

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

SEZARYENİN ANNELERİN DOĞUM SONRASI KONFOR
DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Sultan TAYTAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Sibel ŞEKER

AYDIN-2019

KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Sultan TAYTAN tarafından hazırlanan “Sezaryenin Annelerin Doğum Sonrası Konfor Düzeylerine Etkisi” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 28/06/2019

Üye (T.D.) :Dr. Öğr. Üyesi Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

Sibel ŞEKER

Üye :Dr. Öğr. Üyesi Aydın Adnan Menderes Üniversitesi

Keziban AMANAK

Üye :Dr. Öğr. Üyesi Ege Üniversitesi

Zeynep DAŞIKAN

ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün tarih ve sayılı oturumunda alınan nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Cavit KUM

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tez çalışmamda tezimin planlanması ve gerçekleştirilmesi sırasında bana yol gösteren, tezin bütün aşamalarına titizlikle eğilen ve sabırla destek olan, tezimin yürütülmesinde bilgi ve deneyimleri ile katkıda bulunan ilgi, yardım ve hoşgörüsünü esirgemeyen danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sibel ŞEKER'e,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bilgi ve desteklerini esirgemeyen tüm bölüm hocalarıma,

Tez savunma komitesinde yer alarak görüş ve önerileri ile araştırmaya katkıda bulunan saygı değer hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Zeynep DAŞIKAN'a ve Dr. Öğr. Üyesi Keziban AMANAK'a,

Araştırmanın, T.C. Sağlık Bakanlığı Aydın İl Sağlık Müdürlüğü Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde yapılmasına olanak sağladığı için Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Başhekimliği'ne

Araştırmaya katılmayı kabul eden değerli annelere,

Tez çalışmam süresince gösterdiği sabır, özveri ve destekleri için eşim Eyüp TAYTAN'a, kızım Hacer İrem TAYTAN'a ve neşe kaynağım olan küçük kızım İlayda Karın TAYTAN'a

Ayrıca öğrenimim boyunca, bu günlere gelmemde en büyük paya sahip olan, destek, ilgi ve sevgilerini esirgemeyen ve hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan annem Hacer ÖZ ve babam Bekir ÖZ'e,

Tez yazım sürecinde yardım ve desteğini bir an olsun esirgemeyen değerli ablam Gülsün SELCUK'a;

SONSUZ TEŞEKKÜR EDERİM...

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ.....	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Normal Vajinal Doğum	3
2.2. Sezaryen.....	4
2.2.1. Sezaryenin Tarihçesi.....	4
2.2.2. Sezaryen Endikasyonları	5
2.2.2.1. Bebeğe Ait Endikasyonlar	7
2.2.2.2. Anneye Ait Endikasyonlar	8
2.2.2.3. Doğum Anı İle İlgili Endikasyonlar	9
2.2.2.4. Umbilikal Kord Prolapsusu ve Plasenta Anormallikleri İle İlgili Endikasyonlar	10
2.2.3. Sezaryen Kontrendikasyonları ve Komplikasyonları	10
2.2.4. Sezaryen Sonrası İzlem ve Bakım	11
2.2.5. Konfor Kuramı ve Doğum Sonu Konfor	13
2.2.5.1. Vajinal Doğum Sonrası Konfor	15
2.2.5.2. Sezaryen Sonrası Konfor	16
2.2.5.3. Ebelik Bakımı ve Doğum Sonrası Konfor.....	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırmanın Şekli.....	21

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	21
3.3. Araştırmanın Zamanlaması.....	21
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	22
3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	23
3.6. Veri Toplama Araçları.....	23
3.7. Verilerin Toplanması.....	25
3.8. İstatistiksel Analizler	25
3.9. Araştırmanın Güçlükleri	26
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu.....	26
4. BULGULAR	27
4.1. Araştırmaya Katılan Annelerin Tanıtıcı Özellikleri	27
4.2. Annelerin Obstetrik Özellikleri	29
4.3. Araştırmaya Katılan Annelerin Konfor Puanlarına İlişkin Veriler	32
4.4. Sezaryenle Doğum Yapan Annelerin Konfor Düzeylerini Etkileyen Faktörler.....	33
5. TARTIŞMA.....	37
5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	41
6.1. Sonuçlar	41
6.2. Öneriler.....	41
KAYNAKLAR.....	43
EKLER	52
Ek 1. Soru Formu	52
Ek 2. Doğum Sonrası Konfor Ölçeği.....	55
Ek 3. Kurum İzin Yazısı.....	57
Ek 4. Etik Kurul Ön Onayı	58
ÖZGEÇMİŞ.....	59

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	:Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (The American Congress of Obstetricians and Gynecologists)
Ark.	:Arkadaşları
C/S	:Sezaryen
Çev.	:Çeviri
DS	:Doğum Sonu
DSBR	:Doğum Sonrası Bakım Rehberi
DSEDÖ	:Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği
DSKÖ	:Doğum Sonu Konfor Ölçeği
DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
ICM	:Uluslararası Ebeler Federasyonu (The International Confederation of Midwives)
KMO	:Kaiser-Meyer-Olkin
OECD	:Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organisation for Economic Cooperation and Development)
PASW	:Predictive Analytics Software
TNSA	:Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	:Türkiye İstatistik Kurumu

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1. Araştırmanın Zaman Çizelgesi	21
Tablo 2. Araştırmaya Katılan Anneler Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı	28
Tablo 3. Araştırmaya Katılan Annelerin Obstetrik Özellikleri.....	29
Tablo 4. Araştırmaya Katılan Annelerin Son Gebelik İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları.....	30
Tablo 5. Araştırmaya Katılan Annelerin Son Doğumları İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları.....	31
Tablo 6. Araştırmaya katılan annelerin Doğum Sonrası Konfor Ölçeği Toplam ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Doğum Şekillerine Göre Dağılımları	32
Tablo 7. Sezaryen ile Doğum Yapan Annelerin Sosyo-demografik Özellikleri ile DSKÖ’nden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki.....	33
Tablo 8. Sezaryen ile Doğum Yapan Annelerin Obstetrik Özellikleri ile DSKÖ’nden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki.....	35

ÖZET

SEZARYENİN ANNELERİN DOĞUM SONRASI KONFOR DÜZEYLERİNE ETKİSİ

**Taytan S. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik
Anabilim Dalı Ebelik Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2019.**

Araştırmanın amacı, sezaryenin annelerin doğum sonrası konfor düzeylerine etkisini incelemektir.

Araştırma, 15 Temmuz 2018-15 Aralık 2018 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Aydın İl Sağlık Müdürlüğü Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Obstetri Servisi'nde vajinal yolla ve sezaryen ile doğum yapmış anneler üzerinde analitik kesitsel olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini Sağlık Bakanlığı Aydın İl Sağlık Müdürlüğü Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Obstetri Servisi'nde yatan, vajinal yolla ve sezaryen ile doğum yapmış anneler oluşturmuştur. Örneklemine ise evrenden gelişigüzel örnekleme ile seçilen 500 sezaryen, 500 vajinal yolla doğum yapmış 1000 anne oluşturdu. Verilerin toplanması doğum sonrası 12. saatten sonra ve üçüncü günden önce gerçekleştirildi. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından annelerin sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini sorgulamak amacıyla hazırlanan "Kişisel Bilgi Formu" ile "Doğum Sonrası Konfor Ölçeği" kullanıldı. Araştırmanın dâhil edilme kriterlerine uyan anneler araştırma hakkında bilgilendirilip, onamları alındıktan sonra veri toplama formlarını doldurmaları istendi.

Verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında PASW 22 programı kullanılarak; tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde), iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Mann Whitney U, varyans ve korelasyon analizleri ile test edildi.

Sezaryen doğum yapan annelerin doğum sonrası konfor ölçeğinden aldıkları toplam puanların ortalaması $117,902 \pm 9,622$, vajinal doğum yapan annelerin ise $127,794 \pm 12,739$, bulundu. Yapılan istatistiksel analizlerde sezaryen ile vajinal doğum yapan annelerin doğum sonrası konfor ölçeğinden aldıkları toplam puanlarla, puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark saptandı. Sezaryen doğum yapan annelerin doğum sonrası konfor ölçeğinden aldıkları toplam puan ve puan ortalamasını annelerin eğitim düzeyinin, eşin

Çalışma durumunun, gebelik öncesi sağlık sorunu olmasının ve ikamet edilen yerden etkilendiği belirlenmiştir.

Sonuç olarak sezaryen, vajinal doğumla karşılaştırıldığında annelerin doğum sonrası konfor düzeylerini düşürmektedir. Doğum sonrası konfor düzeylerinin artırılması için sezaryen oranlarının düşürülmesine yönelik girişimlerin ulusal düzeyde desteklenmesi, doğum sonrası bakımın planlanmasında konforu etkileyen faktörlerin dikkate alınması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anne, Doğum Sonrası Dönem, Ebelik, Konfor, Sezaryen.

ABSTRACT

THE EFFECT OF CESAREAN SECTION ON MOTHERS' POSTNATAL COMFORT LEVELS

**Taytan S. Aydın Adnan Menderes University Institute of Health Sciences
Department Midwifery Graduate Degree Thesis, Aydın, 2019.**

The purpose of the research is to investigate the effect of the ceserean section on mothers' postnatal comfort levels.

The research was made by analytical cross-section on mothers who had given birth to by vagina and ceserean section in Gynecology and Obstetrics Department of the Aydın Public Hospital between 15 July 2018 and 15 December 2018. The experimentals of the research was the mothers who had given birth to by vagina and ceserean section in the Gynecology and Obstetrics Department of the Aydın Public Hospital. The sample was composed of 1000 mother (500 ceserean birth-given-mothers and 500 vaginal birth-given mothers) who were randomly selected from the experimentals. The data was collected after the 12th hour of postpartum and before the third day. When collecting the data, an personal information form prepared by the researchers to question the sociodemographic and obstetric characteristics of the mothers and the Postpartum Comfort Scale was used. Mothers who meet the criteria for inclusion of the research was informed about the research and they were asked to fill their data collection forms after their consent was obtained.

The data were evaluated by using the PASW 22 software in a computer occasion; descriptive statistics (number, percentage), significance test of the difference between two means was tested with MannWhitney U, variance and correlation analysis.

The average of the total points which the ceserean-birth-given mothers got from the Postpartum Comfort Scale was $117,902 \pm 9,622$ and the vaginal-birth-given mother's were $127,794 \pm 12,739$.

As a result, the ceserean section decreases the mothers' postpartum comfort levels when it is compared to the vaginal birth. In order to increase the postpartum comfort levels, the attempts devoted to decrease the ceserean proportions should be supported on the

national base and the factors which affect comfort should be considered when planning the postpartum care.

Keywords: Ceserean, Comfort, Midwifery, Mother, Postpartum Period.

1. GİRİŞ

Sezaryen doğum, anne ve bebek açısından birçok riskli yönü olan cerrahi operasyondur (Souza ve ark, 2016). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne (1985) göre, ideal sezaryen oranı %10-15 arasında olmalıdır. Buna rağmen ülkemizde sezaryen oranı giderek artmaktadır. Sağlık İstatistiği Yıllığına göre sezaryen oranı 2017 yılı %53,1 olarak açıklanmıştır (Ergöçmen ve ark, 2014).

Bebek ister sezaryen ister vajinal doğum ile dünyaya gelsin doğum sonrası dönem anne sağlığının, bebek sağlığının, aile sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli bir zaman olup, anne ve bebek için çok hızlı bir yenilenme sürecinin yaşandığı, psikososyal değişikliklerin olduğu, annenin ve bebeğin bu değişikliklere uyum sağlamada yoğun stres yaşadığı zorlu dönemdir (Doğaner ve Bekar, 2006; Yıldız, 2011; Gürsoy, 2014). Annenin doğum sonrası uyumunu kolaylaştırmada, yeterli konforun sağlanması oldukça önemlidir. Bu konforun sağlanması için ebellek bakım sürecinde Kolcaba'nın konfor kuramı rehber olarak alınmaktadır. "Konfor; bireyin ihtiyaç duyduğu yardımı alması, istediği huzuru elde etmesi ve bireyde oluşabilecek sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde karmaşık yapıya sahip beklenen sonuçlardır" (Karakaplan ve Yıldız, 2010; Kolcaba, 2003; Karabacak ve Acaroğlu, 2011). 1994 yılında Kolcaba "konfor kuramını; bireyin gereksinimlere göre üstünlük, ferahlama, rahatlama olarak üç düzeyde, bütüncül bakış açısıyla fiziksel, psikolojik, çevresel ve sosyokültürel olmak üzere de dört boyutta" incelemiştir. Ebeller, kişinin konfor ihtiyaçlarını tanımlamak, talep ve isteklerine yönelik girişimleri belirleyip, uygulamakla sorumludurlar (Kolcaba, 1994).

Sezaryen sonrası belirli bir süre (6-12 saat) mobilize olamayan anneler barsak hareketleri başladıktan sonra oral beslenme başlayabilir. Aynı zamanda annenin mesane kateterinin olması, halsizlik, anestezinin olumsuz etkileri ve şiddetli ağrısının olması annenin hareketlerinin kısıtlanmasına neden olarak, annenin öz bakımını ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyebilir. Bu durum annelerin konforu üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir (Yılmaz ve Seviğ, 2002; Yıldız, 2011).

Sağlık profesyonelleri bu dönemde eğitim ve danışmanlık hizmetlerini etkili bir biçimde sunmalıdır. Özetle sezaryen sonrası annenin konforunun sağlanması için

öncelikle annenin doğum sonrası dönemde konfor düzeylerini ve etkileyen faktörlerin bilinmesi gerekmektedir.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, sezaryenin doğum sonrası annelerin konfor düzeylerine etkisinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırma Soruları

- Sezaryen doğum yapan annelerin doğum sonrası konfor düzeyleri nedir?
- Vajinal yolla doğum yapan annelerin doğum sonrası konfor düzeyleri nedir?
- Sezaryen ve vajinal yolla doğum yapan annelerin doğum sonrası konfor düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Sezaryenle doğum yapan annelerin konfor düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

Doğum kadının anne olma yolundaki en özel ve doğal yaşam deneyimlerinden birisidir. Kadın bedeni, doğum olayını yerine getirmek için özel yetenekle ve sistemlerle kaplanmıştır. Gebelik, doğum ve doğum sonu dönem; anneliğin doğasında olan normal süreç olsa da, annelerin sağlıklarını ve sağlık gereksinimlerini önemli ölçüde etkilemektedir. Yapılan araştırmalarda özellikle sezaryen doğum gerçekleştiren annelerin; doğum sonrası dönemde çeşitli zorluklar yaşadığı saptanmıştır. Bu nedenle bazı annelerde anneliğe geçiş sürecinde uyum sorunu yaşadıkları görülmektedir. Annelerin yaşadığı bu sıkıntılar çoğu zaman sezaryen doğum yapan annelerde görülmektedir. Alınan anestezinin etkisiyle emzirmenin kesintiye uğraması, annenin doğumun hemen ardından bebeğiyle ayrı kalması, annenin iyileşme sürecinin uzaması, ağrı ve bu ağrılara bağlı olarak meydana gelen rahatsızlıklardır (Taşkın, 2012; Coşkun, 2003; Chaplin ve ark, 2016; Çene ve ark, 2014). Perlman ve Kjaer (2016), sezaryen doğumun sonuçlarının ameliyathane koşulları ve obstetrik anestezi tekniğinden etkilendiğini bildirmişlerdir. Sezaryenle doğum yapan anneler vajinal yolla doğum yapanlara göre özellikle ilk günlerde ağrılarının çok olması nedeniyle öz bakımını yapma, uyku düzenini sağlama, günlük hayatta yapılması gereken işlerini ve bebeğin bakımını yapmakta zorlanırlar. Bu da anne ve bebek arasındaki etkileşimi geciktirebilir. Yapılan araştırmalarda özellikle sezaryen doğum olan kadınların doğum yaptıktan sonra konforlarının istenilen düzeyde olmadığı tespit edilmiştir (Yılmaz ve Seviğ, 2002; Yıldız, 2011; Lavand'm Homme, 2018). Meydana gelen rahatsızlıkların giderilmesi için öncelikle doğum ve doğum sonrası dönemin fizyolojik özelliklerinin bilinmesi doğum sonu konforda önemlidir (Pınar ve ark, 2009; Özer, 2011).

2.1. Normal Vajinal Doğum

Doğum; fetüs ve eklerinin annenin son menstrual zamanından 40 hafta sonra uterustan tam olarak atılması işlemidir. Bunun doğum olarak sayılabilmesi için fetüsün, 20 haftanın üzerinde olması, 500 gram olması ve 25 cm olması gerekmektedir. DSÖ' üye göre gebeliğin 20. haftasından sonra bitmesi olayına da "doğum" demiştir. Başka bir tanımlamada ise "doğum, fetüs ve diğer mebranlarının, göbek kordonunun kesilip kesilmediğine, plasentanın nasıl yerleştiğine bakılmaksızın tam olarak dışarı çıkarılması ya da atılmasıdır". Normal doğumun anneler için en büyük avantajı normal ve fizyolojik

olması, anne bebek arasındaki duygusal bağın kısa sürede başlamasıdır (Demir, 2001; Ceylantekin, 2006; Taşkın, 2016).

2.2. Sezaryen

Sezaryen doğum, 20 haftadan büyük olan fetüsün, normal vajinal doğumun anne ve bebek açısından tehlikeli olduğu durumlarda fetüs, plasenta ve mebranlarının abdominal yolla uterus duvarlarından kesi ile doğması işlemidir. Bebeğin uterus rüptürü nedeniyle abdominal yolla dışarı alınmasını sezaryen doğumu içermez. Sezaryen doğum; anne ve bebek açısından normal vajinal doğumun tehlikeli durumlarda alternatifi olmayan yaşamsal, hayat kurtarıcı bir operasyondur. Sezaryen doğumda genel anestezi ya da spinal-epidural anestezi uygulanır (Cunnigham ve ark, 2001; Kızılkaya Beji, 2015; Özer, 2011; Sungur ve ark, 2012).

