer C/S olan annelerin DSK fiziksel, sosyokültürel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir. Buna karşın dilatasyon olmaması nedeniyle C/S olan annelerin DSK fiziksel, sosyokültürel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları dűřk

bulunmuştur ( $p<0,05$ ; Çizelge 3.8). Bu durumun annenin ilerlemeyen doğum eyleminde yorulmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatürde söz edildiği gibi normal doğum denemesi sonrası anneler yorulmakta ve bu nedenle sezaryen sonrası konforları azalmaktadır. Bu annelerin doğum sonu yaşadıkları yorgunluğa ek olarak sezaryenin cerrahi etkileri ile de karşı karşıya kalmaları nedeniyle doğum sonu bakımları önem arz etmektedir (Karakaplan, 2007; Murray ve Kinney, 2014 ve Olds, 2013). Fetüse ait problemler nedeniyle C/S olanların DSKÖ psikospiritüel konfor alt boyut puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bebeğin sağlıklı doğması nedeniyle annelerin kendilerini ruhsal açıdan daha rahat hissetmesinden kaynaklı psikospiritüel konforda artış olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda kendi isteği ile sezaryen olduklarını ifade eden annelerin DSKÖ fiziksel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Annelerin isteğe bağlı sezaryen tercih nedenlerini inceleyen çalışmalarda doğum korkusu ya da doğum ağrısı çekmek istememe sonucu sezaryen doğum tercih ettikleri görülmektedir (Atan ve ark., 2013; Boz ve ark., 2016 ve Fasial ve ark., 2013). Doğum ağrısı yaşanmaması annelerin psikolojik olarak rahatlamalarına yol açmaktadır (Atan ve ark.,2013; Bozkurt, 2011). Çalışmamızda kendi isteği ile sezaryen olan annelerin konfor puan ortalamalarının yüksek olmasının annelerin doğum sonu süreçte sezaryenin cerrahi etkilerini beklendik olağan bir süreç olarak kabul edip, sorun olarak görmemelerinden kaynaklanmış olabilir.

#### **4.5. Sezaryen Öncesi Annelere Yapılan Tıbbi Uygulamalara Göre DSKÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması**

Doğum öncesi dönemde yapılan tıbbi uygulamalar ile DSKÖ fiziksel konfor, sosyokültürel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu; lavman yapılan ve üretral katater takılan annelerin puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ; Çizelge 3.9). Sezaryen sürecinde etkili bir hemşirelik bakımının yanı sıra son yıllarda sıklıkla uygulanan ERAS protokolleri de konfora olumlu katkı sağlayacak uygulamaları içermektedir. Postoperatif iyileşmenin hızlanması, komplikasyonların önlenmesi ve erken taburculuğun sağlanabilmesi için

ERAS derneği (Enhanced Recovery After Surgery Society) tarafından geliştirilen Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme (ERAS) ya da diğer adıyla Hızlandırılmış Cerrahi (Fast Track Surgery; FTS) protokolü son yıllarda çoğu hastanede uygulanmaya başlanmıştır. Kanıta dayalı uygulamaların bir parçası olarak kabul edilen ERAS protokolü, hem hasta değerlendirmesi ve eğitimini içeren cerrahi öncesi hazırlıkları kapsayan hem de hastanın iyileşme sürecini hızlandıran en güncel kanıta dayalı uygulamaların kullanılmasını sağlayan kurallar bütünü olarak tanımlanmaktadır (<http://www.eras.org.tr/page.php?id=9>). Sezaryen, obstetri ve jinekolojinin en sık uygulanan cerrahi girişimidir. Bu nedenle sezaryen için de protokoller belirlenmiştir. ERAS protokollerinin temel öğeleri arasında hastanın bilgilendirilmesi, preoperatif açlığın düzenlenmesi, bağırsak hazırlığı, anestezi protokolü; postoperatif dönemde ise postoperatif beslenme, analjezinin sağlanması, erken mobilizasyon ve taburculuk eğitimi yer almaktadır (Aaroun ve ark., 2018). Çalışmamızda sezaryen öncesi dönemde yapılan tıbbi uygulamalar ERAS protokolleri ışığında değerlendirildiğinde lavman yapılmayan ve üretral katater takılmayan annelerin fiziksel, sosyokültürel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Son yıllarda yapılan araştırmalar sayesinde preoperatif barsak temizliğinin hastalarda strese, memnuniyetsizliğe, dehidratasyona, elektrolit dengesizliğine, uzun süren açlığa neden olduğu ve postoperatif barsak fonksiyonlarının normale dönüş sürecini geciktirdiği belirlenmiştir ve kanıtlar ışığında ERAS protokollerinde sezaryen öncesi rutin bağırsak temizliği önerilmemektedir (Arnold ve ark., 2015; Nelson ve ark., 2016). Cerrahi hazırlık sürecinde ERAS protokollerinin uygulanmasının aynı zamanda konforu da olumlu etkileyeceği söylenebilir.

Uygulanan anestezi türü ile DSKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamakla birlikte epidural anestezi alan annelerin psikospiritüel konfor alt boyut ve DSKÖ toplam puan ortalaması düşük bulunmuştur ( $p>0,05$ ; izelge 3.9). Çalışmamızın aksine literatürde spinal/epidural anestezinin annede memnuniyet yarattığı (Morgan ve ark., 2000) ve doğum sonu günlük yaşamsal aktivitelere dönüşte genel anesteziye oranla daha iyi sonuçlar sağladığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Gürsoy ve ark., 2013). Karakaplan (2007) ise çalışmasında genel anestezi ile C/S uygulanan annelerin fiziksel konfor puan ortalamalarının, rejijyonel anestezi ile C/S



olan annelerin ise toplam konfor puan ortalamalarının düşük olduğunu belirtmektedir. Çalışmamızda epidural/spinal anestezi uygulanması sırasında yapılan girişimsel işlemlerin annelerin anksiyetesini artırdığı ve bu nedenle psikospiritüel konforlarında azalmaya neden olduğu düşünülmektedir.

#### **4.6. Annelerin Doğum Sonu Dönemdeki Destek Kaynaklarına Göre DSKÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması**

Çalışmamızda anneler doğum sonu dönemde destek kaynaklarını anne/kayınvalide/kardeş (%95), eş (%71,1) ve hemşire/ebe (%43,8) olarak ifade etmiştir (Çizelge 3.3). Doğum sonu dönemde annelere verilen destek, annelik rolüne uyum ve yenidoğan sağlığının sürdürülmesi için önemli ve gereklidir. Annenin ihtiyaçlarının karşılanması konusunda yeterli desteğin sağlanamaması annenin psikososyal sağlığını olumsuz etkiler (Balkaya, 2002). Yapılan çalışmalarda sezaryen ile doğum yapan annelerin daha fazla desteğe ihtiyacı olduğu ve annelerin çoğunlukla aile bireylerinden (anne/kardeş/kayınvalide/görümce) destek istediği, eşinden destek alanların sayısının daha az olduğu, hemşirelerden alınan desteğin ise en az oranda olduğu belirlenmiştir (Aksakallı ve ark., 2013; Gürcüoğlu ve Vural, 2017; Karakaplan, 2007 ve Özer, 2011). Pınar ve ark.'nın (2009) çalışmasında ise annelerin sırasıyla eş, aile ve sağlık personelinde yardım istedikleri belirlenmiştir (Pınar ve ark., 2009). Doğum sonu dönemde hastanede verilen hemşirelik bakımının amacı kadının annelik rolüne uyumunun sağlanması, komplikasyonların önlenmesi, annenin kendi ve bebek bakımına yönelik becerilerin kazanması konusunda desteklenmesidir (Balkaya, 2002). Çalışmamızda annelerin ihtiyaçlarının genellikle bebek bakımı, emzirme ve kişisel bakım gibi konulardan oluştuğu ve bu konularda öncelikle aile bireylerinden destek alındığı görülmektedir. Bununla birlikte çalışmamızda annelerin çoğunluğunun yaşadıkları sorunlar ile ilgili hemşirelerden yardım almaları (Çizelge 3.3), hemşirenin desteğine ise genellikle bir sorun yaşanması sonucu başvurduklarını göstermektedir.

Çalışmamızda annelerin doğum sonu destek kaynakları ile "DSKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark" saptanmıştır ( $p<0,05$ ; Çizelge 3.9). Eşinden destek

alan annelerin sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Anlamli olmamakla birlikte anne/kayınvalide/kardeş'ten destek alanların ise psikospiritüel ve sosyokültürel konfor puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir (46,01±4,35; 34,82±6,50). Altıntuğ ve Bağıcı'nın (2016) çalışmasında doğum sonu dönemde destek alan annelerin doğum sonu yaşam kalitesinin almayanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (Altıntuğ ve Bağıcı, 2016). Yapılan çalışmalarda eşi ile sorunlarını paylaşabilen ve doğum sonu annelik rolü eşi tarafından kabul gören ve desteklenen annelerin doğum sonu döneme uyumlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir (Arıkan ve Kahriman, 2002 ve Yılmaz Bingöl ve Tel, 2007). Doğum sonu dönemde anneler dinlenme, bebek bakımı ve beslenmesi sorunlar ile ilgili olarak desteğe ihtiyaç duymakta ve bu konularda eşlerinden destek beklemektedirler (Gülşen ve Doğan Merih, 2018). Anneler doğum sonu dönemde özellikle eş desteği beklentisi içindedir. Doğum sonu dönemde yeterli eş desteği annelerin fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde olumlu etkiye sahiptir (Balkaya, 2002). Çalışmamızda eş desteğinin doğum sonu dönemde annenin kendini güvende hissetmesi sağlayarak psikospiritüel konforu artırdığını düşündürmektedir. Toplumumuzda eş desteğinin yanı sıra aile büyüklerinden alınan desteğin de önemli olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda anne/kayınvalide/ kardeş'ten destek alanların sosyokültürel konforlarının yüksek olması annelerin, kendi ihtiyaçları ve bebek bakımı konusunda aldıkları desteğin etkili olduğunu dolayısıyla doğum sonu döneme uyumlarının kolaylaştığı ve daha az sorun yaşamalarından kaynaklı olabilir.

Doğum sonu dönemde hemşire/ebe'yi destek kaynakları arasında belirten annelerin fiziksel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Çizelge 3.10). Yapılan çalışmalarda doğum sonu aldıkları bakım sonucu rahatladıklarını ifade eden annelerin konfor düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Akgün, 2016; Erkaya ve ark., 2018). Çalışmamızın sonuçları ağrının giderilmesi, mobilizasyonun sağlanması ve kanama kontrolüne yönelik verilen tıbbi destekli hemşirelik bakımının fiziksel konforun artırılmasında etkili olduğunu, anne-kayınvalide-kardeş-arkadaş gibi geleneksel destek kaynaklarının daha çok annenin kendi bakımı, bebek bakımı, emzirme gibi konularda destek sağlayarak sosyokültürel ve psikospiritüel konforun sağlanmasında etkisi olduğunu göstermektedir. Gürcüoğlu

ve Vural (2016) çalışmasında hemşirelerin rutin bakım ağırlıklı olarak çalıştığını, annelerin bireysel bakım ve eğitim ihtiyaçlarına yönelik girişimler planlanmadığını belirlemişlerdir (Gürcüoğlu ve Vural, 2016). Çalışmamızda hemşire/ebe'den destek alan annelerin sosyokültürel ve psikospiritüel konfor puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmaması, hemşirelerin doğum sonu süreç boyunca tıbbi bakım odaklı çalıştıklarını, emosyonel desteğin gözardı etmiş olabileceklerini düşündürmektedir.

#### **4.7. Doğum Sonu Annelerin Yaşadıkları Sorunlara Göre DSKÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması**

Çalışmamızda doğum sonu dönemde annelerin %79,1'i sorun yaşadıklarını ifade etmektedirler. Annelerin en çok yaşadıkları problemin ağrı olduğu belirlenmiştir (%85,5). Yaşanan diğer problemlerin sırasıyla hareket etmede güçlük (%59,7), anesteziye bağlı baş-boyun ağrısı (%46,5), sütün yetersiz gelmesi (%38,4), eliminasyon güçlüğü (%35,2), bebek bakımında güçlük (%34,6) ve idrar sondasının verdiği rahatsızlık (%23,3) ve bilgi eksikliğine bağlı endişe (%16,4) olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.3). Doğum sonrası konforu belirlemeye yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde C/S sonrası annelerin yaşadıkları sorunların çalışmamızla benzerlik gösterdiği görülmektedir. Yaşanan sorunların çoğunlukla ağrı, ameliyat bölgesinde ağrı, anesteziye bağlı sırt-baş-boyun ağrısı, hareket etmede güçlük, kişisel hijyen eksikliği, distansiyon, tualete çıkma, halsizlik, dinlenememe, bebek bakımı, emzirme, meme-meme ucu sorunları, sütün gelmemesi, bulantı kusma, kanama, bebek bakımı ve kendi bakımına yönelik bilgi eksikliği, endişe olduğu belirlenmiştir (Amanak ve Karaçam, 2018; Gülşen ve Doğan Merih, 2018; Karakaplan, 2007; Kaya, 2011; Özer, 2011 ve Pınar ve ark.,2009).

Çalışmamızda doğum sonu sorun yaşama durumu ile DSKÖ fiziksel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu, doğum sonu dönemde sorun yaşayan annelerin konfor puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0,001$ ; Çizelge 3.12). Karakaplan'ın çalışmasında (2007) doğum

sonu dönemde yaşadığı sorunları çok fazla olarak ifade eden annelerin fiziksel konfor ve toplam puan ortalamaları düşük bulunmuştur (Karakaplan, 2007).

