**T.C.**

**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**EBELİK ANABİLİM DALI**

**YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**DOĞUM SONRASI KONFORUN ANNELERİN GÜVENLİK HİSLERİNE ETKİSİ**

**Canan ÖZELÇİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Dr. Öğr. Üyesi Sibel ŞEKER**

**AYDIN–20****23**

**KABUL VE ONAY**

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Canan ÖZELÇİtarafından hazırlanan “**DOĞUM SONRASI KONFORUN ANNELERİN GÜVENLİK HİSLERİNE ETKİSİ**” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 30/01/2023

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Üye (T.D.) : | : Dr. Öğr. Üyesi Sibel ŞEKER | Aydın Adnan Menderes Üniversitesi | ………………… |
| Üye : | Doç.Dr.Keziban AMANAK  | Aydın Adnan Menderes Üniversitesi |  …………………  |
| Üye : | Dr. Öğr. Üyesi Elif ULUDAĞ | Pamukkale Üniversitesi | ………………… |

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. Süleyman AYPAK

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, çalışmaya katılmayı kabul eden tüm çiçeği burnunda annelere ve bu zorlu süreçte beni her anlamda destekleyen sevgili eşim Alper ÖZELÇİ’ye, çocuklarım Ali Ömer ve Umay ÖZELÇİ’ye ve kıymetli annem Hatice AYMAN’a sonsuz teşekkür ediyorum.

**İÇİNDEKİLER**

KABUL VE ONAY i

TEŞEKKÜR ii

İÇİNDEKİLER iii

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ v

ŞEKİLLER DİZİNİ vi

TABLOLAR DİZİNİ vii

ÖZET viii

ABSTRACT x

GİRİŞ 1

2. GENEL BİLGİLER 2

2.1. Doğum Sonrası Dönem 2

2.1.1. Doğum Sonrası Dönemde Annede Oluşan Fizyolojik Değişiklikler 3

2.1.2. Doğum Sonrası Dönemde Annede Oluşan Psikolojik Değişiklikler 6

2.1.3. Doğum Sonrası Dönem ve Ebelik Bakımı 8

2.2. Konfor Kuramı 9

2.2.1. Doğum Sonrası Konfor ve Ebelik Bakımı 10

2.3. Güvenlik Kavramı ve Maslow’un Hiyerarşisi’nde Güvenlik İhtiyacı 11

2.3.1. Gebelik ve Doğum Bağlamında Güvenlik 12

2.3.2. Doğum Sonrası Dönemde Annenin Güvenlik Hisleri 13

2.3.3. Doğum Sonrası Güvenlik Hislerinin Desteklenmesinde Ebenin Rolü 14

2.4. Doğum Sonrası Konforun Güvenlik Hisleri ile İlişkisi ve Ebenin Rolü 15

3. GEREÇ VE YÖNTEM 17

3.1. Araştırmanın Şekli 17

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 17

3.3. Araştırmanın Zaman Çizelgesi 17

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 18

3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri 19

3.6. Veri Toplama Araçları 19

3.7. Verilerin Toplanması 21

3.8. İstatistiksel Analizler 21

3.9. Araştırmanın Etik Yönü 22

4. BULGULAR 23

5. TARTIŞMA 35

5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları 39

6. SONUÇ 40

6.1. Sonuçlar 40

6.2. Öneriler 40

KAYNAKLAR 41

EKLER 51

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu 51

Ek 2. Doğum Sonrası Konfor Ölçeği 55

Ek 3. Annelerin Doğum Sonrası Güvenlik Hisleri Ölçeği 57

Ek 4.Etik Kurul Onayı 58

Ek 5. Kurum İzin Yazısı 59

BİLİMSEL ETİK BEYANI 61

ÖZ GEÇMİŞ 62

# SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

**ACOG :** The American Congress Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Birliği)

**ADSGHÖ :** Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği

**APA :** American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)

**DFA :** Doğrulayıcı Faktör Analizi

**DSKÖ :** Doğum Sonrası Konfor Ölçeği

**DSM-5 :** Diagnostic and Statictical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 5. Baskı)

**KMO :** Kaiser-Meyer-Olkin

**KGİ :** Kapsam Geçerlilik İndeksi

**MPSS :** Mothers' Postnatal Sense of Security Scale (Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği)

**PASW :** Predictive Analytics Software

**PPCS :** Postpartum Comfort Scale (Doğum Sonrası Konfor Ölçeği)

**RMSEA :** Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşık hataların ortalama

 karekökü

**SS :** Standart Sapma

**TNSA** : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

# ŞEKİLLER DİZİNİ

#

**Şekil 1.** Maslow’un İhtiyaçlar Hiyerarşisi 12

# TABLOLAR DİZİNİ

**Tablo 1.** Araştırmanın zaman çizelgesi 18

**Tablo 2.** Araştırmaya Katılan Annelerin Tantıcı Özellikleri ve Doğum Şekillerine Göre Dağılmı 23

**Tablo 3.** Araştırmaya Katılan Annelerin Obstetrik Özelliklerinin Doğum Şekline Göre Dağılımı 26

**Tablo 4.** Araştırmaya Katılan Annelerin DSKÖ ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Ortalamaları ve Doğum Şekline Göre Farkı 28

**Tablo 5.** Araştırmaya Katılan Annelerin ADSGHÖ ve Alt Ölçeklerindene İlşkin Puan Ortalamaları ve Doğum Şekline Göre Farkı 29

**Tablo 6.** Araştırmaya Katılan Annelerin DSKÖ ve Alt Ölçekleri Puanları ile ADSGHÖ ve Alt Ölçekleri Puanları arasındaki İlişki 30

**Tablo 7.** Araştırmaya Katılanların DSKÖ ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanların ADSGHÖ ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanları Yordaması 32

# ÖZET

**DOĞUM SONRASI KONFORUN ANNELERİN GÜVENLİK HİSLERİNE ETKİSİ**

**Özelçi C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik programı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın,2023.**

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı doğum sonrası konforun annelerin güvenlik hisleri üzerine yordayıcı bir faktör olarak incelenmesidir.

**Gereç ve Yöntem**: Araştırma prospektif, analitik-kesitsel tipte gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini Nisan-Aralık 2021 tarihleri arasında Nazilli Devlet Hastanesi Doğum Servisi’nde yatan, vajinal yolla ve sezaryen ile doğum yapmış anneler oluşturmuştur. Örnekleme evrenden gelişigüzel örnekleme ile seçilen, araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan, 200 sezaryen, 200 vajinal yolla doğum yapmış toplam 400 anne dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından annelerin sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini sorgulamak amacıyla hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu” ile “Doğum Sonrası Konfor Ölçeği” (DSKÖ) ve “Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği” (ADSGHÖ) kullanıldı. Veriler; tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde) ile ifade edilmiş, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, korelasyon, çoklu regresyon ve ki kare analizleri ile test edilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan annelerin; en çok %48,3’ünün ortaokul mezunu, %81,5’inin ilçe merkezinde yaşamakta, yaş ortalamaları 27,01 ± 5,19’dur. Annelerin %71,3’nün son gebeliğini istediği ve canlı doğum sayısı ortalamalarının 2,06 ± 0,93 olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan annelerin DSKÖ puan ortalamaları incelendiğinde; konfor toplam puan ortalamasının 3,03±0,19, fiziksel konfor alt ölçeğinin 3,38±0,29, psikospiritüel konfor alt ölçeğinin 1,47±0,20, sosyokültürel konfor alt ölçeğinin ise 4,02±0,34 olduğu belirlenmiştir. ADSGHÖ toplam puan ortalaması 65,82±6,63, alt ölçeklerinden güçlendirici davranışlar puan ortalaması 22,28±3,18, genel iyilik puan ortalaması 17,55±2,15, aileye bağlılık puan ortalaması 15,28±1,78, emzirme puan ortalaması10,71±2,05 olarak hesaplanmıştır. Yapılan analizlerde DSKÖ toplam puanının ADSGHÖ toplam puanını %16,6 (R2=0,166) oranında yordadığı, psikospiritüel ve sosyokültürel konfor alt ölçeklerinden alınan puanlar eklendiğinde bunun%31’e (R2=0,310) yükseldiği saptanmıştır.

**Sonuç:** Annelerin doğum sonrası güvenlik hislerini konfor düzeyleri %16,6 oranında yordamaktadır. Buna psikospiritüel ve sosyokültürel konfor eklendiğinde yordama oranı %31’e yükselmektedir. Doğum sonrası anne ve yenidoğan sağlığının yükseltilmesinde yeterli konforun sağlanmasına yönelik ebelik bakımının sağlanması önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Doğum sonrası dönem, Ebelik, Güvenlik hisleri, Konfor.

# ABSTRACT

**THE EFFECT OF POSTPARTUM COMFORT ON MOTHERS’ SENSE OF SECURITY**

**Özelçi C. Aydın Adnan Menderes University, Health Sciences Institute, Midwifery Program, Master Thesis, Aydın, 2023.**

**Objective:** The aim of the research is to examine the predictive factor of postpartum comfort on mothers' sense of security.

**Material and Methods:** The research was conducted in a prospective, analytical-sectional type. The population of the study consisted of mothers who were hospitalized in the Nazilli State Hospital Obstetrics Departmant between April and December 2021 and gave birth by vaginal or cesarean section. A total of 400 mothers, who were selected by conviencing sampling from the sampling population, who met the inclusion criteria of the study, 200 cesarean section and 200 vaginal birth were included “Personal Information Form” prepared by the researchers in order to question the sociodemographic and obstetric characteristics of the mothers in data collection and “Postpartum Comfort Scale” (PPCS) and “Mothers Postpartum Sense of Security Scale” (MPSS) were used. Data; expressed with descriptive statistics (number, percentage), independent samples t test, correlation, multiple regression and chi-square analysis.

**Conclusion:** The mothers participating in the study; the most 48,3% of them were secondary school graduates, 81.5% of them lived in the district center, their average age was 27.01±5.19. It was found that 71.3% of mothers wanted their last pregnancy and the average number of live births was 2.06±0.93. PPCS mean scores of the mothers participating in the study were examined; it was determined that the total comfort score average was 3.03±0.19, the physical comfort subscale was 3.38±0.29, the psychospiritual comfort subscale was 1.47±0.20, and the sociocultural comfort subscale was 4.02±0.34. MPSS total score average 65.82±6.63, reinforcing behaviors mean 22.28±3.18, general well-being 17.55±2.15, family loyalty mean score 15.28±1.78 and breastfeeding score mean was calculated 10.71±2.05. It was found that the total score of PPCS predicted the total score of MPSS by 16,6% (R2=0,166), and when the scores from the psychospiritual and sociocultural comfort subscales were added, it increased to 31% (R2=0,310).

**Results:** Comfort levels of mothers predict their sense of security after childbirth by 16,6%. When psychospiritual and sociocultural comfort is added to this, the prediction rate increases to 31%. It is important to provide midwifery care to ensure adequate comfort in increasing maternal and newborn health after birth.

**Keywords:** Comfort, Midwifery, Postpartum period, Sense of security.

# GİRİŞ

Doğum, kadının anneliğe uyumunun ve sağlığının fiziksel, duygusal ve sosyal yönden etkilendiği özel bir durumdur. Doğum sonrası dönem anne sağlığının, bebek sağlığının, aile sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli bir süreç 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. Annenin doğum sonrası döneme uyumunu kolaylaştırmada, yeterli konforun sağlanması oldukça önemlidir (Fenwich ve diğerleri, 2009; Karaçam ve Akyüz 2011; Taşkın, 2019; Doğaner ve Bekar, 2006).

Doğum sonrası dönemde annenin konforunun sağlanması için ebelik bakım sürecinde Kolcaba’nın konfor kuramı rehber olarak alınmaktadır. Kolcaba tarafından geliştirilen konfor kuramında, “bireyin gereksinimleri ile ilgili yardım, huzuru sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde kompleks yapıya sahip beklenen sonuç” olarak tanımlanmıştır. (Kolcaba 1992, 2003).

Doğum sonrası dönemde annelere gerekli bakımın belirlenmesi ve karşılanması, emzirme gibi alanlarda desteklenmesi, onların güçlenmesi, genel iyilik halleri, aile bağlanması açısından önemlidir. Bütün istek ve ihtiyaçların karşılandığından emin olma duygusu olarak tanımlanan güvenlik; Maslow’un insani gereksinimler hiyerarşisinde fizyolojik gereksinimlerden sonra ikinci sırada yer almaktadır. Doğum sonrası ilk hafta boyunca annelik deneyimi için güvenlik duygusunun büyük önem taşıdığı ve bu duygunun doğum sırasındaki olumlu fiziksel ve duygusal deneyimlerden etkilenebileceği belirtilmektedir (Persson ve diğerleri, 2007; Kwist ve Persson, 2009; Werner-Bierwisch ve diğerleri, 2018; Maslow, 1970).

 Ebeler, annenin konfor ihtiyaçlarını tanımlamak, talep ve isteklerine yönelik girişimleri belirleyip, uygulamakla sorumludurlar. Ebeler bu dönemde eğitim ve danışmanlık hizmetlerini etkili bir biçimde sunmalıdırlar (Yılmaz, 2003; Taytan, 2019). Bu çalışma doğum sonrsası konforun, doğum sonrası güvenlik hislerine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirlmiştir.

Araştırma soruları aşağıdaki gibidir:

1. Annelerin doğum sonrası konfor düzeyleri nedir?

2. Annelerin doğum sonrası güvenlik hisleri nasıldır?

3. Annelerin doğum sonrası konfor düzeyleri güvenlik hislerini yordamakta mıdır?

# 2. GENEL BİLGİLER

##

## 2.1. Doğum Sonrası Dönem

Doğum sonrası dönem plesantanın doğumu ile başlayıp, doğum sonrası 6-12 haftayı içeren dönemdir. Lohusalık dönemi, puerperium veya postpartum dönem olarak da adlandırılmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022). Doğum sonrası dönem üç evrede ele alınmaktadır (Çiçek ve diğerleri, 2007).

*Başlangıç Dönemi*: Doğum sonrası ilk 6-12 saati kapsamaktadır. Bu dönem içerisinde eklampsi, amnion sıvı embolisi, doğum sonu kanama ve uterin inversiyon gibi acil durumlar yaşanabilmektedir (Çiçek ve diğerleri, 2007).

*İkinci Dönem*: Bu dönem 2-6 hafta sürmektedir. Metabolizma ve emosyonel durum değişiklikleri, hemodinamik ve genitoüriner sistemde değişiklikler olup başlangıç dönemine göre daha yavaş gerçekleşmektedir (Çiçek ve diğerleri, 2007).

*Üçüncü Dönem*: Bu dönem 6 aya kadar devam etmektedir. Geç lohusalık dönemi olarak da ifade edilmektedir (Çiçek ve diğerleri, 2007).

Doğum sonrası dönem anne ve bebeğin hatta ailenin bakıma ihtiyaç duyduğu bir dönemdir. Bu nedenle doğum sonrası dönemde verilecek bakım, eğitim ve danışmanlık hem anne hem yenidoğan hem de ailenin ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde oluşturulmalıdır ( Er Güneri, 2015; Taşkın, 2019). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre, annelerin doğumdan sonraki ilk iki gün içerisinde doğum sonrası bakım alma durumu kırsal bölgelerde yaşayan kadınların %83 iken, kentlerde yaşayan kadınlar için bu oran %77’dir. Doğum sonrası bakım alma durumu bölgelere göre incelendiğinde, Güney bölgesinde yaşayan kadınların diğer bölgelerde yaşayan kadınlara göre daha düşük olduğu görülmektedir (%74). Aynı zamanda 6 veya daha fazla kişinin bulunduğu hanelerde yaşayan anneleri doğum sonrası sağlık hizmeti alma oranı diğer hanelere göre daha yüksektir (%84). Doğum sonrası bakım almayan kadınların oranının en yüksek olduğu bölge ise Doğu bölgesidir (%5,1). Sosyoekonomik özellikler ile doğum sonra ilk 48 saat içerisinde doğum sonrası bakım hizmeti incelendiğinde; kadının eğitim düzeyi azaldıkça doğum sonrası sağlık kontrolüne erişim hizmeti artmaktadır (TNSA 2018).

Lise ve üzeri eğitimli kadınlar arasında bu oran %74 iken, eğitim almayan ya da ilkokulu bitirmemiş kadınlar arasında %79’dur. Benzer şekilde güvenceli bir işte çalışan kadınların doğum sonrası bakım alma oranı çalışmayan kadınlara kıyasla daha azdır (sırasıyla %75 ve %79) (TNSA 2018).

Doğum sonrası kadının sağlık bakım hizmeti alma durumu ile eşle akrabalık ilişkisi olan kadınların ilişkisi incelendiğinde, eşiyle arasında yakın akrabalık ilişkisi olan kadınların doğum sonra ilk 48 saat içinde sağlık hizmetine erişim oranı %76 iken akraba evliliği yapmamış kadınların %79’u yeterli doğum sonrası bakım hizmeti almıştır. Doğum sonrası ilk iki gün içinde alınan bakım hizmetinin doğum sırası, doğum aralığı ve sezaryen doğum durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında, sezaryen doğum sonrası bakım hizmetini alan kadınların oranı normal doğumlara kıyasla daha fazladır (sırasıyla %21 ve %16). Doğum sırası 4 ve daha fazla olan kadınların bakım alma durumu %82 iken, doğum sırası 1 olan kadınların oranının %76’ dır. Ayrıca kadının doğum öncesi bakım almadığı durumlarda doğum sonraki ilk 48 saat içerisinde verilen bakım hizmeti oranı artmaktadır (%80) (TNSA 2018).

