

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
KADIN SAĞLIĞI, HASTALIKLARI VE DOĞUM HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**DOĞUM SONU HEMŞİRELİK BAKIMININ
DEĞERLENDİRİLMESİNDE ÖLÇEK GELİŞTİRİLMESİ
VE UYGULANAN BAKIM YÖNTEMİNİN (PATHWAY)
ETKİLERİNİN BELİRLENMESİ**

T 91461

Hatice YILDIZ ERYILMAZ

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Hediye ARSLAN

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

İSTANBUL

1999

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Doktora öğrencisi Hatice YILDIZ ERYILMAZ'ın çalışması jürimiz tarafından Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora tezi olarak uygun görülmüştür.

İMZA

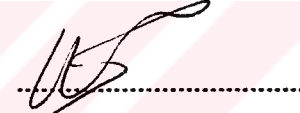
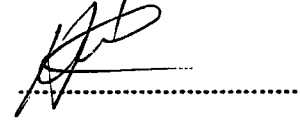
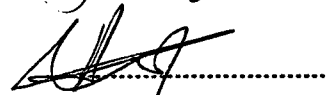
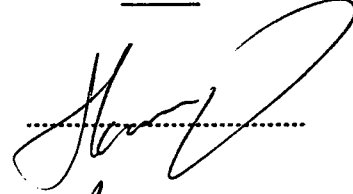
Tez Danışmanı : Prof.Dr.Hediye ARSLAN
Üniversitesi : Marmara

Üye : Prof.Dr.Anahit COŞKUN
Üniversitesi : İstanbul

Üye : Doç.Dr.Hacer KARANİSOĞLU
Üniversitesi : İstanbul


Üye : Doç.Dr.Nuran KÖMÜRCÜ
Üniversitesi : Marmara

Üye : Doç.Dr.Nurdan TEKİN
Üniversitesi : Marmara



ONAY

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 08./04./1999 tarih ve ...2... sayılı kararıyla onaylanmıştır.


Prof.Dr. Sevim ROLLAS
MÜDÜR

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER DİZİN	iv
ÖZET	vi
SUMMARY	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Kadın Sağlığı ve Etkileyen Faktörler	1
1.2. Sağlık Bakım Sistemleri İçinde Doğum Sonrası Bakım ve Kadın Sağlığı	5
1.3. Doğum Sonu Bakım Hizmetinin Önemi	7
1.4. Araştırmanın Amacı	8
1.5. Araştırmanın Hipotezleri	8
2. DOĞUM SONU DÖNEM VE ADAPTASYON	9
2.1. DS Dönemin Tanımı	9
2.2. DS Adaptasyon	9
2.2.1. DS Fizyolojik Adaptasyon	9
2.2.2. DS Psikolojik Adaptasyon	17
2.2.3. Rol Adaptasyonu	18
3. DOĞUM SONU HEMŞİRELİK BAKIMI	21
3.1. DS Dönemde Hemşirelik Bakımının Amacı	21
3.2. DS Hemşirelik Bakımı Sonucunda Ulaşılmak İstenen Hedefler	21
3.3. DS Değerlendirme	22
3.4. DS Bakım Kriterleri ve Hemşirelik Uygulamaları	25
4. GEREÇ VE YÖNTEM	42
4.1. Araştırmanın Şekli	42
4.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri	42
4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	42
4.4. Veri Toplama Araçları	43
4.4.1. Doğum Sonu Hemşirelik Bakımını Değerlendirme Ölçeği (DSHBDÖ) Geliştirme Çalışmaları	43
4.4.2. Bilgi Formları	47
4.5. Verilerin Toplanması	48
5. BULGULAR	52
5.1. Demografik ve Gebelik Dönemine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular	52
5.2. Doğum Sonrası Özelliklerine İlişkin Bulgular	58
5.3. Doğum Sonu Hemşirelik Bakımı ve DSHBDÖ Puanlarına İlişkin Bulgular	66
5.4. DS 8 Haftalık Döneme İlişkin Bulgular	85

6. TARTIŞMA	97
6.1. Demografik ve Gebelik Dönemine İlişkin Tanımlayıcı Bulguların Tartışması	97
6.2. Doğum Sonrası Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışması	98
6.3. Doğum Sonu Hemşirelik Bakımı ve DSHBDÖ Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	101
6.4. Doğum Sonu Sekiz Haftalık Döneme İlişkin Bulguların Tartışılması	106
7. SONUÇ	117
KAYNAKLAR	122
EKLER	131
EK-1: Doğum Sonu Hemşirelere Verilen Eğitim Materyali	
EK-2: Doğum Sonu Hemşirelik Bakımını Değerlendirme Ölçeği	
EK-3: Doğum Sonu Bakım Yöntemi (Pathway) Formu	
EK-4: Veri Toplama Araçları	
4.1. Bilgi Formu	
4.2. Doğum Sonu Sorun/Kaygı Anketi	
4.3. Annelerin Doğum Sonu Aldıkları Bakıma Yönelik Görüşlerini Değerlendirme Anketi	
4.4. Doğumdan 8 hf. Sonra Anneleri Değerlendirme Anketi	
4.5. Doğum Sonu Anne ve Bebek Sağlığı Broşürü	
BİYOGRAFİ	

ÖZET

Araştırma, DS Bakım yöntemi (pahtway) ile verilen hemşirelik bakımını değerlendirmek ve bu bakım yönteminin DS 8 haftalık dönemde annelerin kendi ve bebek bakımıyla ilgili fonksiyonel durumlarına olan etkilerini belirlemek amacıyla deney-sel olarak planlanmıştır.

Araştırmanın örneklemi; SB Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesinin II. kat DS servisinde yatan normal doğum yapmış toplam 100 primipar anne oluşturmuştur. Önce Ekim-Kasım 1997’de kontrol grubu (50), sonra Şubat-Mart 1998 tarihleri arasında deney grubunu (50) oluşturan vakalar alınmıştır.

Çalışmamızda, deney grubundaki annelere, araştırmacı tarafından oluşturulan ve hemşirelerin uyguladığı DS bakım yöntemi (Pathway) ile bakım verilmiş, kontrol grubundaki annelere hastanedeki mevcut şartlar dışında bir şey yapılmamıştır. İki gruba verilen bakımın değerlendirilmesinde; araştırmacı tarafından geliştirilen “Doğum Sonu Hemşirelik Bakımını Değerlendirme Ölçeği” (DSHBDÖ) kullanılmış ve annelere taburcu olmadan önce diğer formlarla birlikte uygulanmıştır. DS 8 haftalık döneme ait veriler telefon görüşmeleriyle anket formu doldurularak alınmıştır. Verilerin analizinde; yüzdelik, ki-kare, tek ve çift yönlü varyans analizi, t-testi, pearson korelasyon testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Araştırmada; deney ve kontrol grubundaki annelerin demografik ve gebelik ile ilgili değişkenleri arasında benzer özellikler saptanmıştır.

DS hemşirelik bakımını; hizmeti alan anneler ve bakımı veren hemşireler açısından iki yönlü değerlendirebilmeyi sağlamak amacıyla geliştirilen DSHBDÖ’nin geçerlilik güvenilirlik çalışmasında, hemşirelerle ilgili cronbach alpha= .96, annelerle ilgili cronbach alpha= .88 olarak bulunmuştur.

Deney ve kontrol grubundaki annelerin; DSHBDÖ toplam, bakım ve eğitim alt boyut puanları arasında, annelerin DS yattıkları serviste aldıkları hemşirelik bakımı, eğitimi ve hemşirelerin davranışlarına yönelik düşüncelerinin tümünde ve DS aldıkları hemşirelik bakımına ve memnuniyetlerine verdikleri puanlarda deney grubu lehine gruplar arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.0001$).

DS 8 haftalık dönemde, annelerin kendi ve bebek bakımıyla ilgili hemşirelerden/broşürden aldıkları bilgileri kullanma, epizyotomi ile ilgili sorun yaşama, kontraseptif kullanma ve DS kontrole gitme gibi davranışlarda ve annelerin bebekleriyle ilgili olarak; bebek bakımında sorun yaşama, aşılar ve sağlam çocuk kontrollerine başlama gibi konularda her iki grup arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p<0.05$; $p<0.01$).

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda; DS standart bir bakım planının ve özellikle DS eğitimin önemi vurgulanmış ve geliştirilen DSHBDÖ’nin klinik alandaki DS bakımı değerlendirmede güvenilir bir araç olduğu önerilmiştir

Anahtar Kelimeler: DS hemşirelik bakımı, DSHBDÖ, DS bakım yöntemi (pathway), DS 8 haftalık dönem.

SUMMARY

The research has been experimentally planned to evaluate nursing care given with postpartum care method (pathway) and the effects of this method, during the postpartum 8 week period, on mother's functional status in respect to themselves and their babies care.

The sampling of the research was 100 primiparas mother, who had normal births and were staying in the postpartum unit on the second floor at the Zeynep Kamil Maternity and Children's State Hospital 50 mother in the control group studied during October and November 1997 and 50 mother in the experimental group studied during February and March 1998.

In the study, the experimental group of mothers were taken care of according to the norms of the postpartum care method, which was prepared by the researcher and which nurses were responsible for rendering. The control group, however received nothing more than the usual care. The Postpartum Nursing Care Evaluation Tool (PPNCET) developed by the researcher was used for the evaluation of the care received by the both groups, and together with other forms, were applied on mothers before being discharged. The data obtained at the end of the postpartum 8 week period were based on a questionnaire filled out on the telephone. In data analyses, pearson correlation test, Kruskal Walls, t-test, single and double direction variance analysis, q square, and percentage test methods were used.

In the research, it was determined that there were common characteristics between mother's demographic and maternal variations in both groups.

The Postpartum Nursing Care Evaluation tool was designed to make a two-side evaluation of the postpartum nursing care from the point of the mothers receiving the care and the nurses giving it. The validity and reliability of the tool revealed the fact that the cronbach alpha for nurses was .96 and it was .88 for mothers.

The total PPNCET score, care and education subdimensional points scores, nursing care education given by nurses and satisfaction regarding to these were significantly different between two groups in favour of the experimental group ($p < 0.001$).

During the 8 week postpartum period other significant differences ($p < 0.05$, $p < 0.01$) were determined between the two group concerning;

- the way mothers made use of the instructions in the brochures and those given by the nurses on how to care for themselves and their babies.
- their problems about episiotomy and their use of contraceptives, adherence to their rutin postpartum control appointments
- the problems they face with regard to the care of their babies
- matters like vaccinations and commencement of health child-check

Considering all the facts overall, the importance of a standard Postpartum care plan, and especially a education has been emphasized, and it is concluded that the tool developed during the process is an effective method of evaluating a postpartum care clinically

Key words: Postpartum nursing care, PPNCET, Postpartum care method (pathway), postpartum 8 week period.

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çiz.No	Başlık	Sayfa
1	Deney ve Kontrol Grubundaki Annelerin Demografik Verileri	52
2	Deney ve Kontrol Grubundaki Annelerin Gebelik Dönemine İlişkin Verileri	54
3	Annelerin Gebeliğinde Doğum Sonuna (DS) İlişkin Bilgi Alma ve DS Destek Kişilerin Varlığına Göre Dağılım	56
4	Deney ve Kontrol Grubundaki Annelerin Doğuma ve Emzirmeye İlişkin Verileri	58
5	Deney ve Kontrol Grubundaki Annelerin Hastanede Kaldıkları Süre İçerisindeki Deneyimleri	60
6	Deney ve Kontrol Grubundaki Annelerin DS Kendisi ve bebeğiyle İlgili Sorun/Kaygı Yaşama ve Konuya İlişkin Hemşirelerden Yeterli Destek Alma Durumu	62
7	Annelerin Emzirmeye İlgili Sorun/Kaygı Yaşama Durumları İle Emzirmeyi Başarıyla Sürdürmeye Yönelik Düşünceleri	64
8	Annelerin, Daha Önce Çocuk Bakımı Deneyimleme Durumları ile DS Bebeğini Tutma, Kucağa Almada Sorun/Kaygı Yaşama durumu	64
9	Annelerin DS Aldıkları Hemşirelik Bakımı, Bilgi ve Yaklaşımla İlişkin Düşünceleri	66
10	Annelerin DS Servis Hemşirelerinden Gördükleri Mesleki Yaklaşımların Dağılımı	69
11	Deney ve Kontrol Grubunda DSHBDÖ Puan Ortalamaları	70
12	Deney ve Kontrol Grubundaki Annelerin DS Aldıkları Hemşirelik Bakımı ve Eğitimiyle İlgili Maddelerin DSHBDÖ Göre Puan Ortalamaları	71
13	DSHBDÖ İle Annelerin DS Aldıkları Hemşirelik Bakımına Verdikleri Puanlar Arasındaki İlişki	73
14	DSHBDÖ İle Annelerin Aldıkları Bakıma İlişkin Memnuniyetlerine Verdikleri Puanlar Arasındaki İlişki	73
15	Annelerin DS Hemşirelik Bakımına Verdikleri Puan İle Bakıma Yönelik Memnuniyete Verdikleri Puanların İlişkisi	74
16	DSHBDÖ Puanlarının Annelerin Eğitim Durumlarıyla İlişkisi	74
17	Annelerin Hemşirelerden Aldıkları Bakım, Bilgi ve Davranışlara Yönelik Düşüncelerinin, Bakım ve Memnuniyete Verdikleri Puanlarla İlişkisi	76
18	Annelerin Servis Hemşirelerinden Beklediği İlgi ve Yaklaşımı Görme Durumları İle DSHBDÖ Puanı İlişkisi	77
19	Annelerin, Diğer Anne ve Bebeklerin Hemşirelerden Gerekli Bakım ve Bilgiyi Almalarına Yönelik Düşüncelerinin, DSHBDÖ Puanlarıyla İlişkisi	78
20	Annelerin Kendi ve Bebeği Hakkında Hemşirelerin Yeterli Bilgiye Sahip Olup Olmadıklarını Hissetme Durumu İle DSHBDÖ Puanlarının İlişkisi	79

21	Annelerin, Kendi ve Bebek Bakımında Desteklenip, Cesaretlendirilme Durumunun DSHBDÖ Puanlarıyla İlişkisi	80
22	Annelerin, Kendi ve Bebek Bakımı Hakkında Bilgi Alma, Güvenlerinde Artma Durumunun DSHBDÖ Puanlarına Etkisi	81
23	Hemşirelerin Annelerle Konuşmak, Sorularını Yanıtlamak İçin Zaman Ayırma Durumları ile DSHBDÖ Puanlarının İlişkisi	82
24	Hemşirelerin, Anne ve Bebeklerine Anlayışlı Sevecen Davranma Durumunun, DSHBDÖ Puanlarına Etkisi	83
25	Annelerin DS 8 Haftalık Dönemde Bebek Bakımında Sorun/Sıkıntı Yaşama Durumlarının, DSHBDÖ Puanlarıyla İlişkisi	84
26	DS 8 Haftalık Döneme İlişkin Annelere Ait Veriler	85
27	Deney ve Kontrol Grubundaki Annelerin, Eğitim Düzeyleri İle DS Kontraseptif Yöntem Kullanmaya Başlama Durumu	89
28	DS 8 Haftalık Dönemde Bebek Bakımına İlişkin Veriler	90
29	Annelerin Kendi ve Bebek Bakımıyla İlgili Bilgi Alma, Güvenlerinde Artma Durumu İle DS Çocuk Bakımında Sorun Yaşamaları	93
30	Annelerin Emzirmede Sorun Yaşamaları İle DS 8 Haftalık Dönemde Emzirme Durumları	93
31	Deney ve Kontrol Grubundaki Annelerin, Eğitim Düzeyleri ile DS Dönemde Bebeklerin Sağlam Çocuk Kontrollerini Yaptırma Durumu	95

1. GİRİŞ

1.1. Kadın Sağlığı ve Etkileyen Faktörler

İnsanlığın varoluşundan bu yana toplumun ana unsuru olan kadınlar, dünya nüfusunun ortalama yarısını oluşturmasına karşın, sosyal ve sağlık statüsünde en çok değişmelere uğrayan ve problemler yaşayan bir nüfustur (22,30).

Kadın sağlığının dünyada özellikle de gelişmekte olan ülkelerde iyi durumda olmaması ülkelere ve uluslararası düzeyde konuya verilen önem ve önceliğin artırılarak sürdürülmesi gereğini ortaya koymaktadır. Sağlığın iyi olması bireye; toplum içinde aktif rol alma, potansiyellerini en üst düzeye çıkarma, kültürel, sosyal ve ekonomik yönden gelişmiş bir insan olma gücü verir. Korunması ve geliştirilmesi açısından sağlıklı toplumlar için önemli bir yatırım olan kadın sağlığına sadece bireysel değil, sosyal ve ekonomik boyutlardan da bakıldığında, toplumsal açıdan önemi daha iyi görülebilir (6,10,17,21,22,58,80,107,111,134,136).

Toplumda önemli görevleri üstlenen kadının öncelikle sağlıklı, eğitilmiş, kültürlü ve sosyal statüsünün yüksek olması gerekmektedir. Yapılan araştırmalar; eğitimin, annenin kendi ve çocuklarının sağlığının korunması ve yükseltilmesinde, sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmada, kadının aile ve toplumdaki statüsünün yükseltilmesinde, bireysel özgürlüğünü ve özgüvenini sağlamada belirleyici bir faktör olduğunu ortaya koymuştur. Dünyada okur-yazar olmayan her 3 kişiden 2 si kadındır, 130 milyon çocuk ilköğretimden yoksundur ve bunun 90 milyonu da kız çocuğudur. Türkiye'de kadının eğitimini engelleyen hiç bir yasal düzenleme bulunmamakla birlikte, yetişkin okuma yazma oranı 1990 verilerine göre Kadınlarda % 72 Erkeklerde % 89 iken UNICEF 1999 un verilerine göre de erkeklerde % 92 ve kadınlarda ise yine aynı orandadır (% 72). Ülkemizde, üreme dönemindeki 3 kadından biri okur - yazar değildir ve ortaokula kayıt durumuna bakıldığında oranın erkek çocuklarda %74 kız çocuklarında % 48 olduğu görülmektedir (6,10,23,34,58,111,117,118,122,123,138,).

Kadının sağlık düzeyinin belirlenmesinde en önemli ölçütlerden biri olan toplumsal statüsü; kadınların yaşamında tamamen fizyolojik ve normal bir durum olarak kabul edilen gebelik, doğum ve doğum sonu (DS) dönemlerde ortaya çıkan ve zaman zaman anne veya bebek kaybı ile sonuçlanan sağlık sorunlarının belirleyici faktörleriyle yakından ilişkilidir ve anne ve çocuk ölümlerinin yüksek olduğu bölgelerde genellikle kadının statüsünün düşük olduğu görülmüştür. Bu durum kadının sağlıkla ilgili sorunlarının sadece tıbbi açıdan değil, toplumsal statüsünün yükseltilmesi açısından da ele alınması ve toplumdaki sosyokültürel, ekonomik konumu içerisinde değerlendirilmesi gereğini ortaya koymaktadır (10,16,22,23,24,34,40,46,58,80,84,107,111,117,139,).

Türkiye'de değişen sosyal, ekonomik ve kültürel etmenlere karşın değişmeyen kadın olma gerçeği, kadının tüm toplumsal statüsünü belirlemekte ve etkilemektedir. Kadının statüsünün yükseltilmesi; ekonomik, sosyo-kültürel durumunu, öz güvenini, aile içindeki konumunu olumlu yönde etkileyerek, yaşamının tüm yönlerine ilişkin özellikle

de cinsellik ve üreme konularında karar verme yeteneğini de geliştirecektir (21,24,40,46,58,84,85,111,139).

1985 yılında, Birleşmiş Milletlerin Kadınlara karşı her türlü ayrımcılığın önlenmesi sözleşmesi ile Pekin' deki sözleşmeyi onaylayan ülkemiz; özellikle sağlık, siyasal, sosyal, ekonomik ve kültürel alanlarda olmak üzere kadının gelişimi ve ilerlemesini sağlayıcı önlemleri almak, anneliğin toplumsal bir işlev olarak algılanması, çocukların yetiştirilmesi ve gelişiminde kadın ve erkeğin ortak sorumluluğunu öngören anlayışa dayalı bir aile sağlamayı kabul etmiş ve ayrıca, aile planlaması (AP) konusunda bilgi, danışma hizmetleri ve kadınların sağlık hizmetlerinden yeterli yararlanma ilkesini de onaylamıştır. Türkiye'de ilk kez beş yıllık kalkınma planında (1990 - 1994), kadınların sosyal ekonomik ve kültürel kalkınması öngörülmüş, sağlık, eğitim ve istihdam imkanlarının artması, kadının statüsünün her alanda iyileştirilmesi ve bu statünün sağladığı tüm hak ve imkanları kullanabilmelerine yönelik tedbirlerin alınmasına karar verilmiştir(6,21,30,34,40,59,60,84,85, 117).

Günümüzde dünya kadınlarının durumunu yansıtan incelemelerde; UNESCO ve ILO 'nun 99 ülkede dünya kadın nüfusunun %92 sini oluşturan 2 milyon 300 bin kadında; sağlık, evlilik, çocuklar, eğitim, iş durumu ve sosyal eşitlik alanında incelenmiş, kadınların durumunun mükemmel olduğu ülkenin olmadığı, 99 ülkenin % 6.9 da kadınların durumu çok iyi olduğu, kadınların en iyi konumda olduğu ülkenin İsveç, en kötü Bangladeş'in olduğu belirlenen çalışmada, Türkiye kötü olarak değerlendirilmiş ve sağlık konusunda 99 ülke arasında 67. sırada yer almıştır (10).

1994 de Kahire' de yapılan Dünya nüfus ve Kalkınma Konferansı eylem programında; kadının konumuna ilişkin, yoksulluk, eğitim ve sağlık sorunlarının giderilmesine önem verilmesi hedeflenmiş ve kadınların kendi haklarının, özellikle cinsel ve ilk kez ortaya konularak tanımlanan üreme sağlığına ilişkin haklarının bilincinde olmaları ve haklarını kazanmalarına yardımcı olunması kararı alınmıştır (16,24,34,115,139).

DSÖ' nün kadın sağlığını iyileştirmede önerdiği girişim pramidinde; uzun vadede ve kalıcı etki için; cinsiyetler arası eşitliğin sağlanması, kadının statüsünün iyileştirilmesi, orta vadede; beslenme, eğitim ve gelirin iyileştirilmesi, kısa vadede ve kısa etkide; sağlık hizmetlerinin verilmesi ve iyileştirilmesi yer almıştır. Ancak pramidin tabanını oluşturan uzun ve orta vadedeki daha kalıcı girişimler gerçekleşmediği durumda, sadece sağlık hizmetlerinin verilmesi ve iyileştirilmesi etkisinin, hem güç hem de toplumsal düzeyde kalıcı olmayacağı belirtilmektedir (3,34,134).

Kadının sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen en önemli sağlık sorunlarının, analık görevini gerçekleştirdiği doğurganlık dönemine (15-49 yaş) rastlayan gebelik, doğum ve DS süreçlerde ortaya çıktığı ve yaşamsal önem taşıdığı yapılan çalışmalar ve sağlık göstergeleriyle belirlenmiştir. Kadınların üreme sağlığı ile ilgili sorunların çoğu belli bir yaşam döneminde görülmesine karşın, sağlığı çok geniş bir zaman diliminde etkilemektedir. (2,3,10,16,17,22,24,34,58,107, 117,118,138).

DSÖ'nün 1996 verilerine göre; tüm dünyada her yıl anneliğe bağlı sebeplerle 585 bin kadın ölmekte, 20 milyon kadında kronik, kalıcı hastalık ve sakatlıklarla yaşamaktadır. Anne ölümlerinin % 99'u gelişmekte olan ülkelerde olup, sadece %1 gelişmiş ülke-

lerde meydana gelmektedir. Dünyada gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin kadınlarının ölüm nedenleri incelendiğinde, anneliğe ilişkin ölümlerin, tüm kadın ölümleri içerisindeki oranı gelişmiş ülkelerde % 0 iken, gelişmekte olan ülkelerde ise % 1.5 olduğu görülmüştür. Gelişmiş ülkelerde AÖH (Anne Ölüm Hızı), 100 bin canlı doğumda ortalama 10 olarak bildirilmektedir. ABD ' de yüzbinde 12, İngiltere'de 9, İsviçre de yüzbinde 6 dir. Afganistan da AÖH yüzbinde 1700 dür (10,25,58,100,110,122,123,134,135).

Nüfusumuzun yaklaşık % 23 nü oluşturan 15 - 49 yaş arası üreme çağındaki kadınlarının % 70 evli olup annelik görevini de gerçekleştirmiştir. DİE sonuçlarına göre; ülkemizdeki anne ölümlerinin % 50 si doğumda % 25 i gebelikte, % 25 i ise DS meydana gelmektedir. AÖH konusunda ülkemizi temsil eden bir araştırma olamadığından kesin güvenilir bir bilgi olmamakla birlikte, bazı temel göstergelerden hareketle giderek azalma olduğu belirtilmektedir. 1991 yılı tahminlerine göre AÖH yüzbinde 134, 1993 yılı tahminlerine göre yüzbinde 100 civarında olduğu bildirilmiştir. 1997 yılında 53 ilin 615 hastanesinde yapılan bir araştırmaya göre, AÖH yüzbin canlı doğumda 54 olarak bulunmuştur . Hastane ölümleri tüm ölümleri içermediğinden bulunan bu hız toplumdaki mevcut durumu yansıtmamaktadır. Gelişmiş ülkelerdeki oranlar düşünülürse, anne sağlığı sorunun ülkemizde hala önemli boyutta olduğu ortadadır. Anne sağlığı ile bağlantılı olan bebek ölüm hızı (BÖH), UNICEF 1997 verilerine göre ülkemizde binde 44, sağlık istatistikleri 1996 verilerine göre ise bu oran bin 42.2 dir, UNICEF 1999 verilerine göre de % 40 tır. Ülkemizde gebelik, doğum ve doğum sonrasında da içine alan perinatal nedenlere bağlı bebek ölümlerin en yaygın olduğu görülmüştür. 2000 Yılında herkese sağlık hedeflerine göre, anne ölümlerinin yüzbinde 15 in, bebek ölümlerinin binde 20 nin altına indirilmesi hedeflenmektedir. Gelişmiş ülkelerde BÖH bakıldığında ABD binde 8, İngiltere, İsveç'te 4 tür (3, 10, 25, 33, 37, 58, 116, 117, 118, 122, 123, 135, 137, 138).

Tüm dünyada ve ülkemizde anneler, kanama, enfeksiyon, toksemi, engellenmiş doğum, sağlıksız düşüklerin yol açtığı komplikasyon gibi aynı temel olaylar sonucu benzer nedenlere bağlı olarak ölmektedir. Annelik nedeniyle ölen kadınlar yaşamlarının en güzel döneminde ve önlenbilir sorunlar nedeniyle kaybedilmekte ve aile, toplum, sosyo ekonomik gelişme yönünden de önemli bir kayıp teşkil etmektedir. Gebelik ve doğum olgusu sadece kadınlara ait değil toplumsal bir sorunu olarak algılandığında, sağlık politikalarının gelişmesine önemli bir katkı sağlanmış olacaktır (3,10,16,22,24,34,37,46,58, 61,77,81,100,116,117,118,134,135).

Son yıllarda özellikle gelişmekte olan ülkelerde DSÖ tarafından geliştirilen, kadın sağlığının belirlenmesi, iyileştirilmesi ve kadınların sağlık statüsünün geliştirilmesine yönelik bir program olan güvenli annelik (GA) kapsamındaki " Anne - Bebek Paketi ", anne ve bebek sağlığını daha hızlı iyileştirmek amacı ile dünyanın pek çok ülkesinde 1987 yılından beri uygulanmakta ve ülkemizde bu uygulama 1994 te başlatılmış bulunmaktadır. Anneliği güvenli hale getirmek; kadına, ailelere gebeliğin zamanlamasını, sayısını, aralığını uygun şekilde planlayabilmeleri için gereken hizmeti vermek ve tüm gebelerin temel obstetrik bakıma ulaşmalarını sağlamaktır. Böylece istenmeyen ve yüksek riskli gebelik sayısı, obstetrik komplikasyonlar ve komplikasyona bağlı gelişen ölüm riski azalacaktır. Anne-Bebek Paketi uygulandığında, annede kanamaya bağlı ölümlerde % 55, sepsise bağlı % 75, eklampsiye bağlı olanlarda ise % 80 azalma olacağı bildirilmektedir (80,97,118).

Anne ölümlerinin oluşmasında tıbbi nedenleri ağırlaştırılan faktörlerin başında; aşırı doğurganlık, doğum öncesi bakım ve beslenme yetersizlikleri ile sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamama ve hizmet eksikliği gelmektedir. Dünyada anne ve bebek ölümleriyle ilgili riskli durumlar, 18 yaş altı, 35 yaş üzeri gebelikler, 4 den fazla, 2 yılın altında sık doğumlar şeklinde sıralanmaktadır. Sıralanan tüm bu durumların yüksek, doğum öncesi, doğum ve DS bakımının yetersiz olduğu ülkemizde, anne ölüm riskini arttıran bu faktörler hala geçerliliğini korumaktadır (17,22,23,24,34,46,61,80,100,107,134,138).

Doğurganlığın önemli belirleyicilerinden olan ve anne sağlığına yönelik olayların erken yaşta ortaya çıkmasına yol açan ilk evlenme yaşının; TNSA 1993 sonuçlarına göre, son 20 yılda yükseldiği, ortalama ilk evlenme yaşının 19 olup bu yaşın eğitim düzeyi düşük, kırsal kesim kadınlarında 17.6 ya kadar düştüğü bildirilmiştir. Bunun paralelinde ortalama doğurganlık yaşı da ülkemizde yükselmektedir. 45-49 yaş kadınlarda ilk çocuk doğurma yaşı ortalama 20.6 iken, 25-29 yaş kadınlarda ise ortalama 21.8 dir. TNSA 1993 ve SB insan gücü mevcut durum raporu (1996) sonuçlarına göre, ülkemizde 15-49 yaş kadınlarda toplam doğurganlık hızı 2.7 dir. Günümüzde gelişmiş ülkelerdeki nüfus artış hızı genelde %1 in altında olup, ülkemizdeki %2.17 lik nüfus artış hızı ise oldukça yüksektir (2,46,100,116,117,118,135).

Türkiye'de her yıl yaklaşık 15 381 66 doğum olayı meydana geldiği ve her 100 canlı doğumdan 37 sinin, istenmeyen ya da planlanmayan gebelikler sonucu olduğu bildirilmektedir. Ülkemizde de istenen doğurganlık 1.8 çocuk iken, gerçekleşen doğurganlık 2.7 dir. TNSA 1993 sonuçlarına göre istenmeyen gebelik, doğumların engellenebilmesi halinde toplam doğurganlık hızı 1.8 e inecektir. İstenmeyen gebelikler, anne sağlığı için riskli olan düşüklerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Dünyada her yıl 150 milyon kadın gebe kalmakta ve bu gebeliklerin 26-31 milyonu yasal düşüklerle sonlandırılmaktadır ve 1994 DSÖ raporuna göre genel toplam olarak bir yılda 50- 60 milyon düşük olduğu bildirilmektedir. Türkiye'de gebelik başına isteyerek düşük hızı oldukça yüksek olmasına rağmen, kadınların %28 inin isteyerek düşük yaptıkları görülmektedir (2,10,17,24,37,58,77,100,116,117,118,120,121).

Anne ve çocuk sağlığını korumayı amaçlayan doğum öncesi bakım almaz. Ülkemizde TNSA 1993 sonuçları, gebe kadınların büyük çoğunluğunun yeterli bakım almadığını göstermiştir. Çalışmalarda ülkemizde gebe kadınların %62 sinin en az 1 kez sağlık personelinin DÖ bakım aldığı, %37 sinin hiç bakım almadığı belirtilmiştir. DÖ bakımdan yararlanma kırsal (%47.4), kentsel (%73.5), doğu, batı durumuna ve kişinin temel özelliklerine göre farklılıklar göstermektedir. Genç, ilk gebeliği olan, eğitim düzeyi yüksek kadınlarda hizmetten yararlanma fazladır. Doğum öncesi uygun bakım hizmeti alanlarda sağlıklı koşullarda doğum yapma oranı %98 iken, almayanlarda bu oran % 52 ye düşmektedir. Ülkemizdeki tüm doğumların %60 ı sağlık kuruluşlarında, %40 ı evde yapılmaktadır ve eğitilmiş sağlık personeli tarafından yaptırılan doğum oranı % 76 dir. İlk doğumlarda sağlık kuruluşlarında doğum yapma oranı % 77.6 dır (2,10,37,38, 58,117,118,120,135).

Kadının üreme ve genel sağlığının gelişmesinde temel koşul olan AP nın; her yıl gebelik, düşük, doğum ve DS bağlı nedenlerden ölmekte olan dünyadaki 585 bin kadının % 25-33 nün yaşamını kurtarabileceği, obstetrik morbiditeye bağlı sorunların birçoğunu

ve her yıl en az 150 bin genç kadının ölmesine neden olan illegal düşüklerin de 50 binden fazlasını önleyebileceği belirtilmektedir. Bugün dünyada, kadınların %75 den fazlası gebelikten korunmak istemesine karşın, herhangi bir etkin yöntem kullanmayan yaklaşık 300 milyon çift vardır. Araştırmalara göre ülkemizde 15-49 yaş grubu kadınların %61 i gebeliğe maruzdur ve halen evli kadınlarda başka çocuk istemeyenlerin oranı %68.8 olup, toplam AP talebi de %76 dır. Gebeliği önleyici yöntemler kadınlar tarafından yaygın olarak (%99.1) bilinmesine karşın, kontraseptif kullanımı %63 tür. Bunun %35 i modern, %28 i geleneksel yöntemler olup, en sık kullanılan modern yöntem RİA(%19), geleneksel yöntem de geri çekmedir(%26.2). Şayet etkin yöntem kullanılırsa ülkemizdeki anne ölümlerinin %50 azalacağı, AP nın kadının yaşam kalitesini arttıracacağı, kadına bireysel gelişimi, eğitimi, ekonomiye katkıda bulunması vb. durumlar için gereken zamanı elde etmesinde yardımcı olacağı bildirilmektedir (2,3,10,58,61,117,118,119,135).

1.2. Sağlık Bakım Sistemleri İçinde Doğum Sonu Bakım ve Kadın Sağlığı

Türkiye'de doğurgan çağdaki kadınların ve çocukların nüfus içinde büyük yer tutması, anne- bebek ölümlerinin yüksekliği, AP hizmetlerine yaygın talep, doğum öncesi, doğum ve DS bakım hizmetlerinin yetersizliği ve hizmet eksikliğinin temel ölüm nedenleri arasında yer alması gibi nedenler son yıllarda hükümetlerin antinatalist politikaları içinde yer almasına neden olmuştur. Politik olan sağlık ve sağlık bakım hizmetleri, toplumun iyi olmasını hedefleyen ve sağlığı sosyal, ekonomik kalkınmada bir kaynak olarak gören ideolojilerde sağlığın değeri yüksek ve korunması önemli bir ilkedir. 2000 yılında herkese sağlık hedefleri arasında vurgulanan; bir toplumda bireyin özellikle de anne ve çocuğun sağlığının korunması, sürdürülmesi ve en üst düzeye ulaştırılması, sağlık hizmetlerinin temel ve en önemli görevleri arasında olduğudur (2,3,10,22,23,33,118,136,138).

Toplumumuzda, kadın sağlığıyla ilgili verilen eğitimin niteliğini, kalitesini ve hizmetin alınmasına yönelik talebi düşüren; hizmeti alan ve verenlerin gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemi, kendi kendine olup gelişen, özel bakıma gereksinim duyulmayan, doğal bir olay olarak algılaması, anneliğe ilişkin sorunların kadın sorunu olarak görülüp toplumsal bir sorun olarak düşünülmemesi, anne sağlığı ile ilgili hizmetler ve sağlık stratejileriyle ilgili planlamalar yapılırken, kadın sağlığı sorunlarının öncelik taşınmasını engellemektedir. Anne sağlığı; büyük teknoloji, pahalı donanım, ekonomik, sosyokültürel gelişimlere gerek olmadan sadece var olan sağlık sistemlerinin iyileştirilmesiyle korunabilir (2,10,16,23,46,57,58,117,127).

Ülkemizde, üreme çağı kadınlarının problemlerinin sıklığı ve nedenlerine yönelik uygun ve doğru yaklaşımlar geliştirilerek, sınırlı olanaklara sahip sağlık birimleri de dahil olmak üzere hizmet sunumunun kalitesi artırılarak, bu birimlerin daha yararlı olarak kullanılmasının sağlanmasıyla, kadın sağlığının yükselmesine önemli ölçüde katkıda bulunulacaktır. Yapılan bir çalışmada, Türkiye'de mevcut sağlık sistemi ile anne ölümlerinin %51 inin önlenilebileceği bildirilmiştir. Kadın sağlığı ile ilgili hizmetlerin gerçekleştirilmesi ve değerlendirilmesinde, gereken değişikliklerin yapılmasında, anne sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerin iyi tanımlanıp, zamanında önlem alınmasında hizmet verenlerin etkin ve kalıcı çözümleri uygulamaları, binlerce kadının ve çocuğun sağlıklı yaşamasına, sağlıklarının korunup geliştirilmesine neden olacaktır (2,3,10,16,23,37).

DSÖ'nün 1986'da Kanada-Ottawa'daki I. Uluslararası Sağlık Geliştirilmesi Konferansında sağlığın geliştirilmesi; halkın kendi sağlığını geliştirme ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü artırma gücünü kazandırma süreci olarak tanımlanmıştır (136).

Sağlık hizmetlerinin önemli bir özelliği de ekip hizmeti olmasıdır ve bu ekibinin ağırlıklı elemanı olan hemşirelerin kendilerini destekleyen bir sistem içerisinde ve sağlık ekibinin bir üyesi olarak değer bulması hizmetlerindeki başarıyı arttıracak gibi hemşirelerin, konusu ile ilgili iyi eğitim görmüş, yeterli bilgi ve beceri ile donanmış olarak hizmetlerini bilinçli, etkin, nitelikli, kapsamlı bir şekilde ve profesyonel anlamda yerine getirmeleri durumunda, verdiği hizmet değer bulup, kalitesi ve hemşirenin mesleki doyumu da artacaktır. Sağlık hizmetlerinde başarı; sağlık ekibinin tüm üyelerinin gereken uyum ve işbirliği içerisinde, kendi görev ve sorumluluklarını tam olarak yerine getirmesiyle mümkündür (23,37,38,48,57,62,79,104,105,107).

Yaşamsal gelişim sürecinde; aile yapısında, cinsiyet rollerinde, bireylerinin ihtiyaçlarında, obstetrik ve genel teknolojiye, doğum yönetimi ve doğum hizmetindeki belirgin değişiklikler, maliyet artışları vb. nedenlerle, normal doğum yapan annelerin erken taburculuğu; DS bakımın içeriğindeki değişiklikleri de etkilemiştir. Günümüzde sağlıklı anne, çocuk ve aile için amaçlanan ve son yıllarda önemle üzerinde durulan "aile merkezli anne bakımı" ve "anne-bebek bakımı"nu sağlamak için amaçlanan geniş boyutlu DS bakımın zorunluluk halini alması, bunu sağlayacak bakım programları gereksinimini doğurmuştur. Bunun için; aile merkezli alternatif doğum merkezleri, doğum odaları, anne-bebek üniteleri (rooming-in) vb. sistemler oluşturulmuştur. DS bakım çoğunlukla ayakta tedavi gören hasta temeli üzerine dayandırılarak; Sağlıklı, DS komplikasyon riski düşük anne ve bebekler, DS 24 saat gibi bir sürede erken taburcu edilebileceği, DS izlemin ev ziyaretleri, buna ilişkin halk sağlığı departmanları, hastanenin taburculuk sonrası izlem üniteleri, telefonla değerlendirme/ danışmanlık sistemleri vb. ile "aile merkezli anne bakımı" "anne-bebek bakımı"nın evde sürdürülmesinin sağlanması, taburculuk sonrası ilk ziyaretin genellikle 48 - 72 saat içinde yapıp, DS ilk 10 günde 2, 6 haftada toplam en az 3 ev ziyareti yada diğer sistemlerle bakımın sürdürülmesi önerilmektedir (11,19,48,51,55,64,65,71,74,81,82,87,88,89,96,105,125,131,132).

Bakımı çok boyutlu verebilmek, kalitesini, memnuniyeti arttırmak, bireylerin sağlık statüsünü yükseltmek vb. için, son yıllarda, multidisipliner yaklaşımı içeren vaka yönetimi, bakımın yönetimi, kontrollü bakım, ortak bakım planları gibi, bakım sistemlerine yönelik kavramlar üzerinde durulmuştur. Bunlardan ortak bakım planlarının (Clinical pathways) oluşturulmasında bakım protokolü, standartlar, bakım planları, doğum ve kalite geliştirmeyle ilgili kliniğin ve vakaların özelliklerine yönelik geliştirilen materyaller kullanılmaktadır. Ortak bakım planları klinik (Clinical paths) multidisipliner ve bakım (care paths) ise hemşireler tarafından uygulanan bakım planlarıdır (74,81,102).

Bakımın verilme sistemi, yöntemi önemli olduğu kadar, ulaşılmak istenen hedefe ulaşıp ulaşılmadığının, sonuçta kalitenin değerlendirilmesinde önemlidir. DS verilen bakımın kalitesini değerlendirmek için standartlardan yararlanılmaktadır. Kanada'dan Nancy E. Waters 1989 yılında DS hastanede verilen kombine ve ayrı verilen anne-bebek bakımını değerlendirmek, bakımın kalitesini saptamak için anne ve hemşirelere yönelik olarak

" DS Hastanede Verilen Hemşirelik Bakımını Değerlendiren Ölçeği " geliştirmiştir. DS döneme yönelik birçok ölçek geliştirilmiş olsa da, literatürde doğrudan bakıma yönelik olarak verilen bir tek bu ölçeğe rastlanmıştır (133).

Ülkemizde kadın sağlığı alanında verilen DS hemşirelik bakımına baktığımızda; ülkenin genel sağlık sistemi, sağlık politikası, sağlık kuruluşunun yapısı ve politikaları, hemşireler ve diğer sağlık ekip üyeleri, hizmeti alanların talep eksikliği vb. faktörlerden kaynaklı nedenlerle yetersiz kaldığını ve "aile merkezli" ya da "anne-bebek" merkezli bakım verilemediğini görmekteyiz. Ülkemizdeki DS bakım sistemleri aile merkezli olmayıp, hastanedeki organizasyonlar; antenatal, doğum, DS ve yenidoğan servisleri gibi ayrı ayrı bakım sağlanmak üzere organize edilmiştir. Son yıllarda Sağlık Bakanlığı ve UNICEF desteğiyle bebek dostu hastane üzerinde durulmuş ve anne bebek aynı odada (rooming-in) sistemi birçok sağlık kuruluşunca desteklenmiş ve uygulamaya konmuştur (1,48,70,74,81,88,103)

1.3. Doğum Sonu Bakım Hizmetinin önemi

Anne, bebek ve ailenin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli bir dönüm noktası olan, ailenin yaşamında kısa bir periyodu içeren DS dönem; tamamen fizyolojik ve çok hızlı bir dizi kompleks yenilenme sürecinin yaşandığı, psikososyal dengelerin bozulduğu, bu değişikliklere uyumda anne ve ailenin yoğun stres yaşadığı kriz dönemidir (1,10,16,23,24,43,48,62,74,81,88,101,103)

Anne ve aile için önemli bir dönüm noktası olan ve özellikle yeni olayı deneyimleyen anne ve ailelerin en fazla bilgi ve desteğe ihtiyaç duydukları DS dönemde; annenin dinlenmeye, desteğe, cesaretlendirilmeye, nitelikli, dikkatli ve kapsamlı bakıma, gereksinimlerine yönelik bilgi ve beceriye sahip olması için öğrenmeye, rolüne adaptasyona, aile olarak yeni duruma uyumda yardıma ihtiyaçları vardır ve bu dönemde hemşirenin rolü yaşamsaldır. DS dönemde göz ardı edilen fiziksel, psikososyal bakım ve eğitim yetersizliği; anne ölümlerinde rol oynayan DS komplikasyonların ve yaşam boyu sürebilen jinekolojik sorunların oluşmasına, psikososyal problemlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (4,13,26,31,43,48,52,53,55,74,81,82,87,88,89,112).

Oysaki bu dönemde verilecek kapsamlı, standardize, kaliteli bir bakım ve eğitimle; anneye bilinçli bir özbakım ile annelik ; kendi ve bebeğin bakımında ve geliştirilmesinde yeterlilik, olumlu sağlık davranışları, sağlık statüsü, bakım kalitesi, memnuniyet, kendine güven, sorunlarla başa çıkma, yeni yaşama ve rollere uyumda, emzirme başarısında artmanın sağlanmasıyla; sorunsuz, rahat, sağlıklı bir DS dönem ve daha güvenli bir gelecek sağlanabilir(1,4,9,12,16,19,31,29,43,44,52,53,57,78,87,95,139,114).

Ülkemizde, normal doğum yapan annelerin DS hastanede kalma süresinin kısalması, doğumların fazla olduğu hastanelerde hasta sayısının yüksek ve sirkülasyonunun hızlı olması, hemşirelerin mesleki uygulamalar dışındaki işlevlerle de ilgilenmelerinin kapsamlı bakım vermelerini ve eğitime ayrılacak zamanı sınırlaması, DS annenin ve bebeğin evde takibini içeren bir sağlık sisteminin olmaması, tüm bunlara rağmen uygun bakım sistemleri, bakım yöntemleri, standartların geliştirilmemiş olması ; kadın üreme sağlığıyla ilgili tüm alanlarda olduğu gibi DS dönemde verilen bakımın kalitesini düşürmüştür.

Ancak tüm bunlara rağmen sağlık sistemi içerisinde mevcut olanakların daha verimli, kullanılabilir hale getirilmesi ile sağlık hizmetlerinde yapılacak değişiklikler ve uygun bakım sistemlerinin geliştirilmesi, bakımın kalitesini artırarak, anne-bebek ve aile sağlığı açısından çok önemli sonuçlar doğuracaktır.

1.4. Araştırmanın Amacı:

Araştırmanın 3 amacı vardır;

1- Normal doğum yapmış annelere DS servisinde verilen hemşirelik bakımının niteliğini, kapsamını değerlendirmenin daha objektif ve nicel olarak gösterilebilmesini sağlamak amacıyla; bakımı veren hemşireler ile bakımı alan anneler açısından iki yönlü uygulanabilen ölçek geliştirmek,

2. Araştırmanın yapıldığı kurumun mevcut şartlarıyla verilen hemşirelik bakımı ve geliştirilen DS hemşirelik bakım yöntemiyle (pathway) bakım ve eğitimi alan anneleri taburcu olmadan önce değerlendirmek.

3- Uygulanan DS bakım yönteminin (pathway); DS 8 haftalık dönemde annelerin fonksiyonel durumlarıyla ilgili olarak, kendi ve bebeğinin bakımı ile sağlık davranışlarına yönelik aktivitelerindeki etkileri belirlemektir.

DS 8 haftalık dönemde değerlendirilmek istenen aktiviteler ;

- a) Annelerin kendi bakımı ve AP, DS jinekolojik kontrole yönelik sağlık davranışları,
- b) Bebek bakımı ve aşılar, sağlam çocuk kontrollerine yönelik sağlık davranışları,
- c) Emzirme ile ilgili davranışlardır.

1.5. Araştırmanın Hipotezleri

DS verilen bakımla ilgili olanlar:

DS sistematize edilmiş hemşirelik bakım yöntemiyle bakım alan ve almayan annelerin;

- * DSHBDÖ puanları arasında,
- * Aldıkları bakımla ilgili hemşirelik uygulamalarına ve yaklaşımlarına ilişkin deneyimlerinde,
- * Aldıkları hemşirelik bakım uygulamalarının, DSHBDÖ ile değerlendirme analizleri arasında,
- * Aldıkları bakımı değerlendirme ve bakıma ilişkin memnuniyetlerinde fark beklenmektedir.

Verilen bakımın DS 8 haftalık döneme etkisiyle ilgili olanlar:

DS hemşirelik bakım yöntemi (pathway) ile bakım, bilgi ve danışmanlık alan annelerin;

- * Sorun çözümünde daha başarılı olacakları,
- * Kendi bakımlarında daha az sorun,
- * Bebek bakımında daha az sorun yaşayacakları,
- * Kendileriyle ilgili olumlu sağlık davranışları,
- * Emzirmede olumlu etki elde edecekleri,
- * Annelerin, bebeklerinin sağlığına yönelik olumlu davranışlar kazanacakları beklenmektedir.

2. DOĞUM SONU DÖNEM VE ADAPTASYON

2.1. Doğum Sonu Dönemin Tanımı

Lohusalık, Puerperium, postpartum olarak da adlandırılan doğum eyleminden sonraki ilk 6 haftayı kapsayan DS dönem; kadında genital ve ekstragenital organlardaki fiziksel değişikliklerle birlikte hem anne hem de ailenin psikososyal adaptasyon sürecini kapsamı nedeniyle 3 aya kadar sürebilmesi nedeniyle 4. trimester olarak adlandırılmaktadır (11,23,48,71,74,81,83,88,102,107).

DS genellikle 3 döneme ayrılır.

1. Doğumdan hemen sonraki dönem . DS ilk 24 saati içine alır.
2. Erken DS dönem. DS ilk bir haftayı içine alır.
3. Geç DS dönem . DS 2. haftanın başlangıcıyla başlayıp 6 haftaya kadar süren, bazı yeni kaynaklarda da 3 ayı kapsayan bir dönemdir. Bu dönemler, DS değişikliklerin karakteristik farklılıklarını yansıtır. DS ilk 24 saat içinde ve erken DS döneminde çok hızlı, dramatik ve potansiyel risk değişikliklerinin oluşumu söz konusudur. Geç DS dönemindeki değişiklikler ise, daha yavaş ve aşama aşamadır (74,81,88,102).

DS dönem; gebelik süreci ve bu dönemdeki bekleme, yoğun, şaşırtıcı, mucizevi olay olan travay ve doğum deneyimi ile karşılaştırdığında, en son doruk noktası olarak görülebilir. Ailenin tüm yaşamında çok kısa bir period olan DS dönem, gerçekte bir dizi kompleks, şaşırtıcı fizyolojik ve psikososyal değişiklikleri içerir. Hemşirenin DS döneme ait değişiklikleri, normal ve normalden sapmaları değerlendirebilmesi, gerekli girişimlerde bulunabilmesi, önlem alabilmesi ve gereksinimler doğrultusunda kişileri bilgilendirip, destek olabilmesi için DS fizyolojik, psikolojik ve rol adaptasyonu ile ilgili, yeterli bilgi donanımı ve beceriye sahip olması gerekir (11,23,71,74,81,83,88,102,107).

2.2. Doğum Sonrası Adaptasyon

Doğum sonrası adaptasyon süreci fizyolojik, Psikolojik değişikliklere, yeni rollere ve değişen aile dinamiklerine uyum sağlama dönemidir (11,26,71,74,81,87,88,89,105,114,115).

2.2.1 DS Fizyolojik Adaptasyon

Fizyolojik adaptasyonda; doğumdan sonraki ilk saatlerde başlayarak, genital-extragenital organ ve sistemlerde gebelik ve doğum sonucu oluşan anatomik, fizyolojik değişikliklerin geriye dönüşüyle (retrogressive), normal durum ve işlevlerini kazanması ve ileri dönük değişikliklerle memelerin laktasyona hazırlanması söz konusudur. DS 3 ay veya üzeri devam edebilen fizyolojik değişiklikler, bireysel farklılık göstermesine karşın genellikle DS ilk 6 haftada tamamlanır (11,23,71,74,81,83,88,107).

Üreme Sistemindeki değişiklikler

Üreme organlarının gebelik öncesi duruma dönüşü involüsyon olarak adlandırılır. Doğumdan hemen sonra plasentanın ayrılmasıyla hızlanan involüsyon, ilk 7 -10. günlere kadar hızlı olarak devam eder, bundan sonra değişiklikler daha yavaştır (11,23,71,74,81,88,107).

UTERUS

Uterusun involüsyonu için; uterus kontraksiyonu, myometrial hücrelerin fibroelastik doku kalıntılarının otolizi ve endometrial rejenerasyon olmalıdır. DS uterus kontrakte, fundus sert olarak ele gelir ve myometrial kontraksiyonlar, DS ilk 24 saat içinde uterus ölçülerinin hızlı küçülmesine ve uterusun global ölçüsünün 16-20 haftalık gebelik büyüklüğüne düşmesine neden olur. 2. haftada Uterus pelvis içinde küçülmüştür ve abdominal palpasyonla hissedilmez, 6. haftada Uterus boyutu yaklaşık gebelik öncesi ölçülere düşer ve uterus involüsyonu tamamlanır (7,11,23,48,71,74,81,83,88,102,107).

Uterus fundusunun sertliği ve yüksekliği, Uterus involüsyonu için çok önemli bir göstergedir. Plasentanın çıkarılmasından hemen sonra, uterus sert bir doku kütlesi halini alır ve fundus, yaklaşık olarak umblikus ile Symphysis pubis arasındadır. DS 12. saatte uterus fundusu yaklaşık umblikus seviyesindedir (U = 0). Bu seviye kişilere göre biraz aşağı veya yukarı olabilir. 24 saat sonra fundus hergün yaklaşık 1 cm. kadar (1 parmak) azalır ve DS 9-10 günde karından palpe edilmez (7,11,23,48,71,74,81,83,88,102).

Fundus sertliği ve yüksekliğindeki sapmalar; multiparlarda, gebelikte polihidroamnios, iri bebek, çoğul gebelik vb. nedenlerle uterusu aşırı gerilen kadınlarda, DS mesane distansiyonu, uterus atonisi, DS plasenta retansiyonu ve enfeksiyon deneyimleyen kadınlarda daha fazladır. Bu kadınlarda uterus involüsyonu daha yavaş olur ve subinvolüsyon açısından gözlenmelidir. İlerleyen DS günlerine rağmen uterus boyutu büyükse, uterus yumuşak, kontrakte değilse, kanama yüksekse, ısrarla devam eden bel ağrısı, pelvik rahatsızlık varsa SUBINVOLÜSYON düşünülmelidir (11,71,74,81,88).

DS östrogen ve progesteron seviyesindeki azalma, endometriumda otolize neden olur, nekrotik değişiklikler oluşur ve endometriumun üst tabakaları buna menstrual siklustakine benzer soyulmayla cevap verir, 6-24 saat içinde endometrial kavite siterildir. Uterus kontraksiyonları, doğumun 4. evresi olan kanama kontrol döneminde yırtık, geniş bir soyulma alanı gibi görülen plasental alanını, doğum öncesi ölçülerinin yarısına düşürür. Plasental alandaki kan damarları, miyometrium subvasküler kas tabakası lifleri tarafından, kontraksiyonla desidual sinüsler sıkıştırılarak daraltılır ve DS ilk birkaç saatte damar ağzlarında trombus oluşur ve böylece kanama önlenmiş olur (7,11,23,71,74,81,83,88,102,107).

Lökositler, plasentanın ayrıldığı bölgeye enfeksiyon gelişimine karşı hızla akın ederler ve desidual sinüslere, kan damarlarına infiltre olurlar. DS 2-3 günde endometrium rejenerasyonu başlayarak hızla ilerler ve uterusun, plasentanın yerleşim alanı dışında kalan endometrial dokusu, 3 hafta sonunda eski haline döner, plasental alanın reepitilizasyonu ise 6 haftaya kadar tamamlanır ve doğumdan 12 hafta sonra gelecekte embrionun

implantasyonunu engelleyebilecek skar doku ortadan kalkar (7,11,23,48,74,81,83,88,107).

LOCHİA

İnvölüsyon ve endometriumun rejenerasyonu sonucu oluşan vajinal akıntıdır. Endometrial iyileşme paralelinde lochianın renk ve miktarında değişiklikler oluşur. Klinik özelliklerine göre lochia;

Lochia Rubra; Doğumdan hemen sonra başlayıp, 3-4 gün süren, koyu kırmızı - kırmızı kahverengi renginde ve karakteristik ekşi, taze kan kokusunda olan kanamadır.

Lochia seroza; Doğumun 3-4. günlerinden sonra iyileşmeye bağlı olarak kanama azalır, lochia seroz (sulu) görünür, rengi kahverengimsi - pembeye dönüşür ve bu akıntı 10. güne kadar sürer.

Lochia alba; Doğumun 10. gününden sonra plasental alandaki involisyonda ilerleme, miktarda azalma, lökositöz ve hücre yıkımında artma olur, lochia beyaz - sarımtırak renk alır ve 3-6 hafta kadar devam edebilir (7,11,23,48,71,74,81,83,88,102,107).

Lochia, kokusu ve günlük total miktarı açısından kadınlar arasında bireysel farklılıklar gösterir ve karakteristikleri menstrual kanamayla benzer olup pis, kötü kokulu değildir, koku değişikliklerinde, kötü hijyen ve enfeksiyon etkilidir. DS dönemde lochia miktarı 150 ile 400 ml arasında değişir, ortalama 225 ml.dir. Lochia miktarı genellikle 3 ya da 4. günlerde en fazladır ve daha sonra hızla azalır, miktar genellikle multiparlarda daha fazla, emziren, seksiyon- sezeryanla doğum yapan kadınlarda daha azdır. Lochia aktivite ve emzirme esnasında artar, gece, uzanıp yatıldığında ya da oksitosin vb. uterotonik tedavi uygulandığı sürece azalır (11,23,48,71,74,81,82,88,102,107).

DS aşırı kanama ve yumuşak uterus; atoni, lochia rubranın uzun süre devam etmesi, büyük pıhtılar içermesi ve yumuşak uterus; plasenta retansiyonu, parlak kırmızı renkte fazla kanama ve kontrakte uterus; yırtık, aşırı kanama, epizyotomi yerinden sızan kanama ve uterusun kontrakte iken birden yumuşak hissedilme devrelerinin olması; koagulopati kanamasını, kanamanın 4 hf. dan uzun sürmesi, kötü koku; plasental alandaki subinvölüsyonu veya enfeksiyonu akla getirmelidir (11,23,48,71,74,81,83,88,107).

SERVİKS

Doğumdan hemen sonra, ilk birkaç gün içinde serviks ve alt uterin segmentler ödemli, ince ve tonusu düşüktür. Ekdoserviks ödemli, yumuşak olup enfeksiyon gelişiminin riskini arttıran ekimotik ve küçük laserasyonlar görülür. DS ilk 4 -6. günlerde external os gevşektir ve 2 parmak kolaylıkla içeriye girer, kalınlığı 1 cm dir, sonra hızla kalınlaşır, daha daralır, sertleşir ve DS 6. haftada iyileşme genellikle tamamlanmış, servikal açıklık doğum yapan bir kadında karakteristik olan, enine yırtık görünümünü (emmet yırtığı) almıştır. Servikal dokunun infiltrasyon hücreleri etrafında bazı bağ dokusundaki ödem DS 3-4 ay uzayabilmektedir (11,23,48,71,74,81,83,88,107).

VAGİNA

Vaginal doğumdan hemen sonra vagina; yumuşak, esnek ve tonüs kaybı nedeniyle gevşek, duvarlar ödemli, düz olup pilika görülmez ve ekimoz, eziklik, küçük yırtıklar görülür. Damarlaşma ve ödem azaldığında, DS 3. haftada pilikalar yeniden ortaya çıkar ve birçok pilikada görülen geçici düzleşme kalıcı olabilir. Vaginal tonus dereceli olarak 3-4. haftada normale döner. DS östrojen eksikliğinin vaginal lubrikasyonda, atrofide, vazokonjesyonda ve seksüel cevabın azalmasında payı vardır ve vaginal epitel östrojen seviyesindeki normale dönüşle 6-10 hafta sonra iyileşir. (7,11,23,48,71,72,74,81,83,88,102,107).

PERİNE

Doğumdan hemen sonra vaginal açıklık; relaks, aralık, kas tonusu zayıf, özellikle epizyotomi ya da laserasyon onarım yeri kırmızı ve ödemlidir. Hematom oluşumu önlenmiş/ erken tedavi edilmişse, dikkatli onarım yapılmış, enfeksiyon yok ve hijyen iyi durumunda ise introitus hızla 2-3 haftada iyileşir. Epizyotomi varlığındaki ağrı, acıma, hassasiyet ilk 7-10 gün içerisinde azalır, epizyotomi alanı için tamamiyle iyileşme 4-6 aya kadar sürebilir. Primipar annelerde rutin olarak yapılan epizyotominin maternal, fetal ve obstetrik yararları olduğu kadar, özellikle ağrı, enfeksiyon, kanama riskinde artma, idrar ve defekasyon yapma isteğini baskılama, medio-lateral epizyotomi insizyonu sonrası 6 ay, bazen de sürekli olarak kalabilen dispanerua gibi önemli riskleri vardır. Hemoridlerde görülen kaşınma, ağrı, rahatsızlık ve kanama belirtileri genellikle DS ilk hafta içinde azalır (7,11,23,48,71,74,81,83,88,102,107).

Sistemik Değişiklikler

ENDOKRİN SİSTEM (Ovulasyon - Menstruasyon)

Plasental hormonlardan HPL ve HCG plazma seviyesi DS ilk 24 saat içinde hızla düşer ve HCG ovulasyon oluşuncaya kadar düşük seviyede kalır (7,11,48,88,).

Östrojen plazma seviyesi, DS 3 saatte prenatal değer % 10 oranında altına düşerek, yaklaşık 7 günde en düşük seviyeye ulaşır ve emzirmeyen kadınlarda, doğumdan 3 hafta sonra foliküler fazdaki seviyeye gelir. Progesteron plazma seviyesi DS 3. günde, normal luteal fazdaki seviyenin altına düşerek, DS 7. günde serumda bulunmayabilir ve üretimi ilk ovulasyonla başlar (7,11,74,88,102).

DS östrojen ve progesteronun kandaki seviyesinin azalmasıyla, normal hipotalamik -hipofiz - over feedback siklusu yeniden harekete geçer. DS ilk 10 - 12. günlerde tüm kadınlarda düşük olan FSH ve LH seviyesi dereceli olarak yükselir. FSH, DS 3. hafta foliküler fazdaki seviyesine artar. LH seviyesi, DS ilk ovulasyon oluşuncaya kadar düşük kalır. Normal ovarial fonksiyonun, menstrasyon ve ovulasyonun geri dönmesi, kadınların bireysel özelliklerine göre son derece değişkendir ve Çoğunlukla annenin emzirme durumu belirleyici bir faktördür. Emzirmeyen kadınlarda, ilk menstrasyon, ovulasyon tüm emziren kadınlardan daha kısa sürede başlar ve bir aydan daha az emziren kadınlarda, ilk menstrasyon başlamasındaki farklılıklar, emzirmeyen kadınlara benzerdir. Emzirme + ek gıda (formüle süt vb.) kullanan kadınlarda da ilk menstrasyon anne sütüyle emzirenlerden daha erkendir (7,11,23,48,71,74,81,83,88,102).

DS tüm kadınlar için ilk menstruasyon, LH ve progesteron düzeyi düşük olduğu için genellikle anovulatuvar siklusu yada yetersiz corpus luteumlu siklusu izler. Emziren kadınların % 80 ninde ilk menstrual siklus anovulatuarken, emzirmeyen kadınlarda bu oranın % 50 olduğu belirtilmektedir. Emzirmeyen kadınlar için ilk menstruasyon zamanı ortalama 7-9 haftadır ve Bu kadınların %40'ı doğumdan 6-7 hafta sonra ilk menstrasonunu görürken, % 70'i 12. hafta, %90 nı da 24. haftada görür. Emziren kadınlarda ilk menstrasyon başlama zamanı daha geçtir ve DS 12. haftada sadece %45' inde menstrual periyod başlarken, 36. haftada %55 -75 arasında menstrasyon geri döner (11,23,48,71,74,81,83,88,102,107).

Emziren ve emzirmeyen kadınlarda, ilk DS ovulasyon zamanı da genellikle değişiktir ve emziren kadınlarda ovulasyonun genellikle 10. haftadan önce olmadığı, ovulasyonu gösteren endometrium salgısı incelendiğinde, en erken 35. günde en geç 422. günde olduğu saptanmıştır. Emzirmeyen kadınlarda ise, sıklıkla 10. hafta veya önce de oluşabilir (11,23,48,71,74,81,83,107).

Emzirmeyen kadınlarda kandaki prolaktin düzeyi azalır ve 2 hafta içinde gebelik öncesi düzeye düşer. Emziren kadınlarda, prolaktin seviyesi günlük emzirme sayısı ve süresinin etkisiyle artar, eğer emzirme günde 1-3 kez ise, prolaktin seviyesi normal değerine 6 ayda döner, 6 ya da daha fazla ve etkili bir emzirme söz konusu ise prolaktin seviyesi 1 yıldan fazla yüksek kalır (7,11,48,71,74,81,102).