Çalışmamızda doğum sonu annelerin yaşadıkları sorunlar ile DSKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ; Çizelge 3.12). Ağrı, hareket etmede güçlük, bebek bakımında güçlük yaşayan annelerin fiziksel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları düşük bulunmuştur. İdrar sondasının verdiği rahatsızlık ve bebeğin memeyi tutmasında güçlük yaşayan annelerin sosyokültürel konfor puan ortalamalarının düşük olduğu saptanmıştır. Eliminasyon gücüğü, anesteziye bağlı baş boyun ağrısı ve halsizlik yaşayan annelerin fiziksel konfor alt boyut puan ortalamasının düşük olduğu belirlenmiştir. Meme ucu problemleri ve bilgi eksikliğine bağlı endişe yaşayan annelerin de fiziksel, sosyokültürel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.12).

Özer'in çalışmasında (2011) ayağa kalkmada sorun yaşayan annelerin fiziksel konforlarının düşük; psikospiritüel ve sosyokültürel konfor puan ortalamalarının yüksek olduğu, kişisel hijyen, bebek bakımı, emzirme ve meme ucu problemleri yaşayanların fiziksel konfor puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca meme ucu problemleri yaşayan annelerin sosyokültürel puan ortalamasının düşük olduğu belirlenmiştir (Özer, 2011). Akgün (2016) çalışmasında doğum sonu ağrı problemi yaşayan annelerin fiziksel ve toplam puan ortalamasının düşük olduğunu ifade etmiştir (Akgün, 2016). Altıntuğ ve Ege (2013) çalışmasında kişisel hijyen, meme bakımı, bebek bakımı ve emzirme problemi yaşayan annelerde doğum sonu yaşam kalitesinin azaldığını belirtmektedir (Altıntuğ ve Ege, 2013). Negron ve ark. (2013) çalışmasında ise annelerin C/S sonrası çoğunlukla ağrı, emzirme, mobilizasyon, iyileşme problemleri gibi güçlükler yaşadığı ve bu sorunlarla ilgili desteğe ihtiyaçları olduğu belirlenmiştir (Negron ve ark., 2013). Çalışmamızın bulguları sezaryen sonrası yaşanan sorunların en önemlisinin ağrı olduğunu göstermektedir. Doğum ağrısı yaşamak istememe sonucu sezaryen doğum tercih edilmesi ile ağrıdan kaçınmanın mümkün olmadığı görülmektedir. Bununla birlikte cerrahi operasyonun neden olduğu sorunlar annelerin konforlarında azalmanın yanısıra annelerin hem kendi hem bebeklerinin bakımında sorun yaşamalarına neden

olmaktadır. Yaşanan sorunların konforu tüm boyutları ile olumsuz etkilemesi beklendik bir sonuçtur. Hemşireler sezaryen sonrası annelerin yaşayabileceği sorunları erken dönemde belirleyerek önlem alarak, kendi ve bebeklerinin bakımında ihtiyaç duyulan konularda bilgilendirerek, anneyi destekleyici ve teşvik edici girişimlerde bulunarak hem konforun artırılmasına katkı sağlayabilirler.

Çalışmamızda sütün yetersiz gelmesi ile ilgili sorun yaşayan annelerin toplam puan ortalamasının düşük olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.12). Sütün yetersiz gelmesi de annelerin C/S sonrası yaşadığı önemli sorunlardan birisidir ve epidural anestezinin yol açtığı bir sorundur. Epidural anestezi sütün memelerden salınması için gerekli olan oksitosinin salgılanmasını engellemektedir (Rahm ve ark., 2002). Sezaryen doğum sonrası yaşanan laktasyonun başlamasındaki gecikme annelerin emzirme ve meme ucu problemlerini daha çok yaşamasında neden olmaktadır (Tokat ve ark., 2013). Çalışmamızda annelerin %22'sinin meme ucu problemleri, %10,1'inin ise bebeği memeye yerleştirmede güçlük yaşadıkları (Çizelge 3.3), yaşanan bu sorunlar annelerin doğum sonu fiziksel, sosyokültürel konfor ve toplam puan ortalamalarını azalttığı belirlenmiştir (Çizelge 3.12). Hemşirelerin sezaryen sonrası laktasyonun başlaması ve sürdürülmesi, bebeğin memeye doğru yerleştirilmesi, etkili emzirmenin değerlendirilmesi ve meme bakımı konularında anneye eğitim vermeleri ve annelerin doğru emzirme davranışı konusunda desteklemeleri yaşanan emzirme sorunlarının azalmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda annelerin %86,4'ü ilk bir saat içinde bebeklerini emzirdiklerini ifade etmiştir (Çizelge 3.3). Çırpanlı'nın (2017) sezaryen ile doğum yapan annelerin emzirme başarısını değerlendiği çalışmasında annelerin %41,8'inin ilk yarım saat içinde bebeklerini emzirdikleri belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda spinal/epidural anestezi uygulanan annelerin yarıdan fazlasının ilk bir saat içinde bebeklerini emzirdiği, genel anestezi uygulananların ise çoğunlukla 2 saat ve üzeri sürede emzirebildiği görülmektedir (Cantürk 2018; Karakaplan, 2007 ve Özer, 2011). İsik ve ark. (2016) sezaryen ve normal doğum yapanları karşılaştırdıkları çalışmada sezaryen doğumun ilk emzirme süresini ve emzirme sıklığını olumsuz etkilediği sonucuna ulaşmışlardır. Zanardo ve ark. (2011) çalışmasında sezaryen sonrası annelerin rahatça

bebeklerini emziremediklerini, vajinal doğum yapanlarla kıyaslandığında sezaryen olan annelerin bebeklerinin memeye tutulması için geçen zamanda anlamlı fark olduğunu belirtmiştir (Zanardo ve ark., 2011). Kalström ve ark. (2007) ise yaptıkları çalışmada sezaryen sonrası ağrının emzirmeyi güçleştirdiğini ifade etmişlerdir (Kalström ve ark., 2007). Sezaryen doğum sonrası emzirmenin başlatılması hemen mümkün olamamaktadır. Sezaryen sonrası yaşanan ağrı, anestezinin etkisinin geçmesi ve anne-bebeğin bir araya gelmesinin zaman alması doğumdan ilk emzirmeye kadar geçen sürenin uzamasına neden olmaktadır. Bu nedenle çalışmamızda annelerin ilk 1 saat içinde bebeklerini emzirmiş olmaları normal bir süreç olarak kabul edilebilir. Ayrıca bu süreçte emziren annelerin oranının yüksek olması, çoğuna epidural anestezi uygulandığından daha kısa sürede anestezinin etkisinin azalmış olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. DSÖ ve UNICEF doğumdan sonra ilk yarım saat içerisinde emzirmenin başlatılması için anneye yardımcı olunması gerektiğini vurgulamaktadır (UNICEF, 2017 ve WHO, 2017). Bu öneri göz önüne alındığında çalışmamızda ilk 1 saat içinde emziren annelerin çoğunlukta olmasının oldukça iyi bir oran olduğu düşünülmektedir.

#### **4.8. Annelerin Doğum Sonu Dönemde Hemşirelerden Bilgi ve Yardım Alma Durumlarına Göre DSKÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması**

Doğum sonu dönemde anneler bir yandan annelik rolüne uyum sağlamaya çalışırken bir yandan da bu yeni döneme ilişkin bilinmezlik yaşarlar. Bu dönemde annelerin kendi ve bebeklerinin bakımına yönelik bilgi ve becerileri kazanmaları gerekir (Karakaplan, 2007). Bu becerilerin kazanılmasında annelere gereksinim duyduğu konularda verilen bilgilendirici, destekleyici ve teşvik edici hemşirelik bakımının önemi büyüktür.

Doğum sonu dönem hakkında hemşirelerden bilgi alma ile DSKÖ psikospiritüel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ; Çizelge 3.10). Bilgi alan annelerin psikospiritüel konfor puan ortalamaları bilgi almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Kişisel bakım konusunda bilgi alma

durumu ile DSKÖ fiziksel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Kişisel bakım konusunda bilgi alan annelerin fiziksel konfor ve toplam puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Akgün' ün (2016) çalışmasında doğum sonu bakım ile ilgili bilgi alan annelerin DSKÖ fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Akgün, 2016). Aksoy (2012) sezaryen ile doğum yapan annelere konfor kuramı rehberliğinde bakım verdiği çalışmasında deney grubunda olan annelerde "bilgi eksikliği" NANDA hemşirelik tanısı belirlemiş ve annelere anne sütünün önemi, emzirme ve taburculuk konularında eğitim vermiş ve deney grubunda sosyokültürel konfor puan ortalamasında artış olduğu sonucuna ulaşmıştır (Aksoy, 2012). Çalışmamızla benzer şekilde Altuntuğ ve Ege'nin (2013) çalışmasında annelere doğum sonu dönemde verilen eğitimin taburculuğa hazıroluşluğu olumlu etkilediği ve doğum sonu yaşam kalitesini artırdığı belirlenmiştir (Altuntuğ ve Ege, 2013). Çalışmamızın aksine literatürde annelerin doğum sonrası döneme yönelik bilgi almalarının doğum sonu konfor üzerine etkisi olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur (Çapık ve ark., 2014; Çetişli ve ark., 2019 ve Erkaya ve ark., 2018). Bilgilendirme ebeveynliğe uyum sürecinde annenin yaşadığı stresi azaltmaya, sorunların üstesinden gelebilmesine, kendi ve bebeğinin bakımına yönelik gerekli bilgi ve becerileri kazanmasına yardımcı olacaktır (Aksoy, 2012; Coşkun, 2012; Gill, 2001; Graffy ve Taylor, 2005 ve Hauck ve ark., 2011; Karakaplan, 2007). Bu nedenle çalışmamızda bilgi alan annelerin psikospiritüel konforlarının yüksek olmasının yapılan bilgilendirme sonucu annelerin stresinin azalmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bunun yanısıra kişisel bakım hakkında bilgi alan annelerin fiziksel konforunun yüksek olması, bilgilendirme sonucu annelerin kendi bakımlarına katılmalarının iyileşme sürecine olumlu katkı sağladığını ve doğum sonu yaşanabilecek sorunlarla etkin başedebildiklerini düşündürmektedir. Çalışma sonuçlarımız konforun sağlanabilmesi için bilgilendirmenin önemli olduğunu göstermektedir. Bu nedenle annelere verilen bilgilendirme desteği kapsamlı olmalı; kişisel bakım, kanama takibi, erken dönemde mobilizasyonun önemi, bebek bakımı, kolostrumun önemi, emzirmenin yararları, bebeğin meme başına doğru yerleştirilmesi, emzirme sıklığı, süt sağlam teknikleri, meme ucu çatlağı, meme engorjmanı ve sütün yeterliliğinin değerlendirilmesi gibi konuları içermelidir.

Çalışmamızda annelerin tamamına yakını hemşirelerden yaşadıkları sorunların çözümünde yardım aldıklarını ifade etmişlerdir (Çizelge 3.3). Doğum fizyolojik bir süreçtir ancak sezaryen ile doğum bir cerrahi girişim olması nedeniyle annenin hemşirenin bakım ve desteğine olan ihtiyacının artmasına neden olur. Bu nedenle çalışmamıza katılan annelerde hemşirelerden yardım alma oranının yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Annelerin hemşirelerden yardım aldıkları konular incelendiğinde kişisel bakım (%88,9), ağrının giderilmesi (%84,1) ve emzirme-bebeğin memeye yerleştirilmesi olduğu görülmektedir. Bebek bakımı (%16,9) ve mobilizasyon (%10,6) konusunda alınan yardım daha az orandadır. Annelerin desteğe ihtiyaç duyduğu konuların belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalarda doğum sonu sürecin yeni anneler için fiziksel ve duygusal değişiklikler ile birlikte yeni rollere uyuma ilişkin çeşitli zorlukları da beraberinde getirdiğini annelerin yaşadıkları kaygıların büyük bir kısmının kişisel bakım, yenidoğanın bakımı ve emzirme olduğunu, annelerin bu konularda daha fazla bilgi ve desteğe ihtiyaç duyduğu belirtilmektedir (Aksoy, 2012; Amanak ve Karaçam, 2018; Aslan Gürcüoğlu ve Vural, 2017; Eryılmaz, 2003; Foster ve ark., 2007; Karakaplan, 2007; Kısa ve Zeyneloğlu, 2016; Özer, 2011 ve Sword ve Watt, 2005). Yıldız ve Küçükşahin (2011) doğum sonu dönemde annelerin gereksinimlerini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada annelerin çoğunlukla dinlenme, günlük işlerini yerine getirme ve duygusal durumları ile ilgili desteğe ihtiyaç duyduklarını, primipar annelerin ise daha çok emzirme, doğum sonu kendi ve bebeğinin bakımına ilişkin destek ihtiyacı yaşadığını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada desteklenen annelerin doğum sonu dönemde daha az sorun yaşadığı tespit edilmiştir (Yıldız ve Küçükşahin, 2011). Kronborg ve ark. (2015) primipar annelerle yaptıkları çalışmada annelerin çoğunlukla meme ucu problemleri ile karşılaştığı, sütün yeterliliği konusunda endişe yaşadıklarını, annelere bu dönemde profesyonel destek verilmesi ve emzirme, bebeğin memeye doğru yerleştirilmesi, meme bakımı ve sütün yeterliliğinin değerlendirilmesi konusunda gerekli eğitimlerin verilmesi ve profesyonel destek sağlanması ile sözkonusu sorunların azalacağını belirtmektedirler (Kronborg ve ark., 2015). Çalışmamızda annelerin hemşirelerden yardım aldıkları konular literatür ile benzerlik göstermektedir. Ancak bebek bakımı da annelerin doğum sonu dönemde desteğe ihtiyaç duydukları önemli konulardan biridir ve bizim çalışmamızda annelerin bu konuda daha az oranda hemşirelerden yardım



almaları hemşirelerin daha çok anne odaklı bakım verdiklerini düşündürmektedir. Yenidoğan sağlığının sürdürülmesi doğum sonu bakımının amacına ulaşmasında dikkat edilmesi gereken noktalardan biridir. Bu nedenle hemşirelerin anneleri bebek bakımı konusunda destekleyici ve cesaretlendirici bir yaklaşım içerisinde olması gerekmektedir.