Anne ve babalar için doğum çok özel bir olgu olup, yaşamlarındaki en güzel deneyimlerden biridir. Doğum kadın için yaşamı boyunca sürekli hatırlayacağı en güzel ve en mutlu olaylardan bir tanesi olmakla beraber yorucu ve sıkıntılı bir süreçtir. Bu nedenle doğumun nasıl gerçekleşeceği anne için çok önemlidir. Sağlık profesyonellerinin amacı, anne ve bebeğin sağlığı için en iyi olan doğum şeklini gerçekleştirmektir (Gül, 2008; Duman, 2006). Sezaryenin dünyadaki oranı %16'dır (DSÖ, 2014). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına (TNSA) göre ülkemizde sezaryen oranı, 1993 TNSA'da % 7, 2003 TNSA'da % 21,2, 2008 TNSA 'da % 36,7, 2013 yılında TNSA'da %48 dir. 2017 yılı Sağlık İstatistiğinde sezaryen oranı %53,1 olarak açıklanmıştır (Şirin ve Kavlak, 2015; TNSA, 2013; TÜİK, 2017). DSÖ'nün hedeflediği sezaryen doğum oranı %15'dir. Ülkemizde 2016 yılındaki sezaryen doğumlar % 53,1 olarak belirtilmiş (Karabel ve ark, 2017; OECD, 2019).

2.2.1. Sezaryenin Tarihçesi

Sezaryen teriminin kaynağı bilinmemekle birlikte üç farklı açıklama öne çıkmıştır. Açıklamalardan birincisi; Julius Caesar'ın sezaryenle doğduğudur. İkinci açıklamaya göre sezaryen orta çağda Latince de “caedere” kesmek anlamına gelmektedir (Şirin ve Kavlak, 2015). Üçüncü açıklama “lex regia” daha sonra “lex caesarea” Roma döneminde

kadınların hamileliğinin son dönemlerinde ölmesi nedeniyle bebeği kurtarmak adına uygulanan işlemdir. Asistan Max Sanger'in 1882 yılında bir üniversite hastanesi servisinde uterus duvarının dikilebileceğini savunmasıyla sezaryen ön plana çıkmıştır. 1912 yılında Krönig uterus aşağı kısmında vertikal insizyon ile peritondan geçerek ve daha sonra 1926 yılında Kerr hilal şeklinde yukarı doğru uzanan uterus insizyonunu önerdi. Kerr tekniği günümüzde en çok uygulanan sezaryen olmuştur. 1926'da antibiyotik tedavisinin kullanılmaya başlanması ve modern kan transfüzyonu tekniklerinin gelişmesi ile günümüzde sezaryen en çok uygulanan ve güvenilir bir cerrahi işlem olmuştur. Ülkemizde ilk başarılı sezaryen ameliyatı Cemil Topuzlu tarafından yapılmıştır. Annenin ve bebeğin yaşadığı kayıtlara geçmiş ilk başarılı sezaryen ameliyatıdır (De Chaney ve Natha, 2003; Kara, 2004; Şevket, 2005).

2.2.2. Sezaryen Endikasyonları

Sezaryen; 20 haftadan büyük olan, seçilmiş endikasyonlar doğrultusunda normal vajinal doğumun anne ve bebek açısından tehlikeli olduğu durumlarda gerçekleştiğinde anne ve bebeği için hayat kurtarıcı, yaşamsal bir operasyondur (Hotun, 2009; Taşkın, 2016).

Henüz gelişmekte olan ülkelerde sezaryen oranları giderek artmaktadır. Sezaryen oranları çeşitli nedenlerle yüksektir. Bu nedenle sağlık profesyonelleri görevini aktif olarak yerine getirememekte ve etkin ebelik bakımı sağlanamamaktadır (Arslan, 2008). Nelson (2017)'nin çalışmasının sonuçlarında planlı sezaryen sayısının fazla olmasının personelin bilgi eksikliği ve deneyimsizliği nedeniyle artmış olduğunu tespit etmiştir.

Duman (2006) çalışmasında, annelerin kendi isteği ile sezaryen doğumu tercih etme oranının % 16,3, tıbbi endikasyon nedeniyle sezaryen doğumun gerçekleşme oranının da % 76,7 olduğu sonucuna varmıştır. Araştırmada eğitim düzeyi arttıkça, sezaryen ile doğumun arttığını ortaya çıkmıştır.

Karabulutlu (2012) tarafından yapılan bir diğer araştırmada anne adaylarının %21,2'si sezaryen doğum yöntemini tercih etmiştir. Ayrıca önceden yaşanmış kötü obstetrik öykü (abortus), daha yüksek eğitim seviyesi ve yaşça daha büyük anneler sezaryen doğumu tercih etmişlerdir. Çalışmada, sezaryen ile doğumun tercih edilme nedenlerinin; %50 hekim isteğinden, %28,3 annenin kendi isteğinden, %9,4 miad

geçmesinden, %7,5 normal doğum korkusundan ve %4,7 oranında ise sezaryen doğumun daha sağlıklı olduğunun düşünülmesinden kaynaklandığı saptanmıştır.

Çakmak ve arkadaşları (2014)'nın çalışmasında; kadınların %42,2'si normal doğumdan korkması, %31,6'sının sezaryen ile doğumun ağrısız doğum olduğunu düşünmesi, %15,8'i sezaryende anne ve bebeğin daha az zarar gördüğünü düşünmesi ve %10,5'i normal doğumun daha riskli olduğunu düşünmesi nedeniyle sezaryen ile doğumu tercih ettiği belirtilmiştir.

Bir üniversite hastanesinde sezaryenle doğumu tercih eden kadınların tercihlerini etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışmada, kadınların sezaryen ile doğum tercihlerini önemli ölçüde vajinal doğum ağrısına karşı duydukları korkunun oluşturduğu bulunmuştur (Ergöl ve Kürtüncü, 2014).

Hekimin gebeler üzerinde, sezaryen kararındaki etkisini araştırmak için yapılan çalışmada; annelerin bebeklerinin sağlığını düşünerek bebekleri için doğru olan doğum şeklinin yapılmasını istediklerini ve sezaryen kararı için büyük oranda doktorların teşvik ettiğini bulmuşlardır (Burns ve ark, 1995; Karabulut, 2012).

Yıldırım Varışoğlu (2009)'nun yaptığı çalışmasında; araştırmaya katılan annelerin % 43,2'si normal doğum, %56,8'i sezaryen ile doğum yapmıştır. Sezaryenle doğum yapmış kadınların % 59,6'sının sezaryen ile doğum yapmaktan memnun oldukları, elektif sezaryen ile doğum yapan annelerin sezaryen doğumdan memnun olma oranının %73 olduğu ve memnuniyet oranının acil sezaryen doğum yapan annelere oranla %38,9 daha yüksek olduğu tespit etmiştir.

Yüksel ve arkadaşları (2015)'nin çalışmalarının sonucunda kadına gebelik boyunca psikolojik destek ve doğumla ilgili eğitim vermek doğum ve doğum ağrısına karşı endişelerini azaltıp, doğum esnasında daha az ağrı hissetmesi sağlanabilir sonucuna varmışlar. Gebe okullarında eğitim verilmesi, gebenin normal vajinal doğumu tercih etmesi ve kendi isteğiyle olan sezaryen sayılarının ve oranlarının azalmasını sağlayabileceği kanısına varmışlardır.

Artan sezaryen oranlarının düşürülmesi için; hekimlerin bilgilendirilmesi ve gebelerin vajinal doğum açısından bilgilendirilip cesaretlendirilmesi, eski sezaryen olan gebelerin uygun olanlarında vajinal doğumun tercih edilmesi ve primer sezaryen endikasyonunu belirlerken çok daha seçici ve dikkatli davranılması gerekir (Erkıran, 2009).

Sezaryen ile doğum genel olarak normal vajinal doğumun yapılmasının ciddi risk içerdiği veya bebek ile ilgili endikasyonlar, anne ile ilgili endikasyonlar, doğum anı ile ilgili endikasyonların, umbilikal kord prolapsusu ve plasenta ile ilgili endikasyonların olduğu durumlarda tercih edilen bir doğum yöntemidir. Bu endikasyonlar vakanın durumu doğrultusunda doğum şeklinin belirleneceği ve çıkan sonuç doğrultusunda karar verilmesi gereken durumlardır. Sezaryen endikasyonları aşağıdaki şekilde gruplandırılabilir;

1. Bebeğe ait endikasyonlar,
 2. Anneye ait endikasyonlar,
 3. Doğum anı ile ilgili endikasyonlar,
 4. Umbilikal kord prolapsusu ve plasenta anormallikleri ile ilgili endikasyonlar
- (Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi Ankara, 2018; Taşkın 2016, Özer 2011).

2.2.2.1. Bebeğe Ait Endikasyonlar

Fetal endikasyonlar, fetal distres, fetal malprezentasyon, çoğul gebelikler ve fetal anomaliler olup doğumun sezaryenle sonuçlanmasına neden olmaktadır (Taşkın 2016).

Fetal distres; fetüsün fizyolojik ihtiyaçlarını giderebilecek şekilde oksijenlenememesi ve fetüsün sağlığının tehdit altında olmasıyla meydana gelen değişiklikler olarak tanımlanmaktadır. Fetal distres, fetal kalp hızında anormal değişikliklerin olması, hipertonic kontraksiyonlar olması da eşlik edebilir. Fetüste konjenital anomali gelişmesi, gelişim bozuklukları olması ve gebelik haftası perinatal durumu ciddi şekilde etkileyebilir. Bu gibi durumlarda anne ve bebeğin sağlığı için sezaryen doğum önerilir (Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi Ankara, 2018; Taşkın, 2016; Kızılkaya Beji, 2015; Ceylantekin, 2006; Özer, 2011; Aksoy ve ark, 2014).

Fetal malprezentasyon; fetüsün normal vajinal doğum için alması gereken pozisyonun aksine bir pozisyonda pelvise yerleşirse (transvers duruş, alın, yüz prezentasyonu, omuz prezentasyonu vb.) buna malprezentasyon denir. Malprezentasyon durumunda fetüs pelvise uyum sağlayamaz ve normal vajinal doğum da zorlaşır (Taşkın, 2016). Makat prezentasyonu ise mutlak sezaryen endikasyonu olmamakla birlikte makat doğumlar, doğumda oluşabilecek travma, fetüsün oksijenlenme sıkıntısı ve doğum sonrası

bebek ölümü gibi komplikasyonlarla ilişkili olup, yenidoğan mortalite ve morbiditesini arttırdığı düşünülmektedir. Makat gelişlerde doğum, her ihtimale karşı sezaryen ameliyatı yapma olanağı bulunan hastanelerde gerçekleştirilmelidir (Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi Ankara, 2018; Yıldırım, 2006; Taşkın, 2016).

Çoğul gebelikler; Gebelik haftasını tamamlamış ikiz gebeliklerde de doğum, aksine bir durum yoksa normal vajinal doğum olarak yaptırılmalıdır. Fakat çoğul gebelikler, normal gebeliklere oranla daha fazla risk içermektedir. Çoğul gebeliğe bağlı oluşan komplikasyonlar sebebiyle sezaryen oranları artmaktadır. Çoğul gebelik prematürite, hiperemesis gravidarum, hidroamniyoz, anemi, preeklampsi, ablasyo plasenta, plasenta previa ve kordon sarkması sıklığının yüksek olması mortaliteyi arttırmaktadır (Kızılkaya Beji, 2015; Taşkın, 2016; Easter, 2017).

Fetal anomaliler; fetal myelomeningosel, batın ön duvarı hasarları, sakrokoksigeal teratom ve non-immun hidrops gibi durumlarda bebek ve annenin sağlığı için sezaryen ile doğum önerilebilir (De Cherney ark, 2003; Taşkın, 2016).

Miad aşımı; gebelikte 42 hafta geride bırakılmasına karşın halen doğum eylemi başlamamışsa ve iri fetüsü hazırlayan nedenler arasında bahsedilir (De Cherney, 2003; Taşkın, 2016). Miad aşımalarında doğuma karar vermek son adet tarihi ve ultrasonografi kullanımı ile yapılmaktadır. İlerleyen gebelik haftasına ve fetüsün durumuna göre doğuma karar verilir. Kanıtlarda 42 haftadan önce indüklenmeyen doğumlarda sezaryen endikasyonu söz konusudur (Doherty ve Norwitz, 2009).

Fetal makrozomi; fetüsün doğum ağırlığının genel olarak 4000 gr ve üzerinde olması halidir. Fetal makrozomi de diğer maternal endikasyonlar ve fetal endikasyonlar gibi sezaryen doğum oranını yükseltir (Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi, 2018; Taşkın, 2016).

2.2.2.2. Anneye Ait Endikasyonlar

Sezaryen doğuma neden olan maternal endikasyonlar için geçirilmiş sezaryen, sistemik hastalıklar, yumuşak doğum yolu ile ilgili sebepler sıralanabilir.

Geçirilmiş sezaryen; annelerde, kontrendikasyon bulunmuyorsa ve önceki sezaryen endikasyonu halen devam etmiyorsa sezaryenden sonraki doğumda vajinal doğum tercih

edilmelidir. Ancak uygulamada anneler, sağlık profesyonellerinin tutumları ve kurum politikaları ayrıca kısıtlı tercih şansı nedeniyle sezaryen doğum sonrası vajinal doğum için özgürce hareket edememektedirler (Tilden ve ark, 2017; Black ve ark, 2016). Yukarıda bahsedilen gerekçeler nedeniyle sezaryen doğumdan sonraki doğumun vajinal doğum olma oranı çok düşük seviyelerde kalmaktadır (Black ve ark. 2016). Bununla birlikte annelerin sezaryen doğum sonrasında normal vajinal bir doğum gerçekleştirebilmesi için normal doğum için pelvis yapısının uygun olması, başka uterus skarı veya rüptürünün olmaması gerekli olup, ayrıca doğumun gerçekleşeceği hastanenin imkân ve olanaklarının (hekim, monitorizasyon ve ihtiyaç halinde acil sezaryen yapma olanağının olması, acil sezaryen için ameliyat ekibinin hazır olması) yeterli olması da gerekmektedir (Cunningham ark, 2001; Ceylantekin, 2006).

Sistemik hastalıklar; diyabet, hipertansiyon gibi annenin sistemik hastalıkları sezaryen doğuma neden olabilir. Genellikle diyabeti olan gebelerin bebekleri iri bebektir. İri fetüslerde; omuz distozisi ve buna bağlı maternal ve fetal morbiditeler sezaryen doğum tercihinin en önemli nedenidir (Yılmaz ve ark, 2009; Taşkın, 2016).

Yumuşak doğum yolu ile ilgili sebepler; ilk doğumunu yapan ve yaşı ileri olan annelerde serviks ve doğum kanalının yumuşak dokularının elastikiyetinin azalması, kollumun rijid olması, doğum kanalında yaralanmalar, bölgede geçirilmiş operasyonlar, enflamatuvar hastalıklar, enfeksiyonlar, vajinal septum ve vajinal darlıklar normal vajinal doğumun yapılmasını güçleştirip sezaryen oranını artırmaktadır (Taşkın, 2016; Herstad, 2016).

2.2.2.3. Doğum Anı İle İlgili endikasyonlar

Sezaryen doğumun yapılmasına neden olan doğum anı ile ilgili endikasyonlar arasında baş-pelvis uyumsuzluğu, doğumun uzaması ile ilgili sebepler sıralanabilir.

Baş-pelvis uyumsuzluğu; fetal baş ve gebenin pelvis yapısının uyumsuzluğundan kaynaklı vajinal doğum eyleminin yapılamadığı durumlardır (şirin ve Kavlak, 2015; Taşkın, 2016).

Uzamiş eylem; doğum için gereken itici güçlerdeki anormallik, gebenin kemik pelvis yapısı bozukluğu, pelvik kontraksiyon, fetüsün pelvise anormal yerleşimi, fetus

gelişim, fetusun ilerlemesine engel olan ürogeital sistem bozukluğu eylemin uzamasına sebep olmaktadır (Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi, 2018; Taşkın, 2016).

2.2.2.4. Umblikal kord prolapsusu ve plasenta anormallikleri ile ilgili endikasyonlar

Umblikal kord prolapsusu anne ve bebek sağlığı için tehlike arz eden ve acil sezaryen gerektiren bir durumdur. Tıbbi endikasyonlardan birisi olan umblikal kord prolapsusu nedeniyle de sezaryen oranı artmaktadır. Kord sarkması, plasenta previa, ablasyo plasenta ve vasa previa durumlarında sezaryen doğum yapılmaktadır (Şirin ve Kavlak, 2015; Taşkın 2016; Lavender, 2012).

Kara ve arkadaşları (2009)'nın Ağrı ilinde yaptıkları çalışmalarında; veri toplama süresi içerisinde toplam 3092 doğum gerçekleşmiş ve bu doğumların 420'si (%13,5) sezaryen doğum yapan hastalar oluşturmuştur. Bu hastalardan 143 (% 34)'ü fetal distres, 104 (% 25)'i geçirilmiş sezaryen, 88 (% 21)'i baş-pelvis uygunsuzluğu, 56 (% 13)'ü ilerlemeyen travay, 29 (% 7)'si plasenta previa, ablasyo plasenta, makat prezentasyonu gibi nedenlerle sezaryen olmuştur.

2.2.3. Sezaryen Kontrendikasyonları ve Komplikasyonları

Sezaryenin kontrendikasyonu uygun bir endikasyon nedeninin olmamasıdır. Abdominal duvarda enfeksiyon olması, anormal doğum, sezaryen doğum için uygun ortamın olmaması ve uygun koşulların bulunmaması sezaryen doğum için kontrendike durumlardır (De Cherney ve ark, 2003).

Sezaryen ile doğumun, gebelik ve doğum sırasında oluşabilecek risklerin gelişmesi nedeniyle annenin ve bebeğin hayatını kurtaran cerrahi bir girişimdir Bütün cerrahi girişimlerde olduğu gibi anesteziye ve cerrahi girişime bağlı olarak oluşabilecek komplikasyonlar sezaryen doğumda da meydana gelebilir. Fiziksel ve psikososyal sorunların oluşmasına sebep olabilir. (Güngör ve ark, 2004; Thivierge, 2006; Demirbaş ve ark, 2017; Taşkın, 2016).