MEMELER :

Memelerde laktasyon için hazırlık, gebelikteki değişikliklerle başlar ve süt kanalları östrojen, alveol gelişimini genelde progesteron etkisiyle olup, memelerdeki gelişimde prolaktin, adrenal glandlardan salgılanan kortizol, HPL ve insülinde rol oynar. Memelerdeki olgunlaşma süreci 2-4 gün gerektirir ve bu sürede memelerden sadece koyu, sarı renkli, yarı saydam olan öncü süt kolostrum salgılanır. Memelerde, engojman oluşur ve sütün artması, birikmesi, doku reaksiyonu ve ven konjesyonu nedeniyle oluşan engojman, gerçek süt üretiminin başlamasıyla aynı zamandadır. Göğüslerde engojman oluşumu doğaldır ve verdiği rahatsızlık nedeniyle emzirmeyen kadınlarda 24-36 saat, emzirenlerde en geç 48 saat içinde azalır. Laktasyon için hormonal faktörler dışında, destek ve beslenme etkili olsa da, bebeğin emmesi önemli bir faktördür ve emme yoksa birkaç gün yada 1 hafta içinde süt akımı kesilir (11,23,48,71,74,81,83,88,107).

KARDİOVASKÜLER SİSTEM :

DS birkaç gün içinde kalp hızı, kan basıncı, oksijen tüketimi ve vücut sıvısı gebelik öncesi seviyeye döner ve gebeliğin sebep olduğu majör değişikliklerin çoğu 2 hafta içinde ortadan kalkar.

Kardiak Output: Plasentanın ayrılmasından sonra, venöz dönüşdeki artışa bağlı olarak oluşan stroke volümdeki artışla kardiak output aniden artar. DS kardiak output ve stroke volümündeki artış, uterin kan akımındaki azalma ve venöz dönüşdeki artışa paralel olarak 48 saat devam eder ve kardiak outputta, DS 2 hf. içinde %30 azalma olarak 3-4. hf.da gebelik öncesi seviyeye döner (11,23,71,74,81,83,88,102).

Kan volümü: Normal bir gebelikte maternal sirkülasyona gelen ek miktar 1000 ml yada daha fazladır ve termde 5-6 lt. olan total kan volümü, normal vaginal doğumda 500 ml., sekiyo- sezeryan doğumda 1000 ml. ya da üzeri kan kaybıyla azalır. DS kan volümündeki değişiklikler hızlıdır ve ilk 12-48 saat içinde, extra sellüler sıvının (fizyolojik ödem) 900-1200 ml kadar sirkülasyona katılmasıyla kan volümü artar ki bu %15-30' luk geçici artış postpartum diürezinde sebebidir. Kan volümündeki bu geçici artış, kardiovasküler bozukluğu olan kadınlarda çok dikkatli gözlemi gerektirir. Total kan volümü, diürezin etkisiyle DS 4 hf. sonra gebelik öncesi değere düşer (7,11,23,48,71,74,81,83,88,102,107).

Kan basıncı : Doğuma fizyolojik cevap olarak normal değerlerin çok az altında ya da bazı kadınlarda kısa süreli geçici bir artış olabilir, DS bu değişiklikler minimaldir ve kan basıncı, gebelik öncesi seviyeye ilk hafta içinde döner. DS oluşan karın organları, splanik sinirdeki engojman sonucu, ilk 48 saat içinde erken ayağa kalkmada ortostotik hypotansiyon oluşabilir. Gebelikte proteinürinin eşlik etmediği hipertansiyonlu kadınlarda, kan basıncının normale dönmesi 2-3 hf. gerektirebilir. DS kan basıncındaki düşme, aşırı kan kaybına, ilk 48 saatteki yükselme ise preeklampsiye işaret edebilir (11,23,48,71,74,81,83,88,102).

Nabız : Erken DS dönemde, genellikle 50-60 atım / dk. olan geçici bradikardi vardır ve DS normal hemodinamik değişiklikler, bradikardi, hipervolemi, stroke volüm ve kadiak outputtaki artış, travay esnasında sempatik sinir sistemi aktivitesindeki artışa vagal cevap olarak oluşur. Bradikardi, DS 6-8 gün devam eder ve 3 ayda normal gebelik öncesi duruma döner. Taşikardi; annede kardiak problem, ağrı, anksiyete, aşırı kan kaybı ve enfeksiyon nedeniyle de oluşabilir (7,11,23,48,71,74,81,83,88,102).

HEMATOLOJİK SİSTEM :

DS erken dönemde gebelikte eritrosit hücrelerinin üretimindeki artış durur. Hb. seviyesi ilk 24 saatteki kan kaybının bağlı olarak azalır ve extrasellüler sıvı dolaşıma katılıp, diürezle atıldıkça Hb seviyesi, plazma volümündeki azalmayla 2-4 günden sonra yavaşça yükselir ve 9 gün içerisinde DS ilk 1. gündeki seviyesine döner. Hct seviyesi, doğumdan sonra birkaç günde dehidratasyon ve plazma volümündeki azalmaya bağlı olarak artsa da genelde stabil kalır. Gebelik öncesi seviyeye DS 4-6 hf. da döner. Doğumda ve DS normal kan kaybı olan kadınlarda; eritrosit, Hb ve Hct. değerleri sonraki günlerde düşük değerler alınabileceğinden ilk 1. günde değerlendirilmelidir. DS Hct ve eritrosit seviyesinde yükselme, aşırı kan kaybını yansıtabilir (11,23,48,71,74,81,83,88,102,107).

Lökositoz, DS dönemde ilk 24 saatte 25-30 bin / mm³ kadar yükselebilir, doğumdan 4 -7 gün sonra, 10 gün içinde 6-10 bin / mm³ lük normal değerlere düşer. Sedimantasyon hızı da yüksek seyredir, 3 hf. sonra normale döner (7,11,23,48,71,74,81,83,88,102,107).

DS yaklaşık 48 saatte trombositlerde göze çarpar derecede bir artış başlar, sonra yavaş yavaş gebelik öncesi seviyeye düşer. Gebeliğin hiperkoagulasyonu, DS dönemde devam eder ve pıhtılaşma faktörleri, DS 1.haftada gebelik öncesi seviyeye düşerken,

fibrinojen seviyesi yaklaşık 2 hf. yüksek devam eder ve 3 hf. sonra normal değerlere döner. Tüm bu değişiklikler, 6-7 hf. kadar süren hiperkoagulasyona neden olur. DS hiperkuagulasyon, trombüs oluşumunu etkiler ve bu risk vaginal doğum yapanlarda %1 ve sezaryan doğum yapanlarda %2-5 tir (7,11,23,48,71,74,81,83,102).

SOLUNUM SİSTEMİ:

Doğumdan kısa süre sonra, plasentanın ayrılmasıyla progesteron üretimindeki kayıp, bebeğin doğumuyla intraabdominal basınçtaki azalma, toraks kapasitesindeki artış sonucu pulmoner fonksiyon değişiklikleri hızla gebelik öncesi duruma dönmeye başlar. 1-3 hf.da solunum sistemindeki değişiklikler (azalan solunum kapasitesi, vital kapasite ve maksimum solunum kapasitesi) ve ventilasyon normale döner, solunum hızı normal beklenen sınırlar içindedir, geçici yükselmeler korku, ağrı, aşırı kan kaybına cevap olarak oluşabilir (7,11,23,48,71,81,83,102).

ÜRİNER SİSTEM :

DS, gebelikte oluşan üriner yolların dilatasyonu ile böbreklerin genişlemesi, renal kapasite, renal pelvis ve üretra dilatasyonun regresyonu yavaştır ve kadınların çoğunda üriner sistemdeki bu değişiklikler, gebelik öncesi duruma, fonksiyonlarına DS 3 ayda döner ve kadınların yaklaşık %10 'da böbreklerdeki genişleme bazen sürekli kalabilir. Gebelikte renal kan akımı, glomerüler filtrasyon hızı ve plazma kreatinin seviyesindeki artışla karakterize olan renal fonksiyon değişiklikleri genellikle 6 hf. içinde normale döner. DS erken dönemde glomerüler filtrasyon hızındaki artış, antidiüretik etkisi olan progesterondaki azalma ile birliktedir ve devam eden oksitosin uygulamasına bağlı antidiüretik etki mevcut değilse, belirgin ödemi olan kadınlarda DS 12 saat içinde göze çaracak derecede günlük miktarı 3000 ml ya da üzerinde olan belirgin diürez vardır, klinik olarak belirgin ödemi olmayan kadınlarda diürez 3-4. günler içinde de başlamaya-bilir (7,11,23,48,71,74,81,83,88,102).

DS ilk haftalarda glikozüri, %60-80 kadında laktozüri, uterus involüsyonundaki otolisis nedeniyle kanda artan üronitrojen sonucunda 1-2 günde yaklaşık % 50 kadında orta derecede (+ 1) proteinüri, uzamış travay, dehidratasyon ya da komplike olmayan doğumlardan sonra kadınlarda asetonüri görülebilir (7,11,48,74,81,88,107).

Travay ve doğumun lokal etkisiyle mesane fonksiyonları değişebilir ve doğum, vaginal cerrahi uygulamalar, analjezi ve anestezi etkisiyle mesane tonüsü azalabilir. Mesane mukozası ve üretradaki ödem ve hiperemi, rahat idrar geçişini engelleyebilir ve ağrı ya da ağrı duyma kaygısı kadının idrar yapmasını engelleyebilir. Diürez sıklığı ile kombine olan bu faktörler, mesane distansiyonu ya da mesanenin tamamen boşalmamasına neden olabilir. Mesane tonüsü ve mesanenin yeterli boşalımı için iyileşme 5-7 gün içindedir ve aşırı mesane distansiyonu uzun sürerse sonuçta mesane duvarı hasara uğrar ve üriner retansiyon, mesane enfeksiyonlarının gelişmesine neden olabilir (7,11,23,48,71,74,81,88,102).

GASTROİNTESTİNAL SİSTEM:

Doğumdan kısa süre sonra kadın genellikle açlık, yeme isteği hisseder, barsak sesleri vardır ve hafif diyeti tolöre edebilir. Spontan defekasyonu; travay ve doğumdan sonraki ilk 24 saat içerisinde barsakların kas tonusunda azalma, Lavman, doğumdan 1-2 gün öncesinden katı gıda alıp almama durumu, travayda yiyecek kısıtlaması, dehidratasyon, travay öncesi diare varlığı, epizyotomi, laserasyonlar yada hemoroidlerden kaynaklanan perineal hassasiyet 2-3 gün geciktirebilir. Gastrointestinal fonksiyonlarda ve barsaklardan dışkı geçiş süresindeki yavaşlama, gaz miktarında ve rahatsızlıktaki artışa neden olur. DS ortalama kilo kaybı da 9-10 kg dır (7,11,23,48,71,74,81,83,88,102,107).

NÖROMUSKULER VE DUYUSAL SİSTEM :

DS dönemde baş ağrısı yaygındır ve sıklıkla kilo kaybıyla aynı zamanda oluşmaya başlar. Bu baş ağrıları sebebinin, sıvı ve elektrolit dengesindeki hızlı değişiklik olduğu düşünülmektedir (11,71,81,102).

Anne 2. haftada normale dönen uyku değişiklikleri deneyimler ve geceleri uyanık kalma zamanı ilk 3 günde artar. Bu nedenle bebeklerin geceleri annelerinin yatağının yanında olması, annenin uykusunun miktarını negatif yönde etkilemez. Yapılan bir çalışmada, bebekleri yanlarında olan annelerin, bebekleri yeni doğan ünitesinde olan annelerden geceleri daha uzun süre uydukları ve uyku kalitelerinin daha iyi olduğu ortaya koymuştur (81,102).

DS dönemde kadınlar, epizyotomi, uterus kontraksiyonları, hemoroid, memelerle ilgili problemler, kendi ve bebek bakımında yeterliliği, destek alma durumundan kaynaklanan ağrı ve önemli derecede rahatsızlık yaşayabilirler. Kadının rahatsızlığı ilk birkaç gün içinde en yüksektir ve ilk hafta içinde sona erer. DS ilk birkaç gün içinde yorgunluk olağandır ve hızlı hormonal değişiklikler, travay süreci enerji kaybı, uykusuzluk, 3. trimesterde uyku düzensizliklerine bağlı oluşabilir (11,23,48,71,81,83,88,102,107).

KAS-İSKELET SİSTEMİ :

Gebelik, travay ve doğum esnasında uterus, vagina, overler ve tubaların kas ve fasial destek dokuları, aşırı gerilme ve esneme nedeniyle DS dönemde gevşek, geniş ve dolgun olan ligamentlerin normal ölçüsüne, tonüsüne ve pozisyonuna dönmesi uzun zaman alır. Uterus, vaginal duvar, rektum, uretra ve/veya mesane destek dokularının gerilmesi, uzaması ve zayıf, güçsüz kalması gelecekte pelvik relaksasyona neden olabilir. Bu nedenle, doğum sonrası yaşam boyu yapılabilecek kegel egzersizleri önemlidir (7,11,48,71,74,81,88,102).

Doğumdan kısa süre sonra abdominal deri ve kas dokusu gevşek, yumuşak ve sarkıktır, abdominal duvardaki involisyon süreci en az 6 fh. dır ve bazen yumuşak, sarkık ve gevşek kalabilir. Abdominal duvardaki kas tonüsü; rutin egzersizler, istirahat ve diyetle tekrardan kazanılabilir (7,11,23,48,71,74,81,88,102).

DERİYLE İLGİLİ DEĞİŞİKLİKLER:

DS, gebelikte oluşan chloasma, meme uçları ve areolanın hiperpigmentasyonu, linea nigra dereceli olarak azalmasına karşın pigmentasyon değişikliklerinin solması bazı kadınlarda çok az olabilir ve gebelik öncesi durumuna dönmeyebilir. Deri altında uzanan

elastik liflerin rüptürü nedeniyle oluşan sitrialar genellikle oldu gibi kalır. Zamanla birkaç hf. da sitriaların rengi solar, gümüş renginde görülür (11,23,48,71,81,83,88,102).

Gebeliğe bağlı gelişen doğal vasküler değişiklikler, örümcekleşmiş damarlaşma, benlerdeki koyulaşma, avuç içindeki kızarıklık DS östrojenin kandaki düzeyinin düşmesiyle geriler. Diş etlerindeki değişikliklerde (gronulama gravidarum) spontan olarak geriler. DS Östrojenin gerilemesiyle ortaya çıkan saç dökülmesi geçici saç kaybına neden olur bu saç kaybı hemen hemen her kadında aynıdır ve tedavi gerektirmez, dereceli olarak saç yeniden gelişir (11,23,71,83,88,102).

2.2.2. Psikolojik Adaptasyon

DS dönem; annede oluşan fizyolojik değişikliklerin yanısıra, ebeveynliğe geçişin yaşandığı, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği zor bir dönemdir. Anne ve aile yaşamında önemli değişikliklere neden olan, bu nedenlerle de bir kriz dönemi olarak ifade edilen bu dönemdeki psikolojik adaptasyonu; fizyolojik, psikolojik yada sosyal yönden çok değişik faktörler etkilemektedir (1,12,39,41,74,102).

Annenin DS psikolojik adaptasyonunu etkileyen faktörler: İstenmeyen, gayrimeşru gebelik, riskli gebelik geçirme, zor doğum eylemi, hormonal değişiklikler, anne ve bebeğin sağlık durumu, annenin erken dönemde Stress ve yorgunluğu / kadının önceden var olan ruhsal sorunu, annenin kendi ve bebek bakımına yönelik kaygı / sorunları, sosyal destek durumu, desteğin yeterliliği ve süresi, annenin eğitimi, işi, mesleğiyle ilgili hırsı, yaşı, annenin bebekten uzun süre ayrı kalma durumu, eş, aile ilişkisi vb. şeklinde sıralanabilir (39,74,81,102).

DS dönemde kadınların çoğunun, özellikle de primipar annelerin zaman ve enerjilerinin büyük bölümünü bebeğin istekleri ve bakımı almakta ve anneler genellikle kendi ve bebek bakımına yönelik sorun/ kaygı yaşamaktadır. Psikolojik adaptasyonu etkileyen bu kaygı ve sorunlar DS emosyonel problemlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (12,26,39,74,81,102,115).

DS dönemde yaygın olarak görülen ve kadınları ortalama % 80 nini etkileyen, genellikle geçici ve orta derecede bir duygusal rahatsızlık olarak tanımlanan annelik hüznü; DS ilk 3-5. günlerde de çok yaygın olmakla birlikte genellikle 7- 10. günler içerisinde görülür. Ancak ebeveynlik rolü, çocuk bakımı, aile yaşamındaki değişikliklere uyumda problemler sürerse ilk 1 yılda da tekrarlayabilir. Annelik hüznü ABD de %60, İngiltere de % 75, Kanada da % 14 olarak rapor edilmiştir (39,71,74,88,102).

Annelik hüznü 2-3 gün ya da 1 hafta kadar sürer. Belirtileri; ağlama, hayal kırıklığı, yetersizlik duygusu, anksiyete, aşırı hassasiyet, aşırı yorgunluk hissi, iştahsızlık, uyku bozuklukları vb.dir. Genellikle geçici olan bu duygusal değişiklikler spontan iyileşme gösterir. Annelik hüznünün nedeni açık değildir, östrojen ve progesteron seviyesinde görülen azalma ile aynı zamanda ortaya çıkması psikolojik temelli olduğu kadar fizyolojik kökenli de olduğunu göstermektedir .Bunun dışında, annelerin ebeveynlik yönetimi için gayret ve çabaları, üstlendikleri yeni role ilişkin stress, gerginlik, DS rahatsızlık, yorgunluk, bitkinlik ve tükenmişlik hissi, aile ve kişisel yaşamdaki değişikliklere ayak uydurma çabaları, bebek bakımında yeterlilik durumu,uyku bozuklukları, aile ve sosyal destek alma durumu, ev işlerinin yönetimi de annelik hüznünün oluşumuna katkıda bulunur (23,39,74,81,88,102,107).

DS dönemde annelerin %5-25 ini etkileyen bir diğer sorun da depresyondur. Daha geç ortaya çıkar, daha uzun sürer ve daha şiddetlidir. Annelik hüznündeki duygusal değişiklikler 10- 15 gün ya da daha fazla sürer ve daha yoğun, şiddetli yaşanır, ayrıca bu duygusal değişiklik kadının günlük yaşamını etkileyerek, yaşam aktiviteleriyle başa çıkmada yetersizliklere ve umutsuzluklara yol açarsa durum daha ciddidir ve postpartum (pp) depresyon olarak tanımlanır. Primipar annelerin yaklaşık %10 da görülen PP depresyonu, kendilerinin ve bebeklerinin bakımında güçlüğü olan annelerin daha fazla yaşadıkları ve ciddi depresyonun, tüm ailenin emosyonel ve mental sağlığını etkilediği belirtilmektedir. Ülkemizde, yapılan bir çalışmada pp depresyon oran % 18.1 olarak bulunmuş olup bir diğer çalışmada da kendi ve bebek bakımında sorun yaşayan annelerin depresyon oranı %35.4, yaşamayanlarda % 18.6 olarak bulunmuştur (74,88,102,108,126).

Son derece iz bırakıcı olan pp psikoz ise nispeten daha nadirdir (%0.2). DS dönemdeki kadınlarda görülen psikoz, diğer kadınlardan 15 kez daha siktir. PP depresyon ve psikoz psikiatrik konsültasyonu, deneyimli, profesyonel medikal tedaviyi ve hemşirelik bakımını, uygun medikasyonu gerektirir. PP depresyon aktif tedaviye en iyi şekilde yanıt verir (88,74).

2.2.3. Rol Adaptasyonu

Rol adaptasyonu aile içerisinde yeni bir sosyal role (ebeveynlik) ve aile ilişkilerindeki değişikliklere uyum anlamını taşımaktadır.

DS dönemin en önemli özelliklerinden biri, anne- bebek etkileşiminin başlangıcı olmasıdır ve bu etkileşimin sağlıklı başlayıp, sürdürülmesinde annenin yeni ebeveynlik rolüne uyumu önemlidir. Ebeveyn - bebek arasındaki etkileşimi, bağı güçlendirecek davranışlarda; emzirme, dokunma, sevgiyle kucaklama, okşama, göz- göze temas, sesli konuşma, dinleme, babanın bebek bakımına katılımı vb.dir (8,71,72,74,88).

Ebeveyn rolüne geçiş emosyonel ve davranışsal çatışmaları içermektedir. Ebeveynlik rolüne geçişi, ebeveyn-bebek etkileşimini; kişinin sorunlarla başa çıkma yeteneği, kişilik yapısı, stress düzeyi, mevcut destek sistemlerinin durumu, sosya-ekonomik statü, evlilik ilişkisi, annenin / bebeğin hastalık durumu, bebeğin karakteristikleri, babanın bebek bakımına katılımı, erken dönemde anne ve bebek ayrılması, annenin yaşı, annenin erken DS deneyimleri ve kendi yeterlilik durumunu kavraması, kendine güveni ve bunların yanısıra annenin çocukluk döneminde kendi annesiyle olan ilişkisi etkilemektedir (1,8,67,74,76,81,88,129).

Anne olmak; yoğun duygusal ve entellektüel ilgi, bakım, dikkat ve çaba gerektiren, stresli, anksiyeteyi arttıran, bir insanın tüm sorumluluklarının üzerine alındığı yoğun, doyurucu bir görevdir ve annelik bilgi, beceri ve motivasyon gerektirir. Annelik kimliği; anne ve çocuk arasında özel bir ilişkidir ve çalışmalar; annenin kendi ve bebek bakımındaki yetersizliğin, özgüven eksikliğinin, annelik rolünü kabullenişte, anne- bebek etkileşimi ve bağın oluşmasında negatif rol oynadığını, etkileşim davranışlarını azalttığını, normal primipar kadınların anneliğe adaptasyonda özellikle DS ilk haftalarda çok güçlük yaşadığını, 3 ve daha fazla çocuğa sahip olanların ise annelik rolüne daha kolay geçtiklerini göstermiştir ancak, anne- bebek etkileşimi açısından primipar ve multiparlar arasında fark olmadığı belirtilmiştir (71,74,81,88).

Annelerin DS dönemde ebeveynlik rolüne adaptasyonunda farklılıklar gözlenmiştir. Bu konuda ilk kez 1963 yılında Kadın Doğum hemşiresi olan Reva Rubin tarafından

DS dönemdeki kadınların annelik rolüne geçişteki davranış değişikliklerine yönelik klinik araştırma yapılmıştır. Çalışmada, fiziksel, emosyonel ve kültürel faktörlerden etkilenen davranışlar 3 fazda toplanmıştır.

Rubine göre annelik rolüne geçiş fazları:

* 1. faz; bağımlı davranışların olduğu periyottur. DS ilk 1-2 günü kapsar. Bu dönemde anne kendi ihtiyaçlarına odaklanmıştır. Uyku, yorgunluk ve yiyecek ihtiyaçlarını dile getirir, doğumunu yeniden yaşar, davranışları pasif ve bağımlıdır.

* 2. faz; Bağımlılıkla bağımsızlık arası dönemdir. DS 3-4 gündür 14. güne kadar sürebilir. Annenin enerji seviyesi artmış, kendini daha rahat hissetmeye başlamış ve kendinden çok bebeğin gereksinimleri üzerine odaklanmış, bebek bakım aktivitelerinde daha bağımsız olmuştur. Kendi ve bebek bakımına ilişkin eğitime açıktır ve bakıma ilişkin beceriler hakkında kolaylıkla cesaretlendirilebilir, bunun için güven duyma ve desteğe ihtiyacı vardır.

* 3. faz; Yeni rolüyle ilgili sorumluluk aldığı dönemdir ve DS ilk hf. sonunda başlar. Kendi ve bebek bakımında bağımsızlığı artar, bebeğin özelliklerini tanır, onu kendinden ayrı bir birey olarak görür ancak aradaki simbiyotik ilişki 6 ay kadar sürer, uzun süre olmadan bebeğinden fiziksel ayrılabilir, bebeğin bakımına eşlik edecek, kalacak yer sağlama açısından eşi ve diğer aile üyeleriyle ilişkisini düzenlemeye gider, vazgeçtiği roller ve beklentilerinden dolayı üzüntü duyabilir. Bu fazda annelik davranışları yerleşir. Bu dönemde anne iki psikolojik farklılığı başarmak zorundadır. Biri önceki çocuksuz bir kişi rolünden vazgeçmek, ikincisi bebeğin ondan fiziksel ayrılığını anlamak ve kabul etmektir (23,71,74,72,74,76,81,88).

Rol adaptasyonunda etkileşim çok geniş boyutludur ve anne yeni yaşam stiline uymak, yaşamını buna göre ayarlamak eğer çalışmayı bırakmışsa, özgürlük, bağımsızlık, otonomi ve sosyal aktivitedeki azalmaya da adapte olmak zorundadır. Yapılan çalışmalar, kadın ve erkeklerde ebeveynliğe geçişte önemli farklılıkların olduğunu göstermiştir. Role geçişteki güçlülüğün derecesini tanımlayan çalışmalarda, genellikle babaların ebeveynlik rolüne geçişinin annelerden daha kolay olduğu belirtilmiştir. Anneler yaşam stillerinde çok fazla değişiklik olduğunu ve ebeveynlik rolündeki kriz derecesinin büyük olduğunu rapor etmişlerdir. Annelerin bebek bakımını babalardan daha fazla gerekli gördükleri ve daha fazla beklentileri olduğu belirlenmiştir (23,41,71,74,76,81).

DS dönemde, anne ve babaların her ikisi açısından ilk zamanlarda bu geçiş periyodu süresince, evlilik statülerinde azalmalar olmakta ve seksüel ilişkileri de etkilenmektedir. Bu tür rol adaptasyonu gibi geçiş olaylarında anne ve babanın; evlilik, aile ve cinsel ilişkilerinde desteğe ve bilgiye ihtiyaçları vardır. DS dönemde pozitif adaptasyonu sağlamak için yaygın olarak kullanılan girişimlerin etkinlikleri üzerine yapılan mevcut araştırmalar ise yetersizdir ve henüz cevaplanmayan birçok soru vardır (23,71,74,81).

DS Fiziksel Değerlendirmede Normal ve Anormal Bulgular

NORMAL BULGULAR	ANORMAL BULGULAR
<p>*TA: Gebelikteki değerle uyumludur ya da çok az değişiklik olur. Ortostatik hipotansiyon ilk 24 st. içinde görülür. Eğer DS karın içi organlarda ödem gelişmişse ilk 48 st. de görülebilir.</p> <p>* NB: DS 50-60 atım/dak düşebilir. Bu fizyolojik bradikardi, DS ilk 6-8. günlerde yaygındır. DS artan kardiyak output ve stroke volüme bağlıdır.</p> <p>*ATEŞ: İLK 24 st. dehidratasyona, hemorajiye bağlı olarak 38°C kadar yükselir. Normalde 36.2- 38°C arasında seyredir.</p> <p>* SOLUNUM: Gebelikteki gibi, normal sınırlardadır (16-24/dk.).</p> <p>* AKCİĞERLER: Oskültasyonda tüm loblar temizdir.</p> <p>* KAN VOLÜMÜ: Doğumdan hemen sonra, kısa süreli düşer ve 12-48 st. arasında extrasellüler sıvının dolaşıma katılımıyla artar. Bu %15-30 luk geçici artış DS diürez sebebidir.</p> <p>* UTERUS: Sert, kontrakte ve orta hattadır. DS 12-24 st. fundus umblikus seviyesindedir. Fundus yüksekliği, günde 1cm (bir parmak) azalır. Fundus 9-10. günlerde palpe edilmez.</p> <p>* LOCHİA: 1-3 günde L. Rubra, 4-10 gün L.Seroza, 10. günden sonra 3-4 hf. L. alba dır. Miktarı: ilk 3-4 günde yoğun olmakla birlikte normal sınırlardadır ve ilk haftadan itibaren azalmaya başlar. Çok az, küçük pıhtı olabilir, büyük pıhtı içermez. Kokusu kendine has ekşimsi, taze et kokusudur.</p> <p>*PERİNE : İntak (tam) dır ve az ödemlidir. Epizyotomi/ laserasyon insizyon yeri iyi, kızarıklık, ödem yoktur. 2-3 hf. içinde epizyotomi iyileşir. Hemoroid mevcut olabilir.</p> <p>* MEMELER : ilk 2-3 gün palpasyonla yumuşaktır ve kolostrum salgılanır. 3-4. günlerde geçiş sütüyle birlikte memeler dolgunlaşır, ağrılar, sıcaklık hissedilir. Meme uçları, çatlak/ yarık değildir ve uyarıldığında meme uçları erektil olabilir.</p> <p>ELİMİNASYON :</p> <p>*Üriner sistem; Mesane, üretra, meatus ödemlidir. Renal kan akımı, glomerüler filtrasyon hızı yüksek ve plazma kreatinin seviyesi gebelik öncesi düzeydedir. Günlük idrar miktarı (diürez) 3000 ml ya da üzeridir. DS 3. günde azalmaya başlar. Mesane distansiyonu yoktur ve mesane palpe edilmez.</p> <p>* Gastrointestinal sistem; Bağırsak sesleri mevcuttur. Motilite azalabilir. Bağırsak eliminasyonu 2-3 günde normale döner.</p> <p>* BACAKLAR : Homans' bulgusu (-)tir. Hafif Pretibial/ pedal ödem var olabilir.</p> <p>*KAN DEĞERLERİ : Hb. doğumdan hemen sonra azalır ve 2-4 günlerde stabilize olur. Hct. DS erken dönemde artar. Trombosit; DS 3-5 gün belirgin artar. Lökosit; DS yüksektir (25-30 bin/ mm³). 4-7 günde 6 -10 bin / mm³) düşer. Sedimantasyon hızı yüksektir.</p> <p>* İŞTAH, ENERJİ SEVİYESİ, DUYGUSAL DURUM: İştahta hafif azalma olabilir, genelde iyidir, artabilir. DS eforik, hareketli ya da yorgun, uyuma ihtiyacı vardır. DS hafif baş ağrıları, uyku değişiklikleri olabilir. Rahatsızlık ve ağrı yaygındır. Hafif duygusal değişiklikler vardır. Anne- bebek etkileşimiyle ilgili pozitif davranışlar vardır.</p>	<p>*Doğumdan 48 st. sonraki hipertansiyon preeklampsiyi düşündürür. DS TA yükselmesi, PIH, Oksitosin veya vazopresör ilaçların kullanımı, anksiyete, Essensial hipertansiyon vb. nedenlerle de olabilir. Anne DS baş ağrısından yakınıyorsa TA kontrolü gerekir. Hipotansiyon, kanama, şok vb. yansıtır.</p> <p>*Taşikardi; öncelikle annenin kardiyak problemini akla getirmeli. Ayrıca; aşırı kan kaybı, ağrı, anksiyete, dehidratasyon, ateş enfeksiyon vb. yansıtabilir.</p> <p>*İlk 24 st. sonra 38°C üzerindeki ateş patolojiktir. 2 gün tekrarlayan yada inatçı devam eden ateş puerperal enfeksiyonu düşündürür.</p> <p>*Taşipne; annenin solunum rahatsızlığını, aşırı kan kaybını, ağrı, korku vb. düşündürür.</p> <p>* Crepitation, wheezing yada plevral friksiyon sürtünme sesleri, respiratuar distres belirtisi olabilir.</p> <p>* Kan volümündeki geçici artış, kardiovasküler problemi olan kadınlarda dikkatli gözlemi gerektirir.</p> <p>* Uterus yumuşak, fundus DS güne göre normalden yüksek ise subinvolüsyonu düşündürür. Fundus sertliği ve yüksekliğindeki sapmalar, mesane distansiyonu, uterus atonisi, plasenta retansiyonu, enfeksiyonu düşündürür.</p> <p>* Aşırı L. Rubra + büyük pıhtılar + uterus yumuşaksa; uterus atonisi, plasenta retansiyonunu düşündürmelidir. Parlak kırmızı kanama + kontrakte uterus; Yırtık olduğunu , normal lochia özelliklerinde sapmalar, enfeksiyon, plasenta retansiyonu olduğunu düşündürmelidir. Aşırı kanama + uterusun kontrakte/ yumuşaklığı değişken + epizyotomi yerinden sızan kanama; koagülopati kanamasını düşündürmelidir.</p> <p>* Belirgin ödem, kızarıklık, bütünlüğün bozulmuş olması, belirgin rahatsızlık ve egzersizde aşırı ağrı, ekimoz, hematom, enfeksiyon bulgularının varlığı.</p> <p>* Aşırı şişlik, kızarıklık, sıcaklık, ağrı, meme uçlarında çatlak, yarık, içe çöküklük. memede sertlik(kitle) palpe etmek.</p> <p>* Yetersiz boşaltım, mesanenin tam boşaltılmaması, idrar retansiyonu/ mesane distansiyonu, distansiyon duyarlılığında azalmanın olması. Bu durumlar; uterus atonisi, subinvolüsyon, uterus pozisyon değişikliği nedenidir. Aşırı distansiyon; mesane tonüsünün kazanılmasını geçiktirir, mesane fonksiyonları bozulur ve ÜYE gelişimine katkıda bulunur. Sık idrar yapma, sıkışma hissi, idrar yaparken yanma, idrar yapma güçlüğü ÜYE gösterir.</p> <p>*Konstipasyon ya da diare. Konstipasyon; Barsak peristaltizminin azalması, perinede ağrı, travayda yiyecek, sıvı kısıtlaması, lavman vb. nedenlerle, diare; medikasyonu da içeren birden fazla faktör nedeniyle oluşabilir. Barsak seslerinin olmaması da patolojiktir.</p> <p>* Homans' bulgusu (+) ise anne tromboemboli, tromboflebit yönünden (her iki bacakta) dikkatle gözlenmelidir. Bacak (lar) da belirgin ödem, kızarıklık, ağrı ve sıcaklık olması da patolojiktir.</p> <p>* DS Hct ve Eritrositlerde aşırı yükselme; fazla kan kaybını gösterir. Pıhtılaşma faktörlerinde artış olması; tromboemboli riskini artırır. Eğer anneye laktasyon inhibasyonu için medikasyon yapılmışsa, tromboemboli riski daha da artar, dikkatle gözlenmelidir.</p> <p>* Belirgin iştahsızlık, uyuşukluk, aşırı yorgunluk hissi, aşırı baş ağrısı, aşırı dayanılmaz rahatsızlık ve ağrının varlığı. Uzun süren, şiddetli duygusal değişiklikler. Negatif, reddedici anne-bebek etkileşimi davranışları.</p>

3. DOĞUM SONU HEMŞİRELİK BAKIMI

DS hemşirelik bakımı; yeni doğum yapmış annenin, bebeğin ve ailenin fiziksel, psikososyal gereksinimlerini tanımlama, karşılamaya ve yeni aile dinamiklerine uyum sağlamaya yönelik etkin, bireye odaklı, nitelikli bakım, eğitim ve problem çözmeye temellenmiş bir sistemdir (23,41,51,71,74,81,83,87,88,89,102,105,107,132.).

3.1. DS dönemde hemşirelik bakımının amacı; annenin ve ailenin yeni duruma fiziksel ve psikososyal yönden uyum sağlayabilmesi için, bakım ve eğitim gereksinimlerinin karşılanmasına, olumlu sağlık davranışları geliştirmesine, sağlık statüsünün yükselmesine, sorun çözme becerilerinin, memnuniyetlerinin, bakımın kalitesinin artmasına yardımcı, rehber olmak, bakımın yönetimini sağlamak ve sonuçları değerlendirmektir (11,72,78,81,102,112).

3.2. DS hemşirelik bakımı sonucunda ulaşılmak istenen HEDEFLER:

ANNENİN; - Vital bulguları normal sınırlar içinde,

- Lochia Rubra, kanama normal,
- İdrar yapma, mesane boşaltımı normal,
- DS komplikasyonlar gelişmemiş,
- Emzirme başarılı (gerekli beceriyi gösteriyor),
- Perine, epizyoda patoloji yok,
- Desteksiz normal aktivitesi var,
- DS kendi ve bebek bakımına yönelik gerekli bilgiyi almış,
- DS komplikasyon belirtilerini öğrenmiş,
- Anne-bebek etkileşimi pozitif OLMALIDIR Bu kriterler taburculukta da geçerlidir

DS Hemşirelik Uygulamaları aşağıda belirtilen kapsamlarda irdelenmiştir. Bunlar:

1. DS annenin değerlendirilmesi; DS dönemi değerlendirmek için, hatırlatıcı parametrelerin, beklenen normal ve anormal bulguların listelendiği chek-list tarzında bir değerlendirme(tanımlama) formunun uygulanmasıdır. Bu form ile her annenin DS genel durumu değerlendirilir. Normal vaginal doğum yapanlarda 2. kez uygulanması önerilir (48,71,72,81,88,89).

DS beklenen normal ve patolojik bulgular tablosu; Bu tablo hemşireye hatırlatıcı bilgileri içermesi yönünden önemlidir ve her DS servisinde olması önerilir (Bkz. sayfa 20)

2. DS bakım kriterleri ve hemşirelik uygulamaları; DS hemşirelik bakım kriterleri, bakım girişimleri, ulaşılmak istenen hedefler, değerlendirme kriterleri ve oluşabilecek riskli durumlarda bakım ile DS taburculuk, eğitim gereksinimleri ve hemşirelik girişimidir (48,71,72,87).

3.3. DS Tanılama (Değerlendirme)

DS iyileşme durumunu belirleyen ve normalden sapmaları ortaya çıkarmada yardımcı olan önemli bir faktördür. DS bakımın yapısal çerçevesi olarak hemşirelik bakım işlevleri kapsamlı, geniş boyutludur. DS dönemde, çoğu ailelerin sağlıklı yenidoğan bakımı vermek ve sürdürmede yaşadıkları güçlükler farksız olmasına rağmen, uygun, kapsamlı anne- bebek bakımını sağlamak için gerekli bilgiyi verecek hemşirenin dikkatli, eksiksiz ve doğru değerlendirme yapması gerekir. Potansiyel ya da var olan gerçek problemlerin tanımlanması, teşhis edilmesinde hemşirenin yetkisinde olabilecek sistematik değerlendirmeler, gerekli girişimlerin zamanında yapılmasına olanak sağlayacak tarzda olmalıdır (11,48,71,72,81,88,112).

Değerlendirme için çok fazla zaman ayırmak gerekmez, kısa sürede yapılabilir ve DS değerlendirme, annenin kendi bakımıyla ilgili eğitimi için hemşireye elverişli bir zaman, fırsat doğurur. Annenin normal fonksiyonlarına dönmeyi sağlamak, gereksinimlerini saptamak ve gereksinimlere yönelik amaç geliştirmek içinde yeterliliği sağlar. Temelde DS değerlendirme annenin sağlık bulgularının değerlendirilmesini, normalden sapmaların erken teşhisini yada risklerin önceden saptanmasını ve önlem alınmasını, hastanın gereksinimlerinin saptanmasını ve hasta merkezi hemşirelik girişimlerinin uygulanmasını sağlar. DS değerlendirme hasta-hemşire iletişimini başlatır, hastanın güvenini artırır (11,48,71,81,88,89,102,112).

Prenatal ve intrapartum periodtaki yaşanan sorunlar, var olan genel sağlık problemleri annenin DS iyileşmesini ve sağlık statüsünü etkileyebilmektedir. Bu nedenle, DS dönemde annenin gebelik, travay, doğum, genel sağlık sorunları, laboratuvar verilerinin de değerlendirilmesi önemlidir (81,88,102).

Normal komplikasyonsuz vaginal doğum yapanlarda DS duruma ilişkin değerlendirme genellikle taburcu olana kadar iki kez yapılır. İlki doğumdan birkaç saat sonra ya da servise kabulde, ikincisi taburcu olmadan belirli bir süre öncedir. Seksiyozeryan doğum yapanlarda genellikle ilk 2 günde her 4 saatte bir, sonra taburcu olana kadar iki günde bir yapılması önerilmektedir (81).

DS Tanılama Formu: Aşağıda verilen bu form, kaynaklar doğrultusunda oluşturulmuştur. Form annenin gebelik ve doğuma ilişkin verileri ile DS dönemdeki fizyolojik ve psikolojik değişiklikleri içermektedir. Yenidoğana ilişkin kısa verilerde yer almaktadır. DS değerlendirme kriterlerini; yaşam bulguları, uterus, lochia, perine, memeler, emzirme, eliminasyon,karın, trombo emboli durumu, ağrı rahatsızlıkları ve laboratuvar değerleri oluşturmaktadır. Psikolojik yönden anne bebek etkileşimi ve duygusal durum değerlendirilmektedir.

DOĞUM SONU TANIMLAMA FORMU

Hastanın Adı-Soyadı:

Tarih/Saat:

Değerlendirmeyi Yapan Hemşire:

DOĞUMA İLİŞKİN VERİLER

Para Gravida Gestasyon yaşı Gebe likte proble m

Vaginal doğum Sectio-sezaryan
 Spontan Genel anestezi
 Vakum Epidural anestezi
 Forseps Spinal anestezi
 Epizyotomi

Doğum eylemi süresi Hızlı
 Normal(24saatten fazla)
 Normal

EMR Oluşmuş Oluşmamış
 Antibiyotik başlanmış
 Antibiyotik başlanmamış

DS komplikasyon durumu Yok
 Kanama
 Plasenta retansiyonu
 Uterus inversiyonu
 Yırtık
 Trombo-emboli
 Diğer()

VİTAL BULGULAR

TA Normal Derece Normal
 Hipertansiyon Hipertermi (38 C ve üzeri)
 Hipotansiyon Hipotermi

Nb Normal Sol Normal, akciğerler temiz, sol. düzenli
 Taşikardi Taşipne
 Bradikardi Hiperpne
 Fliform Apne

UTERUS Sert, kontrakte
 Yumuşak
 Orta hatta(umblikus hizasında)
 Fundus yüks sekliği (involüsyon)normal
 Subinvolüsyon

LOCHİA Renk parlak kırmızı Koyu kırmızı Kahverengi
Miktar normal Aşırı Az
Pıhtı var Yok
Koku normal Patolojik

PERİNE Bütün Kızanklık Ekimoz Ağrı
 Ödem Hemoroid Hematom Temiz

MEMELER/EMZİRME

- Genel dokusu Yumuşak engojman
 Sert süt retansiyonu
 Kızarık mastitis
 Hassas, ağrılı
Meme ucu Bütün, çatlak yok
 Çatlak-yara
 İçe çökük
 Kızarık
Emzirme Başarılı Anne kaynaklı Bebek kaynaklı
 Başarısız Desteğe ihtiyacı var
Laktasyon Durumu Kolosturum
 Laktasyon durdurulması

ELİMİNASYON

- Üriner sistem İlk boşaltım zamanı
miktarı
 İdrar yapma normal
 İdrarı tutma
 Sık idrara çıkma
 İdrar rengi normal
 Rengi patolojik
 Mesane boş
 Mesane retansiyonu/distansiyonu
Barsak sistemi Barsak sesleri normal Hiperomotilite
 Barsak sesleri yok Hipomotilite
 Gaz

KARIN

- Yumuşak
 Distansiyon (+)
 Sarkık karın

TROMBO-EMBOLİ DURUMU

- Homan's bulgusu (-) Sağ Sol Şişlik
 Homan's bulgusu (+) Hassasiyet
 Kızarıklık Sıcaklık/ısı farkı
 Ağrı

ANNE-BEBEK ETKİLEŞİMİ/ RUHSAL DURUM

- İyi Alıngan/ duygulu
 Kötü Ağlama ya eğilim
 Desteğe ihtiyacı var Anksiyete/ stress
 Kaygı endişe

AĞRI RAHATSIZLIK DURUMU

- Var Hafif Orta Şiddetli
 Yok

LABORATUAR DEĞERLERİ

- Hb..... Kan grubu / Rh TİT.....
Hct..... Trombosit sayısı Rubella.....
Lökosit..... Protrombin zamanı

DS değerlendirme ve bakım vermede global olarak beklenenleri hatırlatmak için yardımcı bir AKRONOMİ; **B U B B L E R S** (102).

B-Memeler (Breasts)

U-Uterus

B-Mesane,boşaltım (Bladder)

B-Bağırsak (Bowels)

L-Lochia (doğum sonu kanama)

E-Epizyotomi

R-Emosyonel cevap (Emotional Response)

S-Homas bulgusu (Homans Sing)

3.4. Doğum Sonu Bakım Kriterleri ve Hemşirelik Uygulamaları

■ Yaşam bulgularının kontrolü:

Amaç: Yaşam bulgularının kontrolü annenin fiziksel sağlığının değerlendirilmesinde en önemli göstergelerdir. Bu nedenle yaşam bulguları stabilize oluncaya kadar belirtilen aralıklarla izlemek, normal ve normalden sapmaları değerlendirmek, anormal durumları, etkenlerini belirlemek ve gerekli girişimlerde bulunmak amaçlanır.

Hemşirelik girişimleri:

* DS ilk 24 saat içinde TA, Nb, Solunum kontrolü: DS ilk 1. saatte 15 dak. bir. 2. saatte 30 dak. bir, 3-6. saatte (st) saatlik izlenir, daha sonra 24 st. kadar 4 st. bir izlenir. 24 saatten daha uzun süre kaldığında yaşam bulguları 8-12 st. bir yani her vardiyada bir kez değerlendirilir. Ölçülen tüm değerler kaydedilir.

* Yaşam bulguları, bir sorun varsa daha sık izlenir ve altında yatan sebep dikkatle değerlendirilerek gerekli önlem, girişimler uygulanır ve varolan patolojik değer gerektiğinde doktora bildirilir.

* Annenin vücut ısısı DS her 4 st. bir alınır. Vücut ısısı ölçümünün anne uyanırken yapılmasına özen gösterilir.

* DS ilk 24 st. içindeki 38°C kadar yükselen ateş travayın dehidratasyon etkisinden kaynaklanmaktadır, anne sıvı alımı için cesaretlendirilip desteklenir.

* Eğer iki kez üst üste 38° C yada üzerinde ateş kaydedilmişse ekiple tartışılır. Ateş 24 st. sonra tekrardan yükselir ve iki gün 38 ° C üzerinde seyrederse, puerperal enfeksiyon açısından diğer bulgular da gözlenerek değerlendirilir. Hemşirenin DS dönemde enfeksiyonu tanımlamak için değerlendirme kriterleri:

-Titreme yada titremesiz 38° C yada üzerinde ateş, ateşin 2 gün yüksek olarak devam etmesi,

-Kötü kokulu lochia,

-Vücudun herhangi bir yerinde lokalize kızarıklık, sıcaklık,ağrı,

-Sık sık idrara çıkma,ağrı yada idrar yaparken yanma.

* Normal vaginal DS 500ml yada üzerinde kan kaybı olduğundan ya da annenin kardiyak problemi varsa, Nb. daha dikkatli değerlendirilmez. Ayrıca hızlı, ipliksi nabız (100 atım/dk üzerinde) ve hipo tansiyon varsa emboli riski açısından anne değerlendirilmelidir.

* Kan basıncının (TA) DS değerlendirme açısından travay esnasında ölçülen değeri de önemlidir. DS ilk 8 st. daha belirgin bir ortostatik hipotansiyon olabileceğinden annede, baş dönmesi, güçsüzlük belirtileri görülebilir. Annenin güvenliği açısından bunların değerlendirilmesi ve DS ilk birkaç saatte yardımsız ayağa kalkmamasının gereği, bu belirtilerin normal olabileceği açıklanır ve gerektiği durumda destekle ayağa kaldırılır.

* Solunum DS normal değerlerdedir. Problem varsa anne solunum yetmezliği açısından değerlendirilir.

Beklenen sonuç: Yaşam bulgularının normal sınırlar içinde, stabil, patoloji yok (11,23,48,71,72,74,81,83,88,89,102,107).

■ Annenin rahatlatılması ve ağrının giderilmesi:

Amaç: annenin fiziksel dolayısıyla psikolojik rahatlığını, kendini iyi hissetmesini sağlamak.

Hemşirelik girişimleri:

* Servise kabulde servis düzeni ve uygulamaları hakkında bilgi verilerek anne rahatlatılır .

* Dinlenmesi ve istirahat etmesi,uyuması sağlanır.

* DS anne de üşüme hissi belirgindir, battaniye ile örtülerek ısınması sağlanır.

* Giysiler değiştirilerek rahatlatılır. Hijyenik rahatlık sağlanır .

Ağrı medikasyonu: DS ağrı uterus involüsyonu, epizyotomi, hemoroidler, emzirme, oksitosin vb. ilaç alımı, göğüslerdeki engojmana bağlı gelişebilir, ilk 24-48 st. hafifler.

Ağrı için : Ağrının süresi, yoğunluğu ve lokalizasyonu değerlendirilir. Yapılan girişimler yeterli değilse reçete edilen ilaç kullanılır.

Perineal-rektal ağrıda : -Perineye DS ilk yarım saatte yada 2 saat içinde ağrıyı, ödemi azaltmak, anestetik etkiyi sağlamak için; Soğuk uygulama (Buz paketi) yapılır. Bu uygulama ilk 2 saat sonra 24 saate kadar olan sürede anestetik etki amaçlı uygulanabilir. Aynı zamanda, soğuk/sıcak sitz banyoları, anestetik spreyleyler, lokal krem, pomad uygulamaları da yapılabilir.

Uterus kont bağlı ağrıda; -Yüzükoyun yatması önerilir. DS 6 hafta süresince de günde toplam 2 saat kadar yüzükoyun yatması uterusun DS anteverziyo pozisyonunu korumasına destek olur. Karın ısıtılır (sıcak tutulur), ağrı dayanılmazsa ilaç uygulanır. İlaç emzirmeden 15- 30 dakika önce uygulanmalıdır, mesanenin boş olması sağlanır.

Laktasyon ağrısında; Memeler uygun sütyenle 24 saat boyunca desteklenir. Emzirilir ve memeler düzenli olarak boşaltılır. Emzirmeden önce ılık duş yapması önerilir. Soğuk /sıcak kompres uygulanır. Emzirmiyorsa, laktasyon durduruluyorsa meme uyarımından kaçınılır.

Stres ya da tansiyonun yüksek olmasına bağlı ağrıda; Stresi azaltma teknikleri öğretilir. Tansiyon dikkatle takip edilerek, isteme göre gerektiğinde antihipertansif ilaç uygulanır. Kadının dinlenmesi yatması sağlanır, annenin sıvı alımını artırılır (11,23,48,71,72,83,88,89,102,107).

Beklenen sonuç: ağrı etkeninin ortadan kaldırılması, baskılanması. Annenin, ağrısının hafiflediğini ya da olmadığını ifade etmesi, rahatlaması.

■ Uterus -involüsyon kontrolü :

Amaç: Fundusun sertliğini sürdürmek,uterus atonisi, subinvolüsyon gelişmesini önlemek, normal involüsyon süresinin devamını sağlamak . Bu amaçla; Uterus pozisyonu, fundus yüksekliği, tonüsü, uterus masajına cevabı, involüsyon hızı değerlendirilir.

Hemşirelik girişimleri;

* Fundus kontrolü DS ilk 1 saatte 15 dakikada bir, komplikasyon yoksa daha sonra 4 saatte bir kontrol edilir ve kayıt yapılır.

* Fundus kontrolüne başlamadan önce, annenin mesanesinin boş olup olmadığı (mesane distansiyonu) değerlendirilir. Bunun için anneye, kısa süre önce idrar yapmadıysa tuvalete gitmesi idrarını yapması, mesaneni boşaltması söylenir. Dolu mesane uterus pozisyonunu bozar, kontraksiyonu yavaşlatır ve relaksasyona sebep olur. Uterus involüsyonunun doğru olarak değerlendirilmesi güçleşir.

* Anne sırt üstü düz yatırılır, dizlerini bükmesi söylenir. Bu arada perineal pede, kanama miktarı, pıhtı durumuna bakılır. Masajla kanamanın artma durumu değerlendirilir ve kaydedilir.

* Fundus kontrolüyle, yüksekliği, sertliği, pozisyonu değerlendirilir ve kaydedilir. Kontrakte uterus travaydaki güçlü kontraksiyonlardaki duruma benzer şekilde sert hissedilir. Şayet fundus yumuşak ele gelirse sertleşmeye kadar gerekirse hafif yumuşak şekilde masaj yapılır ve masaja cevabı değerlendirilir. Aşırı, sert, uzun süreli masajdan kaçınılır çünkü, atoni kanamasına neden olabilir. Fundus palpe edilirken ve masaj yapılırken bir el fundusu kavrayacak şekilde fundus üzerinde, diğer elde S.pubis üzerinde olmalıdır. Böylece fundus alt segmentlerden desteklenmiş ve aşağıya itilmesi önlenmiş olacaktır.

* Fundus yüksekliği, umblikusa bağlantılı ölçülür. Umblikus merkez alınır ve buna göre cm yada parmak ölçüsüyle umblikus üzeri yada altında olma durumu, lokalizasyon yeri değerlendirilir ve kaydedilir.

Fundus umbllikusta ise: $U=0$, umblikus üzerinde ise: $U+ 1$ yada 2 vb. (kaç cm yada parmaksa), umblikus altında ise: $U-1$ ya da 2 vb. kaydedilir. Uterus ortadan yanlara kaymışsa (sağ/sol) not edilir.

* Uterusa ait normal değerlerden herhangi bir sapma varsa kaydedilir, etkeni araştırılır ve gerekli girişimde bulunulur, doktora bildirilir.

* Subinvolüsyon durumu değerlendirilir, uterus fundusu yüksekse, uterus yumuşak, kontrakte değilse, kanama miktarı fazla ise, ısrarla devam eden bel, pelvik ağrı varsa subinvolüsyon sözkonusudur. Bu durumda, nedeni araştırılır, nedene yönelik gerekli girişimlerde bulunularak, anne duruma ilişkin bilgilendirilir.

Subinvolüsyon; Mesane distansiyonu, uterus atonisi, plesanta retansiyonu, enfeksiyon kaynaklı olabilir.

* Fundus değerlendirmesi, uterus masajının hangi durumda, nasıl yapılacağı ve değerlendirileceği kadına öğretilir.

* Atoni kanaması riskleri değerlendirilir ve atoni kanamasının oluşumu önlenir. Oluşmuşsa uygun girişimlerde bulunulur.

* Kadına uterus atonisi ve bunu izleyen kanama hakkında bilgi vererek, canlı ligatür olayı açıklanır.

* Getektiğinde, uterus tonüsünü korumak, sürdürmek için uterotonik uygulanır ve takip edilir (11,23,48,71,72,74,81,83,88,89,107).

Beklenen sonuç:

Uterusun sert, involüsyon normal, atoni gelişmemiş, annenin konuya ilişkin verilen bilgileri uygulaması yada anladığını sözel ifade etmesi.

■ Lochia- kanama kontrolü:

Amaç: lochia kanamasının normal sınırlar içinde sürmesini, kanamada normalden sapmaların temelini oluşturan sebeplerin önlenmesini, varsa ortaya çıkarılmasını sağlamak.

Hemşirelik girişimleri:

* Lochianın (rengi, miktarı, pıhtı durumu, kokusu vb.) ilk 8 saatte sıklıkla gözlenip çekilmesi önemlidir. Genellikle önerilen ilk 1 saat içinde 15 dk. bir daha sonra komplikasyon yoksa 4 saate bir kontrol edilip, kaydedilmesidir.

* Lochia kanama kontrolü mutlaka uterus kontrolü ile birlikte yapılarak değerlendirilir.

* Lochia pıhtı açısından gözlenir. Normalde lochial akıntıda ilk 1-2 gün vaginadaki kan birikimine bağlı birkaç küçük pıhtı olabilir. Pıhtılar birkaç cm veya daha büyükse patolojiktir ve dikkatle gözlenmesi gerekir. Bu tür pıhtı oluşumu uterus atonisi yada plasenta retansiyonu sebebiyle olabilir. Bu durumda dikkatli değerlendirme yapılarak, kesin ihtiyaçlar belirlenmeli ve gerekli tedbirler alınarak uygun girişimlerde bulunulmalıdır.

* DS kanamanın fazla olup olmadığı, fazlaysa kanamanın nedeni, uterus tonüsü ve mesane distansiyonu derecesi araştırılır, sonuçlar kaydedilir.

Lochia kanamasının ölçümü için; tüm sağlık bakım personeli tarafından kullanılmak üzere, DS üniterinde sürekli bulunan bir çizelge olmalıdır. Lochianın normal miktarı bireylere göre değişebilir. Multiparite, emzirme, egzersiz durumunda lochia miktarı artar. Ancak günde 4-8 pedi aşmaz, günde kullanılan ortalama ped sayısı 6 tanedir. Aşırı kanama bulgusunun erken tanımlanması için lochia miktarının değerlendirilmesi hemşirenin önemli bir sorumluluğudur.

Kan kaybının standart değerlendirilmesi: 1 saat içinde peddeki kanama miktarının değerlendirilmesidir. Aşağıda belirtilen şekilde gruplandırılır.

Çok az, 1 st. içindeki pedin ıslaklığıyla 10cc den az bir kanama,

Az, 1 st. içindeki pedin ıslaklığıyla 10-25 cc kadar kanama,

Normal, 1 st. içindeki pedin ıslaklığıyla 25-50 cc kanama görülmesidir.

Aşırı kanama, aşırı kanamada 1 st. içinde, bir pedin tamamen kanla dolmuş olması söz konusudur. Bu 50-80cc(ml) kan kaybını gösterir. Hemşire bu doğrultuda peddeki kanama miktarını değerlendirerek az, normal yada aşırı kanama şeklinde kaydetmelidir. Aşırı kanama durumunda, gerekli önlemleri almalı ve bildirimde bulunmalıdır. 450-500 cc den az yada yaklaşık 1 ünite kan kaybında; Hb kaybı 1-1,5 g/dl, Hct kaybı %3-4 tür (48,69,71,72,74,102).

* Aşırı kanama varsa TA/Nb kontrol edilir.

* Aşırı kanama durumunda Hb ve Hct seviyesi için kan örneği laboratuara gönderilir, düzeyleri düşükse doktora bildirilir.

* **Olası kanama ve endometrium enfeksiyonunun önlenmesinde hemşirenin yapması gerekenler:**

- Lochia miktarını ve karakteristik özelliklerini gözlemek, kontrol etmek.

- Kanamada normalden sapmaların temelini oluşturacak sebepleri önlemek (uterus tonüsünü korumak, mesane distansiyonunu önlemek, gerektiğinde uterus masajı yada uterotonikler uygulamak, anneye sık sık idrarını yapmasını önermek ve bu konuda desteklemek).

- Lochiada pıhtı durumunu gözlemek, rapor etmek .

- İnvolyasyon süresince, lochianın renk, miktar, koku pıhtıs özelliklerinde beklenen normal ve anormal durumlar hakkında kadını bilgilendirmek. Patoloji varlığında mutlaka bir sağlık kurumuna başvurması önermek.

Lochiada Anormal Durumlar:

-L.Rubranın 1 haftadan fazla sürmesi (kötü koku + miktarı da fazla ise, plasenta retansiyonu, enfeksiyon düşünülmelidir)

-Lochianın büyük pıhtılar içermesi (plasenta retansiyonu, buna bağlı atoni kanaması, subinvolisyon düşünülmelidir)

-Pedin 1 saat içinde tamamen kanla ıslanması (otoni kanamasını düşündürmelidir)

-Lochianın 2 haftadan önce bitmesi, L.alba iken serozaya, rubraya dönüşmesi, kötü koku, yüksek ateş, karın ağrısı, lochianın 4-6 haftadan uzun, ısrarla sürmesi durumları puerperal enfeksiyonu düşündürmelidir

(11,23,48,72,74,81,83,89,107).

Beklenen sonuç: Lochia DS gününe göre normal özelliklerde, orta miktarda, pıhtı yok. Kadın normal ve anormal lochia özelliklerini sözel olarak anladığını ifade ediyor.

■ Perine kontrolü ve bakımı :

Amaç: kadının doğum yapmasıyla ilişkili perineal doku travmasının sorun veya güçlük olmadan iyileşmesi için perine bakımını sağlamak, kadının rahatsızlığını önlemek yada en aza indirmek, sağlığını güvenceye almak, enfeksiyon oluşumunun ve diğer problemlerin gelişmesini önlemek.

Hemşirelik girişimleri:

* Perineal bölge ve epizyotomi her lochia kanama kontrolünde / her vardiyada; epizyotomi/ laserasyonun iyileşme durumu, ödem, ekimoz, kızarıklık, hematoma, hemoroid durumu açısından gözlenerek değerlendirilir ve sonuçları kaydedilir.

Bu değerlendirme kriterlerinin her biri için bir Akronomi kullanılır. Bu 5 parametreden oluşan Reeda skalasıdır. Skala 1979 da Davidson tarafından, DS perinenin objektif değerlendirilmesi için geliştirilmiştir. Perinenin değerlendirilmesi içerisinde, lochianın miktar, renk,pıhtı durumuna da bakılır. Tüm bu perine, lochia değerlendirilmeleri fundus değerlendirilmeleri ile birlikte yapılır.

Reeda Skalasında perine; Redness (kızarıklık), Edema (ödem), Ecymosis (ekimoz), Discharge (akıntı), Approximatia (insizyon yerinin durumuna ilişkin uygunluk, yakınlık,) açısından değerlendirilir. Bu skalaya göre 0'dan 3'e kadar puanlarla skorlama yapılarak perine ve insizyon durumu değerlendirilir. 0 normal değerlerdir. 0'dan uzaklaştıkça normalden sapmalar söz konusudur. Reeda skoru yükseldikçe patolojinin arttığını, skor düştükçe iyileşmenin olduğunu, patolojinin azaldığını gösterir (48,81,124).

Özellikle forseps, vakum vb girişimli doğumlardan sonra perinede çürük, ezik, hematoma oluşabilir. Perine doğumun 2. fazının uzaması sonucunda ödemli olabilir.

* Perineye ve epizyotomi bölgesine, DS ilk 1 saat içinde buz torbası uygulaması yapılır. Gerekirse 24 saate kadar buz torbası uygulaması belirli aralıklarla tekrarlanır.

Buz torbası uygulaması, DS ilk 2 saat içinde uygulanırsa; yanma, ağrı gibi rahatsızlıklar ve ödem azalır, daha sonraki rahatlığı artar ve anestetik etki sağlanır. DS ilk 2 saatten sonra uygulanırsa; anestetik etki sağlanır. Üstünsöz ve İnanç'ın (124) yaptıkları çalışmada, epizyotomi iyileşmesinde buz torbası uygulamasının, ısı lambası (kuru sıcak) uygulamasından daha etkili olduğunu, Reeda skalasında önemli ölçüde skor azalmasıyla saptanmıştır.

* Kadının perineal rahatlığı sağlanır ve bunun için rahatlatıcı önlemler kadına öğretilir. Bunlar; *buz torbası uygulaması* (kuru soğuk uygulama), *Sıcak/soğuk sitz banyo*; DS ilk bir kaç saatte sıcak uygulama yararlıdır. Acıyı hafifletir, perineal rahatsızlığı azaltır, epizyotomi bölgesine kan akımını arttırarak iyileşmeyi hızlandırır. Geniş perineal onarımı olan kadınlara, DS 1-2 hafta ya da daha uzun süre sitz banyosu önerilir. *Isı lambası* veya ısıtılmış petlerle lokal kuru sıcak uygulama; perineal rahatsızlıkları azaltır. bölgeye kan akımını arttırarak iyileşmeyi hızlandırır. *Anestetik sprey yada kremler, pomatlar kullanılabilir*. *Özel pedler*; (Anestetik madde sıkılmış, lanolinli ya da tedavi edici materyalli pedler) anestetik ve özel pedler ağrıyı, rahatsızlığı azaltmada takviye edici rol oynar. Büyük ya da derin epizyotomisi olan kadınlarda ağrı kesici kullanılabilir. Tüm bu rahatlatıcı tekniklerin yanında, epizyotomi insizyon ağrısı ve aşırı rahatsızlığı azaltmada diğer bir alternatif yöntem, solunum tekniğine dayanan relaksasyon teknikleridir. Postoperatif veya doğum ağrılarını azaltmada kullanılan bu tekniklerin, epizyotomiyle ilgili ağrı ve rahatsızlığı azaltmada da etkili olduğu belirtilmiştir (68)

* Perine hijyeni ve bakımı, epizyotominin bakımı yapılır ve annenin rahatlığı sağlanır. Bu işlemlerin nasıl yapılacağı, nedeni anneye açıklanır ve kendisinin yapması konusunda desteklenir. Anne sağlıklı, problem yoksa sadece hijyenik kurallara dikkat etme ve perinenin antiseptik solüsyonlarla temizlenmesi yeterli olacaktır.