Doğum sonu dönemde hemşirelerden yardım alma durumu ile DSKÖ psikospiritüel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ; Çizelge 3.11). Anlamlı fark bulunmamakla birlikte yardım alan annelerin fiziksel konfor alt boyut puan ortalaması düşük bulunmuştur. Karakaplan'ın yaptığı çalışmada (2007) doğum sonu bakımda annelerin hemşirelerden beklentilerinin daha çok davranış ve iletişim konusunda olduğu ve verilen bakım sırasında hemşirelerin ilgili yaklaşımının konfor düzeyini artırdığı belirlenmiştir (Karakaplan, 2007). Kurt Can (2018) çalışmasında sezaryen ile doğum yapan annelerin hemşirelerden yardım aldıkları konuların ayağa kalkma, emzirme; bebek bakımı ve tuvalet ihtiyacını karşılama olduğunu belirlemiştir. Bununla birlikte aynı çalışmada annelerin yaklaşık yarısı aldıkları hemşirelik bakımının konforlarına katkısını "biraz etkiledi" olarak tanımlamışlardır (Kurt Can, 2018). Balsak (2018) çalışmasında bakım gereksinimleri karşılanan annelerin sosyokültürel konforlarının yüksek olduğunu belirtmiştir (Balsak, 2018). Arslan Gürcüoğlu ve Vural' ın (2017) çalışmasında doğum sonu dönemde annelerin çoğunluğunun refakatçisi olduğu ve annelerin bebek bakımı, mobilizasyon, emzirme, kişisel bakım gibi konularda genellikle refakatçilerden yardım istediği belirlenmiştir. Hemşireler tarafından verilen bakımın ise ağrının giderilmesi, kanama kontrolü ve emzirme konuların da yoğunlaştığı, taburculuk eğitimi, annenin yaşadığı emosyonel değişiklikler, aile planlaması ve evde bakım gibi konularda yetersiz olduğu belirlenmiştir (Arslan Gürcüoğlu ve Vural, 2017). Doğum sonu dönemde anneler için hemşirelerin duygusal desteğini hissetmek daha önemlidir (Wilkins, 2006). Çalışmamızda annelerin yaşanan sorunlar karşısında aldıkları yardım sonucu psikospiritüel konforlarında artış olması, daha çok hemşirelerin duygusal desteğini hissettiklerini ve anksiyetelerinin azaldığını böylelikle konforlarında artış meydana geldiğini düşündürmektedir.

Hemşirelerden emzirme-bebeğin memeye yerleştirilmesi ve bebek bakımı konularında yardım alınması ile DSKÖ sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark belirlenmiştir ( $p<0,05$ ; Çizelge 3.11). Yardım alan annelerin sosyokültürel konfor puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Emzirme ve bebeğin memeye yerleştirilmesi konusunda yardım alan annelerin %36,9'u aldıkları yardımın faydalı olduğunu ve bebeklerini etkili emzirebildiklerini ifade etmişlerdir. Çalışmamızın aksine Demirtaş'ın (2012) çalışmasında primipar annelerin çoğunluğu doğum sonu hemşirelerden emzirme desteği aldığını ve bu desteğin doğru emzirme davranışı geliştirmelerine ve emzirme konusunda kendilerine olan güvenlerinin artmasına katkı sağladığını ancak sağlanan bu desteğin tekrarlanmadığı sürece faydalı olmadığını ifade ettikleri belirlenmiştir (Demirtaş, 2012). Çalışmamızda annelerin aldıkları yardımın faydasını gören annelerin az olması ve alınan yardıma rağmen konforun düşük olması hemşirelerden tarafından verilen emzirme desteğinin etkili ve sürekli olmadığını düşündürmektedir. Bununla birlikte anneler doğum sonu dönemde yorgunluk, dikkati toplayamama gibi nedenlerle aldıkları desteğin faydasını görememiş olabilir. Emzirme desteği konusunda yeni stratejilerin geliştirilmesi, hemşirelerin desteğinin annenin etkili emzirmesinin sağlanana kadar devam etmesi ve verilen desteğin etkisinin aralıklarla değerlendirilmesinin sorunların çözülerek konforun artırılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Ağrının giderilmesi konusunda yardım alınması ile DSKÖ fiziksel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark belirlenmiştir ( $p<0,001$ ; Çizelge 3.11). Yardım alan annelerin fiziksel konfor ve toplam puan ortalamaları düşük bulunmuştur. Sezaryen sonrası yaşanan ağrı uzun süre devam ederek annelerin yaşam kalitesinde ve konforlarında azalmaya yol açmaktadır (Kısa ve Zeyneloğlu, 2016). Bilgin ve Kömürcü'nün (2016) çalışmasında hiç bir ek girişim uygulanmadan yalnızca standart bakım verilen kişilerin %62'sinin ağrı yaşadığı belirtilmiştir (Bilgin ve Kömürcü, 2016). Çalışmamızda hemşirelerden ağrının giderilmesi konusunda alınan yardıma rağmen konforda artış olmaması farmakolojik uygulamaların yetersiz olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca hemşirelerin tıbbi bakımın yanı sıra kanıta dayalı uygulamalar ışığında ağrı yönetiminde

nonfarmakolojik yöntemlerden yararlanmalarının ağrının giderilmesinde etkisi olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda mobilizasyon konusunda yardım alınması ile DSKÖ sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark" belirlenmiştir ( $p<0,05$ ; Çizelge 3.11). Mobilizasyon konusunda yardım alan annelerin sosyokültürel konfor puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Çalışmamızla benzer olarak yapılan çalışmalarda sezaryen sonrası annelerin mobilizasyon sırasında hemşirelerden yardım almalarının aldıkları bakımı olumlu etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Eryılmaz, 2003; Karakaplan, 2007 ve Özer, 2011). Erken dönemde mobilizasyon bağırsak hareketlerinin geri dönüşü, akciğer ventilasyonunun sağlanması, involüsyon sürecinin hızlanması ve komplikasyonların önlenmesi için gereklidir (Coşkun, 2012 ve T.C. Sağlık Bakanlığı, Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi, 2014). Mobilizasyon annenin genel durumu ve uygulanan anestezi türüne göre planlanmalıdır. Sezaryen sonrası mobilizasyon yaklaşık 8-12 saati bulmaktadır. Bu nedenle anne mobilize edilinceye kadar yatak içinde pasif egzersizler yaptırılmalıdır. Anne en kısa sürede mobilizasyon konusunda cesaretlendirilmeli ve desteklenmelidir (Şirin ve ark., 2008; Er Güneri, 2015). Çalışmamızda mobilizasyon konusunda hemşirelerden yardım alan annelerin konfor puan ortalamalarının yüksek olması alınan desteğin etkili olduğunu ve involüsyon sürecinin hızlanmasına ve eliminasyon problemlerinin azalmasına yol açarak sonuçta annenin rahatlamasına ve konforunda artışa neden olduğu düşünülmektedir.

## 5. SONUÇ ve ÖNERİLER

### 5.1. Sonuçlar

Sezaryen ile doğum yapan annelerde doğum sonu konforu belirlemek amacıyla yapılmış olan bu çalışmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Annelerin Doğum Sonu Konfor Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının  $121,74 \pm 16,11$ ; fiziksel konfor alt boyut puan ortalamasının  $41,06 \pm 10,01$ ; psikospiritüel konfor alt boyut puan ortalamasının  $45,98 \pm 4,38$  ve sosyokültürel alt boyut puan ortalamasının  $34,68 \pm 6,49$  olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.6). DSKÖ'nün kesme noktası bulunmamaktadır. Bu nedenle çalışma sonuçlarımıza göre sezaryen sonrası annelerin psikospiritüel konforlarının yüksek, fiziksel konforlarının orta düzeyde, sosyokültürel konforlarının diğer alt boyutlara kıyasla daha düşük olduğu; toplam puan ortalamaları değerlendirildiğinde ise orta düzeyde konfora sahip oldukları söylenebilir.

Çalışmaya katılan annelerin %39,8'i 25-30 yaş grubunda olup, %43,3'ü yüksekokul-üniversite mezunudur. Annelerin %40,8'i gelir getiren bir işte çalışmaktadır (Çizelge 3.1). Yaş grupları ile "DSKÖ sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalaması arasında ileri düzeyde anlamlı fark" olduğu ( $p < 0,01$ ), 35 yaş ve üzeri grubun sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.6). Araştırmamızda öğrenim durumu ile "DSKÖ psikospiritüel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark" olduğu ve üniversite düzeyinde eğitim alanlarda psikospiritüel konfor alt boyut puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışma durumu ile "DSKÖ fiziksel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark" olduğu belirlenmiştir ( $p < 0,05$ ). Çalışmayan annelerin fiziksel konfor alt boyut puan ortalaması düşük bulunmuştur (Çizelge 3.6).

Annelerin %41,8'inin daha önce gebelik deneyimi bulunmamaktadır (Çizelge 3.2). Daha önce bir gebelik geçirilmesi ile "DSKÖ psikospiritüel konfor alt boyut puan

ortalaması arasında ileri düzeyde anlamlı fark" belirlenmiştir. Daha önce "bir gebelik" geçiren annelerin psikospiritüel konfor alt boyut puan ortalamasının, "iki ve üzeri gebelik" geçiren annelerin puan ortalamasından yüksek olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.7).

Daha önce doğum deneyimi olanların oranı ise %56,7'dir (Çizelge 3.2). Daha önce doğum deneyimi olanların %71,9'unun ilk doğumunun sezaryen ile gerçekleştiği belirlenmiştir. Doğum deneyimi ile "DSKÖ sosyokültürel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark" olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Daha önce doğum deneyimi olan annelerin sosyokültürel alt boyut ve toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Çizelge 3.7).

Annelerden %47,4'ünün önceki doğumunda sorun yaşadığı ve bu sorunların çoğunlukla ağrı (%70,4), hareket etmede güçlük (%63) ve sütün yetersiz gelmesi (%57,4) olduğu belirlenmiştir. Annelerin %28,9'u önceki doğumlarında doğum sonu iyileşme sürecinde sıkıntılar yaşadıkları için doğum deneyimini zor olarak değerlendirmektedir (Çizelge 3.2). Önceki doğumda doğum sonu dönemde sorun yaşama ile "DSKÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark" belirlenmiştir. Sorun yaşamayanların DSKÖ toplam puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Çizelge 3.7). Önceki doğum deneyiminin ifadesi ile "DSKÖ sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark" olduğu ( $p<0,05$ ), "doğum sonu iyileşme sürecinde sıkıntılar yaşadığım için doğumum zordu" diyen annelerin ise DSKÖ psikospiritüel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.7).

Annelerin %35,3'ü doğum öncesi dönemde doğum şekline yönelik bilgi almıştır. Bilgi alanların yalnızca %11,3'ü sözkonusu bilgiyi hemşireden almıştır. Annelerin %80,3'ünün sezaryen endikasyonu hakkında, yalnızca %22,5'inin C/S sonrası yaşanabilecek sorunlar konusunda bilgi aldığı belirlenmiştir (Çizelge 3.3). Doğum şekline ilişkin bilgi alma, bilgi alınan kişi ve alınan bilginin içeriği ile DSKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ( $p>0,05$ ; Çizelge 3.8). Anlamlı fark bulunmama ile birlikte uygulanacak anestezi türü ve C/S sonrası

yaşanabilecek sorunlar konusunda bilgi alan annelerin DSKÖ toplam puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir(Çizelge 3.8).

Annelerin sezaryen olma nedenleri arasında mükerrer sezaryen ilk sırada yer almaktadır (%39,3). Çalışmamızda kendi isteği ile C/S olduğunu ifade eden annelerin oranı %8'dir (Çizelge 3.3). Mükerrer sezaryen olması ile "DSKÖ sosyokültürel konfor, fiziksel konfor alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark" olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Mükerrer sezaryen olan annelerin fiziksel konfor alt boyut, sosyokültürel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Çizelge 3.8). Anne isteği nedeniyle sezaryen olması ile "DSKÖ fiziksel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı farklılık" olduğu ( $p<0,05$ ), kendi isteği ile sezaryen olan annelerin fiziksel konfor puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.8).

Çalışmamızda doğum sonu dönemde annelerin %95'inin anne/kayınvalide/kardeş, %71,1'inin eş, %43,8'inin de hemşirelerden destek aldığı belirlenmiştir (Çizelge 3.3). Doğum sonu dönemde eşinden destek alınması ile "DSKÖ sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark" olduğu ( $p<0,05$ ), eşinden destek alan annelerin sosyokültürel konfor puan ortalamasının düşük olduğu belirlenmiştir. Anlamlı fark bulunmamakla birlikte ( $p>0,05$ ) "DSKÖ fiziksel konfor ve psikospiritüel konfor alt boyut puan ortalaması" eşinden destek alan annelerde daha yüksek bulunmuştur (Çizelge 3.8). Doğum sonu dönemde hemşire/ebe'yi destek kaynağı olarak belirten annelerin "DSKÖ fiziksel konfor ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark" bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hemşire/ebe'den destek alan annelerin fiziksel konfor alt boyut ve DSKÖ toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir (Çizelge 3.8).

Çalışmamıza katılan annelerin %77,1'inin doğum sonu dönem hakkında hemşirelerden bilgi aldığı belirlenmiştir. Annelerin %90'ının emzirme, %84,5'inin kişisel bakım, %44,5'inin ilk sütün önemi, %35,5'inin emzirme problemleri ve %20,6'ının da bebek bakımı konusunda bilgi aldığı belirlenmiştir (Çizelge 3.3). Annelerin doğum sonu dönem hakkında hemşirelerden bilgi alma durumu ile "DSKÖ

psikospritu el konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark" olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Bilgi alan annelerin psikospritu el konfor alt boyut puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Çizelge 3.8).