Sezaryen doğum oranı vajinal doğuma oranına göre hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde belirgin derecede artmaktadır. Çoğu anne normal doğum sancısı hissetmemek ve acı çekmemek için gebe olduğunu öğrendiği günden itibaren sezaryenle

doğum yapmayı istemektedir (Duman, 2006; ACOG, 2006; Ghaffari ve ark, 2018). Mesane ve üreterin hasar görmesi, mortalite ve kanama riski, tromboemboli, endometritis, yara yeri enfeksiyonu, transfüzyon komplikasyonları, solunum ile ilgili sıkıntılar diğer sezaryen komplikasyonlarıdır. Sezaryen doğumda anne bebek arasındaki etkileşim daha uzun sürede gerçekleşir. Hastanede kalış süresi uzar ve uzadıkça da tıbbi bakım maliyeti artmaktadır. Bu komplikasyonların dışında doğum sonu dönemde annenin iyileşmesi, anneliğe uyumu sağlaması ve annelik fonksiyonlarını yerine getirebilmesinde gecikme, kendi bakımında ve bebeğin bakımında zorlanma sezaryen doğumun diğer dezavantajlı yönlerindedir (Park ve ark, 2005; ACOG 2006; Erkıran, 2006; Şahin Hotun, 2009).

Çağlayan ve arkadaşları'nın (2011) çalışmasında, sezaryenle doğumun, normal vajinal doğuma oranla komplikasyon riskinin yüksek olduğu cerrahi bir operasyon olduğu kanısına varmışlardır. Sezaryen endikasyonları arasında daha önce sezaryen geçirmiş olanların, önemli bir oranı oluşturduğu sonucuna varılmıştır.

Erkıran (2009) çalışmasında normal vajinal doğum yapan vakaların hemoglobin seviyelerinin %76'sının vakada azalmış, %15'inin vakada değişmemiş ve %20,2'sinin vakada yükselmiş olduğunu tespit etmiştir. Sezaryen doğum yapan vakaların da hemoglobin seviyelerinin %99,4'unun vakada azalmış, % 0,3'ünün vakada değişmemiş ve % 0,3'ünün ise vakada yükselmiş olduğunu tespit etmiştir.

2.2.4. Sezaryen Sonrası İzlem ve Bakım

Sezaryen sonrası annelerin ortalama 48 saat hastanede takip edilmesi gerekir. Doğum sonu bakım yönetim rehberine (2018) göre; annenin hastanede 3, evde 3 olmak üzere 6 kez izleminin yapılması gerekmektedir. Bu izlemler;

1. İzlem hastanede 0-1 saatleri arasında
2. İzlem hastanede 1-6 saatleri arasında
3. İzlem hastanede 6-24 saatleri arasında
4. İzlem evde veya sağlık kuruluşunda 2.-5. günler arasında
5. İzlem evde veya sağlık kuruluşunda 13. ve 17. günler arasında
6. İzlem 30.-42. günler arasında yapılmalıdır.

Anneye sezaryenin de cerrahi bir işlem olduğu için ameliyata dair problemlerin olabileceği, sezaryen olan diğer annelerin de bu problemleri yaşayabileceği söylenmelidir. (Şirin ve Kavlak, 2015). Sezaryen sonrası bakımda yaşam bulgusu ve loşia takibi ilk 1 saatlik sürede 15 dakikada bir, ikinci bir saatlik sürede 30 dakikada bir alınmalıdır. Loşia takibi, annenin yaşam bulguları stabil hale gelmesinin ardından 4-6 saatte bir alınır (Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi, 2018). Sedatif ilaçlar verilmişse bilinç düzeyi değerlendirilir. Lokal anestezi verilmişse bacaklarındaki hissin dönmesi takip edilir. İlk birkaç gün içinde insizyon yerinde ağrı ve gaz şikâyetinin olabileceği ve bunun normal olduğu söylenmelidir Ağrıları için 3-4 saatte bir ağrı kesici yapılacağı söylenir (Kızılkaya Beji, 2015; Şirin ve Kavlak, 2015).

Anneler öksürme, solunum egzersizlerini yapması için teşvik edilir. Batın pansumanı kontrol edilir varsa direni kayıt edilir. Kanama, ped, aldığı çıkardığı takibi yapılır. Uterus tonüsü değerlendirilir. En kısa zamanda yenidoğan ve anne arasındaki bağlanmayı sağlamak için annenin bebeğin bakımına katılması teşvik edilir. Emzirmede yardımcı olunur devamlılığı konusunda desteklenir. Perine bakımı yapılır ve anne vücut hijyeni hakkında bilgilendirilir. (Kızılkaya Beji, 2015). Barsak hareketleri takip edilerek uygun oral beslenme başlanır. Durum stabilizeştikten sonra mobilizasyon sağlanır. Anneye duygularını ifade etmesi için ortam yaratılıp yüz yüze görüşülerek ihtiyacına yönelik taburculuk eğitimi planlanır. Genel olarak 48 saat ya da daha az sürede taburculuk planlanır, Taburculuk eğitimi içinde diyet, egzersizler, hijyen, yapılması gereken aktiviteler, meme bakımı, cinsel aktivite, aile planlaması yöntemleri, bebek bakımı, alınacak ilaçlar olmalıdır. Ayrıca taburcu olmadan önce annelerin evlerinde kendileri ve yeni doğanları için emzirme ve olası tehlikeler hakkında bilgiler ve öneriler verilmelidir (Çıtak Bilgin ve Coşkuner Pontur, 2010; Öztürk, 2015; Şirin ve Kavlak, 2015).

Aşağıdaki belirtilerden herhangi birinin varlığında anne acilen hastaneye sevk edilir ya da hasta yakınları yönlendirilir (Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi, 2018);

1. Annede ani veya yoğun miktarda kan kaybı varsa, hipotansiyon, taşikardi hipoperfüzyon gibi belirti ve bulgular ile birlikte vajinal akıntı varsa ve bilinç düzeyinde değişiklik hissediliyorsa,

2. Annenin kan basıncı 140/90 mmHg'nin üzerinde ise, preeklamsi ve preklampsinin diğer bulguları da varsa ve 4 saat içerisinde kan basıncı 140/ 90 mmHg'nin altına düşürülemezse,

3. Annede kasılmalar oluyorsa,
4. Annede karın ağrısı ve peritoneal irritasyon bulguları varsa,
5. Annede dispne ve takipne varsa,
6. Annede sürekli ya da şiddetli bir baş ağrısı ile birlikte görme şikâyeti mevcutsa,
7. Annenin ateş ölçümünün üst üste iki kez 38°C üstünde olması ve enfeksiyon belirtileri varsa,
8. Annenin bacağında tek taraflı baldır ağrısı, kızarıklık, şişme mevcut ise,
9. Anne nefes almada sıkıntılı ise ve göğüs ağrısı varsa,
10. Annede anemi ve anemi belirtileri varsa,
11. Annede sürekli idrar kaçırmaya varsa (Doğum Sonu Bakım Rehberi 2018).

Doğum sonu bakım rehberi (2018)'nde hastanede kalma süresi herhangi bir komplikasyon gelişmeyen; vajinal doğum yapan annelerde en az 24 saat, sezaryen doğum yapan annelerde ise en az 48 saat olduğu kabul edilmektedir.

2.2.5. Konfor Kuramı ve Doğum Sonu Konfor

Konfor; Fransızca kökenli bir kelime olup, sözlük anlamına göre günlük yaşamı kolaylaştıran maddi rahatlık olarak tanımlanan, birey, hasta, hastane, aile ya da toplumun konfor gereksinimlerinin tanınması, gereksinimlerine yönelik önlemlerin alınması, temel konfor düzeyi ile uygulama sonrası konfor düzeyinin değerlendirilmesi sürecini oluşturmaktadır. Konfor Latince kökenli bir kelime olup “daha fazla kuvvetlendirmek, güçlendirmek, güçlü” anlamında olan “confortare” sözcüğünden gelmektedir (Erdemir ve ark, 2013).

Kolcaba (1992; 1994; 2001; 2003) konfor kuramında ‘konfor kavramını; bireye yardım ederek bireyin huzurunun sağlanması, bireyin sorunlarının üstesinden gelebilmesi, gereksinimlerinin karşılanması için fiziksel, psikospirituel, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde karmaşık yapıya sahip bir sonuç’ olarak tanımlamıştır. Kavramın taksonomik yapısını iki aşamada inceleyen Kolcaba (2003), birinci aşamada; tarihi ve çağdaş hemşirelik literatürünü inceleyerek bireysel konfor gereksinimlerinin karşılanmasındaki duruma göre konfor düzeylerini tespit etmiştir. İkinci aşamada ise konfor boyutlarını oluşturmuştur.

Birinci aşamadaki bu düzeyler; ferahlama, rahatlama, üstünlük olarak gruplamıştır.

- Ferahlama; bireyin ihtiyaçları karşılanıp konforu sağlandığında sıkıntıdan kurtulduğunu hissetmesidir.
- Rahatlama; bireyin sakin ve huzurlu olduğunu hissetmesidir.
- Üstünlük; bireyin sorunlarının üstesinden gelebilmesi demektir. (Erdemir ve Çırlak, 2013).

İkinci aşamadaki konfor boyutları; fiziksel konfor, psikososyal konfor, çevresel konfor, sosyokültürel konfor boyutlarıdır.

- Fiziksel; bireyin fiziksel olarak vücudunun verdiği tepkiler, homeostatik mekanizmalar, immün işlevler ile ilgilidir.
- Psikospiritüel; bireyin benlik saygısı, kimlik, cinsellik gibi kendine ilişkin farkındalık durumu, kişinin yaşamındaki anlamı, var oluşu ve yüce varlıklarla ilişkisi konusundaki anlayışı ile ilgilidir.
- Çevresel; bireyin yaşamının dışsal çevresi, sıcaklık, ısı, nem, renk, koku, iklim, coğrafi alan, eşyalar, mobilyalar vb. ile ilgilidir,
- Sosyokültürel; bireyin kişiler arası ilişkileri, aile arasındaki ilişkileri ve sosyal ilişkileri ile ilgilidir. Ayrıca aile gelenek göreneklerini, toplum kuralları ve dinsel uygulamaları da içerir (Erdemir ve Çırlak, 2013).

Kolcaba'nın Konfor Kuramı kısaca;

- Hastanın karşılayabildiği gereksinimleri ve karşılayamadığı gereksinimleri belirlenir, konforu sağlanır.
- Hastanın belirlenen gereksinimleri karşılamak üzere girişimler planlanır,
- Girişimlerin başarılı olması için gereken faktörler dikkate alınır,
- Girişimler değerlendirilir ve sonuca göre konforun artması beklenir (Kuguoğlu ve Karabacak, 2008).

Sağlığı geliştirmeye yönelik davranışların güçlenmesi için birey ve ailenin katılımı ile tespit edilen doğru ve erişilebilir hedefler doğrultusunda bireyin konforunda artma sağlanmalıdır (Kolcaba, 2003). Yıldız ve Karakaplan (2010) yaptığı çalışmasında; sezaryen doğum ile normal vajinal doğum yapan annelerin konfor kuramına göre doğum sonu konforunu değerlendirmek amacıyla Doğum Sonu Konfor Ölçeği'nin kullanılabileceğine karar vermiştir.

Kuruoğlu ve Karabacak (2008) çalışmasında, Katharine Kolcaba (1995)'nin konfor kavramının kullanılmasına ilişkin yaptığı çalışmalar sonucunda konforun; pozitif, holistik, çok boyutlu, kuramsal olarak tanımlanabilir ve uygulanabilir bir kavram olduğunu tespit etmiştir (Kuguoğlu ve Karabacak, 2008).

2.2.5.1. Vajinal doğum sonrası konfor

Normal vajinal doğum; servikal açılma ve efasman ile birlikte şiddeti yavaş yavaş artan kasılmalarla fetüs ve eklerinin dış ortama bırakılmasıdır (Günalp ve ark, 2004; Ceylantekin, 2006; Taşkın, 2016).

Gebelik ve doğum eylemi kadınlar için fizyolojik bir süreçtir. Gebeler doğum öncesi dönemde sağlık personellerinden gerekli olan fiziksel ve psikolojik desteği aldıklarında başarılı bir vajinal doğum gerçekleştirir. Bu süreçte ailenin de desteklenmesi önemlidir. Kadınların doğum eylemi ile baş etmeleri ve sağlıklı bir doğum süreci yaşamaları için bilgi sahibi olmaya, destek almaya ve önemsendiğini hissetmeye ihtiyaçları vardır. Doğum eylemi boyunca verilen destek ile gebeliği sağlıklı sonlandırmak oldukça önemlidir. Doğum süreci, annenin anneliğe uyum sağlamaya çalıştığı bunun yanı sıra annede önemli çeşitli değişimlerin yaşandığı bir dönemdir (Eker ve Yurdakul, 2008; Gözüyeşil, 2008; Karaçam ve Akyüz, 2011).

Doğum kadın için en önemli, en mutlu ve en heyecanlı olayıdır. Kadının yaşamının en önemli ve unutulmaz bölümüdür. Vajinal doğum; normal ve fizyolojik olması nedeniyle anne kısa sürede normal aktivitesine dönebilir, bebeğiyle buluşabilir ve emzirmeye başlayabilir. Böylece erken taburcu edilerek, daha hijyenik, sağlıklı olarak yaşamlarına rahat bir şekilde devam edebilecekleri evlerine gönderilebilirler. Annelerin normal vajinal doğum tercihini artırmak için gebelik ve doğum sürecinde kadının bilgilenebilmesine, desteklenmesine ve bu süreçte katılımına ihtiyaç vardır. Sürecin sağlıklı ilerlemesiyle, gebenin olumlu doğum deneyimi yaşaması sağlanmış ve gebeliği sağlıklı sonlandırmış olur (Kızılkaya, 2013; Ceylantekin, 2006; Eker ve Yurdakul, 2008; Duman, 2006).

Her kadının gebelik, doğum ve doğum sonrasında beklentileri farklıdır. Kadınların gebeliği süresince başta ebelerden olmak üzere sağlık personelinden iyi bir bakım almasıyla, gebelik döneminde hastanede yatmaya ihtiyaç duymadığı, doğum anında daha

az ağrı hissettiği, indüksiyona, analjezi ve anesteziye daha az başvurulduğu görülmüştür. Ağrıyla baş etmede nonfarmakolojik yöntemlerin daha fazla kullanıldığı, normal doğum oranlarının yükseldiği, sezaryen oranlarının ve acil sezaryen ihtiyacının azaldığı çalışmalarla desteklenmiştir (Leslie ve Storton, 2007; Yüksel, 2015).

Janssen ve arkadaşları (2007)'nin hekim ve ebenin yaptırdığı doğumları karşılaştıran çalışmasında; ebenin takip ettiği doğumlarda, fetal kalp hızını tespit etmek için cihaz kullanımının ve sezaryen oranının azaldığı tespit etmiştir. Çetinkaya ve arkadaşları (2012) yaptıkları çalışmanın sonucunda sezaryen oranının arttığını fakat isteğe bağlı sezaryen oranının azaldığını tespit etmişlerdir. Bu artışın sebebinin de elektif sezaryen olan hasta sayısının artması ve beraberinde de plasenta anomalilerinin artmasının sebep olduğu kanısına varmışlardır.

2.2.5.2. Sezaryen sonrası konfor

Gebeliği sağlıklı bir şekilde sürdürüp, sağlıklı bir şekilde sonlandırmak ve doğum sonrası annenin konforunun sağlanması önemlidir. Doğum sonu dönemde anneyi desteklemek ve verilen bakımın standartlara uygun olarak zamanında ve planlı olarak verilmesi gerekir. Bu da hasta memnuniyetini artırarak sorunların azalması doğum sonrası dönemin daha sağlıklı bir şekilde atlatılmasını sağlayacaktır (Eker ve Yurdakul, 2008; Beydağ, 2007). Doğum sonu dönemde annelerin gereksinimlerini belirleyip konforunun artırılması, annelerin doğum sonu dönemdeki sıkıntılarının saptanması ve bu sıkıntılarının giderilmesi önemlidir. Sezaryen ile doğum yapan annelerin özellikle ağrı ve halsizliğinin olması, anestezinin olumsuz etkilerinden dolayı annelerin konforunda normal doğum yapan annelere oranla düşme olabilmektedir (Kolcaba 2003; Karakaplan ve Yıldız, 2010; Çapık ve ark, 2014).

Doğum sonu dönem annenin, yenidoğanın ve ailenin yeni bir düzenin olduğu fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak değişikliklerin olduğu bir dönemdir. Bu dönemde anne, bütün bu değişikliklere uyum sağlamak zorundadır. Ayrıca bebeğin bakımını, gereksinimlerini karşılama ve bebeği ile iletişim kurarak bebeğin aileye katılımı sonucu değişen aile yapısına da uyum sağlamak durumundadır. Bunun içinde sağlık profesyonelleri annelere doğum sonu bakım ve gereksinimlerini karşılayarak anneyi annelik rolüne hazırlamalıdır (Yıldız, 2003; Beydağ, 2007).

Bu nedenle, ebe ve hemşireler annelerin gebelik, doğum ve doğum sonu dönemdeki fizyolojik özelliklerini tespit etmeli, bakım gereksinimlerini değerlendirmelidir. Anneye gerekli bakım ve desteği sağlayarak anneliğe hazırlayıp annelerin anneliğe uyumunu kolaylaştırmalıdır. Böylece annenin doğum sonu dönemdeki sorunların azalmasına yardımcı olmalıdır (Pınar, 2009; Beydağ, 2007).