Perine bakımı için anneye öneriler:

- . Her tuvaletten, ped değişiminden, perine bakımından önce ve sonra el yıkaması,
 - . DS perine her 4 st. bir ya da her defekasyon ve miksiyondan sonra perine bakımını yapması,
 - . Aseptik solüsyonla perine temizliğine lochia kanaması bitene kadar devam etmesi
 - . Perine temizliğinde ılık su kullanması, önce idrarını yaptığı bölgeyi, sonra defekasyonunu yaptığı bölgeyi yıkaması (önden- arkaya),
 - . Perine temizliğinden sonra kurulaması,
 - . Pedlerini sık değiştirmesi (her tuvaletten sonra ya da günde en az 4 kez),
 - . Pedlerini değiştirirken önden arkaya doğru kontamine etmeden koyması,
 - . İç çamaşırlarının özellikleri ve günlük değişimi,
 - . Lochia akıntısı bitinceye kadar küvet banyo yapmaması ve tampon kullanılmaması, vaginal duş yapmaması,
 - . Perineyi yumuşak sabunla ve ılık suyla günde en az 1 kez yıkaması yada mümkünse günlük duş alması
- gibi konularda kadına bilgi verilir ve uygulaması konusunda desteklenir.

Yukarıda belirtilen bu önerilerin uygulanması; perine ve vulva kontaminasyonunu önleyerek enfeksiyon riskini minimize edecek ve iyileşmeyi hızlandıracaktır.

* Epizyotomi, laserasyon, hemoroid, ödem, ekimoz ya da hematoma nedeniyle ağrı varsa ağrı giderilir yada azaltılır.

Hemoroid varsa; ödem ve rahatsızlığı azaltmada yardımcı olunur. Öncelikle ödem, ağrı ve yangıyı azaltmak için 15-20 dk süreli buz torbası uygulaması yapılır, 4 st. te bir tek-

rarlanır yada soğuk ped uygulaması yapılabilir. Sitz banyosu önerilir. Perine temizliğini önden arkaya doğru yapması önerilir. Eğer hemoroidler rahatsız ediyorsa, defekasyondan sonra eldiven giyilerek, işaret parmağına kayganlaştırıcı sürülür ve hemoroidler üzerine 1-2 dk bastırılıp anüsün içine doğru geri itilir, işlem kadına anlatılır. Yine ağrı, yangıyı azaltmak için özel lanolinli pedler, krem ya da pomatlar kullanılabilir. İrritasyonu ve kabızlığı önlemek için gaita yumuşatıcıları önerilebilir. Ayrıca kadına uzun süre oturmaktan kaçınması önerilir. Gebelik öncesi hemoroid yoksa, DS barsak hareketlerinin düzene girmesiyle durumun kısa sürede geri döneceği kadına açıklanır.

* Kegel egzersizleri anneye öğretilir ve uygulanır.

* Perine kasları için DS egzersizlerine, 2. haftada basitten yoğuna doğru başlayıp yapabileceği belirtilir.

* Perine, epizyotominin iyileşmesi, patolojik durumlar ve yapması gerekenler hakkında, beklentileri ve gereksinimleri doğrultusunda kadına bilgi verilir

(11,23,48,71,72,74,81,83,88,89,93,102,107).

Beklenen sonuç: Perine tam, epizyotomi normal, ağrı ve rahatsızlık yok ya da en aza indirgenmiş, anne rahat. Anne perine bakımı uygulamalarını yapabiliyor, perine hijyeni iyi ve verilen bilgileri algıladığını sözel ifade ediyor.

■ Eliminasyon kontrolü:

A- Üriner eliminasyon:

Amaç: kadının normal eliminasyonunun yeniden başlayıp, spontan olarak mesaneyi boşaltabilmesini sağlamak, idrar retansiyonu, mesane distansiyonu, ÜYE gelişimini önlemek.

Hemşirelik girişimleri:

* DS başlayan diürezle volüm ve toplam sıvı kaybı yaklaşık 3000cc (ml) dir. Bu nedenle annenin DS idrar yapma durumu, mesaneyi boşaltma yeteneğinin değerlendirilmesi önemlidir.

* DS ilk 6-8 st. içinde annenin ilk idrarını yapması sağlanır. DS ilk 8 st. içinde idrar yapma durumu sıklıkla kontrol edilir ve DS ilk idrarı saati ve miktarı kaydedilir.

* İlk idrar ve daha sonraki boşaltımın miktarı ölçülür, 100 cc altında olmaması gerekir. İdrar miktarı 100 cc nin altında ise bu mesanenin tam boşalmadığını gösterir. İlk 2-3 saatlik idrar miktarı 500 cc yada daha fazla ise mesanenin tamamen boşaldığını gösterir.

* Annenin 24 st. lik total idrarı ölçülür, kaydedilir. Aldığı sıvı miktarıyla ve DS günlük diürez miktarı karşılaştırılır, çıkardığı miktar azsa idrar retansiyonu düşünülür.

* DS üriner fonksiyonlarda yetersizlik; doğumdaki travmaya bağlı olarak mesane, üretra ve üriner meatustaki ödem, mesane tonüsünde azalma, mesane kapasitesinde artış, idrar yapma hissinde azalma, karın kaslarını yeterli kullanamama, epizyotomi ya da buna benzer nedenlere bağlı ağrı, rahatsızlık nedeniyle idrar yapmadan kaçınma vb. nedenlerle olabilir. Üriner fonksiyonlarda, boşaltımda yetersizliğe neden olan bu faktörler idrar retansiyonu, mesane distansiyonuna neden olacağından kadının mesane pozisyonu ve doluluğu palpe edilerek değerlendirilir. Bu değerlendirmenin ilki, DS 2. ya da 3. saatlerde yapılır, sonra her 4 st. bir yapılır. İdrar yapıldıktan hemen sonra sıkışma hissinin olması da üriner retansiyon nedeniyledir, gözden kaçırılmamalıdır.

Dolu bir mesane ; kadın sırt üstü düz pozisyonda yattığında, suprapubik bir şişkinlik olarak görülür. Bu durumda uterusun pozisyonu değişir, uterus fundusu umblikus üzerine ve yan taraflara kayabilir. Perküsyonda, ballotmen sesi (dolu mesane) duyulur.

* Mesane distansiyonunun değerlendirilmesi ve önlenmesi önemlidir. Çünkü yeterli boşalmayan mesanede idrar retansiyonuna bağlı gelişen mesane distansiyonu involusyonu engeller ve atoni kanamalarına neden olur.

* Anneye, idrar yapma hissi olmasa da her 4 saatte bir tuvalete gitmesi önerilir ve idrar yapma mesaneyi boşaltmanın önemi anlatılır.

* Annenin, spontan idrar yapması ve mesaneyi tamamen boşaltmasına yardımcı olunur. Bunun için; günlük en az 2000-3000 ml oral sıvı + diğer sıvı yiyeceklerin alımı desteklenir. İdrar yaptıktan sonra mesane palpe edilir. Spontan idrar boşaltımı desteklenir. Gerekirse boşaltımı uyarmak için perineye ılık su dökme / duş alma, yağmur / akan su sesi dinletme, sitz banyosu yaptırma gibi girişimlerde bulunulur. Spontan idrar yapamama perineal rahatsızlık, ağrı nedeniyle ise hafifletilir ve kadın cesaretlendirilir. İdrar yapma isteğinde, geciktirmeden hemen yapması önerilir. Tuvalette bacakları ayrı şekilde öne eğilerek oturması, düzenli tuvalete gitmesi önerilir. Spontan idrar yapmada mesane boşaltım durumu değerlendirilir.

* Eğer anne, DS 8 saatte spontan idrarını tüm uygulamalara rağmen yapamamışsa, kateter uygulanarak mesane boşaltılır, miktarı kaydedilir.

* Kateterizasyondan sonra da spontan idrar yapmasındaki yeterliliği değerlendirilir. Zamanı ve miktarı kaydedilir.

* Lokal anestezi yapılan anneler, idrar yapma isteğindeki duyarlılık azaldığı ve idrar yapma gücünün arttığı için, distansiyon açısından daha sık değerlendirilir.

* Eğer idrar retansiyonu / distansiyon oluşmuşsa durum rapor edilir ve uygun hemşirelik girişimleriyle sorunun çözümüne gidilir.

* Anne potansiyel üriner enfeksiyon bulguları açısından değerlendirilir ve enfeksiyon gelişmesi önlenir. Üriner sistem enfeksiyon belirtileri hakkında bilgi verilir.

* İdrarın tamamıyla mesaneden boşaltımını kolaylaştırmak için, mesanenin üzerine elle basınç uygulama yöntemi olan Grede's metodu anneye öğretilerek, gerektiğinde yapması önerilir (11,23,48,71,72,74,81,83,88,89,102,107).

Beklenen sonuç: İdrar yapmada, boşaltımda sorun yok. İdrar retansiyonu, mesane distansiyonu, ÜYE gelişmemiş.

B- Bağırsak eliminasyonu:

Amaç: Barsak problemlerinin gelişmesini önlemek. Bunun içinde bakım ve eğitim vermek.

Hemşirelik girişimleri:

* DS annenin barsak sesleri, hareketleri, gaz çıkarma, abdominal distansiyon, konstipasyon, diare vb. değerlendirilir.

* DS barsak seslerinin durumu, kadının karnı her 4 kadrandan dinlenerek değerlendirilir. Sezaryan doğum sonrası barsak sesleri en az 8 st. bir değerlendirilir.

* DS barsak hareketleri için anne erken ayağa kalkması konusunda desteklenip, cesaretlendirilir.

* Anneye defekasyon gereksiniminde hemen yapması, bekletmemesi önerilir ve yaparken fazla ıkınmaması söylenir.

* Sıvı, kepekli yiyecek alımı konusunda bilgilendirilir ve desteklenir.

* DS ilk 2-3 gün defekasyon ihtiyacının olmayabileceği ve nedenleri açıklanır.

* Her defekasyondan önce ve sonra el yıkama, perine bakımı yapma konusunda desteklenip, bilgilendirilir.

* Anneye, sıvı alımı, yiyecekler, egzersiz, barsak alışkanlıkları, defekasyon sonrası hijyene yönelik danışmanlık yapılır (11,23,48,71,74,81,83,88,89,107).

Beklenen sonuç: Barsak sesleri (+), distansiyon, gaz problemi yok en aza indirgenmiş.

■ Emzirme ve meme bakımı:

Amaç: Kadının emzirme, laktasyonda sorun yaşamamasını sağlamak. Erken emzirmeyi başlatmak, başarılı emzirmeyi sağlamak, meme komplikasyonlarının gelişimini önlemek.

Hemşirelik girişimleri:

*Tüm kadınların göğüsleri ister emzirsin ister emzirmesin her 8 st. bir muayene edilir. Kadının göğüsleri; dolgunluk, yumuşaklık, sertlik, kızarıklık, şişlik, hassasiyet, ağrı, süt akımı yönlerinden gözlenip, değerlendirilirken, meme uçları da; çatlak, acı, ağrı, içe çöküklük, yönlerinden değerlendirilir ve durum kaydedilir.

Annelerin emzirme konusundaki bilgi eksikliği ile güvensizliklerinin, emzirme başarısı ve süresini olumsuz etkilediği ve emzirme sırasında anneye verilen etkili hemşirelik bakımı, destek ve bilginde emzirme başarısı ve emzirme süresinde etkili olduğu belirtilmektedir.

Etkili hemşirelik bakımında;

* DS ilk 1/2 - 1 st. içinde emzirme başlatılır.

* Anne sütünün önemi anlatılır.

* Annelerin 8-10 defa / 24 st. olacak şekilde, genelde bebek her ağladığında, sık sık emzirmesi (yaklaşık 2 st.bir) desteklenir. Emzirme yeterliliğinde, bebeğin boşaltımının günde 4-6 kez olduğu belirtilir. Sık emzirmenin, meme komplikasyonlarının gelişmesini önleyeceği, meme ucundaki ağrı, hassasiyeti azaltacağı açıklanır. Sık emziren bebek daha az emme gücüyle emeceği ve buna bağlı meme ucu komplikasyonlarının gelişmeyeceği açıklanır.

* Uygun emzirme teknikleri anneye öğretilir ve gereksinimleri doğrultusunda bilgi verilir.

* Bebeği nasıl tutacağı ve nasıl emzireceği konusunda anneye destek olunur. Annenin en az 2 başarılı emzirmeyi deneyimlemesi sağlanır ve emzirmeyi başarması desteklenir.

* Anneye emzirme esnasında kullanabileceği değişik pozisyonlar gösterilerek ve emzirme başarısını destekleyerek öğretilir (11,23,48,65,71,72,74,81,83,88,89,107).

Başarılı emzirme, emme tekniğinde:

Vücut pozisyonu; . Anne gevşek ve rahat, bebeğin vücudu annenin vücuduna yakın ve memeye dönük, bebeğin başı ve vücudu düz aynı hizada, çene memeye değişiyor, gerektiğinde bebek alttan destekleniyor

Emme; . Emerken bebeğin ağız geniş, açık, alt dudak dışa dönük, dil memenin etrafına kıvrılmış ve görülüyor, yanaklar yuvarlak, areolanın çoğu ağız içinde, kavranmış, yutkunma duyulabiliyor veya görülebiliyor, yavaş, derin emmeler ve arada dinlenmeler var, bebek kendisi emmeyi bırakıyor.

Emzirme sırasında memelerin dış yüzeyinden, yukarı kısmından meme uçlarına doğru hafif masaj let-down refleksi ve süt akımını uyandır.

* Her emzirmeden sonra memeler muayene edilip bulgular not edilir.

* Emzirmeden önce ve sonra ellerini yıkama konusunda anne desteklenir ve önemi anlatılır.

* Meme bakımı için günlük duş alması yada günde 1 kez de olsa memeleri ılık suyla yıkaması önerilir.

- * Her emzirmeden önce, sütünü biraz sağıp meme ucunu silmesini belirtilir.
- * Emziren kadınların ilk bir kaç gün hatta 1 hafta meme ucunda acıma, ağrı, hassasiyet deneyimleyeceği belirtilir. Bu durumda emzirmekten kaçınmaması devam etmesi söylenir.
- * Memeden süt akımı durumlarında, meme uçlarının kuru kalmasının gereği, meme pedi kullanması ve ıslanınca sık değiştirmesinin önemi anlatılır.
- * Göğüslerin desteklemesi için 24 saat süresince, uygun sıkı yada gevşekte olmayan sütyen giymesi önerilir.
- * Emzirme süresince yeterli ve dengeli beslenmesinin önemini açıklanır ve günlük bol sıvı alımı desteklenir.
- * Anne çalışıyorsa, emzirmesini nasıl devam ettirebileceği, sütün sağılıp bekletilmesi, çocuğa verilmesi vb. konularda bilgilendirilir.
- * Meme ucu çatlağı, süt retansiyonu, mastitis vb. komplikasyonların gelişmesinin önlenmesi, bu komplike durumların önlenmesine ilişkin annenin bilgilendirilmesi (23,65,71,72,81,83,107).

Meme ucu çatlaklarından korunmak, olası enfeksiyonu önlemek için :

- . Emzirmeden önce ve sonra ellerini yıkamasını, gereğini açıklamak ve desteklemek.
- . Emzirme tekniğinde, yalnız meme ucunun değil areolanın tam olarak bebek tarafından kavranmasında yardımcı olmak ve önemini kadına anlatmak.
- . Emzirmede bebeğin pozisyonu ve meme tutuş şeklini düzenlemek. Başarılı emzirme tekniklerini uygulamasını desteklemek. Bu teknikteki emzirme çatlak oluşumunu önleyecektir. Yalnız meme ucunun emzirilmesinin çatlak oluşumunu yükselteceğini vurgulamak.
- . Bebeğin isteğine göre, sık aralıklarla emzirmesini önermek. Uzun süre bebeğin aç bırakılması güçlü emmeye ve meme ucu travmalarına neden olur. Ayrıca memelerde engojman, süt retansiyonu gelişmesini artırır. Emzirme ile memeler tam boşalmıyorsa, sağarak boşaltımını destekleyerek öğretmek.
- . Meme ucunun kuru tutulmasını önermek.
- . Bebeği memeden çekerken, parmakla emmesini bıraktıracak memeden çekmesini desteklemek ve uygulatmak.
- * **Meme ucu çatlağı gelişmişse:** Kuru sıcak uygulama, kremler, limon suyu, anne sütüyle meme ucu ve ereola kısmına masaj yapma, günün farklı zamanlarında 15-30 dakika memelerin havayla teması için açık bırakması önerilerek, bu işlemleri nasıl uygulayacağı konusunda kadını bilgilendirmek gerekmektedir. Ayrıca meme ucu ağrılarında sıcak suyla kompres yapılmasının rahatlatıcı, tedavi edici etkisi olduğu belirtilmiştir.
- * **Engojman:** Engojman; DS 3-4. günlerde geçiş sütü döneminde oluşan fizyolojik bir olaydır. Semptomlar 24-48 saat içinde kendiliğinden azalır. İrileşen memeler gergin, parlak ve kırmızıdır. Ağrılı olan bu durum emzirmeyi negatif etkiler. Sık emzirmeme ve emzirmede gecikme, süt kanallarını destekleyen kan ve lenf dokularının alveollerden yeni süt akımını önlemesine neden olur. Sonuçta göğüsler yumrulu, sert ve hassastır. Meme uçları areolaya olan basınçtan, memedeki gerginlikten dolayı düzleşmiş, yassılaştırmıştır. Bu da bebeğin emmesini güçleştirir.

Engojman varlığında amaç: Gerginliği, ağrıyı azaltmak, süt akımını sağlamak, süt retansiyonunu önlemektir. **Girişimler:** Sık emzirmeye teşvik edilir ve desteklenir. Emme süresinin 15-20 dakika olması, emzirmeden önce göğüslerden biraz süt sağılarak, bebeğin memeyi daha rahat tutmasının sağlanması, memelerdeki süt emzirmeyle tam

boşalmıyorsa, boşaltılması ve ardından ağrıyı azaltmak ve rahatlığı sağlamak için soğuk uygulama yapılması sağlanır ve kendisinin uygulaması konusunda desteklenir.

* Mastitis; Meme bezinin enfekte olmasıdır, oluşumunda meme ucu çatlakları önemli etkindir. Tedavi edilmezse meme apsesi oluşur. Genelde tek memede şişlik, kızarıklık ve ağrı vardır, sütün boşaltılmasıyla düşmeyen sistemik ateş sözkonusudur. Tedavi tıbbi ya da cerrahidir.

* Memede oluşabilecek tüm bu durumlar ve yapması gerekenler anneye açıklanarak bilgi verilir (11,23,48,71,72,74,81,83,88,89,107).

DS laktasyonun durdurulması ;

Amaç: Laktasyonu baskılamak, annenin rahatlığını arttırmak, anneye kendi kendine bakım tekniklerini öğretmektir.

Laktasyon inhibasyonu için;

1- Mekanik yol: amaç, nörohormonal refleksin azaltılmasıyla sütün kanallara geçişini engellemektir.

* DS ilk 6 saat içinde göğüsler hiç çıkarmadan, sürekli uygun bir sütyenle desteklenir. Sütyen gevşek ya da çok sıkı olmamalıdır. Bunun dışında, memeler uygun bir sargıyla, meme ve meme uçları yukarıya kaldırılıp bandajlanarak, 48-72 saat bu şekilde tutulabilir. Sonra uygun bir sütyen giymesi tavsiye edilir.

2- Hormonal yol: Östrojen, Östrojen+ Progesteron, Östrojen+ androjen içeren ilaçların İM, oral olarak uygulanmasıdır (örn. parlodel: Bromocriptine mesylate). Laktasyonun baskılanmasında medikal yöntemlere genellikle yaşam bulguları stabil olduktan sonra başlanmalıdır. Yaşam bulguları genellikle DS 4. saatte stabilize olur.

* Bazı kadınlarda hipotansiyon gelişebilir. Bu nedenle TA ilk 72 saat içinde 4 saatte bir kontrol edilmelidir.

* Çalışmalar, östrojen ya da androjenlerin uygulanmasının endometrial kanser oluşumunda etkili olduğunu göstermiştir. Bu nedenle bazı otoriteler kullanımını önermemektedir. Ayrıca bu ilaçların uzun süreli kullanımı MI ve serebrovasküler riski de artırır.

* Östrojen içerikli preparatlar DS özellikle de seksiyon- sezeryan veya komplike vaginal doğum sonrası trombo- emboli oluşumunda etkilidir. Bu nedenle kadınlar dikkatle gözlenmelidir.

3- Yardımcı teknikler: *Bir hafta meme, meme ucu uyarımından kaçınılır. Memelerdeki sütün boşaltılmasından, memelere sıcak uygulama yapılmasından kaçınılır ve genelde Soğuk uygulama yapılır. Sıvı limiti koymak gereksizdir. Ancak aşırı sıvı almaktan kaçınması önerilir (11,23,48,71,72,74,81,83,88,89,107).

Beklenen sonuç: Emzirme başarılı, emzirme ve memelerde sorun yok,memeler uygun destekleniyor,

komplikasyon gelişmemiş, anne emzirme tekniği, komplikasyonlarına yönelik bilgilendirilmiş.

■ Aktivite, Egzersiz ve Dinlenme:

Amaç: Fiziksel ve emosyonel rahatlığı sağlamak. DS ve kegel egzersizlerini açıklamak, uygulaması konusunda desteklemek. Homans' bulgusunu değerlendirmek, olası riskleri önlemek.

Hemşirelik uygulamaları:

* DS ilk 4-6 saatte ayağa kaldırılır. DS erken mobilizasyon; trombo- emboli riskini azaltır, barsak, mesane fonksiyonlarını düzenler (retansiyon, distansiyon, konstipasyonu önler), retroversio uteriye önler ve annenin psikolojik rahatlığını, kendini yeterli hissetmesini sağlar.

* İlk ayağa kalktığında ve sonra gerektiğinde annenin güvenliğini korumak için destek olunur (ortostatik hipotansiyon nedeniyle). İlk ayağa kalkış yavaş ve hemşire gözleminde olmalıdır.

* Günde en az 10 saat uyuması, yeterli dinlenmesi önerilir.

* Annenin hastanede uyuması, dinlenmesi için; hemşirelik bakımları mümkün olduğunca bebeğin uyumadığı saatlere denk getirilerek, ziyaretçi sayısı ve kalma sürelerini düzenlenir. Bir günde belli aralıklarla istirahat etmesi desteklenir.

* Doğumdan 2 hafta sonra günlük aktivitelerine basitten başlaması, ağır, yorucu işlerden kaçınması önerilir. Sonra dereceli olarak normal aktivitelerine dönebileceği açıklanır.

* DS fiziksel gücüne ve görünüşüne yeniden kavuşmasına yönelik fiziksel değişiklikler ve geçiş süreci hakkında bilgi verilir.

* DS kas tonüsünü ve fiziksel gücü elde etmeyi sağlayan egzersizlere, kendini iyi hissettiği zaman birkaç gün içinde ya da 2 hafta sonra, basitten karmaşığa doğru yapmaya başlayabileceği, önemini anlatıp, yazılı broşür verilir. Rutin yapılan egzersizler hem fiziksel hem de emosyonel yarar sağlar. Anne yorucu aktivite ya da egzersiz programına başlamadan önce doktora muayene olması gerekir.

* DS ve yaşam süresince perine, karın kasları için önemli olan kegel egzersizleri, doğumdan kısa süre sonra ağrısı, rahatsızlığı yoksa başlatılır ve devamlı uygulaması konusunda destekleyip önemi kavratılır.

* DS involüsyon süresince (6 hf.); uzun yürüyüşler yapmaması, ancak DS dinlenme periodlarıyla karakterize yorucu olmayan yürüyüşlerin yararlı olduğu, uzun süre sabit ayakta kalmaması, sürekli/ uzun süreli sırt üstü yatmaması, uzun yolculuklar yapmaması, ağır, yorucu işleri yapmaması önerilir, nedenleri açıklanır.

* Doğumdan 4 hafta sonrasına kadar 1 saatten uzun süren yolculuklar yapmaması ve saatte bir dinlenme periodlarıyla 2-3 saatlik yolculuk yapabileceği, Kendini güçsüz hissettiği müddetçe araba kullanmaması gerektiği belirtilir.

*Günde yaklaşık 2 saat yüzü koyun yatması önerilir. Bu pozisyon hem DS uterus kontraksiyonlarına bağlı ağrıyı azaltır, hem de uterusun normal anteversio pozisyonunu korumasını sağlar.

* Annenin bacakları hastanede kaldığı süre içerisinde her 8 saatte bir Homans' bulgusu açısından değerlendirilir.

Homans' bulgusu: Trombo- emboli, tromboflebit riskinin değerlendirilmesi açısından önemlidir. Kadın yatar ya da oturur pozisyonda iken bacağına yatağa düz olarak uzatması söylenir. Ayak kavranarak öne doğru ani şekilde hızla dorsafleksio pozisyonuna getirilir. Bacağın baldır kısmında ağrı, acı hissetme, veya bacağın dorsafleksio pozisyonuna getirilmesinde direnç artması durumları değerlendirilir. Şayet acı, ağrı ya da direnç varsa Homans' bulgusu (+) tir ve trombo- emboli, tromboflebit riskini gösterir ve kadın dikkatle izlenmelidir. Değerlendirme her iki bacakta da yapılır. Normalde (-) olması beklenir. Şayet (+) ise hangi bacakta olduğu kaydedilip, rapor edilir.

* Annenin bacaklarının her ikisi, ödem, kızarıklık, ağrı, sıcaklık hissi, farkı açısından değerlendirilir. Tromboflebitisin yatakta istirahatte iken gözden kaçabilen 2 bulgusu vardır.

Bunlar ayak bileğinde şişlik ve bacadaki aşırı soğukluktur. Bu bulgular dikkatle izlenir ve anne konuya ilişkin bilgilendirilir

(11,23,48,71,72,74,81,83,88,89,102,107).

Beklenen sonuç: Aktivite tolerasyonu normal, Homans' bulgusu (-), kegel egzersizlerini öğrenmiş, uyguluyor, gerekli eğitim verilmiş olmasıdır.

■ Emosyonel Değişiklikler ve Anne -Bebek Etkileşiminin Değerlendirilmesi :

Amaç; pozitif anne bebek etkileşimi ve duygusal değişikliklerin deneyimlenmesi.

Hemşirelik uygulamaları;

* Annenin ve ailenin yeni rol değişimine adaptasyonlarını sağlamak. Bunun için; Bebeği annenin kollarına vermek, düzgün tutmasını sağlamak. Ailenin bebekle daha fazla zaman geçirmesini sağlamak. Ebeveynlerin her ikisini bebekle iletişim kurmada cesaretlendirmek. Bebek bakımı ve sorumluluk almada anne ve babanın aktivitelere katılımını cesaretlendirip, desteklemek, yardımcı ve rehber olmak. Anne, babalık duygusuna hazırlamak için destek olmak, duygularını ifade etmelerine olanak tanımak, korku ve endişelerini gidermek.

* Annenin, kendi ve bebek bakımındaki güveni geliştirerek, cesaretlendirilir.

* Ailenin yaşam şeklinde ve ebeveynlerin iletişiminde olabilecek değişiklikler, sorumlulukları, destek sistemleri aileyle konuşulur. Babanın bebek bakımına katılımının önemini vurgulanır, gerekli açıklamalarda bulunulur. Anne ve babanın konuya ilişkin düşüncelerini ifade etmelerine olanak tanınır.

* DS dönemde normal psikolojik değişiklikler, nedenleri açıklanır. Postpartum blues, depresyon hakkında eşini de içine alan eğitim yapılır.

* Anneye empatik yaklaşımda bulunulur. Duygularını ifade etmesi sağlanır ve gereksinimleri doğrultusunda yaklaşım planlanır.

* İstirahat ve beslenmenin duygusal problemlerde etkili olabileceğini tartışılır.

* Anne-bebek, ebeveyn- bebek etkileşimiyle ilgili davranışlar gözlenir ve değerlendirilir. (emzirme isteği, göz göze temas, kucağına alma, tutma, sevme, çıplak tene dokunma, konuşma, ismi vb. hitap ediş şekli vb. değerlendirilir). Negatif etkileşim durumunda daha sık gözlem yapılır, destek olunur ve gerekirse konsültasyon istenerek profesyonel destek sağlanır.

* Anneye, bebekle iletişim arttıran faktörler açıklanır, ebeveynler pozitif iletişimi artırıcı yönde desteklenir ve iletişimi arttıracak olanaklar yaratılır.

* Taburculuk sonrası mevcut duygusal ve fiziksel destek sistemleri değerlendirilir (11,23,32,65,71,72,74,81,83,88,89,102,107).

Beklenen sonuç: Duygusal değişiklikler normal, anne- bebek, ebeveyn etkileşimi normal (+), anne kendi ve bebek bakımına katılımcı.

■ Tedavi Uygulamaları:

*İV tedavi + ositosin tedavisi devam ediyorsa kontrolü.

* Gerektiğinde analjezikler.

* Gerektiğinde hemoroid tedavisi.

* Demir + vitamin tedavisi ve bilgi.

* gerekirse Rhogam uygulaması.

* Gerektiğinde laktasyon inhibasyonu.

- * Gerekirse rubella, hepatit B aşısı.
- * Laboratuvar test sonuçlarının (Hb, Hct, Eritrosit, lökosit, kan grubu, Rh, PTT, APTT vb.) değerlendirilmesi ve kaydedilmesi. Anormal durumların bildirilmesi. Hb 10 gr/dl, Hct %33 olmalı ve diğer sonuçlarda patoloji olmamalı.
- * Taburculuk öncesi pap-smear alınması (23,48,71,72,74,81,83,107).

■ DS Olası Komplikasyonlar Açısından Annenin gözlenmesi:

Amaç, Komplikasyon gelişmesini önlemek, komplikasyonları erken teşhis etmek, gelişmesi durumunda uygun girişimlerde bulunmak.

Hemşirelik girişimleri:

- * Annede olası komplikasyonların oluşmasını önlemek, komplikasyon bulgularını gözlemek, erken teşhis ve tedavi girişimlerini zamanında yapmak.

DS olası komplikasyonlar: - Kanama

- Enfeksiyon,
- Trombo- emboli,
- İdrar retansiyonu, Mesane distansiyonu,
- Meme, meme ucu komplikasyonları,
- DS psikoz,
- Laboratuvar bulguları açısından patolojik sonuçlar.

DS kanamalar: Erken (ilk 24 st. içinde) ve geç (24 st. sonra ve DS 6 hf. içinde) DS dönemde oluşabilir. Nedenleri; uterus atonisi, yırtıklar, plasenta retansiyonu, kanama bozuklukları, uterus inversiyonu vb. dir. Geç kanama nedenleri ise; enfeksiyon, subinvolüsyon ve plasenta retansiyonudur.

DS kanamalarda en büyük risk ilk saatlerdedir, kanamanın değerlendirilmesi önemlidir. Bu amaçla: Anemnez alınır. Anemnezde; hızlı ya da uzamış doğum eylemi, uterusun aşırı gerilmesi, tokolitik, anestetik ilaçların aşırı kullanımı, aşırı doğum, müdahaleli, operatif doğum, yırtık oluşumu, plasenta anomalileri, geçirilmiş uterus cerrahisi vb. değerlendirilir.

- . Kanama nedeni saptanıp, nedene yönelik tedavi uygulanır.
- . kan kaybı miktarı, uterus, uterusun masaja cevabı, mesane distansiyonu, vital bulgular (en az 15 dak. bir) değerlendirilir. Distansiyon varsa kateterle boşaltılır.
- . Aldığı ve çıkardığı tam olarak ölçülür, saatlik idrar takibi yapılır.
- . Potansiyel komplikasyonları önlenmek, erken müdahale girişimlerinde bulunmak için kapsamlı bakım planı oluşturulur. Erken tanı ve müdahale; Kan kaybı, hipovolamik şok, anemi, puerperal enfeksiyon, tromboembolizm ve ön hipofiz nekrozu (Sheehan's sendromu) gibi ortaya çıkabilecek komplikasyonları minimize eder.
- . İV damar yolu açılır, volümü artırıcı sıvı yüklemesi yapılır. Gerektiğinde kan transfüzyonu uygulanır.
- . Gerekirse O₂ terapisi yapılır.
- . Gerekirse uterotonikler uygulanır.
- . Hb, Hct, kan grubu, Rh, kross-match, pıhtılaşma faktörleri vb. için kan örnekleri alınır ve sonuçlar değerlendirilir.
- . Anneye ve ailesine emosyonel destek sağlanır.

DS enfeksiyonlar:

DS ilk 24 saat sonra, 2 gün süreli devam eden 38 °C üzeri ateşle karakterizedir.

Nedenleri; Gebelikte tedavi edilmemiş genital enfeksiyonlar, 24 st. uzun süren travay ve doğum, doğumda aseptik kurallara uyulmaması, uzamış ve profilaksi uygulanmamış EMR, plasentanın elle çıkarılması, plasenta retansiyonu, DS kanama ve anemi, Ds bakım yetersizliği.

Belirtileri; Titremelerin eşlik ettiği veya etmediği doğumdan 24 st. sonra 38 ° C veya üzeri iki gün süren ateş, Kötü kokulu lochia, lochial özelliklerde normalden sapmalar, taşikardi, büyük, yumuşak, hassas uterus, alt abdomende ağrı, keyifsizlik vb. dir.

Enfeksiyon durumunda; . Yaşam bulguları 4 st. bir kontrol edilir.

. Lochia direnaji için semi-fawler pozisyon verilir.

. Bol sıvı, proteinden zengin diyet alımı sağlanır.

. Lochia kültürüne göre antibiotik uygulanır.

. Annenin genel hijyen, tedavisiyle ilgili eğitim ihtiyaçları karşılanır.

. Annenin rahatlığı sağlanır ve septik şok belirtileri yönünden gözlenir.

* Anneye kendi ve bebeğinin sağlığını koruması, sağlığının devamı için yapması gerekenleri açıklamak.

* Anneye kendi ve bebeğiyle ilgili bir sağlık kuruluşuna/ Dr. başvurması gereken DS tehlike bulgularını ve yapması gerekenleri açıklamak.

DS tehlike bulguları: Anneye ilgili; ateş, fazla miktarda yada kötü kokulu lochia, lochia farklılıkları, uterus yumuşaklığı. Bacaklarda ağrı, şişlik, kızarıklık, sıcaklık. Isı farkı, idrar yaparken yanma, ağrı, sık idrar yapma, boşaltında yetersizlik. Pelvik, bel ya da perineal ağrı vb.

Bebekle ilgili; ateş, konvülzyon, sarılık, ağlama farklılıkları, beslenme sonrası fişkıncı tarzda kusma vb.

* Annenin doğumdan 6 hf. sonraki jinekolojik kontrolünün, bebeğinin sağlam çocuk kontrolleri ve aşılarının önemini vurgulamak

(11,23,48,71,72,74,81,83,88,89,102,107).

Beklenen sonuç; DS komplikasyon bulguları gelişmemiş, anne tehlike bulgularını ve yapması gerekenleri öğrenmiş, jinekolojik kontrolün önemini kavramış.

■ Annenin Kendi ve Bebek Bakımına Yönelik Bilgi Gereksinimlerini Karşılama:

DS annelerin kaygıları ve paralelinde bilgi gereksinimleri incelendiğinde; önceliği bebekle ilgili olan konuların aldığı görülmüştür. DS annelerin kaygılarının, ilgi odaklarının %97 sinin bebekle, %81 inin kendisiyle, % 19 nun da aile, arkadaş iletişimiyle ilgili olduğu belirtilmektedir. Bazı çalışma sonuçlarında da bu sıralamanın değişebildiği, annenin kendi gereksinimleriyle ilgili konuların alt sıralarda yer alabildiği görülmektedir. Sıralama, primipar ve multiparlar arasında göre de farklılıklar göstermektedir. Primipar annelerde öncelik bebek ve sonra kendisi olurken, multiparlarda da öncelik yine bebek olup, daha sonra aile yapısındaki değişiklikler vb. gelmektedir. Ayrıca, primipar annelerin multipar annelere oranla daha farklı ve fazla bilgi eksikliği tanımladıkları belirlenmiştir (15,26,47,50,52,55,67,66,81).

DS erken taburculuk, zaman açısından annelere verilecek eğitimi sınırlamaktadır. Bu nedenle verilecek eğitimin sistematığı, planı, odak noktası önemlidir. DS eğitim, an-

nelerin, ailenin gerçek ihtiyaçlarını karşılamaya, anne ve bebek bakım gereksinimlerine, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesine odaklanmalıdır (71,72,81,82,88,95,112).

Annelere DS verilecek etkin bakım ve eğitimin; Anne ve bebeğin daha sağlıklı, sorunsuz DS dönem geçirmesini sağladığı, annenin kendine güvenini, sorun çözme başarısını arttırdığı ve olumlu sağlık davranışlarını geliştirdiği, anne için daha doyum verici ebeveynlik deneyimini sağladığı ve aldıkları bakıma yönelik memnuniyetlerini arttırdığı yapılan çalışmalarla belirlenmiştir (71,81).

Amaç; Annenin gereksinimleri doğrultusunda bireye özgü eğitim ya da duruma göre grup eğitimi yapmak.

Hemşirelik girişimleri:

* Eğer klinik ortam, hizmet veren kişi sayısı uygunsa, öncelikle annelerin hangi konuda, ne derece bilgi gereksinimleri olduğunu tesbit etmek için oluşturulan form uygulanır. Annelerin eğitim ve destek ihtiyaçlarının tanımlanması sağlık profesyonelleri açısından önemlidir. Böylece verilecek eğitimin içeriği, planı hazırlanır ve bireye özgü gereksinimler doğrultusunda bilgi verilmiş olur. Eğitim sonrası da, verilen bilgileri alma düzeyi belirlenir (feed-back alınır).

* Annenin kendi bakımına ilişkin bilgi verilir. Bunlar: DS kanamanın özellikleri, kontrolü, perine, epizyotomi bakımı, genel hijyen (banyo, menstruasyon vb.), aktivite, egzersiz, istirahat, dinlenme, barsak, mesane eliminasyonu, emzirme, meme bakımı, beslenme, sıvı alımı, enfeksiyonun önlenmesi vb. dir

* Komplikasyon bulguları (Ateş, kötü kokulu lochia, lochiada normalden farklılıklar, fazla miktarda lochia, bacaklarda ağrı, şişlik, pelvik ya da perineal ağrı, idrar yaparken yanma, mesaneyi boşaltmada yetersizlik vb.) ve yapması gerekenler anlatılır.

* Anneye ilişkin diğer verilmesi gereken bilgiler; DS ovulasyon, menstruasyonun başlaması, cinsel ilişki ve AP, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, jinekolojik kontrolün zamanı ve önemi vb. dir.

* Anneye bebek bakımına ilişkin bilgi verilir. Bu konular; Emzirme, beslenme, gaz çıkarma, göbük bakımı, banyo, giydirme, giysi özellikleri, bezleme, altını alma, cilt bakımı, aşular, zamanı ve nerelerde yaptırabileceği, sağlam çocuk kontrollerinin önemi, nerelerde yaptırabileceği, hastalık bulguları, vücut ısısının ölçümü, bebeğin güvenliği vb. içerir.

* Anne ve bebeğinin sağlık kontroller, önemi ve nerede yaptırabileceği açıklanır.

* Annelere, kendi ve bebek bakımına ilişkin konuları içeren broşür, kitapçık verilir.

Annelere Verilen DS Eğitimin Katkıları:

- . Annelerin sağlık bakımı ve aktiviteleri üzerindeki yetkisini, bilgisini artırır.
- . Annenin kendi kendine yeterliliğini pozitif destekler, cesaretlendirir ve güvenini artırır.
- . DS komplikasyon oluşumunu minimize eder.
- . Annenin ve bebeğinin DS nu sağlıklı geçirmesinde yardımcı olur.
- . Pozitif sağlık davranışları geliştirir.
- . Bebek bakımını etkili olarak yapabilmek için anneye, aileye yetki verir, bebek bakımı ve beslenmesinde başarıyı artırır.
- . Annenin anksiyetesini azaltır ve kendi yetenekleri üzerine güvenini artırır.

. Etkili bebek ve kendi bakımını sağlayabilmesi için kişinin güvenini geliştirmesinin yanında, sorumluluk alma becerilerini de artırır.

(11,23,37,48,65,71,72,74,81,83,88,89,95,102).

Beklenen sonuç: Anneye kendi ve bebek bakımı ve diğer gereksinimlerine yönelik sözel bilgi, yazılı materyelin verilmiş olması. Annenin eğitimin katkılarına yönelik olumlu geri bildirimde bulunması.

■ DS Taburculuğu Planlamak:

*Erken taburculuk kriterleri doğrultusunda anne ve bebek değerlendirilir.

ERKEN TABURCULUK KRİTERLERİ

A - Anne termde (38-42 hf.) doğum yapmış. Gebelik, travay, doğum ve DS komplikasyonsuz, annenin sağlığı normal ise. Aşırı kan kaybı olmamış ise. Hastaneye kabulde ve DS Hb., Hct. seviyeleri normal sınırlar içinde ise (Hb> 10 gr., Hct >33 gr /dl).

B - Tüm değerlendirme bulguları normal sınırlarda ise. Bunlar:

Anne için; Yaşam bulguları stabil ve normal değerlerde. Fundus sert, involüsyon normal. Kanama normal, Perinede 3 ya da 4. derece laserasyon yok, intak, hematoma yok. Homans' bulgusu (-). Yeterli miktarda spontan idrar yapma var. Bulantı kusma olmaksızın sıvı tolerasyonu normal. Desteksiz, güçlük, ve baş dönmesi yaşamadan ayağa kalma da, basit işlevleri yapmada yeterli.

Bebek için; Termde(38- 42 hf), doğum kilosu gestasyonel yaşa uygun(2500-4500gr arasında). Doktor tarafından yapılan fiziksel değerlendirmede bulgular normal. Yaşam bulguları taburculuktan 12 st. önce stabil(Soll. hızı 60/dk altında, Nb. 100-160 atım/dk Vücut ısı 36.1- 37°C), aşırı mukus yok. Ağlama ve reflexler normal. İlk ve diğer emzirmelerde bebeğin emmesi iyi. İdrarını ve mekonyumunu yapmış. Eğer anne Rh (-) ve bebek Rh (+) ise Coombs testi (-) olması. Bilurubin düzeyi normal.

C - Ebeveyn - bebek etkileşimi (+) ise.

D - DS ilk 48 veya 72 saat için hastane ya da evde bakım sistemi varsa ev ziyareti planlanmış ise.

E - Tüm konularda annenin eğitimi yapılmış, yazılı materyal sağlanmış ise.

* DS evdeki taburculuk ihtiyaçları değerlendirilir.

* AP, Jinekolojik kontrol randevularını belirlenir.

* Ailenin DS destek sistemlerini değerlendirilir.

* Annenin kendi ve bebek bakımına ilişkin bilgi alıp almama durumu değerlendirilir.

* Annenin kendi ve bebek bakımına ilişkin güveni ve kaygıları değerlendirilir.

* Gerekli yazılı materyal sağlanır.

* Bir sorunu olduğunda ya da AP, Jinekolojik kontrolü için sağlık bakımı alabileceği yerler hakkında danışmanlık yapılır.

*Evde bakım sistemi var ise, DS ziyaret için uygun tarih ve saat belirlenir.

(48,65,71,72,74,81,88,89,102).

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma deneysel olarak planlanıp uygulanmıştır.

4.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, İstanbul ili Anadolu yakasında hizmet veren SB Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesinde gerekli izin alınarak yapılmıştır. Fiilen toplam 695 yatak sayısı olan hastane, çok sayıda bireye doğum, anne-çocuk sağlığı ve hastalıkları alanında, eğitim-uygulama hastanesi olarak hizmet veren köklü bir kuruluştur. İstanbul Anadolu yakasında çok büyük nüfus kitlesine, daha çok orta ve alt düzey sosyo-ekonomik yapıya sahip gruba hizmet vermesi ve daha fazla sağlık bakım gereksinimi olan bu grubun kaliteli bakımı ücret karşılığı almasının zor olması nedeniyle nitelikli bakım almalarının, bilgilendirilmelerinin amaçlanması, Kurum idaresinin (Başhekim ve Başhemşire), hastanelerinde uygulaması yapılan bakım yöntemini, kurumlarında başlatmayı talep etmesi ve araştırmacıya uygulamada destek verilmesinin kabul edilmesi nedenleriyle araştırmanın, SB Zeynep Kamil Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesinde yapılmasına karar verilmiştir.

Hastanede, doğumdan sonra annelerin yattığı 2 servis mevcuttur. Bebek dostu olan hastanenin servislerinde rooming-in sistemi uygulanmaktadır. II. kat DS servisinde; komplikasyonsuz, normal spontan doğum (NSD) yapan, günde ortalama 38 anne ve bebekleri yatmaktadır. III. kat DS servisinde; bebeklerinde problem olan ve bu nedenle bir hafta yada daha uzun süre hastanede kalan anneler yatmaktadır. II. kat DS servisindeki hastalar komplikasyon yoksa, kan değerleri normalse, 24 saat içinde taburcu edilmektedir. kan uyuşmazlığı vb problemlerde ise anne ve bebek 3 gün hastanede gözlem için kalmaktadır.

Servislerde, servis sorumlu hemşiresi dahil olmak üzere II. kat DS servisinde 6, III. kat DS servisinde 5 hemşire çalışmaktadır. Çalışma şekli gündüz ve nöbet şeklinde olup, gündüz vardiasında genelde 2-3 arasında değişen sayılarda DS hemşiresi ve 2 çocuk hemşiresi çalışmaktadır. DS hemşireleri anne bakımından, çocuk hemşireleri bebek bakımından sorumlu olmaktadır. Nöbetlerde tek hemşire çalışmakta, nöbet 16:30 alınıp, ertesi sabah 07:30 da bitmektedir.

Çocuk hemşireleri; çocuklardan kan alma, göbek bakımı verme, pediatristlerle vizite katılma, anne sütü, emzirmeye yönelik bilgi verme vb. bebekle ilgili hemşirelik girişimlerini yapmaktadır. Annelere bakım veren DS hemşirelerinin rutin olarak yaptıkları uygulamalar; sabahları annelerden kan alma, tüm taburculuk işlevlerini yürütme, sabah, akşam gündüz vardiası bitiminde ve gece olmak üzere 24 saatte 3 kez ANT takibi, annenin talebinde anneye yardım, bilgilendirme, perine bakımını annenin yapmasını sağlama, gerekli durumlarda tedavileri yapma ve vizitlere katılma vb. şeklinde sıralanabilir.

4.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini; Zeynep Kamil Hastanesinde yatan, miadında, NSD yapmış tüm anneler oluşturmuştur.

Hastanede, günlük NSD sayısı ortalama 46 olup, 1997 yılı ortalama canlı doğum sayısı 16.667 dir. Canlı doğuma; NSD, sekiyo-sezeryan ve girişimli doğumlar dahildir. Çalışmanın yapıldığı Ekim - Kasım- Aralık 1997 dönemindeki canlı doğum sayısı toplam 4819, doğum için başvuran primigravida sayısı günde ortalama 27, II. kat DS servisinde taburcu olan anne sayısı toplam 3458 dir.

Çalışmanın devam ettiği Ocak- Şubat - Mart 1998 dönemindeki canlı doğum sayısı toplam 4274, hastaneye doğum için başvuran primigravida anne sayısı günde ortalama 25, II. kat DS servisinde taburcu olan anne sayısı toplam 3215 dir. Hastanede günde yapılan ortalama 46 normal doğumun 38 i II. kat DS servisine yatırılmaktadır.

Araştırmanın Örnekleme; Annenin gebelik, travay, doğum sürecinde yaşadığı önemli sorunlar ve varolan sağlık sorunları genel sağlık statüsünü ve DS fiziksel, psikolojik iyileşmesini, bakıma ilişkin verilecek bilgileri alma düzeyini önemli derecede etkilediğinden, bu özelliklerde dikkate alınarak;

- *II. kat DS servisinde yatan,
- * Primipar olan,
- * önemli sağlık sorunu olmayan (hipertansiyon, kardiovasküler, diabet vb.),
- * Miadında, NSD yapmış,
- * Doğumda anne - bebek sağlığını önemli derecede etkileyecek tıbbi komplikasyon yaşanmamış,
- * 2500gr üzerinde, yaşayan bebeğe sahip,
- * En az ilkokul mezunu olan,
- * Araştırmaya katılmayı, işbirliğini kabul eden (katılımında gönüllü),
- * Doğum yapalı 24 saat olmuş ya da 1-2 saat içinde 24 saati dolduracak olan, genelde bir önceki günün sabahı erken saatlerde doğum yapmış ve o gün taburcu olacak annelerden rastgele seçilen; kontrol grubu 50, deney grubu 50 olmak üzere toplam 100 anne çalışma kapsamına alınmıştır.

4.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI :

4.4.I. Doğum Sonu Hemşirelik Bakımını Değerlendirme Ölçeği (DSHBDÖ)

Araştırmacı tarafından DS verilen hemşirelik bakımını değerlendirmek üzere Likert tipi olarak geliştirilen bu ölçek, hem DS servislerinde hizmet veren hemşirelere, hem de hizmeti olan annelere uygulanacak şekilde 2 yönlüdür (Ek-2).

DSHBDÖ geliştirme çalışmaları :

Kliniklerde, DS ünitelerinde annelere verilen hemşirelik bakımının niteliğini, kapsamını, kalitesini değerlendirmek amacıyla, öncelikle konu ile ilgili ölçeklerden, öncelikle Watters (133) bakım alan anneler ile bakımı veren hemşirelere yönelik geliştirmiş olduğu, "DS Hastanede Verilen Hemşirelik Bakımını Değerlendirme Ölçeği", Morales-Mann (78) nın DS ünitelerindeki hemşirelik aktivitelerinin önemi hakkında hastaların ve hemşirelerin algılamalarının Karşılaştırmalı analizini içeren ölçme aracı ile

Sheil ve arkadaşlarının (101) Doğum yapan kadınların sorun/ kaygılarını ölçme aracı (Maternal Concerns Questionnaire MCQ) temel alınarak, diğer ölçek ve konuya ilişkin çok çeşitli kaynaklar gözden geçirilmiştir (11, 15, 23, 42, 51, 64, 65, 71, 73, 74, 78, 81, 83, 88, 89, 101, 102, 107, 109, 112, 133). Elde edilen bilgiler çerçevesinde DS hemşirelik bakımını değerlendirmenin, bu kavramın içerisine girebilecek hemşirelik girişimlerinin tek tek ifade edilmesiyle olabileceği düşünülmüş ve bu çerçevede DSHBDÖ oluşturulmuştur.

Bir ölçme aracı belli bir amaç ve belli koşullar için geçerlidir. Geçerliliğinin yüksek olabilmesi de, ölçülmek isteneni başka şeylerle karıştırmadan ölçebilmesine bağlıdır. Ölçme aracı, ölçülmek istenen tutum konusuyla ilgili bir dizi ifadeyi içerir. İfadelerde, ölçülmek istenen boyutun tüm yönlerini kapsayabilen ve onu temsil edebilen bir örneklem olmalıdır. Ayrıca ölçülmek istenen kavramın, tutumun gözlenebilir nitelikteki değişkenlerle ifade edilebilmesi gerekir (27,36,63,98,109,133).

Bir ölçme aracıyla ilgili olan özellikler dikkate alınarak, konu özele indirgenmiş ve normal spontan doğum yapmış annelere, DS dönemde verilen hemşirelik bakımı değerlendirilmek istenmiştir. Bu bağlamda, NSD yapmış annelere, DS dönemde verilmesi gereken hemşirelik girişimleri kaynaklar aracılığıyla elde edilerek toparlanmış ve tek tek maddelenmiştir. Bu aşamada, hem DS dönemde bakım veren hemşirelere uygulanacak tarzda 32, hem de hizmeti alan annelere uygulanacak tarzda 32 maddeden oluşan iki ayrı form oluşturulmuştur. Daha sonra, ölçekte yer alan maddelerin ifadesi üzerinde durulmuştur. Madde yazımında öngörülen özellikleri taşımasına, ifadelerin açık anlaşılır olmasına ve değişik anlamalara yol açmamasına dikkat edilmiştir. Maddeleri içeren ifadelerin yazımında geniş zaman kullanılmıştır.

Maddelerin ölçeklemesinin yapılabilmesi için, ölçek maddelerinin yanıtlama biçimi belirlenmiştir. Ölçülmek istenen tutumu belirleyen her bir madde için bir değerlendirme yapılmasını sağlayacak, dördümlük likert tipi ölçek puanlama sistemine göre yapılması uygun görülmüştür. Her madde için geçerli olmak üzere; Tamamen katılıyorum (4 puan), Katılıyorum (3 puan), Kısmen katılıyorum (2 puan) ve hiç katılmıyorum (1 puan) şeklinde ifadelendirme ve puanlamaya karar verilmiştir. Olumsuz ifadelerde ise puanlama ters şekilde uygulanmıştır. Maddelerde kararlı, net sonuç almak istenmiş ve "Kararsızım" ifadesine yer verilmemiştir.

Her ölçme aracında olması beklenen 2 özellik; geçerlilik ve güvenilirliktir. Geçerlilik, testin kullanım amacına uygun hizmet etme derecesini belirler. Bir ölçme aracı ölçtüğü özelliği tutarlı olarak ölçebilmeli, aynı şartlar altında tekrarlandığında aynı sonuçları verebilmelidir. Buda güvenilirlik olarak adlandırılır. Bir ölçme aracı bu özelliklerin her ikisinde taşınmalıdır. (18,27,36,63,98,109,113,133)

Bir ölçek geliştirilirken, geçerlilik açısından önemli olan bazı ölçütler ele alınarak yapılması gerekir. Birçok geçerlilik ölçütlerinden söz edilse de, likert tipi ölçeklerde de en çok kullanılan ölçütler:

- İçerik geçerliliği (content validity)
- Yapı geçerliliği (construct validity)
- Uygulama geçerliliği (predictive validity) dir.

Ölçeğin içerik geçerliliği ; ölçme aracında bulunan maddelerin, ölçme amacına uygun

olup olmadığını, ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini saptamak amacıyla uzman görüşüne sunma işlemidir (27,36,63,109,113). DSHBDÖ geliştirilirken içerik geçerliliği için, DS servisinde çalışan hemşireler (32 madde) ve DS servisinde yatan anneler için (32 madde) hazırlanan ölçek formu; konu alanında uzman olan; Kadın Sağlığı, Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği AD dan 6, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD dan 4, Halk Sağlığı Hemşireliği AD dan 2, Hemşirelikte öğretim AD dan 1, Psikiatri Hemşireliği AD dan 1 kişi ile maddelerin Türkçe dil yapısı açısından da Türk Dili alanında 1 uzmanın görüşlerine sunulmuştur. Uzman kişilerden; maddelerin ifade şekli, içeriği, konu alanına uygun olup olmadığı, kapsamı ve puanlama ifadeleri üzerine görüşleri istenmiştir. Uzman kişilerin önerileri doğrultusunda, gerekli düzenlemeler yapılmış ve yeni maddeler eklenmiştir.

Daha sonra ölçeğin tekniği, yapısı, maddelerin özellikleri, niteliği, uygulanabilirliği vb. açılardan değerlendirilmek üzere konu alanında uzman 1 kişinin incelemesi ve görüşleri ile 1 kişinin de belirli konularda önerileri ve görüşleri alınmıştır. İnceleme ve öneriler sonucunda ;

* Annelerle ilgili olandan 8, hemşirelerle ilgili olan ölçek formundan 10 madde ölçeğin geçerliliği, güvenilirliğini etkileyeceği ve ölçmek istenen tutumun biraz dışına çıkacağı düşüncesiyle çıkartılmış ve bu maddelerin ayrı bir anket sorusu şeklinde sorularak değerlendirilmesine karar verilmiştir.

* Bir maddede aynı hemşirelik girişiminin bakım ve eğitimle ilgili yönü iç içe yer aldığı ve bunun ölçme hatası doğuracağı düşüncesiyle tüm girişimlerin bakım ve bilgi içeren yönü ayrı maddeler haline getirilmiştir.

* Maddelerin ifadeleri üzerinde yeniden durulmuş ve düzenlemeler yapılmıştır. Sonuçta hemşire grubu için 45, anne grubu için 45 maddeden oluşan ölçek formunun son şekli oluşturulmuştur. Ölçekte DS hemşire ve anneleri için oluşturulan maddeler, içerik açısından genelde aynı olup ifade tarzı açısından farklılıklar içermektedir (İçeriği aynı olan madde sayısı ort. 38 dir).

Kaynaklar, tutum ölçeklerinde ifadelerin çoğunun veya tümünün olumlu olmasının, cevaplayıcıyı olumlu yönde cevaplamaya yönlendirici etki yapma olasılığının olduğunu, tersinde de olumsuz yönde cevaplamaya yönlendirmenin söz konusu olduğunu belirtmektedir. Bu nedenle tutum ifadelerinin, cevaplayıcıyı etkileyecek, yönlendirecek tarzda olmaması için ölçekteki olumlu ve olumsuz ifade sayısının birbirine eşit olması önerilmektedir. Uygulamalar sonucu önerilerde bulunan uzmanlarda, ölçekteki maddelerin tümü olumlu ifadelerden oluştuğunda algılama ve cevaplamanın daha net olduğunu belirtmektedir (27,63,109).

Bu görüşler dikkate alınarak, ölçek madde ifadeleri açısından 2 şekilde hazırlanmıştır. Birinci şekilde maddeler eşit sayıda olumlu ve olumsuz ifadeleri içermiş, ikinci şekilde maddelerin tümü olumlu ifadeleri içermiştir. Son şeklinin ön uygulama sonucuna göre yapılmasına karar verilmiştir.

Cevaplayıcıların değerlendirme, kavrama, dikkat ve algılama kolaylığı açısından maddelerin sıralamasında belli bir sistematik izlenmiştir. DS hemşirelik bakımı 2 ana kapsamda düşünülerek, bakım içeren maddeler ardarda getirilmiş, devamında eğitimi içeren maddeler sıralanmıştır. Ölçek formu içerisinde yer alan olumlu - olumsuz ifadelerden oluşan maddeler ise rastgele sıralanmış ve eşit olarak dağıtılmıştır.

Ön Uygulama :

Hemşireler için hazırlanan ölçek formu, çalışmanın yapıldığı hastanedeki hemşirelerin etkilenmesini önlemek amacıyla, sistem, hizmet götürülen hasta kapasitesi açısından benzer olan SSK Bakırköy Doğum Evinde, DS servislerinde çalışan 6 hemşireye uygulanmıştır. Hemşirelere, ölçek formunun tüm maddeleri olumlu ifadeleri içeren şekli ile olumlu-olumsuz ifadeleri içeren şekli birlikte verilmiş ve uygulama sonucunda görüşleri alınmıştır.

Anneler için hazırlanan ölçek formunun ön uygulaması, araştırmanın yapıldığı hastanenin II. kat DS servisinde yatan 16 annede gerçekleştirilmiştir. Annelerin 8'ine ölçeğin olumlu ve olumsuz ifadelerini içeren şekli, 8'ine de tümü olumlu ifadelerden oluşan şekli verilerek uygulanmıştır.

Ön uygulamada cevaplayan hemşire ve annelere; anlamadığı, net cevap vermesini engelleyen, kafasını karıştıran maddelerin olup olmadığı, cevaplama süresinin uzun, sıkıcı olup olmadığı, olumsuz soruları anlama ya da cevaplama zorlanıp zorlanmadıkları ve uyguladıkları formun genel olarak anlaşılabilirliği, uygulanabilirliği yönünden görüşleri sorulmuştur.

Cevaplayıcılar: maddelerin anlaşılır olduğunu, sürenin uzun olmadığını (ort. 10dk.), olumsuz ifadeleri anladıklarını ancak cevaplarken zorlandıklarını ya da yanlış işaretlediklerini ve tümü olumlu ifadeleri içerenin uygulama kolaylığı olduğunu belirtmişlerdir. Özellikle hasta grubunda, olumlu-olumsuz maddeleri içeren ölçek formu uygulanırken yanlış işaretleme daha belirgin olup, bu durum araştırmacı tarafından da gözlenmiştir.

Değerlendirmeler sonucunda, tüm maddeleri olumlu ifadelerden oluşan ölçek formunun kullanılmasına uzman görüşü alınarak karar verilmiş ve hemşireler için 45, anneler için 45 maddeden oluşan DSHBDÖ nin son şekli belirlenmiştir (Ek-2).

ÖLÇEĞİN DENEME UYGULAMASI

Ölçeğin geçerlilik - güvenilirliğinin analizi için:

DS annelerle ilgili ölçek formunun uygulanması; Eylül 1997 tarihinde, onay alınan SB Zeynep Kamil Hastanesinde, NSD yapan annelerin yattığı DS servisinde, primipar ve multipar olan, uygulamayı kabul eden toplam 100 anneye, taburcu olmadan önce uygulanmıştır.

Hemşireler için olan ölçek formunun uygulanması; Aynı tarihlerde ve genel yapısı, işlerliği, hizmet götürdüğü hasta sayısı, özellikleri vb. yönlerden benzer olan ve onay alınan 6 hastanenin DS servislerinde çalışan ve uygulamayı kabul eden toplam 62 hemşirede yapılmıştır. Hemşirelere, verilen formu istenen özellikleri dikkate alarak, bireysel ve kendi düşünceleri doğrultusunda doldurmaları istenmiştir.

Uygulamanın yapıldığı hastaneler; SB Zeynep Kamil Hastanesi (16 hemşire), Kartal Devlet hastanesi (7 hemşire), Haydarpaşa Numune Hastanesi (4 hemşire), SSK Göztepe hastanesi (6 hemşire), SSK Bakırköy Doğum Evi (11 hemşire) ve SB Şişli Etfal Hastanesi (18 hemşire) dir.

DENEME UYGULAMASINDAN ELDE EDİLEN VERİLERİN ANALİZİ

Analizde, cevaplanan tüm formların puanları kodlanıp, bilgisayarda excel işlem tablosuna kaydedilmiştir. SPSS programına göre de geçerlilik- güvenilirlik için gerekli istatistiksel yöntemler uygulanmıştır.

Ölçeğin güvenilirliği: Yapılan bir ölçekte, 3 tür güvenilirlik ölçütü aranabilir. Bunlar ; İç tutarlılık, zamana göre değişmezlik (test-retest tekniği) ve bağımsız gözlemciler arası uyumdur (18, 27, 42, 63, 109, 113,133).

Likert tipi ölçeklerde, öncelikle iç tutarlılığın sınanması gerekir. Bunun için en uygun yol Cronbach alpha güvenilirlik katsayısının hesaplanmasıdır. Birbiriyle yüksek ilişki gösteren maddelerden oluşan ölçeklerin alpha katsayısı yüksek olur. Cronbach alpha katsayısı, ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının, homojenliğinin bir ölçüsüdür. Bir ölçeğin alpha katsayısı ne kadar yüksek olursa, ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbiriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini değerlendiren maddelerden oluştuğu şeklinde yorumlanır. Likert tipi bir ölçekte yeterli sayılabilecek güvenilirlik katsayısı olabildiğince 1'e yakın olmalıdır (18,27,63,109).

Geliştirilen DSHBDÖ ölçeğin güvenilirliği, içi tutarlılığı ölçülerek sınanmıştır. Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı hesaplanmış ve analiz sonucunda: Hemşirelerle ilgili olan 45 maddeli ölçek formunda Cronbach alpha= . 96, DS annelerle ilgili olan 45 maddelik ölçek formunda ise Cronbach alpha= . 88 olarak saptanmıştır.

Hemşirelerle ilgili olan ölçek formundan hiç madde çıkarılmamış ve 45 madde aynen kalmıştır. Annelerle ilgili olan ölçek formunda ise; 42. ve 43. maddelerde, ("Hemşireler, bebeğimin aylık kontrollerinin önemi ve nerelerde yaptırabileceğim hakkında bana bilgi verdiler", " Bebeğim için gerekli aşılarda ve ne zaman, nerede yaptırabileceğim hakkında hemşirelerden yeterli bilgi aldım ") 100 annenin tamamı " hiç katılmıyorum " (1 puan) ifadesini işaretlediklerinden, bu maddelerin ortalaması : 1, SD : 0 ve Varyansları 0 olduğundan, ölçek değerleri hesaplamasına katılmamıştır. İstatistik uzmanı ve araştırmacının görüşü doğrultusunda bu maddelerin ölçekte kalmasına, ancak ölçeğin değerlendirmesine katılmadan, ayrı soru tarzında değerlendirilmesine karar verilmiştir.

Ölçeğin Yapı Geçerliliği ; Kuramsal olarak yapı geçerliliği ararken; faktör (madde)analizi yada bilinen grup ile karşılaştırma tekniklerinden yararlanır. Faktör analizinde amaç, çok sayıda maddelerin daha az sayıda faktörlerle ifade edilmesidir. Kendi aralarında yüksek ilişki gösteren maddeler faktörleri oluşturur. Yani maddelerin taşıdığı faktör yükleri doğrultusunda, birbiriyle olan ilişki düzeylerine dayalı olarak faktörler belirlenir. Bu faktörlerden herbiri ölçmedeki kuramsal yapıyı ifade eder (18, 27, 63, 109,113,130).