### 2.1.1. Doğum Sonrası Dönemde Annede Oluşan Fizyolojik Değişiklikler

Bu başlık altında annede doğumun ardından üreme, loşia, vajina, perine, dolaşım sistemi, solunum sisteminde oluşan fizyolojik değişikliklerden bahsedilecektir.

*Üreme Sistemi*

Puerperal dönemde en belirgin hacimsel değişiklik uterusta meydana gelmektedir. Miadındaki bir gebenin uterusu fetüs ve ekleri hariç yaklaşık 1000 g’dır. İlk haftanın sonunda 500 g, ikinci haftanın sonunda 300g, altı hafta sonunda ise uterus 50-80 g’a kadar hacimsel olarak involüsyona uğramaktadır. Uterus involüsyonunu yavaşlatan nedenler bulunmaktadır. Bunlar; uzamış doğum eylemi, zor doğum eylemi, hızlı doğum eylemi, enfeksiyon, plasenta ve membranların retansiyonu, anestezi alınması, grandmultiparite ve dolu bir mesane sayılmaktadır. Bunun yanı sıra uterus involüsyonunu hızlandıran nedenler arasında emzirme ve erken/sık ambulasyon görülmektedir. Uterusun involüsyon sürecini fundusun yeri, sertliği, büyüklüğü gibi durumlar karakterize etmektedir (Şirin ve diğerleri, 2008).

Doğumdan hemen sonra uterus fundusu simfisiz pubis ile umblikus arasında, sert bir greyfurt büyüklüğünde ele gelmektedir. Doğumdan 12 saat sonra umblikus düzeyine yükselir ve daha sonra her gün yaklaşık bir parmak küçülerek simfisiz pubise doğru inmektedir. Postpartum 10. Günden sonra kemik pelvise indiğinden uterus artık hissedilmemektedir (Şirin ve diğerleri, 2008; Taşkın, 2019).

*Loşia*

Doğumdan sonra uterustanvajina yolu ile atılan kan ve serumun tamamına loşia denir. Doğum sonrası dönemde loşianın mitarının, kokusunun, renginin ve karekterinin incelelenmesi önemlidir. Renginin koyu kırmızı ve fazla pıhtı içermemesi ve pis kokulu olmaması, miktarının pedin 1/3 oranında kan ile ıslanmış olması, normal loşia karakterini göstermektedir. Günden güne değişiklik gösteren loşia karakterleri loşia 3 tipte görülmektedir (Er Güneri, 2015; Çiçek ve diğerleri, 2007).

*Loşia Rubra*: Plasentanın ayrıldığı bölgedeki damar ağızlarının henüz kapanmamış olması sebebiyle yaklaşık olarak ilk 3 gün boyunca loşia bol miktarda desidua içeren taze kandan oluşmaktadır. Kırmızı renkte olduğu için rubra adını almaktadır (Taşkın, 2019).

 *Loşia Seroza*: Tromboze olmaya başlayan damar ağızlarından gelen kan miktarı azalmaya başlamıştır. Doğum sonrası 4 ile 10’uncu günlerde gelen loşianın; rengi kırmızıdan pembe ya da kahverengiye dönmektedir. İçeriğinde seröz sıvı, lökosit, eritrosit ve servikal mukus bulunmaktadır (Taşkın, 2019).

*Loşia Alba*: Eritrosit içeriği git gide azalmakta olan loşia rubra 11’inci günden 6 haftaya kadar sürmektedir. Bu nedenle loşianın rengi açık sarıya dönmektedir. İçeriğinde epitelyal hücreler, lökosit, desidua hücreleri, bakteri, servikal mukus ve yağ bulunmaktadır. Loşianın miktarı doğumdan sonraki ilk saatlerde daha fazladır ve her geçen gün miktarı azalmaktadır. Toplam miktarı 225 ml’dir. Tüm gece uyurken vajende ve uterusta oluşan göllenmeden sabahları miktarı daha fazla olduğu gibi sezaryenle doğum yapanlarda uterin kavite boşaltıldığı için normal doğum yapanlara göre loşia miktarı daha az olmaktadır(Er Güneri, 2015; Taşkın, 2019)

Loşianın miktarını belirlemek için bir standardın kullanılması gerekmektedir.

Çok az miktar loşia: Pedde bir saate 2-3 cm’den daha az kanama mevcuttur.

Hafif (az) miktarda loşia: Pedde bir saatte 10 cm’den daha az kanama mevcuttur.

Orta miktarda loşia: Pedde bir saatte 15 cm’den daha az kanama mevcuttur.

Fazla miktarda loşia: Pedde bir saatte 15 cm’den daha fazla kanama mevcuttur (Er Güneri, 2015; Taşkın, 2019)

*Serviks*

Doğumdan sonra serviks ödemli ve küçük sıyrıklar olabilmektedir. İlk günlerde şekilsiz olan serviks ilk haftanın sonunda şeklini geri kazanmaktadır. İnternal os gebelikten önceki haline dönerken, eksternal os yuvarlak şekli yerine kesik bir şekil almaktadır (Şirin ve diğerleri; Taşkın, 2019).

*Vajina*

Doğum esnasında fetusun yaptığı basıyla da oldukça gerilen vajinada doğum sonunda ödem ve küçük sıyrıklar var olabilmektedir. Doğumdan sonra vajinal mukoza hızlıca iyileşirken rugaların iyileşmesi 3 hafta sürebilmektedir. Tam olarak gebelik öncesi büyük ve şeklini kazanması 6 hafta sürmektedir. Tam olarak eski halini alamayan vajinada doğum sonrası dönemde vajina mukozası atrofik ve vajina duvarları östrojen üretimine bağlı olarak incedir. Emzirme döneminde östrojen üretimi olmadığından emziren anneler cinsel ilişki sırasında kuruluktan dolayı rahatsızlık hissedebilmektedir (Er Güneri, 2015; Çiçek ve diğerleri, 2007).

*Perine*

Doğumun ikinci evresinde fetal başın kardinal hareketleri ve epizyotomi kesisinin uygulanması ile perine ödemli ve ezilmiş olabilmektedir. Epiyotomi kesisi küçük de olsa anneleri rahatsız etmektedir ve 4-6 ayda tam olarak iyileşmektedir. Doğumda oldukça gerilen perine kasları yürüme, oturma, eliminasyon gibi birçok faktörde rol oynamaktadır. Ayrıca önceden var olan hemoroidlerde doğum sonrasında belirginleşmektedir ( Taşkın, 2019).

*Dolaşım Sistemi*

Vajinal bir doğumda ortalama 500 ml kan kaybedilirken bu miktar sezaryen doğumda 1000 ml olmaktadır. Gebelik boyunca fizyolojik olarak görülen hipervolemi annenin kaybettiği kan miktarını tolere etmesine yardımcı olmaktadır. Kaybedilen kan miktarına göre doğumdan sonra annenin kardiyak out-putunda artış görülmektedir. Bunun nedeni, gebelik boyunca uteroplesantal alanda ve ekstrasellüler aralıkta biriken kanın dolaşıma katılması, gebelikte fizyolojik olarak artmış olan uterus damarlarındaki basıncın azalmasıyladır. İlk 48 saat kardiyak out-put artış gösterirken bradikardi görülmektedir. Kardiyak out-put doğum sonrası 6-12 haftada gebelik öncesi seviyesine dönmektedir (Şirin ve diğerleri, 2008; Çiçek ve diğerleri, 2007).

Doğum sonrası dönemde kan basıncı stabil seyretmektedir. Bazı kadınlarda ilk saatlerde ortostatik hipotansiyon görülmektedir. Aynı pozisyonda veya uzun süre yatma ile kadında ani kan basıncı düşmesi yaşanabilmektedir (Er Güneri, 2015; Taşkın, 2019).

*Solunum Sistemi*

Doğum sonrası dönemde progesteron seviyesinin, karın içi basınç ve diyafragmatik basıncın düşmesi ile solunum gebelik öncesi döneme düşmektedir. Uterusta biriken kan atılması ile solunum kolaylaşmaktadır (Çiçek ve diğerleri, 2007; Er Güneri, 2015).

### 2.1.2. Doğum Sonrası Dönemde Annede Oluşan Psikolojik Değişiklikler

Doğum sonrası dönemde annede birçok ruhsal değişiklikler olabilmektedir. Bu ruhsal değişikliklere fizyolojik nedenler, obstetrik nedenler bazen de sosyoekonomik nedenler sebep olabilmektedir. Bu dönemde annelik hüznü, postpartum anksiyete, postpartum depresyon ve psikoz sıkça karşılaşılan problemlerdendir (Borg ve diğerleri, 2014; Aksoy ve diğerleri, 2019).

*Annelik Hüznü*

Annelik hüznünün tek bir tanımı bulunmadığından farklı şekillerde tanımlanabilir. Amerikan Jinekologlar ve Obstetrisyenler Birliği’ne (ACOG) göre annelik hüznü “doğum sonrası dönemde annenin öfkeli, nedensiz ağlama nöbetleri, duygulardaki ani değişiklikler depresif, üzgün, sinirli olma, iştahsız, uykusuz, konsantrasyonda güçlük çekme, çaresiz ve bebeğine bakım verme konusunda endişe duyması” olarak tanımlamıştır (ACOG, 2013). Annelik hüznünü Rondon (2003), “doğum sonrası erken dönemde tepkisellik semptomları ve aşırı hassasiyet ile karşılaşma durumu” olarak tanımlarken, başka bir tanımda ise “doğum sonrası süreçte önlenebilir hafif duygu durum bozukluğu” olarak tanımlanmıştır (Buttner ve diğerleri, 2011). Annelik hüznünün etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir, ancak doğumu takiben over hormonlarının, özellikle östrojen ve progesteronun aniden geri çekilmesinden dolayı biyolojik bir temele sahip olduğu düşünülmektedir (Bloch ve diğerleri, 2003; Glover ve Kammerer, 2004).

Duygu durum dalgalanmaların en yoğun olduğu dönemler doğum sonrası 3-5 gün arasında olduğu belirtilmektedir. Annelik hüznü nispeten diğer klinik tablolara göre hafif seyretse de doğum sonrası depresyon ve psikoz gelişimi açısından dikkatle değerlendirilmelidir (Ntaouti ve diğerleri, 2020).

Annelik hüznü çoğu kadında görülebilmekte ve fark edilmeden geçebilmektedir. Prevelansı çeşitli çalışmalarda %8-85 arasında dağılım göstermektedir. Yapılan bir metaanaliz çalışmasında %39 olduğu saptanmıştır (Ntaouti ve diğerleri, 2020). Literatüre göre en az Japonya (%8), en fazla Amerika’da (%85) annelik hüznü görülmektedir (Gonidakis, 2012; Buttner ve diğerleri, 2011; Harris, 1981; Sukasaki ve diğerleri, 1991; Hau ve Levy 2003).

*Postpartum Depresyon*

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından oluşturulan Diagnostic and Statictical Manual of Mental Disorders (DSM-5) tanı kriteleri postpartum depresyonu doğum sonrası dönemde başlayan majör depresyon ya da “duygu durumu değişikliklerin doğumdan sonraki 4 hafta içinde ortaya çıkması” şeklinde tanımlanmaktadır (APA, 2013).

Risk faktörlerine bakıldığında ise adölesan gebelik, planlanmamış ya da istenmeyen gebelikler, gebelik döneminde anksiyete ve depresyon görülmesi, annenin eğitim seviyesi, destek sistemleri, ailede veya annede majör depresyon öyküsü, madde bağımlılığı, bebekte tespit edilen sağlık sorunu ya da perinatal kayıptır. Normal zamanlarda yaşanan depresyon farklı olarak uyku bozukluğu, iştah değişikliği, konsantrayon bozukluğu ve yenidoğana yeterli bakım veremediği için kaygı-suçluluk duyma ek olarak görülebilmektedir (Slomian ve diğerleri, 2019).

HahnHolbrook ve diğerlerinin (2018) yaptığı 56 ülkeden 296,284 kadının incelendiği bir metaanaliz çalışmasında postpartum depresyon prevelansı %18 olarak bildirilmiştir. Ülkemizde ise ilgili çalışmaların metaanalizi sonucu prevalansın %24-25 arasında olduğu görülmüştür (Karaçam ve Sağlık, 2018).

Postpartum depresyonu farmakolojik yöntemlerin yanı sıra hipnoz, bilişseldavranışsal terapi, ebeler tarafından sağlanan doğum sonrası ev ziyaretleri, akran desteği uygulaması, psikoterapi gibi müdahalelerin kullanılarak tedavi edildiği görülmüştür (Dennis ve Dowswell, 2013; Powell ve diğerleri, 2018).

*Postpartum Psikoz*

Anne ve bebeği için tehlikeli durumları oluşturacak bir tablodur. Annede sinirlilik hali, duygu durum değişikliği, uykusuzluk ve ileri dönemlerde ise oryantasyon bozukluğu, mani, sanrılı periyodlar, intihar düşüncesi ve bebeği için takıntılı düşünceler görülebilmektedir (Bergink ve diğerleri, 2016). Bu riskler nedeniyle tedavi sürecinde annenin izleminin hastanede yatış halinde yapılması uygun görülmektedir (Doucet ve diğerleri, 2005).

*Doğum Sonrası Anksiyete*

Özellikle duygu durum değişikliklerinin sıkça yaşandığı doğum sonrası dönemde artan hassasiyet tekrar eden ya da yeni başlaya ruhsal problemlere karşı savunmasız bırakan bir süreçtir. Doğum sonrası dönemde yaşanan anksiyete bozukluğu en sık görülen mental hastalıklardandır. Doğum sonrası yaşanan anksiyete aşırı endişeye neden olan sürekli gerginlik ve korkunun artmasıyla konsantrasyon bozukluğunun eşlik ettiği ruhsal bir durumdur. Doğum sonrası yaşanan anksiyetenin görülme sıklığı doğum sonrası ilk yıl %2 ile %45 arasında değişmektedir (Smith ve diğerleri, 2011; Osma ve diğerleri, 2016; Alipour ve diğerleri, 2012; Dennis ve diğerleri, 2017; Reck ve diğerleri, 2012; Taylor ve Johnson, 2013).

Geçmişte yaşanmış anksiyete ya da depresyon öyküsü, gebeliğin istenmemesi, kötü doğum deneyimi, emzirme yetersizliği, yetersiz ya da alınamayan sosyal destek, gebelikte ve doğumda gelişen komplikasyonlar, öz yeterliliğin düşük oluşu doğum sonrası yaşanan anksiyete için tanımlanan risk faktörlerindendir (Giannandrea ve diğerleri, 2013; Martini ve diğerleri, 2015)

### 2.1.3. Doğum Sonrası Dönem ve Ebelik Bakımı

Kritik ve erken doğum sonrası süreçte hızlı gelişen değişikliklere adapte olmaya çalışan kadınlarda fiziksel, davranışşal ve psikolojik değişmler izlenebilir. Doğum eyleminden sonra kadın bu değişimlerin yanı sıra kendisine eklenen yeni rol ve sorumluluklar, bebek bakımı, ebeveynliğe alışma süreci gibi stres yaratıcı durumlar ile başbaşa kalmaktadır. Lohusa kadın için bu kritik dönemde aile, ebe ve diğer sağlık profesyonelleri annenin doğum sonrası döneme uyum sürecini kolaylaştırmak adına annenin yanında olmalı, doğum sonrası bakımı en iyi şekilde sağlamalı ve anneye destek olmalıdırlar (Beydağ, 2007; Aksakallı ve diğerleri, 2012).

Annelerin doğum sonrasında desteklenmesi önemli olan durumlardan biri de emzirmedir. Ülkemizde annelerin emzirmeye ilişkin uygulama ve bilgi desteklerini belirlemek amacı ile yapılmış olan bir çalışmada emzirme problemi yaşamada, ebe ve hemşire gibi sağlık profesyonellerine erişememenin ve emzirme pratiğinde destek almamanın etkili olduğu belirtilmiştir (Demirtas, 2012). Emziren annelerin, ebeler tarafından desteklenmesini değerlendiren sistematik bir derlemede doğum sonu süreçte, emzirme eğitimi ve emzirmenin desteklenmesinde ebelerin önemli rol ve sorumluluklarının olduğu belirtilmiştir (Swerts ve diğerleri, 2016). Doğum sonrası anne ile bire bir iletişimde bulunan ebe ve hemşireler anneyi; sosyal, duygusal, fiziksel yönden desteklemeli, olası komplikasyonlar yönünden dikkatli olmalı, doğum sonrası sürecin yapı taşı olan emzirme eylemini, teşvik ve danışmanlık ile desteklemelidirler. Anne sütünün yeterli salınımı ve etkin emziemenin varlığı için doğum sonrası konforun sağlanması önemli faktörlerden biridir. (Er Güneri, 2015; Şahin ve Özerdoğan, 2018; Karaçam ve Sağlık 2018).