Annenin sezaryen doğum sonrasında yüksek olan ağrısı konforunu etkilemektedir. Annenin doğum sonrası ağrısının azaltılması, kanamasının kontrol altına alınması, hijyen gereksinimlerinin karşılanıp rahatlatılması, mobilize olması ve normal beslenme düzenine geçebilmesi sağlanırsa ve ayrıca bebeğinin bakımı konusunda anne gerekli destek verilirse anne kendisinin ve bebeğinin ihtiyaçlarını karşılamada daha yeterli olacaktır. Sezaryen doğum yapan annelerin normal vajinal doğum yapan annelere oranla karşılaşılabileceği sorunlar daha fazladır. Sezaryen doğum yapan anneler kendi kişisel bakımlarını yapmakta, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede ve yeni doğanın bakımını karşılamakta zorlanırlar (Gölbaşı, 2003; Yılmaz ve Seviğ, 2002). Sezaryenden sonra mobilizasyonun uzadığı (ortalama 12 saat), barsak hareketleri başladıktan sonra oral beslenmeye geçebilen, şiddetli ağrılar yaşayan, mesane kateteri olan anne doğum sonrası ilk günlerini sıkıntılı geçirebilir. Bu dönemde annenin kendi kişisel bakımını yapmakta zorlanacağı, günlük yaşam aktivitelerini ve yeni doğanın bakımını karşılamada sıkıntı yaşayacağı, ağrı, halsizlik ve anestezinin olumsuz etkileri vb. nedenlerle sezaryen doğum yapan annelerin konforunda normal doğum yapan annelere kıyasla belli oranda azalma olabileceği unutulmamalıdır. Sezaryenle doğum yapan anneler yaşanan bu sıkıntılar nedeniyle emzirme problemleri de yaşayabilir ve emzirme kesintiye uğrayabilir (Yılmaz ve Seviğ, 2002; Can, 2015). Çitil Canbay'ın (2018) çalışmasının sonuçlarında sezaryenle doğum yapan annelerin sadece %16,4'ü ilk 30 dakika içerisinde bebeklerini emzirebilmiş ve ilk altı ay içerisinde bu bebeklere annelerin yüksek oranlarda ek besin verildiği tespit edilmiştir.

Hem anne ve hem bebek açısından doğum sonunda uyumu kolaylaştırmak için verilecek olan bakımda ebe ve hemşirelerin rolü büyüktür. Ebelik bakımında; bireyin ihtiyaç ve taleplerine yönelik bilgilerin toplanması, yapılacak girişimlerin planlanması ve bu girişimlerin uygulanması yüksek düzeyde konfor sağlamakla birlikte anne memnuniyetine, doğum sonu bakımına yaşam kalitesine pozitif yönde katkı sağlayacaktır. Bunun için de bütün sağlık profesyonellerinin annelerin gereksinimlerine ve beklentilerine göre ihtiyaçlarının karşılanması ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin en iyi kanıt üzerine

temellendirilmesi gereklidir (Beydağ, 2007; Çapık ve ark, 2014; Can, 2015; Bekmezci ve ark.2016).

Eker ve Yurdakul (2008) çalışmasında sezaryen doğum sonrasında planlı, programlı ve standartlara uygun bakım verilmesi hasta memnuniyetini arttırmaktadır sonucuna varmışlardır.

Çapık ve arkadaşları (2014)'nın çalışması sonucunda sezaryenle doğum yapan annelerin orta düzeyde konfora sahip oldukları tespit edilmiştir. Gelir durumu hariç diğer sosyo-demografik özelliklerin doğum sonrası konfor düzeyinin toplam puanını etkilemediği, çalışma, gelir durumu ve eşlerin eğitim durumunun psikospiritüel konfor düzeyine etkisi olduğu belirlenmiştir. Obstetrik özelliklerden de yaşayan çocuk sayısının ve gebeliğin istenme durumunun psikospiritüel konforda etkili faktörler olduğu saptanmıştır. Doğum şeklinin annelerin fiziksel ve sosyokültürel konfor düzeyinde etkili olduğu ve vajinal doğum yapanların daha yüksek konfora sahip oldukları saptanmıştır.

2.2.5.3. Ebelik bakımı ve doğum sonrası konfor

Uluslararası Ebeler Federasyonu (ICM)'na göre ebe; “Düzenli olarak verilen eğitim programlarına katılmış, gerekli ebelik niteliklerine sahip olmuş, yasal olarak ebelik sanatını yürütmesi kabul edilmiş; doğum ve doğum sonrası dönemlerde kadınlara bakım veren, doğumları yaptırabilen, bebek ve çocuk bakımını sağlayan kişinin yaptığı sanattır” (ICM, 2019). DSÖ tarafından (2019) ise “ebe; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde gerekli bakım ve danışmanlığı sağlamak, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırmak, yenidoğanın bakımını ve aile planlaması danışmanlığını yapmak” olarak tanımlamıştır.

Ebeler, kadın sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde büyük öneme sahiptir. Doğum sonu dönemde; annede meydana gelen değişiklikleri, olabilecek komplikasyonları ve annelerin bakım gereksinimlerini bilmeleri, gerektiğinde uygun müdahale ederek nitelikli bir doğum sonu bakım hizmeti sunabilmeleri açısından oldukça önemlidir (Arslan, 2014; Doğaner, 2002).

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde annede fizyolojik değişiklikler, fiziksel komplikasyonlar, yetersizlik, yorgunluk, izolasyon, bebeğin bakımı, aile içindeki rol çatışması, bebek ve ailedeki diğer bireylere karşı sorumluluğunun devamı gibi nedenler

annenin bu dönemdeki sürece adaptasyonu güçleştirmektedir. Bu dönemdeki değişikliklerde adaptasyonu sağlamak için anneye gerekli bakım ve desteği sağlayarak bilgi verme, danışmanlık yapma ve ebeveynlerin endişelerini giderme, gibi yaklaşımlar verilen hizmetin verimliliğini artırarak sorunların azalması bu sürecin daha sağlıklı bir şekilde aşılmasını sağlayacaktır (Üst ve Pasinlioğlu, 2015; Beydağ 2007; Baron, 2017).

Ebeler ve hemşireler anne ve bebek sağlığının korunması, gözlenmesi ve geliştirilmesinden sorumlu sağlık profesyonelleridir. Sağlık profesyonellerini en güncel bilgilere sahip olmalı ve uygulamalıdır. Sağlık profesyonellerinin yaptıkları bakımın kalitesini artırmak; klinik uygulamalar ve bakım sonuçlarını iyileştirmek; bakımı standardize etmek ve hasta memnuniyetini artırmak açısından güncel bilgiler önemlidir (Can, 2015; Ünal Toprak ve ark, 2017).

Ebelerin, annelerin genel durumunu inceleyerek ihtiyaçlarını belirlemesi, kanıta dayalı bilgileri takip ederek etkin bakım tekniklerini kullanması, güncel bilgilere kendini yenilemesi gerekir. Ayrıca ebeler olumlu iletişim teknikleri kullanarak; anneye gerekli bakımı vermesi, bakım sonuçlarının değerlendirilerek anne memnuniyetinin sağlanmasıyla annenin doğum sonu konforunu da arttırmalıdır (Eker ve Yurdakul, 2008; Pınar ve ark,2009).

Sezaryen oranlarının düşürülmesi için, uluslararası ebelik uygulamalarının ülkemizde de uygulanması gerekmektedir. Anneyi gebelik, doğum ve doğum sonrasında aynı ebenin takip etmesi ve aynı ebenin eğitim vermesi, doğuma hazırlaması, normal doğumların ebelerin sorumluluğuna bırakılması önemlidir. Doğumda “anne dostu” uygulamalarının önemsenmesi, ebelerin aktif olarak görevini yerine getirebilmesi, çeşitli düzenlemelerin yapılması, doğum sürecinde ebeliğin daha aktif olması sezaryen oranının düşürülmesini sağlayacaktır (Arslan ve ark, 2008).

Pınar ve arkadaşları (2009)’nın çalışmasında, annelerin sağlık profesyonelleri tarafından genel anlamda ihtiyaçlarının karşılandığı, annelerin memnuniyetinin arttıkça konforlarının da arttığını belirtmişlerdir. Annelerin doğum sonu dönemde kendisi ve bebeğiyle ilgili bakım gereksinimleri ve beklentileri ile ilgili ölçekten elde edilen puanın yükseldiğini saptamıştır. Buchko ve arkadaşları (2012) çalışmasında kapsamlı bir eğitim kitapçığının ve gelişmiş belgelerin, ebeler için hasta eğitim sürecinde verimliliği arttırabileceğini tespit etmişlerdir. Bowman (2005)’nin çalışması sonucunda doğum sonrası

annelerin ilk 3 günde dikişler, epizyotomi bakımını 7 günde de beslenme ve en önemlisi bebek bakımı öğrenme ihtiyacı olarak bulmuştur. Beger ve Cook (1998) doğum sonrası öğretim öncelikleri çalışmasında; ebeler öncelikle anne ve bebeklerin fiziksel ihtiyaçlarını karşılayıp annelerin bireysel olarak doğum sonrası eğitimle desteklenmelerine, özellikle ilk bebeği olan annelere doğum sonrası özel ihtiyaçları olduğunu dikkate alınmalıdır sonucunu bulmuşlardır. Kızrak (2019) çalışma sonucunda; doğum sonu dönemde verilen ebelik bakımının annelerde maternal bağlanma ve postravmatik gelişim düzeyini olumlu yönde etkilediğini tespit etmiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, sezaryenin doğum sonrası annelerin konfor düzeylerine etkisini incelemek amacı ile gerçekleştirilen, analitik-kesitsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Aydın il merkezinde, T.C. Sağlık Bakanlığı Aydın İl Sağlık Müdürlüğü Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Obstetri Servisi'nde gerçekleştirildi. Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Obstetri Servisi 36 yatak kapasitesine sahiptir. Serviste vajinal yolla ve sezaryen ile doğum yapan anneler ile erken doğum tehdidi, gestasyonel diyabet, gebeliğe bağlı hipertansiyon gibi nedenlerle hastaneye yatırılan son trimester yüksek riskli gebeliklere hizmet verilmektedir. Serviste 08-16 ve 16-08 olmak üzere iki vardiya halinde toplam 13 ebe ve hemşire hizmet sağlamaktadır. Araştırmanın verilerinin toplandığı tarihlerde bu hastanede kadın hastalıkları ve doğum hizmetleri, acil servis (çocuk ve kadın doğum), doğumhane, çocuk klinikleri, poliklinikler, gebe okulu, yetişkin ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi hizmet vermekteydi.

3.3. Araştırmanın Zamanlaması

Araştırma 15 Temmuz 2018-15 Aralık 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmayla ilgili yapılan işlemlerin zamanı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

İşlemler	Tarih
Araştırma konusunun seçimi	Mayıs 2016
Tez önerisinin hazırlanması	Ağustos 2017
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Uygulamalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan ön onayın alınması	26 Nisan 2018
Aydın İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısının alınması	26 Temmuz 2018
Araştırma verilerinin toplanması	15 Temmuz 2018-15 Aralık 2018

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 15 Temmuz 2018-15 Aralık 2018 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Aydın İl Sağlık Müdürlüğü Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Obstetri Servisi'nde vajinal yolla ve sezaryen ile doğum yapmış anneler oluşturdu.

Araştırmanın örneklemini evrenden gelişigüzel örnekleme ile seçilen, sezaryen ve vajinal yolla doğum yapmış anne oluşturdu. Örneklemin belirlenmesinde Çapık, Özkan, Ejder Apay (2014)'ın "Loğusaların Doğum Sonu Konfor Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" adlı çalışmada elde edilen, araştırma kapsamındaki kadınların vajinal doğum sonrası konfor ölçeği toplam puan ortalaması $119,53 \pm 13,93$, sezaryen ile doğum yapanların toplam konfor ölçeği puan ortalaması $117,05 \pm 13,24$ kullanılarak t testi için G-Power 3.10 programında etki gücü $d= 0,183$ hesaplanmış, grup oranları 1/1 alınarak %95 güven aralığında $\alpha=0,05$, %80 güce ulaşmak için örneklem hacmi sezaryen doğum grubu için 473, vajinal doğum grubu için 473 olmak üzere toplamda 946 anne olarak belirlenmiştir. Araştırma kayıp olasılıkları nedeniyle sezaryen grubu için 500, vajinal doğum grubu için 500 olmak üzere toplamda 1000 annenin araştırmanın örneklemini oluşturmasına karar verildi.

Yapılan post hoc analizde çalışma kapsamında vajinal doğum yapan annelerin doğum sonrası konfor ölçeği toplam puan ortalaması $127,794 \pm 12,739$, sezaryen ile doğum yapanların konfor ölçeği toplam puan ortalaması $117,902 \pm 9,622$ kullanılarak t testi için G-Power 3.10 programında etki gücü $d= 0,876$ hesaplanmış, %95 güven aralığında $\alpha=0,05$ ile araştırmanın gücü %100 olarak bulunmuştur.

Veri toplama sürecinde 46 anne Türkçe bilmediğinden, 2 anne 18 yaşın altında olduğundan, 176 annenin bebeği yanında olmadığından, 7 annenin çoğul gebeliğinin bulunması sebebiyle, 26 anne Türkçe okuyup yazamadığından, 42 anne araştırmaya katılmayı kabul etmediklerinden, 1 anne görme engelli, 1 anne uyuşturucu bağımlısı, 1 annenin de psikiyatrik sorunlarının bulunması nedeniyle toplam 302 anne araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırmanın dâhil edilme kriterlerine uygun sezaryen grubu için 500, vajinal

doğum grubu için 500 olmak üzere toplamda 1000 anne araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmadan dışlanan anne bulunmamaktadır.

3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya alınma kriterleri;

- 18 yaş ve üstünde olmak,
- Sezaryen ya da vajinal yolla doğum yapmış olmak,
- Canlı bebek dünyaya getirmiş olmak,
- Sağlıklı, tek bebek dünyaya getirmiş (çoğul gebelik olmaması) olmak,
- Doğum sonrası dönemde bebeğin annenin yanında olması,
- Doğumun üstünden en az 12 saat süre geçmiş olması,
- Doğum sonrası en çok 3 gün geçmiş olması,
- Türkçe okuyup yazabiliyor olmak,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek,
- Formu doldurmaya engel fiziksel ya da ruhsal herhangi bir engele sahip olmamaktır.

Araştırmadan dışlanma kriterleri;

- Araştırmanın herhangi bir safhasında çalışmadan çekilmek isteme,
- Soru formlarını tam olarak doldurmamaktır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında “Kişisel Bilgi Formu” ile “Doğum Sonrası Konfor Ölçeği” kullanılmıştır.

Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından annelerin sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini sorgulamak amacıyla hazırlanan kişisel bilgi formu (Ek-1) ile

Katharina Kolcaba tarafından geliştirilen ve ülkemizdeki geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan General Genel Konfor Ölçeği (Ek-2) baz alınarak Karakaplan ve Yıldız (2010) tarafından geliştirilen “Doğum Sonrası Konfor Ölçeği” kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu (Ek-1); araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanmıştır. Araştırmaya dahil edilen kadınların sosyo-demografik özelliklerini tanıyan 13 ve obstetrik özelliklerini tanıyan 14 olmak üzere toplam 27 sorudan oluşmaktadır.

Doğum Sonrası Konfor Ölçeği (Ek-2); Katharine Kolcaba tarafından geliştirilmiş ve ülkemizdeki geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan Genel Konfor Ölçeği baz alınarak Karakaplan ve Yıldız (2010) tarafından geliştirilmiştir. DSKÖ sezaryen veya normal doğum yapan annelerin fiziksel, psikospiritüel ve sosyokültürel konforlarını değerlendirmektedir.

Bu konfor alanları aynı zamanda ölçeğin alt boyutlarını oluşturmaktadır. Fiziksel konfor alt boyutu ile fiziksel ve bedensel algılar, psikospiritüel alt boyutu ile manevi ve psikolojik bileşenler, sosyokültürel alt boyutu ile aile, sosyal ve kişilerarası ilişkiler, finans ve destek sistemleri, bilgi ve danışmanlık alanları belirlenmektedir. 5’li likert tipinde olan bu ölçek toplam 34 ifadeden oluşmaktadır. Her bir ifade için geçerli olmak üzere (Tamamen katılıyorum) 5 puan, (Katılıyorum) 4 puan, (Biraz katılıyorum) 3 puan, (Katılmıyorum) 2 puan, (Kesinlikle katılmıyorum) 1 puan şeklinde puanlama yapılmaktadır. Ölçekte olumlu ifadeler 1’den başlayarak 5’e kadar düz kodlama şeklinde, olumsuz ifadeler ise 5’ten başlayarak 1’e kadar ters kodlama şeklinde puanlandırılmaktadır. Olumlu ifadeler: 1, 2, 3, 5, 7, 11, 14, 15, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 31, 32. sorulardan; olumsuz ifadeler: 4, 6, 8, 9, 10, 12,13, 16, 17, 21, 22, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 34. sorulardan oluşmaktadır. Olumlu (pozitif) ifadelerde, “Tamamen katılıyorum” ifadesi (5 puan) en iyi konfora işaret ederken, “Kesinlikle katılmıyorum” ifadesi (1 puan) en kötü konfora işaret etmektedir. Olumsuz (negatif) ifadelerde, ters kodlama yapıldığından “Tamamen katılıyorum” ifadesi düşük konforu gösterdiğinden 1 puan, “Kesinlikle katılmıyorum” ifadesi yüksek konforu gösterdiğinden 5 puan ile kodlanmıştır (Karakaplan ve Yıldız, 2010).

Bu doğrultuda ölçekten alınabilecek en düşük puan 34, en yüksek puan 170’dir. Çalışma sonucunda elde edilen değerlerin 170’e yakın olması konforun yüksek olduğunu

gösterir. Ölçekten elde edilen toplam puan madde sayısına bölünerek ortalama değer saptanır ve sonuç 1-5 dağılımında gösterilir. Temelde düşük konfor 1, yüksek konfor 5 ile ifade edilmektedir(Karakaplan ve Yıldız, 2010).