Geliştirilen DSHBDÖ nin yapı geçerliliğinde, faktör analizi istatistik tekniklerinden en yaygın kullanılan " varimax rotated factor matrix analysis " yöntemi kullanılmıştır. II li ve IV. lü faktör analizi istenmiştir. Analiz sonucunda, hem hemşireler, hem de annelerle ilgili ölçek formundaki maddelerden, kendi aralarında yüksek ilişki gösterenler II faktörde toplanmıştır. Her iki ölçek formunda da I. faktörde yer alanlar,

DS hemşirelik bakım girişimleriyle ilgili olan maddelerdir ve ölçeğin BAKIM alt boyutunu oluşturmuştur. II. faktörde toplananlar ise DS bakımındaki eğitimle ilgili olan maddelerdir ve ölçeğin EĞİTİM alt boyutunu oluşturmuştur.

Ölçekte bakıma ilişkin parametreler: Yaşam bulguları, involüsyon, kanama, perine, epizyotomi kontrolü ve bakımı, idrar yapma, hemoroid vb. sorunlarda destek, bakım, annenin servise kabulü, rahatlatılması, erken ayağa kaldırma ve destek, emzirme ve diğer bebek bakımı işlevlerinde destek olma, yardım, anne bebek ilişkisini gözleme ve olumlu etkileşim gelişimini destekleme, annelerin soru sormasına fırsat tanıma ve cevaplama, kendi ve bebeğiyle ilgili gereksinimleri doğrultusunda annelere bakım verme, sorun çözme ve yapılan tüm işlevleri açıklama vb. içermektedir.

Ölçekte eğitime ilişkin parametreler: DS kanama özellikleri normal ve patolojik durumlar, epizyotomi, perine bakımı ve komplikasyon bulguları, genel vücut, perine hijyeni, puerperal enfeksiyondan korunma ve enfeksiyon belirtileri, bedensel ve duygusal değişiklikler, egzersiz, DS ovulasyon, menstruasyon, cinsel ilişki, AP, emzirme tekniği, beslenme, bebek bakımı, bebekte normalin dışında oluşabilecek belirtiler, annenin jinekolojik ve bebeğin sağlam çocuk kontrolleri, aşılar, anne ve bebeğin gereksinimleri doğrultusunda diğer bilgileri içermektedir.

Ölçekte her bir madde için belirlenen en yüksek puan 4, en düşük puan 1 olup; ölçeğin beklenen toplam puanı 180, bakım alt boyut puan toplamı 84, eğitim alt boyut puan toplamı da 96'dır. Bu beklenen puanlar ölçeğin her iki şekli (anneler ve hemşirelerle ilgili) için geçerlidir.

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki annelerden DSHBDÖ ile elde edilen verilerle, ölçeğin güvenilirliği ve geçerliliği tekrar sınanmıştır. Güvenilirlik açısından iç tutarlılığı değerlendirildiğinde; Cronbach alpha = .91 olarak bulunmuştur. Annelerle ilgili ölçek formunun geçerlilik güvenilirliğinin yapıldığında, varyansı 0 olan 42 ve 43. maddeler, deney ve kontrol grubundan elde edilen verilerle tekrar sınanmış ve sonuçta ölçekte kalan bu maddeler puanlamaya da katılmıştır. Yapılan faktör analizinde de maddeler, ölçeğin daha önceki yapı geçerliliğinde olduğu gibi II faktörde toplanmıştır.

4.4.2. Bilgi Formları

Annelere yönelik bilgi formları : Araştırmacı tarafından geliştirilen bu formlar;

4.4.2.1: Annelerin sosyo-demografik özellikleri, gebelik doğum ve DS ilişkin özellikler ve DS etkili olabileceği düşünülen diğer değişkenlere yönelik 29 sorudan oluşan bir formdur (Ek-4.1).

4.4.2.2: Annelerin DS yaşayabileceği sorunları /kaygıları içeren formdur (Ek 4.2). Bu form; anneyle ilgili 10, bebekle ilgili 10 toplam 20 maddeyi içermektedir. Annelere, belirtilen her özellik için; böyle bir sorun /kaygı yaşayıp yaşamadıkları ("evet", "hayır" yanıtları mevcuttur), yaşamışlarsa, servisteki hemşirelerden yeterli yardım alıp almadıkları, sorunlarını çözme yolları sorgulanmıştır.

4.4.2.3: DS servisinde verilen hemşirelik bakımına yönelik genel görüş ve ba-

kıma ilişkin memnuniyeti içeren formdur (Ek-4.3). 10 sorudan oluşan bu formun 8 i, annelerin DS yattıkları serviste aldıkları hemşirelik bakımıyla ilgili görüşlerini, diğerleri bakıma yönelik puanlarını ve memnuniyetlerini içermektedir. Bakım ve memnuniyet puanlamasında; 1 den 10'a kadar likert tipi puanlamaya sahip merdiven sistemi kullanılmıştır. Merdivenin en üstü en yüksek bakımı / memnuniyeti (10 puan) en altı en kötü bakım, memnuniyeti göstermektedir (1 puan). Annelerden aldıkları bakımı ve memnuniyet derecelerini puanlamaları istenmiştir.

2.1, 2.2 ve 2.3 formları deney ve kontrol grubundaki annelere, taburcu olmadan önce uygulanmıştır.

4.4.2.4: Doğumdan 8 hafta sonra anneleri değerlendirme anketi (Ek-4.4): Annelerin DS servis hemşirelerinden, broşürden kendi ve bebek bakımına yönelik aldıkları bilgileri DS 8 haftalık süreçte kullanma durumları ile annelerin kendi ve bebek bakımına ilişkin fonksiyonel statüleri, sağlık davranışlarını belirlemek amacıyla, araştırmacı tarafından oluşturulan bu anket formu, kontrol ve deney grubundaki annelere doğumdan 8 hf. sonra telefon ve mektup gibi iletişim araçları kullanılarak uygulanmıştır. Form da temel alınan değerlendirme kriterleri; Anneyle ilgili olanlar: Annelerin kendi bakımlarına yönelik sorun yaşama durumları ve sağlığını geliştirme davranışları (aldığı bilgileri kullanma, AP yöntem kullanımı, DS jinekolojik kontrol). Bebekle ilgili olanlar: Bebek bakımına ilişkin sorun yaşama durumu, emzirme ve bebeğin sağlığını geliştirmeye yönelik davranışlar (aldığı bilgileri kullanma, aşılar, sağlam çocuk kontrolleri) dir. Tüm bu konuların sorgulandığı form 22 sorudan oluşmaktadır.

Bu veri toplama araçları dışında annelere, DS kendi ve bebeğine yönelik yapması gerekenlerle ilgili kısa bilgileri içeren broşür verilmiştir. Annelere verilen " DS Anne ve Bebek Sağlığı" broşürü Ek-5 te dir. Araştırmacı tarafından geliştirilen bu broşür, yalnızca deney grubundaki annelere verilmiştir. Broşüre annelerin araştırmacıya ulaşabileceği telefonlarla yazılmış ve ihtiyaçları olduğunda danışabilecekleri belirtilmiştir.

4.5. VERİLERİN TOPLANMASI

DSHBDÖ nin geçerlilik- güvenilirlik çalışmasından sonra, araştırmaya ilişkin veriler kontrol ve deney grubunu oluşturan annelerden, Ekim 1997 - Mayıs 1998 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanması 4 aşamada gerçekleştirilmiştir.

4.5.1. I. AŞAMA

Kontrol grubunu oluşturan annelere ilişkin verilerin toplandığı aşamadır. Araştırma, yapılması için izin ve onayın alındığı SB Zeynep Kamil Kadın Hastalıkları, Doğum ve Çocuk Hastanesinde, NSD yapan annelerin yattığı, II. kat DS servisinde gerçekleştirilmiştir.

Etik olması açısından kontrol ve deney grubu farklı zamanlarda alınmıştır. Deney grubunda uygulanan bakım yöntemi uygulamaya konmadan önce Ekim-Kasım 1997 tarihinde, kontrol grubu vakaları, hastanedeki uygulamalara yönelik hiçbir değişik girişimde bulunulmadan, yalnızca hastanenin o dönemki şartlarında verilen hemşirelik bakımından yararlanan ve araştırma örnekleminde belirlenen özelliklere sahip, çalışmayı kabul eden 50 primipar anne, rastgele örneklem yöntemiyle seçilerek çalışma kapsa-

mına alınmıştır. Kontrol grubunu oluşturan bu annelere, belirtilen veri toplama formları (Ek-2, 4.1, 4.2, 4.3) taburcu olmadan önce, araştırmacı tarafından veya annelerin istekleri doğrultusunda araştırmacı denetiminde kendileri tarafından doldurulmuştur.

Kontrol grubundaki annelerle, doğumlarından 8 hafta sonra telefon, telefonla ulaşılamayanlarla mektup aracılığıyla iletişim kurulmaya çalışılmıştır. Farklı zamanlarda 5 kez telefonla aranan ancak iletişim kurulamayan ve telefonu olmadığı için yalnızca adresi olan toplam 17 vakaya posta ile anket formu ve üzerine adres yazılı pullu zarf gönderilmiş, doldurup postalamaları istenmiştir. Vakaların sadece birinden yanıt gelmiştir. Sonuçta; kontrol grubundaki 50 anneden DS 8 haftalık dönemde, 33' ü telefon, 1' i mektup olmak üzere toplam 34' ü ile iletişim kurulmuş ve ilgili anket formu (Ek-4.4) doldurulmuştur.

4.5.2. II. AŞAMA :

Hemşirelere DS bakıma yönelik eğitimin verilmesi aşamasıdır.

Eğitim ;

Genel Katılımcı Sayısı : II. III. kat DS servis hemşireleri (10), II. kat DS servisindeki bebek hemşireleri (2) ve kurumun isteği üzerine I. kattaki servis (riskli gebelikleri olan ve riskli gebelik geçirmiş doğum yapan bazı anneler yatmaktadır) hemşireleri (6) olmak üzere toplam 18 hemşireye,

Tarih : * 1-15 Aralık 1997 tarihleri arasında

Zaman-dersteği katılımcı sayısı : Tüm hemşirelere ulaşabilmek amacıyla, çalışma koşullarına göre belirlenen gün ve saatlerde, derse sayıları 4-6 arasında değişen katılımcıya,

Yer : Hastanede, Başhemşirenin desteğiyle ayarlanan eğitim odasında,

İçerik : * DS fizyolojik değişiklikler,

* DS hemşirelik bakımı, uygulanan ve uygulanması gereken bakım yöntemleri

* DS komplikasyonlara yönelik konuları içeren,

Süre : Toplam ortalama 15 saat,

Yöntem : Düz anlatım, beyin fırtınası, soru - cevap, vaka inceleme, konuya ve kendi birimlerine ilişkin grup tartışması vb. yöntemler kullanılarak,

Araç - Gereç : Tepegöz, flip - chart, broşür kullanıp, konulara ilişkin yazılı materyal verilerek eğitim uygulanmıştır (Ek-1).

Değerlendirme : Eğitim sonrasında sözlü ve yazılı değerlendirme yapılmıştır.

Eğitim öncesi yapılan değerlendirmede; Hemşirelerin yaş ortalamalarının 31.9, çalışma yıllarının ortalama 12.4 yıl, DS servislerinde çalışmalarının ortalama 6.9 yıl olduğu ve % 73.3 nün buldukları üniteye çalışmayı kendilerinin tercih ettiği belirlenmiştir. % 13.3 ü SML, % 60 ı önlisans mezunu olan hemşirelerin geri kalanı AÖF önlisansa devam etmektedir. Yaklaşık yarısının (%46.6) DS ilişkin bilgilerini "nadir" tazeleyebildikleri ya da "hiç" tazeleyemedikleri, servislerinde istedikleri bakımı ve annelerin gereksinimlerini aynı oranda (% 66.6)" kısmen" verebildikleri belirlenmiştir.

Hemşirelerden, servislerinde ve kendi verdiği bakım ile memnuniyetlerini puanlamaları istenmiştir (1 den 10'a kadar likert tipi puanlamaya sahip sorularda en iyi bakım ve memnuniyet 10, en kötüsü 1 dir). Sonuçta serviste verilen bakımı $\bar{X} = 6.2$

puan, kendi verdikleri bakımı $\bar{X} = 6.7$ puan ve memnuniyetlerini $\bar{X} = 4.9$ puanla değerlendirdikleri görülmüştür.

Eğitim sonucunda; hemşirelerin tamamı yeni bilgiler kazandırması, bilgilerinin tazelenip pekiştirilmesi açısından eğitimi yararlı bulduklarını ifade etmişlerdir.

4.5.3. III. AŞAMA :

DS Bakım Yönteminin (pathway) değerlendirilmesi ve Uygulanması aşamadır. Özel bir alan olan DS hemşirelikteki bilişsel bilgiyi tanımlamak, nicel yönünü göstermek ve bakımı şekillendirmek, basılı bir standart bakım planı sağlamak, hemşirelerin sistemli bakım vermesini kolaylaştırmak ve klinik uygulamalarda öğrenciler için hatırlatıcı, yol gösterici olması amacıyla hazırlanan bu sistematik bakım yöntemi (pathway), araştırmacı tarafından, DS hemşirelik bilgisine temellendirilerek konuya ilişkin kaynaklar, örnekler ve gözlemlerden yararlanılarak geliştirilmiştir (15,23,47,48,51, 55,62,64,65,66, 71,72,73,74,78,81,83,86,88,89,91,96,102,105,107,112) (Ek-3). NSD yapan annelerin yattığı DS servislerinde kullanılacak olan bu bakım yöntemi (pathway), çek - list tarzında uygulanabilecek şekildedir ve anne, bebeğe ait veriler, DS yapılması gereken hemşirelik girişimleri, yapılabilecek diğer girişimler ile hemşire notunu içermektedir.

Hazırlanan bu DS bakım yöntemi (pathway), 23 Aralık 1997 de, içerik ve çalışmanın gerçekleştirileceği kliniklerde uygulanabilirliği vb. yönlerden; hastane Başhemşiresi, hastanede çalışan bir Kadın Doğum uzmanı doktor, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliğinde Yüksek lisans yapmış hastane eğitim hemşiresi, I. II ve III kat DS servis sorumlu hemşireleri, Kadın Sağlığı, Hast. ve Doğum Hemş AD dan bir öğretim üyesi ve araştırmacı tarafından oluşan 8 kişilik ekip ile tartışılmıştır. Yöntemin içeriğinde, uygulama şeklinde (çek - list) değişiklik olmamış, öneriler doğrultusunda bazı küçük düzenlemeler yapılmıştır.

DS Bakım Yönteminin (Pathway) Uygulanması :

Ön uygulama için bastırılan 500 adet bakım pathway in uygulanmasına, 19 Ocak 1998 de II. ve III. kat DS servislerinde başlanmıştır. Yapılan işlemlerin pathway üzerine kaydedilmesinde aynı dilin kullanılabilmesi için, araştırmacı ve hastane eğitim hemşiresi tarafından, uygulamayı yapacak hemşireler bilgilendirilmiş ve uygulama şekli 1 hafta süresince belirli aralıklarda kontrol edilmiştir.

Araştırmanın örnekleminin alındığı II. kat DS servisinde, aktif olarak uygulamaya konan bu bakım yöntemi(pathway), hemşire sayısının azlığı, hasta sirkülasyonunun fazla olması, taburculuk işlemlerinin fazla zaman alması nedeniyle, hemşirelerin bu uygulamayı yapmada yetersiz kalmaları sonucunda hastane Başhemşiresi tarafından servise ilişkin düzenlemeler yapılmıştır. (Gündüz çalışan hemşire sayısı 3' e çıkarılmış, servise taburculuk işlemlerini yürütecek bir sekreter verilmiştir).

Düzenlemelerden sonra, geceleri tek bir hemşire nöbetçi kaldığı ve annelerin dinlenmesi istendiği için, eğitimine yönelik girişimler genellikle sabah vardiasında uygulanmıştır. Gündüzleri 2 servis hemşiresi odaları eşit paylaşarak, odalardaki tüm an-

nelerin bakım ve eğitiminden sorumlu olmuşlardır ve eğitimi, ancak bakım uygulamaları sırasında ve annelerin soruları olduğunda cevaplayarak anneleri bilgilendirme tarzında gerçekleştirmişlerdir. Genel eğitim, servis sorumlu hemşiresi tarafından, araştırmacının hazırladığı eğitim çeklisti doğrultusunda, hergün servis işlevleri açısından hemşireler için uygun olan sabah saat 10 -11.30 arasında, her odaya 10-15 dakika ayrılarak, oda oda tüm annelere grup eğitimi şeklinde yapılmıştır. Eğitimde annelere, DS dönemde kendileri ve bebeklerinin bakımı, yapması gerekenlere ilişkin bilgilerin yanında, Emzirme, DS değişiklikler, DS tehlike bulguları, DS cinsel ilişki, menstruasyon, AP, Anne ve bebeğin sağlık kontrolü, aşılar vb. konularda spot bilgiler verilmiştir.

DS ve yeni doğanla ilişkili annelere verilen eğitimin 3 major yönü vardır. Bunlar; Eğitimin zamanı, eğitimin tekrarı ve öğrenmeye hazır oluş, öğrenme isteğidir. Ayrıca bire bir ve annenin gereksinimlerine özgü verilen eğitimin etkili olduğu üzerinde durulmaktadır. Araştırma süresince II. kat DS servisinde uygulanan eğitim; bakım uygulamaları sırasında, annelerin sorularını cevaplama şeklinde bire bir olmakla birlikte, etkin olarak oda oda grup eğitimi tarzında, annelerin ihtiyaç duydukları, merak ettikleri konulara yönelik kısa, öz, çarpıcı bilgilerin aktarılması, soruların cevaplanması şeklinde uygulanmıştır.

Hemşirelerin, DS bakım yöntemi (pathway) doğrultusunda yaptıkları tüm bakım, eğitimle ilgili girişimler, hemşireler tarafından annenin dosyasına konan DS bakım yöntemi (pathway) formuna kaydedilmiştir. 500 anneye ilk bastırılan formlar uygulandıktan sonra, uygulamayı yapan hemşirelerin önerisi üzerine, bakım yöntemindeki (pathway) hemşirelik girişimlerinin saatinin yazılmasına yönelik küçük bir düzenleme yapılmış ve form tekrar bastırılarak uygulama kesintisiz olarak sürdürülmüştür.

DS bakım yönteminin (pathway); hastane idaresince doğumdan hemen sonra, annelerin yatırıldığı Lohusa odasından itibaren hasta dosyasına konularak uygulanması istenmiş, ancak araştırma sonucunu etkilememesi için deney grubunun alınmasından sonra bu sistemin uygulanması önerilmiştir. Sonuçta, deney grubunun alınması bittikten sonra, lohusa odasından itibaren annelerin dosyasına bakım yöntemi (pathway) yerleştirilmiş ve o ünitedeki hemşireler tarafından da uygulanmaya başlanmıştır. Bu uygulama sistemi, araştırmanın uygulaması bittikten sonra da doğumdan hemen sonra lohusa odasında uygulanmaya başlayıp, II. ve III. kat DS servislerinde hasta taburcu olana kadar DS bakım yöntemi (pathway) doğrultusunda yapılan tüm hemşirelik girişimlerinin kayıt edilmesi şeklinde devam etmiştir.

II. ve III. kat DS servislerinde uygulanan bakım yöntemine (pathway) ilişkin, bakımı gerçekleştiren hemşirelerin görüşleri incelendiğinde: tamamı uyguladıkları bakım yönteminin (pathway) olumlu katkıları olduğunu belirtmişlerdir. İfade edilen katkıların sırasıyla (bir hemşire birden fazla düşünce belirtmiştir);

* Kapsamlı ve olması gereken hemşirelik bakımı verebilme olanağını elde etme (tamamı), * Annelerin memnuniyetinde artma (%73.3), * Annelerin hemşirelere yönelik düşüncelerinde olumlu yönde artış (%73.3), * kendi verdikleri bakımdan doyum almada artış (%66.6), * Yaptıkları uygulamaları belgeleme olanağı (% 55.5). * Kendilerini daha yeterli hissetme ve daha fazlasını yapma isteği (% 44.4) vb. olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin tamamı uygulamaya konulan bakım yönteminin gerekliliğine inandıklarını ve aldıkları eğitimin bakım vermede katkısı olduğunu belirtmişlerdir. Servislerinde ve kendi verdiği bakım ile memnuniyetlerini puanlamaları istenmiş (1 den 10'a kadar likert tipi puanlamaya sahip sorularda en iyi bakım ve memnuniyet 10, en kötüsü 1 dir) ve hemşirelerin serviste verilen bakımı $\bar{X} = 8$ puan, kendi verdikleri bakımı $\bar{X} = 8$ puan ve memnuniyetlerini $\bar{X} = 6.8$ puanla değerlendirdikleri ve eğitim öncesi yapılan analize göre puanlarda artış olduğu görülmüştür

4.5.4. IV AŞAMA :

Deney grubunun alınması aşamasıdır. Servis hemşirelerinin eğitiminden ve DS Bakım Yönteminin (pathway) klinikteki tüm annelere uygulamasının yerleşmesi için ön uygulamaya başlanmasından 3 hafta sonra, Şubat - Mart 1998 tarihleri arasında deney grubu vakaları alınmıştır. II kat DS servisinde, bakım yöntemi (pathway) uygulaması ile bakım alan, DS 24 saatini doldurmuş ya da doldurmak üzere olan 50 primipar anne, taburcu olmadan önce, araştırmada belirtilen örneklem grubu özellikleri doğrultusunda deney grubu kapsamına alınmıştır. Veri toplama formları (Ek-2, 4.1, 4.2, 4.3) araştırmacı tarafından ya da isteği üzerine araştırmacı refakatinde annelerin kendileri tarafından doldurulmuştur.

Formlar doldurulduktan sonra, annelere araştırmacı tarafından hazırlanan DS yapılması gerekenlere yönelik rehber "Doğum Sonu Anne Bebek Sağlığı" broşürü (Ek-5) ve danışman olarak araştırmacıya ulaşabileceği telefon numaraları verilmiştir.

Deney grubunu oluşturan annelerle, doğumdan 8 hafta sonra telefon ve mektupla iletişim kurulmuştur. Mektupla 1, telefon ile 35 olmak üzere toplam 36 anneyle görüşülerek, doğumdan sonraki 8 haftalık sürece ait anket formu (Ek-4.4) doldurulmuştur.

4.6. VERİLERİN ANALİZİ

Deney ve kontrol grubundan elde edilen tüm veriler bilgisayarda excel programında kodlandıktan sonra, SPSS programıyla analizleri yapılmıştır. Verilerin analizinde; yüzdelik, ki- kare, t - testi, tek ve çift yönlü varyans analizi, tek yönlü varyans analizlerinde ileri analiz için Tukey- HSD testi, pearson korelasyon testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

5. BULGULAR

5.1. Demografik ve Gebelik Dönemine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

5.1.1. Demografik özellikler

Çizelge 1: Annelerin Demografik Verileri

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	DENEY GRUBU (n=50)		KONTROL GRUBU (n=50)		
	n	%	n	%	
Yaş					
18 yaş ve altı	5	10.0	3	6.0	$\chi^2: 4.91$ $p>0.05$
19-21 yaş	28	56.0	19	38.0	
22-24 yaş	12	24.0	20	40.0	
25 yaş ve üzeri	5	10.0	8	16.0	
Eğitim (Anne)					
İlkokul	37	74.0	35	70.0	$\chi^2=0.19$ $p>0.05$
Ortaöğretim ve üzeri	13	26.0	15	30.0	
Eşin Eğitimi					
İlkokul	31	62.0	30	60.0	$\chi^2=0.26$ $p>0.05$
Ortaöğretim ve üzeri	19	38.0	20	40.0	
Annenin Çalışma Durumu					
Çalışıyor	6	12.0	4	8.0	$\chi^2=0.44$ $p>0.05$
Çalışmıyor	44	88.0	46	92.0	
Eşinin Çalışma Durumu					
Evet	44	88.0	46	92.0	$\chi^2=0.44$ $p>0.05$
Hayır	6	12.0	4	8.0	
Aile Yapısı					
Çekirdek	22	44.0	20	40.0	$\chi^2=1.47$ $p>0.05$
Geniş	28	56.0	30	60.0	

Deney ve kontrol grubundaki annelerin demografik verileri incelendiğinde (Çizelge 1) yaş olarak yoğunluğun 19-24 yaşları arasında olduğu (deney %80, kontrol %78) görülmektedir. Her iki gruptaki annelerin yaş ortalamaları da benzerdir. Deney grubunda yaş ortalaması 21.1 ± 2.6 kontrol grubunda 21.8 ± 2.6 dir.

Annelerin eğitim düzeyleri açısından karşılaştırıldığında iki grup benzer bulunmuştur. İlkokul mezunu oranı deney grubunda %74, kontrol grubunda %70 dir. Eşlerin eğitim düzeyleri de aynı şekilde benzerdir (Çizelge 1)

Annenin sürekli bir işte çalışıp çalışmadığı incelendiğinde “çalışmama” oranı her iki grupta da yüksekti (%88, %92). Eşinin sürekli bir işte çalışıyor olması her 2 grupta (%88, %92) yüksek olarak bulunmuştur (Çizelge 1).

Deney ve kontrol grubundaki annelerin aile yapısı incelendiğinde, deney grubunun %56 ve kontrol grubunun %60 oranlarında geniş aile oldukları gözlenmiştir (Çizelge 1).

Deney ve kontrol grubundaki anneler; yaş, eğitim durumu, eşinin eğitimi, annenin çalışma durumu, eşinin sürekli bir işinin varlığı ve aile yapıları açısından karşılaştırıldığında (Çizelge 1), aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

5.1.2. Gebelik dönemine ilişkin özellikler

Çizelge 2: Annelerin Gebelik Dönemine İlişkin Verileri

GEBELİK DÖNEMİNE AİT VERİLER	DENEY GRUBU (n=50)		KONTROL GRUBU (n=50)		
	n	%	n	%	
İstenen Gebelik Mi					
Evet	46	92.0	45	90.0	χ^2 : 0.41 p>0.05
Hayır	4	8.0	5	10.0	
Gebeliği Tanımlama					
Sorunsuz, rahat	29	58.0	27	54.0	χ^2 : 3.87 p>0.05
İlk 3 aylar sorunlu	7	14.0	13	26.0	
Son aylar sorunlu	10	20.0	5	10.0	
İlk ve son aylar sorunlu	3	6.0	3	6.0	
Çok sorunlu	1	2.0	2	4.0	
Gebelikte Sorun Yaşama					
* Gebeliği tehdit etmeyen	15	30.0	13	26.0	χ^2 : 1.81 p>0.05
** Gebeliği tehdit eden	6	12.0	10	20.0	
Hiç sorun yaşamayan	29	58.0	27	54.0	
Antenatal Kontrol					
Her ay düzenli giden	28	56.0	37	74.0	χ^2 : 4.59 p>0.05
3-5 kez giden	12	24.0	9	18.0	
3 kez in altında giden	9	18.0	4	8.0	
Hiç gitmeyen	1	2.0	0	0.0	

*: Bulantı, halsizlik, uykusuzluk, ağrı, dinlenmekle geçen ödem

** : Düşük tehdit, erken doğum tehdidi, TA yüksekliği, kan uyuşmazlığı

Çizelge 2 de görüldüğü gibi deney ve kontrol grubundaki annelerin büyük çoğunluğu isteyerek gebe kalmış (%92, %90) ve düşük, kürtaj deneyimlememiştir (%96, %86). Her iki gruptaki annelerin yarısından çoğunun gebelikleri sorunsuz, rahat geçmiş (%58, %54). Gebelikteki yaşadıkları sorunlar genellikle gebeliği tehdit etmeyen sorunlar olmuş (%30, %26) ve deney grubunda %56, kontrol grubunda %74 anne gebeliklerinde her ay düzenli kontrollere gitmişlerdir.

Annelerin antenatal kontrollere gittikleri yerler incelendiğinde; Özel doktor, özel klinik ya da özel hastaneye gitme oranları deney grubunda %60, kontrol grubunda %72 olarak daha yüksek bulunmuştur. Devlet kurumlarından hastane gebe takip poliklinikleri, AÇS ve Sağlık Ocağına gitme oranları ise deney grubunda %28, kontrol grubunda %24 tür.

Deney ve kontrol grubundaki annelerin gebelik dönemine ilişkin verileri incelendiğinde (Çizelge 2); istenilen gebelik durumu, gebeliklerini tanımlama, gebelikte sorun yaşama ve antenatal kontrol açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Gebelikte düşük/kürtaj deneyimi açısından ise anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

5.1.3. Gebelikte Doğum Sonuna İlişkin Bilgi Alma ve Doğum Sonu Destek Kişi Varlığı

Çizelge 3: Annelerin, Gebeliğinde DS İlişkin Bilgi Alma ve DS Destek Kişilerin Varlığına Göre Dağılımları

GEBELİĞİNDE DS İLİŞKİN BİLGİ VE DESTEK DURUMU	DENEY GRUBU (n=50)		KONTROL GRUBU (n=50)		
	n	%	n	%	
Antenatal Kontrollerde DS İlişkin Bilgi Alma					
Bilgi alan	5	10.0	3	6.0	$\chi^2: 1.57$ $p>0.05$
Bilgi almayan	45	90.0	47	94.0	
Diğer Bilgi Kaynakları					
Konuyla ilgili kitap vb	10	20.0	14	28.0	$\chi^2: 2.51$ $p>0.05$
Basın yayın organları	6	12.0	3	6.0	
Deneyimli kişiler	17	34.0	20	40.0	
Birden fazla kaynak	10	20.0	7	14.0	
Hiç bilgi almayan	7	14.0	6	12.0	
Çocuk Bakımı Deneyimi					
Deneyimleyen	10	20	12	24.0	$\chi^2: 0.23$ $p>0.05$
Deneyimlemeyen	40	80.0	38	76.0	
DS Çocuk Bakımında Destek Kişi					
Var	48	96.0	49	98.0	$\chi^2: 0.45$ $p>0.05$
Yok	2	4.0	1	2.0	
Destek Kişinin Annenin Vereceği Bakımı Engelleme Durumu					
Engeller	9	18.0	2	4.0	$\chi^2: 5.10$ $p>0.05$
Biraz engeller	2	4.0	3	6.0	
Engellemez	39	78.0	45	90.0	

Çizelge 3 de görüldüğü gibi her iki gruptaki annelerin antenatal kontrollerinde DS ilişkin bilgi almama durumu yüksektir (%90, %94). Annelerin antenatal kontroller dışında DS ilişkin bilgi kaynaklarına bakıldığında her iki grupta da deneyimli kişilerden yararlanma diğer kaynaklardan yüksek bulunmuştur (%34, %40). Annelerin genellikle çocuk bakımı deneyiminin olmadığı (%80, %76). DS çocuk bakımında destek kişinin varlığının iki grupta çok yüksek olduğu (%96, %98) ve annelerin, destek kişinin genelde kendilerinin vermek istediği bakımı engellemeyeceği düşüncesinin her iki grupta da daha fazla olduğu bulunmuştur (%78, %90). Destek kişinin, büyük çoğunlukla büyük anneler olduğu görülmüştür.

Deney ve kontrol grubundaki annelerin, gebelikte DS ilişkin bilgi alma ve DS destek kişi varlığına yönelik verileri incelediğinde (Çizelge 3); antenatal kontrollerde DS ilişkin bilgi alma, DS ilişkin diğer bilgi kaynakları, çocuk bakımı deneyimi, DS çocuk bakımında destek kişi, destek kişinin kendi vermek istediği bakımı engelleme durumları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

5.2. Doğum Sonrası Özelliklerine İlişkin Bulgular

5.2.1. Doğum ve Emzirmeye İlişkin Özellikler

Çizelge 4: Annelerin Doğumu ve Emzirmeye İlişkin Verileri

DOĞUM VE EMZİRME	DENEY GRUBU (n=50)		KONTROL GRUBU (n=50)		
	n	%	n	%	
Doğumun Tanımlanması					
Çok zor, güç ve sıkıntılı	15	30.0	19	38.0	$\chi^2: 1.20$ $p>0.05$
Oldukça zor,	20	40.0	17	34.0	
Biraz zor	14	28.0	12	24.0	
Kolay/çok kolay	1	2.0	2	4.0	
DS Bebeğini Kucağına Alma Zamanı					
Doğumdan hemen sonra	2	4.0	3	6.0	$\chi^2: 3.85$ $p>0.05$
1/2-1 saat sonra	27	54.0	30	60.0	
2-3 saat sonra	18	36.0	14	28.0	
4-5 saat sonra	3	6.0	3	6.0	
DS Bebeğini İlk Emzirmesi					
DS 1/2-1 saat içinde	27	54.0	20	40.0	$\chi^2: 2.58$ $p>0.05$
2-3 saat içinde	17	34.0	24	48.0	
4-5 saat içinde	2	4.0	3	6.0	
6 saat ve üzeri	4	8.0	3	6.0	
İlk Emzirmede Zorluk Yaşama					
Çok zorlanan	4	8.0	10	20.0	$\chi^2: 6.65$ $p>0.05$
Oldukça zorlanan	3	6.0	8	16.0	
Biraz zorlanan	14	28.0	12	24.0	
Hiç zorlanmayan	29	58.0	20	40.0	
DS Emzirme Başarısına Güven					
Çok güvenen	21	42.0	27	54.0	$\chi^2: 2.16$ $p>0.05$
Oldukça güvenen	21	42.0	15	30.0	
Biraz güvenen	7	14.0	6	12.0	
Güvenmeyen	1	2.0	2	4.0	
Emzirmeyi Planladığı Süre					
4-6 ay	1	2.0	4	8.0	$\chi^2: 4.77$ $p>0.05$
7-12 ay	17	34.0	11	22.0	
Emdiği/sütü yettiği sürece	26	52.0	31	62.0	
Bilmiyor	6	12.0	4	8.0	

Çizelge 4 de görüldüğü gibi; deney ve kontrol grubundaki anneler doğumlarını genellikle “Çok zor, güç” ve “Oldukça güç, zor” şeklinde tanımlamışlardır (Ortalama %70, %72).

Annelere, DS bebeklerini ilk kez ne zaman kucağına aldığı sorulduğunda (Çizelge 4); her iki grupta da annelerin yarıdan fazlası (%54, %60) bebeklerini DS ilk yarım-bir saat içinde kucağına aldıklarını belirtmişlerdir.

Deney ve kontrol grubundaki annelerin bebeklerini DS ilk emzirdikleri zaman incelendiğinde (Çizelge 4), DS ilk yarım-bir saat içinde emzirmenin deney grubunda %54, kontrol grubunda ise %40 olduğu görülmüştür.

Annelerin, ilk emzirmelerinde zorluk yaşayıp yaşamadıkları incelendiğinde (Çizelge 4); deney grubunda yarıdan fazlasının (%58), kontrol grubunda da %40 nın hiç zorlanmadığı görülmüştür. Çok zorlanma oranı deney grubunda %8 iken, kontrol grubunda %20 dir.

Annelerin taburcu olmadan önce, DS emzirmeyi başarıyla sürdürmemeleri konusunda kendilerine güvenleri incelendiğinde (Çizelge 4); her iki grupta da aynı oranda ve çoğunlukla (Toplam %84) “çok güveniyorum” ve “güvenmiyorum” ifadelerinin kullanıldığı görülmüştür.

Annelere, bebeklerini ne kadar süre emzirmeyi planladıkları sorulduğunda; her iki grupta da yarıdan fazlası (%52, %62) “emdiği, sütü yettiği sürece” emzireceklerini belirtmiştir (Çizelge 4).

Çizelge 4 de görüldüğü gibi, deney ve kontrol grubundaki annelerin kendi doğumları ve DS emzirmelerine ilişkin verileri incelendiğinde; doğumunu tanımlaması, DS bebeğini kucağına alma zamanı, DS bebeğini ilk emzirme zamanı, ilk emzirmede zorluk yaşama, DS emzirme başarısına güvenme ve emzirmeyi planladığı süre açısından, her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

5.2.2. Hastanedeki Deneyimler

Çizelge 5: Annelerin Hastanede Kaldıkları Süre İçerisindeki Deneyimleri

ANNELERİN HASTANE DENEYİMLERİ	DENEY GRUBU (n=50)		KONTROL GRUBU (n=50)		
	n	%	n	%	
Hastanede Yaşadıkları Hayal Ettiklerinden Farklı mı?					$\chi^2: 3.70$ $p>0.05$
Evet	33	66.0	40	80.0	
Hayır	17	34.0	10	20.0	
HKS En Mutlu Oldukları Olay					$\chi^2: 2.72$ $p>0.05$
Kendisiyle ilgili					
Bebeğiyle ilgili	8	16.0	4	8.0	
Eşiyle ilgili	39	78.0	43	86.0	
Mutlu eden olay olmadı diyen	3	6.0	2	4.0	
	0	0.0	1	2.0	
HKS Rahatsızlık Veren/Üzen Olay					$\chi^2: 7.32$ $p<0.05$
Sağlık çalışanları/diğer annelerle ilgili*	1	2.0	8	16.0	
Kendisi/bebeğiyle ilgili**	7	14.0	10	20.0	
Rahatsızlık veren olay yaşamayan	42	84.0	32	64.0	
HKS Eşiyle Daha Uzun Süre Birlikte Olmak					$\chi^2: 3.36$ $p>0.05$
İsteyen	41	82.0	43	86.0	
İstemeyen	9	18.0	7	14.0	

HKS: Hastanede Kaldığı Sürede

- *: Sağlık çalışanlarıyla ilgili; kendisi ya da diğer annelere bağırmaları, kötü davranmaları
Diğer annelerle ilgili; annelerin travay, doğumda bağırmaları
- ** : Kendisiyle ilgili; kötü, zor doğum deneyimi, epizyotomi ağrıları vb.
Bebeğiyle ilgili; emmemesi, emzirememesi

Çizelge 5 de görüldüğü gibi, deney ve kontrol grubundaki annelerin; hastanede yattığı süre içerisinde yaşadıklarının hayal ettiklerinden farklı olma durumu karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Hayal ettiklerinden farklı olan yönler incelendiğinde; fizik ortamla ilgili olumsuz deneyim (%15,2, %12.5), sağlık ekibinin tutumuna ilişkin olumlu deneyim (%12.1, %10) her iki grupta da benzerdir. Sağlık ekibinin tutumuna yönelik olumsuz deneyim, deney grubunda %15.2 iken kontrol grubunda %30 dur. Travay ve doğuma ilişkin düşündüğünden olumlu deneyim, deney grubunda %9, kontrol grubunda %15 tir. Travay ve doğuma ilişkin olumsuz deneyim ise deney grubunda %48.5 olup kontrol grubunda %32.5 tir.

Deney ve kontrol grubundaki annelere hastanede kaldıkları süre içerisinde en mutlu oldukları olay sorulduğunda (Çizelge 5); her 2 grupta da çoğunlukla bebekle ilgili (kucağına alma, görme, sağlıklı olması vb) konular olduğu görülmüştür (%78, %86). Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Annelere hastanede kaldıkları süre içerisinde kendilerini rahatsız eden/üzen bir olayın olup olmadığı sorulduğunda deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Deney grubundaki annelerin %84 ü kontrol grubundaki annelerin ise %64 ü kendilerini rahatsız eden/üzen bir olay yaşamadığını belirtmiştir (Çizelge 5).

Annelere, “serviste yattıkları sürece odanızda eşiniz ve bebeğinizle daha uzun süre birlikte olmayı ister miydiniz” diye sorulduğunda; her iki grupta da çoğunluk “evet” demiştir (%82, %86). Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Çizelge 5).

5.2.3. Doğumdan Sonra Annelerin Yaşadıkları Sorun/Kaygılar

Çizelge 6: Annelerin DS Kendisi ve Bebeğiyle İlgili Sorun/Kaygı Yaşama ve Konuya İlişkin Hemşirelerden Yeterli Destek Alma Durumu

DS YAŞANAN SORUN/KAYGILAR	Sorun/Kaygı Yaşayanlar				*Sorun/Kaygı yaşayanların YETERLİ Destek Alma Yüzdeleri			
	Deney Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	n	%	n	%	Yeterli	Yeter- siz	Yeterli	Yeter- siz
Anneyle İlgili								
Kanama	5	10.0	9	18.0	100.0	0.0	88.8	11.2
Epizyotomi	18	36.0	37	74.0	33.3	17.7	10.8	48.6
Perine	3	6.0	14	28.0	33.3	0.0	7.1	28.5
Meme/meme uçları	28	56.0	29	58.0	21.4	17.8	3.4	17.2
İdrar yapma	5	10.0	22	44.0	20.0	0.0	4.5	22.7
Barsak hareketleri/gaz	8	16.0	8	16.0	12.5	12.5	0.0	25.0
İştah	21	42.0	10	20.0	4.7	4.7	0.0	30.0
Yorgunluk, baş dönmesi	33	66.0	35	70.0	33.3	3.0	11.4	11.4
Duyusal değişiklikler (ağlama, alınganlık, anksiyete vb)	27	54.0	29	58.0	7.4	0.0	3.5	10.3
Dikkatini toplama güçlüğü	5	10.0	9	18.0	**		**	
Bebekle İlgili								
Tutma (kucağına alma)	18	36.0	26	52.0	33.3	0.0	3.8	7.6
Emzirme	20	40.0	29	58.0	50.0	10.0	20.7	34.5
Gaz çıkarma	4	8.0	8	16.0	25.0	25.0	25.0	12.5
Altını alma, bezleme	8	16.0	11	22.0	25.0	0.0	9.1	36.4
Cilt bakımı	5	10.0	0	0.0	**		**	
Göbek bakımı	10	20.0	7	14.0	20.0	10.0	14.3	28.6
Giydirme	12	4.0	10	20.0	33.3	8.3	0.0	30.0
Banyo yaptırma	31	62.0	19	38.0	**		**	
Anne-bebek etkileşimi	3	6.0	16	32.0	**		**	
Bebeğin özellikleri (emme, ağlama, uyuma)	17	34.0	16	32.0	41.2	29.4	12.5	18.7

NOT: * Sorun/Kaygı Yaşayan annelerin; sadece hemşirelerden destek isteyenlerin, yeterli destek alıp almama durumları Çizelgede gösterilmiştir. Ancak sorun/kaygı yaşayan fakat bunları hemşirelere belirtmeyen, hemşirelerden destek istemeyen annelerin tümü kendileri çözüme gitmişlerdir. Çizelgede belirtilmeyen arta kalan yüzdeyi bu grup oluşturmuştur.

** Annelerin tümü sorununu hemşirelere belirtmeden kendileri çözüm yoluna gitmişlerdir.

Annelerin hastanede yattıkları süre içerisinde kendi ve bebekleriyle ilgili sorun/kaygı yaşama durumları incelendiğinde (Çizelge 6); deney grubundaki annelerin, DS kendileriyle ilgili sorun/kaygıların öncelik sıralamasına göre; “yorgunluk, baş dönmesi” (%66), “meme, meme uçları” (%56), “duygusal değişiklikler” (%54), “iştah” (%42), “epizyotomi” (%36) ile ilgili sorunlar yaşarken, kontrol grubundaki anneler ise öncelik sırasına göre; “epizyotomi” (%74), “yorgunluk, baş dönmesi” (%70), “meme, meme uçları” (%58), “duygusal değişiklikler” (%58), “idrar yapma” (%44) ve “perine” (%28) ile ilgili sorunları yaşamışlardır.

Annelerin bebekleriyle ilgili sorun/kaygı yaşama durumlarına bakıldığında (Çizelge 6); deney grubundaki annelerin sorun/kaygıları: “Banyo yaptırma” (%62), “emzirme” (%40) “tutma kucağına alma” (%36), “bebeğin özelliklerin tanıma” (%34) şeklinde sıralanmıştır. Kontrol grubundaki annelerin sorun/kaygıları ise, “emzirme” (%58), “tutma, kucağına alma” (%52), “banyo yaptırma” (%38) ve “anne-bebek etkileşimi ile, bebeğin özelliklerini tanıma” aynı oranda (%32) şeklinde sıralanmıştır.

Kendisi ya da bebeğiyle ilgili sorun/kaygı yaşayan annelerin, hemşirelerden destek, yardım istedikleri konuların genellikle o anda mevcut olan fiziksel veya beceriye yönelik sorun/kaygılarını içerdiği, aciliyeti olmayan, evde çözebileceklerine güvendikleri ya da duygusal durumlarına yönelik sorun/kaygılarında ise hemşirelerden yardım istemeyip genelde kendileri, bir başka anne ya da yakınıyla çözme yoluna gitmiştir. Sorun/kaygılarına hemşirelerden destek yardım isteyen annelerde, yeterli destek alma durumu genellikle deney grubunda daha fazladır (Çizelge 6).

Çizelge 7: Annelerin, Emzirmeyle İlgili Sorun/Kaygı Yaşama Durumları İle Emzirmeyi Başarıyla Sürdürmeye Yönelik Düşünceleri

EMDİRMEYİ BAŞARIYLA SÜRDÜRME DÜŞÜNCESİ	EMZİRMEDE SORUN YAŞAMA				TOP.
	YAŞAYAN		YAŞAMAYAN		
	n	%	n	%	
Kesinlikle başarıyla sürdürürüm	33	44.6	41	55.4	74
Genellikle sürdürürüm	7	41.2	10	58.8	17
Biraz sürdürürüm	9	100.0	0	0.0	9
TOPLAM	49	49.0	51	51.0	100

χ^2 : 10.35 SD: 2 p<0.01

Çizelge 7 de görüldüğü gibi; annelerin doğumdan sonra hastanede kaldığı süre içinde emzirmeyle ilgili sorun yaşamaları, emzirmeyi evde başarıyla sürdürebileceklerine yönelik güvenlerini etkilemektedir. DS emzirmede sorun yaşayan ve yaşamayan grup arasında emzirmeyi başarı ile sürdürmeye yönelik güven açısından anlamlı fark bulunmuştur (p<0.01).

Çizelge 8: Annelerin, Daha Önce Çocuk Bakımı Deneyimleme Durumları ile DS Bebeğini Tutma, Kucağa Almada Sorun/Kaygı Yaşama Durumu

BEBEĞİ TUTMA, KUCAĞINA ALMADA SORUN YAŞAMA	ÇOCUK BAKIMI DENEYİMLEME DURUMU				TOP.
	DENEYİMLEYEN		DENEYİMLEMİYEN		
	n	%	n	%	
Yaşayan	5	22.7	39	50.0	44
Yaşamayan	17	77.3	39	50.0	56
TOPLAM	22	100.0	78	100.0	100

NOT: Bu Çizelgede kolon yüzdesi alınmıştır.

χ^2 : 5.18 SD: 1 p<0.05

Çizelge 8 de görüldüğü gibi daha önce çocuk bakımı deneyimleyen primipar annelerin, DS bebeklerini kucağa alma, tutmaya ilişkin sorun yaşamaları daha azdır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Daha önce çocuk bakımı deneyimleyen ve deneyimlemeyen annelerin; emzirme, gaz çıkarma, bebeğin altını alma, bezleme, giydirme, banyo yaptırma, bebekle iletişim kurma gibi bebek bakımına ilişkin konularda sorun/kaygı yaşama durumları karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunamamıştır ($p>0.05$).



5.3. Doğum Sonrası Hemşirelik Bakımı ve Doğum Sonu Hemşirelik Bakımını Değerlendirme Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular

Çizelge 9: Annelerin, DS Aldıkları Hemşirelik Bakımı, Bilgi ve Yaklaşımlara İlişkin Düşünceleri

ANNELERİN DS HEMŞİRELİK BAKIMI, BİLGİ VE DAVRANIŞLARA YÖNELİK DÜŞÜNCELERİ	DENEY GRUBU (n=50)		KONTROL GRUBU (n=50)		
	n	%	n	%	
Hemşirelerden beklediği ilgi ve yaklaşımı görme durumu					$\chi^2: 36.58$ $p<0.0001$
Evet gördüm	42	84.0	15	30.0	
Hayır görmedim	0	0.0	23	46.0	
Kısmen gördüm	8	16.0	12	24.0	
Annelerin diğer anne ve bebeklerin gerekli bakım, bilgi alma durumlarına yönelik düşünce					$\chi^2: 51.99$ $p<0.0001$
Kesinlikle alıyorlar	15	30.0	0	0.0	
Genellikle alıyorlar	16	32.0	2	4.0	
Kısmen alıyorlar	16	32.0	14	28.0	
Hiç almıyorlar	3	6.0	34	68.0	
Kendi ve bebeği hakkında hemşirelerin yeterli bilgiye sahip olmaları					$\chi^2: 67.57$ $p<0.0001$
Kesinlikle sahiptirler	38	76.0	0	0.0	
Genellikle sahiptirler	6	12.0	6	12.0	
Biraz sahiptirler	3	6.0	11	22.0	
Hiç sahip değildiler	3	6.0	33	66.0	
Kendi ve bebek bakımında desteklenip cesaretlendirilme					$\chi^2: 41.51$ $p<0.0001$
Kesinlikle desteklendim					
Genellikle desteklendim	17	34.0	0	0.0	
Biraz desteklendim	11	22.0	2	4.0	
Hiç desteklenmedim	13	26.0	10	20.0	
	9	18.0	38	76.0	
Kendi ve bebek bakımında yeterli bilgi alma, güveninde artma					$\chi^2: 81.90$ $p<0.0001$
Kesinlikle güvenim arttı	29	58.0	0	0.0	
Genellikle güvenim arttı	12	24.0	1	2.0	
Biraz güvenim arttı	9	18.0	6	12.0	
Hiç bilgi almadım/güvenim artmadı	0	0.0	43	86.0	
Hemşirelerin konuşmak ve soruları yanıtlamak için zaman ayırmaları					$\chi^2: 52.78$ $p<0.0001$
Kesinlikle zaman ayırdılar	26	52.0	2	4.0	
Genellikle zaman ayırdılar	16	32.0	11	22.0	
Biraz zaman ayırdılar	8	16.0	6	12.0	
Hiç zaman ayırmadılar	0	0.0	31	62.0	
Kendisi ve bebeğine hemşirelerin anlayışlı, sevecen davranmaları					$\chi^2: 32.53$ $p<0.0001$
Kesinlikle anlayışlı, sevecendiler	36	72.0	9	18.0	
Genellikle anlayışlı, sevecendiler	10	20.0	20	40.0	
Biraz anlayışlı, sevecendiler	4	8.0	12	24.0	
Hiç anlayışlı, sevecen değildiler	0	0.0	9	18.0	

Çizelge 9 da görüldüğü gibi deney ve kontrol grubundaki annelerin, doğumlarından sonra yattıkları serviste aldıkları hemşirelik bakımı, eğitimi ve davranışlara yönelik düşüncelerinin tümü arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.0001$).

Hemşirelerden beklediği ilgi ve yaklaşımı gören annelerin oranı deney grubunda %84 olup, hayır görmedim diyen anne hiç olmamıştır. Kontrol grubunda ise beklediği ilgi ve yaklaşımı gören annelerin oranı %30 iken, “hayır görmedim” diyen annelerin oranı ise %46 dır (Çizelge 9). Her iki grup arasındaki bu fark ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.0001$).

Deney ve kontrol grubundaki annelerin serviste yatan diğer annelerinde gerekli bakım ve bilgiyi aldıklarını düşünme durumlarına bakıldığında; deney grubunda “kesinlikle, genellikle alıyor” diyen annelerin toplamı %62 iken, kontrol grubunda bu oran %4 tür (Çizelge 9). Her iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.0001$).

Annelere kendi ve bebekleri hakkında, hemşirelerin yeterli bilgiye sahip olup olmadıklarını, bunu hissetme durumu sorulduğunda (Çizelge 9); deney grubunda “kesinlikle yeterli bilgiye sahiptiler” diyen annelerin oranı %76 iken, kontrol grubunda bu oran %0’dır ve kontrol grubunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ifade eden annelerin oranı %66’dır. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak da ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.0001$).

Annelerin kendi ve bebek bakımında desteklenip, cesaretlendirme durumu incelendiğinde; deney grubundaki annelerde “evet kesinlikle ya da genellikle desteklendim” diyen annelerin oranı toplam %56 iken, kontrol grubunda bu oran %4 tür (Çizelge 9). Deney ve kontrol grubundaki bu fark karşılaştırıldığında aralarında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0.0001$).

Annelerin, kendi ve bebek bakımıyla ilgili konularda hemşirelerden yeterli bilgi alma, güvenlerinde artma” durumu değerlendirildiğinde (Çizelge 9); deney gru-

bundaki annelerin toplam %82 si aldığı bilgilerden “kesinlikle veya genellikle güvenim arttı” ifadelerini kullanmış, “hayır hiç bilgi almadım/güvenim artmadı” diyen olmamıştır. Kontrol grubunda ise “hayır hiç bilgi almadım/güvenim artmadı” diyen anne oranı %86 dır. İki grup arasındaki bu belirgin fark istatistiksel olarak karşılaştırıldığında, ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.0001$).

Annelere, hemşirelerin kendileriyle konuşmak, sorularını yanıtlamak için zaman ayırıp ayırmadıkları sorulduğunda (Çizelge 9); “kesinlikle zaman ayırdılar” diyen anneler, deney grubunda %52 iken, kontrol grubunda ise %4 tür. Deney grubunda, “hiç zaman ayırmadılar” diyen anne olmazken, kontrol grubunda bu oran %62 dir. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.0001$).

Annelere, hemşirelerin kendisine ve bebeğine anlayışlı, sevecen davranıp davranmadıkları sorulduğunda (Çizelge 9); “kesinlikle anlayışlı, sevecendiler” diyen annelerin oranı deney grubunda %72 iken, kontrol grubunda bu oran %18 dir. Bu farkın istatistiksel olarak ta ileri düzeyde anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.0001$).

Çizelge 10: Annelerin DS Servis Hemşirelerinden Gördükleri Mesleki Yaklaşımların Dağılımı

HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI	YAKLAŞIMIN NİTELİĞİ								TOP.	
	OLUMLU				TOP.	OLUMSUZ				
	Deney		Kontrol			Deney		Kontrol		
	n	%	n	%		n	%	n		%
İletişim*	7	87.5	1	12.5	8	1	14.2	6	85.7	7
Mesleki Bilgi-Beceri**	42	77.7	12	22.2	54	5	14.7	29	85.3	34
Davranış***	22	84.6	4	15.4	26	1	8.3	11	91.6	12

NOT : Annelerin “DS Servisteki hemşirelerden nasıl bir yaklaşım gördünüz?” şeklindeki açık uçlu soruya verdikleri cevaplara göre iletişim, mesleki bilgi-beceri ve davranışla ilgili olanlar şeklinde gruplandırılmıştır. Bir anne birden fazla yaklaşımı deneyimlediği için, yanıtlar da birden fazla olabilmektedir. Yüzdeler satır yüzdesi olarak alınmıştır.

* : Annelerin soru sormalarına izin verme, cevaplama, onlarla konuşma, azarlama, ses tonunu yükseltip bağırma ile ilgili.

** : İlgilenme, sorun çözme, yardımcı olma, bilgi verme, destek olma, rahatlatma, rahat hissettirme ile ilgili.

*** : Güleryüzlü, sevecen, şevkatli, anlayışlı, samimi, iyi davranma ile ilgili

Çizelge 10 da görüldüğü gibi deney ve kontrol grubundaki annelerin DS servis hemşirelerinden gördükleri olumlu ve olumsuz yaklaşımlara yönelik ifadelerinde belirgin farklılıklar vardır. Deney grubunda; iletişim (%87.5), mesleki bilgi-beceri (%77.7) ve davranışla ilgili (%84.6) olumlu hemşirelik yaklaşımlarından söz etme daha fazla iken, kontrol grubundaki annelerde, olumsuz yaklaşımlardan söz etme daha fazladır (iletişimle ilgili %85.7, mesleki bilgi-beceri %85.3 ve davranışla ilgili olumsuz yaklaşım %91.6).

Çizelge 11: Deney ve Kontrol Grubunda DSHBDÖ Puan Ortalamaları

DSHBDÖ ve ALT BOYUTLARI	n	X̄	SD	
Bakım Alt Boyutu				
Deney	50	66.04	7.94	t: 16.44
Kontrol	50	37.12	9.57	p<0.001
Eğitim Alt Boyutu				
Deney	50	64.94	14.10	t: 19.08
Kontrol	50	26.02	3.02	p<0.001
DSHBDÖ Toplam Puanı				
Deney				
Kontrol	50	130.98	18.48	t: 22.59
	50	63.14	10.44	p<0.001

Deney ve kontrol grubunda DSHBDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde (Çizelge 11); aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Deney grubundaki DSHBDÖ puanları kontrol grubuna göre belirgin şekilde yüksektir.

Çizelge 12: Deney ve Kontrol Grubundaki Annelerin, DS Aldıkları Hemşirelik Bakımı ve Eğitimiyle İlgili Maddelerin DSHBDÖ Göre Puan Ortalamaları

DS ANNELERE UYGULANAN HEMŞİRELİK BAKIMI VE EĞİTİMİ İLE İLGİLİ GİRİŞİMLER(*)	DENEY GRUBU (n=50)		KONTROL GRUBU (n=50)	
	X	SD	X	SD
BAKIMLA İLGİLİ OLANLAR				
. Epizyotomi kontrolü, bakımı, rahatlatılması	3.88	0.52	2.18	1.13
. Perine bakımının yapılması ve annenin yapması konusunda desteklenmesi	3.86	0.60	1.40	0.78
. Anneyi emzirmeye teşvik etme, yardımcı olma	3.86	0.40	2.02	1.13
. Annenin kanama durumunun kontrolü	3.82	0.56	2.74	1.27
. Annenin, kendi ve bebeğinin bakımına yönelik sorularını cevaplamak için zaman ayrılması	3.72	0.53	1.76	0.91
Eğitimle İlgili Olanlar				
. Emzirmeyle ilgili (teknik, süresi, gaz çıkarma) bilgi verilmesi	3.70	0.76	1.10	0.30
. Dikişlerin bakımını evde nasıl sürdüreceği, anormal durumlar ve yapması gerekenlerin açıklanması	3.58	0.78	1.02	0.14
. Perine temizliği, el ve vücut temizliği hakkında bilgi	3.58	0.67	1.06	0.23
. DS enfeksiyondan korunmak için yapılması gerekenler, enfeksiyon belirtileri hakkında bilgi	3.54	0.76	1.02	0.14
. Emzirme süresince yeterli, dengeli beslenme, bol sıvı alımının önemi	3.52	1.07	1.04	0.19

*Sıralama, deney grubundaki bakım ve eğitimle ilgili en yüksek puanı alan ilk 5 maddenin puan ortalamalarına göre yapılmıştır.

Çizelge 12 de görüldüğü gibi; annelerin hemşirelerden aldıkları DS bakım ve eğitim girişimlerinde öncelik; annenin fiziksel iyileşmesine yönelik bakım ve eğitim girişimleri ile, emzirme ile ilgili teşvik, destek ve eğitim girişimleri yer almaktadır.

Annelere, bebeğin aylık kontrolleri, önemi ve nerelerde yaptırabileceği hakkında bilgi verilmesini içeren 42.maddeyle, gerekli aşular, ne zaman ve nerede yaptırabileceğine ilişkin bilgiyi içeren 43. maddenin kontrol grubundaki ortalamaları \bar{X} :1, SD:0 dır. Bu sonuç, bu konular hakkında annelerin hiç bilgilendirilmediğini göstermektedir. Deney grubunda 42. maddenin ortalaması \bar{X} :2.22, SD:1.46, 43.maddenin \bar{X} :3.46, SD:1.07 dir. Bu sonuçlar; bebeğin aylık kontrolleri ve aşular hakkında annelerin genellikle bilgilendirildiğini göstermektedir.



Çizelge 13: DSHBDÖ ile Annelerin DS Aldıkları Hemşirelik Bakımına Verdikleri Puanlar Arasındaki İlişki

Bakıma verilen puan	n	r	p
DSHBDÖ puanları			
DSHBDÖ toplam puanı	100	.83	.000
BAKIM alt boyutu puanı	100	.83	.000
EĞİTİM alt boyutu puanı	100	.76	.000

Çizelge 13 de görüldüğü gibi DSHBDÖ ile annelerin DS aldıkları hemşirelik bakımına verdikleri puanları arasındaki yapılan korelasyona göre güçlü ve pozitif bir ilişki vardır ve aralarındaki bu ilişki ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). DSHBDÖ puanı arttıkça annelerin bakıma verdikleri puanda da artma olduğunu göstermektedir.

Çizelge 14: DSHBDÖ İle Annelerin Aldıkları Bakıma İlişkin Memnuniyetlerine Verdikleri Puanlar Arasındaki İlişki

Memnuniyet puanı	n	r	p
DSHBDÖ puanları			
DSHBDÖ toplam puanı	100	.81	.000
BAKIM alt boyutu puanı	100	.82	.000
EĞİTİM alt boyutu puanı	100	.74	.000

Görüldüğü gibi DSHBDÖ ve alt boyut puanları ile annelerin DS aldıkları hemşirelik bakımına yönelik memnuniyet puanları arasında güçlü ve pozitif bir ilişki vardır ve aralarındaki bu ilişki ileri düzeyde anlamlıdır ($p < 0.001$). Bu sonuç DSHBDÖ puanları arttıkça annelerin bakıma ilişkin memnuniyet puanlarının arttığını göstermektedir (Çizelge 14).

Çizelge 15: Annelerin DS Hemşirelik Bakımına Verdikleri Puan İle Bakıma Yönelik Memnuniyete Verdikleri Puanların İlişkisi

Hemşirelik bakımına verilen puan	n	r	p
Bakıma yönelik memnuniyet puanı	100	.88	.00

Görüldüğü gibi (Çizelge 15) annelerin DS aldıkları hemşirelik bakımına verdikleri puan ile bakımdan ne derece memnun kaldıklarına ilişkin verdikleri puan arasında çok güçlü, pozitif bir ilişki vardır. Bu ilişki ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p < 0.0010$). Bakıma yönelik verilen puan arttıkça memnuniyete verilen puanda artmaktadır. Kontrol grubundaki annelerin aldıkları bakıma verdikleri puanın ortalaması 3.5 olup, deney grubunda X:7.9'dur. Memnuniyet puanlarının ise kontrol grubundaki ortalaması 4.0 iken deney grubunda X:8.1'dir.

Çizelge 16: DSHBDÖ Puanlarının Annelerin Eğitim Durumlarıyla İlişkisi

Eğitim Durumu	Ort. karesi	SD	F	P
DSHBDÖ puanları				
DSHBDÖ toplam puanı	96586.05	1	424.64	.000
BAKIM alt boyutu puanı	17374.53	1	233.84	.000
EĞİTİM alt boyutu puanı	32030.42	1	311.20	.000

Çizelge 16 da görüldüğü gibi yapılan çift yönlü varyans analizinde, annelerin eğitim düzeyleri ile DSHBDÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.001$). Yapılan analizde bu anlamlılığın deney ve kontrol grubundaki annelerin eğitim düzeylerindeki farklılıktan kaynaklanmadığını göstermiştir ($p > 0.05$). Anlamlılık eğitim düzeyleri ilköğretim ya da ortaöğretim ve üzeri olanların ölçek puanlarındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır.

Annelerin eğitim düzeyleri ile “serviste yatan diğer anne ve bebeklerin hemşirelerden ihtiyacı olan bakımı ve bilgiyi alma”, “hemşirelerin kendisi ve bebeği hakkında yeterli bilgiye sahip olup anlaşıldığını hissette” ve “kendi ve bebeğinin bakımı hakkında hemşireler tarafından güvenini artırıcı yönde desteklenip cesaretlendirme”

durumlarına yönelik düşünceleri ayrı ayrı karşılaştırılmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Deney ve kontrol grubundaki annelerin yaşı ile DSHBDÖ puanları arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi ve “t” testi ile değerlendirildiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Bu sonuç annelerin yaşlarının DSHBDÖ puanları üzerine etkili olmadığını göstermektedir. Tukey-HSD testi ile farklılık durumu incelenmiş ve yapılan ileri analizde 0.05 seviyesine göre deney ve kontrol grupları arasında fark bulunamamıştır.

DSHBDÖ puanları ile gebelikte yaşanan sorunlar arasında yapılan çift yönlü varyans analizinde anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Bu sonuç gebelikte yaşanan sorunların annelerin DSHBDÖ puanları üzerine etkili olmadığını göstermektedir.