## 2.2. Konfor Kuramı

Sözlük anlamına bakıldığında ''günlük hayatı kolaylaştıran rahatlık'' olarak tanımlanan konfor kelimesi, dilimize Fransızca’dan geçmiştir. Konfor kavramını bütüncül olarak ele alan Kolcaba (2003)’ya göre; temel insan gereksinimleri olan problemlerin üstesinden gelebilmek, huzura ulaşmak, ferahlamanın karşılanması gerekmektedir. Birey ya da ailenin konfor ihtiyaçlarının belirlenmesi, ihtiyaçlara yönelik tedbirlerin alıması, temel konfor düzeyi ile uygulama sonrası konfor düzeyinin değerlendirilmesi süreci basamaklarını oluşturmaktadır. Bireyin konfor algısını tarafsız veya bireysel olarak algılamasıyla değerlendirilerek rahatlığın istenilen sonucuna varılmalıdır (Kolcaba, 2003).

 Konfor kuramına göre, bireysel konfor gereksinimlerinin karşılanması durumuna göre üç düzeyde meydana gelmektedir;

• Ferahlama; ihtiyaçları karşılanan bireyin sıkıntıdan kurtulduğunu hissederek konforunun sağlanması,

• Rahatlama; konforu sağlanan bireyin huzurlu ve sakin hissetmesi,

• Üstünlük; bireyin sorunlarının üstesinden gelebilmesidir (Kolcaba, 1992; Kolcaba, 2003; Erdemir ve Çırlak, 2013).

Kuram; fiziksel konfor, psikospiritüel konfor, çevresel konfor, sosyokültürel konfor olarak dört alt boyuttan meydana gelmektedir.

• Fiziksel konfor; bireyin bedensel gereksinimleri olan beslenme, ağrının giderilmesi, dinlenme ve gevşeme gibi durumlardır.

• Psikospiritüel konfor; bireyin yaşamına manevi, duygusal ve mental olarak anlam katan unsurlar olan, benlik kavramı, öz-saygı, kendinin farkında olmave cinsellik gibi unsurları kapsamaktadır.

• Çevresel konfor; bireyin içinde bulunduğu coğrafi alan, iklim, sıcaklık, nem, koku, objelerden etkilenme durumuyla ilgilidir.

• Sosyokültürel konfor; bireyin ailesi ve çevresiyle olan ilişkileri, bilgi, sosyal, kültürel ilişkilerinin etki ettiği boyuttur (Kolcaba, 1992; Kolcaba, 2003; Erdemir ve Çırlak, 2013).

### 2.2.1. Doğum Sonrası Konfor ve Ebelik Bakımı

Doğum sonrası dönemde yoğun stresin yaşanmasına sebep olabilecek annedeki fiziksel ve psikojik değişiklikler, aile içindeki dinamiklerin değişmesi gibi durumlar annenin konforunu etkilemektedir. Ebeveynlerin yeni rollerine ve sorumluluklarına uyum sağlayabilmesi, bebeğin bakımında gereken becerilerin kazanılmaya çalışılması ebeveynlere yoğun stres yükleyebilmektedir. Bu sürecin ilk ve yoğun olarak yaşandığı hastanede olunan dönemde; annenin, bebeğin ve ailenin ihtiyaçlarını belirleyerek bu doğrultuda bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi önemlidir. Ebeler doğum sonrası dönemde yaşanan problemler açısından dikkatli olmalı, fiziksel durumları komplikasyonlar yönünden düzenli takip edilmelidir (Perry ve diğerleri, 2017). Yapılan bir araştırmada, annelerin doğum sonrası konforunun; gebeliğin istenme durumu, doğum şekli, doğum sonrası yaşanan problemler, annelerin eğitim düzeyi, beklentilerinin karşılanma düzeyi, aldıkları ebelik bakımı ve hastanenin fiziksel şartları gibi özelliklerden etkilendiği belirlenmiştir (Pınar ve diğerleri, 2009).

Annelerin doğum sonrası konfor düzeyinin artırılmasında ebelik bakımının önemli bir rolü vardır. Ebeler annelerin bireysel olarak farklılık gösterebilen öncelikli ihtiyaçlarını belirleyerek buna uygun bakım planlanı oluşturmalıdır. Doğum sonrası döneme uyum sağlamakda annelere verilecek uygun ebelik bakımı önem arz etmektedir. Özellikle ebeveynliğe uyum ve bebek bakımı, emzirme, cinsellik gibi konulara yönelik uygun eğitim planlanarak annelerin bilgi eksikliği giderilmelidir. Aynı şekilde eşlerin de ebeveynliğe uyum ve bebek bakımı süreçlerine dahil olacakları eğitim ve danışmanlık hizmeti sunulmalıdır (Balkaya, 2002; Karakaplan ve Yıldız, 2010).

##

## 2.3. Güvenlik Kavramı ve Maslow’un Hiyerarşisi’nde Güvenlik İhtiyacı

Güvenlik çoğu insan için tanıdık bir kavram olup, yaşamın her evresinin önemli bir parçasıdır. Güvenlik kavramı geçmişten günümüze farklı açılardan incelenmiştir. Kaufmann'a göre güvenlik, insani bir ihtiyaç olarak kavramsallaştırılmıştır (Melender ve Lauri, 2002)

İnsani bir ihtiyaç olan güvenliği; Maslow’un Hiyerarşisi kapsamında ele almak mümkündür. 1943 yılında Psikolog Abraham Maslow’un bir kişinin gereksinimlerini ‘ihtiyaçlar hiyerarşisi’ olarak adlandırdığı ve bu ihtiyaçları hiyerarşik olarak 5 kategoride sınıflandırdığı bilinmektedir. Bunların fizyolojik ihtiyaçlar, güvenlik, sevgi ve ait olma, saygınlık son olarak ise kendini gerçekleştirme şeklinde kategorize edildiği ve her birinin birbiriyle ilişkili olduğu bildirilmektedir (Güzel ve Barakazı, 2018; Yüceol, 2020). Güvenlik ihtiyaçları; fizyolojik ihtiyaçlardan sonraki basamak olup ikinci sırada yer almaktadır. Buna göre kişiler; kendini koruma, güvende hissetme, korkudan ve karmaşadan kaçınma gibi ihtiyaçları karşılamak istemektedir (Taormina ve Gao, 2013). Güvenlik ihtiyacı karşılanmadan kişi bir üst basamağa geçememekte, sevgi, saygı ve kendini gerçekleştirme gibi ihtiyaçlara yönelememektedir. Çünkü güvenlik kaygısı yaşayan birinin o an için en önemli gündemi, kaygısını ortadan kaldırmak ve normal bir yaşam sürdürebilmektir. Güvenlik kavramı bu nedenle büyük önem taşımaktadır (Kula ve Çakar, 2015; Yelkikalan ve diğerleri, 2020).



Şekil 1. Maslow’un İhtiyaçlar Hiyerarşisi (Walsh, 2011).

## 2.3.1. Gebelik ve Doğum Bağlamında Güvenlik

Güvenlik, Maslow’un temel insan gereksinimleri hiyerarşinde fizyolojik gereksinimlerden sonra karşılanması gereken temel gereksinimler arasında ikinci sırada yer almaktadır (Maslow, 1970).

Birçok batı toplumunda çağdaş doğum kültürü, güvenlik ve risk kavramları içinde kaybolmaktadır. Bu kapsamdaki “güvenlik kavramı” anne ve bebekleri için zararlı olabilecek tüm riskleri azaltmayı hedeflemekte ve anneye yönelik kaliteli bakımı temsil etmektedir (Runciman ve diğerleri 2009; Lothian, 2013). En az risk bakış açısı ise gebeliğin ve doğumun tıbbileşmesini teşvik etmeye yönlendirmiştir. Güvenlik ve risk kavramlarının birbirini tamamladığı ve doğumun gerçekleşmesi üzerinde kısıtlayıcı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Bazı durumlarda ebeveynler, sağlık sisteminin yaklaşımı, kararlarını ve eylemlerini belirleyen kurallar ve normallerine ilişkin görüşleri ile karşı karşıya kalmaktadır (Solmeyer ve Feinberg 2011).

Anne odaklı bakım bağlamında yapılan çalışmalarda ise güvenlik kavramının farklı şekillerde algılandığı ve yorumlandığı belirlenmiştir. Tıbbi-teknik bakım uygulamalarından destek almak bazı kadınlar için riskin azaltılması nedeniyle “güvenlik” (Regan ve McElroy, 2013; Bibeau, 2014) olarak algılarken bazı kadınlar “güvenli olmayı” rutin müdahalelerden kaçınma, sakin ve özel bir ortamda doğum yapmak, doğum yapma yeteneğine güvenmek veya Tanrı'ya güvenmek olarak algıladığı ve kabul ettiği belirlenmiştir (Grigg ve diğerleri, 2014). Bu kapsamda güvenliğe ilişkin farklı yorumlar, doğuma ilişkin farklı tutumlar, kadın vücudunun doğum yapma yeterliliğine ilişkin inanç ve güven ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Özetle, bir kesim güvenliği gebelik ve doğum sırasında beceri ve teknoloji gerektiren temel tıbbi süreçler olarak görürken (MacKenzie ve Teijlingen, 2010; Regan ve McElroy, 2013; Bibeau, 2014) bir diğer grup “güvenli olmayı” tıbbi müdahale veya profesyonel yardım gerektirmeyen doğal süreç ile ilişkilendirmektedir (Regan ve McElroy, 2013).

###

### 2.3.2. Doğum Sonrası Dönemde Annenin Güvenlik Hisleri

Doğum sonrası dönem, gebelik ve doğum sürecinde annenin “güvenlik durumunun” ön plana çıktığı bir diğer önemli dönemdir. Kısa bir dönem olmasına rağmen anne, yeni doğan ve aile için bir dönüm noktasıdır. Altı haftalık bu süreçte fiziksel, sosyal, duygusal değişimler yoğundur (Burroughs ve Leifer, 2001; Gölbaşı, 2003; Doğaner ve Bekar, 2006). Yoğun fiziksel, psikolojik, sosyal değişimler ile karekterize olan bu dönemde annenin “güvenlik” gereksinimin karşılanması, desteklenmesi önemlidir. Bu dönemdeki olumsuz deneyimler annenin yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir (Altuntuğ ve Ege 2012). Anne, bebek ölümleri, komplikasyonlar önemli ölçüde erken dönemde yaşanmaktadır ve 6- 12 aya kadar sürmektedir (Atıcı ve Gözüm 2001; Balkaya 2002; Güngör ve diğerleri, 2004; Bilgin ve Potur, 2010). Sorunların erken dönemde belirlenmesi, müdahale edilmesi için annenin bu döneme özgü rutin kontolleri ve bakımının sürdürülmesi büyük önem taşımaktadır (Bilgin ve Potur, 2010).

Doğum sonrası dönemde emzirme; annenin erkenden anneliği kabullenmesi, anne bebek bağının güçlenmesi, annenin güven duygusunun artmasında ve annenin sakinleşmesinde oldukça önemlidir (Samur, 2008). Düşük öz güven ve öz yeterliği olan, ilk kez anne olan, emzirme konusunda yeterli bilgiye sahip olmayan, bu konuda yeterli eğitim almayan, duygu durumunda değişimler yaşayan anneler emzirme konusunda güvensizlik yaşamaktadır (Ekström ve diğerleri, 2003; Meedya ve diğerleri, 2010; Renfrew ve diğerleri, 2012). Doğum sonrası dönemde annelerin yaklaşık %30’u emzirme ile ilgili sorun yaşamaktadır. Bu konudaki zorlanmalar birçok annede emzirmeyi bırakmanın nedeni haline gelmektedir (DiGirolamo ve diğerleri, 2005; Almgren-Tangen ve diğerleri, 2012). Emzirmede yaşanan sorunlar kadınları duygusal olarak etkilemektedir. Görevini yerine getirememe duygusu ilk sırada yer alan olumsuz duygudur. Bu duyguya emzirmedeki başarısızlık nedeniyle çevredeki diğer kadınlar tarafında “kötü/yetersiz anne” olarak algılanma düşüncesi, annenin güven duygusunun azalmasına hatta yeni doğana karşı kızgınlık duygusu şeklinde yansıtılmasına neden olabilmektedir (Palmér ve diğerleri, 2014).

Annelerin emzirme konusunda desteklenmesi, bu konuda yeterlilik kazanmaları, dolaysıyla güven kazabilmeleri için prenatal dönemden başlamak üzere desteklenmeleri önemlidir. Bu süreçte ebe ve hemşireler, anneye emzirme konusunda eğitim ve danışmanlık vermesi, gereksinimleri belirleyerek, eksiklikleri gidermeye yönelik programlar uygulamaları önemlidir. Bu sayede annelerin, hastane ve ev ortamında emzirme konusunda kendilerine daha fazla güvenmeleri sağlanacaktır (Persson ve diğerleri, 2012; Barimani ve Vikström, 2015; Taşkın 2019). Bu eğitimlerin sadece doğum öncesinde değil, doğum sonrasını da kapsayacak şekilde yürütülmesi halinde emzirmenin başarısı, sürekliliği, annelerin zorlandıkları noktalarda destek alabilecekleri kaynaklara ulaşabilmeleri açısından önemlidir (Shakespeare ve diğerleri, 2004).

## 2.3.3. Doğum Sonrası Güvenlik Hislerinin Desteklenmesinde Ebenin Rolü

Doğum sonrası güvenlik hissi özellikle doğumun ilk haftasında lohusa için büyük önem taşımaktadır. Annenin yeni durumuna, rolüne etkin bir başlangıç yapabilmesi ve sonrası süreci de etkin yönetebilmesinde yaşamsal önem taşımaktadır. Ebeler bu noktada anneye destek olabilecek sağlık çalışanları arasında ilk sırada, önemli sorumluluk taşımaktadır (Gürcüoğlu ve Vural, 2017).

Annenin doğum sonrası bebeğin bakımı ve kendi ihtiyaçlarını karşılama da yalnız kalması, annede çaresizlik, güvensizlik gibi duyguların gelişmesine neden olmaktadır. Çevre desteği olmasına karşın tüm annelerde doğum sonrası güvenlik hislerinin desteklenmesi ve güçlendirilmesinde ebelerin önemli rolleri vardır (Beydağ, 2007), bunlar;

* Doğum sonrası erken dönemde, bebek bakımı konusunda annelerin desteklenmesi annelik rolünün güçlendirilmesi (Mercer, 2006).
* Tüm süreçte anne ve yakınları ile kurulan iletişime özen gösterilmesi (Lindberg ve diğerleri, 2005; Hildingsson ve Thomas 2007; McLachlan ve diğerleri, 2008)
* Doğum sonrası annenin sağlık durumu konusunda bilgilendirilmesi, karşılaştıkları sorunlara yönelik çözüm yolları sunulması (Wilkins, 2006; Hildingsson ve Thomas 2007; Persson ve diğerleri, 2010).
* Annenin kaygı ve endişelerinin öğrenilmesi, doğum sonrasında anne ile iletişimin korunması (Ellberg ve diğerleri, 2010; Persson ve diğerleri, 2010).
* Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası tüm süreçlerde annelerin eğitimlerde bilgi ihtiyacının desteklenmesi (Andersson ve diğerleri, 2012; Axelsen ve diğerleri, 2014; Shorey ve diğerleri, 2015).
* Emzirme odaklı annenin bireysel ihtiyaçları doğrultusunda eğitim ve destek verilmesi (Persson ve diğerleri. 2012; Barimani ve Vikström, 2015).
* Postpartum döneme özgü, ağrı, yorgunluk gibi fiziksel ve psikolojik gereksinimlere yönelik bakım gereksinimlerinin koruyucu ve tedavi edici kapsamda uygulanması (Er Güneri, 2015).
* Postpartum dönemde anneye fizyolojik ve psilokolojik olarak eşi, ailesi ve çevresindeki insanların destek olması (Şahin ve diğerleri, 2013) olarak sıralanabilir.

**2.4. Doğum Sonrası Konforun Güvenlik Hisleri ile İlişkisi ve Ebenin Rolü**

Doğum sonrası dönemde ebelere anneye ve bebeğe ait gelişebilecek komplikasyonları önlemede ve sağlık durumlarının geliştirilmesinde önemli rol düşmektedir (Shaw ve Kaczorowski, 2007). Yapılan araştırmada ebelerin güçlendirici davranışlarının, anne ve babanın genel iyilik halinin, babanın gebelik sürecine katılımının doğum sonrası güvenlik hissi için önemli olduğu sonucuna varılmıştır (Persson ve Dykes, 2009).

Doğum sonrası dönemde annelerin, ebeveynliğe uyumda zorlandıkları, emzirme ve bebek bakımında yaşanan stres, memede şişlik, çatlak, enfeksiyon gibi sorunlarla karşılaştıkları, annenin yetersizlik duygusu, anneliğe uyumdaki endişeler, doğum sonrası kanama gibi sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir (Doğaner ve Bekar, 2006; Er Güneri, 2015; İşgüder ve diğerleri, 2017). Doğum sonrası dönemde yaşanılan sorunlar erken dönemde daha yoğun yaşanmakla bereber altı haftaya ya da bir yıl kadar süren sorunlara da rastlanılmaktadır (Atıcı ve Gözüm, 2001; Balkaya, 2002).