Güvenilirlik açısından iç tutarlılığı sınanmış ve Cronbach's Alpha değeri 0,78 olarak bulunmuştur. Ölçeğin yapı geçerliliği için Genel Konfor Ölçeği'nin özelliğine uygun olarak açıklayıcı faktör analizi uygulanmış, analiz sonucunda doğum sonrası konfor ölçeği üç faktöre ayrılmıştır. I. faktörde yer alan maddeler fiziksel, II. faktörde yer alanlar psikospiritüel, III. Faktörde yer alanlar sosyokültürel alt boyutunu oluşturmuştur. 3 faktöründe Cronbach Alpha değerleri 0,50'nin üzerinde olup faktörlerin kendi iç tutarlılıkları söz konusudur. Faktörlerin varyansı açıklama yüzdeleri olarak 1. Faktör %12,03, 2. faktör %9,80, 3. faktör %8,20, toplamda ise %30,03'ü açıklanmaktadır. KMO örneklem yeterliliği testinde ise 0,64 katsayısı elde edilmiş ve örneklemin yeterli olduğu belirlenmiştir. Barlett testi sonucuna göre p değeri 0,05'ten küçük olarak saptanmış ve maddeler arasında korelasyon olduğu görülmüştür. Analiz sonucunda madde sayısı 34'e inmiştir (Karakaplan ve Yıldız, 2010).

DSKÖ çevresel konforu ölçememektedir. Konforun bir bütün olarak değerlendirilmesi açısından bu ölçeğin kullanıldığı çalışmalarda çevresel konforu ölçmek için ölçek dışında sorulan sorularla eksik kalan bu boyut desteklenmektedir. Yapılan geçerlilik - güvenilirlik çalışması sonucu çevresel konforu ölçen ifadelerin ölçekten çıkarılması durumunda kalınmıştır.

Bu araştırma için ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,827 hesaplanmıştır.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmanın yapılabilmesi için önce Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu ön onayı (Ek-4), araştırmanın T.C. Sağlık Bakanlığı Aydın İl Sağlık Müdürlüğü Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yapılabilmesi için T.C. Sağlık Bakanlığı Aydın İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Ek-3) Kurum izin yazısı alınması sonrasında ilgili kurumda, araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan annelere, yapılacak olan araştırmaya ile ilgili açıklama yapılmıştır. Verilerin toplanmasında en az lise mezunu bir anketörden faydalanılmıştır. Anketöre veri toplama işlemi öncesi sürecin nasıl gerçekleştirileceğine ilişkin eğitim

verilmiştir. Doldurduğu anket başına anketöre 2 TL ücret ödenmiştir. Araştırmacı tarafından, görüşmeler esnasında her anneye Kişisel Bilgi formu doldurulmuştur (Ek-1).

3.8. İstatistiksel Analizler

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel analizleri Predictive Analytics Software-IBM SPSS 22 (PASW 22) paket programı ile bilgisayar ortamında değerlendirilmesi yapılmıştır. Araştırmanın özelliklerine ait tanımlayıcı istatistikler hesaplanarak tablo haline getirilmiştir. Çalışmada sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerin gruplar arasında benzerliğini test etmede ki-kare testi kullanılmıştır. Parametrik testlerin ön şartları sağlandığında bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, korelasyon ve çoklu regresyon analizleri ile test edilmiştir. Test sağlanmadığı zaman bağımsız iki grup karşılaştırılmasında Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Grup sayısı ikiden fazla olduğunda ve parametrik testlerin ön şartları yerine geliyor ise Varyans Analizi; gelmiyor ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Özellikler arasındaki doğrusal ilişkinin varlığı ise korelasyon katsayısı hesaplanarak irdelenmiştir.

Analizler sonucunda, $p < 0,05$ ve $p < 0,01$ düzeyindeki istatistiksel değerler, istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir. Araştırma güç analizleri, G-Power 3.1.3 istatistik programı kullanılarak hesaplanmıştır.

3.9. Araştırmanın Güçlükleri

Annelerin doğum sonrası ağrılarının olması, sezaryen doğum sonrası annelerin rahat hareket edememesi, normal doğum sonrasında ise epizyotominin verdiği rahatsızlıklar nedeniyle araştırmanın veri toplama aşamasında güçlük yaşanmasına sebebiyet vermiştir.

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

T.C. Sağlık Bakanlığı Aydın İl Sağlık Müdürlüğü Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Başhekimliği'nden kurum izni ve Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ön onay alınmıştır (Ek-4). Kurum izinleri tamamlandıktan sonra araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan annelere çalışma hakkında açıklama yapılmış, sözlü onamları alındıktan sonra veri toplama formlarını doldurmaları sağlanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Araştırmaya Katılan Annelerin Tanıtıcı Özellikleri

Araştırmaya katılan annelerle (%100, n=1000) T.C. Sağlık Bakanlığı Aydın İl Sağlık Müdürlüğü Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Obstetri Servisi'nde görüşülmüştür.

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Sezaryen Doğum		Vajinal Doğum		Toplam		p
	Sayı (n=500)	Yüzde (%)	Sayı (n=500)	Yüzde (%)	Sayı (n=1000)	Yüzde (%)	
Eğitim durumu							
İlkokul	134	13,4	161	16,1	295	29,5	0,000
Ortaokul	180	18,0	215	21,5	395	39,5	
Lise	106	10,6	87	8,7	193	19,3	
Üniversite	77	7,7	37	3,7	114	11,4	
Lisansüstü	3	0,3	-	-	3	0,3	
Medeni Durum							
Evli	498	49,8	500	50,0	998	99,8	0,157
Eşi vefat etmiş	2	0,2	-	-	2	0,2	
Çalışma Durumu							
Çalışmıyor	419	41,9	445	44,5	864	86,4	0,016
Çalışıyor	81	8,1	55	5,5	136	13,6	
Sosyal güvence							
Olan	423	42,3	420	42,0	843	84,3	0,794
Olmayan	77	7,7	80	8,0	157	15,7	
İkametgâh durumu							
Büyük şehir	50	5,0	29	2,9	79	7,9	0,009
İl merkezi	207	20,7	237	23,7	444	44,4	
İlçe merkezi	203	20,3	179	17,9	382	38,2	
Kasaba/Köy	40	4,0	55	5,5	95	9,5	
Algılanan gelir durumu							
Gelir giderden az	197	19,7	170	17,0	367	36,7	0,115
Gelir gidere denk	3	0,3	1	0,1	4	0,4	
Gelir giderden fazla	300	30,0	329	32,9	629	62,9	
Eşin eğitim durumu							
İlkokul	138	13,8	158	15,8	296	29,6	0,000
Ortaokul	148	14,8	202	20,2	350	35,0	
Lise	140	14,0	97	9,7	237	23,7	
Üniversite	69	6,9	42	4,2	111	11,1	
Lisansüstü	5	0,5	1	0,1	6	0,6	
Eşin çalışma durumu							
Çalışmıyor	15	1,5	14	1,4	29	2,9	0,851
Çalışıyor	485	48,5	486	48,6	971	97,1	
Aile tipi							
Çekirdek Aile	472	47,2	450	45,0	922	92,2	0,009
Geniş Aile	28	2,8	50	5,0	78	7,8	

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Anneler Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (Devamı)

Tanıtıcı Özellikler	Ortalama / Ortanca	SS/Min-Max	Ortalama / Ortanca	SS/Min-Max	Ortalama / Ortanca	SS/Min-Max	p
Yaş	28,106	5,550	26,696	5,670	27,401	5,651	0,000
Evlilik Süresi*	5,000 yıl	1-25 yıl	5,000 yıl	1-25 yıl	5,000 yıl	1-25 yıl	0,765
Eşin Yaşı	32,368	5,810	31,234	6,096	31,801	5,979	0,003
Aylık Gelir**	2795,169	1722,3248	2486,316	1165,516	2640,580	1477,551	0,001

* Evlilik süresi normal dağılım göstermediğinden ortanca ve minimum-maksimum değerleriyle verilmiştir.

** Ortalama aylık gelirini bildiren toplamda 949 annedir.

Araştırmaya katılan annelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 2’de verilmiştir. Buna göre annelerin eğitim durumları incelendiğinde, %29,5’inin ilkokul düzeyinde, %39,5’inin ortaokul düzeyinde, %19,3’ünün lise düzeyinde, %11,4’ünün üniversite ve %0,4’ünün lisansüstü eğitim düzeyinde mezun olduğu saptanmıştır. Annelerin % 99,8’inin medeni durumlarının evli olduğu, % 0,2’sinin eşinin vefat ettiği tespit edilmiştir. Annelerin %86,4’ünün ev hanımı olduğu, %13,6’sının ise gelir getiren bir işte çalıştığı kaydedilmiştir. Annelerin %84,3’ünün sosyal güvencesinin olduğu; ikametgâh durumu incelendiğinde ise sırasıyla%7,9’nun büyükşehirde, %44,4’nün il merkezinde, %38,2’sinin ilçe merkezinde ve %9,5’nin kasaba ya da köyde yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Annelerin, algılanan gelir durumu incelendiğinde; %62,9’u düşük (gelir giderden az), %36,7’si orta (gelir gidere denk), %0,4’ü yüksek (gelir giderden fazla) seviyede olduğu ifade etmiştir. Araştırmaya katılan annelerin eşlerinin eğitim durumunun %29,6’sının ilkokul düzeyinde, %35,0’inin ortaokul düzeyinde, %23,7’sinin lise düzeyinde, %11,1’inin üniversite ve %0,6 ‘sının lisansüstü eğitim seviyesinde mezun olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte annelerin aile tiplerine bakıldığında %92,2’sinin çekirdek ailede ve %7,8’nin geniş ailede yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırma kapsamındaki annelerin %13,6’sı gelir getiren bir işte çalıştığını beyan etmiştir. Çalışan 136 anneden 134’ü ne iş yaptığına dair soruyu cevaplamıştır. Çalışan annelerin %28,4’ü (38 anne) memur, %53,7’si (72 anne) işçi, %17,9’u (24 anne) serbest meslek ile uğraştığını belirtmiştir. Yine annelerin %2,9’u (29 anne) eşinin halen gelir getiren herhangi bir işte çalışmadığını, %97,1’i ise eşlerinin çalıştığını belirtmiştir. Eşlerinin %7,9’unun (77 kişi) memur, %59,4’ünün (577 kişi) işçi, %32,7’sinin (318 kişi) serbest meslek sahibi olduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamındaki annelerin %92,2'si çekirdek ailede yaşarken, %7,8'i geniş ailede yaşadığını ifade etmiştir. Geniş ailede yaşayan annelerin %7,3'ünün eşin ailesi ile %0,9'unun ise kendi yakınları ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırmaya katılan anneler 18-42 yaşları arasında olup yaş ortalaması 26,422±5,549'dur. Eşlerinin yaş ortalaması ise 31,801±5,979'dur. Evlilik süreleri ortancası ise 5 yıl olup en az 1, en çok 25 yıldır. Anneler aylık gelirlerini ortalama 2640,580±1477,551 TL olarak ifade etmişlerdir (Tablo 2).

Yapılan istatistiksel analizde sezaryen ile vajinal doğum yapan annelerin tanımlayıcı özelliklerinden eğitim düzeyi, çalışma durumu, ikamet edilen yer, eşin eğitim düzeyi, aile tipi, yaş ortalaması, eşin yaş ortalaması, aylık ortalama gelir arasında istatistiksel açıdan fark bulunmamıştır. Ancak; her iki grupta yer alan annelerin medeni durumlarının, sosyal güvenceye sahip olma, algılanan gelir, eşlerinin çalışma durumları ve evlilik sürelerinin istatistiksel açıdan farklı olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

4.2. Annelerin Obstetrik Özellikleri

Araştırma sonuçlarında, gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, küretaj sayısı, düşük sayısı ve ölü doğum sayısı normal dağılım göstermediğinden ortanca ve minimum-maksimum değerleriyle verilmiştir.

Tablo 3. Araştırmaya Katılan Annelerin Obstetrik Özellikleri

Obstetrik Özellikler	Sezaryen Doğum			Vajinal Doğum			Toplam n	Toplam Ortanca	Min-Max	p
	n	Ortanca	Min-Max	N	Ortanca	Min-Max				
Gebelik sayısı	500	2,00	1-10	500	2,00	1-8	1000	2,000	1-10	0,080
Canlı doğum sayısı	500	2,00	1-7	500	2,00	1-8	1000	2,000	1-8	0,011
Yaşayan çocuk sayısı	500	1,00	1-7	500	1,00	1-8	1000	2,000	1-8	0,007
Küretaj sayısı	47	1	1-3	39	1	1-4	86	1,000	1-4	0,991
Düşük sayısı	113	1	1-6	103	1	1-3	216	1,000	1-6	0,738
Ölü doğum sayısı	15	1	1-3	8	1	1-1	23	1,000	1-3	0,291

Araştırmaya katılan annelerin gebelik sayısı ortancası 2,00 (en az 1, en çok 10), canlı doğum sayısı ortancası 2,00 (en az 1, en çok 8), yaşayan çocuk sayısı ortancası 2,00(en az 1, en çok 8), küretaj sayısı ortancası 1,00 (en az 1, en çok 4), düşük sayısı

ortancası 1,00 (en az 1, en çok 6); ölü doğum sayısı ortancası 1,00 (en az 1, en çok 3)'tür (Tablo 3).

Yapılan istatistiksel analizde araştırma kapsamında sezaryen ve vajinal doğum yapan annelerin doğum sayıları ile yaşayan çocuk sayıları arasında fark bulunmazken; gebelik sayısı, küretaj, düşük ve ölü doğum sayıları arasında fark saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 4. Araştırmaya Katılan Annelerin Son Gebelik İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları

Gebeliğe İlişkin Özellikler	Sezaryen Doğum		Vajinal Doğum		Toplam		P
	Sayı (n=500)	%	Sayı (n=500)	%	Sayı (n=1000)	%	
<i>Gebeliğin isteme durumu</i>							
İsteyen	463	46,3	451	45,1	916	91,6	0,254
İstemeyen	47	4,7	37	3,7	84	8,4	
<i>Gebe kalmak için tedavi görme</i>							
Gören	20	2,0	6	0,6	26	2,6	0,005
Görmeyen	480	48,0	494	49,4	974	97,4	
<i>Gebe kalmadan önce sağlık sorunu</i>							
Olan	28	2,8	25	2,5	53	5,3	0,672
Olmayan	472	47,2	475	47,5	947	94,7	
<i>Gebelikte sağlık problemi yaşama</i>							
Yaşayan	57	5,7	44	4,4	101	10,1	0,172
Yaşamayan	443	44,3	456	45,6	899	89,9	

Araştırmaya katılan annelerin %91,6'sının son gebeliğini istediği, %2,6'sının son gebelik için tedavi gördüğü, %5,3'ü gebe kalmadan önce sağlık sorunu yaşadığı ve %10,1'inin gebelikte sağlık problemi yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 4).

Gebe kalmak için tedavi gören % 2,6 (n=26) oranındaki gebenin %0,2'si tüp bebek tedavisi, % 0,1'i kanın pıhtılaşma bozukluğu, %0,5'i hormon tedavisi, %0,4'ü diyet tedavisi, % 0,4 insülin ve diyabet tedavisi, % 0,1'i uterus anomalisine yönelik nedenler ile gebe kalmak için tedavi gördükleri saptanmıştır. Araştırmada gebe kalmadan önce sağlık problemi yaşayan gebelerin yaşadıkları sağlık problemlerine bakıldığında; anemi (%1,1), anksiyete bozukluğu (% 0,1), Astım (% 0,2), Çölyak (% 0,1), diyabetes mellitus (% 1,1), kanın pıhtılaşma bozukluğu (% 0,1), hipertansiyon (%0,4), guatr (% 0,3), hepatit B (% 0,3), HIV (% 0,1), hipertrioid (% 0,4), kolestrol yüksekliği (% 0,1), kist tedavisi (%0,1) ve diğer rahatsızlıklar (% 0,9) olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin gebelikte sağlık problemi olarak; anemi (% 2,0), gestasyonel diyabetes mellitus (%4,9), hepatit B (% 0,1), HIV (% 0,1), erken doğum tehdidi (% 0,1), guatr (% 0,2), tansiyon rahatsızlığı (%0,6), idrar yolu enfeksiyonu (% 0,2), ve diğer rahatsızlıklar (% 1) olduğu tespit edilmiştir.

Yapılan istatistiksel analizde, araştırmaya katılan sezaryen ve vajinal doğum yapan annelerin gebeliği isteme, gebelik öncesi ve gebelik sırasında sağlık sorunu yaşama (df=1, p=0,172, p>0,05) durumları arasında istatistiksel olarak fark saptanmazken; gebe kalmak için tedavi görme durumlarının farklı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5. Araştırmaya Katılan Annelerin Son Doğumları İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları

Doğuma İlişkin Özellikler	Sezaryen Doğum		Vajinal Doğum		Toplam	
	Sayı (n=500)	%	Sayı (n=500)	%	Sayı (n=1000)	%
Doğumdaki Girişim/Müdahaleler						
Suni Sancı (n=251)	17	6,8	234	93,2	251	100,0
Kesi (n=322)	-	-	322	100,0	322	100,0
Yırtık (n=16)	-	-	16	100,0	16	100,0
Karna bası (n=101)	-	-	101	100,0	101	100,0
İdrar Sondası (n=492)	492	100,0	-	-	492	100,0
Vakum	-	-	-	-	-	-
Forseps	-	-	-	-	-	-
Anestezi Uygulanma Durumu						
Uygulanan	500	50,0	-	-	500	50,0
Uygulanmayan	-	-	500	50,0	500	50,0
Anestezi Şekli						
Epidural	494	98,8	-	-	494	98,8
Spinal	6	1,2	-	-	6	1,2
Doğuma İlişkin Özellikler	Ortalama/ Ortanca	SS/Min -Max	Ortalama/ Ortanca	SS/Min- Max	Ortalama/ Ortanca	SS/Min- Max
Doğum Süresi (dk) *	60,000	10-720	240,000	15-1440	120,000	10-1440

* Doğum süresi normal dağılım göstermediğinden ortanca ve minimum-maksimum değerleriyle verilmiştir.