Annelerin gebelik döneminde DS ilişkin bilgi aldıkları kaynaklar ile DSHBDÖ puanları arasında yapılan çift yönlü varyans analizinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Deney ve kontrol grubundaki annelerin gebelikte, DS ilişkin (antenatal kontroller dışında) bilgi aldıkları kaynaklar ile DS aldıkları hemşirelik bakımına ve bakıma ilişkin memnuniyetlerine verdikleri puanlar arasındaki ilişki tek yönlü varyans analizi ile incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Tukey-HSD testi ile 0.05 seviyesine göre deney ve kontrol grupları arasındaki farklılık incelenmiş ve anlamlı fark olmadığı görülmüştür.

Annelerin “hastanede yaşadıklarının hayal ettiklerinden farklı olma” durumu ve annelerin “hastanede yattıkları süre içinde kendilerini üzen/rahatsız eden bir olay yaşama” durumlarının DSHBDÖ puanları üzerine etkisi tek yönlü varyans analizi ile incelenmiş ve her iki durum ile DSHBDÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Tukey-HSD testi ile her iki durum için de 0.05 seviyesine göre yapılan ileri analizde, deney ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Annelerin hastanede yattıkları süre içerisinde rahatsız oldukları/üzüldükleri durumlar ile, DS aldıkları bakım ve bakıma yönelik memnuniyetlerine verdikleri puanlar arasında ilişki olup olmadığı Kruskal-Wallis 1-Way Anova testine göre incelenmiş, anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 17: Annelerin Hemşirelerden Aldıkları Bakım, Bilgi ve Davranışlara Yönelik Düşüncelerinin, Bakım ve Memnuniyete Verdikleri Puanlarla İlişkisi

ANNELERİN ALDIKLARI BAKIM, BİLGİ, DAVRANIŞLARA YÖNELİK DÜŞÜNCELERİ	BAKIM PUANI		MEMNUNİYET PUANI		
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
Hemşirelerden beklediği ilgi ve yaklaşımı görme					F: 28.31 p<0.001
Evet	7.26	2.53	7.66	2.39	
Hayır	3.34	1.84	3.21	1.70	F: 37.08 p<0.001
Kısmen	4.10	2.38	4.75	2.24	
Kendi bebeği hakkında hemşirelerin yeterli bilgiye sahip olmaları					F: 26.34 p<0.0001
Kesinlikle sahiptiler	8.10	1.85	8.36	2.13	
Genellikle sahiptiler	5.91	3.05	6.33	2.30	F: 25.36 p<0.0001
Biraz sahiptiler	4.28	1.85	4.78	2.04	
Hiç sahip değildiler	3.72	2.37	4.02	2.33	
Kendi ve bebek bakımında desteklenip cesaretlendirilme					F: 28.96 p<0.0001
Kesinlikle desteklendim	93.5	0.86	9.47	1.28	
Genellikle desteklendim	7.76	1.64	8.38	1.38	F: 30.72 p<0.0001
Biraz desteklendim	5.26	2.45	5.82	2.40	
Hiç desteklenmedim	4.08	2.44	4.29	2.35	
Kendi-bebek bakımında bilgi alma, güveninde artma					F: 29.83 p<0.0001
Kesinlikle güvenim arttı	9.41	0.58	9.48	1.13	
Genellikle güvenim arttı	8.05	1.76	8.56	1.43	F: 31.18 p<0.0001
Biraz güvenim arttı	5.84	2.64	5.93	2.54	
Bilgi almadım/güvenim artmadı	3.78	2.62	4.18	2.36	
Hemşirelerin soruları yanıtlamak için zaman ayırması					F: 36.66 p<0.0001
Kesinlikle zaman ayırdılar	8.50	1.52	8.75	1.55	
Genelde zaman ayırdılar	6.44	2.67	7.07	2.38	F: 40.12 p<0.0001
Biraz zaman ayırdılar	4.64	1.86	4.35	2.27	
Hiç zaman ayırmadılar	3.09	1.88	3.51	1.78	
Hemşirelerin anne-bebeğe anlayışlı, sevecen davranmaları					F: 24.53 p<0.0001
Kesinlikle sevecendiler	7.60	2.29	8.04	2.24	
Genelde sevecendiler	5.10	2.38	5.46	2.01	F: 29.37 p<0.0001
Biraz sevecendiler	4.00	2.39	3.75	2.29	
Hiç sevecen davranmadılar	1.55	0.88	2.22	1.71	

NOT: Çizelgede görülen birinci "F" ve "p" değerleri bakıma verilen puana,

İkinci "F" ve "p" değerleri memnuniyete verilen puana aittir.

Çizelge 17 de görüldüğü gibi deney ve kontrol grubundaki Toplam 100 anenin DS hemşirelerden "beklediği ilgi ve yaklaşımı görme", "kendi, bebeği hakkında, hemşirelerin yeterli bilgiye sahip olduklarını hissetme", "kendi ve bebek bakımında desteklenip, cesaretlendirilme", "kendi ve bebek bakımında bilgi alma, güveninde art-

ma”, “Hemşirelerin annelerle konuşmak, sorularını yanıtlaması için zaman ayırması” ve “hemşirelerin anne-bebeğe anlayışlı sevecen davranmaları”na yönelik hemşirelik davranışları, annelerin DS aldıkları bakıma ve bakıma ilişkin memnuniyetlerine verdikleri puanları etkilemektedir. yapılan istatistiksel, analizde aralarında ileri düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.0001$). Bu ileri düzeydeki anlamlılığın “evet” diyen “kesinlikle” katıldığını belirten annelerin bakım ve memnuniyetlerine verdikleri puanlarla, “hayır, hiç”, “kısmen-biraz” ifadelerini kullanan annelerin, bakım ve memnuniyetlerine verdikleri puanlar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Annelerin hemşirelerden aldıkları bakım , bilgi ve davranışlarına yönelik Çizelge 17 de belirtilen tüm düşünceleri ile bakım ve memnuniyetlerine verdikleri puanlar açısından Tukey-HSD testi ile 0.05 seviyesine göre yapılan ileri analizde deney ve kontrol grubu arasındaki farklılık incelenmiş ve anlamlı fark olduğu, farkın deney grubundaki puan ortalamalarının yüksekliğinden kaynaklandığı saptanmıştır.

Çizelge 18: Annelerin Servis Hemşirelerinden Beklediği İlgi ve Yaklaşımı Görme Durumu İle DSHBDÖ Puanı İlişkisi

Beklediği İlgi ve Yaklaşımı Görme	Ort. karesi	SD	F	P
DSHBDÖ				
DSHBDÖ toplam puanı	53819.78	2	251.15	.000
BAKIM alt boyutu puanı	7394.91	2	125.43	.000
EĞİTİM alt boyutu puanı	21315.18	2	199.20	.000

Çizelge 18 de görüldüğü gibi yapılan çift yönlü varyans analizine göre annelerin servisteki hemşirelerden beklediği ilgi ve yaklaşımı görme durumları ile DSHBDÖ toplam puanı ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). Bu sonuç annelerin hemşirelerden beklediği ilgi ve yaklaşımı görmelerinin DSHBDÖ toplam puanı ve alt boyut puanları üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

Çizelge 19: Annelerin Diğer Anne ve Bebeklerin Hemşirelerden Gerekli Bakım ve Bilgiyi Almalarına Yönelik Düşüncelerinin, DSHBDÖ Puanlarıyla İlişkisi

DSHBDÖ puanları	DSHBDÖ Toplam Puanı		BAKIM alt boyutu puanı		EĞİTİM alt boyutu puanı	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
Annelerin düşünceleri						
Kesinlikle alıyorlar	143.80	12.93	70.26	8.79	73.53	6.96
Genellikle alıyorlar	127.77	22.56	65.22	6.91	62.55	18.18
Biraz alıyorlar	97.33	30.40	53.50	13.60	43.83	19.38
Hiç almıyorlar	62.94	13.45	35.81	9.61	27.13	5.79
	F: 67.00 p<0.0001		F: 54.09 p<0.0001		F: 51.24 p<0.0001	

Deney ve kontrol grubundaki annelerin, “yattıkları servisteki diğer anne ve bebeklerin, hemşirelerden gerekli bakım ve bilgiyi alma durumlarına yönelik düşünceleri ile DSHBDÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde (Çizelge 19); aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.0001$).

Tukey-HSD testi ile 0.05 düzeyine göre deney ve kontrol grupları arasında yapılan ileri analizde, her iki grup arasında annelerin düşüncelerindeki olumluluk düzeyi ve DSHBDÖ puanları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 20: Annelerin Kendi ve Bebeği Hakkında Hemşirelerin Yeterli Bilgiye Sahip Olup Olmadıklarını Hissetme Durumu ile DSHBDÖ Puanlarının İlişkisi

Annelerin Hissettikleri	DSHBDÖ Puanları		DSHBDÖ Toplam Puanı		BAKIM alt boyutu puanı		EĞİTİM alt boyutu puanı	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
Kesinlikle sahiptiler	133.44	19.08	67.10	8.46	66.34	14.31		
Genellikle sahiptiler	102.66	30.42	55.41	11.26	47.25	20.89		
Biraz sahiptiler	75.00	22.76	43.07	14.72	31.92	10.44		
Hiç sahip değildiler	65.36	19.32	37.22	10.48	28.13	11.05		
	F: 68.96 p<0.0001		F: 53.05 p<0.0001		F: 53.02 p<0.0001			

Annelerin servisteki hemşirelerin kendisi ve bebeği hakkında yeterli bilgiye sahip olup olmadıklarını hissetme durumlarının, DSHBDÖ puanları üzerine etkisi incelendiğinde (Çizelge 20), aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Kesinlikle ya da genellikle yeterli bilgiye sahip olduklarını ifade eden annelerde, DSHBDÖ puan ortalamalarında belirgin fark vardır.

Tukey-HSD testi ile 0.05 seviyesine göre yapılan ileri analizde deney ve kontrol grupları arasında, annelerin kendi ve bebekleri hakkında hemşirelerin yeterli bilgiye sahip olduklarını hissetme düzeyleri ile ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Çizelge 21: Annelerin Kendi ve Bebek Bakımında Desteklenip, Cesaretlendirilme Durumunun DSHBDÖ Puanlarıyla İlişkisi

Desteklenme Durumu	DSHBDÖ Puanları		DSHBDÖ Toplam Puanı		BAKIM alt boyutu puanı		EĞİTİM alt boyutu puanı	
	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
Kesinlikle desteklendim	144.82	14.40	71.88	6.90	72.94	10.40		
Genellikle desteklendim	125.46	22.22	65.30	6.03	60.15	16.76		
Biraz desteklendim	97.21	28.89	51.82	11.99	45.39	20.70		
Hiç desteklenmedim	71.85	25.70	40.31	13.75	31.53	13.80		
	F: 43.65 p<0.0001		F: 37.74 p<0.0001		F: 34.00 p<0.0001			

Annelerin kendi ve bebek bakımında hemşireler tarafından güvenlerini artırıcı yönde desteklenip, cesaretlendirilme durumunun, DSHBDÖ puanları üzerine etkisi incelendiğinde (Çizelge 21); aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişkinin olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Desteklenme düzeyi arttıkça DSHBDÖ puanlarında artmaktadır.

Tukey-HSD testi ile 0.05 seviyesine göre yapılan ileri analizde deney ve kontrol grupları arasında destekleme düzeyi ve DSHBDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Çizelge 22: Annelerin, Kendi ve Bebek Bakımı Hakkında Bilgi Alma, Güvenlerinde Artma Durumunun DSHBDÖ Puanlarına Etkisi

DSHBDÖ Puanları	DSHBDÖ Toplam Puanı		BAKIM alt boyutu puanı		EĞİTİM alt boyutu puanı	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
Güven Artma Durumu						
Kesinlikle güvenim arttı	139.79	14.03	67.72	7.61	72.06	8.33
Genellikle güvenim arttı	122.15	20.15	63.84	8.98	58.30	15.64
Biraz güvenim arttı	92.40	24.67	52.33	14.89	40.06	13.58
Hiç bilgi almadım/güvenim artmadı	62.27	10.62	36.72	9.47	25.55	2.22
	F: 153.51 p<0.0001		F: 64.24 p<0.0001		F: 162.28 p<0.0001	

Annelerin, kendi ve bebek bakımı hakkında hemşirelerden aldıkları bilgilerle güvenlerindeki artma durumunun, DSHBDÖ puanları üzerine etkisine bakıldığında (Çizelge 22) aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişkinin olduğu belirlenmiştir ($p<0.0001$). Hemşirelerden aldıkları bilgilerle, kendilerine güvenleri artan annelerin, DSHBDÖ puan ortalamaları da artmaktadır.

Tukey-HSD testi ile 0.05 seviyesine göre yapılan ileri analizde, deney ve kontrol grupları arasında annelerin güvenlerinde artma düzeyi ile DSHBDÖ puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Çizelge 23: Hemşirelerin Annelerle Konuşmak, Sorularını Yanıtlamak İçin Zaman Ayırma Durumları ile DSHBDÖ Puanlarının İlişkisi

Zaman Ayırma Durumu	DSHBDÖ Puanları		DSHBDÖ Toplam Puanı		BAKIM alt boyutu puanı		EĞİTİM alt boyutu puanı	
	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
Kesinlikle zaman ayırdılar	132.92	21.84	68.64	7.88	64.28	15.60		
Genellikle zaman ayırdılar	103.70	33.26	55.66	12.27	48.03	22.83		
Biraz zaman ayırdılar	94.57	31.37	47.92	13.73	46.64	20.43		
Hiç zaman ayırmadılar	60.00	9.69	34.25	8.84	25.74	3.34		
	F: 44.63 p<0.0001		F: 55.67 p<0.0001		F: 27.41 p<0.0001			

Hemşirelerin, annelerle konuşmak, sorularını yanıtlamak için zaman ayırma durumu ile DSHBDÖ puanları arasındaki ilişki incelendiğinde (Çizelge 23), istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişkinin olduğu görülmüştür ($p<0.0001$). Kendilerine, sorularını yanıtlamak için zaman ayrılan annelerin, DSHBDÖ puanları da artmaktadır.

Tukey-HSD testi ile 0.05 seviyesine göre yapılan ileri analizde, deney ve kontrol grupları arasında hemşirelerin annelerle konuşmak, sorularını yanıtlamak için zaman ayırma düzeyleri ve DSHBDÖ puanlarında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 24: Hemşirelerin, Anne ve Bebeklerine Anlayışlı Sevecen Davranma Durumunun, DSHBDÖ Puanlarına Etkisi

DSHBDÖ Puanları Anlayışlı, Sevecen Davranılma Durumu	DSHBDÖ Toplam Puanı		BAKIM alt boyutu puanı		EĞİTİM alt boyutu puanı	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
Kesinlikle anlayışlı sevecendiler	120.82	30.82	63.35	11.98	57.46	20.86
Genellikle anlayışlı sevecendiler	86.46	31.74	46.96	14.00	39.50	20.16
Biraz anlayışlı sevecendiler	74.06	28.66	39.87	13.19	34.18	16.19
Hiç anlayışlı, sevecen değildiler	54.44	5.05	28.88	4.45	25.55	1.87
	F: 20.51 p<0.0001		F: 29.66 p<0.0001		F: 12.05 p<0.0001	

Hemşirelerin, serviste yatan anne ve bebeklerine anlayışlı, sevecen davranma durumlarının, DSHBDÖ puanlarıyla ilişkisi incelendiğinde (Çizelge 24); aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişkinin olduğu görülmüştür ($p<0.0001$). Anlayışlı ve sevecen davranılma düzeyi arttıkça, DSHBDÖ puan ortalamaları da artmaktadır.

Tukey-HSD testi ile 0.05 düzeyine göre yapılan ileri analizde, deney ve kontrol grupları arasında anlayışlı ve sevecen davranılma düzeyleri ile DSHBDÖ puanlarında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 25: Annelerin DS 8 Haftalık Dönemde Bebek Bakımında Sorun/Sıkıntı Yaşama Durumlarının, DSHBDÖ Puanlarıyla İlişkisi

DS 8.hf. Sorun/Sıkıntı Yaşama	DSHBDÖ Puanları		DSHBDÖ Toplam Puanı		BAKIM alt boyutu puanı		EĞİTİM alt boyutu puanı	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
Yaşayan	80.93	25.81	45.37	13.54	35.56	15.18		
Yaşamayan	107.62	39.32	56.19	17.60	51.43	23.45		
Biraz yaşayan	67.66	13.65	41.00	12.12	26.66	3.78		
	F: 4.55 p<0.05		F: 3.40 p<0.05		F: 4.67 p<0.05			

Annelerin DSHBDÖ puanları ile, DS 8 haftalık dönemde bebek bakımında sorun/sıkıntı yaşama durumu arasındaki ilişki incelendiğinde (Çizelge 25); aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Sorun yaşayan annelerin, DSHBDÖ toplam puanı ve alt boyutlarının puan ortalamaları yaşamayanlara oranla daha düşüktür.

Tukey-HSD testi ile 0.05 düzeyine göre yapılan ileri analizde, deney ve kontrol grubu arasında farklılık incelenmiş ve DS 8 haftalık dönemde, bebek bakımında sorun/sıkıntı yaşayan ve yaşamayan annelerin, DSHBDÖ toplam ve eğitim alt boyutu puanları arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Bakım alt boyutundaki puanlar ile ise deney ve kontrol grubu arasında, bebek bakımında sorun yaşama ve yaşamama arasında anlamlı fark bulunamamıştır.

5.4. DS Sekiz Haftalık Döneme İlişkin Bulgular

Deney ve kontrol grubundaki annelerle, doğumdan 8 hf. sonra telefon görüşmeleri yapılmıştır. Ulaşılamayanlarda mektupla iletişim yoluna gidilmiştir. Sonuçta deney grubundan 36, kontrol grubundan 34 anneye iletişim kurulmuş ve veriler toplanmıştır.

DS 8 haftalık döneme ilişkin veriler aşağıda sunulmuştur.

Çizelge 26: DS 8 Haftalık Döneme İlişkin Annelere Ait Veriler

ANNELERE İLİŞKİN VERİLER	DENEY GRUBU (n=36)		KONTROL GRUBU (n=34)		
	n	%	n	%	
DS Kendi Bakımında Hemşirelerden/ Broşürden Aldığı Bilgilerden Yararlanma*					
Yararlanan	32	88.9	0	0.0	χ^2 : 62.46 p<0.0001
Kısmen yararlanan	4	11.1	2	5.9	
Bilgi almayan/yararlanmayan	0	0.0	32	94.1	
Epizyotomiye İlişkin Sorun					
Yaşayan	10	27.7	19	55.8	χ^2 : 5.69 p<0.05
Yaşamayan	26	72.2	15	44.1	
DS Enfeksiyon belirtileri deneyimleme					
Deneyimleyen	5	13.8	8	23.5	χ^2 : 1.07 p>0.05
Deneyimlenemeyen	31	86.1	26	75.6	
Cinsel İlişkiye başlama zamanı					
İlk 1 ay içinde	6	16.7	4	11.8	χ^2 : 5.15 p>0.05
40 gün ve sonrası	27	75.0	20	58.8	
Hala başlamamış olanlar	3	8.3	10	29.4	
DS Kontrasepsiyon Kullanma					
Kullanmaya başlayan	29	80.6	17	50.0	χ^2 : 7.24 p<0.01
Kullanmayan, cinsel ilişkiye başlamayan	7	19.4	17	50.0	
DS jinekolojik kontrol					
Giden	14	38.9	4	11.7	χ^2 : 9.58 p<0.01
Gitmeyen	22	61.1	30	88.2	

*Kontrol grubuna broşür verilmemiştir.

Çizelge 26 da görüldüğü gibi annelerin DS 8 haftalık dönemde kendi bakımlarında hemşirelerden aldığı bilgilerden, DS verilen broşürden yararlanma durumları incelendiğinde gruplar arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0.0001$). Deney grubundaki annelerin yaklaşık tamamı verilen bilgilerden yararlanırken, kontrol grubundaki annelerin ise sadece %5.9 u kısmen yararlandığını, %94.1 i gibi büyük çoğunluğu da yararlanmadığını belirtmiştir.

Annelere DS 8 hf. dönemde kendi bakımlarıyla ilgili hemşirelerden/broşürden aldığı bilgilerden hangi konularda yararlandığı sorulduğunda; deney grubundaki 36 annenin tümü (%100) epizyotomi bakımında hemşirelerden verilen broşürden edindiği bilgilerden yararlandığını belirtmiştir. Bir annenin birden fazla yanıt verdiği bu değerler sırasıyla; perine hijyeni, banyo, ped değişiminden annelerin %86'si söz etmiş. Adet görme, cinsel ilişki, AP'dan, %77.7'si, Egzersiz yapma DS yatis pozisyonları, karın sargısı kullanılmasından %38.8'i, DS kanama normal ve anormal durumlar ile DS vücut değişikliklerinden annelerin %13.8'i belirttikleri bu konular hakkında edindikleri bilgilerden yararlandıklarını ifade etmişlerdir. Kontrol grubunda 8 hf dönemde ulaşılabilen 34 anneden, hemşirelerden aldığı bilgilerden yararlandığını belirten 2 (%5.9) annede epizyotomi bakımında yararlandıklarını ifade etmişlerdir.

Çizelge 26 da görüldüğü gibi, deney ve kontrol grubundaki annelerin DS 8 haftada epizyotomilerine ilişkin sorun yaşama durumları incelendiğinde; gruplar arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Deney grubundaki annelerin %72.2 si sorun yaşamazken, kontrol grubundaki annelerin ise %41.1 i sorun yaşamamıştır.

Deney ve kontrol grubundaki annelerin, DS 8 haftalık dönemde epizyotomileriyle ilgili yaşadıkları sorunlar arasında ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Sorun yaşayan annelerin yaşadıkları sorunların dağılımına bakıldığında; ilk sırada yer alan "ağrı, gerilme hissi" kontrol grubunda %52.6(10) iken deney grubunda %20(2)'dir. Enfeksiyon belirtilerini (ödem, kızarıklık, epizyotomi yerinden akıntı, geç iyileşme) ifade eden anne sayısı kontrol grubunda 7 iken deney grubunda ise 2'dir. Her iki grupta görülme oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Deney grubunda epizyotomiye ilişkin sorun yaşayan 10 annenin %60 ı (6) gibi büyük oranının

dikişlerinde açılma olduğunu belirtmesi önemlidir. Ancak dikişlerdeki bu açılma enfeksiyona bağlı olmayıp yalnızca hastanedeki sütür atma tekniğinden kaynaklanan bu sorun sonucundadır. Bu sorunu yaşayan anneler doktora gittiklerini ve tekrar dikiş atıldığını belirtmişlerdir. Kontrol grubunda da aynı sorunu 2 (%10.5) anne yaşamıştır.

Deney ve kontrol grubundaki annelerin epizyotomi bakımı ya da sorun çözümünde hemşirelerden/broşürden aldığı bilgilerden yararlanma durumları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.001$). Yararlanma oranı deney grubunda çok yüksek iken (%97.2). Kontrol grubunda ise yararlanmama oranı daha yüksektir (%67.6). Burada yalnızca deney grubundaki annelere broşür verildiğini belirtmekte yarar vardır.

Deney ve kontrol grubundaki annelerin, doğumdan sonra hastanede yattıkları sürece epizyotomilerine yönelik sorun yaşama durumları ile, DS 8 hf. dönemde epizyotomileriyle ilgili sorun yaşama durumları karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

DS 8 haftalık dönemde puerperal enfeksiyon belirtilerini deneyimleme durumu incelendiğinde, her iki grup arasında varolan görülme farklılıklarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$). Enfeksiyon belirtilerini (ateş, kanamanın uzun sürmesi, kötü kokulu kanama, akıntı) deney grubundaki annelerin %13.8 ü kontrol grubundaki annelerin ise %23.5 i deneyimlemiştir (Çizelge 26). Ancak sayılan enfeksiyon belirtilerinin her biri tek başına deneyimlenmiş, birden fazla belirtiyi bir arada yaşayan anne olmamıştır.

DS 8 hf dönemde yaşanan enfeksiyon belirtilerinin dağılımlarına bakıldığında, deney grubundaki annelerin 3 ü uzun süren kanama, 1 i kötü kokulu akıntı yaşarken, kontrol grubundaki annelerin 4 ü kötü kokulu akıntı, 2 si ateş, 2 si uzun süren kanama yaşamıştır.

Annelerin DS kanama süreleri incelendiğinde; dağılımların her iki grupta da benzer olduğu görülmüştür. DS kanama sürelerinin deney ve kontrol grubunda en fazla

“40 gün” (%38.8, %35.2) ve “30 gün” (%27.7, %26.4) olduğu belirlenmiştir. DS kanamanın süresi açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

DS 8 haftalık dönemde annelerin cinsel ilişkiye başlama durumları incelendiğinde her iki grup arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Deney grubunda büyük çoğunluğu (%91.6) 8 hf. dönemde başlarken, kontrol grubunda başlayanların oranı %70.6 dır.

Annelerin DS cinsel ilişkiye başlama zamanları incelendiğinde (Çizelge 26) her iki grup arasında “istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Genelde doğumdan 40 gün sonra” cinsel ilişkiye başlama oranı yüksek olup, bu oran deney grubunda %75, kontrol grubunda %58 dir.

Annelerin DS ilk 8 hf içinde kontrasepsiyon kullanımları incelendiğinde (Çizelge 26); deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Deney grubunda %80.6 gibi yüksek bir oranın DS herhangi bir yöntem kullanmaya başladığı görülürken, kontrol grubunda bu oran %50 dir. Annelerin eğitim düzeyine göre DS 8 hf.da herhangi bir yöntem kullanmaya başlama durumu arasında da anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu farklılığın eğitimden mi yoksa gruplar arasındaki kullanım farklılığından mı kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz yapılmıştır (Bkz. Çizelge 27).

Annelerin kullanmaya başladıkları yöntemlerin dağılımlarına bakıldığında; tıbbi yöntem (RİA, prezervatif, mini hap) kullanma oranı, deney grubunda %30.5, kontrol grubunda %20.5 tir. Doğal yöntem olan geri çekmeyi kullanma oranı deney grubunda %50, kontrol grubunda %29.4 tür. Cinsel ilişkiye başladıkları halde hiç korunmayanların oranı deney grubunda %11.1, kontrol grubunda %20.5 tir. Korunmayan anneler sütün koruduğundan dolayı yöntem kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Kullandıkları yöntem açısından iki grup arasında istatistiksel analiz yapıldığında, anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

DS kontraseptif yöntem kullanmaya başlayan ve başlamayan annelerin, ileriye yönelik kontrasepsiyonlarına ilişkin düşünceleri sorulduğunda; deney grubundaki annelerin %50 si kontrol grubunda %23.5 i RİA kullanmayı düşündüklerini belirtmişlerdir. Deney grubunda %41.6, kontrol grubunda %23.5, anne kullandıkları yöntemi değiştirmeyi düşündüklerini ifade etmiştir. Değiştirmeyi düşünen bu annelerin büyük çoğunluğu geri çekme yöntemini kullanan annelerden oluşmaktaydı.

Annelerin DS jinekolojik kontrole gitme durumları incelendiğinde (Çizelge 26) gidenlerin oranı deney grubunda %38.9, kontrol grubunda %8.8 olarak belirlenmiş ve gruplar arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Bu farkın annelerin eğitim düzeyinden kaynaklanıp-kaynaklanmadığını belirlemek için eğitim düzeyi ile annelerin DS jinekolojik kontrole gitme durumlarını karşılaştırılmış ve arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Çizelge 27: Deney ve Kontrol Grubundaki Annelerin, Eğitim Düzeyleri ile DS Kontraseptif Yöntem Kullanmaya Başlama Durumu

EĞİTİM DÜZEYİ	DS 8 hf. Kontraseptif Yöntem Kullanımı								TOP	
	Deney Grubu (n=36)				Kontrol Grubu (n=34)					
	Başlayan		Başlama-yan		Başlayan		Başlama-yan			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
İlkokul	21	42.8	5	10.2	11	22.4	12	24.5	49	$\chi^2_1: 5.84$ $p<0.05$
O.Öğretim ve üzeri	8	38.0	2	9.5	6	28.5	5	23.8	21	$\chi^2_1: 1.52$ $p>0.05$
TOPLAM	29	41.4	7	10.0	17	24.2	17	24.2	70	

DS 8 haftalık dönemde herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmaya başlama durumunun, annelerin eğitim düzeyleri arasındaki farklılıktan mı, deney ve kontrol grupları arasındaki kullanım farklılığından mı kaynaklandığını belirlemek için ileri analiz yapılmıştır (Çizelge 27). Sonuçta, bunun deney ve kontrol grubu arasındaki kullanım farklılığından kaynaklandığı belirlenmiştir. Eğitimi ilkokul düzeyinde olan annelerde,

DS herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmaya başlama oranı deney grubunda daha fazla iken, kontrol grubundaki annelerde ise kullanıp kullanmama oranı birbirine çok yakındır. Deney grubu yönündeki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çizelge 28: DS 8 Haftalık Dönemde Bebek Bakımına İlişkin Veriler

BEBEK BAKIMINA İLİŞKİN VERİLER	DENEY GRUBU (n=36)		KONTROL GRUBU (n=34)		
	n	%	n	%	
DS Annenin bebek bakımında aldığı bilgilerden/broşürden yararlanma durumu*					$\chi^2: 64.28$ $p<0.0001$
Yararlanan	30	83.3	0	0.0	
Kısmen yararlanan	5	13.8	2	5.9	
Yararlanmayan/bilgi almayan	1	2.8	32	94.1	
Annelerin DS bebek bakımında sorun yaşama durumu					$\chi^2: 6.58$ $p<0.05$
Yaşayan	5	13.8	14	41.1	
Yaşamayan	31	86.1	20	58.9	
Emzirme durumu					$\chi^2: 3.81$ $p>0.05$
Yalnızca anne sütü veren	20	55.6	14	41.1	
Anne sütü+formüle/inek sütü	10	27.7	17	50.0	
Emzirmeyi bırakan	6	16.6	3	8.8	
Aşıların başlatılması					$\chi^2: 11.60$ $p<0.01$
Başlatan	31	86.1	18	52.9	
Henüz başlatmayan	5	13.8	16	47.1	
Sağlam çocuk kontrolü					$\chi^2: 9.76$ $p<0.01$
Yaptıran	28	77.8	14	41.2	
Yaptırmayan	8	22.2	20	58.8	

*Kontrol grubundaki annelere DS broşür verilmemiştir.

Annelerin DS 8 hf dönemde bebek bakımında, hemşirelerden/broşürden aldığı bilgilerden yararlanma durumu incelendiğinde (Çizelge 28); İki grup arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.0001$). Deney grubunda yararlanma oranı toplam %97.2 iken, kontrol grubunda %5.9 dur. Kontrol grubundaki annelerin %94.1 nin bilgi almadığı dolayısıyla yararlanamadığı görülmüştür.

Annelerin DS 8 hf.lık dönemde, bebek bakımında hemşirelerden aldıkları bilgilerden/broşürden yararlandıkları konular incelendiğinde; kontrol grubunda yararlandığını belirten 2 annenin de emzirme konusunda yararlandığı görülmüştür. Deney grubunda yararlandığını belirten 35 annenin (bir anne birden fazla yanıt vermiştir), %77.1 i “emzirme, meme bakımı ve gaz çıkarma”, %45.7 si “alt temizliği, bezleme, pişik bakımı”, %51.4 ü “genel bebek bakımı (göbek bakımı, banyo, giydirme)”, %20 si “aşılar, hastalık belirtilerini anlama ve çocukla iletişim kurma” konularında yararlandıklarından söz etmişlerdir.

Annelerin DS 8 hf. içinde bebek bakımında sorun/sıkıntı yaşama durumları incelendiğinde (Çizelge 28); deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Deney grubunda bebek bakımında sorun yaşayan annelerin oranı %13.8 olup, kontrol grubunda ise bu oran %41.1 dir.

Annelerin bebek bakımında hangi konularda sorun/sıkıntı yaşadıklarına bakıldığında; her iki gruptaki annelerin genelde benzer sorunları yaşadığı görülmüştür (emzirme, banyo, bebekte gaz problemi, huzursuzluk). Kontrol grubunda farklı olarak; alt temizliği, bezleme, pişik bakımı sorunlarının yaşandığı belirlenmiştir.

DS iletişim kurulan toplam 70 annenin, daha önce bebek bakımı deneyimleyip-deneyimlememe durumlarına göre, DS bebek bakımında sorun/sıkıntı yaşama durumları karşılaştırılmış, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

DS 8 hf. dönemde deney ve kontrol grubundaki annelerin emzirme durumları incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Çizelge 28). Yalnızca anne sütü vermeye devam edenlerin oranının deney grubunda %55.6, kontrol grubunda %47.1 olduğu görülmüştür.

Emzirme konusunda hemşirelerden/broşürden aldığı bilgilerden, deney grubundaki annelerin tamamı yararlandığını belirtmiştir. Ancak 3 anne önerilenleri etkin uygulayamadığından söz etmiştir. Annelere hangi konularda yararlandıkları soruldu-

ğunda, “emzirme tekniği, anne sütünün önemi, meme bakımı, sorunlarda bakım, emzirmenin bebekle iletişimdeki etkisi” gibi konular olduğunu ifade etmişlerdir. Kontrol grubunda hemşirelerden aldığı bilgilerden yararlandığını belirten 3 annede “emzirme tekniğin”de faydalandıklarını belirtmiştir.

Annelerin DS 8 hf dönemde memelerle ilgili problem yaşama durumları incelendiğinde, deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Yaşanan sorunlara bakıldığında; deney grubunda sorun yaşayan 18 (%50) annenin yaklaşık tamamı (%94.5) “meme ucu çatlığı, içe çöküklük” sorunu yaşamıştır. Kontrol grubunda sorun yaşama oranı 23 (%67.6) olup yine bu vakalarında yaklaşık tamamı aynı sorunu yaşamıştır.

DS 8 haftalık dönemde annelerin meme bakımı ve sorun çözümünde hemşirelerden/broşürden aldıkları bilgilerden yararlanma durumları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0.001$).

DS 8 haftalık dönemde annelerin bebeklerinin aşılarını yaptırma durumu incelendiğinde (Çizelge 28); deney ve kontrol grubu arasında istatistik olarak ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Deney grubunda %86.1, kontrol grubunda %52.9 annenin bebeklerinin aşılarına başladığı görülmüştür.

Annelerin eğitim düzeyleri ile bebeklerinin aşılarını yaptırma durumları arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

Annelerin DS 8 hf. dönemde bebeklerinin sağlam çocuk kontrollerini yaptırma durumları değerlendirildiğinde, deney ve kontrol grupları arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0.01$). Deney grubunda sağlam çocuk kontrollerini yaptırma oranı %77.8 iken, kontrol grubunda bu oran %41.1 dir (Çizelge 28).

Çizelge 29: Annelerin Kendi ve Bebek Bakımıyla İlgili Bilgi Alma, Güvenlerinde Artma Durumu İle DS Çocuk Bakımında Sorun Yaşamaları

BİLGİ ALMA, GÜVENLERİNDE ARTMA DURUMU	DS ÇOCUK BAKIMINDA SORUN YAŞAMA				TOP.	
	YAŞAYAN		YAŞAMAYAN			
	n	%	n	%	n	%
Kesinlikle güvenim arttı	1	3.8	25	96.2	26	37.2
Genelde güvenim arttı	1	20.0	4	80.0	5	7.1
Biraz güvenim arttı	6	60.0	4	40.0	10	14.3
Bilgi almadım/güvenim artmadı	11	37.9	18	62.1	29	41.4
TOPLAM	19	27.1	51	72.9	70	100.0

χ^2 : 18.60

SD:3

p<0.01

Annelerin; hastanede hemşirelerden kendi ve bebek bakımıyla ilgili aldıkları bilgilerle güvenlerinde artma düzeylerinin, DS 8 haftalık dönemde bebek bakımında sorun/sıkıntı yaşama durumuna etkisi karşılaştırılmış (Çizelge 29) ve aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (p<0.01).

Çizelge 30: Annelerin DS Emzirmede Sorun Yaşamaları İle DS 8 hf.lık Dönemde Emzirme Durumları

DS 8 hf. EMZİRME DURUMU	DS EMZİRMEDE SORUN				TOP.	
	YAŞAYAN		YAŞAMAYAN			
	n	%	n	%	n	%
Yalnızca anne sütü veren	15	44.1	19	55.9	34	48.6
Anne sütü+formüle süt	12	44.4	15	55.9	27	38.6
Emzirmeyi bırakan	8	88.8	1	11.1	9	12.8
TOPLAM	35	50.0	35	50.0	70	100.0

χ^2 : 6.22

SD:2

p<0.05

Çizelge 30 da görüldüğü gibi annelerin, DS hastanede iken emzirmele ilgili sorun yaşama durumu ile DS 8 haftalık dönemdeki emzirme durum karşılaştırılmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Yapılan analizle bu farklılığın, DS 8 hf. dönem içinde emzirmeyi bırakan annelerin büyük çoğunluğunun (%88.8), DS emzirmede sorun yaşamış olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki annelerin, DS ilk emzirmeye başlama zamanı ile DS 8 hf dönemdeki emzirme durumu karşılaştırılmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Deney ve kontrol grubundaki annelerin, DS ilk emzirmelerinde sorun yaşama durumları ile DS 8 hf dönemdeki emzirme durumu incelendiğinde iki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Tek tek yapılan analizde çok zorlanma ve hiç zorlanmama durumları ile DS 8 hf emzirme durumu arasında istatistiksel fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Annelerin taburcu olmadan önce, geleceğe ilişkin emzirme başarılarına güvenleri ile DS 8 hf.da emzirme durumları, deney ve kontrol grubuna göre karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır ($p>0.05$).

Deney ve kontrol grubundaki annelerin eğitimlerine göre, DS 8 hf. dönemdeki emzirme durumları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Bu da deney ve kontrol grubundaki annelerin DS 8 hf. dönemdeki emzirme durumlarında eğitim düzeylerinin etkili olmadığını göstermektedir.

Annelerin eğitim düzeyleri ile DS bebeklerinin sağlam çocuk kontrollerini yaptırma durumu incelendiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Sağlam çocuk kontrollerini yaptırmadaki bu anlamlı farklılığın, annelerin eğitim düzeyindeki yaptırma farklılıklarından mı, deney ve kontrol grupları arasındaki yaptırma farklılıklarından mı kaynaklandığını saptamak amacıyla; eğitim düzeylerine

göre, deney ve kontrol grubundaki annelerin, sağlam çocuk kontrollerini yaptırıp yaptırmama durumları karşılaştırılmıştır (Çizelge 30).

Çizelge 31: Deney ve Kontrol Grubundaki Annelerin, Eğitim Düzeyleri ile DS Dönemde Bebeklerin Sağlam Çocuk Kontrollerini Yaptırma Durumu

EĞİTİM DÜZEYİ	DS SAĞLAM ÇOCUK KONTROLU								TOP	
	Deney Grubu (n=36)				Kontrol Grubu (n=34)					
	Yaptıran		Yaptır-mayan		Yaptıran		Yaptır-mayan			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
İlkokul	18	36.7	9	16.3	7	14.2	16	32.6	49	$\chi^2_1: 7.35$ $p<0.01$
O.Öğretim ve üzeri	10	47.6	0	0.0	7	33.3	4	19.0	21	$\chi^2_2: 4.49$ $p>0.05$
TOPLAM	28	400	8	11.4	14	20.0	20	28.6	70	

Çizelge 31 de görüldüğü gibi, deney ve kontrol grubunda ilkokul düzeyinde eğitimi olan annelerde, DS 8 haftalık dönemde sağlam çocuk kontrollerini yaptırma oranı daha yüksek iken, kontrol grubundaki annelerde ise yaptırmama oranı yüksektir ve bu farklılık istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$). Ortaöğretim ve üzeri eğitimi olan annelerin deney grubunda tamamı sağlam çocuk kontrollerini yaptırırken, kontrol grubunda yaptırma oranı yarıdan fazladır (%63). Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Annelere DS 8 hf. dönemde bebeklerinde sağlık problemleri olup olmadığı sorulmuş ve gruplar arası analizde deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). deney grubunda çocuğu sağlık sorunu yaşayan anne oranı %41.6 olup, kontrol grubunda bu oran %55.8 dir. Yaşadıkları sağlık sorunlarına bakıldığında her iki grupta “SYE ile gaz problemi”nin ortak yaşanan sorun olduğu ancak kontrol grubunda farklı olarak beslenme yetersizliği, ishal, konstipasyon” sorunlarının yaşandığı belirlenmiştir.

Annelere DS 8 hf içerisinde, bebek bakımı ya da ev işlerinde sürekli yardımcı birinin olup olmadığı sorulmuş, her iki grupta da benzer oranlarda (%83.3, %82.3) bu süreçte yardım alındığı saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde de deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Doğumdan 8 hf. sonra ulaşılan annelere, “şu anda hemşirelerden yeterince bilgi almadığınızı düşündüğünüz, keşke daha önce bilgi alsaydım dediğiniz konu/konular var mı?” diye sorulduğunda , deney ve kontrol grubu arasında farklılıklar görülmüştür. Annelerin kendileriyle ilgili konularda; deney grubunda tek bir (%2.7) annenin “hemoroid bakımıyla” ilgili daha önce bilgi almak isterdim dediği görülürken, kontrol grubunda ise “adet başlama zamanı, AP ile ilgili 9 (%26.4) anne, “epizyotomi bakımı, sorunlarda yapılması gerekenler”de 7 (%20.5) anne, “DS kanama özellikleri, patolojik durumlar ve kendi bakımına yönelik sorunlarda yapılması gerekenler” ile ilgili konuda 4 (%11.7) annenin daha önce yeterince bilgi almadığından söz ettiği görülmüştür.

Bebekleriyle ilgili konularda; deney grubundaki annelerin sadece biri “emzirme, emzirmede sorun çözümü, ek gıda ve beslenme” ile ilgili daha önce bilgi alsaydım derken, kontrol grubunda 15 anne bu gereksinimden söz etmiştir. “Genel çocuk bakımıyla ilgili, deney grubundan bir anne, kontrol grubundan 15 anne “meme bakımı, meme problemlerinde yapılması gerekenler”le ilgili konulardan söz etmiştir. “Çocukta hastalık belirtileri, aşılar” ile ilgili konulardan söz etme sadece kontrol grubunda olup 5 anne daha önce bilgi almadığını belirtmiştir.

Annelere, “geleceğe yönelik bilgi almak istediğiniz/gereksinim duyduğumuz konular var mı” diye sorulduğunda; deney grubundaki annelerin “bebek beslenmesi, ek gıdalara başlama/kullanma” ve “AP yöntemleriyle” ilgili bilgilere gereksinim duydukları belirlenmiştir. Kontrol grubundaki annelerde, bilgiye gereksinim duyulan konular; “bebek beslenmesi, ek gıdaya başlama/kullanma”, “AP yöntemleri”, “genel çocuk bakımı”, “bebeğin büyüme gelişimi”, “bebeğe karşı ebeveyn davranışı, iletişim nasıl olmalı”, “çocuk hastalıklarında yapılması gerekenler” şeklinde sıralanmıştır.

6. TARTIŞMA

Araştırma; doğum sonu hemşirelik bakımını değerlendirmede geliştirilen ölçek (DSHBDÖ) ile annelere çalışmanın yapıldığı kurumun mevcut şartlarında ve doğum sonu bakım yöntemi (pathway) ile verilen hemşirelik bakımını değerlendirmek ve bu iki farklı bakımın, DS 8 haftalık dönemde annelerin kendi ve bebek bakımıyla ilgili fonksiyonel durumlarına ve sağlık davranışlarına olan etkilerini belirlemek amacıyla deneysel olarak planlanmıştır. 50 deney ve 50 kontrol olmak üzere normal doğum yapan 100 primipar anne örneklemini oluşturmuştur. Bu bölümde elde edilen sonuçlar literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

6.1. Demografik ve Gebelik Dönemine İlişkin Tanımlayıcı Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan anneler demografik veriler açısından incelendiğinde (Çizelge 1); yaş grupları ve taş ortalamaları açısından farklılık olmadığı ($p > 0.05$), annelerin genelde 19-24 yaşları arasında olduğu ve yaş ortalamalarının deney grubunda 21.1 ± 2.6 , kontrol grubunda 21.8 ± 2.6 olarak aynı düzeyde olduğu görülmüştür. Annelerin eğitim düzeylerinin genellikle ilkökul mezunu (%74, %70), annelerin çoğunluğunun çalışmadığı (%88, %92), genelde eşlerinin sürekli bir işi olduğu ve yarıdan fazlasının (%56, %60) aile yapılarının geniş aile olduğu ve her iki grup arasında demografik özellikler açısından anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Bu sonuç, araştırmada örneklemin kriterlerine uyularak vakaların alındığını ve homojen iki grup oluşturduğunu göstermektedir.

Annelerin gebelik dönemine ilişkin özellikleri incelendiğinde (Çizelge 2); büyük çoğunluğun isteyerek gebe kaldığı (% 92, % 90), gebeliklerinin genelde sorunsuz, rahat geçtiği (%58, %54), yaşanan sorunların genelde gebeliği tehdit etmeyen sorunlar olduğu, antenatal kontrollere kontrol grubunda daha düzenli gidildiği (%56, % 74) belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubu arasında yukarıda sayılan özellikler açısından anlamlı farkın olmadığı ($p > 0.05$) görülmüştür. Annelerin gebeliklerinin istenen gebelik olması, antenatal kontrollere her ay düzenli gitmenin fazla olması ve diğer benzer özellikler annelerin tümünün primipar olduğu dikkate alındığında beklenen sonuçlardır ve literatürden elde edilen verileri destekler yöndedir (2, 10,17,45,57,58,62,118,119).

Annelerin gebeliklerinde DS ilişkin bilgi alma ve DS destek olacak kişilerin varlığına göre dağılımları incelendiğinde (Çizelge 3); antenatal kontrollerde DS ilişkin bilgi alma, DS ilişkin diğer bilgi kaynakları, daha önce çocuk bakımı deneyimi, çocuk bakımında destek olacak kişinin varlığı ve bu kişinin annelerin kendi verecekleri bakımı engelleme durumu açısından deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$). Çalışmamızda, annelerin antenatal kontrollere genellikle özel doktor, klinik yada hastaneye gittikleri belirlenmiştir. Bu tür kurumlarda, devlet hastanelerinin gebe takip polikliniklerinde ya da AÇS / SO da genellikle gebelik ve doğum eylemine ilişkin gebelik döneminde yaşanan, merak edilen konulara yönelik bilgiler verilmekte, DS dönemine ait bilgi gereksinimleri ikinci planda kalmaktadır. Primipar anneler DS dönemi deneyimlemedikleri için, sorunlarla yüzyüze gelmedikçe

bu döneme ilişkin bilgi talebinde bulunmamaktadır. Genel bir eğilimde, DS anne- bebeğe ilişkin bilgilerin doğum, bebek bakımı deneyimlemiş kişilerden almadır. Başer (9) yaptığı çalışmada, annelere antenatal kontrollerde DS ilişkin bilgi verilmediğini bildirmiştir. Bu sonuç bizim verilerimizle benzerdir. DS destek kişi açısından toplumumuzun genel yapısı ve gelenekleri dikkate alındığında, özellikle sosyoekonomik koşulların düşük olduğu durumlarda geniş aile yapısının fazla olması, toplumumuz geleneklerinde yaygın olan "40 çıkıncaya" kadar annelerin bir yakını tarafından desteklenmesi durumu, çalışmamızda elde ettiğimiz bulguların beklenen sonuçlar olduğunu göstermekte ve bu konuda yapılan çalışmalarda sonuçlarımızı desteklemektedir (9,12,36,108,127).

6.2 Doğum Sonrası Özelliklerle İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan anneler doğumlarını genellikle (toplam %70, %72) "çok zor, oldukça zor, güç ve sıkıntılı olarak tanımlamışlardır (Çizelge 4). İnanç (57) yaptığı çalışmada, annelerin %58 inin doğumlarını çok zor, korkunç olarak tanımladıklarını belirlemiştir. Çalışmamızda "çok zor, sıkıntılı" olarak tanımlama oranı ise her iki grupta da daha düşüktür (%30, %38). Annelerin ilk doğumlarının olduğu, doğuma hazırlık için bir programdan geçemedikleri, doğum eylemi sürecinde olması gereken destekleyici hemşirelik bakımını almadıkları düşünülürse, annelerin doğumu "zor, güç, sıkıntılı olarak algılaması beklenen bir sonuçtur. Gençalp (45) yapmış olduğu çalışmada, doğum eyleminde destekleyici hemşirelik bakımı alan annelerin doğuma yönelik duygularının olumlu yönde değiştiğini bildirmiştir.

İlk emzirmenin süresinde ve başarısında annenin ilk kez bu olayı deneyimlemiş olması, epizyotominin varlığı ve insizyon onarımının zaman alması vb. rutinler etkili olmakta ve annenin bebeğini ilk kucağına alıp, emzirme girişiminde bulunmasını etkilemekte ve geciktirmektedir (35,94). Çalışmamızda; DS emzirme durumu incelendiğinde, deney grubunda annelerin bebeklerini ilk kucağına alma ve emzirme zamanı aynı oranlarda ve ilk 1 saat içinde olup (%54), kontrol grubunda ise DS ilk 1 saatte kucağına alma %60, emzirme ise %40 tır (Çizelge 4). Genel toplam olarak bakıldığında annelerin çoğunluğunun (%88) DS ilk 3 saat içinde emzirmeye başladıkları görülmektedir. Dinç, Karanisoğlu (29) çalışmalarında, annelerin DS 0-1 saat içinde emzirme oranlarını %17.3, Ekizler (36), ilk 0-1 saat içindeki emzirmeyi %32.1, Demirhan (28) ise %42.1 olarak bulmuştur. Bizim çalışmamızda bu oran her iki grupta da literatürdeki elde edilen bu verilerden daha yüksektir. Bu sonucun, son yıllarda Sağlık Bakanlığının emzirme yönündeki çalışmalarının etkisinden ve bunun çalışmanın yapıldığı hastanenin emzirme konusundaki olumlu politikasına yansımından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Annelerin, ilk emzirmelerinde pek zorlanmadıkları, emzirme başarılarına "Çok, oldukça güvenen"lerin her iki grupta da aynı oranda yüksek olduğu (%84) ve taburcu olmadan önce annelerin yarıdan fazlasının (%52, %62) emzirmeyi, "bebekleri emdiği, annenin sütü yettiği sürece" sürdürecekleri belirlenmiştir (Çizelge 4). Çizelge 4 de belirtilen tüm özellikler açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Dinç, Karanisoğlu (29) çalışmalarında, bebeklerini 6-12 ay beslemek isteyenlerin oranını %47 olarak belirtmişlerdir. Ekizler (36), çalışmada annelerin %64.3 nün emzirmede sorun yaşadıklarını, çoğunluğunun da (%40.9) 7-12 ay emzirmeyi planladıklarını bulmuştur. Bizim çalışmamızda 7-12 ay emzirmeyi düşünme oranı n deney grubunda %34, kontrol grubunda %22 dir ve yoğunluk belirtil-

diği gibi "emdiği, sütü yettiği süre" de toplanmaktadır ve bu sonuç, annelerin uzun süre emzirme eğilimlerinin olduğunu göstermektedir. Annelerin ilk ve diğer emzirmelerinde sorun yaşama durumları ne derece düşük olursa, güvenleri de o paralelde artmakta ya da tersi durumunda azalmaktadır (35,45,94). Çalışmamızda, ilk emzirmede "çok, oldukça zorlanma" oranı düşüktür, bunun annelerin güvenlerinin genelde yüksek çıkmasına etkili olabileceği düşünülmüştür.

Deney ve kontrol grubundaki annelerin, hastanede kaldıkları süre içerisindeki deneyimleri karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$) (Çizelge 5). Annelerin rahatsızlık veren/ üzen bir olay yaşamamalarında ise deney grubu lehine anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Yaşanan sorunların; sağlık çalışanları/ diğer annelerle ve kendisi/ bebeğiyle ilgili olduğu belirlenmiştir. Kendisi/ bebeğiyle ilgili olanlar her iki grupta da diğer belirtilen özelliğe oranla daha fazla ifade edilmiştir. Zor doğum eylemi, epizyotomi, bebeğin emmemesi/ emzirememeye ilgili olan bu rahatsızlık veren/ üzen olaylar, genelde primipar annelerin deneyimleyebileceği ancak destekleyici bakımla daha aza indirilebilecek faktörlerdir.

DS annelerin sorun/ kaygılarının öncelikle bebekle ilgili konularda (%97) olduğu, bunu kendi bakımı (%81) ve diğer gereksinimlerine yönelik konuların izlediği, primipar ve multipar annelere göre bu sıralama değişirse de bazı çalışmalarda, primiparlarda kendi fiziksel bakımlarına yönelik konuların öncelikli olduğu, Rubin'e göre de anneliğe geçiş fazlarında DS ilk 3 günde annenin kendi fiziksel ihtiyaçlarına dönük olduğu, bu yöndeki sorunlarına destek aradığı belirtilmektedir (50,66,67,71,72,74,75,88,101,112).

Çalışmamızda, annelerin DS hastanede kaldıkları süre içerisinde kendi ve bebek bakımına yönelik yaşadıkları sorun / kaygılar incelendiğinde (Çizelge 6); Anne ile ilgili olanların deney grubunda sırasıyla, "yorgunluk, baş dönmesi", "meme, meme uçları" ve "duygusal değişiklikler", "iştah" vb. ilgili olup, kontrol grubunda "epizyotomi" yle ilgili olanlar ilk sırada yer almış ve bunu " yorgunluk, baş dönmesi", "meme, meme uçları", "idrar yapma", "perine" ile ilgili olanlar izlemiştir. Genelde her annenin yaşayabileceği bu sorun/ kaygılar kontrol grubunda daha fazla deneyimlenmiştir ve özellikle hemşirelik girişimleriyle çözülebilecek sorunların bu grupta daha fazla yaşanması, deney grubuna verilen DS bakımının etkinliğinden kaynaklanmış olabileceğini düşündürmüştür. Annelerin bebekleriyle ilgili sorun/ kaygıları değerlendirildiğinde; öncelik sırası değişse de her iki grupta benzer sorunlar ifade edilmiştir. Deney grubunda, "banyo", "emzirme", "tutma, kucağa alma" öncelikle sıralanırken, kontrol grubunda bu sıralama "emzirme", "tutma, kucağa alma", "banyo yaptırma" şeklinde olmuştur. Çalışmamızda, yaşanan sorun/ kaygılar açısından oranlara baktığımızda; annenin fiziksel bakımına yönelik olanların öncelikli olduğu, bebekle ilgili olanların ikinci planda yer aldığı görülmektedir. Yine yapılan çalışmalarda, primipar annelerde kendi ve bebeğine yönelik bakım ihtiyaçlarının fazla olduğu ve özellikle DS bebeğin beslenmesine yönelik daha fazla sorun/ kaygı yaşadıkları ve beslenme, bebek bakımına yönelik bilgi gereksinimlerinin öncelikli olduğu bildirilmektedir (15,50,52,66,67,74,86,95,101,112). Bizim verilerimizde, annelerin kendileri ile ilgili sorun/ kaygılarının öncelikli olması; verilerin anneler taburcu olmadan önce alınmış olması, bu süreçte annenin kendine yönelik fiziksel problemleri belirgin yaşaması ve dolayısıyla bebeğin gereksinimlerine daha az yönelmesinin ve de ilk kez olayı deneyimledikleri için DS yönelik gereksinimlerinin henüz

tam farkında olamamalarının vb. nedenlerin o an kendilerinin fiziksel olarak hissettikleri, yaşadıkları sorunları öncelikli ifade etmelerine neden olabileceği düşünülmüştür. Rubin' nin fazlarına göre de bu beklenen bir sonuçtur.

Annelerin DS hastanede kaldıkları sürece yaşadıkları sorun/ kaygılarda hemşirelerden destek isteme ve isteyen annelerin aldıkları destekte yeterlilik düzeyine bakıldığında (Çizelge 6); deney grubunda hemşirelerden yardım isteme ve yeterli yardım, destek alma kontrol grubuna göre yüksektir. Bu sonuçta deney grubuna verilen bakımın etkili olduğu düşünülebilir. Annelerin genellikle fiziksel ya da beceri açısından sorun/ kaygı teşkil eden konularda hemşirelerden yardım istedikleri, kendileriyle ilgili duygusal değişiklikler, iştah, dikkatini toplama güçlüğü, bebekleriyle ilgili banyo, cilt bakımı, anne-bebek etkileşimi gibi konulardaki sorun/ kaygılarını genellikle hemşirelere belirtmeyip kendileri çözüm yoluna gitmişlerdir. Eve gittiklerinde bu sorunlarının çözümünde destek olacak kişilerin varlığı ve onlara olan güvenleri, evde çözülebilecek bir sorun olduğunu düşünmeleri ve o an için sorunun öncelikli olmaması, hemşirelerin yaklaşımları vb. faktörlerin annelerin hemşirelerden destek istememe nedenlerini oluşturabileceği düşünülmüştür. Ülkemizde yapılan çalışmalarda erken DS dönemde annelerin karşılaştıkları sorunlarda çözüm için genellikle kimseden yardım almadıklarını belirlemiştir (9,62). Bu verilerde sonuçlarımızı destekler yöndedir.

DS annelerin hastanede yattıkları süre içerisinde emzirmeyle ilgili sorun yaşayıp yaşamama durumunun, emzirmeyi başarıyla sürdürebilmelerine yönelik güvenlerinin derecesini etkilediği bulunmuştur (Çizelge 7). Sorun yaşamayan annelerin güven düzeyi daha yüksek olup bu sonuç istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p < 0.05$). Daha önce belirtildiği gibi (Çizelge 6) anneler hastanede oldukları sürede bebekle ilgili emzirmeye yönelik sorun/ kaygıyı daha fazla yaşamışlar ve yaşadıkları bu sorun onların kendilerine olan güven derecelerini de etkilemiştir. Emzirme ile ilgili sorun/ kaygıların öncelikli olması, bebeğin temel gereksinimlerinden olan emzirme işlevi desteklenip bilgilendirmenin yanısıra temelde annenin istek, gayret ve çabaları ile başarabileceği, kendi sorumluluğunda olan bir işlev olması, ilk defa deneyimleyen anneler için bebeğini beslememe, annelik görevini tam yapamama kaygısını arttırmakta ve anneyi emzirme işlevini başarmaya zorlamaktadır. Dolayısıyla bu faktörler emzirmeyle ilgili yaşanan sorun/ kaygıyı arttırmakta, annelerin kendilerine güven durumlarını da etkilemektedir.

Çizelge 8 de görüldüğü gibi, daha önce (kardeş, yeğen vb.) bebek bakımı deneyimleyen annelerin, bebeğini tutma, kucağına alma sorun/ kaygısını daha az yaşadıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Ancak emzirme, gaz çıkarma, bebeğin altını alma, bezleme, giydirme, banyo yaptırma, bebekle iletişim kurma ile ilgili konularda DS sorun/ kaygı yaşamamanın daha önce bebek bakımı deneyimleme veya deneyimlememe durumundan etkilenmediği görülmüştür ($p > 0.05$) Kucağa almanın daha önce deneyimlenmiş belirli bir süre uygulanmış olması, kişinin bu konudaki becerisini geliştirdiğinden, deneyimli anneler bunu rahatlıkla başarabilmektedir. Emzirme, annenin kendi sorumluluğunda olan ve bir başkasının onun adına yapamayacağı bir işlemdir. Diğer konular içinde, anne daha önce çocuk bakımını deneyimlemiş olsa da temelde bebeğin sorumluluğu onda olmayıp, yalnızca destekleyen kişi konumunda olmuştur. Oysaki kendi bebeğinde temel sorumluluk kendisine aittir ve

çözüm getirmesi, bulması gereken kişide kendisidir. Dolayısıyla elde ettiğimiz verilerin olması beklenen sonuçlar olduğu düşünülmektedir.

6.3. Doğum Sonu Hemşirelik Bakımı ve DSHBDÖ Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Ülkemizde doğum yapan kadınlara taburculuk önsesi kendi sağlıkları, bebek bakımı ve AP konularında bilgi verilmesi gereği sağlık hizmetlerinin temel ilkelerinden biri olarak kabul edilmesine karşın bu hizmetin etkin, yeterli verildiğini söylemek mümkün değildir. İnanç (57), yaptığı çalışmada annelerin, DS tüm hemşirelik bakım ve eğitim uygulamalarını çok önemli bulduklarını bildirmiştir. İ. Ü. Çocuk Sağlığı Enstitüsü tarafından yapılan çalışmada (16), normal doğum yapan ve erken taburcu olan annelere, hastanede kaldıkları süre içerisinde bebek bakımı, emzirme, anne sağlığı ve AP konularında bilgi verilmediği ve annelerin bu bilgilerin kendilerine verilmesinin çok yarar sağlayacağını ifade ettikleri belirtilmiştir. Başer (9), yaptığı çalışmada doğum yapmış annelerin % 81.7 sinin DS dönemine ilişkin bilgi almadıklarını bildirmiştir. Yapılan Çalışmalarda; DS verilecek standart, sistematik, etkin, kaliteli bir hemşirelik bakımının hizmeti verenlerin başarısını, memnuniyetini arttırdığını, hizmeti alanların memnuniyetinin de, kendine güvenlerinde ve yeterli hissetmelerinde, yeni yaşama ve rollere uyumda, sağlık statülerinde, sorun çözme becerilerinde, olumlu sağlık davranışı ve ebeveynlik geliştirmede başarılarını arttırdığı ve özellikle erken taburculuğun sözkonusu olduğu durumlarda verilecek standart, sistemik bakımın önemi vurgulanmaktadır (4,9,12,16,26,29,43,44,52,53,57,78, 87,139).

Deney grubundaki annelerin DS hastanede yattıkları sürece, DS servisinde aldıkları hemşirelik bakımı, bilgi ve yaklaşımlarına ilişkin düşüncelerinde, kontrol grubuna oranla ileri düzeyde farklılık bulunmuştur ($p < 0.0001$) (Çizelge 9). " Hemşirelerden beklediği ilgi ve yaklaşımı görme, " Kendi ve bebeği hakkında hemşirelerin yeterli bilgiye sahip olmalarını hissetme", "kendi ve bebek bakımında desteklenip cesaretlendirilme", " yeterli bilgi alma ve güveninde artma", diğer anne ve bebeklerinde hemşirelerden gerekli bakım ve bilgiyi aldıklarını düşünme", " hemşirelerin annelerle konuşmak ve sorularını yanıtlamak için zaman ayırması", " hemşirelerin anne ve bebeğine anlayışlı, sevecen davranmaları" ile ilgili hemşirelik girişimlerinden deney grubundaki anneler, kontrol grubundaki annelere oranla daha fazla yararlanmışlardır. İki grup arasındaki bu belirgin farkın, deney grubundaki annelere verilen bakım yönteminin (pathway) etkisinden, bu standart bakım yönteminin çalışanların motivasyonunu, başarısını arttırmış olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Toplumumuzda hizmeti veren ve alanların gebelik, doğum ve DS sürecini doğal, özel bakıma gereksinim duyulmayan bir dönem olarak algılamasının, verilen hizmetin niteliğini, kalitesini ve hizmeti alıma yönelik talebi de düşürmektedir. Yapılan bir çalışmada, annelerin gebelik, doğum ve DS dönemde hemşirelerden beklentilerinin öncelikle "ilgi, teselli, moral verme", " kızma, bağırma ve azarlanmanın olmaması" en alt düzeyde de " bilgi vermesi, ihtiyacını karşılaması, takip etmesi" olmuştur (1, 10, 23, 57, 58, 107, 127). Çalışmamızda; annelerin DS servis hemşirelerinden gördükleri mesleki yaklaşımların dağılımları incelendiğinde (Çizelge 10); Deney grubundaki anneler, hemşirelerden iletişim, mesleki bilgi beceri ve davranışla ilgili daha fazla olumlu yaklaşım gördüklerini ifade etmişlerdir. Kontrol grubunda ise olumsuz yaklaşımlardan söz etme daha belirgindir. Genel olarak toplamlara bakıldığında, annelerin en fazla üzerinde

durduğu, ifade ettiği hemşirelik yaklaşımının " mesleki bilgi ve beceri" ile ilgili olduğu ve bu yaklaşıma yönelik olumlu deneyimin de deney grubunda daha fazla olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar; her iki gruba da hizmet veren hemşirelerin aynı kişiler olduğu düşünüldüğünde, uygulanan bakım yönteminin, mesleki bilgi ve beceriye, iletişim ve davranışa yönelik hemşirelik yaklaşımlarının verilmesini, hemşirelerin bu yöndeki gayretlerini ve annelerin bu yöndeki beklentilerini de arttırdığını göstermektedir.