Annenin doğum sonrası döneme uyumun sağlanmasında, emzirmenin erken başlatılması ve devamlılığında, anne ve bebek ilşkisinin ve iyileşmenin kısa sürede sağlanmasında, oluşabilecek sorunların önlenmesinde anne ve bebeğe verilecek bakımda doğum sonrası konfor önemlidir. Anne doğum sonrası ağrı, kanama, hijyen, beslenme, mobilizasyon ve bebek bakımı konusunda desteklenirse bebeğin ihtiyaçlarını karşılamada daha yeterli olacaktır. Bu bakımın verilmesinde ebelerin önemli rolü vardır (Pınar ve diğerleri, 2009; Çapık ve diğerleri, 2014).

Doğum sonrası dönemde yapılan ebelik bakımı, annenin ve bebeğin fiziksel konforunu sağlayarak olası sorunların önlenmesinde, ailenin yeni duruma fiziksel ve psikososyal yönden uyum sağlamasına yardımcı olacağından önem arz etmektedir. Annelerin doğum sonrası dönemde alacakları ebelik bakımı ile; emzirmenin başlatılması ve desteklenmesi annelerin güçlenmelerini, genel iyilik hallerinin artmasını, aile bağlarının güçlenmesini sağlayarak güvenlik hislerinin artması açısından önemlidir (James ve diğerleri, 2012; Geçkil, 2016).

**3. GEREÇ VE YÖNTEM**

**3.1. Araştırmanın Şekli**

Doğum sonrası konforun annelerin güvenlik hisleri üzerine yordayıcı bir faktör olarak incelenmesi amacıyla bu çalışma prospektif, analitik kesitsel tipte gerçekleştirilmiştir.

**3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Bu çalışma, T. C. Sağlık Bakanlığı Aydın İl Sağlık Müdürlüğü Nazilli Devlet Hastanesi Doğum Servisi’nde yatan, vajinal yolla ve sezaryen ile doğum yapmış anneler ile gerçekleştirilmiştir. Nazilli Devlet Hastanesi Doğum Servisi 29 yatak kapasitesine sahiptir. Serviste düşük tehdidi, erken doğum tehdidi, hiperemezis gravidarum, vajinal yolla ve sezaryen ile doğum yapan annelere yataklı bakım hizmeti verilmektedir. Serviste 13 ebe hizmet sağlamaktadır.

**3.3. Araştırmanın Zaman Çizelgesi**

Araştırma Eylül 2020 - Ocak 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Veriler Nisan- Aralık 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmayla ilgili yapılan işlemlerin zamanı Tablo 1’de gösterilmiştir.

**Tablo 1.** Araştırmanın zaman çizelgesi.

|  |  |
| --- | --- |
| **İşlemler** | **Tarih** |
| Araştırma konusunun seçimi | Eylül2020 |
| Tez önerisinin hazırlanması | 03 Ekim 2020 |
| Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı’ndan ön onayın alınması | 05 Ekim 2020 |
| T.C. Sağlık Bakanlığı Aydın İl Sağlık Müdürlüğü’nden izin alınması | 08 Nisan 2021 |
| Araştırma verilerinin toplanması | Nisan-Aralık 2021 |
| Verilerin analizi ve değerlendirilmesi | Aralık 2021-Haziran 2022 |
| Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı’ndan onayın alınması | 30 Haziran 2022 |
| Tez raporunun yazımı | Haziran 2022-Ocak 2023 |

**3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini T. C. Sağlık Bakanlığı Aydın İl Sağlık Müdürlüğü Nazilli Devlet Hastanesi Doğum Servisi’nde yatan, Nisan-Aralık 2021 tarihleri arasında, vajinal yolla ve sezaryen ile doğum yapmış anneler oluşturmuştur. Örneklemine ise evrenden gelişigüzel örnekleme ile seçilen, araştırmanın dahil edilme kriterlerine uygun 400 anne dahil edilmiştir. Örneklemin hesaplanmasında Gpower 3.1 programı kullanılmış, sezaryen ve vajinal yolla doğum yapan kadınların konfor puanları arasındaki farkı analiz etmek için kullanılacak t testi için Taytan (2019)’ın araştırma bulguları kullanılarak etki gücü d=0,876 hesaplanmış, %95 güven aralığında %80 güce ulaşmak için örneklem sayısı 44 olarak belirlenmiştir. Ancak, Doğum Sonrası Konfor Ölçeği ile Doğum Sonrası Annelerin Güvenlik Hisleri Ölçeği’nden alınan puanları test etmede kullanılacak korelasyon analizi için daha önce benzer çalışma olmadığından etki gücü orta düzey q=0,3 alınarak, %95 güven aralığında %80 güce ulaşmak için örneklem sayısı 356 olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın gücünü artırmak ve parametrik varsayımları yerine getirmek için en az 356 annenin örneklemi oluşturmasına karar verilmiştir. Kayıp olasılıkları düşünülerek bu sayıya %10 ekleme yapılmış, sayı yuvarlanarak 200 sezaryen, 200 vajinal yolla doğum yapmış toplam 400 anne örneklemi oluşturmuştur. Bu çalışmada doğum şeklinin araştırmaya olan etkisini azaltmak amacıyla sezaryen ve vajinal yolla doğum yapan anneler eşit sayıda alınmıştır.

**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 ve tek bebek dünyaya getirmiş olmak,
* Doğum sonrası dönemde bebeğin annenin yanında olması,
* Doğumun üstünden en az 12 saat süre geçmiş olması,
* Doğum sonrası en çok 7 gün geçmiş olması,
* Annenin bebeğini en az bir kez emzirmiş olması,
* En az ilkokul mezunu olmak,
* Türkçe okuyup-yazabilmek,
* Araştırmaya katılmayı kabul etmek,
* Veri toplama formlarını doldurmaya engel fiziksel ya da ruhsal herhangi bir engele sahip olmamaktır.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri;

* Araştırmanın herhangi bir safhasında çalışmadan çekilmeyi istemedir.

**3.6. Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından annelerin sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini belirlemek amacıyla literatüre dayalı olarak hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu” ile “Doğum Sonrası Konfor Ölçeği” ve “Annelerin Doğum Sonrası Güvenlik Hisleri Ölçeği” kullanılmıştır.

**Kişisel Bilgi Formu (Ek-1);** Araştırmacılar tarafından annelerin ve eşlerinin sosyodemografik özellikleri ile annelerin obstetrik ve son doğumlarına ilişkin özelliklerini belirlemek amacıyla literatüre dayalı olarak hazırlanmıştır (Aksoy ve diğerleri, 2019; Taytan, 2019). Bu form anneler ve eşlerinin sosyodemografik özelliklerini sorgulayan 13, annelerin obstetrik ve son doğumlarına ilişkin özelliklerini sorgulayan 16 olmak üzere toplam 29 sorudan oluşmaktadır. Kişisel bilgi formu uygulanmadan önce kapsam geçerliliği açısından kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği ve ebelik alanında 5 uzmanın görüşü alınmış, uzman görüşlerine yönelik düzenlemeler yapıldıktan sonra anlaşılırlık açısından 10 annede ön uygulama yapıldıktan sonra son şekli verilmiştir. Ön uygulamaya ilişkin veriler araştırmaya dahil edilmemişir.

**Doğum Sonrası Konfor Ölçeği (DSKÖ) (EK-2);** Katharina Kolcaba tarafından geliştirilen ve ülkemizdeki geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan Genel Konfor Ölçeği baz alınarak Karakaplan ve Yıldız (2010) tarafından geliştirilmiştir. DSKÖ’nin güvenilirlik açısından iç tutarlılığı sınanmıs ve Cronbach 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 psikospritüel, III. Faktörde yer alanlar sosyokültürel alt boyutunu oluşturmuştur. Üç faktörün de 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. Kaiser Meyer Olkin (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).Ölçeğin bu araştırma için Cronbach’s alpha değeri 0,623’tür.

**Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği (ADSGHÖ) (EK-3);** Persson ve diğerleri tarafından 2007 yılında geliştirilen ADSGHÖ 4' lü likert tipi (1-hiç katılmıyorum, 2- biraz katılıyorum, 3-oldukça çok katılıyorum, 4- tamamen katılıyorum) bir ölçektir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Geçkil ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılan ölçek toplam 18 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) puanı 0,89 olup kapsam geçerliği yeterlidir. Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) sonucunda X2=229,04 (serbestlik derecesi = 129), X2/df =1,78 ve RMSEA=0.059 bulunmuş olup model iyi/mükemmel uyuma işaret etmektedir. Ölçeğin madde ortalamaları 2,31±1,10 ile 3,41±.80 arasında, madde-faktör yükleri 29-89 arasında değişmekte, alt-üst %27’lik farklar bütün maddeler için anlamlı olup (p<0,001), ölçeğin toplam Cronbach’s alfa katsayısı 0,84 ve test tekrar test korelasyon 0,93 olarak bulunmuştur. Ölçek güçlendirici davranış (madde; 1,2,3,4,5,6), genel iyilik (madde; 7,8,9,10,11) aileye bağlılık (madde; 12,13,14,15) ve emzirme (madde; 16,17,18) olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek puanlaması yapılırken 7, 8, 9 ve 11. maddeler ters çevrilmektedir. Ölçekten alınan puanlar 18-72 arasında değişmekte ve yüksek puan güvenlik hislerinin iyi olduğuna işaret etmektedir. ADSGHÖ annelerin doğum sonrası ilk hafta (0-7 gün) içindeki güvenlik hislerinin değerlendirilmesinde, güvenlik hislerinin geliştirilmesine yönelik ebelik/hemşirelik girişimlerinin etkinliğinin ölçülmesinde ölçüm aracı olarak kullanılabilir (Geçkil ve diğerleri 2016). Ölçeğin bu araştırma için Cronbach’s alpha değeri 0,889’dur.

**3.7. Verilerin Toplanması**

Verilerin toplanması ADSGHÖ doğum sonrası 0-7. günler arasında uygulanabildiğinden doğum sonrası 12. saatten sonra ve yedinci günden önce gerçekleştirilmiştir. İlk 12 saatte annelerin doğum sonrası kendilerini toplamasına, ADSGHÖ’nde emzirmeye yönelik alt başlık yer aldığından en az bir kez emzirme deneyimi yaşamış olması, mobilize olup formu doldurması için uygun hale gelmeleri beklenmiştir. Verilerin toplanması hastanede gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın dahil edilme kriterlerine uygun anneler görüşme öncesinde araştırma ile ilgili bilgilendirilerek, araştırmaya davet edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul edenlerin onamları alındıktan sonra veri toplama formunu doldurmaları istenmiş; elde edilen veriler araştırmanın istatistiksel değerlendirmesinde kullanılmıştır.

Verilerin toplanmasında kullanılan DSKÖ ve ADSGHÖ hem sezaryen hem de vajinal yolla doğum yapanlara uygulanabilmektedir.

**3.8. İstatistiksel Analizler**

Örnekleme alınacak en az katılımcı sayısının belirlenmesinde Gpower 3.1.3 programı kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler Predictive Analytics Software-IBM SPSS Version 22.0 (PASW 22.0) programı ile analiz edilmiştir. Veriler; tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde) ile ifade edilmiş; iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, korelasyon, aşamalı (stepwise) çoklu regresyon ve ki kare analizleri ile test edilmiştir. İstatistik analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 ve 0,01 kabul edilmiştir.

Elde edilen verilerin normal dağılımını test etmede Skewness ve Kurtosis değerleri kullanılmıştır. Skewness ve Kurtosis değerleri -2 ve +2 arasında ise verilerin normal dağıldığı kabul edilmiştir (George D ve Mallery M, 2010).

Çoklu regresyon analizinde modelleme yapılırken Durbin-Watson değeri 2’ye yakın olduğunda modellemenin iyi yapıldığına karar verilmiştir (Aksakoğlu, 2001).

**3.9. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın veri toplama aşamasının gerçekleştirilebilmesi için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 05.10.2020 tarihinde ön onay, 30. 06. 2022 tarihinde onay verilmiştir (EK 4: 30/06/2022-191718). Nazilli Devlet Hastanesi Doğum Servisi’nde çalışma yürütülmesine yönelik T. C. Sağlık Bakanlığı Aydın İl Sağlık Müdürlüğü’nden 08.04.2021 tarihinde kurum izni alınmıştır (EK 5: 08.04.2021-24295). Kurum izinleri tamamlandıktan sonra araştırmanın dâhil edilme kriterlerine uyan, vajinal yolla ve sezaryen ile doğum yapmış annelere çalışma hakkında bilgi verilmiş; bilgilerin gizli tutulacağı, gerektiğinde araştırmadan çekilme hakkını kullanabilecekleri açıklanarak sözlü onamları alındıktan sonra veri toplama formunu doldurmaları sağlanmıştır.

**4. BULGULAR**

Annelerin doğum sonrası konforunun güvenlik hisleri için yordayıcı bir faktör olarak incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada 200 sezaryen, 200 vajinal yolla doğum yapmış toplam 400 anneden elde edilen veriler doğrultusunda ulaşılan bulgulara aşağıda yer verilmiştir.

**Tablo 2.** Araştırmaya Katılan Annelerin Tanıtıcı Özellikleri ve Doğum Şekillerine Göre Dağılımı.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Özellik** | **Vajinal (n=200)** | **Sezaryen (n=200)** | **Toplam (n=400)** | **df** | **p** |
| **Sayı** | **%** | **Sayı** | **%** | **Sayı** | **%** |  |  |
| **Medeni durum**EvliBekar | 1982 | 49,50,5 | 1982 | 49,50,5 | 3964 | 99,01,0 | 1 | 1,000 |
| **Eğitim durumu**İlkokulOrtaokulLiseÜniversiteLisansüstü | 4110443111 | 10,326,010,82,80,3 | 308950274 | 7,522,312,56,81,0 | 7119393385 | 17,848,223,29,51,3 | 4 | **0,018** |
| **Çalışma durumu**ÇalışanÇalışmayan | 37163 | 9,340,7 | 42158 | 10,539,5 | 79321 | 19,880,2 | 1 | 0,616 |
| **Eşin eğitim durumu**Okur-yazar değilOkur-yazarİlkokulOrtaokulLiseÜniversiteLisansüstü | 2228915621- | 0,50,57,022,814,05,30,0 | -1216969382 | 0,00,35,317,317,39,50,5 | 2349160125592 | 0,50,812,340,031,314,80,5 | 6 | **0,024** |
| **Eşin çalışma durumu**ÇalışanÇalışmayan | 18218 | 45,54,5 | 18812 | 47,03,0 | 37030 | 92,57,5 | 1 | 0,343 |
| **Algılanan gelir**DüşükOrtaYüksek | 53147- | 13,336,80,0 | 461504 | 11,537,51,0 | 992974 | 24,874,21,0 | 2 | 0,104 |
| **Aile Tipi**ÇekirdekGeniş | 17030 | 42,57,5 | 18218 | 45,54,5 | 35248 | 88,012,0 | 1 | 0,090 |

**Tablo 2.** Araştırmaya Katılan Annelerin Tanıtıcı Özellikleri ve Doğum Şekillerine Göre Dağılımı(devamı).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Özellik** | **Vajinal (n=200)** | **Sezaryen (n=200)** | **Toplam (n=400)** | **df** | **p** |
| **Sayı** | **%** | **Sayı** | **%** | **Sayı** | **%** |
| **Yaşadığı yer**BüyükşehirİlİlçeKasaba/köy | 1415441 | 0,31,038,510,3 | 2417222 | 0,52,043,05,4 | 3832663 | 0,82,081,515,7 | 3 | 0,070 |
| **Sosyal Güvence**OlanOlmayan | 17723 | 44,35,8 | 17822 | 44,55,5 | 35545 | 88,811,2 | 1 | 1,000 |
| **Özellik** | **Ortalama** | **SS\*** | **Ortalama** | **SS\*** | **Ortalama** | **SS\*** | **t/Z** | **p** |
| Yaş | 26,33 | 5,05 | 27,70 | 5,25 | 27,01 | 5,19 | -2,67 | **0,008** |
| Eşin yaşı | 28,51 | 5,06 | 30,30 | 5,30 | 29,40 | 5,25 | -3,44 | **0,001** |
| Evlilik süresi (ay) (n=396) | 62,34 | 37,97 | 61,34 | 39,15 | 61,84 | 38,52 | 0,26 | 0,797 |
| Aylık gelir (TL)(n=397) | 4708,13 | 2284,0 | 4816,48 | 2277,21 | 4762,44 | 2278,39 | Z=-0,87 | 0,383 |

\*SS: Standart Sapma

Bu çalışmada annelerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde, vajinal yolla doğum yapan annelerin, %26,5’nin ortaokul, %2,8’inin üniversite mezunu olduğu, %40,7’nin çalışmadığı, eşlerinin %22,8’nin ortaokul menuzunu olduğu ve %45,5’nin çalıştığı, %36,8’nin gelir algılarının orta düzey olduğu, %42,5’nin çekirdek ailede yaşadığı, %38,5’nin ilçe merkezinde yaşadığı, %44,5’nin sosyal güvencesinin olduğu, yaş ortalamalarının 26,33±5,05, eşlerinin ortalama yaşlarının %28,51±5,06, evlilik sürelerinin ortalama 62,34±37,97 ay, aylık gelirlerinin ise ortalama 4708,13±2284,0 TL olduğu belirlenmiştir. Sezaryen ile doğum yapan annelerin ise; %22,3’ünün ortaokul, %6,8’inin üniversite mezunu olduğu, %47,0 ‘ının çalıştığı, %37,5’inin gelir algılarının orta düzey olduğu ve %45,5’inin çekirdek ailede yaşadığı, ortalama yaşlarının 27,70±5,25, eşlerinin ortalama yaşlarının 30,30±5,30, evlilik sürelerinin ortalama 61,34±39,15 ay, aylık gelir ortalamalarının ise 4816,48±2277,21 TL olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2).