Araştırmaya katılan annelerden; sezaryen doğum yapan annelerden % 6,8'ine, vajinal doğum yapan annelerden %93,2'sine doğumda suni sancı ile müdahale edilmiştir. Vajinal doğum yapan annelerden 322'si kesi uygulandığını, 16'sı yırtık geliştiğini, 101'i doğum anında karnına bası uygulandığını ifade etmiştir. Vajinal ve sezaryen ile doğum yapan annelerin hiçbiri vakum ve forseps uygulaması yapıldığını ifade etmemişlerdir. Sezaryen ile doğum yapan annelerin 492'si doğumda idrar sondası uygulandığını

belirtmişlerdir. Sezaryen ile doğum yapan annelerin tamamına anestezi uygulanmış olup %98,8'ine epidural, %1,2 sine spinal anestezi uygulandığı tespit edilmiştir (Tablo 5).

Doğum süreleri açısından değerlendirildiğinde; vajinal yolla doğum yapan annelerin doğum sürelerinin ortancası 60,000 dakika (en az 10 dakika, en çok 720 dakika), sezaryen ile doğum yapan annelerin doğum sürelerinin ortancası ise 2400,000 dakika (en az 15 dakika, en çok 1440 dakika) olarak belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde araştırma kapsamındaki annelerin doğum şekillerine göre doğum sürelerinin ortancaları arasında istatistiksel olarak fark saptanmıştır ($Z=-18,156$, $p=0,000$, $p<0,05$) (Tablo 5).

4.3. Araştırmaya Katılan Annelerin Konfor Puanlarına İlişkin Veriler

Aşağıda vajinal ve sezaryen ile doğum yapan annelerin DSKÖ toplam ve alt konfor ölçeği puan ortalamalarına ait bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 6. Araştırmaya katılan annelerin Doğum Sonrası Konfor Ölçeği Toplam ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Doğum şekillerine göre karşılaştırılması

Doğum Sonrası Konfor Ölçeği ve Alt Ölçekleri	Sezaryen Doğum		Vajinal Doğum		t/Z	p**
	Ortalama/Ortanca	SS/Min-Max	Ortalama/Ortanca	SS/Min-Max		
Ölçek Toplam Puanı	117,902	9,622	127,794	12,739	13,855	0,000
Ölçek Puan Ortalaması	3,468	0,283	3,757	0,375	13,855	0,000
Fiziksel Konfor Alt Ölçeği	41,196	4,258	47,648	5,606	20,494	0,000
Psikospiritüel Konfor Alt Ölçeği*	44,730	4,636	47,000	28-50	-5,569	0,000
Sosyokültürel Konfor Alt Ölçeği	31,976	5,616	33,914	5,570	5,479	0,000

*Psikospiritüel konfor alt ölçeğinden vajinal doğum yapan annelerin aldıkları puanlar normal dağılmadığından karşılaştırmada Mann-Whitney U testi ile analiz edilmiştir.

**Anlamlılık düzeyi $p=0,001$ alınmıştır.

Araştırmaya katılan annelerin DSKÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar incelendiğinde; sezaryen ile doğum yapanların ölçek toplam puanı $117,902\pm 9,622$, ölçek puan ortalaması $3,468\pm 0,283$, fiziksel konfor alt ölçeği puan ortalaması $41,196\pm 4,258$; psikospiritüel konfor alt ölçeği puan ortalaması $44,730\pm 4,636$, sosyokültürel konfor alt ölçeği puan ortalaması $31,976\pm 5,616$ 'dır (Tablo 6).

Vajinal doğumda yapan annelerin ise; DSKÖ toplam puanı 127,794±12,739, ölçek puan ortalaması 3,757±0,375 fiziksel konfor alt ölçeği puan ortalaması 47,648±5,606, psikospiritüel konfor alt ölçeği puanlarının ortancası 47,00 (28-50), sosyokültürel konfor alt ölçeği puan ortalaması 33,914±5,570 olarak hesaplanmıştır (Tablo 6).

Doğum şekillerine göre incelendiğinde; vajinal yolla doğum yapan annelerin DSKÖ toplam puanı, puan ortalaması ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalaması sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamalarından daha yüksektir. İstatistiksel olarak incelendiğinde ise araştırmaya katılan annelerin doğum şekillerine göre DSKÖ'nden aldıkları toplam puan, ölçek puan ortalamaları, alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında fark saptanmıştır (Tablo 7).

4.4. Sezaryenle Doğum Yapan Annelerin Konfor Düzeylerini Etkileyen Faktörler

Araştırma kapsamında sezaryen doğum yapan annelerin DSKÖ toplam puan, puan ortalaması ve alt ölçeklerden aldıkları puanları etkileyen faktörler incelenmiştir.

Tablo 7. Sezaryen ile Doğum Yapan Annelerin Sosyo-demografik Özellikleri ile DSKÖ'nden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki

Özellikler	Ortalama	SS	F/t/Z	p
Eğitim Durumu				
İlkokul	116,403	8,890		
Ortaokul	117,150	8,900	5,422	0,001
Lise	118,349	10,010		
Üniversite ve üstü*	121,513	10,979		
Çalışma Durumu				
Çalışmıyor	117,740	9,303	-0,857	0,392
Çalışıyor	118,741	11,156		
Sosyal Güvence				
Olan	118,123	9,363	1,204	0,229
Olmayan	116,688	10,924		
İkametgâh durumu				
Büyük şehir	110,580	6,905		
İl merkezi	120,778	9,404	18,688	0,000
İlçe merkezi	116,699	9,374		
Kasaba/Köy	117,902	9,064		
Algılanan gelir durumu				
Gelir giderden az	118,070	9,374	0,478	0,633
Gelir gidere denk/fazla**	117,650	10,001		

Tablo 7. Sezaryen ile Doğum Yapan Annelerin Sosyo-demografik Özellikleri ile DSKÖ'nden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki (Devamı)

Özellikler	Ortalama	SS	F/t/Z	P
Eş eğitim durumu				
İlkokul	117,377	9,113		
Ortaokul	117,608	9,261	1,041	0,374
Lise	117,786	9,991		
Üniversite ve üstü*	119,689	10,502		
Eşin çalışma durumu				
Çalışmıyor	110,133	8,314	-3,092	0,002
Çalışıyor	118,142	9,567		
Aile tipi				
Çekirdek Aile	117,778	9,603	-1,027	0,304
Geniş Aile	120,000	9,870		

*Sayı az olduğundan analizde lisansüstü eğitim seviyesinde olanlar üniversite mezunu grubuna eklenmiştir.

** Sayı az olduğundan analizde gelirini giderinden fazla algılayanlar geliri giderine denk olan gruba eklenmiştir.

Ölçek toplam puanı ile ortalama puanının sezaryen ile doğum yapan annelerin eğitim düzeyinden, ikamet edilen yerden ve eşin çalışma durumundan etkilendiği; annelerin gelir getiren bir işte çalışma durumunun, sosyal güvence varlığının, algılanan gelir düzeyinin, eşin eğitim durumunun ve aile tipinin etkilemediği saptanmıştır. Araştırmaya katılan annelerin eğitim düzeyi arttıkça DSKÖ'nden aldıkları toplam puanlar da artmaktadır (Tablo 7). Yapılan varyans analizinde annelerin eğitim durumu ile ölçekten aldıkları toplam puanlar ($F=5,422$, $p=0,001$, $p<0,05$) ile ölçek puan ortalamaları ($F=5,422$, $p=0,001$, $p<0,05$) arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Farkın kaynağını bulmak için yapılan Bonferroni ileri analizinde, üniversite ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip olan annelerin aldıkları puanlarla ilkokul (ortalama puan farkı=5,110, $p=0,001$, $p<0,05$) ve ortaokul mezunu olanların (ortalama puan farkı=4,363, $p=0,004$, $p<0,05$) aldıkları puanlar arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır.

İkamet edilen yerin de DSKÖ'nden alınan toplam puanı etkilediği belirlenmiştir (Tablo 7). Farkın kaynağını bulmak için yapılan Bonferroni ileri analizinde, büyükşehirde yaşayanlar ile il merkezi (ortalama puan farkı=-10,198, $p=0,000$, $p<0,05$), ilçe (ortalama puan farkı=-6,120, $p=0,000$, $p<0,05$) ve kasaba ya da köyde yaşayanların (ortalama puan farkı=-7,695, $p=0,001$, $p<0,05$) DSKÖ'nden aldıkları puanlar ile il ve ilçe merkezinde yaşayanların (ortalama puan farkı=4,078, $p=0,000$, $p<0,05$) DSKÖ'nden aldıkları puanlar arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur.

Sezaryen ile doğum yapan annelerin eşlerinin gelir getiren bir işte çalışması DSKÖ'nden alınan toplam puanı artırmaktadır (Tablo 7).

Tablo 8. Sezaryen ile Doğum Yapan Annelerin Obstetrik Özellikleri ile DSKÖ'nden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki

Özellik	Ölçek ortalama puanı	Ölçek toplam puanı	Fiziksel konfor puanı	Psikospiritüel konfor puanı	Sosyal konfor puanı
Gebelik sayısı					
r	-0,046	-0,046	-0,095	-0,004	-0,004
p	0,301	0,301	0,033	0,936	0,926
Canlı doğum sayısı					
r	-0,062	-0,062	-0,082	-0,046	-0,006
p	0,168	0,168	0,067	0,303	0,901
Yaşayan çocuk sayısı					
r	-0,063	-0,063	-0,091	-0,050	0,002
p	0,156	0,156	0,041	0,267	0,972
Küretaj sayısı					
r	-0,102	-0,102	-0,013	0,024	-0,156
p	0,493	0,493	0,933	0,875	0,296
Düşük sayısı					
r	-0,039	-0,039	0,055	0,055	-0,142
p	0,681	0,681	0,564	0,564	0,133
Ölü doğum sayısı					
r	0,042	0,042	0,195	0,082	-0,135
p	0,883	0,883	0,485	0,771	0,633

Sezaryen ile doğum yapan annelerin obstetrik özellikleri ile DSKÖ'nden aldıkları toplam puan ve puan ortalamaları arasında ilişki saptanmamıştır (Tablo 8). Araştırma kapsamında sezaryen ile doğum yapan annelerin DSKÖ alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamalarının annelerin sosyo demografik ve obstetrik özellikleri arasında ilişki olup olmadığı incelenmiş, alt ölçeklerden alınan puanları etkileyen faktörler aşağıda verilmiştir;

Fiziksel konfor alt ölçeğinden alınan puanların yaşayan çocuk sayısı ile ilişkili olduğu, yapılan korelasyon analizinde gebelik sayısı ve çocuk sayısı ile fiziksel konfor arasında negatif yönde, zayıf ilişki olduğu, çocuk sayısı azaldıkça fiziksel konfor puanının arttığı belirlenmiştir (Tablo 8).

Psikospiritüel konfor alt ölçeğinden alınan puanların eşin çalışma durumundan ($Z=-3,268$, $p=0,001$, $p<0,05$), gebelik öncesi annenin sağlık sorunu ya da hastalığının olmasından ($Z=-2,307$, $p=0,021$, $p<0,05$), gebelik sırasında annenin sağlık sorunu olmasından ($Z=-2,053$, $p=0,040$, $p<0,05$), ikamet edilen yerden etkilendiği ($F=16,882$, $p=0,000$, $p<0,05$); gelir düzeyi ile arasında pozitif yönde zayıf anlamlı ilişki olduğu ($r=0,004$, $p=0,044$, $p<0,05$), gelir düzeyi arttıkça psikospiritüel konfor arttığı bulunmuştur.

İkamet edilen yerle psikososyal konfor puanları arasındaki farkı belirlemek için yapılan Bonferroni ileri analizinde farkın kaynağının büyük şehirde ikamet edenlerle, il merkezi (ortalama puan farkı=-4,318, $p=0,000$, $p<0,05$), ilçe merkezi (ortalama puan farkı=-2,166 $p=0,012$, $p<0,05$) ve kasaba /köyde (ortalama puan farkı=-4,035, $p=0,000$, $p<0,05$) ikamet edenler arasındaki farktan ve il merkezi ile ilçe merkezinde (ortalama puan farkı=2,152, $p=0,000$, $p<0,05$) ikamet edenlerin aldıkları puanlar arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir. Büyükşehirde ikamet eden annelerin puanlarının diğer ikamet edilen yerlerdeki annelerin aldıkları psikososyal konfor puanlarına göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Sosyokültürel konforun eşin çalışma durumundan ($Z=-2,847$, $p=0,004$, $p<0,05$), gebelik öncesi annenin sağlık sorunu ya da hastalığının olmasından ($Z=-3,813$, $p=0,000$, $p<0,05$), ikamet edilen yerden ($F=29,360$, $p=0,000$, $p<0,05$) ve gelir durumundan ($r=0,092$, $p=0,044$, $p<0,05$) etkilendiği saptanmıştır. Sosyokültürel konfor puanı ile ikamet edilen yer arasında farkın kaynağını bulmak için yapılan Bonferroni ileri analizinde; farkın büyük şehir ile il merkezi (ortalama puan farkı=-7,366, $p=0,000$, $p<0,05$), ilçe merkezi (ortalama puan farkı=-4,646, $p=0,000$, $p<0,05$) ve kasaba/köyde (ortalama puan farkı=-5,255, $p=0,001$, $p<0,05$) yaşayanlarla, il merkezi ile ilçe merkezinde (ortalama puan farkı=2,720, $p=0,000$, $p<0,05$) yaşayanların aldıkları puanlardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Büyükşehirde ikamet eden annelerin sosyokültürel konfor alt ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması diğer ikamet alanlarındakilere göre daha düşüktür. Yapılan korelasyon analizinde gelir düzeyi ile sosyokültürel konfor arasında pozitif yönde, istatistiksel açıdan zayıf ilişki saptanmıştır ($r=0,092$, $p=0,044$, $p<0,05$).

5. TARTIŞMA

Araştırma sezaryenin annelerin doğum sonrası konfor düzeylerine etkisini araştırmak amacıyla T.C. Sağlık Bakanlığı Aydın İl Sağlık Müdürlüğü Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Obstetri Servisi'nde vajinal yolla doğum yapmış 500 ve sezaryen ile doğum yapmış 500 olmak üzere toplam 1000 anne ile analitik-kesitsel olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar mevcut literatüre dayalı olarak tartışılmıştır.

Araştırmada vajinal yolla ve sezaryen ile doğum yapan annelerin doğumdan sonraki ilk 12-24 saatte doğum sonrası konfor düzeyleri belirlenmiştir. Doğum şekline göre DSKÖ'nden ve alt ölçeklerinden elde edilen puanlar ile sezaryenle doğum yapan annelerin elde edilen puanlarının sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak değerlendirilmiştir. Veriler, normal dağılım gösterdiğinde ortalama ve SS değerleri, normal dağılım göstermediğinde ortanca ve min-max değerleri alınarak karşılaştırılabilir özellikler haline getirilmiştir. Araştırmada DSKÖ ile annelerin doğum sonrası genel, fiziksel, psikospiritüel ve sosyokültürel konfor düzeyleri belirlenmiştir. Annelerin obstetrik özellikleri olarak; gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, küretaj sayısı, düşük sayısı ve ölüm doğum sayısı bilgileri alınmıştır.

Araştırmaya katılan annelerin çoğu ortaokul mezunu (%39,56), ev hanımı (%86,4) olup çoğu evlidir (99,8). Anneler çoğunlukla sosyal güvencesi olan (%84,3), il merkezinde ikamet eden (%44,4), düşük gelir (%62,9) düzeyinde, çekirdek ailede (%92,2) yaşayan, gebe kalmadan önce sağlık sorunu olmayan (94,1) ve yaş ortalaması $27,401 \pm 5,651$ olan kadınlardır. Eşlerinin ise çoğunlukla ortaokul (%35,0) mezunu, gelir getiren bir işte çalışan (%97,1) ve yaş ortalaması $31,801 \pm 5,979$ olan kişilerdir. Katılımcıların evlilik sürelerinin ortancası 5 (1-25) yıl, aylık ortalama gelirleri $2640,580 \pm 1477,551$ TL'dir. Vajinal yolla ve sezaryen ile doğum yapan annelerin sosyo-demografik özellikleri karşılaştırıldığında annelerin eğitim düzeyi, çalışma durumu, ikamet edilen yer, eşinin eğitim düzeyi, aile tipi, yaş ortalaması, eşin yaş ortalaması ve aylık ortalama gelir açısından benzer oldukları bulunmuştur. Ancak her iki grupta yer alan annelerin medeni durum, sosyal güvenceye sahip olma, algılanan gelir düzeyi, eşlerin çalışma durumu ve evlilik süreleri açısından aralarında istatistiksel açıdan fark olduğu saptanmıştır.

Bu araştırmadaki gebelerin obstetrik özellikleri incelendiğinde, araştırmaya katılan gebelerin gebelik sayısı ortancası 2,00 (1-10), canlı doğum sayısı ortancası 2,00 (1-8), yaşayan çocuk sayısının ortancası 2,00 (1-8), küretaj sayısının ortancası 1,00 (1-4), düşük sayısının ortancası 1 (1-6), ölü doğum sayısının ortancası 1 (1-3) bulunmuştur. Annelerin çoğunun son gebeliklerini istediği (%91,6), gebe kalmak için tedavi görmedikleri (%97,4), gebe kalmadan önce sağlık sorunu olmadığı (%94,7), gebelikte sağlık sorunu yaşamadıkları (%89,9) belirlenmiştir. Araştırma kapsamında vajinal yolla ve sezaryen ile doğum yapan annelerin doğum ve yaşayan çocuk sayıları açısından benzer olduğu; gebelik, düşük, küretaj ve ölü doğum sayıları arasında istatistiksel açıdan fark olduğu bulunmuştur. Yine son gebeliklerini isteme, gebelik öncesi ve gebelik sırasında sağlık sorunu yaşama durumları açısından her iki grup benzer olup; gebe kalmak için tedavi görme durumları farklıdır.