Deney ve kontrol grubunda DSHBDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında (Çizelge 11); Deney grubundaki annelerin DSHBDÖ puan ortalamaları, kontrol grubuna göre belirgin şekilde yüksek bulunmuştur ($p < 0.001$). Ölçekteki beklenen değerler dikkate alındığında, kontrol grubundaki puanların düşüklüğü çok daha belirgin olmakta ve deney grubundaki DSHBDÖ puanlarının beklenen değerlere daha yakın olduğu görülmektedir. Annelerin DS yapılması gerekenleri, kendi ve bebek bakımı, eğitiminin, içeren ve deney grubuna uygulanan bakım yöntemi (pathway) sonucunda, tek tek hemşirelik girişimlerinin değerlendirildiği DSHBDÖ puanlarının daha yüksek olması bakımın etkinliği açısından önemli bir bulgu olup beklenen bir sonuçtur.

Annelerin, DSHBDÖ ile aldıkları hemşirelik bakımına ve bakıma ilişkin memnuniyetlerine verdikleri puanlar karşılaştırıldığında (Çizelge 13, Çizelge 14); DSHBDÖ puanları arttıkça, annelerin bakıma ve memnuniyetlerine verdikleri puanlarda da artma olduğu ve farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde ileri düzeyde anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.001$). Bu sonuç, annelerin DS kendi ve bebeğiyle ilgili bakım, eğitim gereksinimleri karşılandıkça, aldıkları bakıma ve bakıma yönelik memnuniyetlerine ilişkin düşüncelerinin de olumlu yönde etkilendiğini göstermektedir. Çalışmalar, bakımla ilgili memnuniyetin bakımın kalitesinin göstergesi olduğunu ve aynı zamanda kaliteli bakım vermeye eğilimi, çaba, ve isteği arttırdığını belirtmiştir (4,19,52,70,74,79,82,125,128). Bizim elde ettiğimiz sonuçlarda, deney grubundaki annelerin DSHBDÖ puanları kontrol grubuna oranla yüksek olduğu (Bkz.Çizelge 11) ve ölçek puanları yükseldikçe, alınan bakıma ve memnuniyete ilişkin düşüncelerinde olumlu yönde etkilenip arttığı düşünülrse, sonuçta; DS bakım pathway uygulamasının hizmeti alan ve veren kişiler açısından da olumlu sonuçlar doğurduğunu söylemek mümkündür. Ayrıca bu sonuç annelerin gereksinimlerine yönelik, standardize, sistematik, kapsamlı, planlı,etkin bir DS bakımının ve eğitimin önemini vurgulamaktadır.

Annelerin DS aldıkları hemşirelik bakımına verdikleri puan arttıkça, bakıma ilişkin memnuniyet puanları da artmaktadır (Çizelge 15). Çok güçlü, pozitif yönde olan bu ilişki ($p < 0.001$); DS verilen bakımın anne ve bebeğin gereksinimlerine ne derece cevap verirse, annelerin bakıma ve memnuniyetlerine yönelik değerlendirme puanlarını da o oranda arttırdığını ya da düşürdüğünü göstermektedir. Bu da verilen bakımın kalitesi, etkinliği ile yakından ilgilidir. Bakımda nitelik arttıkça, memnuniyetinde artacağı beklenen bir sonuçtur.

DSHBDÖ puanlarının annelerin eğitim düzeyinden etkilenip etkilenmediği karşılaştırıldığında (Çizelge 16); eğitim düzeyleri ilkökul ya da ortaöğretim ve üzeri olan annelerin ölçek puanları arasında farklılık olduğu, anlamlı olan ($p < 0.001$) bu farklılığın; deney ve kontrol grubundaki annelerin eğitim düzeyleri arasında fark bulunmadığı hatırlanırsa (Çizelge 1) iki grup arasındaki eğitim farklılığından söz edilemeyeceğinden bunun etkili olmadığı ($p > 0.05$), farkın yalnızca annelerin eğitiminin ilkökul ve üzeri

olama durumundan kaynaklandığı belirlenmiştir. Sonuçta; annelerin eğitim düzeyleri arttıkça beklentileri de artmakta ve beklentilerine cevap aldığı oranda verilen bakımı değerlendirmektedir. Çalışmada elde ettiğimiz sonuçlar bunu destekler niteliktedir.

Deney kontrol grubundaki annelerin DSHBDÖ puanları ile annelerin yaş, gebelikte sorun yaşayıp yaşama durumu, DS ilişkin bilgi kaynakları, hastanede yaşadıklarının hayal ettiklerinden farklı olma durumu ve hastanede yattıkları süre içerisinde üzen/rahatsızlık veren olay yaşama durumları ayrı ayrı değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($P<0.05$). Tanımlayıcı özelliklerden sadece eğitim düzeylerine göre farklılık gösteren DSHBDÖ puanlarının, annenin gebelikte veya yattığı sürece hastanede deneyimlediklerinden çok, temelde DS da verilen hemşirelik bakımından çok fazla etkilendiği elde edilen bulgularla belirlenmiştir. Tüm bu veriler; DSHBDÖ nin verilen hemşirelik bakımını değerlendirdiğini ve annelerin bakımla ilgili değerlendirmelerinde aldıkları bakımın etkili olduğunu, eğitim dışında diğer tanımlayıcı faktörlerden etkilenmediğini göstermektedir. sonuçta elde edilen değerler, ölçeğin DS hastanede verilen bakımı değerlendirmede güvenli olarak kullanılabilirliğini ve standardize, sistematik bir bakımın etkinliğini ortaya koymaktadır.

Annelerin hastanede yattıkları süre içerisinde üzen/rahatsız eden bir olay yaşama durumları ve gebelikteki bilgi kaynakları ile aldıkları bakım ve memnuniyetlerine verdikleri puanlar arasında da ilişki bulunamamıştır ($P>0.05$). Bu sonuçta, bireylerin bakıma ilişkin düşünce ve memnuniyetlerinin direk olarak aldıkları bakımdan etkilendiğini diğer faktörlerin fazla etkisi olmadığını göstermesi açısından önemli bir bulgudur. Çalışmalar, fiziki ortam olumsuz olsa da, kişilerin iyi bir bakım almalarının memnuniyetlerini arttırdığını bildirmiştir, bu durum çalışmamızda elde edilen sonucu desteklemektedir (4,50,128).

Çalışmalar; DS ebeveynlere gereksinimlerine yönelik bakım ve eğitim verildiğinde, bakımla ilgili doyuma ulaştıkları, gösterilen anlayış, iyi iletişim ve bir insan olarak değer verildiğinde güven duygusu hissettikleri ve gösterdikleri, hemşirelerin annelere yardımcı, şefkatli, anlayışlı davranmalarının da annelerin bakımla ilgili doyumlarını arttırdığını göstermiştir (1,4,5,43,44,52,53,55,128). Bizim çalışmamızda; annelerin, hemşirelerden aldıkları bakım, bilgi ve davranışlara yönelik düşünceleri ile aldıkları bakıma ve bakıma yönelik memnuniyetlerine verdikleri puanlar arasında ileri düzeyde fark saptanmıştır ($P<0.0001$) (Çizelge 17). Yapılan ileri analizde, deney ve kontrol grubunda hemşirelik yaklaşımlarına göre, bakım ve memnuniyete verilen puanlar arasında da anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Tüm hemşirelik yaklaşımlarında; "evet", "kesinlikle" ifadelerini kullanarak belirtilen bakım, bilgi ve davranışı aldığını belirten annelerin puanları daha yüksek bulunmuştur. Özellikle kendi ve bebek bakımında desteklenen, bilgi verilen ve güvenlerinde artma olduğunu belirten annelerin puanları 9.35, 9.41 gibi yüksek olup, en iyi bakımı ve memnuniyeti ifade eden 10 puana yakındır. Ayrıca, DS servisteki hemşirelerden beklediği ilgi ve yaklaşımı görme, hemşirelerin kendi ve bebeği hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarını hissetme, hemşirelerin soruları yanıtlamak için zaman ayırması ve anne, bebeğe anlayışlı ve sevecen davranılmasıyla ilgili yaklaşımlarda da "evet", "kesinlikle" aldığını, katıldığını belirten annelerin puanları yüksektir. Deney ve kontrol grubundaki anneler aynı serviste ve aynı hemşirelerden hizmet almıştır. Deney grubundaki farklılık standardize, sistematize edilmiş bir bakımı yöntemi (pathway) ile annelere bakım verilmesidir. Bu bakımda temel alınan, annenin

ve bebeğin kısaca tanımlanması ve özellikle DS gerekli hemşirelik bakım ve eğitim girişimlerinin belirlenmiş olması ve uygulamada girişimlerin bu doğrultuda yapılıp, çek atılması şeklindedir. Yukarıda belirtilen tüm hemşirelik yaklaşımlarında, deney grubundaki annelerin bakım ve memnuniyetlerine verdikleri puanların kontrol grubundan farklı olması uygulanan bakım yönteminin etkili olduğunu göstermesi açısından önemli bir bulgudur.

Alexander ve arkadaşları (4), yaptıkları çalışmada, DS annelerle güvene dayalı iletişim kurulması, bireyin gereksinimlerine özgü bakım verilmesi ve özellikle sorularının yanıtlanması, taburculuk öncesi eğitim verilerek güvenlerinde artmanın sağlanmasının memnuniyeti arttırdığını belirtmişlerdir. Waldenström, Nilsson (128), yaptıkları çalışmada bakım veren kişinin bireylere yardımcı olması, şefkatli, anlayışlı davranması, sorularını cevaplamasının; bakımla ilgili doyum arasında anlamlı ilişkinin olduğunu belirtmişler ve primipar annelerin DS fiziksel bakım, emosyonel desteklenme, ve bilgi gereksinimlerinin karşılanmasından prenatal ve intrapartum bakıma oranla daha fazla doyum aldıklarını bildirmişlerdir. Tüm bu veriler çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçları destekler yöndedir.

Annelerin DS servis hemşirelerinden beklediği ilgi ve yaklaşımı görmelerinin, DSHBDÖ puanlarını olumlu etkilediği görülmüştür ($p < 0.001$) (Çizelge 18). Çalışmalar, bireylere gereksinimlerine yönelik verilen bakım ve eğitimin verildiğinde düşüncelerinin de olumlu yönde arttığı şeklindedir (12,43, 50,52,95). Bu sonuca göre, annelerin beklentilerine cevap aldığı ölçüde ölçekteki tüm hemşirelik girişimlerini derecelendirmiş olduğu düşünüldüğünde, beklediği ilgi ve yaklaşımı görme oranı arttıkça, derecelendirme düzeyinin de o oranda artacağı beklenen bir sonuçtur. Önceki verilerde belirtildiği gibi beklediği ilgi ve yaklaşımı görme oranının deney grubunda fazla olması, elde edilen bu sonucunda, deney grubuna verilen bakımın olumlu etkisinin bir sonucu olduğu söylenebilir.

Annelerin yattıkları DS servisindeki diğer anne ve bebeklerinde, hemşirelerden gerekli bakım ve bilgiyi aldıklarını düşünüp düşünmemelerine yönelik derecelendirmeleri ile DSHBDÖ puanları arasında ileri düzeyde anlamlı ilişkinin olduğu görülmüştür ($p < 0.0001$). Annelerin, serviste yatan diğer anne ve bebeklerinde gerekli bakım ve bilgiyi aldıkları yönündeki düşüncelerinin olumluluk düzeyine göre DSHBDÖ puanları da o derece artmaktadır (Çizelge 19). İleri analizde de deney ve kontrol grubundaki annelerin düşünceleri arasındaki olumluluk düzeyi ve DSHBDÖ puanları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ve diğer annelerinde, hemşirelerden gerekli bakım ve bilgiyi aldıklarını düşünme deney grubundaki annelerde daha yüksektir. Kendisi ve bebeğiyle ilgili gerekli bakımı ve bilgiyi alan annenin düşünceleri de olumlu yönde olmakta, diğer anneler içinde aynı uygulamanın yapıldığını düşünmektedir, aslında temelde baz aldığı annenin kendi bakımınıdır. Uygulanan bakım yöntemi nedeniyle deney grubundaki annelerin düşüncelerindeki olumluluğun bu farklılıkta etkin olduğu düşünülmüştür.

Annelerin, kendisi ve bebeği hakkında hemşirelerin yeterli bilgiye sahip olduklarını hissetme düzeyleri ile DSHBDÖ puanları arasında ileri düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.0001$) ve bu farkın deney ve kontrol grupları arasında da anlamlı olduğu görülmüştür (Çizelge 20). Annelerin hemşirelerin kendi ve bebeği hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarını hissetme düzeyi arttıkça, DSHBDÖ puanları da belirgin şekil-

bilgiye sahip olduklarını hissetme düzeyi arttıkça, DSHBDÖ puanları da belirgin şekilde artmaktadır. Destekleyici bulgu olan Çizelge 9 daki verilere göre, "kesinlikle sahiptiler" diyen annelerin oranı deney grubunda %76 iken kontrol grubunda %0 dır. Bu sonuçlar; deney grubuna uygulanan bakım yönteminin annelerin bu yöndeki düşüncelerini de olumlu etkilediğini, bunda hemşirelik girişimlerinin değerlendirildiği ölçek puanlarına olumlu olarak yansındığını göstermesi ve bakımın önemini vurgulaması açısından önemlidir.

Çalışmalar, özellikle primipar annelerin DS fonksiyonel statülerinde azalma olduğu, kendi ve bebek bakımında daha fazla desteğe ve cesaretlendirilmeye ihtiyaç duydukları ve DS hemşirelik bakımı ile annenin desteklenmesinin yeni durumuna adaptasyonunu arttırdığı ve sorunlarla başa çıkma, sorumluluklarını yerine getirmede daha başarılı olduklarını, becerilerin öğretilip, desteklenmesinin de annelerin güven ve yeterlilik duygularını olumlu yönde etkileyerek otokontrollerini arttırdığını, olumlu sağlık ve ebeveynlik davranışları geliştirdiklerini göstermiştir (1,12,19,26,31,43,44, 87,95,115).

Araştırmamızda; annelerin kendi ve bebek bakımında desteklenip, cesaretlenme düzeyi arttıkça, DSHBDÖ puanlarında artmaktadır (Çizelge 21). Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup ($p < 0.0001$) deney ve kontrol grubu arasında da destekleme düzeyi ve DSHBDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Elde edilen bu verilere göre, DS anne bebek bakımında önemli olan standardize bakım girişimlerinin sıralandığı bakım yöntemine (pathway) göre bakımın verildiği deney grubundaki annelerin, DS bu gereksinimlerinin karşılanmış olmasının DSHBDÖ puanlarını da olumlu etkilediği görülmektedir.

Yapılan çalışmalarda; annelerin DS kendi ve bebek bakımıyla ilgili bakım ihtiyaçlarının yanısıra, aynı konular için yüksek oranda eğitim ve danışmanlık ihtiyaçlarının olduğu, özellikle primipar annelerin daha fazla soru sordukları ve bilgi alma eğilimlerinin yüksek olduğu, DS dönemin eğitim için elverişli bir zaman olduğu ve annelerin genellikle bebek, kendi bakımı ve sağlığı, emzirme, büyüme gelişme, AP ilgili konularda daha fazla ihtiyaç belirttikleri saptanmıştır (15,52,66,67,86,87,112).

Çalışmamızda; annelerin kendi ve bebek bakımı hakkında aldıkları bilgilerle güvenlerinde artma oldukça, DSHBDÖ puanlarında da artma olduğu görülmüştür (Çizelge 22). "Kesinlikle güvenim arttı" diyen annelerin puanlarıyla, "bilgi almadığını, güveninin artmadığını belirten annelerin DSHBDÖ puanları arasında belirgin fark vardır. İstatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunan bu farkın ($p < 0.0001$) deney ve kontrol grubu arasında da anlamlı olduğu bulunmuştur. Hastanedeki mevcut şartlarla verilen ve kontrol grubundaki annelerin aldığı bakımda, sistematik olmasa da uygulanan bakım fonksiyonları ve yeterli olmayan, bir iki konunun dışına çıkmayan eğitime ilişkin girişimler mevcuttu. Deney grubuna bakım yöntemi (pathway) ile verilen hemşirelik uygulamalarında, bakım ve özellikle eğitimle ilgili girişimler ağırlık kazanmıştır. Bu nedenle bulgulardaki farkın deney grubuna verilen bakımın etkinliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir ve olması beklenen bir sonuçtur. Yapılan çalışmalarda; annelere DS kendi- bebek bakımı ve yapması gerekenlere yönelik verilen eğitimin; kendilerini rahat hissetmelerini sağladığı, annelerin kendilerine güvenlerin, yeterli hissetmelerinin, yeterlilik davranışlarının arttığı, eğitim alanların, almayan annelere oranla uygulamalarda daha kendinden emin, girişken oldukları ve kontrolü ele almada daha başarılı oldukları belirlenmiştir (12, 52). Elde edilen bu bulgular, araştırmamızda elde ettiğimiz sonuçları desteklemektedir.

Hemşireler annelerle konuşmak, sorularını yanıtlamak için zaman ayırdıkça, DSHBDÖ puanları da o oranda artmaktadır. " Kesinlikle zaman ayrıldı, sorularım cevaplandı" diyen annelerin puanları, " hiç zaman ayrılmadı" diyen annelerin puanlarından belirgin şekilde farklıdır. İstatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunan bu fark ($p < 0.0001$) deney ve kontrol grubu arasında da anlamlı bulunmuştur (Çizelge 23). Hemşirelerin anne ve bebeklere anlayışlı sevecen davranmaları arttıkça, DSHBDÖ puanları da artmaktadır. İstatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunan bu fark ($p < 0.0001$), deney ve kontrol grubu arasında da anlamlı bulunmuştur (Çizelge 24). Kontrol grubundaki annelerin iş merkezli bakım yöntemiyle bakım almaları ve genelde sirkülasyonun fazla olduğu bu serviste mesleki ve meslek dışı yapılan işlerden özellikle taburculuk işlemlerinin yoğunluğu, hemşirelerin annelerle konuşmak, sorularını yanıtlamak için ayırabilecekleri zamanı da kısıtlamıştır. İki gruba da aynı hemşirelerin hizmet verdiği düşünülürse bu farkın, deney grubundaki annelere daha sistemize edilmiş, standardize bir bakım yöntemi (pathway) doğrultusunda bakım vermenin ve hemşirelerin meslek dışı iş yüklerinin biraz azaltılması ile annelerle ilgilenmeye biraz daha fazla zaman ayırabilmeleri ve kendi mesleki davranışlarını yapabilmelerindeki rahatlığın, davranışlara olumlu yansımaları şeklinde yorumlanabilir.

Daha öncede belirtildiği gibi DS standart, kaliteli bakım alanların, olumlu sağlık davranışları geliştirme, sağlık statüsünde, memnuniyette, adaptasyonda artma olmasının yanında, özellikle kendilerine güvenlerinin arttığı ve sorun çözmede daha başarılı oldukları yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (4,12,15,31,43,44,52,53,87,95).

Araştırmamızda; DS 8 haftalık dönemde, annelerin bebek bakımında sorun/ sıkıntı yaşama durumlarının DSHBDÖ puanlarıyla anlamlı ilişkisi olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Deney ve kontrol grubundaki annelerin DSHBDÖ toplam ve eğitim alt boyutu puanlarında da bu bağlamda anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Çizelge 25). Deney grubundaki annelere uygulanan bakım yöntemi (pathway) ile DS anne ve bebek bakımı, yapılması gerekenlere yönelik spot bilgilerin ve yine bu bilgileri içeren broşürün verilmiş olmasının, annelerin kendilerine güvenlerini arttırdığı ve bebek bakımında daha az sorun/ sıkıntı yaşamalarına neden olduğu düşünülmüştür. Yine deney grubundaki annelerin, taburcu olmadan önce doldurulan DSHBDÖ deki girişimlere yönelik derecelendirmelerindeki puanlarında yüksek olduğu ve bilgi alan, dolayısıyla DSHBDÖ puanları yüksek olan annelerinde, DS 8 haftalık bebek bakımındaki sorunları daha az yaşadıkları elde ettiğimiz bulgularla (Bkz. Çizelge 22 ve Çizelge 28) ve literatür verileriyle desteklenen bir sonuçtur.

6. 4. Doğum Sonu Sekiz Haftalık Döneme İlişkin Bulguların Tartışılması

Anne ve bebek sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından son derece önemli olan ve sağlığa odaklı, etkin, kaliteli, standart bir DS bakım ve eğitim; bilinçli, kendine güvenli, yeterli bir özbakım ve annelik, olumlu günlük davranışları ile daha sağlıklı, sorunsuz bir DS ve güvenli bir gelecek sağlanabilir.

Annelere Ait Verilerin Tartışılması;

DS 8 haftalık döneme ilişkin elde edilen annelere ait verilerde, deney ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır (Çizelge 26).

Annelerin DS 8 haftalık dönemde, kendi bakımında hemşirelerden, broşürden aldığı bilgilerden yararlanmanın deney grubunda belirgin olarak fazla olduğu ve iki grup arasındaki farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.0001$) (Çizelge 26). Olayı yeni deneyimleyen primipar annelerin DS ihtiyaçları doğrultusunda bilgilendirilmeye gereksinimlerinin olması, bilgi alma ve kullanmada daha istekli olması ve verilen bakım yöntemi ile deney grubundaki annelerin bakım almış olması, sonuçtaki farklılığı belirgin kılmıştır. Yapılan çalışmalarda; primipar annelerin genellikle en yoğun endişelerinin bebek ve kendi fiziksel bakım gereksinimleriyle ilgili olduğu ve yine bu konularla ve emzirme, AP ile ilgili konularda bilgi gereksinimi saptanmıştır (15,50,55,66,95,112), Harrison (55), Peytrowski (86) annelerin DS aldıkları eğitimi kullandıkları ve onları pozitif yönde etkilediğini bulmuştur. Bu veriler de, deney grubuna DS bakım ve eğitimle vermiş olduğumuz bilgilerin gereksinimleri doğrultusunda olduğunu ve doğal olarakta bilgileri kullanmanın yüksek olduğunu desteklemektedir.

Annelerin kendi bakımlarına ilişkin hangi konularda verilen bilgilerden yararlandıkları incelendiğinde; kontrol grubunda yararlandığını belirten sadece iki anne olmuş ve ikisi de sadece epizyotomi bakımından yararlandıklarını ifade etmişlerdir. Deney grubundaki annelerin ise; tümü epizyotomi bakımından yararlandıklarını, bunun yanında sırasıyla, "perine hijyeni, banyo, ped değişimi", "DS adet görme, cinsel ilişki, AP", "DS egzersizler, yatış pozisyonları", "DS kanama, normal ve normalden sapma durumları ile vücut değişiklikleri" hakkındaki bilgilerden yararlandıklarını ifade etmişlerdir. Bu sonuçlar, DS anneye ait verilerin değerlendirmesinde, nedenlere yönelik açıklanmasında destekleyici olacaktır. Saylam (99), DS annelerin % 49 nun perine bakımını konusunda bilgi aldığını, ve annelerin kendileriyle ilgili, kanama farklılıklarını, enfeksiyon belirtileri, epizyotomi, perine bakımı, AP ilişkin konularda kapsamlı bilgi almak istediklerini belirlemiştir. Başer (9), annelerin perine bakımı, lochia takibi, AP, egzersiz konularında bilgi ve bakım almama oranlarını yüksek bulmuştur. Bull ve Lawrence (15), Rudledge (95) yaptıkları çalışmada annelerin DS hastanede aldıkları bilgilerden, DS dönemde perine bakımı, epizyotomi bakımı, egzersizler, aktivite, beslenme, sosyal etkileşim, DS kanamanın özellikleri, DS menstruasyon, cinsel ilişki ile ilgili konulardan yararlandıklarını belirtmişlerdir. Elde edilen veriler, çalışmamızda deney grubundaki annelerin aldıkları eğitim sonucu DS 8 hafta da yararlandıklarını ifade ettikleri konularla benzerdir.

DS 8 haftalık dönemde epizyotomiye ilişkin sorun yaşamanın, kontrol grubundaki annelerde deney grubundaki annelerden daha fazla olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$) (Çizelge 26). Kontrol grubundaki anneler hastanede yattıkları süre içerisinde perine, epizyotomi bakımını genelde, annelere tuvaletlere konulan antiseptik solüsyonlu su ile taharetlenmelerinin söylenmesi şeklinde yönlendirmeye yapılmıştır. Ayrıca taburcu olmadan önce, her anneye rutin reçete edilen antiseptik solüsyonu (betadin) evde kullanmaları belirtilmiştir. Deney grubundaki annelere uygulanan bakımda ise, annelerin perine, epizyotomi kontrolü yapılmış, gereksinimi olan ve yapamayanlara perine bakımı verilmiş, gerekli açıklamalarda bulunul-

muş, yine tuvaletlere konulan ve evde uygulayacakları antiseptik solüsyonun (betadin) kullanımı ve taharetlenme şekli, hijyenin önemi anlatılmış, anne rahatlatılmış ve yapması konusunda desteklenmiştir. Ayrıca verilen DS eğitimde de, konuya ilişkin kısa, çarpıcı, açıklayıcı bilgiler verilmiştir. Taburcu olmadan önce sadece deney grubundaki annelere verilen broşürde de bakımda, sorun çözmede yapması gerekenler, normalden sapma bulguları açıklanmıştır. Vural ve Akan (127) annelerin % 45 nin epizyotomide sorun gelişimini önlemek için, koruyucu bir uygulama yaptıklarını bulmuştur. Çalışmalar; annelerin yapması gerekenlere yönelik verilen bakım ve eğitimin annelerin yeterlilik davranışlarını olumlu etkilediğini, uygulamalarda kontrolü ele almada daha girişken ve güvenli olduklarını, daha az sorun yaşadıklarını göstermiştir. Bu veriler elde ettiğimiz sonucu açıklamaktadır.

Annelere kendi bakımlarına ilişkin DS 8 haftalık dönemde hangi konulara ilişkin bilgilerden yararlandıklarını incelendiğinde belirtildiği gibi, kontrol grubunda sadece iki anne yararlandığını belirtmiş, deney grubunda ise annelerin tümü epizyotomi bakımında, sorun çözümünde verilen bilgilerden yararlandıklarını ifade etmişlerdir. Bu sonuçta DS epizyotomiye ilişkin deney ve kontrol grubu arasındaki sorun yaşama farkını açıklayıcı, destekleyici yöndedir.

Epizyotomiye ilişkin yaşanan sorunlar incelendiğinde ise; sorun yaşayan annelerin, kontrol grubunda öncelikle ağrı, rahatsızlık (% 52.6), enfeksiyon (% 36.8) bulgularının daha fazla deneyimlediği, deney grubunda ise; öncelikle dikişlerde açılma sorununun yaşandığı (% 60), ağrı ve enfeksiyonun düşük oranlarda olduğu görülmüştür. Dikişlerinde açılma olan annelerde enfeksiyon belirtileride sorgulanmış ve açılma dışında enfeksiyon belirtilerinden söz eden annenin olmadığı belirlenmiştir. Açılmanın hastanedeki sütür atma tekniğinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Dikişlerinde açılma sorunu deneyimleyen anneler, doktora başvurduklarını ve tekrar epizyotomi dikişi atıldığını belirtmişlerdir. DS epizyotomiye ilişkin her iki grupta yaşanan sorunlardaki farklılıklar, deney grubundaki annelerin elde ettikleri bilgileri uygulamasındaki etkinliği destekler yöndedir. Graef ve arkadaşları (50), yaptıkları çalışmada anneleri DS ilk 4 haftada % 24 oranında epizyotomi ağrısı, rahatsızlık deneyimlediklerini bildirmişlerdir. Çalışmamızda deney grubundaki annelerden elde edilen sonuçlarla benzerlik göstermektedir. Vural ve Akan (127) yaptıkları çalışmada, DS annelerin % 62.5 nin epizyotomi dikiş ağrısı, gerginlik, % 37.5 nin enfeksiyon ve dikişlerinde açılma yaşadıklarını belirtmiştir. Bu veriler kontrol grubundaki annelerin yaşadığı sorunlarla çok benzer oranlardadır. Çalışmamızda elde edilen sonuçlara göre deney grubundaki annelerde benzer sorunların az yaşanması, bu gruptaki annelere verilen DS bakım ve eğitimin etkinliğini vurgulayıcı yöndedir.

Annelerin DS 8 haftalık dönemde, puerperal enfeksiyon belirtilerini deneyimlemeleri, deney grubunda kontrol grubuna oranla daha az olmakla birlikte arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Çizelge 26). Genelde her iki grupta enfeksiyon belirtilerini deneyimleyen anne sayısı azdır (deney grubu 5, kontrol grubu 8 anne). Deneyimlenen enfeksiyon belirtilerine bakıldığında, deney grubundaki annelerin 4/5 uzun süren kanama ve 1/5 i kötü kokulu akıntıdan söz etmiştir. Kontrol grubundaki annelerin ise, yarısı (4 / 8) kötü kokulu akıntı, 2/8 si ateş, 2/8 uzun süren kanama ifade etmişlerdir. Burada vurgulanması gereken deney ve kontrol grubundaki annelerin enfeksiyon belirtilerinden sadece birini yaşamış olması ve birden fazla

enfeksiyon bulgusunu bir arada deneyimleyen annenin olmamasıdır. Deney grubundaki annelerde enfeksiyonun belirgin bulgularından olan kötü kokulu akıntıdan sadece bir anne söz etmiş ve diğer belirtilerden bahsetmemiştir. Diğer anneler de kanamalarının uzun sürdüğünü ifade etmiştir. Kanamanın uzun sürmesi bir enfeksiyon belirtisi olsa da tek başına çok fazla anlam ifade etmeyip, bazı annelerde normalden uzun sürmesinin söz konusu olabileceği gibi, bu süreçte anneler kanamanın miktarı, rengi, kokusu, ağrı, ateş vb. enfeksiyon belirtileri açısından evde direkt gözlemlerle değerlendirilmediğinden, telefonla konuya ilişkin çok detaylı bilgiler toplanamamış, yalnızca annelerin ifadeleri baz alınmıştır. Bu nedenlerle annelerin puerperal enfeksiyon deneyimlediklerini net olarak söyleyebilmek güçtür.

Deney ve kontrol grubundaki annelerin DS cinsel ilişkiye başlama zamanları incelendiğinde, her iki grupta da benzerlik olduğu ve aralarında istatistiksel olarak fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$) (Çizelge 26). DS cinsel ilişkinin genelde 40 gün ve sonrası başladığı görülmüştür. Elde ettiğimiz sonuç, toplumumuzda yaygın olan ve " kırkı çıkma" olarak bilinen bu dönemde kadınların cinsel ilişkiden ve diğer risk faktörlerinden sakınmasına özen gösterildiğini destekler yöndedir. (119).

Yeni bir doğumun ardından, annelerin gereksinimlerine uygun kontraseptif yöntemleri belirleyerek başvurabilecekleri AP merkezlerine yönlendirilmesi, anne ve doğacak bebeğin sağlığı açısından son derece önemlidir (37, 119). Araştırmamızda; annelerin, DS 8 haftalık dönemde herhangi bir kontrasepsiyon kullanmaya başlamalarının, deney grubunda daha fazla olduğu görülmüştür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$) (Çizelge 26). DS dönem, yöntem seçimi ve uygulanması için kadınların en istekli olduğu dönemdir. Kızılkaya (66), yaptığı çalışmada erken DS dönemde kadınların öncelikle bilgi almak istedikleri konulardan birinin AP olduğunu belirtmiştir. Şirin ve arkadaşları (106), annelerin DS ilk 1 yılda herhangi bir kontraseptif kullanma oranlarını % 80 bulmuştur. İ.Ü. Çocuk Sağlığı Enstitüsünün yaptığı çalışmada (16) doğum yapan kadınların % 55 nin 40 gün sonra, % 20 nin adet görmeye başlayınca yöntem kullanmayı düşündükleri ve %86 nın DS 4 -7 ayda herhangi bir yöntem kullanma başladıkları bildirilmiştir. Türkiye Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesine yönelik 1994 yılında yapılan çalışmada (119), doğum yapmış kadınların % 95 inin DS dönemde bir AP yöntemi kullanmayı düşündüğü ancak bunların %75 inin DS 6 haftada bir yöntemi uygulamayı planladıkları belirlenmiştir. Bu nedenle de DS 6 haftada bir ev ziyareti ya da o tarihe yönelik bir randevu verilmesinin yöntem kullanmaya başlamayı artırması açısından önemi vurgulanmıştır. Bizim çalışmamızda, deney grubunda DS 8 haftalık dönemde herhangi bir yönteme başlama oranı % 80.6 dır. Bu sonuç, kadının üreme sağlığı açısından son derece önemli olan AP yöntem kullanımının, deney grubuna DS sözel ve yazılı materyalle verilen bilgilerin ve yönlendirmenin, annelerde; kendi üreme sağlıklarını korumalarına yönelik olumlu davranış kazandırmadaki etkinliğini göstermesi, ayrıca DS dönemde AP ilişkin verilmesi gereken eğitim ve danışmanlık hizmetinin önemini vurgulaması açısından önemli bir bulgudur.

Annelerin DS kontrasepsiyon kullanımındaki farklılığın, eğitim düzeylerinden etkilenip etkilenmediği incelendiğinde (Çizelge 27); deney grubunda, annelerin eğitim düzeyi ne olursa olsun DS 8 haftalık dönemde herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmaya başlamanın yüksek olduğu, Kontrol grubunda ise, herhangi bir yöntem kul-

lanmaya başlamanın annelerin eğitim düzeyleri ilkokul ya da ortaöğretim ve üzerinde olsa benzer olduğu görülmüştür. Sonuçta DS kontrasepsiyon kullanımına başlamadaki farkın eğitim düzeyinden değil, deney ve kontrol grubu arasındaki kullanmaya başlayıp başlamama farklılığından kaynaklandığı belirlenmiştir. Bu sonuçta, deney grubundaki annelere sözel ve yazılı materyalle verilen bilgilerin, yönlendirmenin olumlu sağlık davranışı kazandırmadaki etkisini göstermektedir.

Annelerin DS 8 haftalık dönemde jinekolojik kontrole gitme oranının, deney grubunda kontrol grubuna oranla daha fazla olduğu belirlenmiştir (Çizelge 26). İstatistiksel olarak iki grup arasındaki bu fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$). Annenin kendi sağlığını korumaya yönelik pozitif sağlık davranışı kazanması açısından önemli olan bu bulgu, deney grubundaki annelere DS jinekolojik kontrolün önemi ve gereğinin vurgulanması, yönlendirmenin etkisini ortaya koyması açısından olumludur ve bu sonuç, DS uygulanan bakım yönteminin olumlu sağlık davranışı geliştirmedeki etkisini desteklemektedir.

Annelerin DS jinekolojik kontrole gitmelerinde eğitimin etkisinin olup olmadığı değerlendirilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$). Bu sonuç annelerin eğitim düzeyleri ilkokul ya da üzeri olsa da, kendiliğinden olup gelişen, doğal bir süreç olarak algılanan doğum sonu dönem birde sorunsuz geçiyorsa, bireylerin kontrol olmaları gerektiği yönündeki düşüncelerini etkilemekte ve jinekolojik muayeneye karşı olan çekinceye bunu etkilemekte, sonuçta kadın DS kontrole gitmemektedir. Eğitim düzeyinden etkilenmeyen ve kazanılması gereken bu sağlık davranışı, gereği ve önemi anlatılıp, vurgulandığından olumlu bir sağlık davranışına dönüşebilmektedir. Çalışmamızda deney grubundaki annelerin DS jinekolojik kontrole gitme oranının fazla olması, taburcu olmadan önceki sözel vurgulama ve yönlendirme ile verilen yazılı materyaldeki bilginin olumlu bir sonucu olduğunu düşündürmektedir.

Bebek Bakımına Ait Bulguların Tartışması

Annelerin DS bebek bakımına ilişkin hemşirelerden, verilen broşürden elde ettiği bilgilerden yararlanma durumu deney grubunda çok yüksek iken, kontrol grubunda ise, bilgi almayan dolayısıyla yararlanamayan anne oranı çok yüksektir (Çizelge 28) ve bu sonuç istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p < 0.0001$). Kontrol grubundaki annelere bebek bakımına ilişkin emzirme dışındaki bilgilerin vermediği ve deney grubundaki annelerin ise emzirme ve genel bebek bakımına ilişkin gerekli bilgileri özet bir şekilde, vurgulayıcı yönleriyle aldığı ve verilen yazılı materyallerde bilgilerin desteklendiği göz önüne alındığında, bu beklenen ve konuya ilişkin annelere verilen bakım, destek, bilgi ve bunlara ek yazılı materyalin önemini vurgulayan bir sonuçtur. Kızılkaya (66), yaptığı çalışmasında özellikle primipar ve eğitim düzeyi yüksek olan annelerin, öncelikle gereksinim duydukları bebek bakımıyla ilgili konular olmak üzere daha fazla bilgi almak istediklerini bildirmiştir.

Annelerin DS 8 haftalık dönemde, bebek bakımında hemşirelerden, broşürden aldığı bilgilerden yararlandıkları konular incelendiğinde; Kontrol grubunda yararlandığını belirten sadece 2 anne olmuş ve ikisi de emzirme konusunda yararlandıklarını belirtmişlerdir. Deney grubunda ise; yararlanma oranlarına bakıldığında öncelikle " emzirme, meme bakımı, gaz çıkarma", " genel bebek bakımı, alt temizliği, bezleme, pişik

bakımı", " aşılar, hastalık belirtilerini anlama", " bebekle iletişim kurma" vb. konulardan söz edilmiştir. Yapılan çalışmalar; annelerin emzirme, meme bakımı, bebek bakımıyla ilgili kapsamlı bilgiye ihtiyaçları olduğunu, bu bilgileri kullandıklarını ve DS dönemde yeterli bilginin verilmediğini ortaya koymuştur(14,15,43,50,52,55,56,62,66,95,99). Çalışmamızda, deney grubundaki annelere verilen DS bakım, eğitim ve yazılı materyalle elde ettikleri bilgileri annelerin kullanmış olması ve bebek bakımında kullandıkları bu bilgilerin annelere katkıları olduğunun belirlenmesi açısından önemlidir ve bu sonuç annelere bilgi verilmesinin önemini, ve kontrol grubunda bilgilendirilmemenin yüksek olması da ülkemizdeki yaygın tutumu yansıtmaya açısından literatür verilerini desteklemektedir.

Bull ve Lawrence (15), yaptıkları çalışmada hastanede verilen eğitim programı sonrası, annelerin evde bebeklerine ilişkin olarak öncelikle emzirme, meme bakımı, beslenme, göbek bakımı, alt temizliği, pişik bakımı, banyo, yenidoğan davranışlarına yönelik bilgilerden yararlandıklarını bildirmişlerdir. Bu verilerde bizim çalışmamızda deney grubundaki annelerden elde ettiğimiz bulgularla çok benzerdir. Petrowski (86), yaptığı çalışmada gebelikte DS anne ve bebek bakımına ilişkin verilen bilgilerin, DS tekrarlanması gerektiğini ve gebelikte eğitim almayan annelerin hastanede evde yapması gerekenler, kendi ve özellikle bebek bakımına ilişkin verilen bilgileri, DS rahatsızlıkları olmadığı durumda algılayabildiklerini, dikkatle dinleyebildiklerini ve evde kullanabildiklerini bildirmiştir.

DS 8 haftalık dönemde bebek bakımında sorun yaşayan annelerin, deney grubunda kontrol grubuna oranla daha az olduğu belirlenmiş (Çizelge 28) ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Kambur (62), yaptığı çalışmasında annelerin DS % 44 nün sorun yaşadığını, primipar annelerde sorun yaşamamanın daha fazla olduğunu belirtmiştir. Bu veri, çalışmamızda kontrol grubundaki annelerin DS bebek bakımındaki sorun yaşama oranını (% 41.1) desteklemektedir. Deney grubunda ise bu oran % 13.8 dir.

Deney ve kontrol grubundaki anneler DS bebek bakımında sorun yaşamaları açısından değerlendirildiğinde; her iki gruptaki annelerinde primipar olup olayı ilk kez deneyimledikleri, bebek bakımında sorun yaşamada, daha önce bebek bakımı deneyimleyen annelerle deneyimlemeyenler arasında fark bulunmaması ($p > 0.05$) ve her iki grupta da DS bebek bakımında, 8 hafta süresince destek almaları açısından fark olmadığı ($p > 0.05$) düşünüldüğünde, elde edilen ve amaçlanmış olan bu veri (Çizelge 28); deney grubuna DS verilen bakım ve eğitim ile yazılı materyalle desteklenmesinin önemini vurgulamaktadır. Literatür bilgilerine göre; çoğu ailenin sağlıklı yenidoğan bakımı vermede yaşadıkları güçlüklerin faksız olduğu, buna rağmen uygun bakım ve eğitimin, sorunların daha az yaşanmasında ve sorun çözümünde etkili olduğu belirtilmektedir (74,81,86,88,95,114,115). Bu verilerde, bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonucu ve bu yöndeki hipotezimizi desteklemektedir.

Annelerin DS bilgi alma ve güvenlerinde artma durumunun, DS 8 haftalık dönemde bebek bakımında sorun yaşamadaki etkisi incelendiğinde (Çizelge 29); aralarında anlamlı ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0.01$). Verilen bilgilerle güvenlerinde "kesinlikle", "genellikle" artma olduğunu belirten annelerde DS 8 haftalık dönemde bebek bakımında sorun yaşamamanın daha az olduğu görülmüştür. Bu sonuçta DS annelere veri-

len bakım, eğitimin önemini vurgulamaktadır. DS bilgi alıp güvenlerinde artma olduğunu ifade eden annelerin deney grubunda belirgin şekilde fazla olduğu (Bkz. Çizelge 9) düşünülürse, DS verilen bakım yöntemiyle (pathway) verilen bakım ve eğitimin etkinliği açısından önemli ve beklenen bir sonuç olduğu söylenebilir. Rutledge ve arkadaşları (96), yaptıkları çalışmada, DS hastanede eğitilen annelerin bebek bakımında kendilerini daha yeterli hissettiklerini ve daha az sorun yaşadıklarını bildirmişlerdir. Brouse (12), DS verilen eğitimin annelerin yeterlilik davranışlarını etkilediğini belirtmiş, primipar annelere verilmesi gereken eğitimin önemini vurgulanmış, yeni annelerin kendi ve bebek bakımında, bebeğin gereksinimlerini doğru algılamada yeterliliğin kazanılmasında da DS eğitimin önemini vurgulamıştır. Hall (52), yaptığı çalışmada bebek bakımı ve yapması gerekenlere yönelik eğitim almış annelerin, almayan annelere oranla uygulamalarda daha güvenli, daha girişken oldukları ve kontrolü ele almada daha başarılı olduklarını belirtmiştir. Alexander ve arkadaşları (4), yaptıkları çalışmada annelerin bebek bakımında desteklenmeleri ve konuya ilişkin taburculuk öncesi eğitim almış olmalarının kendilerini daha yeterli hissetmelerini sağladığını ve güvenlerini arttırdığını belirtmişlerdir. Hall ve Carty (53), yaptıkları çalışmada Annelerin DS kendi ve bebek bakımıyla ilgili becerilerinin öğretilmesinin, annelerin güven ve yeterlilik duygularının, otokontrollerinin artmasına sebep olduğunu belirtmişlerdir. Brown ve arkadaşları (13), Erken taburcu olan annelerin kendi ve bebek bakımında yeterlilikleri açısından standart, kaliteli, sistemik bir bakımla anneye az sürede kendi ve bebeğin bakımı, beslenmesi ile ilgili bilgilerin verilmesinin önemli olduğunu vurgulamışlardır. Tüm bu veriler elde ettiğimiz bulguları ve hipotezimizi desteklemektedir.

Çalışmamızda, annelerin bebek bakımında hangi konularda sorun / sıkıntı yaşadıklarına bakıldığında; emzirme, banyo, gaz çıkarma, bebekteki huzursuzluk vb. konular olduğu görülmüştür. Harrison (55), yaptığı çalışmada DS ev ziyaretlerinde annelerin bebek bakımı, beslenmesi ile ilgili konularda yaşadıkları problemlerin daha yaygın olduğunun belirtmiştir. Graef ve arkadaşları (50) yaptıkları çalışmada annelerin DS ilk bir ayda öncelikle emzirme, bebeğin beslenmesiyle ilgili sorunları daha fazla yaşadıkları, bunu bebeğin davranışları, fiziksel bakımıyla ilgili olanların izlediği bildirmişlerdir. Bu veriler, çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

DS 8 haftalık dönemde annelerin emzirme durumları incelendiğinde (Çizelge 28); yalnız anne sütü vermeye devam eden annelerin oranı deney grubunda daha fazla olup, anne sütü + formüle süt/ inek sütüyle beslemenin de kontrol grubuna oranla deney grubunda daha az olmakla birlikte iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Bu sonuç, daha önceki verilerde deney grubundaki annelerin tamamının emzirmeyle ilgili aldıkları bilgilerden yararlandıklarını ifade etmelerine karşın, DS emzirmede anneye ilgilenilmesinin, bilgilendirilmenin, yazılı materyalle desteklemenin yeterli olmadığını göstermiştir. Bir diğer önemli nokta da, deney grubundaki anneler DS aldıkları bakımda emzirme konusunda desteklenmiş olsalar da bu yalnızca var olan sorunu çözmeye yönelik olmuştur ve annenin başarılı emzirmeyi deneyimleyip deneyimlemediği kontrol edilmemiştir. Tüm bu veriler yapılanlara ek olarak, annelerin en az 2-3 başarılı emzirme yaptıktan ve bu hemşireler tarafından gözlenip değerlendirildikten sonra taburcu edilmesini, emzirmedeki desteğin evde de ziyaretler ya da telefonla danışmanlık hizmetleri vb. şekilde sürmesinin gereğini vurgulamaktadır. Bu faktörlerin DS emzirme başarısında etkili olabileceği düşünülmektedir.

1993 TNSA verilerine göre (118), ülkemizde sadece anne sütüyle emzirme oranının ilk 2-3 ay da % 10.3 olduğu 4 ayda % 3 e indiğini, ilk ay içinde İstanbul ilinde % 60 a düştüğü belirtilmektedir. Vural, Akan (127), çalışmalarında bebeklerin 4 ay boyunca beslenmelerinde yalnızca anne sütü verme oranının % 52.6 olduğunu bildirmişlerdir. Dinç ve Karanisoğlu (29) çalışmalarında; DS ilk 1 hafta- 15 günde annelerin %81.3 nün yalnızca anne sütü vermeye devam ettiklerini belirtmişlerdir. Coşkun ve Yıldız, ilk 3 ayda ek gıdalara başlama oranını % 37.4 bulmuşlardır. Şirin ve arkadaşları (106), 0-3 ay kadar emziren anne oranını % 23.8 olduğunu belirtmişlerdir. Carty ve Bradley (20), yaptıkları çalışmada erken taburcu olan, eğitim ve ev ziyaretleriyle desteklenen annelerde DS ilk 1 ayda yalnız anne sütü verme oranını % 65 olarak bulmuşlardır. Quinn ve arkadaşları (92), yaptıkları çalışmada emzirme konusundaki bilgi eksikliğinin güvensizliği arttırdığını, emzirme başarısı ve süresini etkilediğini belirtmişlerdir. Brown ve arkadaşları (13), yaptıkları çalışmada DS erken taburcu olan annelerin emzirmede, hastanede yaptıkları sürece ve ev ziyaretleriyle desteklenirse başarılarının arttığını belirtmişlerdir. Edmonson (35), erken taburculuğun bebeğin beslenmesiyle ilgili problemlerin artmasında 3 kat daha fazla risk oluşturduğunu belirtmiş, 4- 28 günlük bebeklerde primer sorunun beslenme problemi olduğunu bulmuş ve annelerin hastanede desteklenmesi, eğitimi ve ev ziyaretlerinin önemini vurgulamıştır. Tüm bu veriler, çalışmamızda emzirmeyle ilgili elde ettiğimiz bulguyu ve hipotezimizi destekler yöndedir.

Deney ve kontrol grubundaki annelerin DS 8 haftalık dönemde memelerle ilgili yaşadıkları sorunlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Memeye ilgili sorun yaşama oranı deney grubunda % 50, kontrol grubunda ise % 67.6 dır. Yaşanan sorunlara bakıldığında ; sorun yaşayan annelerin yaklaşık tamamı yakınlarının her iki grupta da meme ucu çatlağı ya da içe çöküklük problemi yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Vural ve Akan (127) yaptıkları çalışmada annelerin % 51.7 de meme sorunu saptamışlardır. Yaşanan sorunlarda da meme ucu çatlağını daha fazla yaşadıkları bulmuşlardır. Abriola (1), çalışmasında DS annelerin en fazla emzirme sorunuyla karşılaştıklarını ve bu sorunlarda meme ucu çatlaklarının öncelikli olduğunu belirtmiştir. Görüldüğü gibi meme ucu problemleri DS annelerde en sık rastlanan problemdir. Sonuçlarımız literatürle benzerlik göstermektedir.(1,50,92,127).

Annelerin DS hastanede yaptıkları sürece emzirmeyle ilgili sorun yaşama durumlarının, DS 8 haftalık dönemdeki emzirmelerinde anlamlı derecede etkili olduğu görülmüştür ($p < 0.05$)(Çizelge 30).

DS 8 haftalık dönemde yalnız anne sütü vermeye devam eden anne oranı, DS hastanede sorun yaşamayanlarda, sorun yaşayan annelere oranla fazladır. Ancak önemli farklılık, DS 8 haftalık dönemde emzirmeyi bırakan annelerin büyük çoğunluğunu(% 88.8), DS hastanede yaptıkları dönemde emzirmeyle ilgili sorun yaşayan annelerin oluşturmasıdır. Bu bulgu, DS emzirme konusunda özellikle primipar annelerin desteklenmesi ve taburcu olmadan önce en az 2-3 başarılı emzirme deneyimlemelerinin sağlanmasının önemini ve özellikle problem yaşayan annelerin bu konuda daha fazla desteğe ihtiyacı olduğunu ve DS evdede bu desteğin sürdürülmesinin önemini vurgulamaları açısından önemlidir. Bu sonuç literatürden elde edilen verileri de desteklemektedir.(1,35,36,50,92,108).

İlk emzirmeye başlama zamanı ve İlk emzirmede sorun yaşama durumları, DS 8 haftalık dönemdeki emzirme durumuyla karşılaştırıldığında, bu faktörlerin emzirmede etkili olmadığı görülmüştür ($p < 0.05$). Elde ettiğimiz verilerde ilk emzirmeye başlama zamanı ve ilk emzirmede zorluk yaşama açısından deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunamamıştır (Bkz. Çizelge 4). DS İlk 1 saat içinde emzirmeye başlama deney grubunda biraz daha fazla olmakla birlikte (% 56, % 40) bu DS 8 haftalık dönemdeki emzirmeyi etkilememiştir. Tekin, Ekizler, Engin (108), yaptıkları çalışmada annelerin hastanedeki emzirme tutumlarının, doğumdan 1 ay sonraki emzirme durumlarını etkilediğini belirtmişlerdir. Bu veri çalışmamızda elde ettiğimiz sonucu desteklemektedir. Quinn ve arkadaşları (92), yaptıkları çalışmada erken emzirmenin ve telefonla izlemenin, emzirme başarısını ve sıklığını etkilediğini, Righard (94), Edmonson (35), erken emzirmenin emzirme başarısına etkisi olduğunu belirtmiştir. Bizim çalışmamızda erken ve geç emzirme arasında emzirme durumuna yönelik fark bulunamamıştır.

Deney ve kontrol grubundaki annelerin taburcu olmadan önce geleceğe ilişkin emzirme başarılarına yönelik güvenleri ile DS 8 haftalık dönemdeki emzirme durumları arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$). Çalışmamızda elde ettiğimiz diğer verilere bakıldığında (Bkz. Çizelge 4), her iki grup arasında güven açısından anlamlı fark bulunmamış ve her iki gruptaki annelerin kedilerine güvenlerinin fazla olduğu görülmüştür. Annelerin hastaneden taburcu olmadan önce emzirmeyle ilgili güvenleri yüksek olsa da, en sık karşılaşılan emzirme sorununda evde de desteklenmesinin gerek olduğu düşünülmektedir. Rutledge ve arkadaşları (95), yaptıkları çalışmada annelerin emzirmek için verdikleri kararın ve emzirmede kendine güvenlerinin emzirme durumlarına etkili olduğunu göstermiştir. Quinn ve arkadaşları (92), annelerin emzirme konusunda bilgi eksikliği ve kendilerine güvensizliklerinin emzirme başarısını ve süresini etkilediğini belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda güvenin etkili olmadığı bulunmuştur. Bunu etkileyebilecek faktörlerin daha detaylı incelenmesi gerekir.

Annelerin eğitim durumlarının da DS 8 haftalık dönemki emzirmelerinde etkili olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$). Eğitim düzeyi ne olursa olsun ya da emzirmeyle ilgili bilgi almak için ne derece okursa okusun (konu alanında bilgili, uzman kişilerin verdiği eğitim dışında) bir olayı ilk kez deneyimlemek, uygulamak ve başarı yada başarısızlığından acaba anneliği yeterli yapılabiliyormuyum düşüncesine kadar giden ve bu nedenle de önemli bir stres kaynağı olabilen, aynı zamanda mutluluk, haz veren yönü olan emzirme işlevinde, sözel/ yazılı materyalle verilen eğitimin yanında özellikle demostre edilerek desteklenmesi son derece önemlidir. Çünkü emzirme işlevi kişinin almış olduğu eğitim düzeyi ile değil, deneyimlenerek kazanılan bir davranıştır.

DS 8 haftalık dönemde çocuklarının aşılarını yaptıran annelerin oranı deney grubunda daha fazla olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$) (Çizelge 28). Yenidoğanın sağlığının korunmasında önemli bir sağlık davranışı olan aşılatmanın, deney grubundaki annelerde yüksek bulunmuş olması, bu annelere hemşirelerin DS verdiği eğitim ile, yazılı materyallerde bu bilgilerin desteklenmiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Elde edilen bu bulgu DS verilen bakım yönteminin etkinliği açısından da önemli olan ve amaçlanan bir sonuçtur. Annelerin eğitim düzeyleri ile bebeğin aşilarına başlanması durumu karşılaştırılmış ve anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$). Bu sonuçta bir önceki paragraftaki düşüncemizi desteklemektedir.

DS 8 haftalık dönemde bebeklerinin sağlam çocuk kontrollerini yaptıran annelerin oranı deney grubunda daha fazla olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$) (Çizelge 28). Bu bulgu, DS uygulanan bakım yöntemi ile verilen bilgilerin ve yazılı materyalin, annenin pozitif bir sağlık davranışı geliştirmesindeki etkisini vurgulayıcı yönde olup, önemli ve amaçlanmış olan bir sonuçtur.

Bebeklerini sağlam çocuk kontrollerine götürmenin, annelerin eğitim düzeyinden etkilenip etkilenmediği incelendiğinde (Çizelge 31); deney grubundaki annelerin eğitim düzeyleri ne olursa olsun bebeklerinin sağlam çocuk kontrollerini yaptırma oranı yüksek iken, kontrol grubunda ilkökul mezunu annelerde yaptırmama oranı, ortaöğretim ve üzeri eğitimi olan annelerden daha fazladır. Sonuçta sağlam çocuk kontrolü yaptırmanın eğitim durumundan çok, deney grubundaki annelerin götürme farklılığından kaynaklandığı belirlenmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$, $p < 0.05$). Elde edilen bu veri de, DS deney grubuna verilen eğitimin önemini desteklemektedir.

Annelere DS 8 haftalık dönemde bebek bakımı, ev işlerinde sürekli yardımcı birinin olup olmadığı sorulduğunda; her iki grupta da benzer oranda ve büyük çoğunluğunun yardım gördüğü ve bu destekleyen kişilerin genellikle büyük anneler olduğu belirlenmiştir. Toplumumuzda yaygın olan, "40 çıkınca" ya kadar doğum yapmış olan annelerin desteklenmesidir, özellikle primipar annelerde bu destek daha belirgindir. Yapılan çalışmalar; DS annelerin desteklenme oranlarının yüksek olduğunu, bunun genellikle büyük anneler, diğer yakınları tarafından sağlandığını göstermiştir. Bu veriler sonucumuzu destekler yöndedir (36,45,57,95,108).

Doğumdan 8 hafta sonra ulaşılan annelere, "şu anda hemşirelerden yeterince bilgi almadığınızı düşündüğünüz, keşke daha önce bilgi almış olsaydım dediğiniz konu/konular var mı?" diye sorulduğunda: Annelerin kendileriyle ilgili konularda; deney grubunda tek bir anne ve oda hemoroid bakımıyla ilgili bilgi almış olmayı isterken, kontrol grubundaki annelerin ise yarısı daha önce bilgi alsaydım dediği konunun var olduğunu ve bu konuların sırasıyla; "adet başlama zamanı, AP", "epizyotomi bakımı, sorunlarda yapılması gerekenler", "DS kanama özellikleri, normalden sapmalar ve kendi bakımına yönelik sorunlarda yapması gerekenler" e yönelik olduğu belirlenmiştir.

Bebekleriyle ilgili konularda ise; daha önce bilgi almış olsaydım diyen 3 anne olmuş, bu annelerde "emzirme, emzirmede sorun çözme, ek gıdalar ve genel çocuk bakımı" hakkında daha önceden bilgi almış olmayı istemişlerdir. Kontrol grubunda ise çoğu annenin daha önce bilgi almış olmayı istediğini belirtmiştir (anneler birden fazla konudan söz etmiştir). Söz ettikleri konular; "emzirme, emzirmede sorun çözümü, ek gıda" (15 anne), "genel çocuk bakımı" (15 anne), "meme bakımı, meme problemlerinde yapılması gerekenler" ve "çocukta hastalık belirtileri, aşılar" la (5 anne) ilgilidir.

Kambur (62), çalışmasında annelerin erken DS dönemde fiziksel bakım ihtiyaçlarının yanısıra, aynı konular için yüksek oranda eğitim ve danışmanlık gereksinimlerini saptamıştır. İnanç (57), çalışmasında annelerin, sağlık durumlarının sık kontrolü, bebekle ilgilenmede yardım gibi konuların yanısıra, anne- bebek bakımı, bebeğin beslenmesiyle ilgili hemşirelik uygulamalarını çok önemli bulduklarını belirtmiştir. Saylam (99), yaptığı çalışmada annelerin erken DS dönemde, enfeksiyon belirtileri,

emzirme, meme bakımı, çocuk bakımı, AP, DS kontrole ilişkin kapsamlı bilgi almak istediklerini bildirmiştir. Başer (9), çalışmasında annelerin perine bakımı, meme bakımı, lochia kontrolü, AP, beslenme, emzirme, yenidoğan bakımı, egzersiz vb. konularda bakım ve bilgi almama oranlarını yüksek bulmuştur. Lemmer (67), Rudledge (95) çalışmalarında primipar annelerin, özellikle erken taburculuk döneminde daha fazla bilgi gereksinimi olduğunu ve en yoğun endişelerinin bebek ve kendilerinin fiziksel gereksinimleriyle ilgili olduğunu belirtmiştir. Bull ve Lawrence (15), yaptıkları çalışmada özellikle primipar annelerle taburcu olduktan sonra evde yaptıkları görüşmelerde; annelerin eve gidene ve bazı olayları yaşayana kadar hastanede ne tip soru soracaklarını bilmediklerini ve özellikle evde ne olacağı, kendi ve bebek bakımı hakkında daha fazla bilginin verilmesi gerektiğini ifade ettiklerini belirtmişlerdir. Tüm bu veriler, annelerin DS dönemde kendi ve bebek bakım gereksinimleri ve DS ilişkin diğer temel konularda bakım ve bilgi gereksinimlerinin olduğunu, bu bilgilerin genelde verilmediğini, verilen eğitimle bilgi düzeylerinin arttığını ve bu bilgileri kullandıklarını vurgulamaktadır. Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçta, DS bilgi gereksinimleri karşılanmayan kontrol grubundaki annelerde, kendi ve bebeğine ilişkin daha önce verilmesini istediği bilgilerden daha fazla söz ettiği, oysaki bilgi alan deney grubundaki annelerde ise böyle bir talebinin çok az olmasında, verilen eğitim ve yazılı materyalin annelerin gereksinimleri doğrultusunda bilgi kazanmalarını sağladığını söylemek mümkündür.

7. SONUÇ

Araştırmada elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

7.1 Demografik ve Gebelik Dönemine İlişkin Tanımlayıcı Sonuçlar

Deney ve kontrol grubundaki annelerin genelde 19-24 yaşları arasında oldukları (toplam deney %80, kontrol %78), yaş ortalamalarının her iki grupta da 21 ± 2.6 civarında olduğu, annelerin (% 74, %70) ve eşlerinin eğitim düzeylerinin genelde ilköğretim mezunu olduğu, annelerin çoğunluğunun ev hanımı olduğu ve yarımından fazlasının geniş aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında demografik veriler açısından anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$).

Her iki grupta da, gebeliklerin istenen gebelik olduğu (%92, %90), yarımından fazlasının gebeliklerinin sorunsuz, rahat geçtiği, antenatal kontrollere her ay düzenli gitme oranının fazla olduğu (%56, %74), genelde antenatal kontrollere özel doktor, hastane ve kliniklere gidildiği (%60) bulunmuştur. Belirtilen bu özellikler açısından gruplar arası anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Deney ve kontrol grubundaki annelerin, antenatal kontrollerde doğum Sonuna ilişkin çoğunlukla bilgi almadıkları (%90, %94), gebelikleri döneminde DS ilişkin bilgiyi genelde deneyimli kişilerden aldıkları, çoğunluğunun önceden çocuk bakımı deneyimlemediği ve destek kişinin varlığının %96, %98 oranında her iki grupta da yüksek olduğu görülmüştür.

7.2 Doğum Sonu Özelliklere İlişkin Sonuçlar

Anneler, doğumlarını genellikle "çok zor, oldukça zor, güç, sıkıntılı" olarak tanımlamışlar (%70, %72), Genellikle bebeklerini DS ilk 1 saat içinde kucaklarına aldıkları ve emzirmeye başladıkları (%54, %40), ilk emzirmede zorlanmanın %58, %40 olduğu ve genellikle emzirme başarılarına güvendikleri (her iki grupta da %84) belirlenmiştir. Annelerin hastanede yaşadıklarının genellikle (%66, %80) hayal ettiklerinden farklı olmadığı görülmüştür. Deney ve kontrol grubu arasında yukarıdaki özellikler açısından anlamlı fark saptanamamıştır ($p > 0.05$).

Annelerin hastanede yattıkları süre içerisinde, DS kendileri ve bebeklerine yönelik yaşadıkları sorun/ kaygıların; annelerle ilgili olanların, deney grubunda ilk sırada "yorgunluk, baş dönmesi" (%66) olduğu bunu " meme/ meme ucu problemleri" (%56), "duygusal değişiklikler" (%54) in izlediği, kontrol grubunda ise " epizyotomi" ile ilgili sorunun (%74) öncelikli olduğu, bunu "yorgunluk, baş dönmesi" (%70), "meme/ meme ucu problemleri ve duygusal değişiklikler" (%58) izlediği görülmüştür. Annelerin bebeklerine yönelik yaşadıkları sorun/ kaygılarda, deney grubunda "banyo yaptırma" %62, "emzirme" %40, "tutma, kucağına alma" % 36 vb. sıralanma izlenirken, kontrol grubundaki sıralanma "emzirme" % 58, "tutma, kucağa alma" %52 ve "banyo yaptırma" %38 vb. şekilde olmuştur.

Kendisi ya da bebeğiyle ilgili sorun/ kaygı yaşıyan annelerin, genelde çözebilecekleri sorunları, kendileri bir başka anne ya da yakınıyla çözüme yoluna gittiği, yaşadıkları sorun/ kaygılarda hemşirelerden destek isteyen annelerin, yeterli destek alma durumlarının deney grubunda fazla olduğu görölmüştür.

Annelerin DS emzirmeyle ilgili sorun/ kaygı yaşama durumlarının, emzirmeyi başarıyla sürdürmeye yönelik güvenlerini etkilediği ($p < 0.01$), daha önce çocuk bakımı deneyimlemenin, bebeği kucağa alırken, tutarken etkili olduğu ($p < 0.05$) ancak, diğer bebek bakımına yönelik sorun/ kaygılarda etkili olmadığı ($p > 0.05$) görölmüştür.

7.3. Doğum Sonu hemşirelik Bakımı ve DSHBDÖ Puanlarına İlişkin Sonuçlar

Klinikte verilen doğum sonu hemşirelik bakımını; hizmeti alan anneler ve bakımı veren hemşireler açısından iki yönlü değerlendirebilmeyi sağlamak amacıyla geliştirilen DSHBDÖ nin geçerlilik güvenilirlik çalışmasında, hemşirelerle ilgili olanda cronbach alpha = .96, annelerle ilgili olanda da cronbach alpha = .88 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda, deney ve kontrol grubuna alınan annelerin ölçeğe ilişkin verilerinin iç tutarlılığı tekrar sınıdığında cronbach alpha = .91 olarak bulunmuştur.