Araştırma kapsamındaki annelerin toplamının; %17,8’inin ilkokul, %48,2’ünün ortaokul, %23,2’ünün lise, %9,5’inin üniversite ve %1,3’ünün lisansüstü eğitim düzeyinde olduğu saptanmıştır. Annelerin %99,0’ının evli olduğu tespit edilmiştir. Annelerin %80,3’ünün ev hanımı olduğu, %19,8’inin ise gelir getiren bir işte çalıştığı kaydedilmiştir. Annelerin %88,8’inin sosyal güvencesinin olduğu; ikametgâh durumu incelendiğinde ise sırasıyla %0,8’inin büyükşehirde, %2,0’nın il merkezinde, %81,5’inin ilçe merkezinde ve %15,8’nin köy ya da kasabada yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Annelerin, algılanan gelir durumu incelendiğinde; %24,8’i düşük (gelir giderden az), %74,3’ü orta (gelir gidere denk), %1,0’ı yüksek (gelir giderden fazla) seviyede olduğu ifade etmiştir. Araştırmaya katılan annelerin eşlerinin eğitim durumunun %0,5’nin okur-yazar olmadığı, %0,8’nin okur-yazar olduğu, %12,3’nün ilkokul düzeyinde, %40,0’ının ortaokul düzeyinde, %31,3’nün lise düzeyinde, %14,8 üniversite ve %0,5’nin lisansüstü eğitim seviyesinde olduğu belirlenmiştir. Annelerin eşlerinin çalışma durumlarına bakıldığında %92,5’nin çalıştığı, %7,5’nin ise çalışmadığı belirlenmiştir. Bununla birlikte annelerin aile tiplerine bakıldığında %88,0’ının çekirdek ailede ve %12,0’nın geniş ailede yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması 27,0125±5,189’dur. Eşlerinin yaş ortalaması ise 29,40±5,25’tir. Evli olan annelerin evlilik süreleri ortalamalarının 61,84±38 ay olduğu, aylık gelir ortalamalarının ise 4762,44±2278,39 TL olarak tespit edilmiştir (Tablo 2).

Yapılan istatistiksel analizde sezaryen ile vajinal doğum yapan annelerin tanımlayıcı özelliklerinden medeni durumları, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, gelir düzeyi, aile tipi, yaşanılan yer, sosyal güvence, evlilik süresi ve aylık ortalama gelir arasında istatiksel açıdan fark bulunmamıştır. Ancak; her iki grupta yer alan annelerin eğitim durumları, eşlerinin eğitim durumları, yaş ortalamaları, eşlerin yaş ortalamalarının istatistiksel açıdan farklı olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

**Tablo 3.** Araştırmaya Katılan Annelerin Obstetrik Özelliklerinin Doğum Şekline Göre Dağılımı.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Özellik** | **Normal (n=200)** | **Sezaryen (n=200)** | **Toplam (n=400)** | **df** | **p** |
| **Sayı** | **%** | **Sayı** | **%** | **Sayı** | **%** |
| **Son gebeliği isteme**İsteyenİstemeyen | 13565 | 33,816,3 | 15050 | 37,512,5 | 285115 | 71,328,8 | 1 | 0,122 |
| **Son gebeliği planlama**PlanlayanPlanlamayan | 13367 | 33,316,8 | 15149 | 37,812,3 | 284116 | 71,029,0 | 1 | 0,061 |
| **Son gebelik öncesi sağlık sorunu**OlanOlmayan | 4196 | 1,049,0 | 13187 | 3,346,0 | 17383 | 4,395,8 | 1 | **0,044** |
| **Gebe kalmak için tedavi**GörenGörmeyen | 3197 | 0,849,3 | 4196 | 1,049,0 | 3937 | 1,898,2 | 1 | 1,000 |
| **Son gebelikte sağlık sorunu**OlanOlmayan | 15185 | 3,846,3 | 25175 | 6,343,8 | 40360 | 10,090,0 | 1 | 0,133 |
| **Refakatçi**AnnemKayınvalidemAkrabamArkadaşım | 85285136 | 21,37,012,89,0 | 95365316 | 23,89,013,34,0 | 1806410452 | 45,016,026,013,0 | 3 | **0,026** |
| **Son doğumda uygulanan müdahaleler (n=488)\***Vakum | 1 | 0,2 | - | - | 1 | 0,2 |  |  |
| Suni sancı | 82 | 16,8 | 20 | 4,1 | 102 | 20,9 |  |  |
| Epizyotomi | 125 | 25,6 | - | - | 125 | 25,6 |  |  |
| Yırtık | 27 | 5,5 | - | - | 27 | 5,5 |  |  |
| Karna bası | 27 | 5,5 | 3 | 0,7 | 30 | 6,2 |  |  |
| Sonda | 3 | 0,6 | 200 | 40,1 | 203 | 41,6 |  |  |
| **Ölü doğum sayısı (n=10)**1 | 5 | 50,0 | 5 | 50,0 | 10 | 100,0 |  |  |
| **Düşük sayısı (n=64)**123 | 253- | 39,14,7- | 3231 | 50,04,71,6 | 5761 | 89,19,41,6 | 2 | 0,646 |
| **Küretajsayısı (n=17)**1 | 9 | 52,9 | 8 | 47,1 | 17 | 100,0 |  |  |
| **Özellik** | **Ort** | **SS** | **Ort** | **SS** | **Ort** | **SS** | **t** | **p** |
| Gebelik Sayısı | 2,40 | 1,19 | 2,21 | 1,05 | 2,30 | 1,13 | 1,688 | 0,092 |
| Canlı doğum sayısı | 2,19 | 1,02 | 1,94 | 0,83 | 2,06 | 0,94 | 2,696 | **0,007** |
| Yaşayan çocuk sayısı | 2,18 | 1,01 | 1,94 | 0,83 | 2,06 | 0,93 | 2,660 | **0,008** |
| Doğum süresi (dakika) | 189,95 | 66,87 | 67,58 | 58,41 | 128,76 | 87,67 | 19,491 | **0,000** |

\*Birden fazla uygulama yapıldığından sayı artmıştır.

 Araştırma kapsamındaki annelerin obstetrik özellikleri, son doğumlarına göre obstetrik özelliklerinin doğum ve arasındaki farklar Tablo 3’te verilmiştir.

 Araştırmaya katılan annelerin gebelik sayısı ortalaması 2,30±1,13, canlı doğum sayısı ortalaması 2,06±0,94, yaşayan çocuk sayısı ortalaması 2,06±0,93’tür. Annelerin %0,5’i önceki gebeliklerinde ölü doğum deneyimlerinin olduğunu, %16,0’ı ise düşük deneyimi olduğunu belirtmiştir. Küretaj deneyimi olanların oranı %4,3’tür (Tablo 3).

 Son gebeliklerine yönelik özellikleri incelendiğinde ise; %71,3’ünün gebe kalmayı istediği, %70,0’ının gebeliği planladığı, %95,8’inin gebelik öncesi sağlık sorunu olmadığı, %98,8’inin gebe kalmak için tdavi olmadığı, %90,0’nın gebelikte sağlık sorunu olmadığı belirlenmiştir. Annelerin son doğumlarının ortalama 128,76±87,67 dakika sürdüğü, %0,2’sine vakum, %20,9’una suni sancı, %25,6’sına epizyotomi, %6,2’sine karna bası uygulandığı, %5,5’inde yırtık geliştiği ve %41,6’sına idrar sondası takıldığı saptanmıştır. Doğum sonrası dönemde %45,0’ına annesi, %26,0’ına akrabası, %16,0’ına kayın validesi %13,0’ına arkadaşı refakat etmiştir (Tablo 3).

 Doğum şekillerine göre obstetrik özelliklerin dağılımları şöyledir;

 Vajinal yolla doğum yapan annelerin gebelik sayısı ortalaması 2,40±1,19, canlı doğum sayısı ortalaması 2,19±1,02, yaşayan çocuk sayısı ortalaması 2,18±1,01’dir. Araştırma kapsamında olup düşük yapan annelerin %50’si, en az bir kez düşük yapanların %39,1’i, iki kez düşük yapanların%4,7’si ve küretaj deneyimi olanların %52,9’u vajinal yolla doğum yapmıştır. Bu annelerin %33,8’i son gebeliğini istemiş, %33’ü son gebeliğini planlamıştır. Son gebeliğinde gebelik öncesi sağlık sorunu olmayanların oranı %49,0 iken sağlık sorunu olanların oranı %1,0’dır. Gebelik öncesi sağlık sorunu olanların %33,3’ü (1 kişi) troid hastalığı %33,3’ü (1 kişi) diyabeti ve %33,3’ü (1 kişi) hipertansiyon sorunu olduğunu belirtmiştir. Vajinal yolla doğum yapan annelein %0,8’i gebe kalmak için tedavi gördğününü belirtmiştir. Gebe kalmak için tedavi görenlerin %42,9’unun (3 kişi) ilaç tedavisi aldığı saptanmıştır.

 Araştırmaya dahil edilen ve vajinal yolla doğum yapan kadınların doğumlarının ortalama 189,95±66,87 dakika sürdüğü, %0,2’sine vakum, %16,8’ine suni sancı, %25,6’sına epizyotomi, %5,5’ine karna bası uygulandığı, %5,5’inde yırtık geliştiği ve %0,6’sına idrar sondası takıldığı belirlenmiştir. Annelerin %21,3’ü kendi annesinin, %12,8’inin akrabasının, %9,0’ı arkadaşının ve %7,0’ı kayınvalidesinin doğum sonrası dönemde hastanede refakatçi olarak yanında bulunduğunu ifade etmiştir (Tablo 3).

 Sezaryen ile doğum yapan annelerin gebelik sayısı ortalaması 2,21±1,05, canlı doğum sayısı ortalaması 1,94±0,83, yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1,94±0,83’tür. Araştırma kapsamında olup düşük yapan annelerin %50,0’si, en az bir kez düşük yapanların %57,0’si, iki kez düşük yapanların %4,7’si ve küretaj deneyimi olanların %47,1’i sezaryen ile doğum yapmıştır. Bu annelerin %37,5’i son gebeliğini istemiş, %37,8’i son gebeliğini planlamıştır. Son gebeliğinde gebelik öncesi sağlık sorunu olmayanların oranı %46,0 iken sağlık sorunu olanların oranı %3,3’tür. Gebelik öncesi sağlık sorunu olanların %8,3’ü (1 kişi) astım, %8,3’ü (1 kişi) epilepsi, %8,3’ü (1 kişi) ritim bozukluğu, %16,7’si (2 kişi) troid, %25,0’i (3 kişi) diyabet, %33,3’ü (4 kişi) hipertansiyon sorunu olduğunu ifade etmiştir.

 Sezaryen ile doğum yapan annelein %1,0’ı gebe kalmak için tedavi gördüğünü belirtmiştir. Gebe kalmak için tedavi görenlerin %28,6’sının (2 kişi) ilaç tedavisi aldığı, %28,6’sının (2 kişi) tüp bebek tedavisi aldığı saptanmıştır.

 Araştırmaya dahil edilen ve sezaryen ile doğum yapan kadınların doğumlarının ortalama 128,76±87,67 dakika sürdüğü, %4,1’ine suni sancı, %0,7’sine karna bası uygulandığı ve %40,1’ine idrar sondası takıldığı belirlenmiştir. Annelerin %23,8’i kendi annesinin, %13,3’ünün akrabasının, %9,0’ı kayınvalidesinin ve %4,0’ı arkadaşının doğum sonrası dönemde hastanede refakatçi olarak yanında bulunduğunu ifade etmiştir (Tablo 3).

 Obstetrik özelliklerine göre ele alındığında, gebelik sayısı (p>0,05), son gebeliği isteme (p>0,05), son gebeliği planlama (p>0,05), gebe kalmak için tedavi görme (p>0,05), gebelikte sağlık sorunu yaşama ile düşük sayıları açısından vajinal yolla ve sezaryen ile doğum yapan kadınlar arasında istatiksel açıdan fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 3).

 Ancak araştırma kapsamındaki kadınların doğum şekilleri açısından incelendiğinde, canlı doğum sayısı (p<0,05), yaşayan çocuk sayısı (p<0,05), gebelik öncesi sağlık sorunu varlığı (p<0,05), doğum süreleri (p<0,01) ve kendilerine refakat eden kişiler (p<0,05), açısından istatiksel fark olduğu saptanmıştır. Vajinal yolla doğum yapan kadınların sezaryen ile doğum yapanlara göre canlı doğum ve yaşayan çocuk sayıları daha yüksek olup, doğum süreleri daha uzundur. Ayrıca son gebeliklerinde daha az sağlık sorunu yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 3).

**Tablo 4.** Araştırmaya Katılan Annelerin DSKÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamaları ve doğum şekline göre farkı.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Özellik** | **Vajinal (n=200)** | **Sezaryen (n=200)** | **Toplam (n=400)** | **Z** | **p** |
| **Ortalama** | **SS** | **Ortalama** | **SS** | **Ortalama** | **SS** |
| Konfor toplam | 3,08 | 0,11 | 2,93 | 0,22 | 3,00 | 0,19 | -9,923 | **0,000** |
| Fiziksel Konfor | 3,48 | 0,21 | 3,27 | 0,29 | 3,38 | 0,28 | -8,878 | **0,000** |
| Psikospiritüel konfor | 1,48 | 0,24 | 1,45 | 0,16 | 1,47 | 0,20 | -0,396 | 0,692 |
| Sosyokültürel konfor | 4,11 | 0,24 | 3,93 | 0,41 | 4,02 | 0,34 | -6,817 | **0,000** |

Araştırma kapsamındaki annelerin DSKÖ ve alt ölçeklerinden elde edilen puanlar incelendiğinde; vajinal yolla doğum yapan annelerin konfor toplam puanları 104,54±3,88, fiziksel konfor 48,69±2,95, psikospiritüel konfor 14,80±2,37, sosyokültürel konfor alt ölçek puanları 41,05±2,37 olarak belirlenmiştir.

 Sezaryenle doğum yapan annelerin ise; konfor toplam puanları 99,57±7,36, fiziksel konfor 45,82±4,12, psikospiritüel konfor 14,51±1,64, sosyokültürel konfor alt ölçek puan ortalaması 39,25±4,05 olarak tespit edilmiştir.

Annelerin toplam konfor puanları 102,05±6,38, fiziksel konfor 47,25±3,86, psikospritüel konfor 14,65±2,04, sosyokültürel konfor alt ölçek puan ortalaması 40,15±3,43 olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin DSKÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar incelendiğinde; konfor toplam puan ortalaması 3,0±0,19 vajinal doğum yapanların konfor puan ortalaması 3,08±0,11, fiziksel konfor alt ölçeği puan ortalaması 3,38±0,28; psikospritüel konfor alt ölçeği puan ortalaması 1,47±0,20, sosyokültürel konfor alt ölçeği puan ortalaması 4,02±0,34’tür. Sezaryen ile doğum yapan annelerin ise; DSKÖ toplam konfor puan ortalaması 2,93±0,22, fiziksel konfor alt ölçeği puan ortalaması 3,27±0,29, psikospritüel konfor alt ölçeği puanlarının ortalaması 1,45±0,16 sosyokültürel konfor alt ölçeği puan ortalaması 3,93±0,41 olarak hesaplanmıştır (Tablo 4).

 Doğum şekillerine göre incelendiğinde; DSKÖ’nden alınanpuan ve ortalamaları açısından toplam, fiziksel konfor ve sosyokültürel konfor arasında fark saptanmıştır (p<0,05, p<0,05) ancak psikospritüel konforda fark hesaplanmamıştır (p>0,05) (Tablo 4).

**Tablo 5.** Araştırmaya Katılan Annelerin ADSGHÖ ve alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamaları ve doğum şekline göre farkı.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Özellik** | **Vajinal (n=200)** | **Sezaryen (n=200)** | **Toplam (n=400)** | **Z** | **p** |
| **Ortalama** | **SS** | **Ortalama** | **SS** | **Ortalama** | **SS** |
| Güvenlik hisleri toplam | 68,34 | 4,70 | 63,30 | 7,30 | 65,82 | 6,63 | -7,951 | **0,000** |
| Güçlendirici davranışlar | 23,55 | 1,74 | 21,02 | 3,75 | 22,28 | 3,18 | -8,210 | **0,000** |
| Genel İyilik | 18,31 | 1,62 | 16,78 | 2,35 | 17,55 | 2,15 | -7,393 | **0,000** |
| Aileye bağlılık | 15,29 | 1,73 | 15,27 | 1,83 | 15,28 | 1,78 | -0,033 | 0,974 |
| Emzirme | 11,20 | 1,66 | 10,23 | 2,27 | 10,71 | 2,05 | -5,110 | **0,000** |

Araştırmaya katılan ADSGHÖ toplam puan ortalaması ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar incelendiğinde; güvenlik hisleri toplam puan ortalaması 65,82 ± 6,63, vajinal yolla doğum yapan annelerin güvenlik hisleri toplam puan ortalaması 68,34±4,70, sezaryen ile doğum yapan annelerin güvenlik hisleri toplam puan ortalaması 63,29±7,30 olarak belirlenmiştir. Güvenlik hisleri güçlendirici davranışlar alt ölçeği toplam puan ortalaması 22,28±3,18, vajinal yolla doğum yapan annlerin güçlendirici davranışlar alt ölçeği puan ortalaması 23,55±1,74, sezaryen ile doğum yapanların güçlendirici davranışlar alt ölçeği puan ortalaması 21,02±3,750 olarak belirlenmiştir (Tablo 5).