Araştırma kapsamındaki annelerin DSKÖ toplam puanlarının ortalaması $122,848 \pm 12,320$, vajinal yolla doğum yapan annelerin $127,79 \pm 12,73$, sezaryen ile doğum yapanların ise $117,90 \pm 9,62$ 'dir. Yapılan istatistiksel analizde sezaryen ile doğum yapan annelerin DSKÖ'nden aldıkları toplam puanların vajinal yolla doğum yapanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır.

Ülkemizde DSKÖ kullanılarak vajinal yolla ve sezaryen ile doğum yapan annelerin DSKÖ'nden aldıkları puanlar incelendiğinde; vajinal yolla gerçekleştirilen doğumlar için puan ortalamasının en az $82,339 \pm 15,71$ (Erkaya ve ark.,2017), en çok $166 \pm 16,77$ (Haral, 2018) olduğu, sezaryen ile gerçekleştirilen doğumlar için ise en az puanın $81,2 \pm 22,6$ (Balsak, 2018), en çok $133,80 \pm 21,62$ olduğu saptanmıştır (Haral, 2018). DSKÖ'nden alınabilecek en az puan 34, en çok ise 170 puan olduğundan bu çalışmada elde edilen konfor ölçeği puanlarının orta düzeyde olduğundan söz edilebilir. Ülkemizde DSKÖ kullanılarak yapılan çalışmalarda elde edilen puanlar farklı olsa da bu çalışmaya benzer şekilde sezaryenle doğum yapan annelerin puan ortalamaları vajinal yolla doğum yapanlara göre daha düşük bulunmuştur.

Literatür incelendiğinde; Erkaya ve arkadaşları (2017) tarafından normal vajinal doğum ve sezaryen ile doğum yapan annelerin doğum sonu dönemde konfor düzeylerini belirlemek için yapılan çalışmada vajinal yolla doğum yapan annelerin DSKÖ puanı $82,339 \pm 15,71$, sezaryen doğum yapan annelerin DSKÖ puanı $82,022 \pm 16,99$ olarak saptanmıştır. Aydın Kartal ve arkadaşları (2016) ise vajinal yolla doğum yapan annelerin

DSKÖ puanını $121,14 \pm 14,33$, sezaryen ile doğum yapan annelerin ise $115,95 \pm 15,26$ olarak bulmuştur. Çapık ve ark. (2014)'nin çalışmasında sezaryen ile doğum yapan annelerin DSKÖ puan ortalaması $117,05 \pm 13,24$, vajinal yolla doğum yapan kadınlarınkini $119,53 \pm 13,93$ olarak saptamıştır. Benzer şekilde Haral (2018) yaptığı çalışmada sezaryen ile doğum yapanların DSKÖ puan ortalamasını $133,80 \pm 21,62$, vajinal yolla doğum yapan annelerin puan ortalamasını $166 \pm 16,77$ olarak bulmuştur. Akgün (2016)'ün çalışmasında annelerin DSKÖ toplam puan ortalamaları sezaryen ile doğumda $121,41 \pm 15,33$, vajinal doğumda epizyotomi uygulananlarda $123,68 \pm 14,91$, epizyotomi uygulanmayanlarda $123,50 \pm 14,68$ olarak saptanmıştır. Balsak (2018) de çalışmasında DSKÖ puanlarını sezaryen ile doğumda $81,2 \pm 22,6$, vajinal yolla olan doğumda $84,2 \pm 25,0$ olarak saptamıştır.

İstatistiksel açıdan ele alındığında; sezaryen ve vajinal yolla doğum yapan annelerin DSKÖ'nden aldıkları puanlar arasında Aydın Kartal (2016), Akgün (2016), Haral (2018), Can (2018)'in çalışmaları bu araştırmanın sonuçlarını desteklerken; Çapık ve arkadaşları (2014), Erkaya ve arkadaşları (2017), Balsak (2018)'in çalışmaları bu çalışmalardan farklı olarak sezaryen ve vajinal yolla doğum yapan annelerin DSKÖ'nden aldıkları puanlar arasında fark saptanmamıştır.

Farklı araştırmalardan elde edilen puanlar örneklemin sosyo-kültürel farklılıklarından ya da araştırmacıların ölçek puanlarını farklı yorumlamalarından kaynaklanmış olabilir. Ancak araştırmaların hepsindeki ortak özellik sezaryenle doğum yapanların DSKÖ puanlarının daha düşük olmasıdır.

Yapılan çalışmalarda; bu çalışma ile benzer şekilde annelerin doğum sonrası dönemde DSKÖ'nin alt ölçekleri ile belirlenen fiziksel, psikospiritüel ve sosyokültürel konforun hem puan ortalaması hem de istatistiksel olarak vajinal doğumda sezaryen doğuma göre daha fazla olduğu elde edilmiştir (Çapık ve ark., 2014; Aydın Kartal ve ark., 2016).

Sezaryen ile doğumlarda toplam konfor puanını etkileyen faktörler incelendiğinde bu çalışmada annelerin eğitim düzeyi arttıkça DSKÖ puanlarının arttığı, eşi gelir getiren bir işte çalışanların çalışmayanlara göre DSKÖ puanlarının daha yüksek olduğu, büyükşehirde yaşayanların puan ortalamalarının il, ilçe, kasaba ya da köyde yaşayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur.

Derya (2012)'nin "Sezaryen İle Doğum Yapan Loğusalara Konfor Kuramına Göre Verilen Hemşirelik Bakımının Doğum Sonu Konfor Düzeyine Etkisi"ni incelemek için yaptığı çalışmada deney grubunda DSKÖ puan ortalaması $138,7\pm 8,79$, kontrol grubunda ise $131,06\pm 9,30$ saptanmıştır. DSKÖ puan ortalaması deney grubunun kontrol grubundan anlamlı yüksek olduğu bildirilmiştir. Annenin konforunu halsizlik, yorgunluk, sezaryen doğum sonrası ağrı olması, anestezi gibi sebepler etkilediği belirlenmiştir.

Literatürde yer alan çalışmaların farklı örneklemlerde yapılması, verilerin doğum sonrası farklı zamanlarda toplanması sonuçlarında farklılıklara neden olmuş olabilir.

5.1. Araştırmanın sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Birincisi DSKÖ kendini bildirim ölçeği olduğundan ve veriler gözlem yoluyla belirlenmediğinden annelerin bildirdiği şekliyle kabul edilmiştir. İkincisi bu araştırmanın verileri sadece araştırmaya katılan annelerin doğum sonrası konfor düzeyleri ile sınırlıdır, tüm annelere genellenemez.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Sezaryenin annelerin doğum sonrası konfor düzeylerine etkisini araştırmak amacıyla T.C. Sağlık Bakanlığı Aydın İl Sağlık Müdürlüğü Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Obstetri Servisi'nde vajinal yolla ve sezaryen ile doğum yapmış 1000 anne ile analitik-kesitsel olarak yapılan araştırmanın bulguları doğrultusunda elde edilen sonuçlar;

- Sezaryen ile doğum yapan annelerin toplam, fiziksel, psikospiritüel ve sosyokültürel konfor puanlarının vajinal doğum yapanlara göre daha düşük olduğu,
- Araştırmaya katılan, sezaryen doğum yapan annelerin doğum sonrası konfor ölçeğinden aldıkları toplam puan ve puan ortalamasını annelerin eğitim düzeyi, eşin çalışma durumu ve ikamet edilen yerden etkilendiği,
- Sezaryenle doğum yapan annelerin eğitim düzeyi arttıkça doğum sonrası konfor düzeylerinin arttığı,
- Sezaryenle doğum yapan annelerin eşlerinin gelir getiren bir işte çalışmasının konfor düzeylerini artırdığı,
- Sezaryenle doğum yapan annelerden büyükşehirde ikamet edenlerin daha düşük konfor düzeyine sahip olduğu şeklinde sıralanabilir.

6.2. Öneriler

Sezaryenin annelerin doğum sonrası konfor düzeylerine etkisini araştırmak amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmadan elde edilen verilere dayalı olarak;

- Doğum sonrası bakımın konfor düzeylerini artıracak şekilde, etkileyen faktörlerin göz önüne alınarak planlanması,
- Ebelerin kanıt temelli yaklaşımlarla konforu artıracak uygulamaları yaygınlaştırması,

- Özellikle sezaryen sonrası annelerin konfor düzeylerini artırmak için ebeveynlerin doğum öncesinde, doğum sonrası döneme yönelik olarak eğitim almasının sağlanması,
- Sezaryen ile doğum yapan annelerin doğum sonrası konfor düzeylerini etkileyen ve bu araştırmada ele alınmayan (çevresel faktörler, destek sistemleri gibi) faktörleri inceleyen araştırmaların planlanması,
- Doğum sonrası konfor düzeylerinin artırılması için sezaryen oranlarının düşürülmesine yönelik girişimlerin ulusal düzeyde desteklenmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

Akgün Ö. Annelerin Doğum Sonu Konfor Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. T.C. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Sivas.2016

Aksoy H, Özyurt S, Aksoy Ü, Açmaz G, Karadağ Öİ, Babayiğit MA. Hastanemizdeki Sezaryen Hızı ve Endikasyon Dağılımları Işığında Türkiye’de Sezaryen İle Doğuma Genel Bakış, *Kocaeli Tıp Dergisi* 2014,(3),1-7.

Arslan E. Annelerin Doğum Sonu Dönemde Hastanede Verilen Ebelik/Hemşirelik Bakımından Memnuniyetleri Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek lisans Tezi, Ankara: T.C. Gazi Üniversitesi 2014,73.

Arslan H, Karahan N, Çam Ç. Ebeliğin Doğası ve Doğum Şekli Üzerine Etkisi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2008,1(2),55-59

Aydın Kartal Y, Özsoy A ve Üner K. Lohusaların Kamu Hastanesinde Doğum Sonrası Konfor Düzeylerinin Belirlenmesi ve Etkileyen Faktörler *Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi* 2018, 8(3),206-212.

Balsak NH. Annelerde Doğum Sonu Konfor İle Emzirme Öz-Yeterliliği Arasındaki İlişki. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. 2018

Baron RV, Heesterbek Q, Mannien J,Hutton EK, Brug J, Westerman. Exploring health education with midwives, as perceived by pregnant women in primary care A qualitative study in the Netherlands. 2017,(46),7-44. doi: 10,1016.

Beger D. ve Cook CA. Postpartum Teaching Priorities: The Viewpoints Of Nurses And Mothers. *J Obstetric Gynecol Neonatal Nurse* 27, 161-168 cook Ca (1998).

Bekmezci B, Hamlacı Y, Özerdoğan N, Türkiye’de Postpartum Döneme Özgü Ölçeklerin Kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2016,13 (2), 122-128

Beydağ KD. Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum Ve Hemşirenin Rolü. *Türk silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007,6(6),479-484

Bilgin NÇ ve Pontur DÇ. Doğum Sonu Kanıt Temelli Yaklaşımlar ve Hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010, 3,(3),80-87

Black M, Entwistle VA, Bhattacharya S, Gillies K. Vaginal Birth After Caesarean Section: Why Is Uptake So Low? Insights from a meta-ethnographic synthesis of women's accounts of their birth choices. 2016, 8,6(1)8881. doi: 10,1136/bmjopen.2015.

Bowman KG. Postpartum learning needs. J obstetric Gynecol Neonatal Nurse, 2005, 34,438-443.

Buchko LB, Barbara L, DNP, RNC-MNN Gutshall, Connie H., MS, RN, NE-BC Jordan, Elizabeth T., DNSc, RNC, FAAN Improving the Quality and Efficiency of Postnatal Hospital Education Perinatal Education 2012,21(4), 237-238

Burns LR, Geller SE, Wholey DR. The Effect Of Physician Factors On The Cesarean Section Decision. Medical Care 1995,33(4),365-82

Can Ö. Doğum Sonrası Bakım Rehberinin Kanıt Temelli Çalışmalarla Gözden Geçirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2015, 5(2), 40-47.

Ceylantekin Y. Sezaryenle ve Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi ve Sonrası Tecrübe ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon,2006

Chaplin J, Kelly J, Kildea S. Maternal Perceptions Of Breastfeeding Difficulty After Caesarean Section With Regional Anaesthesia: A qualitative study. Women Birth 2016,29(2):144-52. doi: 10,1016/j.wombi.2015.09.005.

Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ. Cesarean Section and Postpartum Hysterectomy In Williams Obstetrics, 2001, (21), 537-565

Çağlayan EK, Kara M, Gürel C. Kliniğimizdeki Sezaryen Operasyonlarında Görülen Komplikasyonlar ve Olası Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2011,(7), 64-67

Yıldırım G, Özdemir İ.A, Aslan H, Güllük A. Miadında Makat Doğumlarda Erken Neonatal Sonuçlar. *Perinatoloji Dergisi* 2006,14(2), 66-72.

Çakmak B, Arslan S, Nacar MC. Kadınları İsteğe Bağlı Sezaryen Konusundaki Görüşleri. *Fırat Tıp Dergisi* 2014, 19, 122-5.

Çapık A, Özkan H, Ejder Alpay S. Lohusaların Doğum Sonu Konfor Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2014,7(3), 186-192

Çetinkaya Demir B, Ocakoğlu G, Özerkan K, Orhan A, Cengiz C. Kliniğimizde 2000-2010 Yılları Arasında Sezaryen Oranları ve Değişen Endikasyonlar. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2012, 38(2)123-127

Çitil Canbay F. Sezaryen ile Doğan Bebeklerin İlk Altı Ay Beslenme Şekillerinin İncelenmesi, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2018, 8(1), 1-6.

De Charney AH and Nathan L. Cesarean Section In Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment, 2003, 518-529

Demir N, Beksaç MS, Koç A, Yüksel A. Obstetrik Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji, Ankara: *Medical Network* 2001,1258-1298

Derya YA. Sezaryen İle Doğum Yapan Loğusalara Konfor Kuramına Göre Verilen Hemşirelik Bakımının Doğum Sonu Konfor Düzeyine Etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2012, Erzurum, (Danışman Prof. Dr. T Pasinlioğlu).

Doğaner G. Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Erken Postpartum Dönemde Kendisinin ve Yenidoğanın Bakımına Yönelik Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Sivas, T. C. Cumhuriyet Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi 2002.

Doğum Sonu Bakım Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı, 2018

Doherty L ve Norwitz ER. Overdue: When Should We Intervene? *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2009, 3(2)

Duman Z. Sağlık Çalışanlarının Normal Doğum ve Sezaryen İle ilgili Düşünceleri. Yüksek Lisans Tezi. Afyonkarahisar. 2006

Duru S ve Türkoğlu E. Miyelomeningosel, Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı,2013

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization). Erişim tarihi: 15.05.2019 Erişim adresi:http://www.who.int/maternal_child_adolescen/news_events/events/2015/international-day-midwife/en/

Easter SR, Robinson JN, Carusi D, Little SE. The U.S. Twin Delivery Volume and Association with Cesarean Delivery Rates. A Hospital-Level Analysis. *Am J Perinatol* 2018, 35(4), 345-353. doi: 10.1055/s-0037-1607316.

Eker A ve Yurdakul M. Sezaryen Sonrası Verilen Bakımın Hasta Memnuniyetine Etkisi. *Mersin üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*,2008(1),26-35.

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) OECD Health Statistics. 2017, Erişim adresi: <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm>. Erişim Tarihi:4.6.2019

Eliçevik M. Karın Ön Duvarı Anomalileri. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye Türk Pediatri Arşivi 2010, 45, 29-34

Erdemir F, Çırlak A. Rahatlık Kavramı Ve Hemşirelik Kuramı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2013,(6.)4.

Ergöçmen BA, Çavlin A, Özgören AA. Üreme Sağlığı. Ankara: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve Tübitak. Son güncelleme tarihi: 2014.11.16, Erişim tarihi: 31.05.2019. Erişim adresi: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr.s.150-1>.

Ergöl Ş, Kürtüncü M. Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014(1), 26-34.

Erkaya R, Türk R, Sakar T. Determining Comfort Levels of Postpartum Women after Vaginal and Caesarean Birth. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2017, 237,1526-1532.

Erkiran AA. Spontan Vajinal Doğum ve Sezaryen İle Doğum Yapan Hastaların Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Hematolojik Değerlerinin Kan Kaybı Açısından Değerlendirilmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği. Uzmanlık tezi. İstanbul. 2009.

Ghaffari S, Dehghanpishah L, Tavakkoli F. The Effect of Spinal and General Anesthesia on Quality of Life in Women with Cesarean Delivery 2018,10(12)3715

Gölbashi Z. Postpartum dönemde erken taburculuk, evde bakım hizmetleri ve hemşirelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2003,7 (2), 15-22

Gözüyeşil EY, Şirin A, Ş Çetinkaya. Gebe Kadınlarda Depresyon Durumu ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*.2008

Gül N. Normal Doğum ve Sezaryen Doğum Uygulanan Olguların Postpartum Komplikasyonlar Yönünden Karşılaştırılması Uzmanlık tezi. İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul, 2008.

Güenalp GS. ve Tuncer ZS. Kadın Hastalıkları ve Doğum: Tanı ve Tedavi, Pelikan yayınları Ankara, 2004, 149–72, 273–76.

Güngör I, Gökyıldız Ş, Nahcivan N. Sezaryen Doğum Yapan Bir Grup Kadının Doğuma İlişkin Görüşleri ve Doğum Sonu Erken Dönemde Yaşadıkları Sorunlar, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okul Dergisi*, 2004, 13(53), 185–197.

Gürsoy C, Ok G, Aydın D, Eser E, Erbüyün K, Tekin İ, Baytur Y, Uyar Y. Anestezi Yöntemlerinin Sezaryen Hastalarında Günlük Yaşam Aktivitelerini Geri Kazanmaya Etkisi. *Turkish Journal of Anaesthesiology and Reanimation*. 2014, 42(2), 71-79.

Haral G. Sezaryen ve Normal Doğum Yapan Annelere Doğum Sonu Hastanede Verilen Bakım Hizmetleri ve Konforlarına Etkisi. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. 2018

Herstad L, Klungsoyr K, Skjarven R, Tanbo T, Forsén L, Abyholm T, Vangen S. Elective Cesarean Section Or Not? Maternal Age And Risk Of Adverse Outcomes At Term: a population-based registry study of low-risk primiparous women. 2016, 17,(16) 230 doi: 10.1186/s12884-016-1028-3.