Annelerin DS serviste yattıkları sürece; " hemşirelerden, bekledikleri ilgi ve yaklaşımı görmede" "kendi ve bebeği hakkında hemşirelerin yeterli bilgiye sahip olmalarında", "kendi ve bebek bakımlarında desteklenip cesaretlendirilmelerinde", "kendi ve bebek bakımı hakkında yeterli bilgi alma, güvenlerinde artmada", "hemşirelerin onlarla konuşmak ve sorularını yanıtlamak için zaman ayırmalarında", "hemşirelerin anlayışlı ve sevecen davranmalarına ilişkin hemşirelerin davranışlarında deney ve kontrol grubu arasındaki ileri düzeyde anlamlı fark olduğu ($P < 0.0001$) belirlenmiştir. Bu fark deney grubu yönündeki belirgin farklılıktan kaynaklanmaktadır.

Annelerin hemşirelerden gördükleri mesleki yaklaşımların dağılımı incelendiğinde, deney grubundaki annelerin iletişim, mesleki bilgi beceri ve davranışla ilgili yaklaşımlarda, kontrol grubundaki annelere oranla belirgin şekilde daha olumlu deneyimler yaşadıkları görölmüştür.

Deney grubundaki annelerin DSHBDÖ toplam ve alt boyut puanlarında kontrol grubuna göre belirgin farklılık olduğu saptanmıştır ($P < 0.001$). DSHBDÖ puanları ile annelerin aldıkları bakıma verdikleri puanla, bakıma ilişkin memnuniyetlerine verdikleri puanlar arasında ileri düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur ($P < 0.001$). DSHBDÖ puanları arttıkça bakım ve memnuniyete verilen puanlarda artma olduğu belirlenmiştir. Bakıma yönelik verilen puan arttıkça, memnuniyete verilen puanında arttığı görölmüştür.

DSHBDÖ puanları ve annelerin aldıkları bakım ile, bakıma ilişkin memnuniyet puanlarının; hemşirelerden beklenen ilgi ve yaklaşımı görme, kendi ve bebek bakımında desteklenme, bilgilendirilme ve güvenlerinde artma, annelerin sorularının yanıtlanması, anlayışlı, sevecen davranılması ile ilgili tüm hemşirelik yaklaşımlarından etkilendiği ve aralarında ileri düzeyde anlamlı ilişkinin olduğu görölmüştür ($P < 0.0001$).

7. 4. Doğum Sonu Sekiz Haftalık Döneme İlişkin Sonuçlar:

Annelerin DS 8 haftalık süreçte; kendi bakımları hakkında hemşirelerden / verilen broşürden aldığı bilgilerden deney grubundaki annelerin tümü yararlanırken kontrol grubunda bu oran %5.9 dur. Aradaki fark ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur($P<0.0001$)

Annelere, DS 8 haftalık dönemde kendi bakımlarıyla ilgili aldıkları bilgilerden hangi konularda yararlandıkları sorulduğunda ; deney grubundaki annelerin tümü epizyotomi bakımından, perine hijyeni, banyo, ped değişimi (%86), adet görme, cinsel ilişki,AP (%77.7),egzersiz, doğum sonrası yatış pozisyonları (%38.8), DS kanama normal ve anormal durumlar,vücut değişiklikleri (%13.8) gibi konularda yaralandıklarını ifade ederken, kontrol grubunda kısmen yaralandığını belirten iki (%5.9) annede epizyotomi bakımında yaralandıklarını belirtmişlerdir.

Deney grubundaki annelerin, bu dönemde epizyotomilerine ilişkin sorun yaşamaları kontrol grubuna oranla daha düşük olduğu görülmüştür (%27.7, % 55.8).Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$). Kontrol grubunda epizyotomiye ilişkin yaşanan sorunun öncelikle ağrı, rahatsızlık hissi olduğu görülmüştür(%52.6). DS enfeksiyon belirtilerini deneyimleme ise (% 36.8) dir. Deney grubunda ise epizyotomiye ilişkin öncelikle yaşanan sorun dikişlerde açılmadır (% 60), açılmanın enfeksiyona bağlı olmadığı belirlenmiş ve hastanedeki sütür atma tekniğinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Annelerin kendi sağlıklarına yönelik, olumlu davranış göstermeleri deney grubunda belirgindir. DS herhangi bir kontraseptif kullanmaya başlama oranı deney grubunda %80.6 iken, kontrol grubunda %50 dir. DS jinekolojik kontrole gitme durumu da deney grubunda %38.9 iken kontrol grubunda %11.7 dir ve her iki faktörde de gruplar arası farklılık anlamlı bulunmuştur ($P<0.01$). Bu farklılıkta eğitimin etkili olup olmadığı incelendiğinde, farkın eğitim düzeylerindeki farklılıktan değil deney ve kontrol grubu arasındaki kullanım farklılığından kaynaklandığı belirlenmiştir.

DS 8 haftalık dönemde annelerin bebek bakımına ilişkin verileri incelendiğinde; bebek bakımına ilişkin hemşire / broşürden edinilen bilgileri, deney grubundaki annelerin yaklaşık tamamı (toplam %97.2) yaralandığını, kullandığını ifade ederken, kontrol grubunda ise %5.9 u yararlandığını belirtmiştir. Yararlanılan bilgilere bakıldığında ; deney grubundaki annelerin %77.1 i emzirme, meme bakımı, gaz çıkarma, %47 si alt temizliği, bezleme, pişik bakımı, %51.4 ü genel bebek bakımı (banyo,göbek bakımı,giydirme vb.), %20 si de aşılarla ilgili konularda yaralandıklarını ifade etmişlerdir. Kontrol grubunda yararlanan %5.4 annede emzirmede konusunda yararlandıklarını belirtmişlerdir.

DS dönemde annelerin bebek bakımında sorun yaşamaları deney grubunda %13.8 iken kontrol grubunda %41 dir bu oranlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Annelerin DS 8 haftalık dönemde emzirme durumları incelendiğinde yalnız anne sütü verme oranı deney grubunda %55.6 olup, kontrol grubundan fazladır (%41.1). Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$). Annelerin DS emzirme

durumlarında, DS hastanede emzirme ile ilgili sorun yaşamalarının etkili olduğu, emzirmeyi bu dönemde bırakanların tamamı yakınının, DS hastanede yattıkları sürece emzirme ile ilgili sorun yaşayan annelerden oluştuğu görülmüştür.

Annelerin bebeklerin sağlığını korumaya yönelik davranışlarından; aşılar ve sağlam çocuk kontrolü yaptırılmaları incelenmiş deney ve kontrol grubu arasında anlamlı fark saptanmıştır ($P < 0.01$). Deney grubundaki annelerde bu tür sağlık davranışları gösterme oranı daha yüksektir (Aşılar %86 %52.9), (sağlam çocuk kontrolü %77 %41.2). Annelerin bu olumlu sağlık davranışlarının eğitim düzeylerinden etkilenip etkilenmediği incelendiğinde eğitimin etkisi olmadığı farkın deney grubundaki belirgin yükseklikten kaynaklandığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Annelerin DS 8 haftalık dönemde; daha önce hastanede bilgi alsaydım dediği konular incelendiğinde; kendileriyle ilgili olanlarda, deney grubunda annelerden sadece biri hemeroid bakımıyla ilgili bilgi olarak keşke daha önce bilgi almış olsaydım derken, kontrol grubundaki anneler ise AP, epizyotomi bakımı, DS kanama özellikleri, sorunlarda yapılması gerekenler vb. konularda daha önce bilgi almak istediklerini ifade etmişlerdir. Bebekleriyle ilgili olarak; deney grubundaki annelerin sadece ikisi bebek beslenmesi, ek gıdalar ve genel bebek bakımına ilişkin daha önceden bilgi almak isterken, kontrol grubundaki annelerin ise çoğunluğu, emzirme, emzirmede sorun çözümü, ek gıdalar, meme bakımı, meme problemlerinde yapılması gerekenler, genel bebek bakımı, aşılar, çocukta hastalık belirtileriyle ilgili konularda keşke daha önce bilgi alsaydım ifadesini kullanmışlardır.

Çalışmamızda elde ettiğimiz genel sonuç: Kurumun uyguladığı bakım sisteminde çok büyük değişimlere gerek olmaksızın, var olan mevcut sistemin daha işler hale getirilme ile önemli sonuçların alınabileceği,

DS verilen hemşirelik bakımının; standardize ve uygulama kolaylığı açısından daha sisteme edildiğinde, ünite çalışan hemşirelerin işlevlerini daha iyi organize ettikleri, bakımın kalitesinin arttığını, bu standardize edilmiş bakım yönteminin bakım vereninde motivasyonunu arttırdığını, bakım alanların; verilen bakıma yönelik görüşlerinin olumlu yönde değiştiğini, memnuniyetlerinin arttırdığını. Tüm bunların için kurum ve çalışanların isteğiyle, DS hemşirelik işlevlerinin daha organize edilmiş şekilde verilmesi sağlanabileceğini,

DS hastanede verilen hemşirelik bakımının değerlendirilmesinin, geliştirilen DSHBDÖ ile güvenli olarak yapılabileceğini,

DS sistemik, standardize bir bakım yöntemiyle verilen hemşirelik bakımı ve eğitimin; annelerin DS dönemde, yeterlilik davranışlarının olumlu yönde etkilendiğini, otokontrollerini arttırdığını, kendi ve bebek bakımında daha iyi olduklarını ve olumlu sağlık davranışları geliştirdiklerini söylemek mümkündür.

ÖNERİLER

* Doğum sonu ünitelerinde verilen hemşirelik bakımının kalitesini arttırmak için standart, sistematik, uygulama kolaylığı olan bakım planlarının oluşturulup kullanılması, Bunun için çalışmamızda geliştirilmiş ve uygulanmış olan bakım yöntemi (pathway) örneğinin kullanılabilmesi,

* Doğum sonrası hizmet veren her ünitenin kendi verdiği bakımı, hizmeti verenler ve alanlar açısından değerlendirmesi ve çıktılara göre düzenlemelere gidilmesi ve çalışmamızda DS hemşirelik bakımını değerlendirmede bir araç olarak geliştirilen ve uygulanan DSHBDÖ nin kullanılabilmesi,

* DS bakım alan annelerin ve bakımı veren hemşirelerin memnuniyetlerinin değerlendirilmesi, sonuca yönelik düzenlemelere gidilmesi,

* Hastanelerin ilgili birimlerinde ya da ayrı bir birim olarak " DS telefonla danışma, destek sistemi" ile annelere 24 saat veya mesai saatleri içerisinde sağlık danışmanlığı hizmetinin verilmesi, bu sistemlerde hemşirenin etkin rol alması,

* DS ailelere desteği amaçlayan " aile danışma", " anne- babalığa hazırlık" vb. birimlerin gerekliliği,

* DS dönemde genellikle bireysel eğitim önerilmesine karşın, ülkemiz gerçekleri dikkate alındığında grup eğitiminin de etkili olacağı ve bu eğitimde; annelerin gereksinimlerine, önceliklerine yönelik eğitim listelerinin oluşturulması, önemli, gerekli bilgilerin kısa, öz, çarpıcı şekilde verilmesi, katılımı sağlayan aktif yöntemlerin kullanılması,

* Annelere kendi ve bebek bakımı, sağlığın geliştirilmesine yönelik yazılı materyalin verilmesi,

* Ülkemizde DS döneme ilişkin yapılan araştırmalar sınırlı olduğundan daha fazla, farklı boyutlarda, kapsamlı çalışmaların yapılması, DS verilen bakımın, eğitimin evdeki uygulamalara etkisini değerlendiren çalışmalarda mümkün olduğunca ev ziyareti, gözlemin kullanılması,

* DS ünitelerinde çalışan hemşirelerin gereksinimleri, öncelikleri üzerine, çalışanların performansını, çalışma isteğini, başarı ve becerilerini artıracak girişimlerin ve bu konuda gerçekçi çalışmaların yapılması önerilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Abriola, D.V.: Mothers perceptions of a postpartum support Group. *Maternal -Child Nursing Journal*, 19 : 2, 1990.
2. Akın, A., M. Bertan.: Türkiye'de Ana Sağlığı, AP Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler. SB. Ana - Çocuk Sağlığı Genel Müd./ Hacettepe üniversitesi Halk sağlığı Vakfı/ DHS, Ankara, 1996.
3. Akın, A.: Kadın sağlığı ulusal stratejisi. *Organorama, Organon İlaçları AŞ. Tıp ve Sağlık Dergisi*, 1: 4-10, 1996.
4. Alexander, L., J. Sadridge, L. Moore.: Patient satisfaction: an outcome Measure for maternity Services. *J. Perinat. Neonatal Nurs.*, 7 : 2 , 28 -39, 1993.
5. Ament, L. A. : Maternal tasks of the puerperium reidentified. *JOGNN*, 19:4 , 330 - 335, 1990.
6. Arat, N.: Türkiye'de Kadın olmak. 1. Baskı, Engin Matbaası, 1994.
7. Arısan, K.: Propedötik Kadın Doğum. 1. Baskı, Çeltüt Matbaacılık San. Tic. AŞ. İstanbul, 1993.
8. Bahçecik, N., Ş. E. Alpar.: Aile-bebek bağı. *HB*, 10: 39, 59-64, 1996.
9. Başer, M., S.Taşçı, M.Bayat, : Doğum yapan kadınların doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası sağlık bakımı alma durumlarının değerlendirilmesi. 5. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, İzmir, 1997.
10. Bilgel, N.: Halk Sağlığı Bakışıyla Ana ve Çocuk Sağlığı. Güneş ve Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul. 1997.
11. Bobak, İ.M., M.D. Jensen, M.K. Zalar.: *Maternity and Gynecologic Care: The Nurse and the Family*. The Mosby Company, St. Louis, 1993.
12. Brouse, A. J.: Easing the transition to the maternal role. *Journal of Advanced Nursing*, 13, 167 - 172, 1988.
13. Brown, L.P., S.A. Towne, R. York. : Controversial issues surrounding early postpartum discharge. *Nursing Clinics of North America*, 31 : 2, 333- 339, 1996.
14. Buchko, B.L., L.C.Pugh, B.A.Bishop.: Comfort measures in breastfeeding, primiparous women. *JOGNN*, 23: 1, 46 - 51, 1994.
15. Bull, M., D. Lawrence.: Mothers' use of knowledge during the fist postpartum weeks. *JOGNN*, 315- 320, July/ August, 1985.

16. Bulut, A., N. Olsal, F. Kayatürk.: Kadın sağlığının ölçümü kolay mı?. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, 1994 .
17. Bulut,A., G. Gökçay, O. Neyzi.: Anne ve Çocuk Sağlığında Öncelikler: Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1994 .
18. Burns, N., S.K. Grove. : The Practice Of Nursing Research Count, Critique and Utilization. Second Edition, WB Saunders company, Philadelphia, 1993.
19. Carpenter, J.A. : Shortening the short stay. Lifelines, 2 :1 , 29 - 34 , 1998.
20. Carty, E. M., C.F. Bradley. : A randomized controlled evaluation of early postpartum hospital discharge. Birth, 17:4 , 199 -204, 1990.
21. Coşkun, A.,S. Gökdemirel.: Toplumsal yaşamın cinsiyet rollerine etkisi. Şişli Etfal Hastanesi Hemşirelik Dergisi, 1: 3-4, 45- 50, 1997.
22. Coşkun, A.: Ülkenizde ana sağlığı ve sorunları. I. Ulusal Ana ve Çocuk Sağlığı Hemşireliği sempozyum, İstanbul, 1989.
23. Coşkun,A., H. Karanisoğlu.:Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir,
24. Coşkun, A.: Üreme sağlığının kadın yaşamındaki yeri. HB, 9 : 38, 13- 20, 1995.
25. "Country Health Report 1997 ." Republic of Turkey Ministry of Health, Ankara, 1997.
26. Curry, M..A.: Variables related to adaptation to motherhood in "normal" primiparous women, JOGH Nursing , 115 -121, March/April , 1983.
27. Demirali, Y.E. : Ölçeklerde geçerlilik ve güvenilirlik. Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 7 : 125-148 , 1995.
28. Demirhan, F.: "Sakarya ilinde emzirmenin değerlendirilmesi." Yayınlanmamış Master Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, 1997.
29. Dinç, A., H. Karanisoğlu. : Normal doğum yapan kadınlarda laktasyonun başlaması ve devam ettirilmesinde etkili olan faktörlerin incelenmesi. Master tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 1995.
30. Doğramacı. E.: Türkiye’de Kadının Dünü ve Bugünü. Türkiye İş. Bank. Kültür Yayınları, Ankara, 1992.
31. Donaldson, N.E.: A review of nursing intervention research on maternal adaptation in the first 8 weeks postpartum. J. perinal Neonatal Nurs., 4 :4 , 1 -11, 1991.
32. Dougherty, M.C., K.R. Bishop, R.M. Abrams.: The effect of exercise on the circumvaginal muscles in postpartum women. Journal of Nurse Midwifery, 34 : 1 ,1989.

33. "DSÖ Herkes için Sağlık Hedefleri 2000." 2. Baskı, Avrupa Bölgesi Ofisi, Ankara, 1986 .
34. "Dünya nüfus ve kalkınma Konferansı, Kadın, Nüfus ve Kalkınma semineri" 1994. İnsan Kaynağı Geliştirme Vakfı, İstanbul, 1994.
35. Edmonson, M. B., J. J. Stoddart, L. M. Owens. : Hospital readmission with feeding-related problems after early postpartum discharge of normal newborns. JAMA, 278 : 4, 299 - 303, 1997.
36. Ekizler, H.: Emzirme Tutumunu Değerlendirme Ölçeği Geliştirme. 8. Ulusal Neonatoloji Kongresi Kongre Kitabı, İzmir 1997.
37. Ekizler, H.: Perinatal dönemde anne ve çocuk sağlığının sürdürülmesi geliştirilmesi ve değerlendirilmesi. HB, 10 : 39, 5-13 ,1996
38. Erdoğan, E.: Lohusalık döneminde hemşirenin yeri ve rolü. THD, 36: 3, 1984.
39. Ersoy, M. : "Lohusalık döneminde annenin yaşadığı duygusal dalgalanımlar ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi." Yayınlanmamış Master Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 1993.
40. "Eylem Platformu ve Pekin Deklarasyonu ." TC Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara, 1995.
41. Faffney, K.: Nursing practice model for maternal role sufficiency. Adv. Nurs. Sci., 15:2, 1992.
42. Fawcett, J., L. Tulman., S.T. Mayers. : Development of the inventory of functional status after childbirth. Journal of Nurse -Midwifery, 33 : 6 , 252 - 260, 1988.
43. Field, P., M. Renfrew. : Teaching and support: nursing input in the postpartum period. İnt. J. Nurs. Stud., 28 : 2, 313 - 141, 1991.
44. Flagher, S. : Relationships between stated feelings and measures of maternal adjustment. JOGNN, 19:5 , 411 - 416, 1990.
45. Gençalp, N., S.: " Doğum eyleminde anneye verilen destekleyici hemşirelik bakımının doğum sürecine etkisi." Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1998.
46. "Gençlik, Cinsel Eğitim ve Üreme Sağlığı." İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Türkiye AP Derneği, İstanbul, 1995.
47. Gorrie, M.,T.:Postpartal nursing diagnosis. JO6N, January/February 1986.
48. Gorrie,İ.M., E.S. Mc Kinney, S. S. Murray.: Founddation of Maternal Newborn Nursing. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1994.

49. Grace, J.T. : Mothers self reports of parenthood across the first 6 months postpartum. *Research in Nursing and Health*, 16, 431 - 439, 1993.
50. Graef, P., K. Mc Ghee, J.Rozycki, : Postpartum concerns of breastfeeding mothers. *Journal of Nurse Midwifery*, 33 : 2 , 62 - 66, 1988.
51. Gulanick, M., M. K.Puzas.: Plans of Care for Specialty Practice Obstetric and Gynecologic Nursing. Delmar Publishers ING., 529-541, 1994.
52. Hall, L.A., : Effect of teaching on primiparas' perceptions of their newborn. *Nursing Research*, 29 : 5, 317- 321, 1980.
53. Hall, W. A., E.M. Carty.: Managing the early discharge experience: taking control. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 574- 582, 1993.
54. Hanvey, L., S. Post. : Changing patterns in maternity care. *The Canadian Nurse*, 28 - 34, September, 1986.
55. Harrison, L.L.: Patient education in early postpartum discharge programs. *MCN*, 15, 39, 1990.
56. Henrikson, M., G. Wall, D. Lethbridge, : Nursing diagnosis and obstetric, gynecologic and neonatal nursing breastfeeding as an example. *JOGNN*, 21: 6, 1992.
57. İnanç,N. : Mutlu doğuma yardım çerçevesinde gebe, doğum yapmakta olan ve doğum yapmış annelerin gebelik ve doğuma ilişkin görüşlerinin incelenmesi , *THD*, 39: 3, 37-42, 1990.
58. İnanç,N., S. Hatipoğlu.: Sağlıklı Toplumlar İçin Sağlıklı Aile, GATA Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara, 1995.
59. " Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi, Fiili eşitlik sağlanmalıdır". *İstanbul Barosu Dergisi*, Kadın Hakları Komisyonu Özel Eki, 22-26, 1996.
60. "Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi." *İstanbul Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi*, İstanbul, 1990.
61. "Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması." *Organorama*, Organon ilaçları AŞ. Tıp ve Sağlık Dergisi, 4, 1996.
62. Kambur (Akan), N." Erken postpartum dönemde kadınların hemşirelik bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi." *Yayınlanmamış Master Tezi*, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1988.
63. Karasar, N. : *Bilimsel Araştırma Yöntemi*, 7. Basım, Ankara , 1995.

64. Keppler, A. B. : Postpartum care senter : follow- up care in a hospital- based clinic. JOGNN, 24 : 1, 17 - 21, 1995.
65. Koinak, R. M.: Maternity Nursing. Family, Newborn and Women's Health Care. Seventeenth Edition, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1992.
66. Kızılkaya,N.: Annelerin erken lohusalık dönemindeki ilgilerinin belirlenmesi. Perinatoloji Dergisi, 4: 4 , 245- 248, 1996.
67. Lemmer, S.C. : Early discharge: outcomes of primipars and their infants. JOGNN, 230-236 july/ August , 1987.
68. Lorenzi, E. A.: Relaxation episiotomy incisional pain and overall discomfort. Journal of Advanced Nursing, 16, 701 - 709, 1991.
69. Luegenbiehl, D.,L., G. H. Brophy, G.S. Artigue.: Standardized assessment of blood loos. MCN, 15, 241-244, 1990.
70. Lukacs, A. : Issues surrounding early postpartum discharge: effect on the caregiver. J. Perinat. Neonatal Nurs. , 33 - 42, June, 1991.
71. Martin, L., S.J. Reeder.: Essentials of Maternity Nursing. Family - Centered Care. J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1991.
72. Martin, L.L., S.J. Reeder.: Clinical Manual for Essentials of Maternity Nursing: Family Centered care. J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1991.
73. Martin, S., M.A. Tucter, M..M. Breeding.: Hasta Bakım standartları. Çev.: Şeniz Yıldırım, Sosyal sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü Yayını, 457-460, 1989.
74. May, K.,A., L.R. Mahlmeister.: Comprehensive Maternity Nursing: Nursing Process and Childbearing Family. Second edication, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1990.
75. Mercer, R.T., S.L.Ferketich. : Maternal - infant attachment of experienced and inerperenced mothers during infancy. Nursing Research, 43 : 6, 344- 351, 1994.
76. Mercer, R.T.: A theoretical framework for studying factors that Impact on the maternal role. Nursing Research, 30 : 2, 344 -351, 1981.
77. "Measurerent of Maternal and Child Mortalit, Morbidity and Health Care: Interdisciplinary Approaches. Mortality and morbidity due to induced abortion." IUSSP (International Unign for the scientific study of population), Cairo, 4-7 November 1992.
78. Morales- Mann, E. T. : Comparative analysis of the perceptions of patients and nurse about the importance of nursing activities in a postpartum unit. Journal of Advanced Nursing, 14, 478 - 484, 1989.

79. Morten, A., M. Kohl, P. O' Mahoney, : Certified nurse- midwifery care of the postpartum client. a descriptive study. *Journal of Nurse- Midwifery* , 36: 5, 276 - 288, 1991.
80. "Mother - Baby Package. Implementing Safe motherhood in Countries" WHO/FHE/MSM, 11 Geneva ,1994.
81. Nichols, F. H., E. Zwelling.: *Maternal - Newborn Nursing. Theory and Practice*, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1997.
82. O'mara, L.,M., M.C. Buffett.: Early postpartum discharge program evaluation: a nurse management challenge. *Canadian Journal of Public Health*, 82, 65 -66, 1991.
83. Pasinlioğlu, T. : " Doğum Sunu Dönem ve Sorunları," Doğum ve Kadın Hastalıkları El Kitabı. Editör: Anahit Çoşkun. Vehbi Koç Vakfı yayınları, 1. baskı, İstanbul, 1996.
84. "Pekin Deklerasyonu." İstanbul Barosu Dergisi, Kadın Hakları Komisyonu Özel Eki, 31- 32, 1996.
85. "Pekine Doğru Avrasya Kadınlar Birliği Kongresi." THD, 45:2, 24-25,1995.
86. Petrowski, D.D. : Effectiveness of prenatal and postnatal instruction in postpartum care. *JOGN*, 386 - 389, eptember / October, 1981.
87. Phillips, C.R. : Why mother - baby care ? . *Lifelines*, 2:1 , 53 -54, 1998.
88. Pillitteri, A.: *Maternal and Child Health Nursing. Care of the Childrearing Family*. J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1992.
89. "Postpartum Nursing Care: Vaginal Delivery." NAACOG OGN Nursing Practice Resource, AWHONN, 1991.
90. Pridham, K. F., D. Lytton, A.S. Change, : Early postpartum transition: progress in maternal identity and role attainment. *Research in Nursing and Health*, 14, 21-31, 1991.
91. Probst, C:L., J. Rush . : The careplan knowledge base. a prototype expert system for postpartum nursing care. *Computers in Nursing*, 8 : 5, 206 - 213, 1990.
92. Quinn, A.O., D. Koepsell, S. Haller. : Breastfeeding incidence after early discharge and factors influencing breastfeeding cessation. *JOGNN*, 26 : 3, 289-294, 1997.
93. Rhode, M.,A., M.K.Barger.: Perineal care, then and now. *Journal of Nurse -midwifery*, 35: 4, 220 -230, 1990.
94. Righard, C., M. O. Alade.: Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *The Lancet*, 336, 1105 - 1107, Nov. 1990

95. Rudledge, D.L, K.F. Pridham. : Postpartum mothers' perceptions of competence for infant care. JOGNN, 185- 187, May/ June, 1987.
96. Rush, J. P., R.K. Valaitis.: Postpartum care: home or hospital. The Canadian Nurse, 29-31,May, 1992.
97. Santiso, R.: Güvenli annelik ve aile planlaması. Çev.: Nazlı Fırlalı, THD, 44:1, 26-29,1994.
98. Savaşır, I. : Ölçek uyarlamasındaki sorunlar ve bazı çözüm yolları. Türk Psikoloji Dergisi, 9 : 33, 27-32 , 1994.
99. Saylam, N.: "Erken postpartum dönemde annelerin perine ve meme bakımına ilişkin bilgi düzeyleri." Hacettepe Üniversitesi, Yayınlanmamış Master Tezi, Ankara, 1990.
100. "Seçilmiş Göstergeler." Devlet İstatistik Enstitüsü, Ankara, 1997.
101. Sheil, P., Bull, M., J., Moxon, B., E., et all. : Concerns of childbearing women : a maternal concerns questionnaire as an assessment tool . JOGNN , 24: 2, 149-155, 1995.
102. Simpson, K.R., P..A. Creehan.: Perinatal Nursing. J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1994.
103. Smith - Hanrahan, C., D. Deblos. : Postpartum early discharge impact on maternal fatigue and functional ability. Clinical Nursing Research, 4 : 4, 50 - 66, 1995.
104. Spellbring, A.M. : Nursing role in health promotion. Nursing Clinics of North America, 26: 4, 805- 813, 1991.
105. Stolte, K., S.T. Myers, W.L.Owen.: Changes in maternity care and the impact on nurses and nursing practice. JOGNN, 23 : 7, 603 -606, 1994.
106. Şirin, A., Ü.Demir, N. Dereli.: Emzirmeye etki eden sosyo demografik faktörlerin incelenmesi. Ege Üniversitesi hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5:3, 1-13, 1989.
107. Taşkın, L.: Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Birleştirilmiş ve Geliştirilmiş Baskı, Sistem Ofset, Ankara, 1995.
108. Tekin, N., H.Ekizler, F. Engin.: Yenidoğan sağlığının postpartum depresyon ve emzirme tutumuna etkisinin İncelenmesi. HB, 10: 39, 15- 26, 1996.
109. Tezbaşaran, A. : Likert Tipi ölçek Geliştirme Klavuzu. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1996.
110. "The World Health Report 1997." Conquering Suffering Enriching Humanity Report of The Director. World Health Organization , Genova , 1997.

111. Tomanbay, İ.: Ana Çocuk Sağlığında Sosyal Boyut. Doruk Yayınları, 1. Baskı, Ankara, 1992.
112. Tribotti, S., S.Blackburn, M. Stein,: Nursing Diagnoses for postpartum woman. JOGNN, 410 - 416, November/December, 1988.
113. Tuğrul, C. : Gençlik dönemindeki aile sorunlarını değerlendirme ölçeği faktör yapısı, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikoloji Dergisi, 11 : 36, 25-43, 1996.
114. Tulman, L., J.Fawcett, L. Groblewski, : Changes in functional status after childbirth. Nursing Research, 39 : 2 , 70 - 75, 1990.
115. Tulman, L., J. Fawcett. : Return of functional ability after childbirth. Nursing Research, 37: 2 , 77 - 81, 1988.
116. Türkay, F., S. Özcan, Y. Taranto.: Sağlık İnsangücü Mevcut Durum Raporu. SB Sağlık projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, 1996.
117. "Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum Analizi." TC - UNICEF İşbirliği Programı, Ankara,1991.
118. "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993." Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Macro International Inc., Ankara,1996.
- 119."Türkiye Üreme sağlığı Hizmetleri Durum Analizi araştırması 1994. Seçilen İllerde Yürütülmüş Bir Çalışma." SB AÇSAP Genel Müdürlüğü, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD, The population council, AVSC International, Ankara,1995
120. "Türkiyede Kontraseptif Kullanımı, Düşükler ve Ana Sağlığı hizmetleri." SB /AÇSAP Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Macro international Inc., Ankara, 1996 .
121. " Ulusal AP Hizmet Rehberi .AP ve Üreme Sağlığı." TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve AP Genel Müdürlüğü, 2. Basım, Ankara, 1995.
122. " UNICEF Dünya Çocuklarının durumu 1997." Direktor: Carol Bellamy. Ankara, 1997.
123. " UNİCEF Dünya Çocuklarının Durumu 1999." Direktor: Carol Bellamy. Ankara, 1999.
124. Üstünsöz, A., N. İnanç.: Epizyotomi iyileşmesinde sıcak ve soğuk uygulamaların etkisi. I. Ulusal perinatoloji Hemşireliği Sempozyumu Özet Kitapçığı, İstanbul,1996
125. Vezeau, T.M., D.A. Hallsten.: Making the transition to mother-baby care. MCN, 12, 193 - 198, 1987.

126. Vural,G., G.Akkuzu.: Normal vaginal yolla doğum yapan primipar annelerin doğum sonu 10. günde depresyon yaygınlıklarının incelenmesi. Cumhuriyet üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2: 1, 1999.
127. Vural, G., N. Akan.: Annelerin doğum sonu dönemde ev ortamında kendi bakımları ve bebek bakımı ile ilgili karşılaştıkları sorunlar ve bu sorunlara yönelik uygulamalar. H.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2:1, 37- 49,1995.
128. Waldenström, U. : Women' satisfaction with birth center care: a randomized, controlled study. Birth, 20 : 1, 3 -11, 1993.
129. Walker, L. O., E. Thompson.: Mothering behavior and maternal role attainment during the postpartum period. Nursing Research, 35: 6 , 352 - 355, 1986.
130. Walker, L.O., H. Crain, E. Thompson. . Maternal role attainment and identity in the postpartum period: stability and change. Nursing Research, 35: 2, 68 -71, 1986.
131. Watters, N. E., C.M. Kristiansen. : Two evaluations of combined mother - infant versus separate postnatal nursing care . Research in Nursing and Health, 18, 17 - 26, 1995.
132. Watters, N. E.: Combined mother-infant nursing care. JOGNN, 478 - 483, November /December, 1985.
133. Watters, N., E., C.M. Kristiansen.: Evaluating hospital postnatal nursing care: development of the instruments. Research in Nursing and Health,12: 299-305, 1989.
134. "Womens Health; the Common Health Fund Survey." Editors: Marilyn M. Flalik, Karen Scott Collins. The Johns Hopkins University press, Baltimore and London, 1996.
135. Yalçın, M., M. Bardak.: Sağlık istatistikleri 1996. Sağlık Bakanlığı Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, Ankara, 1997.
136. "Yaşam Sağlık ve Çevre." Editor: Ümit Seviğ. DSÖ, Lemon Hemşire Eğitim Materyali, 1997.
137. Yiğitbaş, S.: " Hastane kayıtlarından anne ölümleri ve nedenleri araştırması " Çoğaltılmış HÜ Halk sağlığı Anabilim Dalı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1998.
138. Yıldız, A.: Toplumumuzda kadın sorunları. HB, 9 : 35, 45-52, 1995.
139. " 21. Yüzyılda Herkes İçin Üreme Sağlığı ve Hakları - Uluslararası Nüfus Kalkınma Konferansı 1994." Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü yayını, Ankara, 1995.

A decorative graphic consisting of a series of parallel diagonal stripes in shades of pink and white, forming a wide, horizontal band across the center of the page.

E K L E R

EK-1: Doğum Sonu Hemşirelere Verilen Eğitim Materyali

DOĞUM SONU

FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER

VE

HEMŞİRELİK BAKIMI

Öğr. Gör. Hatice YILDIZ ERYILMAZ

*M.Ü. HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU
Kadın sağlığı, hastalıkları ve
doğum hemşireliği AD.*

Loğusalık, puerperium, postpartum olarak da adlandırılan doğum sonu (DS) dönem ; doğum eyleminin sonlanmasıyla, plasenta ayrıldıktan sonra doğumun 4. fazıyla başlayan 6-8 haftalık bir süreçtir. Bu dönemde, genital ve ekstragenital organlarda gebelik ve doğuma ilişkin anatomik ve fizyolojik değişikliklerin geriye dönüşü söz konusudur. Çok hızlı bir fizyolojik değişimin olduğu bu döneme uyum sağlamaya çalışan annede psikolojik ve davranış değişiklikleri de gözlenir. Hemşirelik bakımı, bu fizyolojik ve psikolojik değişikliklere yöneliktir. Bu dönemde kadının nitelikli, titiz ve dikkatli bir bakıma ihtiyacı vardır. Çünkü kadının ileriki yaşamındaki sağlık düzeyi, aldığı bakımın niteliği ile yakından ilgilidir.

DOĞUM SONU FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER

Doğum sonu dönemde anne organizmasında meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişiklikler, gerileyici (retrogressive) ve ilerleyici (progressive) olaylarla karakterizedir. Genital ve ekstra genital organlardaki değişikliklerin gebelik öncesi duruma dönmesini içeren retrogressive olaylar 2 mekanizmayla gerçekleşir. bunlardan biri, katabolik etki yaratarak gebelikteki değişimleri geriletken **involüsyon**, diğeri de lezyonların tamirini gerçekleştiren **rejenerasyon** sürecidir. Progressive değişiklikler ise laktasyona hazırlanan göğüslerde meydana gelir. DS. anne organizmasında olan değişiklikler, postpartum ilk 2 haftada çok hızlı, daha sonra yavaş olarak gerçekleşir. Ancak bu dönüş hiç bir zaman tam olmaz.

GENİTAL SİSTEM DEĞİŞİKLİKLERİ

UTERUS

İNVOÜSYON : Uterusun doğumdan sonra normal biçimine, ölçülerine ve pozisyonuna dönmesi, doğumun 4. evresiyle başlar. Plasentanın çıkarılmasından hemen sonra, uterus sert bir doku kütlesi halini alır. Uterus fundusu yaklaşık olarak umblikus ile symphysis pubis arasında yada biraz yukarıdadır. Erken postpartum periodta fundus umblikus seviyesine yükselir. DS. Uterus involüsyonu hızlı olarak devam eder, involüsyon sürecinde fundal yükseklik, sınır işareti olan umblikusla ilişkili olarak günde yaklaşık 1 parmak (1-2 cm) geriler. Fundus DS. 9-10. günde fundus simphysis pubis düzeyindedir ve palpe edilemez. Emziren kadınlarda ve primiparlarda involüsyon süreci daha hızlıdır.

UTERUS ÖLÇÜLERİNDE AZALMA: Uterus involüsyonunda birbirine entegre 2 süreç vardır. 1) Uterus kontraksiyonları 2) Otolisis. Otolisis miyometrial hücrelerdeki proteinin katabolik işlemidir, dökülen hücreler reabsorbe olur. Kontraksiyonların sıklığı, güçlülüğü uterus ölçülerindeki geriye dönüşümün hızlanmasını sağlar. Doğumdan sonraki ilk 24 saat içerisinde uterus sert, relaks, küresel ve kontraktedir. DS. yaklaşık olarak 16-20. gestasyon haftası ölçülerinde olan uterus 1000 gr ağırlığında, 14 cm uzunluğunda ve 12 cm genişliğindedir. Uterusun ağırlığı, doğumdan 1 hf. sonra 500 gr., 2 hf. sonra 350 gr. ve 6 hf. sonra 50-50 gr. dir..

ENDOMETRİAL DEĞİŞİKLİKLER: Doğumun 4. evresinde, uterus kontraksiyonları plasental alanı yaklaşık olarak doğum öncesi ölçülerinin yansına düşürür.

Kan kaybını ;

1. Annenin kan damarlarının kompresyonu (sıkıştırılması) ki bu dönemde desidual sinüsler esnektir.

2. Desidual sinüslerin kompresyonu

3. Yumuşak desiduadaki damar ağzlarında pıhtı oluşumu kontrol eder.

Lökositler plasentanın ayrıldığı alanı çevreleyen dokuya, desidual sinüslere ve diğer kan damarlarına infiltrat olur. Postpartum 2. günde doku nekrozu başlar. Postpartum 3. günde uterus endometriumunun rejenerasyonu başlar ve hızla ilerler. Uterusun, plasentanın yerleşim alanı dışında kalan endometrial dokusu 3. haftanın sonunda eski görevini üstlenir duruma gelir. Plasental alanın reepitilizasyonu ve infarkt (ölü) dokunun komple soyulup değişimi için diğer bir 2 ile 3 haftaya ihtiyaç vardır, DS. ortalama 6-8 hf. sonra plasental alandaki rejenerasyon tamamlanır.

LOCHİA

DS. başlayıp 3-4 hf süren vaginal akıntıdır. Doğumdan hemen sonra, lochia'nın hemen hemen tamamını kan oluşturur. Açık sinüsler sıkıştırılır ve kan komponentleri azalır, kan damarlarında pıhtı oluşumu başlar. Ekşimsi bir kokusu olan bu akıntının içeriğini; desidua atıkları, serum, mukus, kan, lenfosit, lenfatik sıvı, verniks

kaseosa,lanuga oluşturur. Lochianın toplam miktarı 400 ila 1200 ml. arasındadır. Normal spontan doğum yapmış + emziren kadınlarda, miktar fazla , süresi kısadır. Sectio ile doğum yapmışlarda ise; geç başlar, süre uzundur. Lochia involüsyon süresince 3 farklı özellik gösterir. Lochia rubra; çok az miktarda mukusu olan kan desidüa parçaları ve plasentanın ayrıldığı bölgeden dökülen yıkım hücrelerinden oluşmaktadır. DS. ilk 3-4 gün sürer. Miktarı fazla ve zaman zaman küçük pıhtılar içerir. Doğumdan sonraki 6 ile 24 hafta içinde endometrial kavite siterildir.Buna rağmen vaginal bakteri konteminasyonunda yukarı olan göç nekrotik desiduyu kontamine eder; böylece lochial akıntı bakterial gelişime ve lökositoya katkıda bulunur.

3-4 günler içinde, iyileşen yüzeylerden kanın sızmasının azalmasıyla kanlı görünüm yavaş yavaş kaybolur. Lochial akıntı daha seröz(sulu) görülür, renk aşama aşama pembemsi kahverengiye dönüşür. Bu akıntı Lochia seroza olarak adlandırılır. DS. 4-10. günler arasında görülür, miktarı daha azdır ve kokusuzdur. Plasental alandaki involusyonda ilerleme, lochial sıvı miktarında azalma, lökositoz ve yıkımının artmasına neden olur. Postpartum 10 günde lochia sarı-beyaz ile beyaz renk arasındadır ve lochia alba adını alır. Involüsyon tamamlanıncaya kadar sürer.

Lochianın niteliği, kadınlar arasında farklılık gösterir. Lochial akıntı sıklıkla multipar kadınlarda miktar olarak fazladır. Genellikle lochia miktarı en fazla postpartum 3 ya da 4. günlerdedir, bu akıntı daha sonra hızla azalır ve 3. haftanın sonunda akıntı genellikle biter. Bununla birlikte, kahverengimsi mukoid bir akıntı birkaç günden fazla sürebilir. Lochianın karakteristik özellikleri menstrual akıntıyla benzerdir, kokusunda kötü hijyen ve enfeksiyon etkilidir.

SERVIKS

Doğumdan hemen sonra, serviks ve alt uterin segmentler ince, kollabe ve az bir tonüse sahiptir. Serviks external os yumuşak ve ödemlidir, multiple küçük laserasyonlar vardır. Servikal os 2 parmak açıklıkta ve 1 cm kalınlıktadır, açıklık aşamalı olarak DS. 6-8 günde kapanır ve external os asla gebelik öncesi duruma dönemez. Bu durum emmet yırtığı olarak adlandırılır. Serviksteki involüsyon 6 hf. sürer, aşırı zedelenme varsa 3-4 ay sürebilir.

VAGİNA ve İNTRAITUS

Doğum kanalındaki destek dokular ve yumuşak dokulardaki bazı hasarlar her doğuma eşlik eder. Primiparlarda özellikle fasianın altında ve vaginal kasta çok sayıda küçük yırtıklar oluşabilir. Bu yırtıkların oluşma nedeni, doğumun verdiği gerginlik ve basıncın daha önceden doğum kanalında mevcut olmaması; primiparların dokusunun daha sert olup fetüsün inişine daha fazla /büyük direnç göstermesidir.

Doğumdan sonra vagina; tonüsü düşük, yumuşak, ödemli, düzgün ve hipertroftiktir. Normal tonüsüne aşamalı olarak döner, fakat vaginanın nullipar duruma dönmesi nadirdir. 3. postpartum haftasında kıvrımlar yeniden ortaya çıkar, birçok kıvrımda görülen geçici düzleşme kalıcı olabilir. Ayrıca, doğum yapan kadında kıvrımlar nullipar kadınlardaki gibi sık değildir.

DS. 3 ya da 4. hafta vaginal epitel hücrelerinin mikroskopik incelemesinde östrojen eksikliğine bağlı olarak atrofi gözlenir. Plasentanın ortadan kalkmasıyla ilgili olan göreceli östrojen eksikliği, vaginal lubrikasyondaki yoksunlukta, vazokonjesyondaki azalmada ve seksüel cevaptaki azalmada etkilidir. Postpartum 6-10. haftalarda östrojen normal seviyesine gelir.Emzirenlerde over fonksiyonları geç olduğu için geriye dönüş daha uzun sürer.

Doğumdan hemen sonra intraitus kırmızı ve şiştir. şayet laserasyonlar oluşmuşsa ya da epizyotomi yapılmışsa kızarıklık ve ödem onarılan bölgede daha belirgindir. Büyük laserasyonlar ya da yetersiz onarımlar perineal tabanda relaxı geciktirebilir. Enfeksiyon ya da hematomların yokluğunda intraitus hızla iyileşir, intraitus DS.ki 2. haftada gebelik öncesi duruma döner ve çoğu kadında perineal ağrı biter.

FALLOP TÜPLERİ

Düşmüş östrojen seviyesine cevabı ortaya çıkarmak için yapılan mikroskopik incelemede sekresyon hücrelerinin boyutunda küçülme, silial hücrelerin sayısında ve boyutunda azalma ve tubal epitelyumda atrofi belirgindir. Aşağı yukarı postpartum 4. günde tubal lümende görülen nonbakteriyal enfeksiyon geçicidir. Doğumdan 6-8 hafta sonra normal östrojen seviyesine dönme, iyileşmeyle tubal epitelyum menstrual siklusun erken foliküler fazıyla uyumlu görülür.

HORMONAL DEğİŞİKLİKLER

OVULASYON ve MENSTRUASYON

Plasenta hormon üretiminin ortadan kalkmasıyla östojen ve progesteronun kandaki seviyesi azalır, normal hipotalamik-hipofiz-over feedback siklusu yeniden harekete geçirir. FSH ve LH seviyesi dereceli (aşama aşama) yükselir, fakat bu yükselme normal menstrual siklustakinden daha düşüktür. Normal ovarian fonksiyonun ovulasyon ve menstruasyonun geri dönmesini çoğunlukla annenin bebeğini emzirip emzimesi belirler.

Emzirmeyen kadında, FSH ve östrojen seviyesi postpartum 3. haftada foliküler fazdaki seviyesine doğru artar. Emzirmeyen kadın menstruasyonu doğumdan 6-8 hafta sonra deneyimler, buna rağmen ilk 6 hafta içinde oluşan ilk menstruasyon nadiren ovulasyonludur. Çoğu kadında ilk/başlangıç ovulasyon yaklaşık olarak postpartum 10. haftada oluşur. 28 günden daha az emziren annelerde de ovulasyonun başlangıç zamanı benzerlik gösterir. Emzirmeyen kadınları % 70'i postpartum 12. haftada ilk menstruasyonlarını deneyimlerler, gelecek 24. haftada bu düzey % 80'e ulaşır.

Emzirme gecikmiş ovulasyonla ilgilidir. Menstrasyonun dönüşü emziren kadınlarda daha aşamalıdır. Emziren kadınlarda postpartum 12. haftada sadece %45'inde menstrual period başlar, 36. haftada ise % 55-75 oranında menstruasyon geri döner. İlk postpartum ovulasyondan bir ya da daha fazla anovulatuvar siklusun önceden olması çok yaygındır. Ayrıca emziren ve emzirmeyen kadınlar arasında ilk ovulasyon zamanı genellikle farklıdır. Araştırmacılar, emziren kadınlarda ovulasyonu gösteren endometrium salgısını incelemiş ve ovulasyonun postpartumun en erken 33. gün, en geç 422. günde olduğunu belirlemişlerdir.

DS. amenorenin sebebi tam olarak bilinmemektedir. Prolaktin hormonunun en yüksek konsantrasyon piki doğuma yakın zamandır. Emzirmeyen kadınlarda prolaktin seviyesi DS. 2 hafta içinde düzensiz bir şekilde azalır. Emziren kadınlarda ise, emme fonksiyonu ve emzirme işlemi erken postpartum dönemde kandaki prolaktin seviyesinin belirgin şekilde artmasını sağlar. Serum prolaktin seviyesini, emzirmenin gerçekleştirildiği her bir gün sayısı ve günde kaç kez emzirdiği etkiler. Yüksek prolaktin seviyesi, şayet emme her bir günde 6 kezden daha fazla şekilde sürerse 1 yıldan daha fazla yüksek olarak kalır. Prolaktin normal bazal değerine günde sadece 1-3 kez emzirme durumunda daha çabuk ulaşır. Normal östrojen seviyesine dönüşte laktasyonla gecikir, FSH, LH gibi normal gonadotropinlerin dönüşü emziren kadınlarda oluşur ya da oluşmaz. Ovulatuvar menstruasyonun gecikmesinde, hipofizer gonadotropinlere ovarian cevabı geçici olarak laktasyonun baskılanmasının neden olduğu öne sürülür

İlk ovulasyon ve ilk menstruasyon için ortalama süreler

	İlk ovulasyon için ortalama zaman	İlk menstruasyon için ortalama zaman
Emzirmeyen kadınlar	10.2 hafta	7-9 hafta (ilk menstruasyon genellikle anovulatuvar)
Emziren kadınlar	17 hafta* 28 " **	30-36 hafta (Laktasyon süresine bağlı)

* ; 3 ay emzirenlerde

** ; 6 " emzirenlerde

MEMELER

Gebelikte laktasyona hazırlık için memelerde ilerleyici değişiklikler olur. Östrojen ve progesteron hormonu stimülasyonu altında memelerin lob, lobülleri gelişir ve lakteferus sinusların dallanması ve uzamasını kolaylaştırır. Gebelikte memelerin gelişimine katkıda bulunan diğer hormonlar, ön hipofizden salgılanan prolaktin, maternal adrenal glandlardan salgılanan kortizol, hPL (human plasental laktojen) ve insülin'dür. Prolaktin laktasyonun başlamasında merkezi rol oynar. Gebelikte 5. aydan itibaren achini keseciklerinden süt salgılanmaya başlar. Bununla birlikte; gebelikte prolaktin fonksiyonları östrojen ve progesteronun yüksek seviyesi nedeniyle baskılanır.

Laktasyonun başlaması: DS: plasentanın ayrılmasıyla, östrojen ve progesteron seviyesi düşer. Prolaktinin ön hipofizden salgılanması artarak devam eder. Memelerde kan dolaşım debisi artar, derideki venalar belirginleşir, memelerde gerginlik ve hassasiyet artar, emme ilede kolostrum boşalmaya başlar. Prolaktin hormonu achini keseciklerinde süt üretimini artırırken, oksitosin hormonu da alveol ve süt kanalları saran myoepiteli kasarak sütün alveollerden kanallara, oradan sinüs lakteferuslara ve meme uçlarına hızlı bir biçimde akmasını sağlar. Ayrıca oksitosin hormonu ve emzirme, myometrium kontraksiyonlarını artırarak involüsyon sürecini hızlandırır.

DİĞER SİSTEMİK DEĞİŞİKLİKLER

KARDİOVASKÜLER SİSTEM

Doğumu izleyen birkaç gün içinde kalp hızı, kan basıncı, O₂ tüketimi ve total vücut sıvısı gebelik öncesi seviyeye döner. Gebeliğin sebep olduğu major dolaşım değişikliklerinin çoğu doğumu izleyen 2 hf. içinde ortadan kalkar.

KARDİAK OUTPUT : Plasentanın ayrılmasından hemen sonra sirkülasyondaki kanvolümünün artmasıyla kardiyak output artar. DS. en az 48 saat gebeliğin sebep olduğu kardiyak output ve stroke volümdeki artış devam eder. Çünkü plasental sirkülasyonun kaybıyla uterin kan akımı azalmış ve venöz dönüş artmıştır. DS. 2 hf.

İçinde oluşan kardiyak outputta % 30 azalma olur.Kardiyak output gebelik öncesi seviyeye postpartum 3. hf. da döner.

KAN VOLÜMÜ : Gebeliğe bağlı olarak oluşan kan volümündeki artış, maternal sirkülasyonda 1000 ml ya da daha fazla bir yük getirir; termde total kan volümü 5 ila 6 litredir. Normal vaginal doğumla ortalama kan kaybı 500 ml. dir; sectio sezeryan doğumda bu 1000 ml. ya da daha fazla olabilir.

Postpartum periodta kan volümündeki değişiklikler hızlıdır. DS. 12 - 48 saat arasındaki postpartum diürezin sebebi de sirkülasyondaki kan volümündeki % 15 - %30 luk geçici artıştır. Normal vaginal doğumlarda 72 saat içinde,gebeliğe bağlı oluşan total kan volümündeki artış % 16 azalır.Postpartum 3- 4. hf. da total kan volümü gebelik öncesi seviyeye düşer.

KAN ÖZELLİKLERİ : Gebelikteki yüksek östrojen seviyesi protein yağ sentezi üzerine etkilidir, sonuçta serbest yağ asitlerinin üretimi, kolesterol,trigliseritler, lipoproteinler,fibrinojen ve diğer pıhtılaşma faktörleri artar.Gebeliğin hiperkuagülasyonu postpartum period içinde devam eder.Fibrinojen seviyesi ve sedimantasyon hızı doğumdan sonraki 3 hf. içinde normale döner.

Belirgin lökositöz doğum eylemi esnasında oluşur ve erken postpartumda devam eder,kan değerlerinde lökosit sayısı 30.000/ml yüksekliğe erişebilir.Hb,hct ve eritrosit sayısında iniş çıkışlar olabilir,fakat doğum eylemi esnasındaki seviyenin altına düşmez.Eritrosit sayısı ve hct sıklıkla yükselmesi ve diürez esnasında plazma volümünün aşırı kaybı DS. hemokonsantrasyon sebebidir. Pıhtılaşma faktörlerinin DS. bir süre yüksek kalması tromboz, emboli riskini artırır. Bununla birlikte anne DS. erken ayağa kaldırılmalıdır. Ayrıca, sepsis ve doğum travmalarından korunmalıdır.

NABİZ: DS. sıklıkla geçici bradikardi vardır, nabız hızı 40-50 atım/dk dır.Postpartum bradikardi, kardiyak output, stroke volümde artış ve doğum eylemi esnasında sempatik sinir sistemi aktivitesindeki artışa cevap olarak oluşan vagal hiperaktivite gibi normal hemodinamik değişiklikler sonucunda oluşur.Fizyolojik bradikardi genellikle 24-48 saat devam eder, 7-10 gün içinde normale döner. Doğumdan hemen sonraki taşikardi, anne kalp hastası olmadıkça kanama, şok belirtisidir.

KAN BASINCI : Diastolik ve sistolik değerler doğum sürecine fizyolojik cevap olarak normalin biraz altındadır. Doğumdan hemen sonra geçici bir yükselme görülebilir, bu durum 5-6 saat içinde normale döner. Kan basıncı DS. 140/90 mm Hg veya üzeri devam ederse postpartum gestozdan bahsedilir. DS. belirgin hipotansiyon kanama belirtisidir.

SOLUNUM SİSTEMİ

Gebelikte progesteron, alveoler seviyede hiperventilasyona neden olur, O₂ saturasyonu artmıştır,CO₂ basıncı düşüktür.Doğum esnasında, gebeliğe bağlı olan respiratuar alkalozis ve metabolik asidoz değişikliğiyle CO₂ basınç düşüklüğünü karşılar. Kan PH artar ve hipocapnia oluşur. Erken postpartum döneminde PH düşüktür ve DS. birkaç gün içinde progesteronun azalmasına bağlı olarak PH ve PCO₂ artar 3 hf. normale döner.

Abdominal basınçtaki değişiklikler ve toraks kapasitesindeki artış sonucu pulmoner fonksiyon değişiklikleri hızlanır. Azalan solunum kapasitesi, vital kapasite ve maksimum solunum fonksiyonları doğumu izleyen 6 ay içinde gebelik öncesi seviyeye döner.

ÜRİNER SİSTEM :

Gebelikte oluşan üriner sistem fonksiyon değişiklikleri gebelik öncesi seviyeye erken postpartum periodta döner. Mesane ve üreterlerin dilatasyonu DS. 5 gün içinde geriler. Glomerüler filtrasyon hızı ve kreatinin seviyesi DS. 6 hf. içinde gebelik öncesi düzeye ulaşır. DS. mesane kapasitesi artar ve boşaltım yeterli değildir.DS. plasentanın ayrılmasıyla progesteron seviyesinin düşmesi, involüsyon süreciyle oluşan katabolik olaylar, kan volümündeki artış glomerüler filtrasyon hızını artmasına ve dolayısıyla diürezin artmasına neden olur. DS. günlük diürez ortalama 3000 ml. dir. DS. involüsyona bağlı oluşan katabolik olaylar sonucu ilk birkaç gün proteinürü, glikozürü, asetonüri görülür.

GASTROENTESTİNAL SİSTEM :

Çoğu kadında DS. 2-3 gün içinde, postpartum diürez, vücut terlemesine bağlı oluşan sıvı kaybı nedeniyle susuzluk hissi vardır. Konstipasyon erken postpartum dönemde yaygındır, dikişler ya da hemoroidlere bağlı ağır defekasyona engel olabilir. Gastroentestinal sistemdeki değişiklikler DS. 2 hf. içinde normale döner.

KİLO KAYBI : DS. kilo kaybı ortalama 9-10 kg. dır. Bu kilo kaybı ;

- Fetus ve plasenta; amniotik sıvı ve doğumdaki kan kaybı nedeniyle ortalama 5.5- 6 kg.,
- İlk postpartum haftasında diürez ve terlemeyle 2.5- 4 kg.,
- Uterus involüsyonu ve lochia ile 1 kg. dır.

DERİYLE İLGİLİ DEĞİŞİKLİKLER

PİGMANTASYON DEĞİŞİKLİKLERİ : Gebe kadınların yaklaşık % 90 nında pigmentasyon değişiklikleri olur. Östrojen ve progesteronun seviyesindeki yüksekliği bağlı olarak melanin aktivitesinde artış görülür. Gebeliğin indüke ettiği kloazma, meme uçlarının, areolanın hiper pigmentasyonu linea nigra DS. dereceli olarak azalır.Buna rağmen, koyu renk olan bu bölgeler regresyona uğrar, deri gebelik öncesi özelliğine dönmeyebilir, ve bazı kadınlarda koyu pigment kalıcı olabilir.

VASKÜLER DEĞİŞİKLİKLER: Düşen östrojen seviyesi, damarlardaki örümcekleşmenin benlerdeki koyulaşmanın, avuç içindeki kızamıklığın ve gebeliğe bağlı gelişen doğal vasküler değişikliklerin gerilemesine neden olur.Gebeliğe bağlı gelişen diğer deri lezyonlarının çoğu spontan olarak geriler. Ö; diş etlerinin granülomasi.

BAĞ DOKUSU DEĞİŞİKLİKLERİ: Deri altında uzanan elastik liflerin rüptürü nedeniyle oluşan strialar genellikle olduğu gibi kalırlar. Zamanla striaların rengi solar ve gümüş renginde görülür.

SAÇLA İLGİLİ DEĞİŞİKLİKLER: Gebelikteki östrojen seviyesi saçın gelişimi için gerekli olan zaman süresinin uzunluğunu ve saçın gelişim oranını (saçın gelişimi ve uzamasını) azaltır.Östrojenin postpartum periodta gerilemesi saç dökülmesi, geçici saç kaybının nedeni olabilir.Saç kaybının derecesi genellikle farklılık göstermez ve yeniden gelişmesi tedavisiz, aşamalı olarak oluşur.

KAS-İSKELET SİSTEMİ

PELVİK KASLAR VE FASİAL DESTEK: Gebelik, travay ve doğum esnasında uterus, overler ve tubaların destek dokuları aşırı gerilme ve uzamaya maruz kalırlar. Broad ve round ligamentlerin normal ölçüsüne, tonüsüne ve pozisyonuna tekrar dönmesi için uzun bir zamana ihtiyaç vardır.

Uterusun ve vaginanın muskular ve fasial destek dokuları doğum esnasında zedelenebilir.Uterus, vaginal duvar, rektum,uretra ve/veya mesane destek dokularının uzaması ve zayıflaması gelecekte pelvik relaksasyona neden olabilir. Pelvik reaksiyonun en yaygın tipleri; rektosel,enterosel,sistosel,üretrosel ve uterus prolapsusunu içermektedir.Pelvik reaksiyonun bulgu ve septumları menapozda düşen östrojen seviyesinin güçlü etkisi ve fasiada atrofik değişiklikler olduğu zaman görülür.

ABDOMİNAL DUVAR: Abdominal duvarda gebelik nedeniyle oluşan aşırı gerilme kısmen iyileşir. Fakat bazen yumuşak, esnek ve sarkık kalabilir.Abdominal dokularda involüsyon süreci en az 6 hf.ya ihtiyaç gösterir.Abdominal duvarlardaki kas tonüsü yeniden sağlanabilir, onlar aşamalı olarak orjinal durumlarına dönerler. Buna rağmen, şayet bu kasların tonüs kaybı, belirgin yırtılma ve ayrılması varsa, rektal kasların abdominal organlara olan desteklerinde de azalma oluşabilir. Abdominal tonüs, egzersiz, istirahat ve diyetle tekrardan kazanılabilir.

EKLEM MOBİLİTESİ: Gebelikte hormonlar , kıkırdak(bağ ve fibrinojen dokudan zengin kıkırdak doku) üzerine etkilidir ve bu etki postpartum periodta geriye döner.

DOĞUMDAN SONRA, DOĞUMA FİZYOLOJİK CEVABIN KLİNİK GÖRÜNÜŞÜ

Fizyolojik cevap	Klinik görünüş
VİTAL BULGULAR	
• Ateş	Doğumdan sonra (DS) ilk 24 saatte dehidratasyon, kan kaybı vb.dolayı vücut ısısında yükselme (37.5- 38oC)olabilir.Doğumdan 24 saat sonra kadın afebril olmalıdır.Şayet ateş 2 gün 38oC ya da daha yüksek olarak tekrarlayan veya inatçı bir şekilde devam ederse puerperal enfeksiyon akla gelmelidir.
• Nabız	Doğumdan hemen sonra ve erken postpartum periodda hemodinamik değişiklikler (artan kardiyak output ve stroke volüm) ve vagal cevaptan dolayı FİZYOLOJİK BRADİKARDİ ilk 6-8. günlerde yaygın bir bulgudur.TAŞİKARDİ ;kalp hastalığı ,ağrı,anksiyete,aşırı kan kaybı,enfeksiyon nedeniyle oluşabilir.
• Solunum	DS. genellikle normal sınırlar içerisindedir.Geçici yükselmeler korku,ağrı,aşırı kan kaybına cevap olarak oluşabilir.
• Kan Basıncı	DS.kan basıncında çok az değişiklik olur.Kan basıncındaki düşme aşırı kan kaybıyla ilişkilidir.DS. ilk 48 saatteki yükselme preeklampsiye işaret edebilir.
• Kan volümü	Erken postpartum devresinde Hct ve Eritrosit seviyesindeki yükselme aşırı kan kaybını yansıtabilir.Lökositoz(12-30 bin) ve yüksek sedimantasyon hızı (50-60 mm/saat) enfeksiyon yorumuyla karşıabilir.
Memelerin durumu	Süt sekresyonu genellikle DS. 3 ya da 4. günü artar.
İNVOLÜSYON	
Fundal sertlik ve yükseklik	Postpartumda uterus fundusu sert olmalıdır.Fundal yükseklik ,umblikusla bağlantılı olarak involüsyonun ilerlemesini yansıtır.Fundus sertliğinde ve yüksekliğinde sapmalar 1) Mesane distansiyonu nedeniyle ,uterus kontraksiyonunda yetersizlik ve yer değişikliği 2) uterus atonisi 3) plasenta retansiyonu ya da 4) enfeksiyonla ilişkili olabilir.
Lochia	Lochianın karakteri ve miktarı uterus endometriumunun iyileşme durumunu yansıtır. Aşırı lochia, uterus atonisiyle ilişkilidir. Erken postpartum döneminde ,uterus fundusu kontrakte (sert) olduğu halde parlak kırmızı vaginal kanama servikal,vaginal yırtığı yansıtabilir. Normal lochia durumundan sapmalar (rubra, seroza, alba) plasenta retansiyonu ya da enfeksiyonla ilişkili olabilir.
İESANE DURUMU	
İdrar yapma miktarı ve sıklığı	Mesane tonüsünde azalma ve aşırı distansiyon için potansiyel artış, distansiyon duyarlılığında azalma ;aşırı boşaltım sonucunda olabilir. Aşırı distansiyon mesane tonüsünün dönüşünü geciktirir, mesane fonksiyonlarının gelişmesini bozar ve asendan üriner yol enfeksiyonların gelişmesine katkıda bulunur.
Perine	Belirgin ödem ya da rahatsızlık, idrar yapma ve defekasyonu engelleyebilir. Ağrı, distansiyon, ekimoz hematoma işaret edebilir.
Barsakların durumu	Gastrointestinal motilitedeki azalma konstipasyona neden olabilir.