Araştırmaya katılan annelerin genel iyilik hali alt ölçeği toplam puan ortalaması 17,55±2,15, vajinal yolla doğum yapmış annelerin genel iyilik hali 18,31±1,62, sezaryen ile doğum yapmış annelerin genel iyilik hali alt ölçek puan ortalamaları 16,78±2,347 olarak belirlenmiştir. Annelerin aileye bağlık alt ölçeği toplam puan ortalaması 15,28±1,78, vajinal yolla doğum yapan annelerin aileye bağlılık puan ortalaması 15,29±1,73, sezaryen ile doğum yapan annelerin ise aileye bağlılık alt ölçeği puan ortalaması 15,27±1,83 olarak belirlenmiştir (Tablo 5).

Araştırmaya katılan annelerin güvenlik hisleri alt ölçeği olan emzirme toplam puan ortalaması 10,7125±2,044, vajinal yolla doğum yapan annelerin emzirme alt ölçeği ortalama puanı 11,20±1,66 sezaryen ile doğum yapan annelerin emzirme alt ölçeği puan ortalaması 10,23±2,27 olarak tespit edilmiştir (Tablo 5).

Vajinal yolla ve sezaryen ile doğum yapan annelerin ADSGHÖ toplam (p<0,01), güçlendirici davranışlar (p<0,01), genel iyilik (p<0,01) ve emzirme (p<0,01) puan ortalamaları arasında far saptanmıştır, aileye bağlılık puan ortalamaları arasında fark olmadığı (p>0,05) belirlenmiştir (Tablo 5).

**Tablo 6.** Araştırmaya Katılan Annelerin DSKÖ ve alt ölçekleri puanları ile ADSGHÖ ve alt ölçekleri puanları arasındaki ilişki (n=400).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Özellik** |  | **Güvenlik hisleri toplam** | **Güçlendirici davranışlar** | **Genel iyilik** | **Aileye bağlılık** | **Emzirme** |
| Konfor toplam | r | 0,410\* | 0,354\* | 0,365\* | 0,159\* | 0,256\* |
| p | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,001 | 0,000 |
| Fiziksel Konfor | r | 0,507\* | 0,411\* | 0,410\* | 0,220\* | 0,374\* |
| p | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| Psikospiritüel konfor | r | -0,314\* | -0,137\* | -0,191\* | -0,517\* | -0,155\* |
| p | 0,000 | 0,006 | 0,000 | 0,000 | 0,001 |
| Sosyokültürel konfor | r | 0,379\* | 0,278\* | 0,322\* | 0,356\* | 0,148 |
| p | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,003 |

\*p<0,01

Araştırmaya katılan annelerin konfor ve güvenlik hisleri arasındaki ilişkiye ait puanlar incelendiğinde; DSKÖ toplam puanı ile (r=0,410) ADSGHÖ toplam puanı (r=0,365), güçlendirici davranışlar alt ölçeği puanı(r=0,354), genel iyilik hali alt ölçeği puanı (r=0,365), emzirme alt ölçeği puanı (r=0,256) arasında pozitif yönde orta düzeyde, aileye bağlılık at ölçeği puanı (r=0,159) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel ilişki saptanmıştır (Tablo 6).

Araştırma kapsamındaki annelerin fiziksel konfor alt ölçek puanı ile ADSGHÖ toplam puanı(r=0,507) arasında pozitif yönde güçlü; güçlendirici davranışlaralt ölçeği puanı(r=0,411), genel iyilik alt ölçeği puanı(r=0,410) ve emzirme alt ölçeği puanı(r=0,374) arasında pozitif yönde orta düzeyde, aileye bağlılık alt ölçeği puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde (r=0,220) istatistiksel ilişki hesaplanmıştır (Tablo 6).

Örneklemde yer alan annelerin psikospiritüel konfor alt ölçek puanı ile ADSGHÖtoplam puanı(r=-0,314) arasında negatif yönde orta; aileye bağlılık alt ölçeği puanı arasında (r=-0,517) negatif yönde güçlü; güçlendirici davranışlar (r=-0,137), genel iyilik hali (r=-0,191), emzirme (r=-0,155) alt ölçekleri puanları arasında negatif yönde zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır (Tablo 6).

Araştırmaya katılan annelerin sosyokültürel konfor alt ölçek puanı ile ADSGHÖ toplam puanı (r=0,379), güçlendirici davranışlar alt ölçeği puanı (r=0,278), genel iyilik hali alt ölçeği puanı (r=0,322), aileye bağlılık alt ölçeği puanı (r=0,356) arasında orta düzeyde pozitif yönde, emzirme alt ölçeği puanı arasında (r=0,148) ise yine pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki saptanmıştır (Tablo 6).

Annelerin DSKÖ toplam, fiziksel konfor ve sosyokültürel konfor puanları arttıkça ADSGHÖ toplam ve alt ölçek puanları artmaktadır. DSKÖ’nün psikospiritüel konfor puanları arttıkça ADSGHÖ toplam ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar azalmaktadır.

**Tablo 7.** Araştırmaya Katılanların DSKÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların ADSGHÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puanları yordaması

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Güvenlik Hisleri** | **Model** | **Faktör** | **Unstandardized B** | **Coefficients****Std. Error** | **Standardized****Coefficients****Beta** | **t** | **p** | **%95 Confidence Interval for B** | **R2** | **Durbin-Watson** |
| Lower Bound | Upper Bound |
| **Güvenlik Hisleri Toplam** | 12 | (Constatnt) | 22,326 | 4,861 |  | 4,593 | 0,000 | 12,770 | 31,882 | 0,168 | 1,741 |
| Konfor toplam | 14,490 | 1,616 | 0,410 | 8,965 | 0,000 | 11,312 | 17,668 |
| (Constatnt) | 37,795 | 4,774 |  | 7,917 | 0,000 | 28,410 | 47,181 | 0,310 | 1,815 |
| Konfor toplam | 26,227 | 3,144 | 0,742 | 8,342 | 0,000 | 20,046 | 32,408 |
| Psikospiritüel konfor | -15,106 | 1,700 | -0,464 | -8,884 | 0,000 | -18,449 | -11,763 |
| Sosyokültürel konfor | -7,115 | 1,792 | -3,970 | -3,970 | 0,000 | -10,639 | -3,592 |
| **Güçlendirici davranışlar** | 2 | (Constatnt) | 8,049 | 2,508 |  | 3,209 | 0,001 | 3,117 | 12,980 | 0,125 | 1,826 |
| Konfor toplam | 10,984 | 1,652 | 0,648 | 6,649 | 0,000 | 7,736 | 14,231 |
| Psikospiritüel konfor | -4,251 | 0,893 | -0,272 | -4,758 | 0,000 | -6,007 | -2,494 | 0,173 | 1,819 |
| Sosyokültürel konfor | -3,115 | 0,942 | -0,336 | -3,308 | 0,001 | -4,966 | -1,264 |
| **Genel iyilik** | 3 | (Constatnt) | 8,159 | 1,677 |  | 4,865 | 0,000 | 4,862 | 11,456 | 0,133 | 1,721 |
| Konfor toplam | 6,828 | 1,104 | 0,595 | 6,182 | 0,000 | 4,656 | 8,999 |
| Psikospiritüel konfor | -3,173 | 0,597 | -0,301 | -5,312 | 0,000 | -4,347 | -1,999 | 0,192 | 1,792 |
| Sosyokültürel konfor | -1,609 | 0,630 | -0,256 | -2,555 | 0,011 | -2,847 | -0,371 |
| **Aileye bağlılık** | 4 | (Constatnt) | 16,371 | 1,277 |  | 12,821 | 0,000 | 13,860 | 18,881 | 0,025 | 1,829 |
| Konfor toplam | -0,013 | 0,841 | -0,001 | -0,016 | 0,987 | -1,666 | 1,640 |
| Psikospiritüel konfor | -3,940 | 0,455 | -0,452 | -8,663 | 0,000 | -4,834 | -3,046 | 0,314 | 1,951 |
| Sosyokültürel konfor | 1,175 | 0,479 | 0,227 | 2,452 | 0,015 | 0,233 | 2,118 |
| **Emzirme** | 5 | (Constatnt) | 5,217 | 1,617 |  | 3,226 | 0,001 | 2,038 | 8,396 | 0,066 | 1,698 |
| Konfor toplam | 8,428 | 1,065 | 0,773 | 7,915 | 0,000 | 6,335 | 10,522 |
| Psikospiritüel konfor | -3,742 | 0,576 | -0,373 | -6,498 | 0,000 | -4,875 | -2,610 | 0,167 | 1,735 |
| Sosyokültürel konfor | -3,567 | 0,697 | -0,598 | -5,875 | 0,000 | -4,760 | -2,373 |

DSKÖ ve alt ölçeklerinden elde edilen puanların ADSGHÖ toplam puanını yordamasına yönelik analizler Tablo 7’de verilmiştir.

DSKÖ toplam puanı ile fiziksel konfor alt ölçeği puanı arasında pozitif yönde, güçlü ilişki (r=0,888, p=0,000) saptandığından fiziksel konfor alt ölçeği puanı modele alınmamıştır.

DSKÖ ve alt ölçeklerinden elde edilen puanların ADSGHÖ toplam puanını yordamasını analiz eden modelde Durbin-Watson değeri sadece DSKÖ toplam puanı için 1,741, psikospiritüel konfor ve sosyokültürel konfor puanları eklendiğinde 1,815; güçlendirici davranışlar alt ölçeğinden alınan puanlarıyordama durumunu analiz eden modelde sadece DSKÖ toplam puanı için 1,826, psikospiritüel konfor ve sosyokültürel konfor puanları eklendiğinde 1,819; genel iyilik alt ölçeğinden alınan puanları yordayıcı modelde sadece DSKÖ toplam puanı için 1,721, psikospiritüel konfor ve sosyokültürel konfor puanları eklendiğinde 1,792; aileye bağlılık alt ölçeğinden alınan puanları yordayan modelde sadece DSKÖ toplam puanı için 1,829, psikospiritüel konfor ve sosyokültürel konfor puanları eklendiğinde 1,951; emzirme alt ölçeğinden alınan puanları yordayıcı modelde sadece DSKÖ toplam puanları için 1,698, psikospiritüel konfor ve sosyokültürel konfor puanları eklendiğinde 1,735 hesaplanmıştır (Tablo 7). Elde edilen Durbin-Watson değerleri doğrultusunda DSKÖ toplam ve alt ölçeklerinden elde edilen puanların ADSGHÖ toplam ve alt ölçeklerinden alınan puanları yordamasının analiz edildiği modellemelerin iyi yapıldığı sonucuna ulaşılabilir.

Yapılan modellemeler sonrasında uygulanan aşamalı çoklu regresyon analizi sonrasında; DSKÖ toplam puanın ADSDHÖ toplam puanının %16,8’ini (R2=0,168, %95 Confidence Interval for B Lower Bound=12,770, Upper Bound=31,882), psikospiritüel ve sosyokültürel konfor alt ölçek puanları eklendiğinde %31’ini (R2=0,310, %95 Confidence Interval for B Lower Bound=28,410, Upper Bound=47,181) yordamaktadır (Tablo 7).

DSKÖ toplam puanı ADSDHÖ güçlendirici davranışlar alt ölçeği puanını %12,5 (R2=0,125, %95 Confidence Interval for B Lower Bound=-0,426, Upper Bound=8,997) yormaktayken, psikospiritüel ve sosyokültürel konfor alt ölçek puanları eklendiğinde %17,3 (R2=0,173, %95 Confidence Interval for B Lower Bound=3,117, Upper Bound=12,980) yordamaktadır (Tablo 7).

DSKÖ toplam puanı ADSDHÖ genel iyilik alt ölçeği puanını %13,3, (R2=0,133, %95 Confidence Interval for B Lower Bound=1,804, Upper Bound=8,135) yormaktayken, psikospiritüel ve sosyokültürel konfor alt ölçek puanları eklendiğinde %19,2 (R2=0,192, %95 Confidence Interval for B Lower Bound=4,862, Upper Bound=11,456) yordamaktadır (Tablo 7).

DSKÖ toplam puanı ADSDHÖ aileye bağlılık alt ölçeği puanını %2,5 (R2=0,025, %95 Confidence Interval for B Lower Bound=7,983, Upper Bound=13,530) yordamaktayken, psikospiritüel ve sosyokültürel konfor alt ölçek puanları eklendiğinde %31,4 (R2=0,314, %95 Confidence Interval for B Lower Bound=13,860, Upper Bound=18,881) yordamaktadır (Tablo 7).

DSKÖ toplam puanı ADSDHÖ emzirme alt ölçeği puanını %6,6 (R2=0,066, %95 Confidence Interval for B Lower Bound=-0,797, Upper Bound=5,446) yormaktayken, psikospiritüel ve sosyokültürel konfor alt ölçek puanları eklendiğinde %16,7 (R2=0,167, %95 Confidence Interval for B Lower Bound=2,038, Upper Bound=8,396) yordamaktadır (Tablo 7).

# 5. TARTIŞMA

Bu araştırma T. C. Sağlık Bakanlığı Aydın İl Sağlık Müdürlüğü Nazilli Devlet Hastanesi Doğum Servisi’nde yatan, 200 vajinal yolla ve 200 sezaryen ile doğum yapmış toplamda 400 anne ile prospektif, 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 konfor düzeyleri DSKÖ, güvenlik hisleri ADSGHÖ kullanılarak belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin çoğu ortaokul mezunu (%48,3), ev hanımı (%80,3), evli (%99), sosyal güvencesi olan (%88), ilçe merkezinde ikamet eden (%81,5), orta gelir düzeyinde (gelir gidere denk) (%74,3), çekirdek ailede yaşayan (%88), yaş ortalaması 27,01±5,19 olan kadınlar olup, eşlerinin çoğu ortaokul (%40) mezunu, gelir getiren bir işte çalışan (%92,5) ve yaş ortalaması 29,4025±5,253 olan kişilerdir. Annelerin çoğu gebe kalmadan önce sağlık sorunu olmadığını (%94,1), son gebeliklerinde isteyerek (%71,3) ve planlayarak (%71,0) gebe kaldıklarını, gebe kalmak için tedavi görmediğini (%98,2) ve gebelikte sağlık sorunu yaşamadığını (%90,0) ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin ortalama gebelik sayıları 2,3±1,1 canlı doğum sayıları 2,06±0,93, yaşayan çocuk sayılarının ise ortalama 2,05±0,92 olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan vajinal yolla doğum yapan annelerden %0,2’sine vakum, %16,8’ine suni sancı, %25,6’sına epizyotomi, %5,5’ine karna bası uygulandığı, %5,5’inde yırtık geliştiği ve %0,6’sına idrar sondası takıldığı belirlenmiştir.

 Araştırmaya dahil edilen ve sezaryen ile doğum yapan kadınların %4,1’ine suni sancı, %0,7’sine karna bası uygulandığı ve %40,1’ine idrar sondası takıldığı belirlenmiştir.

Doğum sonrası dönem; annelerin fizyolojik, duygusal ve sosyal olarak değişim yaşadığı stresli bir süreçtir. Birçok kadının konfor düzeyi bozulmuş ve doğum sonrası döneme uyum sağlamada güçlük çekmektedir (Doğaner ve Bekar, 2006). Bu sebeple annelerin doğum sonrası konfor düzeylerini belirleyerek, uygun bakım için planlama yapılması önemlidir (Aksoy ve Pasinlioğlu, 2017; Çapık ve diğerleri, 2014).