Çalışmamızda doğum sonu ilk 1 saat içinde emzirme oranı %86,4 olarak bulunmuştur (Çizelge 3.3).

Araştırmamızda annelerin %79,1'inin doğum sonu dönemde sorun yaşadığı belirlenmiştir. En fazla yaşanan problemler sırasıyla ağrı (%85,5), hareket etmede güçlük (%59,7), anesteziye bağlı baş-boyun ağrısı (%46,5), sütün yetersiz gelmesi (%38,4) ve eliminasyon güçlüğüdür (%35,2) (Çizelge 3.3).

Doğum sonu dönemde sorun yaşama ile "DSK  fiziksel konfor alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında ileri düzeyde anlamlı fark" belirlenmiştir ( $p<0,001$ ). Sorun yaşamayan annelerin fiziksel konfor alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Çizelge 3.12).

Yaşanan sorunlardan ağrı, hareket etmede güçlük, bebek bakımında güçlük ile "DSK  fiziksel konfor alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında ileri düzeyde anlamlı fark" olduğu belirlenmiş ( $p<0,001$ ), söz konusu sorunları yaşayan annelerin DSK  fiziksel konfor ve toplam puan ortalamalarının d Őuk olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.12). Eliminasyonda güçlük, halsizlik, anesteziye bağlı baş-boyun ağrısı yaşanması ile "DSK  fiziksel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark" olduğu ( $p<0,05$ ), söz konusu sorunları yaşayan annelerin fiziksel konfor alt boyut puan ortalamasının d Őuk olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.12). Sütün yetersiz gelmesi ile "DSK  toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark" belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Sütün yetersiz gelmesi ile ilgili sorun yaşayan annelerin DSK  toplam puan ortalaması d Őuk bulunmuştur (Çizelge 3.12). Yaşanan meme ucu problemleri ile "DSK  fiziksel konfor, sosyokültürel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark" belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Meme ucu problemi yaşayan annelerin fiziksel, sosyokültürel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları d Őuk bulunmuştur (Çizelge 3.12).

Çalışmamızda annelerin %94'ünün doğum sonu dönem hakkında hemşirelerden yardım aldığı, yardım alınan konuların ise kişisel bakım (%88,9), ağrının giderilmesi (%84,1) ve emzirme-bebeğin memeye yerleştirilmesi olduğu (%50,8) belirlenmiştir. Annelerin %78,3'ü alınan yardımı yararlı bulmuştur (Çizelge 3.3). Annelerin doğum sonu dönemde hemşirelerden yardım almaları ile "DSKÖ psikospriüel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark" belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Hemşirelerden yardım alan annelerin psikospriüel konfor alt boyut puan ortalaması daha yüksektir (Çizelge 3.11).

Bebek bakımı, emzirme ve bebeğin memeye yerleştirilmesi konusunda yardım alma ile "DSKÖ sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark" olduğu ( $p<0,05$ ), yardım alan annelerin sosyokültürel puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.11).

Ağrının giderilmesi için alınan yardım ile "DSKÖ fiziksel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı fark" belirlenmiştir ( $p<0,01$ ). Ağrının giderilmesi için yardım alan annelerin fiziksel konfor alt boyut ve DSKÖ toplam puan ortalamaları düşük bulunmuştur (Çizelge 3.11).

Mobilizasyon için alınan yardım ile "DSKÖ sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark" belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Mobilizasyon sırasında hemşirelerden yardım alan annelerin sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalaması yüksek bulunmuştur (Çizelge 3.11).

## 5.2. Öneriler

Çalışma sonuçları göz önünde bulundurularak;

- Çalışmamızda prenatal dönemde doğum şekilleri ve doğum sonrası yaşanabilecek sorunlar hakkında bilgi alan annelerin anlamlı olmamakla birlikte doğum sonu konfor düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle annelerin ve eşlerinin gebeliğin başlangıcından itibaren gebe



okulu/gebe bilgilendirme sınıfları aracılığıyla doğum ağrısı ile başatme, doğum şekilleri, doğum şekillerinin avantaj ve dezavantajları, doğum sonu yaşanabilecek sorunlar ile ilgili kapsamlı olarak bilgilendirilmesi ve gebelerin vajinal doğuma teşvik edilmesi,

- Çalışmamızda sezaryen sonrası yaşanan en önemli sorunun ağrı olduğu ve annelerin ağrının giderilmesi konusunda hemşirelerden yardım almalarına rağmen fiziksel konforlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Doğum sonrası dönemde hemşireler tarafından ağrı ile başatmede nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımının teşvik edilmesi,
- Doğum sonu dönemde annelerin konforunu ağrıdan başka mobilizasyon, bebek bakımında güçlük, eliminasyon problemleri, emzirme ve meme ucu problemleri ve halsizlik gibi pek çok faktör etkilemektedir. Yaşanan sorunlarla ilgili hemşirelerden alınan bilgi desteği ve yardımın konfor düzeylerine beklenen etkiyi göstermediği belirlenmiştir. Bu bulgu doğrultusunda, doğum sonrası kliniklerde verilen bakımın kalitesinin artırılması için hemşirelerin; hizmet içi eğitimler ile sezaryen sonrası annelerin bakım gereksinimleri (kanama takibi, kişisel bakım, bebek bakımı, emzirme, sütün yeterliliğinin değerlendirilmesi, emzirme problemleri, meme bakımı ve erken mobilizasyon), yaşayabilecekleri sorunlar ve konfora etkileri konusunda güncel kanıtlar ışığında bilgilendirilmeleri ve bu eğitimlerin sonucunda verilecek hemşirelik bakımını bilgilendirme, yardım ve duygusal yönden teşvik edici ve destekleyici bir çerçevede planlamaları,
- Çalışmamızın temel amacı sezaryen doğum sonrası yaşanan sorunların konfor üzerine olan etkilerini ortaya koymaktır. Çalışma bulgularımız hemşirelik bakımı ile konforun artırılabilirliğini göstermektedir. Sezaryen doğumu teşvik etmemekle birlikte, tıbbi zorunluluk durumlarında yapılan sezaryen operasyonlarının oranının yüksek olduğu göz önüne alındığında kaliteli bir hemşirelik bakımı ile konforun artırılması ve doğum sonu

dönemde anne ve bebek sağlığının yükseltimesine katkı sağlanması önerilebilir.



## ÖZET

### Sezaryen ile Doğum Yapan Annelerde Doğum Sonu Konfor

Bu çalışma, sezaryen ile doğum yapan annelerin doğum sonu konfor düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışma, 20 Temmuz 2018- 20 Aralık 2018 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda yürütülmüştür. Araştırma 37 hafta ve üzeri sezaryen ile doğum yapan, iletişim engeli olmayan, 18 yaş ve üzeri, anomalili bebeği olmayan, bebeği yoğun bakım ünitesinde tedavi almayan ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 201 anne ile yürütülmüştür.

Verilerin toplanması, Veri Toplama Formu ve DSKÖ kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Bağımlı değişkenler ortalama ve standart sapma kullanılarak, bağımsız değişkenler ise yüzde ve frekans değerleri ile sunulmuştur. Bağımlı değişkenler normal dağılıma uygunluk gösterdiğinden iki grup karşılaştırmalarında "Independent Sample t Test", ikiden fazla grup karşılaştırmalarında ise "One-Way ANOVA" testi kullanılmıştır. İstatistiksel analizde önemlilik düzeyi  $p<0,05$  olarak kabul edilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılığının hesaplanmasında ise güvenilirlik testi (Cronbach Alfa) kullanılmıştır. Annelerin Doğum Sonu Konfor Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamasının  $121,74\pm 16,11$ ; fiziksel konfor alt boyut puan ortalamasının  $41,06\pm 10,01$ ; psikospiritüel konfor alt boyut puan ortalamasının  $45,98\pm 4,38$  ve sosyokültürel alt boyut puan ortalamasının  $34,68\pm 6,49$  olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda, annelerin yaş ile birlikte sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalamalarının arttığı belirlenmiştir. Üniversite düzeyinde eğitim alan annelerin psikospiritüel konfor alt boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Doğum deneyimi olan annelerin sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda önceki doğumun sezaryen ile olmasının fiziksel konfor, sosyokültürel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamalarını artırdığı belirlenmiştir. Çalışmamızda anlamlı fark bulunmamakla birlikte sezaryen sonrası yaşanabilecek sorunlar hakkında bilgi alan annelerin konfor düzeyi yüksek bulunmuştur ( $p>0,05$ ). Sezaryen öncesi annelere yapılan tıbbi uygulamalar konfor düzeyini azaltmaktadır. Doğum sonu dönem ile ilgili hemşirelerden bilgi ve yardım desteği alınmasının psikospiritüel konfor alt boyut puan ortalamasını artırdığı belirlenmiştir. Doğum sonu dönemde ağrı, hareket etmede güçlük, bebek bakımında güçlük, halsizlik ve eliminasyon güçlüğü yaşayan annelerin fiziksel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamaları düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Meme ucu problemleri ve bilgi eksikliğine bağlı endişe yaşayan annelerin ise fiziksel konfor,

sosyokültürel konfor alt boyut ve toplam puan ortalamalarının düşük olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerden ağrının giderilmesi, emzirme ve bebek bakımı konusunda yardım alan annelerin DSKÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları düşük bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Sonuç olarak sezaryen sonrası annelerin psikospiritüel konfor düzeylerinin yüksek, fiziksel konfor düzeylerinin orta, sosyokültürel konfor düzeylerinin ise diğer alt boyutlara kıyasla daha düşük olduğu; toplam puan ortalamaları değerlendirildiğinde ise orta düzeyde konfora sahip oldukları söylenebilir. Yaş ve eğitim düzeyindeki artış konforu olumlu etkilemektedir. Prenatal dönemde kadınların sezaryen sonrası yaşanabilecek sorunlar hakkında bilgilendirilmesi doğum sonu konfor düzeyini artırmaktadır. Doğum sonu dönemde verilen kaliteli bir hemşirelik bakımı ile annelerin konfor düzeyi artırılabilir. Böylelikle doğum sonu dönemde anne ve bebek sağlığının yükseltilmesine katkı sağlanabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Doğum Sonu Bakım, Doğum Sonu Konfor, Hemşirelik, Sezaryen Doğum.

## SUMMARY

### **Postpartum Comfort of Mothers After Caserean Birth**

This study, which was conducted to determine the postpartum comfort levels of the mothers who give birth by cesarean section and the factors affecting them.

This study is descriptive. The study was conducted between 20 July 2018 and 20 December 2018 in the Department of Gynecology and Obstetrics of a university hospital. The study was carried out with 201 mothers who gave birth by cesarean at 37 weeks and over, who had no communication disability, 18 years old and above, no baby with anomaly, who were not treated in the intensive care unit and who voluntarily ensure participation in research.

Data were collected by using the Data Collection Form and Postpartum Comfort Scale. Dependent variables are presented by using mean and standard deviation, and independent variables are presented with percentage and frequency values. Firstly, Kolmogrov- Smirnov test was used to determine whether the variables met parametric conditions in the evaluation of dependent variables. Independent Sample T test for two groups comparisons, and One-Way ANOVA test for more than two groups comparisons were used for dependent variables that met parametric conditions. In statistical analysis, the significance level was accepted as  $p < 0,05$ . The reliability test (Cronbach Alpha) was used to calculate the internal consistency of the scale. The total mean score of mothers from the Postpartum Comfort Scale was  $121,74 \pm 16,11$ ; the mean score of physical comfort subscale was  $41,06 \pm 10,01$ ; the mean score of psychospritual comfort subscale was  $45,98 \pm 4,38$  and the mean score of sociocultural subscale was  $34,68 \pm 6,49$ . In our study, it was determined that sociocultural comfort subscale mean scores of mothers increased with age. Psychospritual comfort subscale scores of the mothers receiving university level education were found to be high ( $p < 0,05$ ). The socio-cultural comfort subscale scores of the mothers with birth experience were found to be high. In our study, it was determined that sociocultural comfort subscale mean scores of mothers increased with age. Psychospritual comfort subscale scores of the mothers who get a universty education were found to be high ( $p < 0,05$ ). The sociocultural comfort subscale scores of the mothers with birth experience were also found to be high. In our study, it was found that the fact that previous birth was by cesarean section increased the physical comfort, sociocultural comfort subscale and total mean scores. Although there was no significant difference in our study, it was found that the comfort level of mothers who received information about the

problems that may occur after cesarean section was high ( $p>0,05$ ). Medical interventions to mothers before cesarean section reduce the comfort level. It was determined that receiving information and practical support from nurses about postpartum period increased the mean score of psychospiritual comfort subscale. In the postpartum period, mothers who had pain, difficulty in mobility, difficulty in infant care, weakness and elimination difficulty were found to have low scores on physical comfort subscale and total score ( $p<0,05$ ). On the other hand, it was determined that the mothers who had problems related to nipple problems and lack of information had lower physical comfort, sociocultural comfort subscale and total mean scores. The subscale and total mean scores of the mothers who received practical support from nurses for pain relief, breastfeeding and infant care were found to be low ( $p<0,001$ ). As a result, after cesarean section, mothers' psychospiritual comfort levels were high, physical comfort levels were moderate and sociocultural comfort levels were lower than other subdimensions; when the total score averages are evaluated, it can be said that they have moderate comfort. The increase in age and level of education positively affects comfort. Informing women about the problems that may occur after cesarean section in prenatal period increases postpartum comfort level. The comfort level of mothers can be increased with a quality nursing care given in the postpartum period. Thus, it can be contributed to increase the health of mother and baby in the postpartum period.