POSTPARTUM FİZYOLOJİK ADAPTASYON

Değişiklikler	Süresi
• Memeler	Laktasyon 3 ya da 4. gün artar.
• Uterus	Involüsyon hızı günde 1 parmak(1cm)tır.DS. 9 -10. günlerde uterus palpe edilemez. Plasenta ayrılma yerinin iyileşmesi doğumdan 6 hf. sonradır.
• Vagina	Doğumdan sonraki 3 hf. iyileşme olur.Normal östrojen indeksinin iyileşmesi ve vaginal lubrikasyon 6-10. haftalardadır.
• Ovulasyon	Geriyeye dönüş zamanını laktasyon etkiler.Emzirmeyen kadınlarda doğumdan ortalama 10- 12 hf. sonra, emziren kadınlarda ortalama 12-36 hf. sonra ovulasyon olur.
• Kardiovasküler sistem	Doğumdan sonra artan kardiak output ve stroke volüm 48 saat sonra azalır. Total kan volümü, kan kaybı ve postpartum diürezden etkilenir. KVS normal duruma 4 hf. ulaşır.
• Solunum sistemi	DS rezidual volüm, resting kapasite ve maksimum solunum kapasitesi artar. Inspirasyon kapasitesi, vital kapasite ve maksimum solunum kapasitesi azalır. Pulmoner fonksiyonların doğum öncesi duruma dönüşü,DS 6 ay içindedir.
• Üriner sistem	Doğumu izleyen 12 saat içinde diürez başlar.Output DS ki 4-5 gün içinde 3000 ml.dir. Renal fonksiyonun gebelik öncesi duruma dönüşü, iyileşmesi DS ki 6 hf. dır. Mesane nin iyileşmesi 1 hf. sonradır.
• Gastrointestinal sistem	Normal tonüsün ve motilitenin iyileşmesi doğumdan 2 hf. sonradır.
• Muskulo-iskeletal sistem	Abdominal duvarın ivvolüsyonu DS minimum 6 hf. dadır.Abdominal egzersizle tonüs gelişir.

DS. POTANSİYEL FİZYOLOJİK PROBLEM BULGULARI

• Ateş	İlk 24 saatten sonra 38 °C yada daha yüksek sürmesi.
• Nabız	<i>Taşikardi ya da belirgin bradikardi</i>
• Kan basıncı	Hipotansiyon / hipertansiyon
• Enerji seviyesi	<i>Uyuşukluk, aşırı yorgunluk</i>
• Uterus	Doğumdan 24 saat sonra umblikusun üzerinde, yumuşak ve orta hattan yana deviyeye olması.
• Lochia	<i>Aşırı miktarda, kötü kokulu lochia</i>
• Perine	Belirgin ödem,bütünlüğünde bozulma,enfeksiyon bulguları, belirgin rahatsızlık.
• Bacaklar	<i>Homan's bulguları (+),ağrılı,kızarıklık bölge,tibianın yan taraf posterüründe(üst bölgesinde) sıcaklık.</i>
• Göğüsler	Kızamıklık,sıcaklık,ağrı,meme uçlarında çatlak ve yarıklar, meme ucunda içe dönüklük, sertlik(kitle) palpe etme
• İştah	<i>İştahta azalma</i>
• Eliminasyon	<u>Üriner:</u> Yetersiz boşaltım,sık idrar yapma isteği, sıkışma ,dizüri <u>Barsak:</u> Konstipasyon,diare
• İstirahat	<i>İstirahat yada uykuda yetersizlik.</i>

DOĞUM SONU HEMŞİRELİK BAKIMI

Doğum sonu hemşirelik bakımı (DSHB), Doğum sonrası (DS) annenin, bebeğin ve ailenin bu yeni duruma fiziksel ve psiko-sosyal yönden uyum sağlayabilmesi için bakım, eğitim gereksinimlerinin karşılanmasına yardımcı ve rehber olmak üzerine odaklanır. Annenin kişisel ihtiyaçlarını karşılamak, uygun girişimlerde bulunmak ve normalden sapmaları tanımlayıp müdahale edebilmek için hemşirenin bu dönemdeki fizyolojik ve psikolojik adaptasyon üzerine bilgisi olmalıdır.

Hemşire, DS annenin ve bebeğin sağlık durumlarını, sahip olduğu bilgi ve deneyim potansiyeliyle değerlendirmeli ve gereksinimlerine yönelik bakım ve eğitim vermelidir. DS verilen tüm hemşirelik girişimleri, aynı anda eğitim içinde değerlendirilmelidir. Anneler, soru sormaları için teşvik edilip cesaretlendirilmeli ve soruları cevapsız bırakılmamalıdır. DS verilen verileri hemşirelik bakımının niteliği, ileriki dönemde kadın ve çocuk sağlığı üzerinde oldukça etkilidir.

DS. DÖNEMDE BAKIM AMAÇLARI:

- Kanama, enfeksiyon ve diğer fiziksel komp. önlemek.
- DS. fiziksel iyileşmeyi, involüsyonu geliştirmek.
- Fiziksel rahatlık, istirahat, aktivite ve güvenliği düzenlemek.
- Kadının mesane ve barsak eliminasyonuna yardımcı olmak.
- DS. iyileşme, normal involüsyon ve kendi bakımı ile ilgili bilgi ihtiyaçlarını karşılamak.
- Annenin kendi ve bebek bakımı ile ilgili becerisini arttırmak. (Kavramsal Eğitim)
- Annenin kendi ve bebeği ile ilgili oluşabilecek komp. ve yapması gerekenler hakkında bilgi vermek.
- Annenin gereksinimlerine yönelik eğitim vermek.

DS. vital bulgular, memelerdeki değişiklikler, abdomendeki durum, uterin involüsyon bulguları perinenin, epizyotominin durumu, uriner ve intestinal eliminasyon ve Homans'ın bulgularını içeren biofizikal değişikliklerin hemşirelik değerlendirmeleri önemlidir.

POSTPARTUM HEMŞİRELİK DEĞERLENDİRME ÇEKLISTİ

DS. ilk 24^h annenin derecesi, nabızı, solunum ve kan basıncı genellikle her 4^h da bir değerlendirilir.

A- Vital bulgular

B- Memeleri; 1- Deri bütünlüğü (meme ucu esnekliği; bozulmamışlığı, kızarıklık, yara, çatlak durumu)

2-genel dokusu (yumuşak, sert, engojman vb.)

3-Laktasyon durumu (baskılamak;kolastrum,süt)

C- Kann (yumuşak, distansiyon durumu, bağırsak sesleri)

D- Involüsyon

1. Uterus (fundus yüksekliği ve tutarlılığı)

2. Lochia (miktarı, karakteri, tipi)

E- Perine ve perineal bölge (dikişler, ödem, ağrı, hemoroidler)

F- Eliminasyon

1. Üriner (ilk üç boşaltım, miktarı, rengi, karakteri)

2. Barsak (gaz, gaita)

G- Homans' bulgusu (yokluk; mevcudiyeti, sağ/ sol bacak).

H- Diğer: Ağrı yada rahatsızlık şikayeti

1. Karakteristikleri (bıçak keser gibi, tek tük, acı veren,sızlayan ağrı)

2. Rahatsızlığın derecesi (hafif, orta, şiddetli)

3. Lokalizasyonu (lokalize, insizyonal,genel)

4. Sebep (hızlandırıcı nedenler, ilişkili nedenler, ağrıyı azaltıcı rahatlatıcı nedenler)

I- Laboratuvar değerleri;

1. Hct

2. Hb

3. Lökosit miktarı

Şayet postpartum ünitesine kabul edildikten 2 saat sonraki bulgular normal limitlerdeyse, daha sonraki değerlendirim aralıkları doğumu izleyen ilk 24 saat içerisinde dereceli olarak uzatılabilir. Ör; Saatlik, her 2, 4 saatte bir gibi. Hastanede kaldığı diğer günler içinde DS. annelerin fiziksel statülerinin hemşirelik değerlendirmeleri herbir shift yapılır.

DOĞUM SONU HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ ZAMAN VE SIKLIĞI

GİRİŞİMLER

	ZAMAN		
	<u>Ds. ilk 1 saat</u>	<u>Ds. 2-8^h</u>	<u>Ds. 9-24^h</u>
Ta, Nb, soll	15' bir	2 ^h bir	4 ^h bir
Ateş	—	2 ^h "	4 ^h "
İnvölüsyon (Fundus yüksekliği,serliği vb.)	15'	1 ^h "	4 ^h "
Kanama kontrolü(Miktar,renk,pıhtı vb.)	15'	1 ^h "	4 ^h "
Perine bakımı(yırtık, kızanklık, ödem, hematom)	—	4 ^h "	4 ^h "
Epizyotomi bakımı	İlk 1/2- 1 ^h soğuk uyg.	4 ^h "	8 ^h
İdrar yapma/ distansiyon/retansiyon gözlem	—	4 ^h "	4-8 ^h (total volüm)
Laktasyon gözlem	İlk 1/2-1h içinde başlatmak + sık gözlem+destek		
Memelerin durumu	İlk 1 ^h içinde (m.ucu çatlağı,içe çökük) gözlem + sorun var varsa çözümlenmek.		
Barsaklar	—	—	günlük
Hemoroidler	1 ^h	4 ^h bir	8 ^h bir
Trombo-emboli	—	4 ^h "	8 ^h "
Anne - bebek etkileşimi	Her görüşmede gözlem		

Doğum sonu ilk 4 saat teki hemşirelik bakımında annenin fizyolojik gereksinimleri öncelik kazanır. Hemşirelik giriş kısaca maddelersek.

- DS üşüme fazla olduğundan battaniye örtülür, anne rahatlatılır, rahat pozisyon verilir ve annenin açlık,susuzluk İstirahati sağlanır.
- Fundus ve kanama kontrolü ilk 1^h te 15' bir , 2.^h te yarım saatte bir, daha sonra saatte bir yapılır.
- Uterus sertliğine göre uterus masajı yapılır. Gerektiğinde anneyede öğretilir.
- Vulva, yırtık kanaması, hematom ve pıhtılı vaginal kanama durumları gözlenir.
- Yaşam bulguları (TA.Nb. sol.) ilk 1^h te 15' bir, 2.^h te yarım saatte bir, daha sonra stabil oluncaya kadar saatte bir
- İlk 4 saatte idrar yapması sağlanır.(Anne en geç DS ilk 6-8 saat içinde idrarını yapmalıdır)
- Vulva, perinede ödem ve konjesyonu azaltmak için DS ilk 1/2- 1 saatte lokal soğuk uygulama (buz torbası uygu yapmak.
- Laktasyon (emzirme) sürecini başlatmak.
- Anne bebek etkileşimini sağlamak şeklinde sıralayabiliriz.

DS SERVİSİNDEKİ HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ:

■ **Annenin servise kabulü,rahatlatılması (giysi,hijyen,beslenme vb.), ağrının hafifletilmesi.**

■ **Yaşam bulgularının takibi :**

TA: DS kan basıncında normalinde belirgin değişiklik olmaz. ilk ambulasyonda bayılmaya karşı(ortostatik hi vb.bağlı) kadına yardımcı olunur. DS annenin tansiyonunda yükselme ; Krm. hipertansiyon ya da preeklampsi olabilir. DS ilk 72 saat içinde TA da yükselme preeklamsi belirtisidir , dikkatle gözlenmelidir. Hipotansiyon var kanama, şok, emboli açısından anne değerlendirilmelidir. Hemşire Hipertansiyon/ hipotansiyona bağlı olarak an verebilecek potansiyel durumları önceden saptayıp önlem almalıdır. Patolojik durumların varlığında Dr haber ve kaydetmelidir.

NABİZ: DS normalde bradikardi görülür.Taşikardi varlığında anne kalp hastalığı açısından değerlendirilir. Şay kalp hastalığı yoksa hızlı, ipliksi nabız (100 ya da üzeri atım /dk) varsa buna hipotansiyon da eşlik ediyorsa ka emboli açısından anne dikkatle gözlenmelidir.

SOLUNUM: DS çok belirgin değişiklik yoktur.Solunum problemi varsa anne solunum yollarına bağlı hastalık değerlendirilmelidir.

ATEŞ: DS ateşte 37.5 ° c kadar yükselme olabilir, ancak ısrarla uzun süre devam etmez. Şayet 24^h ya da süre ısrarla devam eden 38 ° c veya üzeri ateş söz konusuysa anne puerperal enfeksiyon açısından değerlendirilme

Hemşirenin enfeksiyonu tanılamak için değerlendirme kriterleri;

- * Titremeli ya da titremesiz 38° c veya üzeri ateş
- * Kötü kokulu lochia
- * Vücudun herhangi bir yerinde lokalize kızarıklık, sıcaklık, ağrı
- * Sık sık idrara çıkma, idrar yaparken ağrı ya da yanma.

■ **Uterus involüsyonu ve kanama kontrolü** : Uterusun; pozisyonu, ölçüsü tonüsü (sertliği) involüsyon hızı masaja cevabı na bakılır.

Atonik uterus kanamalarını önlemede hemşirelik girişimleri :- Uterus tonüsü ve uterusun masaja cevabını değerlendirmek

- Uterus tonüsünü korumak
- Involüsyon kontrolü yapmak
- Fundus değerlendirmesi (sertliği,yükseklği) yapmak

Uterus kontraksiyonunu sağlayan faktörler : - Uterus masajı; avuç içiyle, uterusu çok bastırmadan hafif şekilde yapılmalıdır. Uzun süreli, sık ve aşırı bastırılarak yapılan masaj myometrial kas yorgunluğuna neden olarak kanamayı arttırabilir.

- Mesaneyi boş tutmak
- Meme ya da meme uçlarını uyarmak (emzirme)
- Lochia da pıhtı varsa gerekli girişimlerle ortadan kaldırmak
- Gerektiğinde order'a göre farmakolojik ajanlar kullanmak.

- ⇒ İlerleyen DS günlerine rağmen uterus boyutu büyük ise;
- ⇒ uterus yumuşaksa, kontrakte değilse;
- ⇒ İsrarla devam eden bel ağrısı, pelvik rahatsızlık varsa;
- ⇒ Kanama miktar fazla ise;

İNVOLÜSYON yeterli değildir.

■ **Lochia, kanama kontrolü** : Lochia;- rengi ve karakteri

- miktarı
- pıhtı durumu
- kokusu
- süresi açısından gözlenip değerlendirilir.

Lochia miktarını arttıran faktörler: - multiparite
- emzirme
- egzersiz vb. dir.

Olası kanama ve endometrium enfeksiyonunun önlenmesinde hemşirenin yapması gerekenler :

- Lochianın miktarını ve karakterini gözlemek, kontrol etmek.
- Şayet kanama fazlaysa nedenini araştırmak. Uterus tonüsünü ve mesane distansiyonu durumunu kontrol etmek.
- Kanamada normalden sapmaların temelini oluşturacak sebepleri önlemek.
- Lochiada pıhtı durumunu gözlemek, rapor etmek.
- Involüsyon sürecinde; lochianın renk, miktar, kokusunda beklenen durumlara ilişkin kadını bilgilendirmek.
- Kadına uterus atonisi ve bunu izleyen kanama durumuna ilişkin bilgi vermek, Canlı ligatür olayını açıklamak.
- Hijyenine(perine,menstruasyon, el,genel hijyen) ilişkin yapması gerekenler hakkında kadını bilgilendirmek.

Lochiada anormal durumlar:

- Lochia rubranın 4 günden daha fazla sürmesi(+kötü kokulu ve miktar fazla ise Plasenta retansiyonu, enfeksiyon düşünülmeli
- Lochianın büyük pıhtılar içermesi plasenta reteansiyonunu düşündürmeli bu durum atoni kanaması, subinvolüs olacağından gerekli önlemler alınmalı
- Pedin 45'- 1 saat içinde tamamen ıslanması postpartum kanamayı düşündürmelidir. Kadının 24 saatte 6-8 pe normaldir,üzeri postpartum kanamayı gösterir
- Lochianın 2 haftadan önce bitmesi
- L.alba iken serozaya, L. rubraya dönüşmesi
- Kötü koku, yüksek ateş, karın ağrısı
- Lochianın 3-4 hf. dan uzun ısrarlı sürmesi

PUERPERAL ENFEKSİYONU DÜŞÜNDÜRMELİ

- **Perine ve epizyotomi bakımı** : Perinede; - Epizyotomi, iyileşme durumu
 - Hematom, ödem, ekimoz, kızarıklık
 - Hemoroid durumu değerlendirilir

Sağlığın güvenceye alınması, enfeksiyonun önlenmesi ve diğer problemlerin gelişmesini önlemek için girişimleri;

- Perineyi gözlemek, rahatlığı sağlamak.
- Perine bakımından önce ve sonra elleri yıkamak ve anneye de uygulamak.
- Kadına perineyi ve epizyotominin verdiği rahatsızlıkları giderici önlemleri öğretmek (buz torbası, sitz banyosu uygulama (ısı lambası vb.), anestetik sprey ya da kremler vb.)
- Epizyotomi, laserasyon, ekimoz, ödem, hematom veya hemoroid nedeniyle ağrı varsa rahatsızlığı önlemek ya da azaltmak.

Perine ve vulva kontaminasyonundan kaçınmak, bunun için; - Perine bakımı ve ped değişiminden önce ve sonra

- Önden arkaya doğru taretlenmesi
- Perineyi yumuşak sabunla ve ılık suyla günde en az bir kez yıkaması. Mümkünse her gün duş alması.
- Pedlerin sık değiştirilmesi (her tuvaletten sonra şeklinde önerilmektedir. Günde en az 4 kez değiştirilmelidir)
- Pedlerin önden arkaya doğru kontemine edilmeden konulması.
- İç çamaşırları ve günlük değişimi hakkında kadına bilgi verilmesi

Epizyotomi ya da laserasyon onarımı sonrası hemşirelik girişimlerinde; * Kadına ve araçgereçlere dokunmadan önce ve sonra el yıkanır veya eldiven giyilir.* Kadına yapılacak işlemler açıklanır.

Uygulanan girişimler: 1- Buz torbası uygulaması; Uygulama süresi 15-20 dak. geçmemelidir.

- A- DS ilk 2 saat içinde uygulanırsa; - Yanma, ağrı gibi rahatsızlıklar azalır.
 - Ödemi azaltır ve daha sonraki rahatlığı artırır.
 - Anestetik etki sağlar

B- DS ilk 2 saatten sonra uygulanırsa; - Anestetik etki sağlar.

- 2- Sitz (oturma) banyosu: - Acıyı hafifletir, perineal rahatsızlığı azaltır.
 - Epizyotomi bölgesine kan akımını artırarak iyileşmeyi hızlandırır.
 - Bazı otoriteler ödemi artırabileceği düşüncesiyle sıcak yerine soğuk sitz banyosunu önermektedir.

Sitz banyosu; Bir kabın 1/2 - 1/3 ünün 38°C - 40.6°C ya da 45°C içine dezenfaktan madde konulmuş su ile (dezenfaktan madde konulmamış su da olabilir) doldurularak buharına oturmak şeklinde uygulanır. Yanmamaya dikkat edilmelidir. Bu işlem 2-3 kez/günde uygulanır. Kadın sitz banyosunu yapamıyorsa sıcak ped uygulaması tapabileceği anlatılır.

Hemoroid var ise; - Ödem ve rahatsızlığın azaltılmasına yardımcı olunur.

- Öncelikle 15-20 dak. buz torbası uygulaması yapılır ve her 4 saatte bir tekrarlanır. Bu uygulama ödem, yangı, ağrıyı azaltır.
- Soğuk ped uygulaması da yapılabilir.
- Perineyi daima önden arkaya doğru temizlemesi önerilir.
- Sitz banyosu önerilir.
- Şayet hemoroidler biraz rahatsız ediyorsa, defekasyondan sonra eldiven giyilerek parmaklara kayganlaştırıcı madde sürülür, hemoroidler üzerinden 1-2 dak. bastırılarak anüs içine doğru geri itilir. İşlem kadına anlatılır.
- Gebelik öncesi hemoroid yoksa, barsak hareketlerinde düzene girmesiyle durumun kısa sürede geri döneceği kadına açıklanır.

■ **Boşaltımın sağlanması, mesane distansiyonu/ retansiyonun önlenmesi:**

DS ilk günlerde diürez yüksektir (3000 ml./ 24 saat). DS ilk idrar en az 100 ml. olmalıdır.

Kadının; DS ilk 6-8 saat içinde idrar yapması sağlanır,

Her 4 saatte bir idrar yapması desteklenir,

Spontan idrar yapması ve mesaneyi tamamen boşaltmasında yardımcı olunur.

Bunun için: - Bol sıvı alımı desteklenir

- Gerekirse perineye ılık su dökerek, akan su sesi dinleterek, sitz banyosu yaptırarak spontan idrar yapması sağlanır.
- Spontan idrar yapamaması perineal rahatsızlık nedeniyleyse, varsa ağrı hafifletilir ve kadın cesa retlendirilir.
- İdrar yapma isteğinde bekletmemesi, hemen yapması söylenir. Tuvalette bacaklar ayrı bir şekilde

Meme ucu çatlağı oluşmuşsa girişimler:

A-Kuru sıcak uygulama; 40 watt ampul, 50 cm uzaklıktan ve 15-20 dak. süreyle uygulanır. Fön makinası önerilebilir.

B- Kremler

C- Limon suyu (birkaç damla saf limon suyu)

D- Günün farklı zamanlarında 15-30 dak. meme uçlarının havayla temasını sağlamak.

Engojman varlığında girişimler: Engojman DS 3-4. günlerde, geçiş sütü döneminde oluşan fizyolojik bir olaydır. 24- 48 saatte kendiliğinden azalır.

Engojman da amaç: Ağrıyı, gerginliği azaltmak,
Süt akımını sağlamak,
Süt retansiyonunu önlemek.

Girişimler: - Sık emzirme,
- Emzirmeyle tam boşalmıyorsa göğüslerin
sağılarak boşaltılması,
- ardından soğuk uygulama (ağrıyı azaltır).

Süt retansiyonu; DS ilk iki haftada sıktır. Lob ve süt kanallarında süt birikmesi söz konusudur. Memelerde kızarıklık, şişlik, sertlik, ağrı ve sıcaklık vardır.

Bu durumda girişimler; - Önce sertliği azaltmak ve yumuşatmak için Yaş- lokal sıcak uygulama
- Sütün boşaltılması,
- Ardından ağrıyı azaltmak için soğuk uygulama.

Mastitis: meme bezinin enfekte olmasıdır. Oluşmasında meme ucu çatlakları çok önemli bir etkidir. Tedavi edilmezse meme apsesi oluşur. Memede genelde tek taraflı şişlik, kızarıklık, şiddetli ağrı ve sütün boşaltılmasıyla da düşmeyen sistemik ateş söz konusudur. Tedavi, tıbbi ya da cerrahidir.

• **Memede oluşabilecek tüm bu durumlar ve yapılması gerekenler anneye açıklanarak bilgi verilir.**

Süt akımının durdurulması: Bebek ölümü, annede psikoz, açık Tbc., Ciddi sistemik hastalığı, mastitis ya da meme apsesi durumunda geçerlidir. 1- Hormanal yol
2- Mekanik yol

1- Hormanal yol: Östrogen, östrogen+ Progesteron ya da Östrogen+ Androgen vb. içeren ilacın İM olarak uygulanmasıdır. Bu kişilerde trombo- emboli riski daha fazla olduğundan dikkatle gözlenmelidir.

2- Mekanik yol; AMAÇ: Nörohormanal refleksin azaltılmasıyla sütün kanallara geçişini engellemektir.

Memeler uygun sarğı ya da günün 24 saati çok sıkmayan, gevşekte olmayan bir südyenle, meme uçları yukarıya kaldırılmış şekilde desteklenir.

Yardımcı teknikler:- Meme uçlarının uyarılmaması,

- Memelerin boşaltılmaması,
- Günün farklı zamanlarında 15-20 dak. buz torbası veya soğuk kompres uygulaması,
- Aşırı sıvı alımının kısıtlanması.

■ **Erken mobilizasyon ve ağrıyla başetme:**

DS ilk 4-6 saatte erken mobilizasyon; -Trombo-emboli riskini azaltır.

- Barsak, mesane fonksiyonlarını düzenler(distansiyon,retansiyon, konstipasyon önler).
- Retroversio uterusun önlenmesinde yardımcı olur.
- Annenin psikolojik rahatlığını, kendini yeterli hissetmesini sağlar.

• **İlk ayağa kaldırmada anneye destek olunmalıdır.**

Ağrı : Nedeni; involüsyon oluşumu
epizyotomi
emzirme vb. dir.

Ağrı ilk 48 saat sonra hafifler. Prone pozisyonu, kann, sırt, bel kaslarının gevşemesini sağlayarak ağrıyı hafifletir. Ayrıca kadına bu yüzükoyun yatış pozisyonunun 40 gün süreyle, günde 2 saat olmak üzere uygulamasının uterusun anteversio (normal) pozisyonunun korunmasında önemli olduğu anlatılmalıdır.

■ **Yeterli ve dengeli beslenmenin önemi:** Anneye emzirme döneminde, yeterli ve dengeli beslenmesinin gerekliliği, her gün 4 besin kaynağından alabilmesinin önemi ve bol sıvı alması gerektiği anlatılır. Çay, kahve, sigara vb. içecekleri mümkün olduğunca kısıtlaması önerilir.

öne eğilerek oturması, düzenli tuvalete gitmesi önerilir.

- Şayet spontan idrar yapamıyorsa ve DS 6 saat olmuşsa, order' a göre, aseptik tekniğe uygun kate terizasyon uygulanır.
- Kateterizasyondan sonra da spontan idrar yapmasındaki yeterlilik değerlendirilir.Zamanı ve miktarı kaydedilir.

- Retansiyon oluşmasını önlemek, oluşmuşsa rapor etmek ve uygun girişimlerle durumu ortadan kaldırmak önemlidir.Çünkü; mesane distansiyonu - idrar retansiyonuna neden olur bu - involüsyonu engeller bu durum d atoni kanamasının oluşmasını sağlar.

Mesane retansiyonunun teşhisinde: - Kadın sırt üstü yatırıldığında, mesane simphisis pubis üzerinde uter önünde bir bombelikle oluşmuşsa,

- Uterus göbek üzerindeyse, aşırı distansiyon nedeniyle yer değiştirmişse,
- Perküsyonda ballotmen sesi (dolmuş mesane sesi) duyuluyorsa, bu bize mesane distansiyonu/ retansiyonu düşündürmelidir.

■ Emzirme ve meme bakımı:

Emzirme; mümkünse DS ilk 1/2-1 saat içinde başlatılmalıdır.

- Anneye ilk gelen sütün (kolostrum) ve anne sütünün önemi, yararları; * bebeği ishal,ÜSYE, diğer bulaşıcı hastalıklardan koruduğu, * hazmının kolay olduğu, * bebeklerde kansızlığın görülmediği,* bebeklerde pişik, kar ağrısı, kabızlığın daha az görüldüğü,* bebeğin büyümesi için gerekli maddeleri içerdiği anlatılır.

- 4-6 ay süresince anne sütünün tek başına yeterli olduğu, bu sürede ek bir gıda, su vermesine gerek olmadığı anneye açıklanır. Anne 1-1,5 yaşına kadar emzirebilir.

- Bebeğin her istediğinde sık aralıklarla ve geceleri emzirmeyle, süt yapımının artacağı, memede süt birikmesinden dolayı ortaya çıkacak problemlerin önleneceği açıklanır.

- Anne sütünün yeterli olup olmadığının ; bebeğin günde 5-6 defa idrar , sık kaka yapmasından ve aylık kontrollerde düzenli ve yeterli kilo almasından anlaşılacağı anlatılır.

- Emziren anneye, beslenmesine özen göstermesi , yeterli ve dengeli beslenmesi + bol sıvı alması önerilir.

- **Emzirme tekniğinde;** * emzirmeden önce ellerini yıkamasının önemi, * meme ucunu sütüyle silmesi,* bebeğin yüzü ve bedeninin annenin kendisine dönük olacak şekilde tutması,bebeğin başını kolunun iç kısmına yerleştirip aynı kol ve elle bebeği kalça ve bacaklardan kavraması , * Elle göğsünü desteklemesi, * bebeğe gülümseyerek bakması meme ucunu bebeğin dudagina değdirmesi, * bebek ağzını açınca meme ucunu ve areola kısmını bebeğin ağzına yerleştirilmesi,* emzirirken anne ve bebeğin rahat olması, anne ve bebeğin göz, ten temasının önemi, * emzirirken sitresli olmaması vb. anneye anlatılmalıdır.

- Emzirmenin kısa sürede eski kiloya dönmeye yardımcı olduğu ve uterusun involüsyonundaki önemi anneye açıklanır.

Meme bakımı; günlük duş alınarak ya da günde bir kez memelerin yumuşak bir sabunla yıkanmasıyla sağlanabilir. Anneye her emzirmeden önce ve sonra el yıkaması, emzirmeye başlamadan önce meme uçlarını sütüyle silmesi , meme uçlarını temiz ve kuru tutması önerilir. Ayrıca *memelerin laktasyon sürecinde iyi bir südyen desteklenmesi önemlidir.*

Meme bakımında hedef: * Meme dokusunu; kızarıklık, şişlik, ağrı, serlik, hassasiyet açısından, meme ucunu;

Çatlak, içe çöküklük, ağrı,acı,hassasiyet ve anomaliler yönünden gözlemlenmek.

* Emzirmeyi başlatmak, anne sütü ve emzirme tekniğine ilişkin anneyi bilgilendirmek.

* Meme ucu çatlaklarını önlemek.

* memeleri desteklemek, ağrı, hassasiyeti azaltmak.

* meme bezine ait olası enfeksiyonları önlemek.

* Yeni doğanı (YD) ağız ve sindirim sistemi enfeksiyonlarından korumak.

Meme ucu çatlaklarından korunmak, olası enfeksiyonları önlemek için;

- Emzirmeden önce ve sonra elleri yıkamasının önemini açıklamak.

- Emzirme tekniğini kadına açıklamak, emzirirken yardımcı olmak.

- Emzirmede bebeğin pozisyonu ve tutma şeklini düzenlemek.

- Bebeği memeden çekerken parmakla emmesini bırakarak çekmesini açıklamak

- Anneye memelerden süt akımında göğüs pedleri kullanmasını , pedleri sık sık değiştirmesini ve meme uçları kuru tutmasını önermek.

- Bebeği isteğine göre, sık aralıklarla emzirmeyi önermek.

- Uzun süre bebeğin aç bırakılmamasını önermek (Kuvvetli emmeye ve travmaya neden olur).

- Engojmanı önlemek için de sık emzirmesini ve göğüsler tam boşalmıyorsa elle sağarak ya da trileyle boşaltmasını anneye önermek.

■ **Vücut bakımı ve banyo hakkında bilgi:** Kadın doğumdan birkaç saat sonra banyo (duş) yapabilir. DS 40 gün içinde mümkün olduğunca hergün, duş şeklinde banyo yapması önerilir. Genel vücut, el, perine, menstruasyon iç çamaşın hijyeninde dikkat etmesi gereken noktalar ve bunların önemi kadına açıklanmalıdır.

■ **Uyku ve dinlenme:** Günde en az 10 saat olmak üzere uyku uyumasının, gündüzleri de uyku uyuyup yeterli dinlenmesinin gerekliliği; yeterli olmadığı durumlarda kendini yorgun hissedeceği, daha sinirli ve alıngan olacağı kadına açıklanır. Yetersiz uyku ve dinlenme, yorgunluk, anksiyete, stress vb. durumların sütün azalmasına neden olduğu anneye anlatılır. Kadına; Uzun süre ayakta kalmaması, günlük aktivitelerine 2 hafta sonra basitten başlaması, uzun yürüyüşler yapmaması ve uzun süre devamlı sırt üstü yatmaması ya da uzun süreli oturmaması söylenir.

■ **Loğusalık egzersizleri:** Anneye doğumdan 2 hafta sonra basitten ağır a doğru bu hareketleri yapmaya başlayabileceği belirtilir. Karın sargısının dolaşımı ve involüsyonu engellediği için yanlış, sakıncalı bir uygulama olduğu vurgulanır. Kegel egzersizleri , önemi ve nasıl yapılacağı kadına anlatılır.

■ **DS yaşanabilecek fizyolojik ve duygusal değişikliklerin açıklanması:**

Bu dönemde depresyona eğilim fazladır. Geçici depresyonla başetmede;

- empatik yaklaşım, destek olmak
- Kadına duygularını ifade etme fırsatı tanımak, iyi bir dinleyici olmak
- Annelik duygusuna hazırlamak, korkularını gidermek,
- Yeterli-dengeli beslenmesini, uyku ve dinlenmesinin yeterli olmasını önermek
- Ailenin desteğini sağlamak önemlidir.

■ **Ebeveynlere rehberlik ve eğitim:**

Temelde: Annenin kendi bakım aktivitelerinde; - Perine hijyeni - Kontrasepsiyon
- epizyo bakımı - egzersiz
- lochia - komplikasyon bulguları
- beslenme - ovulasyon - menstruasyon
- cinsel ilişki - bayo, genel vücut hijyeni, istirahat, uyku

Bebek bakım aktivitelerinde; - emzirme - gaz çıkarma
- meme bakımı ve komplikasyonlar - göbek bakımı
- banyo - derece alımının öğretimi
- alt bakımı, temizliği - aşılar
- giyisi değişimi - komplikasyon bulguları

* Anne- bebek etkileşiminin önemi ve bunu sağlayan faktörlerin açıklanması

* Anne ve bebeğin sağlık kontrolünün önemi ve zamanı belirtilir

Komplikasyon bulguları (tehlike belirtileri):

Annede; - 38 ° c veya üzeri ateş, ateşli ya da ateşsiz titremeler

- fazla miktarda ya da kötü kokulu lochia
- Parlak, açık kırmızı kanama (lochia farklılıkları)
- Bacaklarda ağrı, şişlik, kızarıklık, sıcaklık, ısı farkı
- Memelerde lokalize şişlik, acı veren ağrı, sıcak bölge
- İdrar yaparken yanma ya da boşaltmada yetersizlik
- Pelvik ya da perineal ağrı

Çocukta; - Ateş

- Beslenmeden hemen sonra fişkırr tarzda kusma
- Konvülzyon
- Ağlama farklılıkları
- Sarılık vb.

Tüm bu belirtiler anneye açıklayarak anlatılır.

EK-2: Doğum Sonu Hemşirelik Bakımını Değerlendirme Ölçeği

(Hemşirelere yönelik ölçek formu)

<i>şırdaki ifadelerin herbiri için sağda yer alan kolon üzerine, sizin düşüncenizi en iyi ide yansıtanı (x) işareti koyarak belirtiniz.</i>	<i>Tamamen katılıyorum</i>	<i>Katılıyorum</i>	<i>Kısmen katılıyorum</i>	<i>Hiç katılmıyorum</i>
Hemşireler, servisteki annelere gereksinimleri doğrultusunda bakım verir.				
Servisteki hemşireler, annelerin hayati bulgularını düzenli aralıklarla kontrol eder.				
Annelerin miksiyon/ defekasyon/ hemoroid ile ilgili sorunlarında hemşirelerin yaptıkları girişimler ve destekler yeterlidir.				
Hemşireler , servisteki annelerin doğum sonrası kanama ve lochia kontrolünü uygun zaman aralıklarıyla yapar.				
Anneler kendi ve bebeklerinin bakımıyla ilgili konularda servisteki hemşirelerden yeterli destek alır.				
Hemşireler , servisteki annelere perine bakımı vererek kendilerinin de rapmasını destekler.				
Servisteki hemşireler, bebek bakımıyla ilgili uygulamaları(göbek bakımı, alt temizliği,banyo,giydirmme vb.) yaparak kendilerinin yapması konusunda anneleri destekler ve yardımcı olur.				
Annelere bebeğini kucağına alırken ve emzirirken nasıl tutacakları konusunda servisteki hemşirelerin verdiği destek yeterlidir.				
Hemşireler, servisteki anneleri emzirmeye teşvik ederek, yeterli destek sağlar ve sorunlarını çözümlenici yönde yardımcı olur.				
Servisteki hemşireler, annelere meme bakımı ve memeye ilgili olası problemlerde uygun hemşirelik bakımı verirler.				
Servisteki annelere ve bebeklerine doğumdan sonra verilen hemşirelik bakımı yeterlidir.				
Servisteki hemşireler, annelere bebekleriyle iletişimini artırıcı yönde tutma, kucaklama, göz- ten sel temas,konuşma vb.) destek olur.				
Servisteki hemşireler, involüsyon kontrolünü düzenli aralıklarla yaparak gerektiğinde uterus masajı uygular ve anneye de uygulatır.				
Hemşireler, dikişlerin durumunu kontrol ederek annenin epizyotomi bakımını verir ve işlemi annenin yapabilmesinde yardımcı olur.				
Hemşireler, servisteki annelere bebek ve kendi bakım becerilerini artırıcı yönde hemşirelik hizmeti verir.				
Hemşireler, anneler servise geldiğinde onların rahatlığını sağlayıcı giysi değişikliği, vücut,perine temizliği,dinlenme,beslenme,sıcak tutma,ağrıyı hafifletme vb.) yönde yeterli bakım verir.				
Servisteki hemşireler, annelerin erken ayağa kalkmasını destekleyerek yardımcı olur ve trombo - emboli riski açısından da gözlemler.				
Hemşireler servisteki anneleri doğum sonrası enfeksiyon riski açısından (ateş,kanama,lochia ve epizyotomi durumu vb.) düzenli kontrol eder.				
Servisteki hemşireler, annelere kendileri ve bebekleriyle ilgili yapılacak uygulamaları ,nedenini ve sonucunu açıklar.				
Hemşireler, servisteki annelerin ve bebeklerinin sorunları olduğunda çözümlenici yönde bakım vererek onları rahatlatır.				
Servisteki hemşireler, düzenli aralıklarla kontrol ettikleri hayati bulgularının durumu hakkında anneleri bilgilendirir.				
Hemşireler, annelere evde epizyotomi , perine bakımını nasıl sürdürecekleri ve komplikasyon bulguları hakkında yeterli bilgi verir.				
Hemşireler, lochianın normal, anormal (süre, renk., koku, miktar olarak) özellikleri hakkında annelere yeterli bilgi verir				

	Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen katılıyorum	Hiç katılmıyorum
Servisteki hemşireler, annelere kendi hijyenleriyle ilgili konularda (el, vücut, ve menstruasyon hijyeni vb.) gerekli açıklamaları yapar.				
Hemşireler, servisteki annelere doğum sonrası egzersizler ve loğusalıktaki yatiş pozisyonu hakkında gerekli bilgiyi verir.				
Annelere doğumdan sonra yaşayabilecekleri bedensel değişiklikler ve gebelik öncesi beden ölçülerine dönebilme durumu hakkında Servisteki hemşirelerin verdikleri bilgi yeterlidir.				
Servisteki hemşireler, annelere kendi bakımları hakkında yeterli bilgi verir.				
Servisteki anneler emzirme durumlarına göre , menstruasyon ve ovulasyonun başlama zamanı hakkında hemşireler tarafından bilgilendirilir.				
Servisteki hemşireler,annelere uygun doğum kontrol yöntemleri ve korunmaya başlama zamanı hakkında yeterli bilgi verir.				
Hemşireler, doğum sonrası enfeksiyonlardan korunma yolları ve enfeksiyon belirtileri hakkında anneleri bilgilendirir.				
Hemşireler, doğum sonrası jinekolojik kontrolün önemi ve zamanı hakkında servisteki anneleri bilgilendirir.				
Servisteki hemşireler, annelere doğum sonrası yaşayabilecekleri duygusal değişiklikler hakkında bilgi verir..				
Hemşireler, servisteki annelere doğum sonrası cinsel ilişkilerine başlama zamanı ve yaşayabilecekleri olası sorunlara ilişkin bilgi verir.				
Bu servisteki hemşirelerin, annelere verdikleri bilgiler arasında farklılık yoktur.				
Servisteki hemşireler, annelere bebek bakımıyla ilgili konularda (göbek bakımı, banyo,giydirme, alt temizleme vb.) yeterli bilgi verir.				
Servisteki annelere emzirmeyle ilgili (önemi,emzirme tekniği,süresi, yaz çıkarma vb.) konularda hemşirelerin verdiği bilgi yeterlidir.				
Servisteki hemşireler, annelere emzirdikleri sürece beslenmelerinde tikkat edebilecekleri noktaları ve bol sıvı almalarının önemini anlatır.				
Hemşireler, annelere emzirirken meme ve emzirmeyle ilgili karşılaşabilecekleri sorunlar ve yapmaları gerekenler hakkında yeterli bilgi verir.				
Bebekte normalin dışında oluşabilecek belirtiler (ateş,sarılık,kusma, konvülzyon vb.) ve yapılması gerekenler hakkında hemşirelerin servisteki annelere verdiği bilgi yeterlidir.				
Anneler bağışıklanmanın önemi ve hangi aşığı ne zaman , nerede yaptıracabilecekleri hakkında servisteki hemşirelerden yeterli bilgi alır.				
Bebenin aylık kontrollerinin önemi ve nerede yaptıracabeklerine ilişkin servisteki hemşireler anneleri bilgilendirir.				
Servisteki hemşireler, annelere bebeğinin ateşini nasıl ölçeceğini ve leğerlendireceğini öğretir.				
Hemşireler, servisteki annelere bebek bakımına yönelik gereksinimleri doğrultusunda bilgi verir.				
Servisteki hemşireler annelerin kendileri ve bebekleriyle ilgili bilgi almak istedikleri soruları anlayacakları şekilde cevaplayarak onlara gerekli zamanı ayırır.				
Hemşireler, annelere kendi ve bebek bakımına yönelik bilgileri mümkün olduğunca uygulatarak öğretir.				

(Annelere yönelik ölçek formu)

<i>ifadeye ne derece katıldığınızı , sağ tarafta uygun olan maddenin a (x) işareti koyarak belirtiniz.</i>	<i>Tamamen katılıyorum</i>	<i>Katılıyorum</i>	<i>Kısmen katılıyorum</i>	<i>Hiç katılmıyorum</i>
Hayati belirtilerim (Tansiyon,nabız,ateş) hemşireler tarafından düzenli kontrol edildi.				
Servisteki hemşireler, kanama durumumu düzenli olarak kontrol ettiler.				
Genital bölgenin temizliği hemşireler tarafından yapıldı ve enfeksiyonun önlenmesi konusunda bana destek verildi.				
Hemşireler, dikişlerimin durumunu kontrol edip bakım verdiler ve beni rahatlatıldılar.				
Servisteki hemşireler, kendimle ilgili ihtiyacım olan konularda bana yardımcı oldular.				
Hemşireler , oluşabilecek enfeksiyon riskine karşı ; ateş, kanama ekli,dikişler vb. durumumu kontrol ettiler.				
Serviste yattığım süre içinde kendim ve bebeğimle ilgili ihtiyacım olan konularda da sorunlarım olduğunda hemşireler benimle ilgilendiler.				
İdrarım/ büyük abdestim/ hemoroidlerimle (basur) ilgili oluşan ya da oluşabilecek sorunlarda servisteki hemşirelerin gösterdiği yaklaşım beni rahatlatıldı.				
Servise geldiğimde hemşireler giysi, vücut temizliği,dinlenme ve eslenmemi sağlayarak beni rahatlatıldılar.				
Servisteki hemşireler, doğumdan sonra erken ayağa kalkmamı desteklediler ve bana yardımcı oldular.				
Doğumdan sonra kendim ve bebeğimle ilgili konularda en çok servisteki hemşirelerden yararlandım.				
Servisteki hemşireler, bebeğimi kucağıma alırken ve emzirirken doğru tutmam gerektiği konusunda bana yardımcı oldular.				
Servisteki hemşireler, beni bebeğimi emzirmeye teşvik ederek yardımcı oldular.				
Hemşireler bebeğimi beslemek için gösterdiğim çabaları bana anlattılar ve beni desteklediler.				
Bebeğimi emzirirken karşılaştığım sorunlarda (memeye ve emzirmeye ilgili) servisteki hemşirelerden aldığım yardım yeterliydi.				
Hemşireler bebeğime (göbek bakımı, alt temizliği, giydirme, banyo vb.konularda) bakım vererek benim yapmamı desteklediler.				
Hemşireler, benim ve bebeğimin bakımına yönelik sorularımı cevaplamak için zaman ayırdılar/ ayırdılar.				
Bebeğimle aramda bağlılık/ilişki gelişmesini sağlayacak davranışlar hakkında(tutma,dokunma,kucaklama,göz-tensel temas, konuşma vb.) hemşirelerden yeterli yardım ve destek aldım				
Servisteki hemşirelerden, ihtiyacım olan bakımı yeterli düzeyde aldım.				
Hemşireler, kendim ve bebeğimle ilgili yapılacak uygulamaları (işlemleri) , nedenini ve sonucunu bana açıkladılar.				
Hemşireler, hayati belirtilerimi aldıktan sonra sonuçları hakkında bana bilgi verdiler.				
Hemşireler , doğum sonrası kanamamla ilgili olarak (süre, miktar, renk, koku) normal ve anormal durumları nasıl ayırdedebileceğimi bana açıkladılar.				
Loğusalık döneminde, gebelikte esneyen kaslarımın normale dönmesini sağlayacak egzersizler ve ne şekilde yatmam gerektiği hakkında hemşirelerden bilgi aldım.				

	<i>Tamamen katılıyorum</i>	<i>Katılıyorum</i>	<i>Kısmen katılıyorum</i>	<i>Hiç katılmıyorum</i>
emşirelerden, doğumdan sonra yaşayabileceğim bedensel değişiklikler ve gebelik öncesi bedenime kavuşmamla ilgili bilgi aldım.				
emşireler, cinsel bölgem, el ve vücut temizliğim hakkında dikkat etmem gereken noktaları bana açıkladılar.				
emşireler, dikişlerimin bakımını evde nasıl sürdüreceğimi, anormal durumları ve yapmam gerekenleri bana açıkladılar.				
emşirelerden, loğusalık döneminde enfeksiyonlardan korunmak için yapmam gerekenler ve enfeksiyon belirtileri hakkında yeterli bilgi aldım.				
servisteki hemşirelerden, doğumdan sonra cinsel ilişkiye başlama imanı, yaşayabileceğim sorunlar ve çözümüne yönelik bilgi aldım.				
servisteki hemşirelerden, gebelikten korunmaya başlama zamanı, durumuma uygun doğum kontrol yöntemleri hakkında yeterli bilgi aldım.				
servisteki hemşirelerden, doğumdan sonra yaşayabileceğim hissal değişiklikler hakkında bilgi aldım.				
servisteki hemşireler, kendi bakımımıyla ilgili yapmam gerekenleri yeterli düzeyde ve anlayabileceğim şekilde bana açıkladılar.				
servisteki hemşirelerden, adetimin ve yumurtlamamın doğumdan sonra ne zaman başlayabileceği (emzirme ve emzirmemeye göre) hakkında bilgi aldım.				
servisteki hemşireler bana emzirmeyle ilgili konularda (süresi, sıklığı, gaz çıkarma vb.) yeterli bilgi verdiler.				
emşireler, bebeğimin beslenmesinde anne sütünün önemini bana anlattılar.				
servisteki hemşirelerden, bebeğimi emzirirken karşılaşılabileceğim sorunlar (meme ve emzirmeyle ilgili) hakkında yeterli bilgi aldım.				
emşireler, bebeğimi emzirdiğim sürece yeterli, dengeli beslenme bol sıvı almanın önemini bana anlattılar.				
emşireler, bebeğimin bakımıyla ilgili (göbek bakımı, alt temizliği, giydirmeye vb. konularda) yapmam gerekenler hakkında beni bilgilendirdiler.				
emşireler, bebeğimin ateşini nasıl ölçüp değerlendirebileceğimi bana öğrettiler.				
servisteki hemşireler, bebeğimde normalin dışında oluşabilecek / kalıcı belirtileri (ateş, kusmada farklılık, sarılık, havale vb.) hakkında bana bilgi verdiler.				
servisteki hemşirelerden, eve gitmeden önce bebeğimin bakımı hakkında yeterli bilgi aldım.				
doğum sonrası kontrole gitmemin önemi ve ne zaman gitmem gerektiği hemşireler tarafından bana anlatıldı.				
emşireler, bebeğimin aylık kontrollerinin önemi ve nerelerde yaptırabileceğim hakkında bana bilgi verdiler.				
bebeğim için gerekli aşılardan ve ne zaman, nerede yaptırabileceğim hakkında hemşirelerden yeterli bilgi aldım.				
emşirelerden, kendim ve bebeğimle ilgili ihtiyacım olan bilgiyi yeterli düzeyde aldım.				
servisteki hemşireler tarafından bana verilen bilgiler, tavsiyeler arasında farklılık yoktu.				

EK-3: Doğum Sonu Bakım Yöntemi (Pathway) Formu

ANNE	ANNE	BEBEK
Adı-Soyadı	G: P: A: K. ÖD:	Cinsiyet: Kilo: Boy:
Servise kabul saat/tarih	Doğum şekli:	Doğum tarihi Saat:
Kabul eden hemşire	Yaşı:	Gestasyon haftası:
Oda/yatak No:	Antenatal takip durumu:	APGAR:
Eğitimi:	Gebelikte riskli durum:	Emzirme (emme):
İş (mesleği):	Kan grubu:	Kan grubu
Adres:	Genel durumu:	Genel durumu:
Tlf:		
Sağlık güvencesi:		

HEMŞİRELİK	TARİH
UYGULAMALARI	SAAT
HAYATİ BELİRTİLER	
TA	
Nb	
Ateş	
Solunum	
Kanama kontrol	
Fundus-involüsyon kont.	
Perine bakımı-kont.	
Epizyotomi bakımı-kont.	
Annenin rahatlatılması	
Miksiyon/Distansiyon	
Hemoroid/Defekasyon	
Trombo-emboli riski	
Puerperal enf.riski	
Laktasyon (Emzirme)	
Meme bakımı-kontrol	
Göbek bakımı	
Bebek bakımına destek	
Anne-bebek etkileşimi	
DOĞUM SONRASI EĞİTİM	
* Anne bakımı, egzersizler, fizy. ve psi. değişiklikler	* Bebek bakımı, aşılar kontrolleri ve hast. bel.
	* Emzirme (teknik, gaz çıkarma, olası sorunlar)
	* Aile planlaması Mens.-Ovulasyon
TEDAVİLER	
DİĞER UYGULAMALAR	
HEMŞİRENİN NOTU	

EK-4.1. BİLGİ FORMU

- () 1- Kaç yaşındasınız.....
- () 2- Eğitim durumunuz
1. İlkokul
 2. Ortaokul
 3. Lise
 4. Üniversite
- () 3- Eşinizin eğitim durumu
1. İlkokul
 2. Ortaokul
 3. Lise
 4. Üniversite
- () 4- Çalışıyormusunuz?
1. Evet
 2. Hayır
- () 5- Eşiniz sürekli bir işte çalışıyor mu?
1. Evet (mesleği.....)
 2. Hayır
- () 6- Siz ve eşiniz dışında sizinle sürekli birlikte oturan var mı?
1. Evet
 2. Hayır
- () 7- Lohusalık döneminizde size ve çocuğunuzun bakımına yardımcı olacak biri var mı?
1. Evet
 2. Hayır
- () 8- Lohusalık döneminizde size ve çocuğunuzun bakımına yardımcı olacak kişinin, istediğiniz bakımı vermenizi engelleyeceğini düşünüyor musunuz?
1. Evet
 2. Hayır
 3. kısmen
- () 9- Eşiniz, doğumdan sonra ev işlerine ve bebeğinizin bakımına yardımcı olur mu?
1. Çok fazla yardımcı olur
 2. Yardımcı olur
 3. Biraz yardımcı olur
 4. Hiç yardımcı olmaz
 5. Bilmiyorum
- () 10- Siz ve eşiniz birlikte karar vererek isteyerek mi gebe kaldınız?
1. Evet
 2. Hayır
- () 11- Bu gebeliğinizden önce düşük / kürtajınız oldu mu?
1. Evet
 2. Hayır
- () 12- Bu gebeliğinizi nasıl tanımlarsınız?
1. Sorunsuz, rahat
 2. İlk üç ay sorunlu, diğer aylar rahat
 3. Son aylarda sorunlu
 4. İlk ve son aylar sorunlu
 5. Çok sorunlu

- ()13- Gebeliğinizde yaşadığınız sorunlar neler di?
(.....)
- ()14- Gebeliğinizde kontrollere gittiniz mi?
1. Her ay düzenli gittim
2. Toplam üç- beş kez gittim
3. Üç defanın altında gittim
4. Hiç gitmedim
- ()15- Gebeliğinizde kontrollere nereye gittiniz?
1. Özel doktor
2. Özel hastane / klinik
3. AÇS / SO
4. Hastane antenatal polikliniği pliklinikleri
5. Hiç gitmedim
- ()16- Gebeliğinizde kontrollere gittiğinizde, kendiniz ve bebeğiniz hakkında doğum sonrasına ilişkin bilgi aldınız mı?
1. Evet
2. Hayır
- ()17- Gebeliğinizde, kendiniz ve bebeğinizin doğum sonrası bakımına ilişkin bilgi aldığınız başka kaynaklar oldu mu?
1. Kitap, broşür vb.
2. Basın yayın organları (TV, radyo, gazete, dergi vb.)
3. Doğum, bebek bakımı deneyimleyen akraba/ arkadaş
4. Hayır, hiç olmadı
- ()18- Daha önce bebek bakımı deneyimlediniz mi?
1. Evet
2. Hayır
- ()19- Doğumunuzu nasıl tanımlarsınız?
1. Çok zor, güç ve sıkıntılı
2. Oldukça güç, zor
3. Oldukça kolay
4. çok kolay
- ()20- Doğumdan ne kadar süre sonra bebeğinizi kucağınıza aldınız?
1. Doğumdan hemen sonra
2. Doğumdan yarım- 1 saat sonra
3. Doğumdan 2-3 saat sonra
4. Doğumdan 4-5 saat sonra
5. Doğumdan 6 saat veya daha fazla süre sonra
- ()21- Doğumdan ne kadar süre sonra bebeğinizi emzirdiniz?
1. Yarım- 1 saat içinde
2. 2-3 saat içinde
3. 4-5 saat içinde
4. 6 saat ve üzeri
- ()22- İlk emzirmede zorluk yaşadınız mı?
1. Çok zorlandım
2. Oldukça zorlandım
3. Biraz zorlandım
4. Hiç zorlanmadım

- ()23- Emzirmeyi başarı ile sürdürmede kendinize güveniyormusunuz?
1. Çok güveniyorum
2. Güveniyorum
3. Biraz güveniyorum
4. Güvenmiyorum
- ()24- Bebeğinizi ne kadar süre emzirmeyi planlıyorsunuz?
1. 4-6 ay
2. 7-12 ay
3. Emdiği, sütüm yettiği sürece
4. Bilmiyorum
- ()25- Yattığınız bu servisteki hemşirelerden beklediğiniz ilgi ve yaklaşımı gördünüz mü?
1. Evet
2. Hayır
3. kısmen
- ()26- Yattığınız bu servisteki hemşirelerden gördüğünüz yaklaşımları nasıl tanımlarsınız?
(.....)
- ()27- Hastanede yaşadıklarınız hayal ettiklerinizden farklı mıydı?
1. Evet (Belirtiniz.....)
2. Hayır
3. Kısmen
- ()28- Hastaneye yattığınızdan bu yana sizi en çok mutlu eden olay varmı, belirtiniz?
(.....)
- ()29- Hastaneye yattığınızdan bu yana sizi rahatsız eden, üzen olay oldu mu, belirtiniz?
(.....)

4.2. Doğum Sonu Sorun-Kaygı Anketi

AŞANABİLECEK SORUNLAR	SORUN YAŞADINIZ MI		YAŞADIĞINIZ SORUNLARD A ALDIĞINIZ YARDIM YETERLİ MİYDİ ?			
	Evet	Hayır	Yeterli	Yetersiz	Yardım Almadım	Yardıma İhtiyacım Olmadı
ANNEYLE İLGİLİ						
Kanama						
Perineal dikişler (epizyotomi)						
Doğum kanalı bölgesinin temizliği						
Memeler, meme uçları						
İdrar yapma						
Barsak hareketleri (gaz, konstipasyon)						
İştah						
Yorgunluk / baş dönmesi						
Duygusal durum (ağlama hissi, stress, alınganlık, hırçınlık, vb.)						
1).Dikkatini toplamada güçlük çekme						
BEBEKLE İLGİLİ						
Tutma (kucağına alma)						
Besleme (emzirme)						
Gaz çıkarma						
Altını alma , bezleme						
Cilt bakımı						
Göbek bakımı						
Giydirme						
Banyo yaptırma						
Bebekle iletişim kurma (göz- tensel temas, sevmeye, okşama ,konuşma)						
2). Bebeğin özellikleri (emmeye,ağlama, uyuma)						

Ek-4.3. Annelerin Doğum Sonu Aldıkları Bakıma Yönelik Görüşlerini Değerlendirme Anketi

Aşağıdaki ifadelerin tümü için geçerli olmak üzere; Her bir ifadeye ne derece katıldığınızı en iyi şekilde belirten kelimeyi, önündeki kareye (x) koyarak belirtiniz.

- Bu serviste yatan anne ve bebeklerin, hemşirelerden ihtiyaçları olan bakım ve bilgiyi aldıklarını düşünüyor musunuz?
 Evet kesinlikle Genellikle Biraz (kısmen) Hayır hiç
- Bu servisteki hemşirelerin, siz ve bebeğiniz hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarını ve anlaşıldığınızı hissettiniz mi?
 Evet kesinlikle Genellikle Biraz (kısmen) Hayır hiç
- Bu serviste yattığınız süre içinde, odanızda eşinizle ve bebeğinizle daha uzun süre birlikte olmayı istermiydiniz?
 Evet kesinlikle Genellikle Biraz (kısmen) Hayır hiç
- Kendinizin ve bebeğinizin bakımı hakkında, hemşireler tarafından güveninizi arttırıcı yönde desteklenip, cesaretlendirildiniz mi?
 Evet kesinlikle Genellikle Biraz (kısmen) Hayır hiç
- Servisteki hemşireler, sizinle konuşmak ve sorularınızı yanıtlamak için zaman ayırdılar mı?
 Evet kesinlikle Genellikle Biraz (kısmen) Hayır hiç
- Kendiniz ve bebeğinizin bakımıyla ilgili konularda, servisteki hemşirelerden aldığınız bilgilerin sizin için çok yararlı olduğunu, güveninizin arttığını hissediyor musunuz?
 Evet kesinlikle Genellikle Biraz (kısmen) Hayır hiç
- Bebeğinizi emzirmeyi başarıyla sürdürebileceğinizi düşünüyor musunuz?
 Evet kesinlikle Genellikle Biraz (kısmen) Hayır hiç
- Serviste yattığınız süre içinde, hemşireler size ve bebeğinize anlayışlı, sevecen davrandılar mı?
 Evet kesinlikle Genellikle Biraz (kısmen) Hayır hiç

Annelere verilen bakımın derecelendirilmesi

hastanede iken bir kadının ve onun bebeğinin doğum sonrası servisinde alabileceği en iyi ve en kötü hemşirelik bakımını düşünün. Aşağıdaki merdivenin en üstünün alınabilecek en iyi bakımı, en altınında en kötü bakımı gösterdiğini kabul edin.

Bu serviste sizin aldığınız doğum sonu hemşirelik bakımını merdivenin neresine koyardınız işaretleyin.

0

Alınabilecek en iyi bakım

Alınabilecek en kötü bakım

hastanede iken doğumdan sonra almış olduğunuz hemşirelik bakımını düşünün. Merdivenin en üstünün en iyi memnuniyet derecesini, alttakinin en kötü memnuniyet derecesini gösterdiğini varsayın.

Bu serviste doğum sonu servisinde almış olduğunuz hemşirelik bakımından ne derece memnun olduğunuzu merdivenin neresine koyardınız işaretleyin.

1

En iyi memnuniyet durumu

En kötü memnuniyet durumu

EK-4.4. DOĞUMDAN 8 HAFTA SONRA ANNELERİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

- () 1. Kendi sağlığınızla ilgili bir sorun yaşadınız mı?
1- Evet (Yaşadığınız sorun neydi)
2- Hayır
- () 2. Bebeğinizin bakımıyla ilgili sorun / sıkıntı yaşadınız mı?
1- Evet (Hangi konularda.....)
2- Hayır
- () 3. Bebeğinizin bakımıyla ilgili konularda hemşirelerden/ broşürden aldığınız bilgiler yararlı oldu mu?
1- Evet (Hangi konular)
2-Hayır 3-Kısmen 4-Hiç bilgi almadım
- () 4. Kendi bakımınızla ilgili konularda hemşirelerden/ broşürden aldığınız bilgiler yararlı oldu mu?
1-Evet (Hangi konular)
2-Hayır 3-Kısmen 4-Hiç bilgi almadım
- () 5. Dikişlerinizle ilgili sorun yaşadınız mı?
1-Evet (Ney di)
2-Hayır
- () 6. Dikişlerinizin bakımında ya da herhangi bir sorun yaşadıysanız çözümünde hemşirelerden/ broşürden aldığınız bilgiler yararlı oldu mu?
1- Bakımda yararlandım 2- Sorun çözümünde yararlandım
3- Hiç sorun yaşamadım 4-Bu konuda hiç bilgi almamıştım
5-Diğer (.....)
- () 7. Ateş , Kanamanızla ilgili (miktarında ,süresinde ,kokusunda ,renginde) sorunuz oldu mu?
1-Ateşim oldu 2-Kanama miktarım çok oldu
3-Kanamam çok uzun sürdü 4-Kötü kokulu kanamam oldu
5-Kanamam çok kısa sürede bitti (2 hf altında) 6-Hiç sorun yaşamadım
7-Sorun yaşadıysa ne yaptığı (.....)
- () 8. Kanamanız kaç gün sürdü ?.....
- () 9. Adetiniz başladı mı ?
1-Evet (ne zaman.....)
2- Hayır
- () 10. Eşinizle cinsel ilişkiniz başladı mı ?
1-Evet (Doğumdan ne kadar süre sonra)
2-Hayır

- () 11. Gebelikten korunmak için bir yöntem kullanmaya başladınız mı ?
1-Evet (Belirtiniz.....)
2-Hayır (Ne zaman ve ne kullanmayı düşünüyorsunuz.....)
- () 12.Kendiniz doğumdan sonra kontrole gittiniz mi? (muayene oldunuz mu?).
1-Evet 2-Hayır
- () 13.Emzirme başarınız nasıl (şu andaki emzirme şekliniz) ?
1- Yalnızca anne sütü veriyorum
2- Anne sütü + Formüle süt / inek sütü veriyorum
3- Emzirmeyi bıraktım / DS çok kısa süre emzirebildim
- () 14. Emzirmeyle ilgili konularda hemşirelerden / broşürden aldığınız bilgiler yararlı oldu mu ?
1- Evet (En çok hangi konular.....)
2-Hayır 3-Kısmen 4-Bu konuyla ilgili hiç bilgi verilmedi
- () 15.Emzirirken göğüslerinizle ilgili sorun yaşadınız mı ?
1-Meme ucu çatlağı /içe dönüklük 4-Engojman
2-Süt retansiyonu 5-Mastitis
3-Hiç sorun olmadı 6-Diğer (.....)
- () 16.Meme bakımında ya da memeye ilgili sorun yaşadıysanız çözümünde hemşirelerden/
broşürden aldığınız bilgiler yararlı oldu mu ?
1-Evet 2-Hayır 3-Biraz 4-Hiç sorun yaşamadım 5-Bu konuda hemş.bilgi almadım
- () 17.Bebeğinizin aşılara başladınız mı ?
1-Evet 2-Hayır
- () 18.Bebeğinizin normal aylık kontrolünü yaptırdınız mı ?
1-Evet 2-Hayır
- () 19.Bebeğinizin sağlık problemi oldu mu ?
1-Evet (neydi.....) (Ne yaptınız.....)
2-Hayır
- () 20.Çocuk bakımı ve ev işlerinde size yardım eden biri var mıydı ?
1-Evet 2-Hayır 3-Ara sıra
- () 21.Şu anda , hemşirelerden yeterince bilgi almadığınızı düşündüğünüz konu / konular var mı ?
(Bu konuda keşke daha önce bilgim olsaydım dediğiniz)
- () 22. Şu anda geleceğe yönelik bilgi ve desteğe ihtiyaç duyduğunuz konu / konular var mı ?

BİYOĞRAFI

1961 Kırklareli doğumlu olan araştırmacı; ilk, orta ve lise öğrenimini Çorlu'da tamamladı. 1984 yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun oldu. 1984 - 1985 yıllarında İst. Ün. Kardiyoloji Enstitüsünde hemşire olarak, 1985-90 yıllarında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Uygulama Hastanesi'nde yönetici hemşire olarak çalıştı. 1989 yılında İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü Ana - Çocuk Sağlığı AD da bilim uzmanlığını aldı. 1990 - 1991 yıllarında Osman Gazi Üniversitesi Sağlık Meslek Lisesinde meslek dersi öğretmenliği yaptı. 1991 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümünün açmış olduğu araştırma görevlisi sınavını kazandı, 1993 yılında aynı üniversitenin Hemşirelik Yüksekokuluna öğretim görevlisi olarak atandı, halen Kadın Sağlığı Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği AD görevini sürdürmektedir. Evli ve 1 çocuk annesidir.