Bu araştırmada DSKÖ toplam puan ortalaması 102,05±6,38 olarak bulunmuştur. DSKÖ’nden alınabilecek en az puan 34, en çok ise 170 puan olduğundan bu çalışmada elde edilen puanların ölçekten alınabilecek puanın yarısından fazla olduğundan söz edilebilir. Araştırmada vajinal yolla doğum yapanların DSKÖ ortalama puanları 104,54±3,88, sezaryen ile doğum yapan annelerin ise 99,57±7,36, olarak belirlenmiştir. Vajinal yolla ve sezaryen ile doğum yapan annelerin DSKÖ puan ortalamaları arasında istatiksel olarak fark saptanmış olup; vajinal yolla doğum yapan annelerin DSKÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Benzer çalışmalar incelendiğinde; ülkemizde Haral (2018)’ın yaptığı çalışmada da DSKÖ genel konfor puanları vajinal yolla doğum yapanlarda 166,0±16,7; sezaryen ile doğum yapanlarda 133,8±21,6 olup arasında fark saptanmamıştır. Taytan (2019)’ın Aydın’da yapmış olduğu çalışmada; sezaryen ile doğum yapanların DSKÖ ölçek toplam puanı 117,902±9,622, ölçek puan ortalaması 3,468±0,283, fiziksel konfor alt ölçeği puan ortalaması 41,196±4,258, sosyokültürel konfor alt ölçeği puan ortalaması 31,976±5,616’dır. Vajinal yolla 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, sosyokültürel konfor alt ölçeği puan ortalaması 33,914±5,570 olarak hesaplanmıştır. 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 yüksek olarak saptamıştır. Yapılan çalışmada sezaryen ile doğum yapan annelerin konfor düzeylerinin daha düşük olma sebebi; sezaryen doğum sonrası ağrı, anestezi, halsizlik, yorgunluk olabilir. Aydın Kartal ve diğerleri (2018) ise vajinal yolla doğum yapan annelerin DSKÖ puanını 121,14±14,33, sezaryen ile doğum yapan annelerin ise 115,95±15,26 olarak saptamış olup doğum şekline göre incelendiğinde konfor puanları arasında fark saptanmıştır.

Çapık ve diğerleri (2014)’nin yaptığı çalışmada ise vajinal yolla doğum yapan annelerin DSKÖ toplam puan ortalamasının 119,53±13,93, sezaryen ile doğum yapan annelerin 117,05±13,24 olduğu ve aralarında farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır. Ölçeğin alt boyutları ile doğum şekli karşılaştırıldığında; ölçeğin fiziksel ve sosyokültürel alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve vajinal yolla doğum yapanların fiziksel ve sosyokültürel doğum sonu konforun daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmalar, araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Bu durumun, vajinal yolla doğum yapan annelerin doğumdan kısa süre sonra kendi ihtiyaçlarını karşılamaya başlamasından ve ağrılarının sezaryen ile doğum yapan annelere göre daha az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Erkaya ve diğerleri (2017) tarafından yapılan çalışmada vajinal yolla doğum yapan annelerin DSKÖ puanı 82,339±15,71, sezaryen doğum yapan annelerin DSKÖ puanı 82,022±16,99 olarak saptanmış olup, doğum şekline göre konfor düzeylerinde fark saptanmamıştır. Balsak (2018)’ın çalışmasında DSKÖ puanlarını sezaryen ile doğumda 81,2±22,6, vajinal yolla olan doğumda 84,2±25,0 olarak saptamış olup doğum şekline göre doğum sonrası konfor düzeylerinde anlamlı fark saptanmamıştır. Ünal ve Kaya Şenol (2022)’un yaptığı bir diğer çalışmada da DSKÖ puan ortalaması vajinal doğum yapan annelerde 118,5±14,37, sezaryen doğum yapan annelerde 116,4±16,89 olarak saptanmıştır ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu durumun gebeliğin istenme durumu, gebelik sayısı, doğum sonrası yaşanan problemler, annelerin eğitim düzeyi, beklentilerinin karşılanma düzeyi, aldıkları ebelik bakımı ve hastanenin fiziksel şartları gibi özelliklerden etkilenmesinden kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Doğum sonrası konforu, odada başka hastanın olmaması ve oda koşullarından memnun olma gibi çevresel faktörler etkilemektedir. Literatürde, doğum sonrası konfor düzeyini; gelir, doğum şekli, doğumu algılama şekli, genel sağlık durumu, ağrı düzeyi, sağlık personelinin davranış şekli, hastanede yatış süreci içerisinde eğitim alma ve verilen bakımdan memnun olma durumlarının etkilediği görülmektedir (Akgün ve Aksoy, 2019; Kartal ve diğerleri, 2018). Doğum sonrası dönemdeki kadınların bakımın, bilginin devamlılığı ve anne/aile odaklı bakım isteklerinin yanı sıra, doğum sürecinde aile ve kültürel tercihlerini kapsayan, mahremiyet, fiziksel rahatlık ve yeterli özel alan sağlanması gibi fiziksel çevreye yönelik tatmin edici bir doğum ortamının oluşturulması önemlidir (Jenkins ve diğerleri, 2014; Gaboury ve diğerleri, 2017).

 Bu araştırmaya katılan annelerin ADSGHÖ’nden ve alt ölçeklerinden elde edilen puanlar incelendiğinde; güvenlik hisleri toplam puan ortalaması 65,82±6,63, vajinal yolla doğum yapan annelerin güvenlik hisleri toplam puan ortalaması 68,34±4,70, sezaryen ile doğum yapan annelerin güvenlik hisleri toplam puan ortalaması 63,2950±7,30 olarak belirlenmiştir. ADSGHÖ’nden alınabilecek en yüksek puan 72’dir. Bu açıdan incelendiğinde bu araştırmaya katılan annelerin puan ortalamaları ölçekten alınabilecek en yüksek puana yakındır.

 Annelerin doğum sonrası dönemde güvenlik hissini inceleyen araştırmaların sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Koçak ve diğerleri (2019) çalışmasında ADSGHÖ toplam puan ortalaması 50,39±8,59 olarak bulunmuştur. Aksoy ve diğerleri (2019)’nin çalışmasında ADSGHÖ toplam puan ortalamasının 55,03±7,93 olduğu belirlenmiştir. Persson ve diğerleri (2007), ADSGHÖ toplam puan ortalamasını 56,3±9,63 olarak belirlemiştir.

Bu çalışmada annelerin ADSGHÖ toplam puan ortalaması 65,82±6,63, güçlendirici davranışlar 22,28±3,18 genel iyilik 17,55±2,15 ve emzirme puan ortalaması 10,71±2,05 bulunmuş olup, doğum şekilleri arasında istatiksel fark saptanmıştır.

Aileye bağlılık alt ölçeği puan ortalamalarında doğum şekilleri arasında fark bulunmamıştır. Koçak ve diğerleri (2019)’nin çalışmasında ADSGHÖ puan ortalaması 50,39±8,59 olarak belirlenmiş ve sezeryan ile doğum yapan annelerin doğum sonu dönemde daha güvensiz hissettikleri belirlenmiştir. Doğum şekli, doğum sonu dönemle ilgili eğitim alma durumları, annelerin kendi ve bebeklerinin sağlığı hakkında endişeli olmaları ile doğum sonu güvenli hissetme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptamışlardır.

Literatür incelendiğinde doğum sonrası konforun annelerin güvenlik hislerini yordayan çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmadan elde edilen bulgular şöyledir;

Yapılan modellemeler sonrasında uygulanan aşamalı çoklu regresyon analizi sonrasında; DSKÖ toplam puanın ADSGHÖ toplam puanının %16,8’ini (R2=0,168, %95 Confidence Interval for B Lower Bound=12,770, Upper Bound=31,882), psikospiritüel ve sosyokültürel konfor alt ölçek puanları eklendiğinde %31’ini (R2=0,310,%95 Confidence Interval for B Lower Bound=28,410, Upper Bound=47,181) yordamaktadır.

DSKÖ toplam puanı ADSGHÖ güçlendirici davranışlar alt ölçeği puanını %12,5 (R2=0,125, %95 Confidence Interval for B Lower Bound=-0,426, Upper Bound=8,997) yormaktayken, psikospiritüel ve sosyokültürel konfor alt ölçek puanları eklendiğinde %17,3’ünü (R2=0,173, %95 Confidence Interval for B Lower Bound=3,117, Upper Bound=12,980) yordamaktadır.

DSKÖ toplam puanı ADSGHÖ genel iyilik alt ölçeği puanını %13,3, (R2=0,133, %95 Confidence Interval for B Lower Bound=1,804, Upper Bound=8,135) yormaktayken, psikospiritüel ve sosyokültürel konfor alt ölçek puanları eklendiğinde %19,2 (R2=0,192, %95 Confidence Interval for B Lower Bound=4,862, Upper Bound=11,456) yordamaktadır.

 DSKÖ toplam puanı ADSDHÖ aileye bağlılık alt ölçeği puanını %2,5 (R2=0,025, %95 Confidence Interval for B Lower Bound=7,983, Upper Bound=13,530) yordamaktayken, psikospiritüel ve sosyokültürel konfor alt ölçek puanları eklendiğinde %31,4 (R2=0,314, %95. Confidence Interval for B Lower Bound=13,860, Upper Bound=18,881) yordamaktadır.

DSKÖ toplam puanı ADSGHÖ emzirme alt ölçeği puanını %6,6 (R2=0,066, %95 Confidence Interval for B Lower Bound=-0,797, Upper Bound=5,446) yormaktayken, psikospiritüel ve sosyokültürel konfor alt ölçek puanları eklendiğinde %16,7 (R2=0,167, %95 Confidence Interval for B Lower Bound=2,038, Upper Bound=8,396) yordamaktadır.

**5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu araştırmada DSKÖ ve ADSGHÖ kendini bildirim ölçeği olduğundan elde edilen veriler araştırmaya katılan annelerin beyanına dayalıdır, herhangi bir gözlem ya da uzman incelemesine dayanmamaktadır. Araştırma verileri sadece araştırmaya katılan anneleri kapsamaktadır, genellenemez. Verilerin COVID-19 pandemi salgını sırasında toplanması araştırmanın sonuçlarını etkilemiş olabilir.

**6. SONUÇ**

**6.1. Sonuçlar**

Doğum sonrası konforunun annelerin güvenlik hislerini yordama durumunun incelendiği bu araştırmada;

* Araştırmaya katılan annelerin doğum sonrası konfor durumlarını belirlemek için kullanılan DSKÖ ve alt ölçeklerinden elde edilen puanların ortalamasının, ölçekten elde edilebilecek en yüksek puan ortalamasının üzerinde olduğu,
* Vajinal yolla doğum yapan annelerin DSKÖ toplam ve alt ölçeklerinden fiziksel ve sosyokültürel konfor puan ortalamalarının sezaryen ile doğum yapan annelerin puan ortalamalarından yüksek olduğu, ancak psikospiritüel konfor puanlarının vajinal yolla doğum yapanlarda daha yüksek olmasına rağmen doğum şekilleri açısından fark olmadığı,
* Annelerin doğum sonu güvenlik hislerini belirlemede kullanılan ADSGHÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puanların ortalamasının ölçekten alınabilecek en yüksek puana yakın olduğu,
* ADSKÖ ve alt ölçeklerinden elde edilen puanların vajinal yolla doğum yapanlarda sezaryen ile doğum yapanlara daha yüksek olmasına rağmen aileye bağlılık alt ölçeği puan ortalamalarının benzer olduğu,
* DSKÖ puanının ADSGHÖ puanının %16,8’ini, psikospiritüel ve sosyokültürel konfor ölçeği puanları eklendiğinde ise %31’ini yordadığı sonucuna ulaşılmıştır.

**6.2. Öneriler**

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

* Annelerin doğum sonrası güvenlik hislerini artırmak için doğum sonrası konforu artırmaya yönelik kanıta dayalı bireysel hazırlanmış ebelik bakımı verilmesi,
* Doğum sonrası dönemde annelere verilecek planlanmış destek programları kullanarak konforu artırma çalışmalarının güvenlik hislerini yordama durumunun incelenmesi,
* Sosyal ve kültürel açıdan farklı gruplarda doğum sonrası konforun güvenlik hislerini yordama durumunun incelenmesi önerilebilir.

# KAYNAKLAR

ACOG (2013). Simulations Consortium Learning Objectives Postpartum Hemorrhage Caused by Uterine *Atonihttps://www.acog.org//media/Departments/SimulationsConsortium/ Learning-Objectives/Postpartum Hemorrhage.pdf*

Akgün Ö, Aksoy ÖD (2019). Determination of mothers’ postpartum comfort levels and affecting factors. *Journal of Contemporary Medicine 10(3),*1-9.

Aksakallı M, Çapık A, Ejder AS, Pasinlioğlu T, Bayram S(2012). Loğusaların destek ihtiyaçlarının ve doğum sonu dönemde alınan destek düzeylerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 3(3),*129-135.

Aksakoğlu G (2001). Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri, *DEÜ Rektörlük Matbaası*, İzmir.

Aksoy D.Y., Erdemoğlu Ç, Özşahin Z., Karakayalı Ç. (2019). Annenin Doğumu Algılamasının Doğum Sonu Güvenlik Hissine Etkisi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi;2(3)*,88-95.

Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E.(2012). Anxiety and fear of childbirth as predictors of postnatal depression in nulliparous women. *Women Birth,* 37-43.

Almgren-Tangen G, Bergman S, Dahlgren J, Roswall J, Alm B. (2012). Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month of age. *Acta Paediatr101*, 55–60.

Altuntuğ K., Ege E. (2012). Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 15 (3),*214-22.

American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), 5th ed. Arlington (VA): American Psychiatric Publishing.

Andersson E, Christensson K, Hildingsson I. (2012). Parents' experiences and perceptions of group-based antenatal care in four clinics in Sweden. Midwifery. 28: 502–508.

Atıcı, İ., ve Gözüm, S. (2001). Postpartum erken taburculukta lohusalara verilen sağlık eğitiminin postpartum problemler ve anksiyete üzerine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, (2), 77-91.

Axelsen SF., Brixval CS., Due P., Koushede V. (2014). Integrating couple relationship education in antenatal education-a study of perceived relevance among expectant Danish parents. *Sexual & Reproductive Healthcare, 5,* 174–175.

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

Balkaya, NA. (2002). Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 6(2)*, 42-9.

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

Barimani M., Vikström A. (2015). Successful Early Postpartum Support Linked to Management, Informational, and Relational Continuity. *Midwifery [Internet];31(8):811–7.* [*http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.04.009*](http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.04.009)

Bergink V. , Rasgon N. , Wisner KL.(2016). Post-partum psychosis: madness, mania, and melancholia in motherhood. *Am J Psychiatry*, 173(12):1179–

Beydağ K.D.(2007). Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 6(6)*, 479- 484

Bibeau AM.(2014). Interventions during labor and birth in the United States: a qualitative analysis of women's experiences. *Sex Reprod Healthc. ,*167–173. doi: 10.1016/j.srhc.2014.10.003.

Bilgin Ç.N., Potur C.D. (2010). Doğum Sonu Dönem Kanıt Temelli Yaklaşımlar Ve Hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3,* 80-87.

Bloch M, Daly R.C, and Rubinow D.R. (2003). Endocrine Factors in The Etiology of Postpartum Depression. *Comprehensive Psychiatry, 44(3)*, 234-46.

Borg C.N., McNeill J., Murray K. A. (2014) Systematic Review of Midwife-led Interventions to Address Post Partum Post-Traumatic Stress. *Midwifery 30,* 170-84. Doi:10.1016/j.midw.2013.09.003.

Burroughs, A., Leifer, G. (2001). Postpartum Period: *Maternity Nursing an Mintroductory. 8.Baskı.Philadelphia. WB Saunders Company,* 212.

Buttner MM, O’Hara MW, Watson D. (2011). The Structure of Women’s Mood in The Early Postpartum, 19(2), 247-56.

Çapık A., Özkan H., Ejder Apay S. (2014). Lohusaların doğum sonu konfor düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi,* 7, 186-192.

Çiçek N., Mungan MT., Özden S. (2007). Lohusalık Fizyolojisi ve Bakımı: *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji*(ss185-196), Ankara.

Dennis, C. L., ve Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane database of systematic reviews,(2)* .

DiGirolamo A., Thompson N., Martorell R., Fein S., Grummer-Strawn L. (2005). Intention or experience? Predictors of continued breastfeeding. *Health EducBehav,32,* 208–26

Doğaner G., Bekar M. (2006). Vajinal yolla doğum yapan kadınların erken postpartum dönemde kendisinin ve yeni doğanın bakımına yönelik yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi, 16(4)*, 130-5.

Doucet C., Ernou I., Zhang Y., Llense JR., Begot L., Holy X., Lataillade JJ. (2005). Platelet lysates promote mesenchymal stem cell expansion: a safety substitute for animal serum in cell-based therapy applications. *J Cell Physiology, 205(2)*, 228-36.

Ekström A., Widström AM., Nissen E. (2003). Breastfeeding support from partners and grandmothers: perceptions of Swedish women. *Birth, 30,* 261–6.

Ellberg L., Högberg U., Lindh V. (2010). We feel like one, they see us as two: new parents’ discontent with postnatal care. *Midwifery, 26 (4),* 463–8.

Er Güneri, S. (2015). Postpartum Erken Dönem Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4 (3), 482-496. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/23834/253907>

Erdemir F., Çırlak A. (2013). Rahatlık kavramı ve hemşirelikte kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 6(4),* 224-230.

Erkaya R. , Türk R. , Sakar T. (2017). Determining comfort levels of postpartum women after vaginal and caesarean birth. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 237,*1526-32.

Gaboury J. , Capaday S. , Somera J. , Purden, M. (2017).Effect of the postpartum hospital environment on the attainment of mothers’ and fathers’ goals. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 46(1),* 40-50.

Geçkil E, Koçak V, Altuntuğ K, Ege E. (2016). ‘Annelerin doğum sonu güvenlik hisleri ölçeği: geçerlilik ve güvenlik ölçeği’. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi,*  19: 4.