Hotun ŞN. Seksio - Sezaryen: Yaygınlığı ve Sonuçları. 94. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009, 2(3), 94-97

Janssen PA, Ryan EM, Etches DJ, Klein MC, Reime B. Outcomes of planned hospital birth attended by midwives compared with physicians in British Columbia. *Birth* 2007, 34(2), 140-7.

Kara M, Şentürk Ş, Yılmaz E. Ağrı İlinde Gebelerdeki Sezaryen Oranları ve Demorafik Özellikler Zeynep Kamil Bülteni 2009, (40) 3.

Karabel MP, Demirbaş M, İnci MB. Türkiye’de ve Dünya’da Değişen Sezaryen Sıklığı ve Olası Nedenleri. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2017

Karabulutlu Ö. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2012, 20(3), 210-218.

Karaçam Z ve Akyüz EÖ. Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe/hemşirenin rolü. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2011,19(1),45-53.

Karakaplan S. Doğum Şeklinin Annelerin Doğum Sonu Konforuna ve Yenidoğan Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi, 2007

Karakaplan S, Yıldız H. Doğum Sonu Konfor Ölçeği Geliştirme Çalışması'4. 11. Ulusal Hemşirelik Kongresinde Poster. Msc Hemşire Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010(3),

Kızılkaya Beji N. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Gebelik Komplikasyonu Sonucu Gelişen Riskli Durumlar ve Hemşirelik Yaklaşımı, 2015,466-467.

Kızılkaya S. Sezaryen ya da Normal Spontan Doğum Yapan Primiparlarda Doğum Deneyiminin Doğum Sonu Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.(2013)

Kızrak BS. Doğum Sonu Dönemde Verilen Ebelik Bakımının Maternal Bağlanma ve Postravmatik Gelişime Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Erzincan Mengücekgazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Malatya, 2019

Koç Ö, Özkan H ve Bekmezci H. Annelik Rolü ve Ebeveynlik Davranışı Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi* 2016,6(2),143-150

Kolcaba K. A Theory Of Holistic Comfort For Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 1994,(19), 1178–1184.

Kolcaba K. An Analysis Of The Concept Of Comfort. *Journal of Comfort Theory And Practice. A Vision For Holistic Health Care and Research Advanced Nursing* 1991 16,1301-1310.New York. 2003

Kolcaba K. Evolution of the midrange theory of comfort for outcomes research. *Nursing* 2001, 49(2), 86–92.

Kolcaba K. Holistic Comfort: operation analyzing the construct as a nurse – sensitive outcome. *Advances in Nursing Science* 1992, 15(1), 1–10.

Korkmaz L, Akgün H, Baştuğ O., Halis H., Öztürk M. Basit Akciğer Kistine Bağlı Non-İmmün Hidrops Fetalis Olgusu *Firat Tıp Dergisi/Firat Medya* 2014, 19(1), 49-52

Kuguoğlu S, Karabacak Ü. Genel Konfor Primipar ve Multipar Gebelerde Doğum ve Doğum Sonu Döneme İlişkin Endişelerin Ölçeğinin Türkçe' ye Uyarlanması. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2008,16, 61, 16-23.

Lavand'homme P. Postoperative Cesarean Pain. Real But Is It Preventable? *Curr Opin Anaesthesiol* 2018, 31(3), 262-267. doi: 10.1097/ACO.0000000000000585.

Lavender T, Hofmeyr GJ, James P Neilson JP, Kingdon C, ML Gyte G. Cesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database Syst Rev.*2012 14(3), CD004660.DOI:10.1002/14651858.CD004660.pub3

Leslie SM and Storton S. The Coalition for Improving maternity Services: Evidence Basis for the ten steps of mother-friendly Care Step One. *The Journal of Perinatal Education*,2007, 16(1). Supplement.

Nelson J. Pindications and Appropriateness of Cesarean Sections Performed In A Tertiary Referral Centre In Uganda: A Retrospective Descriptive Study. *Pan Afr Med* 2017, 3, 26-64.

Özcan Ş, Aslan E. Normal Doğumda ve Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetinin Belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2015;23.1,41-48.

Park C, Yeoum S, Choi E. Study Of Subjectivity In The Perception Of Cesarean Birth. *Nursing and Health Sciences* 2005, 7(1),3-8.

Perlman J. and Kjaer K. Neonatal and Maternal Temperature Regulation During and After Delivery. *Anesth Analg.* 2016, 123(1), 168-72. doi: 10.1213/ANE.0000000000001256.

Pınar G, Doğan N, Algier L, Kaya N, Çakmak F. Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler'' Ankara Üniversitesi. *Dicle Tıp Dergisi* 2009, 36(3), 184-190.

Sungur MO, Havas F, Karadeniz M, Acar U, Altun D, Seyhan TÖ. Elektif Sezaryen Ameliyatlarında Anestezi Seçiminin Ameliyat Odası Kullanım Süresine Etkisi. *Spinal mi Genel mi Türk Anestezi Reanimasyon Dergisi* 2012, 40(3),136-143

Souza J P, Betran AP, Dumont A, Mucio B, Gibbs Pickens CM, Deneux-tharaux C. A global reference for caesarean section rates (C-Model), a multicountry cross sectional study,123(3),427-36, 2016.

Şevket O. Primer Section Caesarea Abdominalis Olgularında Per – Operatuar Servikal Dilatasyon ile Erken Uterin insizyon Stabilitesi Arasındaki İlişki, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2005.

Taşkın L. Riskli Doğum Eylemi, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı. Özyurt matbaacılık, 396-439, 2016.

TC. Sağlık Bakanlığı. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Ankara. 2014.

TC. Sağlık Bakanlığı. Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi Ankara.2018.

TC. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. Erişim adresi: <https://dosyab.saglik.gov.tr>, Erişim Tarihi:1.6.2019

The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee (ACOG). Opinion No.342:Induction of labor for vaginal birth after cesarean delivery. *obstetric Gynecol* 2006, 108(2), 465-8.

The International Confederation of Midwives (ICM). <http://internationalmidwives.org/> Erişim Tarihi. 31.05.2019.

Thivierge B. Caesarean Section, Encyclopedia of Medicine, Erişim 23.08.08 <http://www.findarticles.com>. 2006

Tilden EL, Cheyney M, Guise JM, Emeis C, Lapidus J, Biel FM, Wiedrick J, Snowden JM. Vaginal birth after cesarean: neonatal outcomes and United States birth setting. *Am J Obstet Gynecol* 2017, 216(4), 403e1-403.e8. doi: 10.1016/j.ajog.2016.12.001.

Türktaş T, Murat Akkuş A, Akpınar C, Özsoy Z, Özay P. Nadir Bir Doğumsal Tümör: Sakrokoksigeal Teratom Olgu Sunumu *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 2008, 39(2), 76-79

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) Erişim adresi: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2008/data/TNSA-2013, Erişim Tarihi:1.6.2019

Türkyılmaz SA, Adalı T, Seçkiner PÇ. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara, Türkiye 2014. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2008/data/TNSA-2013

Ünal Toprak F, Turan Z, Şentürk Erenel A. Doğum Sonu Erken Dönem Hemşirelik Uygulamalarında Güncel Yaklaşımlar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017, 6(2),96 - 103

Üst ZD ve Pasinlioğlu T. Primipar ve Multipar Gebelerde Doğum ve Doğum Sonu Döneme İlişkin Endişelerin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi 2015,2(3),306-317.

Yıldırım Varışoğlu Y. Antenatal bakımın sezaryen ve normal vajinal doğuma etkilerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Edirne. 2009

Yıldız D. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği Sağlam Bebek Ünitesinde Hemşirenin Planlı Hemşirelik Eğitimi ve Danışmanlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Hemşirelik Programı Doktora Tezi. Ankara 2003.

Yılmaz M, İsaoglu Ü, Kadanalı S. Kliniğimizde 2002-2007 Yılları Arasında Sezaryen Olan Hastaların İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Erzurum. *Marmara Medical Journal* 2009, 22(2), 104-110.

Yılmaz S ve Seviğ Ü. Vajinal Yol ve Sezaryenle Doğum Yapan Kadınların Doğumdan Sonra Kendi ve Yeni Doğan Bakımında Yaşadığı Sorunlar. Cumhuriyet Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2002.

Yüksel B, Seven A, Yıldız Y, Gözükara İ, Kabil Kucur S, Polat M, Keskin N. Vajinal doğum ve sezaryen öncesi ve sonrasında hastaların ağrı algılarına etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Turkish journal of clinics and labaratory* 2015,(6), 4, 116 – 120

EKLER

Ek 1. Soru Formu

Bu Araştırma; sezaryenin doğum sonrası konfor düzeyine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmaya katılım gönüllük esasına dayanmaktadır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar **tamamen gizli tutulacak**, kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır. Bu çalışmaya isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulamayı yürüten Sultan TAYTAN'a uygulama sırasında veya sonrasında e-posta (sultantaytan@gmail.com) yoluyla veya telefonla (0 533 373868) sorabilirsiniz. Anketi cevaplama süreniz yaklaşık 20 dk. olabilir.

Katılıminız için teşekkür ederiz.

Anket Numarası:.....

EK-1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Kaç yaşındasınız?:.....

2. Eşinizin yaşı kaçtır?:.....

3. Medeni durumunuz nedir?:a) Evli b) Boşanmış c) Eşi vefat etmiş

4. Evlilik süreniz nedir?

5. Eğitim durumunuz nedir?:

a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Üniversite e) Y. Lisans ve üstü

6. Eşinizin eğitim durumu nedir?:

a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Üniversite e) Y. Lisans ve üstü

7. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

a) Hayır

b) Evet Ne iş yapıyorsunuz? Yazınız.....

8. Eşiniz gelir getiren bir işte çalışıyor mu?

a) Hayır

b) Evet Ne iş yapıyor? Yazınız.....

9.Yaşamınızın büyük bölümünü geçirdiğiniz yer neresidir?:

a) Büyükşehir b) İl merkezi c) İlçe merkezi d) Kasaba/Köy

10. Ailenizde siz, eşiniz ve çocuklarınız dışında başkaları yaşıyor mu?

a) Hayır

b) Evet (belirtiniz)

11. Ailenizin aylık toplam geliri nedir? TL

12. Gelir düzeyinizi giderlerinizle karşılaştırdığınızda nasıl değerlendiriyorsunuz?

a) Düşük (gelir giderden az) b) Orta (gelir gidere eşit) c) Yüksek (gelir giderden fazla)

13. Sosyal güvenceniz: a) Var b) Yok

14. Bu gebeliğinizde isteyerek mi gebe kaldınız? a) Evet b) Hayır

15. Gebe kalmadan önce herhangi bir sağlık sorununuz ya da hastalığınız var mıydı?

a) Hayır

b)Evet (belirtiniz: kalp hastalığı, tansiyon hastalığı, şeker hastalığı gibi)

.....

16. Bu gebeliğinizde gebe kalmak için herhangi bir tedavi gördünüz mü?

a) Hayır

b) Evet (tedavinin ne olduğunu belirtiniz)

17. Bu gebeliğinizde herhangi bir sağlık problemi yaşadınız mı?

a) Hayır

b) Evet (ne olduğunu belirtiniz)

18.Kaç kez gebe kaldınız?

19. Kaç kez canlı doğum yaptınız?

20. Yaşayan kaç çocuğunuz var?

21. Kaç kez ölü doğum yaptınız?

22. Kaç kez düşük yaptınız?

23. Kaç kez küretaj oldunuz?

24. Doğum şekliniz nedir? a) Normal doğum b) Sezaryen

25. Doğum sırasında aşağıdaki müdahalelerden hangisi uygulandı? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

a) Vakum b) Forseps c) Suni Sancı d) Kesi (Epizyotomi)

e) Yırtık oluşması f) Karna bası uygulanması g) İdrar sondası takılması

ı) Diğer (Belirtiniz)

26. Doğumunuz ne kadar sürdü?saat

27. Doğum sırasında anestezi ya da ağrı kesici ilaç kullanıldı mı?

a) Hayır b)Evet (Nedir?Belirtiniz)

Ek 2. Doğum Sonrası Konfor Ölçeği

Aşağıda duygu ve davranışlarınızla ilgili ifadeler yer almaktadır. Lütfen geçen hafta boyunca aşağıdakileri ne sıklıkla hissettiğinizi veya yaşadığınızı uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

Değerlendirme	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Bebeğimi rahatlıkla kucağıma alıp iletişim kurabiliyorum					
Doğumdan sonra kendimi rahatlamış hissediyorum					
Mahremiyetimi rahatlıkla koruyup sürdürebiliyorum					
Su andaki durumumla basa çıkamamak beni bunaltıyor					
Bebeğim yanımda olduğunda kendimi daha rahat hissediyorum					
Karnımdaki gerginlik ve gaz beni rahatsız ediyor					
Kendimi çok mutlu hissediyorum					
Kanamam ve pet değişiminde sıkıntı yaşamam beni rahatsız ediyor					
Doğumdan sonra sosyal hayatımın ve isimin etkileneceği kaygısını yaşıyorum					
Çok kederli ve alınganım, sürekli ağlamak istiyorum					
Ağrıyla basa çıkabiliyorum, beni rahatsız etmiyor					
Bas dönmeleri beni rahatsız ediyor /etti					
Kendimi çok yorgun hissediyor ve sürekli uyumak istiyorum					
Kendimi rahat hareket edebilecek kadar iyi hissediyorum					
Sağlığım ve yapılacak işlemler hakkında bilgi verilmesi beni rahatlatıyor					
Kolumda serum, iğne olması beni rahatsız ediyor/etti					
Epizyotomi / ameliyat bölgemle ilgili rahatsızlık hissediyorum					

Esim ve bebeğimle daha çok birlikte olmak beni rahatlatıyor					
Önemli ve değerli olduğunu hissediyorum					
Bebeğimin bakımıyla ilgilenilmesi beni rahatlatıyor					
Bebeğimi emzirmede sorun yaşıyorum					
Kendimle ilgili tüm sorularıma yanıt bulabileceğim bir rehber/kitapçığa ihtiyaç duyuyorum					
Esimin iyi bir baba olabileceği düşüncesi beni rahatlatıyor					
Rahat uyuyup dinlenebiliyorum					
İhtiyacım olan bakımı almam beni rahatlatıyor					
Bebeğime bakım vermede zorlanıyorum					
Maddi sıkıntı yaşayacağımız endişesini taşıyorum					
Hastanede verilen yemekler çok kötü yiyemiyorum					
Bebeğim ve/veya diğer çocuklarımla yeterince ilgilenemeyeceğim kaygısını yaşıyorum					
Banyo/dus yapamamak beni rahatsız ediyor					
Esimin ilgi, sevgi ve desteğini hissediyorum					
Doğum sonu dönemde yasayabileceklerim ve yapmam gerekenler konusunda yeterli bilgiye sahibim					
Tuvaletlerin kirli olması beni rahatsız ediyor					
Bebeğimle ilgili tüm sorularıma yanıt bulabileceğim bir rehber/kitapçığa ihtiyaç duyuyorum					

Ek 3. Kurum İzin Yazısı



TC Sağlık Bakanlığı

T.C.
AYDIN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 69836136-605.01
Konu : Sultan TAYTAN'ın Araştırma İzni Talebi

MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Sultan TAYTAN ve sorumlu yürütücü ADÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Sibel ŞEKER'in "Sezaryenin Annelerin Doğum Sonrası Konfor Düzeylerine Etkisi" konulu araştırma izni talebi ile Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı'nın 24/07/2018 tarihli ve 73565820 barkod nolu uygun görüş yazısına istinaden çalışma yapılması planlanmaktadır.

Söz konusu çalışmanın 15 Temmuz-15 Aralık 2018 tarihleri arasında Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde yapılabilmesi hususunu; Olurlarınıza arz ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Ali Emrah ERGİN BAY
Sağlık Hizmetleri Başkan V.

OLUR
.../.../2018
e-İmzalıdır.
Dr. Aslı CANDAL
İl Sağlık Müdürü V.

Ek 4. Etik Kurulu Ön Onayı



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Yrd.Doç.Dr. Sibel ŞEKER
Öğretim Üyesi

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 24.06.2017 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 13 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

e-İmzalıdır

Prof.Dr. Mustafa Selim ÖZKÖK
Kurul Başkanı

KARAR 13

Protokol No : 2017/1235
Sorumlu Yürütücü : Yrd.Doç.Dr. Sibel ŞEKER
Sağ. Bil. Fak. Ebelik Bölümü

Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Sibel ŞEKER'in "Sezaryenin annelerin doğum sonrası konfor düzeylerine etkisi" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekeceği, amaç, yaklaşımlar ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde (kurum izninin alınıp, izin belgesinin dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde tasahhüt edilen çalışma birlikte sunma nihai raporunu [Sonuç Raporu (web'te), ve ORF (Orijinal Rapor Formu/Arka)] gönderilmesi gerektirildiğini hatırlatılmaması ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektirildiğini bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Sorumlu yürütücü Yrd.Doç.Dr. Sibel ŞEKER Etik kurul üyesi olduğundan dolayı oylamaya katılmamıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı : TAYTAN, Sultan
Uyruk : T.C.
Doğum Yeri ve Tarihi : Denizli/ 01.01.1983
E-mail : sultantaytan@gmail.com
Yabancı Dil : İngilizce

EĞİTİM

<u>Derece</u> :	<u>Kurum</u> :	<u>Mezuniyet tarihi</u> :
Lisans	Süleyman Demirel Üniversitesi	2004

BURSLAR ve ÖDÜLLER:

İŞ DENEYİMİ

<u>Yıl</u> :	<u>Kurum</u> :	<u>Unvan</u> :
2004-2006	Özel Ege Hastanesi/Denizli	Ebe
2006-2009	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	Ebe
2011-...	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	Ebe

AKADEMİK YAYINLAR

1. MAKALELER

2. PROJELER

3. BİLDİRİLER

A) Uluslararası Kongrelerde Yapılan Bildiriler

B) Ulusal Kongrelerde Yapılan Bildiriler