**Keywords:** Caesarean section, Nursing, Postpartum Care, Postpartum Comfort.

## KAYNAKLAR

- ADAMS E.D., BIANCHI A.L. (2008). A Practical Approach to Labor Support. *JOGNN*, **37**:106–115.
- ADIGÜZEL D, NAZİK H, HAYDARDEDEOĞLU F, AYTAN H (2013). Sezaryen ve Normal Doğum Yapan Kadınlarda Hasta Memnuniyetinin Araştırılması. *Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, **1**: 13-20.
- AKGÜN Ö (2016). Annelerin Doğum Sonu Konfor Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
- AKSAKALLI M, ÇAPIK A, APAY ES, PASINLIOĞLU T, BAYRAM S (2013). Lohusalaram Destek İhtiyaçlarının ve Doğum Sonu Dönemde Alınan Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, **3(3)**:129-135.
- ALGIER L, ÇAKMAK F, DOĞAN N, KAYA N, PINAR G (2009). Annelerin Doğum Sonu Konforunu Etkileyen Faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, **36 (3)**:184-190.
- ALTINTUĞ K, EGE E (2013). Sağlık Eğitiminin Annelerin Taburculuğa Hazır Oluş, Doğum Sonu Güçlük Yaşama ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **15(2)**:45-46.
- AMANAK K, KARAÇAM Z (2018). Sezaryen İle Doğum Yapan Kadınların Postpartum Erken Dönemde Öz Bakım ve Bebek Bakımı Konularında Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi* **28(1)**:17-22.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2006). *Task Force on Cesarean Delivery Rates. Evaluation of Cesarean delivery*. Washington, DC.
- Aaron BC, STEPHEN LW , GEORGE AM, IAN J.W, JEFFREY H, MİKAEL N, KARİN P, WILLİAM J, MEDHAT MS, AMY M, LEAHGRAMLİCH N, WİLSON RD, 2018. Guidelines For Intraoperative Care In Cesarean Delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations (Part 2). *American Journal of Obstetric and Gynecology*, **219(6)**:533-544.
- ARIKAN D, KAHRİMAN İ (2002). Yenidoğan Bebeği Olan Primipar Annelerin Ailelerinden Algıladıkları Sosyal Desteğin Sorun Çözme Becerilerine Etkisi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* **5(1)**: 60-67

- ASLAN Ş, OKUMUŞ F (2017). Primipar Kadınların Doğum Deneyim Algıları Üzerine Doğum Beklentilerinin Etkisi. *HSP*, **4(1)**: 32-40.
- ATAN ÜNSAL Ş, TAŞÇI DURAN E, KAVLAK O, DÖNMEZ S, SEVİL Ü (2013). Spontaneous Vaginal Delivery or Cesarean Section? What Do Turkish Women Think? *International Journal Nursing Practice*, **19**:1-7.
- AYHAN A, DURUKAN T, GÜNALP S, GÜRGAN T, ÖNDEROĞLU LS, YARALI H, YÜCE T (2008). Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. 8.Baskı. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara. s:407-419
- BACKSTRÖM CA, WAHN EH, EKSTRÖM AC (2010). Two sides of breastfeeding support: experiences of women and nurses. *International Breastfeeding Journal*, **5 (20)**: 1-8.
- BAĞCI S, ALTINTUĞ K (2016). Annelerin doğum sonu yaşadıkları sorunlar ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Journal of Human Sciences*, **13(2)**:3266-3279.
- BAL DM, YILMAZ DS, BEJİ KN (2013). Kadınların Sezaryen Doğum Tercihleri. *Florance. Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **21(2)**: 139-146.
- BALKAYA NA (2002). Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **6(2)**:42-49.
- BALSAK HN (2018). Annelerde Doğum Sonu Konfor ve Emzirme Öz-Yeterliliği Arasındaki İlişki. T.C. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep.
- BARBOSA FEG, BRUNO DA SILVA V, MENDES PEREIRA J, SOARES SM, MEDEIROS FİLHO R, BARBOSA P L, PINHO L, PRATES CALDEIRA A (2017). İnitil Breastfeeding Difficulties and Association with Breast Disorders Among Postpartum Women, *Rev Paul Pediatry*, **35(3)**:265-272.
- BEJİ NK (2015). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları* .1. Baskı. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi 50. Yıl yayımları. Nobel Tıp Kitapevleri Tic.Ltd. Şti. İstanbul; s:530-532.
- BERKMAN S, HAS R (2004). *Doğum Bilgisi*. 1. Baskı. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, s.:64-65.
- BİLGİN Z, KÖMÜRCÜ N (2016). Uterus Masajlarının Kadınların Postpartum Ağrı Şiddetini Algılamasındaki Etkisi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, **47(2)**: 39-44.



- BİNGÖL TY, TEL H (2007). Postpartum Dönemdeki Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon Düzeyleri İle Etkileyen Faktörler. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* **10(3)**:1-6
- BOZ İ, TESKERECİ G, AKMAN G (2016). How did you choose a mode of birth? Experiences Of Nulliparous Women From Turkey. *Women and Birth* **29**: 359–367.
- BOZKURT, Ş (2011). Normal Doğumda ve Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetinin Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- BROWN A, RAYNOR P, LEE M (2011). Health care professionals and mothers perceptions of factors that influence decisions to breastfeed or formula feed infants: A Comparative Study. *J Adv. Nurs.* **67(9)**: 1993-2003.
- BUCHKO LB, PUGH CL, BİSHOP AB, COCHRAN FJ, SMİTH RL, LEREW JD (1993). Comfort Measures in Breastfeeding, Primiparous Women. *JOGNN*, **23 (1)**:46-52.
- BÜYÜK TÜRKÇE SÖZLÜK (2011). Türk Dil Kurumu Yayınları. Ankara.
- CAN EK (2018). Doğum Şekline Göre Lohusaların Doğum Sonu Konfor ve Doğumdan Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
- CAN ÖZTÜRK H (2015). Doğum Sonrası Bakım Rehberlerinin Kanıt Temelli Uygulamalarla Gözden Geçirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **5 (2)**: 40-47.
- CHAVİS L (2016). Mothering and Anxiety: Social Support and Competence as Mitigating Factors for First-Time Mothers. *Soc Work Health Care*, **55 (6)**:461-80.
- ÇOŞKUN AM, ASLAN E (2012). Doğum Sonu Döneme İlişkin Sorunlar. İç: Çoşkun AM (ed). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*. 1. Baskı. Koç Üniversitesi Yayınları, s: 293-315. İstanbul.
- CUNNINGHAM FG, GANT NF, LEVENO, KJ, GİLSTRAP LC, HAUTH JC, WENSTROM KD (2005). *Williams Doğum Bilgisi*. 21. Baskı. İçinde A.C. Akman (Ed.), Sezaryen Doğum ve Postpartum Histerektomi. Nobel Kitabevleri İstanbul. s:537-563.
- ÇAPIK A, ÖZKAN H, APAY E, JDER S (2014). Loğusaların Doğum Sonu Konfor Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *DEUHYO ED*, **7(3)**: 186-192.
- ÇETİŞLİ EN, ERTOP F, EREN TDE (2019). Postpartum Comfort and Breastfeeding Behavior of Primipara Obese and Non-Obese Mothers. *Erciyes Med J*, **41(1)**.

- ÇIRPANLI C (2017). Sezaryen ile Doğum Yapan Annelerin Emzirme Başarısı. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- ÇİÇEK NM, MUNGAN MT (2007). *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji* .1. Baskı. Güneş Kitapevi, s.377-397.
- Doğum, Ebelik ve Nüfus Politikaları Tarihçesi (2017).Ed: Esmâ Sarıkaya. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü.
- DEMİRTAŞ B (2015). Multiparous Mothers: Breastfeeding Support Provided by Nurses. *International Journal Of Nursing Practic*, **21**: 493-504.
- DEMİRTAŞ B (2012). Breastfeeding Support Received by Turkish First-Time Mothers. *International Nursing Review*, **59**: 338-344.
- DSÖ (2015). Department of Reproductive Health and Research. Sezaryen Doğum Hızları ile ilgili DSÖ Açıklaması, World Health Organization (Erişim Adresi: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/11/WHO\\_RHR\\_15.02\\_tur.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/11/WHO_RHR_15.02_tur.pdf?ua=1)) Erişim Tarihi:30.06.2018.
- DSÖ (2018). Maternal Mortality. Erişim Adresi: (<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>) Erişim tarihi:31.07.2018.
- DOĞUM ÖNCESİ BAKIM YÖNETİM REHBERİ (2014). Erişim Adresi: (<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf>) Erişim Tarihi: 31.07.2018.
- DUNN A E, O'HERLİHY C (2005). Comparison of Maternal Satisfaction Following Vaginal Delivery After Caesarean Section and Caesarean Section After Previous Vaginal Delivery. *European Journal of Obstetrik&Gynecology and Reproductivr Biology* **121(1)**: 56–60.
- ERDEMİR F, ÇIRLAK A (2013). Rahatlık Kavramı ve Hemşirelikte Kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu E-Dergisi*, **6(4)**:224-230.
- ERGÖL Ş, KÜRTÜNCÜ M (2014). Bir Üniversite Hastanesinde Kadınların Sezaryen Doğum Tercihlerini Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 26–34.
- ER GS (2015). Postpartum Erken Dönem Kanıtı Dayalı Uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* **4(3)**:482-496.

- ERKAYA R, TÜRK R, SAKAR T (2017). Determining Comfort Levels of Postpartum Women After Vaginal and Caesarean Birth. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, **237**: 1526-1532.
- ERYILMAZ HY (1999) Doğum Sonu Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesinde Ölçek Geliştirilmesi ve Uygulanan bakım Yönteminin (Pathway) Ekilerinin Belirlenmesi, VII Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı, Erzurum.
- ERYILMAZ HY (2003) Annelere ve Hemsirelere Göre Dogum Sonu Hemsirelik Girişimlerinin Önemlilik Düzeyleri. İ. Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu ve HYO Mezunları Derneği İşbirliği ile Düzenlenen 2. Uluslararası 9. Ulusal Hemşirelik Kogresi kitabı, Antalya.
- FAHEY JO (2017). Best Practices in Management of Postpartum Pain. *Journal of Perinatal Neonatal Nursing*, **31(2)**: 126–136.
- FAİSAL I, MATİNNA N, HEJAR AR, KHODAKARAMİ Z (2014). Why do primigravidae request caesarean section in a normal pregnancy? A qualitative Study in Iran. *Midwifery*, **30**, 227–233.
- GÖZÜKARA F, EROĞLU K (2008). İlk Doğumunu Yapmış Kadınların (Primipar) Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler. *H.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, **15(2)**:32–46.
- GÜLER ES, YANIKKEREM E (2018).Kadınların Doğum Yöntemleri Ve Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Hakkında Düşünceleri. *Sted*, **27(1)**:27-36.
- GÜLŞEN Ç, MERİH YD (2018).Doğum Sonu Dönemde Annelere Kimden Hangi Desteği Bekliyor? *KASHED*, **4(1)**:20-34.
- GÜNERİ ER S (2015). Postpartum Erken Dönem Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*; **4(3)**:482-496.
- GÜNGÖR İ, GÖKYILDIZ Ş, NAHÇIVAN NÖ (2004). Sezeryan Doğum Yapan Bir Grup Kadının Doğuma İlişkin Görüşleri ve Doğum Sonu Erken Dönemde Yaşadıkları Sorunlar. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **13(53)**:185-98.
- GÜRCÜOĞLUAE, VURAL G (2017). Annelerin Doğum Sonu Dönemde Verilen Ebelik/Hemşirelerlik Bakımından Memnuniyetleri. *Gazi Medical Journal*, **29(1)**: 34-40.
- GÜRSOY C, OK G, AYDIN D, ESER E, ERBÜYÜN K, TEKİN İ, BAYTUR Y, UYAR Y (2014). Sezaryen Olgularında Anestezi Yöntemlerinin Günlük Yaşamsal Aktivitelere Dönüş Üzerine Etkisi. *Turk j Anaest Reanim*, **42**:71-79.

- GRAFFY J, TAYLOR J (2005). What information, advice and support do women want with breastfeeding?. *Birth*, **32**: 179–186.
- HARAL G (2018). Sezaryen Ve Normal Doğum Yapan Annelere Doğum Sonu Hastanede Verilen Bakım Hizmetleri Ve Konforlarına Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- HAUCK YL, FENWICK J, DHALI WAL SS (2011). The Association Between Women's Perceptions of Professional Support and Problems Experienced on Breastfeeding Cessation: A Western Australian Study. *Journal of Human Lactation*, **27 (1)**: 49–57.
- İSİK Y, DAĞ OZ, TULMAC BO, PEK E (2016). Early Postpartum Lactation Effects Of Caserean And Vaginal Birth. *Ginekol Pol*, **87(6)**:426-430.
- JANSSEN P A, RYAN EM, ETCHES DJ, KLEİN MC, REİME B (2007). Outcomes of Planned Hospital Birth Attended by Midwives Compared with Physicians in British Columbia. *Birth*, **34(2)**: 140-147.
- KARABACAK Ü, ACAROĞLU R (2011). Konfor Kuramı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, **4(1)**:197-202.
- KARABELMP, DEMİRBAŞ M, İNCİ MB (2017).Türkiye’de ve Dünya’da Değişen Sezaryen Sıklığı ve Olası nedenleri. *Sakarya Tıp Dergisi*, **7(4)**:158-163.
- KARABULUTLU Ö (2012). Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler. *İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **20(3)**: 210-218.
- KARAKAPLAN S, YILDIZ H (2010). Doğum Sonu Konfor Ölçeği Geliştirme Çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **3(1)**:55-65.
- KARAKAPLAN S (2007). Doğum Şeklinin Annelerin Doğum Sonu Konforuna ve Yenidoğan Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi. İstanbul
- KAYA A (2011). Sezaryen Doğum Sonu Serviste Yatan Annelerin Aldıkları Hemşirelik Bakımı ile İlgili Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi. Konya
- KEOGH E, BOND FW, R&TILSTON J (2005). Comparing Acceptance and Control-Based Coping Instructions on the Cold-Pressor Pain Experiences of Healty Men and Women. *European Journal of Pain*, **9**:591-598.

- KISA S, ZEYNELOĞLU S (2016). Opinions of Women Towards Cesarean Delivery and Priority Issues of Care in the Postpartum Period. *Applied Nursing Research*, **30**:70-75.
- KOLCABA K (1991a). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Journal of Nursing Scholarship*, **23**: 237-240.
- KOLCABA K, KOLCABA R (1991b). An Analysis of Comfort. *Journal of Advanced Nursing*, **16(11)**: 1301–1310.
- KOLCABA K (1992a). Holistic Comfort: Operationalizing the Construct as a Nurse Sensitive Outcome, *Advances in Nursing Science*, **15(1)**:1-10.
- KOLCABA K (1992b). The Concept of Comfort in an Environmental Framework. *Journal of Gerontological Nursing*, **18(6)**: 33– 38.
- KOLCABA K (1994). A Theory of Holistic Comfort for Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, **19(6)**: 1178–1184.
- KOLCABA K (2001). Evolution of the Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research. *Nursing Outlook*, **49(2)**:86-92.
- KOLCABA K, WILSON L (2002). Comfort care: A Framework for Perianesthesia. *Journal of Perianesthesia Nursing*, **17(2)**:102-111.
- KOLCABA K, DIMARCO MA (2005). Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*, **31(3)**:187-194.
- KOLCABA K, TILTON C, DROUIN C (2006). Comfort Theory a Unifying Framework to Enhance the Practice Environment. *Journal of Nursing Administration*, **36(11)**:538-544.
- KOLCABA K. Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research(2003). Springer Publishing Co, New York.
- KORFALLI G. Anesteziye Temel Konular. 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi, 2003. İstanbul.
- KRONBORG H, HARDER I, HALL EO (2015). First Time Mothers' Experiences of Breastfeeding Their Newborn. *Sexual&Reproductive Health Care*, **6(2)**:82-87.
- LESLIE MS (2004). Counseling Women About Elective Cesarean Section. *J Midwifery Womens Health*, **49(2)**:155–9.

- MAZZONİ A, ALTHABE F, LIU N, BONOTTİ A, GIBBONS L, SANCHEZ A (2011). Women's Preference for Caesarean Section: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *BJOG*, **118**:391-9.
- MCGRATH P, RAY-BARRUEL G (2009). The Easy Option? Australian Findings on Mothers' Perception of Elective Caesarean as a Birth Choice After a Prior Caesarean Section. *Int J Nurs Pract* **15**(4): 271-279
- MCMAHON MJ, LUTHER ER, BOWES WA, OLSHAN AF (1996). Comparison of a Trial of Labor with an Elective Second Caserean Section. *New England Journal Medical*, **335**: 689.
- MELENDER HL (2002). Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of 329 Pregnant Women. *Birth*, **29**:2; 101-109.
- MERMER G, BİLGE A, YÜCEL U, ÇEBER E (2010). Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Destek Algısı Düzeylerinin İncelenmesi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, **1**(2): 71-76
- MİCHALUK AC (2009). Cesarean Delivery by Maternal Request: What Neonatal Nurses Need to Know. *Neonatal Netw*, **28**(3):145-50.
- MORGAN JP, HALPERN S, MC CULLOCH JL (2000). Comparasion of Maternal Satisfaction Between Epidural and Spinal Anesthesia for Elective Caesarean Section. *Can J Anesth*, **47**(10):956-961.
- MURRAY SS, MC KİNNEY SE (2014). Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing. Elsevier. 6th ed., WB Saunders Company: USA. s:386-419
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE). Postnatal Care: Routine Postnatal Care of Women and Their Babies, Nice Guideline 37. Erişim adresi: (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/resources/postnatal-care-up-to-8-weeks-after-birth-pdf-975391596997>) Erişim Tarihi: 31.07.2018.
- NEGRON R, MARTIN A, ALMONG M, BARBIERZ A, HOWELL AE (2013). Social Support During The Postpartum Period: Mothers Views on Needs Expectations and Mobilization of Support. *Maternal Child Health Journal*, **17**:616-623.
- NİLSSON C, VAN LİMBEEK E, VEHVİLÄİNEN-JULKUNEN K, LUNDGREN I (2017). Vaginal Birth After Cesarean: Views of Women from Countries with High VBAC Rates. *Qual Health Res*, **27**(3):325-40.
- OCAKÇI FA, ALPAR ECEVİT Ş. Hemşirelikte Kavram, Kuram ve Model Örnekleri İstanbul Tıp Kitabevi. 1. Baskı, 2013. İstanbul Tıp Kitabevi, Ankara, s:39-52.

- OECD (2017), Caesarean Sections Indicator. doi: 10.1787/ adc3c39f-en (Erişim Tarihi: 03 Temmuz 2019)
- OLDS SB, LONDON ML, LADEWING PW, DAVIDSON MR Maternal- Newborn Nursing& Women's Health Care. 7th Edition. Pearson Prentice Hall, 2004.s:989-1043.
- ÖZCAN Ő, ASLAN E (2015). Normal Doğumda ve Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetinin Belirlenmesi. *F.N. Hemşirelik Dergisi*, **23(1)**: 41-48.
- ÖZÇAM H, ÇİMEN G, VAR A, GÜLDAŐ A, UZUNÇAKMAK C, ÖZCAN B, ÖZYURT R (2014). Sezaryenlerde Genel ve Spinal Anestezinin Maternal Etkileri. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, **30 (3)**: 146-152.
- ÖZLÜ KZ, SOYDAN S, ÇAPIK A, APAY ES, AVŐAR G, ÖZER N, ARSLAN S (2016). Sezaryen Ameliyatı Olan Lohusalarda Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Ağrı Kontrolü Üzerine Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **19(1)**: 58-64
- PENNA L, ARULKUMARAN S (2003). Cesarean Section for Non-Medical Reasons. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, **82(3)**: 399- 409.
- PERRY ES, HOCKENBERRY MJ, LOWDERMİLLK DL (2013), Wilson D. Maternal Child Nursing Care.5th edition. Missouri, Mosby. s:483-510.
- RAHM VA, HALLGRAN A, HÖHGBERG H, HURTİG I, ODLİNG V (2002). Plasma Oxytocin Levels in Women During Labour With or Without Epidural Analgesia: A Prospective Study. *Acta Obstetric Gynecology*, **81(11)**: 1033-9.
- RYDİNG EL, LUKASSE M,PARYS SV, VANGEL AM, KARRO H, KRİSTJANSDOTTİR H, SCHROLL AM, SCHEİ B (2015). Fear of Childbirth and Risk of Cesarean Delivery: A Cohort Study in Six European Countries. *Birth Issues in Perinatal Care*, **42(1)**:48-55.
- SAYINER FD, ÖZERDOĞAN N, GİRAY S, ÖZDEMİR E, SAVCI A (2009). Kadınların Doğum Şekli Tercihini Etkileyen Faktörler. *Perinatoloji Dergisi*, **17(3)**: 104-112.
- SAYINER FD, ÖZERDOĞAN N (2009). Doğal Doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **2(3)**:143-148.
- SCAFFİDİ RM, POSMONTİER B, BLOCH JR, WİTTMANN- PRİCE R (2014). The Relationship Between Personal Knowledge and Decision Self-Efficacy in Choosing Trial of Labor After Cesarean. *J Midwifery Womens Health*, **59(3)**: 246-53.
- SERÇEKUŞ P, OKUMUŞ H (2007). Fears Associated with Childbirth Among Nulliparous Women in Turkey. *Midwery*, **25(2)**: 155-162.

- SERÇEKUŞ P, CETİSLİ NE, İNCİ FH (2015). Birth Preferences by Nulliparous Women and Their Partners in Turkey. *Sexual & Reproductive Healthcare*, **6**:182–185.
- SWORD W, WATT S (2005). Learning Needs of Postpartum Women: Does Socioeconomic Status Matter?, *Birth*, **32(2)**:81-85.
- TAŞKIN, L. (2016). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 8. Baskı. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; 462-490.
- T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI (2017). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. SB-SAGEM-1083.Ankara.
- TERZİ B, KAYA N (2017). Konfor Kuramı ve Analizi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **20(1)**:67-74.
- TEZEL A, GÖZÜM S (2005). Postpartum Dönemde Kadınlarda Görülebilen Depresif Belirtiler ve Hemşirelik Bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **62–68**.
- The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists Annual Report (RANZCOG) (2017). Caesarean Delivery on Maternal Request.
- TOKAT M, OKUMUŞ H (2013). Emzirme Öz-Yeterlilik Algısını Güçlendirmeye Temelli Antenatal Eğitimin Emzirme Öz-Yeterlilik Algısına ve Emzirme Başarısına Etkisi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*, **10 (1)**: 21-29.
- TOPÇU ÖZER, H (2011). Doğum Şeklinin Annelerin Postpartum İlk 24 Saatteki Doğum Sonu Konforuna Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- TORBE E, CRAWFORD R, NORDİN A, ACHESON N (2013). Enhanced Recovery İn Gynaecology. *The Obstetrician and Gynaecologist*, **15(4)**:263-8.
- TUTTON E, SEERS K (2004). Comfort on a Ward For Older People. *Journal of Advanced Nursing*, **46(4)**:380-389.
- TÜRKİYE NÜFUS VE SAĞLIK ARAŞTIRMALARI (TNSA). (2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara.
- TÜRKİYE ANNE, ÇOCUK ve ERGEN SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ (2017). Doğum, Ebelik ve Nüfus Politikaları Tarihçesi. Ed:Esma Sarıkaya. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı. Ankara.
- VELİOĞLU P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset, İstanbul,1999.



WALDENSTRÖM, U. RUDMAN, A. VE HILDINGSSON, I. (2006). Intrapartum and Postpartum Care in Sweden: Women's Opinions and Risk Factors for not Being Satisfied. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, **85**: 551-560.

WHO (2012) Recommendations For The Prevention and Treatment Of Postpartum Haemorrhage, Geneva. Erişim Adresi: ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf).) Erişim Tarihi: 25.08.2018)

WILSON L, KOLCABA K (2004). Practical Application of Comfort Theory in the Perianesthesia Setting. *Journal of Perianesthesia Nursing*, **19(3)**:164-173.

WILSON RD, AARON BC, STEPHEN LW, 2018. Guidelines for Antenatal and Preoperative care in Cesarean Delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations (Parts 1). *American Journal of Obstet Gynecol*.**219(6)**:523.

World Health Statistics 2014. (Erişim Adresi: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112738/9789240692671\\_eng.pdf;jsessionid=E138B76EB450B115BA8F3EF5C6118222?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112738/9789240692671_eng.pdf;jsessionid=E138B76EB450B115BA8F3EF5C6118222?sequence=1)) (Erişim Tarihi:05.01.2018)

YANIKKEREM E, GÖKER A, PİRO N (2013). Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Doğum Yöntemleri hakkındaki Düşünceleri ve Aldıkları Bakım Memnuniyeti. *Selçuk Tıp Dergisi*, **29(2)**:75-81.

YAŞAR Ö, ŞAHİN F, COŞAR E, NADİRGİL, KÖKEN G, ÇEVİRİOĞLU AS (2007). Primipar Kadınların Doğum Tercihleri ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal Gynecology Obstetri*, **7(6)**: 414 420.

YILDIZ S, SÜZEN S, HÜSEYİN CENGİZ C, DAĞDEVİREN H, KANAWATİ A (2014). Awareness and Perceptions of Turkish Women Towards Delivery Methods. *J Clin Exp Invest*, **5**:173–8.

YILMAZ M, ÖNCEL S (2009). Annelik Hüznü ile Baş Etmede Hemşirenin Rolü. *Türkiye Klinikleri Journal Nursing Science*, **1(1)**:32-8.

YÜCEL ŞÇ (2011) . Kolcaba'nın Konfor Kuramı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **27(2)**:79-88.

ZANARDO V, SVEGLIADO G, CAVALLİN F, GIUSTARDİ A, COSMİ E, LİTTA P (2010). Elective Cesarean Delivery: Does It Have a Negative Effect on Breastfeeding? *Birth-Issues in Perinatal Care*, **37(4)**, 275-279.

WHO (2015). Who Statemen on Caserean Section Rates. Erişim Adresi: ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO\\_RHR\\_15.02\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf)) (Erişim Tarihi:01.01.2018)

WILKINS C (2006). Aqualitative Study Exploring the Support Needs of First-Time Mothers on Their Journey Towards Intuitive Parenting. *Midwery*, **22(2)**: 169-180.

UNICEF (2017). Türkiye, Kaynaklar, Anne Sütü ile İlgili Gerçekler Erişim Adresi: [https://www.unicef.org/turkey/ir/\\_mc29.html](https://www.unicef.org/turkey/ir/_mc29.html). Erişim Tarihi: 20/4/2019.



## **EKLER**

### **EK-1 Onam Formu**

#### **BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU**

**Araştırmanın Adı: “Sezaryen İle Doğum Yapan Annelerde Doğum Sonu Konfor”**

**Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Başak DEMİRTAŞ HİÇYILMAZ**

**Yardımcı Sorumlu Araştırmacı: Arş. Gör. Serap ALKAŞ**

**Araştırmanın Yürütüleceği Yer: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı**

**Sayın gönüllü,**

Katıldığınız bu çalışma bilimsel nitelikte bir araştırma olup, araştırmanın konusu “Sezaryen İle Doğum Yapan Annelerde Doğum Sonu Konfor” dur. Sezaryen doğum her ne kadar basit bir operasyon olarak görülüp sıklıkla uygulanmakta olsa da anestezi ile gerçekleştirilen bir ameliyattır. Sezaryenin ameliyat olması, doğum sonu dönemde annelerin ayağa kalkma, ağrı, tuvalet ihtiyacını giderme, yorgunluk, halsizlik, kendi ve bebek bakımında zorlanma ve emzirme problemleri gibi sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır. Kadınlar doğum ağrısı yaşamamak için konforlu olduğunu düşünerek sezaryen doğumu tercih etmektedirler. Ancak yukarıda sözü edilen sorunlar annelerin doğum sonu dönemde konforlarını önemli ölçüde azaltmaktadır. Bu çalışma ile ağrısız doğumun konforlu doğum anlamına gelmediğinin, doğum sürecinde annenin konforunu etkileyen başka faktörlerin de varlığının ortaya konulması amaçlanmaktadır. Çalışma sonucunun, annelere verilen eğitim içeriklerinin, sezaryen doğumun özellikleri ve doğum sonu dönemde yaşanabilecek sorunlar hakkında gerçekçi bilgiler içerecek şekilde düzenlenmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle bu bilimsel nitelikli araştırma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda sezaryen ile doğum yapan annelerin konfor düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Bu araştırmayı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda y¼r¼tmekte olduğum y¼ksek lisans tezi kapsamında Ankara Üniversitesi Rekt¼rl¼k Etik Kurulu'ndan ve Ankara Üniversitesi Tıp Fak¼ltesi Cebeci Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndan aldığım izinle yapmaktayım. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz; size ait genel bilgilerinizi, geğmiş ve şimdiki doğumunuza ait bilgi ve deneyimlerinizi oğrenmeyi amaçlayan soruları içeren anket formundaki soruları cevaplandırmanız istenecektir. Anket formunun yanı sıra doğum sonu konforunuzu belirlemeye y¼nelik 34 adet sorunun yer aldığı Doğum Sonu Konfor oļęeęi adı verilen soru formunu doldurmanız istenecektir. Sizden telefon ve adres gibi ozel bilgilerinizi vermeniz istenmemektedir. Araştırmacı tarafından verilen formlar sadece bir kez uygulanacaktır ve formları sizin doldurmanız istenmektedir. Çalışmada yer alan formların geręeęe uygun olarak cevaplandırılması araştırma sonuğlarının bilimsel ve g¼venilir olması açısından onelmidir. Araştırmacı tarafından hazırlanan anketi cevaplamanız yaklaşık 30 dakikanızı alacaktır.

Araştırmaya katılmanız sadece sizin g¼n¼ll¼ olmanıza bağlıdır ve bu konuda hiğbir zorunluluğunuz bulunmamaktadır. Araştırmada yer almayı reddedebilir ya da herhangi bir aşamada mazeret belirtmeksizin araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiğbir oedeme yapılmayacaktır. Sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal g¼venlik kuruluşundan hiğbir ücret istenmeyecektir. Araştırma hakkında daha fazla bilgi almak için araştırıcı Arş. Gör. Serap ALKAş'a başvurabilirsiniz. Serap ALKAş'ın cep telefonu numarası: 0554 877 88 02'dir. Size ait t¼m anket bilgileri gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileri verilmeyecektir.

Araştırmanın g¼n¼ll¼ olur-onam formunu okudum/s¼zly¼ olarak dinledim. Araştırma ile ilgili istediğim t¼m ağıklamalar yeterli yapılmıştır ve t¼m sorularıma tatmin edici cevaplar verilmiştir. Araştırmaya kendi rızamla g¼n¼ll¼ olarak katılmak istiyorum.

G¼n¼ll¼n¼n Adı-Soyadı:

İmzası

Tarih:

Araştırmacının Adı-Soyadı: Arş. Gör. Serap ALKAş

İmzası

Tarih:

## **EK-2 Veri Toplama Formu**

Bu form, sezaryen ile doğum yapan annelerin doğum sonu konfor düzeylerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Bu formda size ait genel bilgilerinizi, geçmiş ve şimdiki doğumunuza ait bilgi ve deneyimlerinizi öğrenmeyi amaçlayan 42 adet soru bulunmaktadır. Soruları cevaplamanız yaklaşık 15 dakika sürecektir.

Ankete katılımınız gönüllü olmalıdır. Verdiğiniz cevaplar gizli tutulacak, yalnızca araştırma için kullanılacak, bireysel bilgileriniz kimse ile paylaşılmayacaktır. Bu nedenle anket formuna adınızı, soyadınızı ve adresinizi yazmayınız. Uygun görmemeniz halinde ankete katılmayabilir ya da anketi cevaplandırmayı sonlandırabilirsiniz. Soruların gerçeğe uygun cevaplandırılması çalışmanın bilimsel ve güvenilir olması bakımından önemlidir. Zaman ayırdığınız ve çalışmamıza katkı verdiğiniz için teşekkür ederim.

Serap Alkaş

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği

Yüksek Lisans Öğrencisi

### **A)SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER**

#### **1) Yaşınız**

1. 18-24 ( ) 2. 25-30 ( ) 3. 31-35 ( ) 4. 35 yaş üzeri ( )

#### **2) Öğrenim Durumunuz**

1.Okuryazar değil ( ) 2.Okuryazar ( ) 3. İlkokul ( ) 4.Ortaokul  
5. Lise ( ) 6. Yüksekokul-Üniversite ( ) 7. Diğer ( )

#### **3)Gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz?**

1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

#### **4) 3. soruya cevabınız "Evet" ise ne iş yapıyorsunuz?**

1. Memur ( ) 2. İşçi ( ) 3. Emekli ( ) 4. Diğer (Lütfen Yazınız).....

#### **5) Eşinizin Öğrenim Durumu**

1.Okuryazar değil ( ) 2.Okuryazar ( ) 3. İlkokul ( ) 4.Ortaokul  
5. Lise ( ) 6. Yüksekokul-Üniversite ( ) 7. Diğer (Lütfen Yazınız).....

#### **6) Eşiniz gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor mu?**

1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

**7) 6. soruya cevabınız "Evet" ise eşiniz ne iş yapıyor?**

1. Memur ( ) 2. İşçi ( ) 3. Emekli ( ) 4. Diğer (Lütfen Yazınız)..

**8) Sosyal Güvence Durumunuz**

1. Var ( ) 2. Yok ( )

**9) Aylık Gelir Düzeyini Algılama Durumu**

1. Kötü ( ) 2. Orta ( ) 3. İyi ( )

**B) ÖNCEKİ GEBELİK ve DOĞUMA İLİŞKİN ÖZELLİKLER**

**10) Bu gebelik/doğumunuzdan önce gebelik geçirdiniz mi?**

1. Hayır ( ) 2. Bir gebelik geçirdim. ( ) 3. İki ve üzeri gebelik geçirdim. ( )

**11) Bu doğumunuzdan başka doğumunuz var mı?**

1. Yok ( ) 2. Bir doğum ve üzeri ( )

(12-15. sorular arasını daha önce doğum yapmış olanlar cevaplandırıcaklardır.)

**12) Bundan önceki doğum şekliniz?**

1. Normal Doğum ( ) 2. Sezaryen Doğum ( )

**13) Bundan önceki doğum deneyiminizi nasıl tariflersiniz?**

1. Kolay bir doğum geçirdim ( )  
2. Zor bir doğum geçirdim ( ) Neden?  
( ) Doğum sırasında mahremiyetime özen gösterilmedi.  
( ) Sağlık personelinin kötü davranması  
( ) Doğumun çok ağrılı ve uzun sürmesi  
( ) Doğumda korkumu ve stresimi azaltacak destek alamamam  
( ) Diğer (Lütfen yazınız.).....

**14) Bundan önceki doğum deneyiminizi düşündüğünüzde doğum sonu dönemde sorun yaşadınız mı?**

1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

**15) 14. soruya cevabınız "Evet" ise önceki doğumdan sonra ne tür sorunlar yaşadığınızı lütfen ilgili alanların karşlarına belirtiniz.**

1. Kendinizin yaşadığı sorunlar:.....  
2. Bebek bakımı ile ilgili yaşanan sorunlar:.....  
3. Emzirme ile ilgili yaşadığınız sorunlar:.....  
4. Anestezi/Ameliyata bağlı yaşadığınız sorunlar:.....  
5. Diğer:.....

## C) ŞİMDİKİ GEBELİK VE DOĞUM İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

**16) Bu gebeliğiniz planlı bir gebelik miydi?**

1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

**17) Doğum öncesi dönemde doğum şekli konusunda bilgi aldınız mı?**

1. Evet ( ) Kimden bilgi aldınız?.....2. Hayır ( )

**18) 17. soruya cevabınız "Evet" ise nasıl bir bilgi aldınız?**

.....  
.....

**19) Doğum öncesi kontrollerinize geldiniz mi?**

1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

**20) Gebelik döneminiz boyunca sizi takip eden bir doktorunuz var mıydı?**

1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

**21) Sizin doğum şekli tercihiniz ne idi?**

1. Sezaryen doğum ( ) 2. Normal doğum ( )

**22) Doğumunuzun sezaryen ile yapılmasının nedeni ne idi?**

.....  
.....

**23) Sezaryenden hemen önce doktor veya hemşireler tarafından herhangi tıbbi bir uygulama yapıldı mı?**

1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

**24) 23. soruya cevabınız "Evet" ise hangi uygulamalar yapıldı?**

1. Lavman ( )  
2. Sonda takılması ( )  
3. Serum takılması ( )

**25) Size bildirilen saatte mi sezaryene alındınız?**

1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

**26) Sezaryende kullanılan anestezi türü?**

1. Spinal/Epidual Anestezi ( ) 2. Genel Anestezi ( )

**27) Doğum sonu dönemde destek kaynaklarınızı lütfen belirtiniz?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

1. Eşim ( )  
2. Annem/Kayınvalidem/Kardeşim ( )  
3. Arkadaşım ( )  
4. Hemşire /Ebe ( )  
5. Hiç kimse ( )  
6. Diğer (Lütfen yazınız.).....

**28) Doğum sonrası bakım ile ilgili hemşirelerden herhangi bir bilgi aldınız mı?**

1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

(29.-30.soruları doğum sonrası bakım konusunda bilgi alanlar cevaplandırıcaklardır.)

**29) Hangi konularda bilgi aldınız?**

1. Ağız sütünün yenidoğan için faydaları ( )
2. Emzirmenin anne ve bebek için yararları ( )
3. Bebeğin meme başına doğru yerleştirilmesi ( )
- 4.Meme ucu çatlağı bakımı ( )
- 5.Anne sütünün yeterliliğinin değerlendirilmesi ( )
6. Süt sağma teknikleri ( )
7. Emzirme süresi ve sıklığı ( )
8. Kişisel bakım ( )
9. Bebek bakımı ( )
10. Doğum sonu rahmin toparlanması için karın bölgesine masaj yapılması ( )
11. Ped değişimi ve temizlik ( )
12. Diğer (Lütfen yazınız).....

**30) Sizce size verilen bilgi yeterince açık ve anlaşılır mıydı?**

1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

**31) Doğumdan sonra bebeğinizi emzirdiniz mi?**

1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

**32) 31. soruya cevabınız "Evet" ise doğumdan ne kadar zaman sonra bebeğinizi emzirdiniz?**

1. 30 dk. -1saat içinde ( ) 2. İki saat sonra ( ) 3. Diğer (Lütfen Yazınız).....

**33) Doğum sonrası dönemde sorun yaşıyor musunuz?**

1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

(34. ve 35. soruları doğum sonu dönemde sorun yaşayanlar cevaplandırıcaktır.)

**34) Doğumdan sonra ne tür sorunlar yaşadığınızı lütfen ilgili alanların karşlarına belirtiniz.**

1. Kendinizin yaşadığı sorunlar:.....
2. Bebek bakımı ile ilgili yaşanan sorunlar:.....
3. Emzirme ile ilgili yaşadığınız sorunlar:.....
- 4.Anesteziye bağlı yaşadığınız sorunlar:.....
5. Diğer:.....



**35) Yaşadığınız sorun/sorunlar ile ilgili hemşirelere ulaşabildiniz mi?**

1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

**36)35.soruya cevabınız "Hayır" ise hemşirelere ulaşamama nedeniniz ne idi?**

.....  
.....

**37) Doğum sonrası dönemde hemşirelerden yardım aldınız mı?**

1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

**38) 37.soruya cevabınız "Evet" ise hemşirelerden hangi konuda/konularda yardım aldınız? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)**

1. Bebeğin memeye doğru şekilde yerleştirilmesi ( )

2. Bebeğimi kucağıma alma ( )

3. Emzirme pozisyonları ( )

4. Meme bakımı ( )

5. Pedlerin takibi ( )

6. Ağrının giderilmesi ( )

7. Ayağa kalkma ( )

8. Giyinme ( )

9. Kendi beden temizliğine yönelik ihtiyaç ( )

10. Bebek Bakımı ( )

11. Diğer (Lütfen yazınız.).....

**39) Aldığınız yardımın size faydası oldu mu?**

1. Evet ( ) 2. Hayır ( )

**40) 39. soruya cevabınız "Evet" ise nasıl bir faydası oldu?**

.....  
.....

**41) Kaç kişilik odada kalıyorsunuz?**

1. Tek Kişilik ( ) 2. İki Kişilik ( ) 3. Üç kişi ve üzeri ( )

4. Diğer ( )

**42)Doğum sonu dönemde bakım aldığımız kliniğin özelliklerini nasıl değerlendirirsiniz?**

	KÖTÜ	ORTA	İYİ
Gürültü			
Isınma			
Işık			
Mahremiyet			
Güvenlik			
Temizlik			

### EK-3 Doğum Sonu Konfor Ölçeği

#### DOĞUM SONU KONFOR ÖLÇEĞİ (DSKÖ)

**YÖNERGE:** Aşağıda şu andaki rahatlık durumunuzu tanımlayan bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifade için “tamamen katılıyorum”dan “kesinlikle katılmıyorum”a kadar giden beş seçenek vardır. Lütfen şu andaki rahatlık durumunuzu en iyi ifade eden seçeneği belirtiniz.

	<b>İTEMLER VE İFADELENDİRME</b>	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1.	Bebeğimi rahatlıkla kucağıma alıp iletişim kurabiliyorum					
2.	Doğumdan sonra kendimi rahatlamış hissediyorum					
3.	Mahremiyetimi rahatlıkla koruyup sürdürebiliyorum					
4.	Şu andaki durumumla başa çıkamamak beni bunaltıyor					
5.	Bebeğim yanımda olduğunda kendimi daha rahat hissediyorum					
6.	Karımdaki gerginlik ve gaz beni rahatsız ediyor					
7.	Kendimi çok mutlu hissediyorum					
8.	Kanamam ve pet değişiminde sıkıntı yaşamam beni rahatsız ediyor					
9.	Doğumdan sonra sosyal hayatımın ve işimin etkileneceği kaygısını yaşıyorum					
10.	Çok kederli ve alınganım, sürekli ağlamak istiyorum					
11.	Ağrıyla başa çıkabiliyorum, beni rahatsız etmiyor					
12.	Baş dönmeleri beni rahatsız ediyor					
13.	Kendimi çok yorgun hissediyor ve sürekli uyumak istiyorum					
14.	Kendimi rahat hareket edebilecek kadar iyi hissediyorum					
15.	Sağlığım ve yapılacak işlemler hakkında bilgi verilmesi beni rahatlatıyor					
16.	Kolumda serum, iğne olması beni rahatsız ediyor					

17.	Epizyotomi / ameliyat bölgesiyle ilgili rahatsızlık hissediyorum					
18.	Eşim ve bebeğimle daha çok birlikte olmak beni rahatlatıyor					
19.	Önemli ve değerli olduğumu hissediyorum					
20.	Bebeğimin bakımıyla ilgilenilmesi beni rahatlatıyor					
21.	Bebeğimi emzirmede sorun yaşıyorum					
22.	Kendimle ilgili tüm sorularıma yanıt bulabileceğim bir rehber/kitapçığa ihtiyaç duyuyorum					
23.	Eşimin iyi bir baba olabileceği düşüncesi beni rahatlatıyor					
24.	Rahat uyuyup dinlenebiliyorum					
25.	İhtiyacım olan bakımı almam beni rahatlatıyor					
26.	Bebeğime bakım vermede zorlanıyorum					
27.	Maddi sıkıntı yaşayacağımız endişesini taşıyorum					
28.	Hastanede verilen yemekler çok kötü yiyemiyorum					
29.	Bebeğim ve/veya diğer çocuklarımla yeterince ilgilenemeyeceğim kaygısını yaşıyorum					
30.	Banyo/duş yapamamak beni rahatsız ediyor					
31.	Eşimin ilgi, sevgi ve desteğini hissediyorum					
32.	Doğum sonu dönemde yaşayabileceklerim ve yapmam gerekenler konusunda yeterli bilgiye sahibim					
33.	Tuvaletlerin kirli olması beni rahatsız ediyor					
34.	Bebeğimle ilgili tüm sorularıma yanıt bulabileceğim bir rehber/kitapçığa ihtiyaç duyuyorum					

**Yapılan geçerlilik-güvenilirlik çalışması sonucu çevresel konforu ölçen aşağıdaki maddelerin ölçekten çıkarılması durumunda kalınmıştır. Ancak, ölçek içinde olmasa da ayrı olarak sorgulanarak çevresel konforun da değerlendirilmesinde yarar görülmektedir.**

- Kendimi güvende hissediyorum
- Yattığım yatak çok rahatsız
- Özel eşyalarım için yeterli alan yok, sıkıntı yaşıyorum
- Bulduğum ortamdan/odadan (ısı, hava, koku, temizlik, gürültü, ışık v.s.) memnunum
- Yakınlarım/arkadaşlarım beni rahatlıkla ziyaret edebiliyor ve telefonla ulaşabiliyorlar
- Odada başka hasta ve yakınlarının olması beni rahatsız etmiyor

## EK-4 Etik Kurul Kararı



**GİZLİ**

T.C  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Etik Kurulu Başkanlığı

29 Mayıs 2019

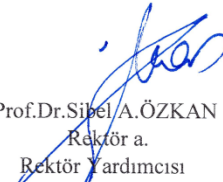
Sayı : 56786525-050.04.04 / 35628  
Konu : Etik Kurul Kararı Hakkında

Sayın Serap ALKAŞ  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

İlgi: 17/04/2018 tarihli başvurunuz.

“Sezeryan İle Doğum Yapan Annelerde Doğum Sonu Konfor” başlıklı tez çalışması ile ilgili olarak Ankara Üniversitesi Etik Kurulununun 14/05/2018 tarihli toplantısında alınan 08/115 sayılı kararın bir örneği ilişikte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

  
Prof.Dr.Sibel A.ÖZKAN  
Rektör a.  
Rektör Yardımcısı

EKLER:  
Karar Örneği (1 sayfa)

**GİZLİ**

Ankara Üniversitesi Rektörlüğü 06100 - Tandoğan/ANKARA  
Telefon : 0 (312) 60 40 / 2101  
Faks : 0 (312) 212 60 49

Ayrıntılı Bilgi İçin

## EK-5 Kurum İzni



T.C.  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı  
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı



Sayı : 12405952-302.01.08-E.33026

04.07.2018


Konu : Serap ALKAŞ'ın tez çalışması izni hk.

### SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 19.06.2018 tarihli ve 23757613-302.01.08-E.6836 sayılı yazımız.

İlgi sayılı yazımız ile gönderilen Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Serap ALKAŞ'ın "Sezaryen İle Doğum Yapan Annelerde Doğum Sonu Konfor" adlı tez proje çalışmalarını Anabilim Dalımızda yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

 e-imzalıdır

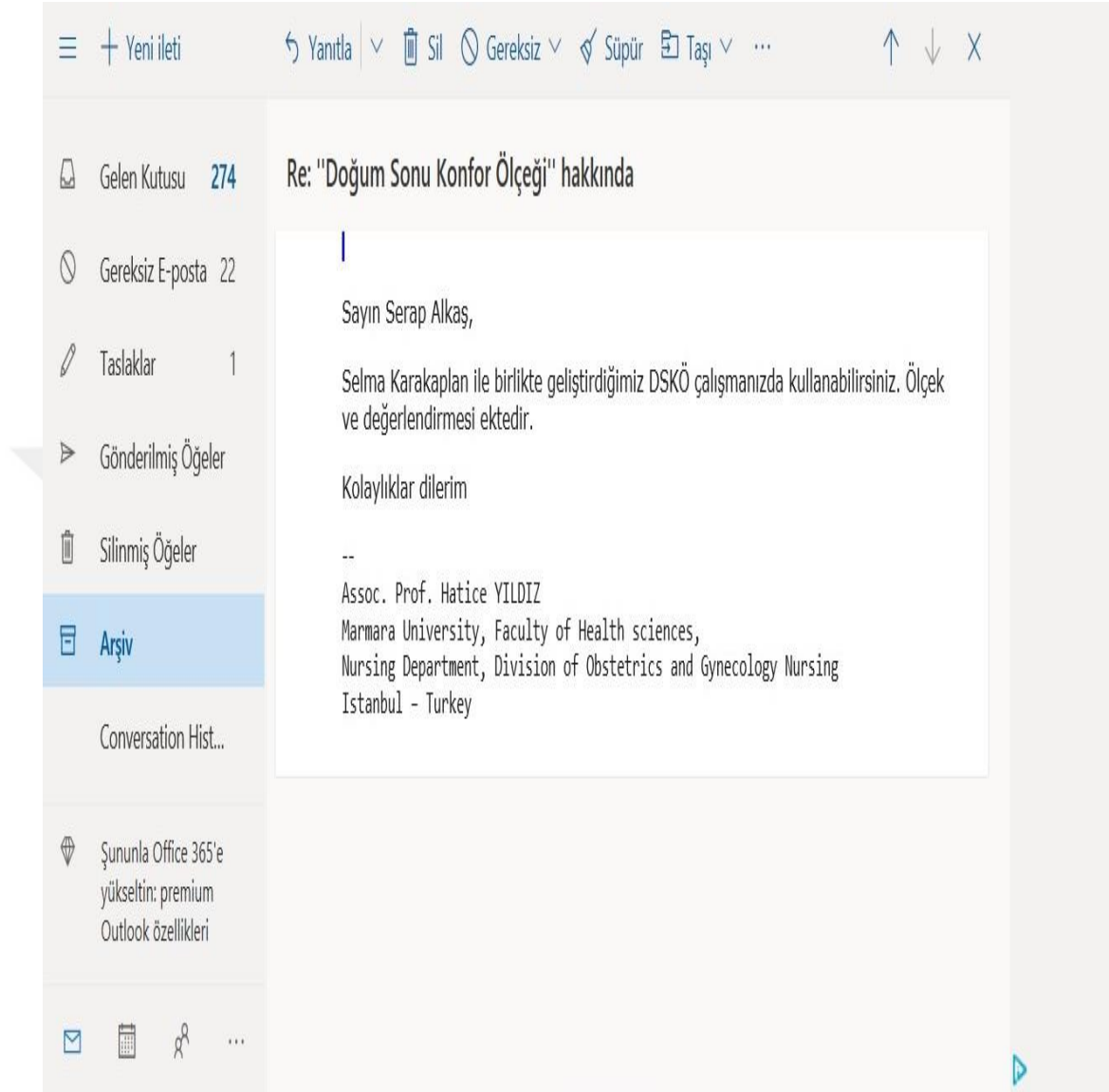
Prof. Dr. Feride SÖYLEMEZ  
Anabilim Dalı Başkanı

Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Balkıraz Mahallesi 06620 Mamak/ANKARA  
Telefon No: 0312 320 35 50 Belgegeçer No: 0312 320 35 53  
e-posta: kadindog@medicine.ankara.edu.tr internet adresi: -

Bilgi için:Derya ALHAN  
MEMUR

## EK-6 Ölçek Kullanım İzni



The screenshot shows an Outlook email interface. The top bar includes navigation icons and a search bar. The left sidebar shows the 'Arşiv' (Archive) folder selected. The main content area displays an email with the subject 'Re: "Doğum Sonu Konfor Ölçeği" hakkında'. The email body contains the following text:

Sayın Serap Alkaş,

Selma Karakaplan ile birlikte geliştirdiğimiz DSKÖ çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçek ve değerlendirmesi ektedir.

Kolaylıklar dilerim

--

Assoc. Prof. Hatice YILDIZ  
Marmara University, Faculty of Health sciences,  
Nursing Department, Division of Obstetrics and Gynecology Nursing  
Istanbul - Turkey

## ÖZGEÇMİŞ

### I-Bireysel Bilgiler

**Adı** : Serap  
**Soyadı** : Alkaş  
**Doğum Yeri ve Tarihi** : Ankara, 08.05.1987  
**Uyruğu** : T.C.  
**Medeni Durumu** : Evli  
**İletişim Adresi ve Telefonu** : Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü Ankara. İş Tel: 0312 139 50  
18

### II- Eğitimi

**Yüksek Lisans** : Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelik Anabilim Dalı (2016-...)  
**Lisans** : Gazi Üniversitesi Kastamonu Sağlık Yüksekokulu  
Hemşirelik Bölümü (2005- 2009)  
**Yabancı Dil** : İngilizce

### III- Ünvanları

**Arş. Gör.** : (2017-Halen)

### IV- Mesleki Deneyimi

**Hemşire** : Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk  
Hastanesi(2009-2017)  
**Araştırma Görevlisi** : Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü (2017- 2018)  
Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü (2018-...)

## **V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar**

Çocuk Hemşireleri Derneği

Onkoloji Hemşireleri Derneği

## **VI- Bilimsel İlgi Alanları**

### **Yayınları**

#### **Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan Bildiriler:**

1. ERGÖL ŞULE, ALKAŞ SERAP,GÜNEŞ AYLİN (2017). Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin İlk Cinsel Deneyime İlişkin Düşünceleri. 5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3798700)
2. ERGÖL ŞULE, GÜNEŞ AYLİN,ALKAŞ SERAP (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Cinselliğe İlişkin Veri Toplamada Karşılaştıkları Güçlükler. 5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3798647)
3. ERGÖL ŞULE, GÜNEŞ AYLİN,ALKAŞ SERAP (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Algılanan Duygusal İstismar Düzeyi ve Flört Şiddeti İlişkisinin İncelenmesi. Uluslararası 3. Adli Hemşirelik 2. Adli Sosyal Hizmet I. Adli Gerontoloji Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)(Yayın No:3799116)
4. ERGÖL ŞULE, ALKAŞ SERAP,GÜNEŞ AYLİN (2017). Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinde Şiddetin Tanılanmasında Hemşirenin Sorumlulukları. Uluslararası 3. Adli Hemşirelik 2. Adli Sosyal Hizmet I. Adli Gerontoloji Kongres (Özet Bildiri/ Sözlü Sunum)(Yayın No:3799202)

## **VII- Bilimsel Etkinlikleri**

### **VIII- Diğer Bilgiler**

1. Serviks Kanseri Farkındalık Paneli, Serviks Kanseri EpidemiyolojisiServiks Kanseri Korunma YollarıServiks Kanseri TedavisiHPV Aşısı, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Değerlendirme, 18.01.2018 -18.01.2018 (Ulusal)
2. Ürojinekoloji Hemşireliği Sempozyumu, Ürojinekoloji Hemşireliği Tanımı ve Dünyadaki DurumuPelvik Taban BozukluklarıMedikal ve Cerrahi TedavilerKorunma Yolları ve Hemşirenin Rolü, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Değerlendirme, 21.04.2017 -21.04.2017 (Ulusal)
3. Jineonkoloji Hemşireliği Kursu, Jinekolojik Kanserler, Ufuk Üniversitesi, Kurs, 28.09.2017 -29.09.2017 (Ulusal)