George D, Mallery M (2010). SPSS for Windows step by step: *A simple guide and reference, 17.0 update (10a ed.)* Boston: Pearson.

Giannandrea, S. A, Cerulli C, Anson E, Chaudron L. H. (2013). Increased risk for postpartum psychiatric disorders among women with past pregnancy loss. *J. Women’s Health, 22,* 760-768

Glover V. , Kammerer M. (2004). The Biology and Pathophysiology of Peripartum Psychiatric Disorders. *Primary Psychiatry, 11(3),*  37-41.

Gonidakis F. (2012). Postpartum Depresssion and Maternity Blues in Immigrants. In: *Castillo MR. Perinatal Depression.Croatia: InTech*, 117-38.

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

Grigg C., Tracy SK., Daellenbach R., Kensington M., Schmied V. (2014). An exploration of influences on women’s birthplace decision-making in New Zealand: a mixed methods prospective cohort within the evaluating maternity units study. *BMC Pregnancy Childbirth.* doi: 10.1186/1471-2393-14-210

Güngör, I., Gökyıldız, Ş., Nahcivan, N. (2004). Sezaryen doğum yapan bir grup kadının doğuma ilişkin görüşleri ve doğum sonu erken dönemde yaşadıkları sorunlar. *İstanbul Üniversitesi Florance Nigtıngale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,13 (53),* 185– 197.

Gürcüoğlu EA, Vural G. (2017). Annelerin doğum sonu dönemde hastanede verilen ebelik/hemşirelik bakımından memnuniyetleri*. Gazi Medical Journal,* 29(1), 34-40.

Güzel, M.O., Barakazı, M. (2018). Maslow’un ihtiyaçlar hiyerarşisi kuramı kapsamında insanların turizm hareketlerine katılma durumları üzerine ilişkisel bir değerlendirme. *Social Mentality and Researcher Thinkers Journal 4 (14),* 1001-1010.

Haral G.( 2018). 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.*

Harris B. (1981). ‘Maternity blues’ in East African Clinic Attenders. *Archives of General Psychiatry, 38(11),* 1293-5.

Hau FWL, Levy VA. (2003). The Maternity Blues and Hong Kong Chinese Women: An Exploratory Study. *Journal of Affective Disorders, 75(2),*197-203.

Hildingsson I, Thomas JE. (2007). Women’s perspectives on maternity services in Sweden: processes, problems and solutions. *Journal of Midwifery and Women’s Health, 52,* 126–133.

James J., Ghai S., Rao KLN., Sharma N. (2012). Effectiveness of” Animated Cartoons” as a distraction strategy on behavioural response to pain perception among children undergoing venipuncture. *Nursing and Midwifery Research Journal, 8(3), 198-207.*

Jenkins MG., Ford JB., Morris JM., Roberts CL. (2014). Women’s expectations and experiences of maternity care in NSW: *What women highlight as most important. Women and Birth, 27(3)*,214-219.

Karaçam Z., Akyüz E.Ö. (2011). Doğum Eyleminde Verilen Destekleyici Bakım ve Ebe/Hemşirenin Rolü*. İ.U.F.N. Hem. Derg, 19(1),* 45-53.

Karaçam, Z., Sağlık, M. (2018). Breastfeeding problems and interventions performed on problems: Systematic review based on studies made in Turkey. *Turkish Archives of Pediatrics/Türk Pediatri Arşivi 53 (3),* 134

Karakaplan S., Yıldız H. (2010) Doğum Sonu Konfor Ölçeği geliştirme çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 3(1),*55- 65

Kartal YA., Özsoy A., Üner K. (2018) Determination of postnatal comfort levels of puerperants in a public hospital and affecting factors*. Int J Health Sci Res 8(3), 206-212.*

Koçak V., Altuntuğ K., Ege E. (2019). Annelerin Öz Yeterlikleri ve Doğum Sonu Güvenlik Hislerinin Değerlendirilmesi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 4(1),*34-44.

Kolcaba K.(2003) Comfort Theory and Practice: *A Vision for Holistic Healt Care and Research.* New York: Springer Publish Company.

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

Lindberg I., Christensson K., Ohrling K. (2005). Midwives’ experience of organisational and Professional change. Midwifery. 21: 355–364.

Lothian JA.(2013). Being safe: making the decision to have a planned home birth in the United States. J Clin Eth. , 24, 266-75.

MacKenzie Bryers H., van Teijlingen E. (2010). Risk, theory, social and medical models: a critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery, 26,*488–496. doi: 10.1016/j.midw.2010.07.003

Martini J., Petzoldt J., Einsle F., Beesdo-Baum K., Höfler M, Wittchen H. U. (2015). Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: a prospectivelongitudinal study. *J. Affect. Disord, 175,* 385-95. doi: 10.1016/j.jad.2015.01.012.

Maslow AH.(1970). Un motivated Behavior. In: Carr L. Hibbard J, eds. *Motivation and Personality. 3rd ed.* New York: Longmanp( 66).

McLachlan HL., Forster DA., Yelland J., Rayner J., Lumley J. (2008). Is the organisation and structure of hospital postnatal care a barrier to quality care? Findings from a state-wide review in Victoria, Australia. Midwifery. 24: 358–370.

Meedya S., Fahy K., Kable A. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literatüre review. *Women Birth. 23,* 135–45.

Melender HL., Lauri S. (2002). Experiences of security associated with pregnancy and childbirth: a study of pregnant women. International Journal of Nursing Practice. 8: 289–296.

Mercer RT. (2006). Nursing support of the processof be coming a mother. J. Obstet. *Gynecol. Neonatal Nurs*. 649–651.

Ntaouti E., Gonidakis F., Nikaina E., Varelas D., Creatsas, G., Chrousos G., Siahanidou T. (2020) Maternity blues: risk factors in Greek population and validity of the Greek version of Kennerley and Gath’s blues questionnaire. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine,33(13),*2253-62.

Osma J., Barrera A. Z., Ramphos E. (2016). Are pregnant and postpartum women interested in health-related apps? Implications for the prevention of perinatal depression. *Cyberpsychol Behav Soc Netw,19,* 412- 415

Perry W., Nejad S. B., Tuomisto K., Kara N., Roos N., Dilip T.R., Hirschorron L. R., Larizgotia L., Semrau K., Mathai M. & DihingraKumar N. (2017). Implementing the WHO Safe Childbirth Checklist: lessons from a global collaboration. *BMJ global health, 2(3), e000241*

Persson E., Fridlund B., Kvist LJ., Dykes AK. (2010). Mothers’ sense of security in the first postnatal week: interview study. *J Adv Nurs, 67 (1),*105–16.

Persson E., Fridlund B., Kvist LJ., Dykes AK. (2012). Fathers’ sense of security during the first postnatal week – a qualitative interview study in Sweden. *Midwifery, 28 (5),* 697–704.

Persson E. K., Dykes A. K. (2009). Important variables for parents' postnatal sense of security: evaluating a new Swedish instrument (the PPSS instrument). *Midwifery 25,*449- 60.

Persson EK., Fridlund B., Dykes AK. (2007). Parents’ postnatal sense of security (PPSS): development of the PPSS instrument. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 21,*118-125.

Pınar G., Doğan N., Algıer L., Kaya N., Çakmak F. (2009). Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler*. DT Derg, 36,* 184-190.

Powell R. M., Mitra M., Smeltzer S. C., Long-Belli L. M., Smith, L. D., Rosenthal E., & Lezzoni L. I. (2018). Breastfeeding among women with physical disabilities in the United States. *Journal of Human Lactation, 34(2), 253-261. PMID*: 29166569

Reck C., Noe D., Gerstenlauer J., Stehle E. (2012). Effects of postpartum anxiety disorders and depression on maternal self-confidence. *Infant Behav. Dev.35,* 264-272.

Regan M., McElroy K. (2013). Women’s perceptions of childbirth risk and place of birth. *J Clin Eth. ,*24, 239–252.

Renfrew M., McCormick F., Wade A., Quinn B., Dowswell T. (2012). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database Syst Rev. ,16, 5.

Runciman W., Hibber P., Thomson, R., Van Der Schaaf T., Sherman H., & Lewalle P. (2009). Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms. *International journal for quality in health care, 21(1),* 18-26.

Samur G. (2008). Anne Sütü, 1.Baskı, Ankara, Klasmat Matbaacılık, 5-21.

Shakespeare J., Blake F., Garcia J. (2004). Breastfeeding difficulties experienced by women taking part in a qualitative interview study of postnatal depression. *Midwifery,* 20, 251–60

Shaw E., Kaczorowski J. (2007). Postpartum care what's new? *Curr Opin Obstet Gynecol,19(6),*561-7.

Shorey S., Chan SW., Chong YS., He HG. (2015) Perceptions of primiparas on a postnatal psychoeducation programme: the process evaluation. Midwifery. 31: 155–163.

Slomian J., Honvo G., Emonts P., Reginster J. Y. & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health, 15,* 1745506519844044.

Smith M.V., Shao L, Howell H., Lin H., Yonkers K.A. (2011). Perinatal depression and birth outcomes in a Healthy Start project. *Matern. Child Health J,* 401-409.

Solmeyer A. R., Feinberg M. E. (2011). Mother and father adjustment during early parenthood: The roles of infant temperament and coparenting relationship quality. Infant Behavior and Development, 34, 504-514.

Sukasaki M., Ohta Y., Oishi KM., İyaichi K., Kato N. (1991). Types and Characteristics of Shortterm Course of Depression After Delivery: Using Zung's Self-Rating Depression Scale. *The Japanese Society of Psychiatryand Neurology 45(3),*565-76

Şahin H., Yılmaz M., Aykut M., Balcı E., Sağıroğlu M., Öztürk A. (2013). Kayseri’de iki toplum sağlığı merkezine başvuran annelerde emzirme sorunları ve risk etmenleri, *Türk Ped Arş, 48(2),* 145-151.

Şahin M.B, Özerdoğan N. (2018). Emzirmenin Sürdürülmesi ve Başarısında Anahtar Faktör: Öz Belirleme Kuramına Dayalı Emzirme Motivasyonu. 27(4), 291- 295.

Şirin A., Kavlak O., Gölbaşı Z. (2008). Postpartum Komplikasyonlar/Riskli Durumlar. Kadın Sağlığı. (ss: 790-809). İstanbul: ISBN:978-605-5989-07-1

T.C. Sağlık Bakanlığı (2022). Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı Sezaryen Klinik Protokolü Ankara.

Taormina, R. J. ve Gao, J. H. (2013). Maslow and the motivation hierarchy: Measuring satisfaction of the needs. *The American Journal of Psychology, 126(2),* 155-177.

Taşkın, L. (2019). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 13. Baskı. Ankara: Özyurt Matbaacılık.

Taylor J., Johnson M. (2013). The role of anxiety and other factors in predicting postnatal fatigue: from birth to 6 months. *Midwifery, 29,* 526-534.

Taytan S., (2019). Sezaryenin annelerin doğum sonrası konfor düzeylerine etkisi. *Yüksek Lisans Tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Aydın.

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması, (2018). <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/> tnsa2018/rapor/TNSA2018\_ana\_Rapor.pdf

Ünal, E. ve Kaya Şenol, D. (2022). Primipar Annelerde Doğum Şeklinin Doğum Sonu Konfor ve Emzirme Başarısına Etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi , 5 (2) ,* 158-165 . DOI: 10.38108/ouhcd.901241

Walsh, S. P., White, K. M., Stephen, C. ve Young R. M. (2011). Keeping in Constant Touch: The Predictors of Young Australians’ Mobile Phone Involvement. *Computers in Human Behavior, 27 (1),* 333-342.

Werner-Bierwisch, T., Christiane, P., Niessen, C., Metzing, S., Hellmers, C. (2018). Mothers’ and Fathers’ Sense of Security in The Context of Pregnancy, Childbirth and The Postnatal Period: An İntegrative Literature Review. *BMC Pregnancy and Childbirth, 18,* 473.

Wilkins C. (2006). A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery. 22,* 169–180.

Yelkikalan, N., Oflaz, A., Doğan, S., ve Dalboy, Z. (2020). Covid-19'un Maslow’un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Kuramına Etkisi, *Durumsallık Yaklaşımı Bağlamında Bir Araştırma. Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi, 15 (2)*, 139-165.

**EKLER**

**Ek 1.** Kişisel Bilgi Formu

**Anket No:……….**

**VERİ TOPLAMA FORMU**

 “Doğum Sonrası Konforun Annelerin Güvenlik Hislerine Etkisi*”*adlı araştırmayı Ebelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı kapsamında yapmaktayız. Bu araştırmaya katılım gönüllük esasına dayanmaktadır. Araştırmada gizlilik ilkelerine uyulacak ve araştırma bulguları isim belirtilmeden bilimsel toplantı ve dergilerde yayınlanacak, sorulara vermiş olduğunuz yanıtlar başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Tüm soruların cevaplandırılması araştırma verilerinin doğru yorumlanması açısından önemlidir. Bu araştırma sonucunda size herhangi bir hizmet sunulmayacaktır. Bu araştırmaya katılım gönüllük esasına dayanmaktadır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar tamamen gizli tutulacaktır. Çalışmaya isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulama sırasında veya sonrasında 0 533 490 00 71 no’lu telefon ya da cananakman81@hotmail.com e-posta yoluyla Ebe Canan ÖZELÇİ’ye sorabilirsiniz. Anketi cevaplama süreniz ortalama 15-20 dakika sürebilir.

Gösterdiğiniz ilgiye teşekkür ederim.

 Ebe Canan ÖZELÇİ

Görüşme tarih ve saati:

1. **Kaç yaşındasınız?:………**
2. **Eşinizin yaşı kaçtır?:…..**
3. **Medeni durumunuznedir?**

a)Evli

b)Bekar

1. **Evlilik süreniz nedir?…………………………………..**
2. **Eğitim durumunuz nedir?**
	1. İlkokul
	2. Ortaokul
	3. Lise
	4. Üniversite
	5. Yüksek Lisans/Doktora
3. **Eşinizin eğitim durumu nedir?**
	1. Okur-Yazar değil
	2. Okur-Yazar
	3. İlkokul
	4. Ortaokul
	5. Lise
	6. Üniversite
	7. Yüksek Lisans/Doktora
4. **Gelir getiren bir işte çalışıyormusunuz?**
	1. Hayır
	2. Evet Ne iş yapıyorsunuz?Yazınız…………………….
5. **Eşiniz gelir getiren bir işte çalışıyormu?**
	1. Hayır
	2. Evet Ne iş yapıyor?Yazınız…………………….
6. **Yaşamınızın büyük bölümünü geçirdiğiniz yerneresidir?**
	1. Büyükşehir
	2. İlmerkezi
	3. İlçemerkezi
	4. Kasaba/Köy
7. **Ailenizde siz, eşiniz ve çocuklarınız dışında başkaları yaşıyormu?**
	1. Hayır
	2. Evet (belirtiniz)……………………………..
8. **Ailenizin aylık toplamgelirinedir? TL**
9. **Gelir düzeyinizi giderlerinizle karşılaştırdığınızda nasıldeğerlendiriyorsunuz?**
	1. Düşük (gelir giderden az)
	2. Orta (gelir gidere eşit)
	3. Yüksek (gelir giderdenfazla)
10. **Sosyal güvenceniz var mı?**
	1. Var
	2. Yok
11. **Son gebeliğinizde isteyerek mi gebe kaldınız?**
	1. Evet
	2. Hayır
12. **Son gebeliğinizi planladınız mı?**
	1. Evet
	2. Hayır
13. **Son gebeliğinizde gebe kalmadan önce herhangi bir sağlık sorununuz ya da hastalığınız varmıydı?**
	1. Hayır
	2. Evet (belirtiniz: kalp hastalığı, tansiyon hastalığı, şeker hastalığı gibi) **…………………………………………**
14. **Son gebeliğinizde gebe kalmak için herhangi bir tedavi gördünüzmü?**
	1. Hayır
	2. Evet (tedavinin ne olduğunu belirtiniz)………………………………
15. **Son gebeliğinizde herhangi bir sağlık problemi yaşadınızmı?**
	1. Hayır
	2. Evet (ne olduğunu belirtiniz)………………………………
16. **Kaç kez gebe kaldınız?………………………………………..**
17. **Kaç kez canlı doğum yaptınız?……………………………….**
18. **Yaşayan kaç çocuğunuz var?…………………………………**
19. **Kaç kez ölü doğum yaptınız?………………………………**
20. **Kaç kez düşük yaptınız?………………………………………**
21. **Kaç kez küretaj oldunuz?……………………………………..**
22. **Doğum şekliniz nedir? a)Normaldoğum b) Sezaryen**
23. **Doğum sırasında aşağıdaki müdahalelerden hangisi uygulandı? (Birden fazla seçenekişaretlenebilir)**
	1. Vakum
	2. Forseps
	3. SuniSancı
	4. Kesi (Epizyotomi)
	5. Yırtık oluşması
	6. Karnabasıuygulanması
	7. İdrar sondasıtakılması
	8. Diğer (Belirtiniz) ……………………………………………………………….
24. **Doğumunuz nekadarsürdü? saat**
25. **Doğum sırasında anestezi ya da ağrı kesici ilaç kullanıldımı?**
	1. Hayır

b)Evet (Nedir?Belirtiniz)**……………………………………………………**

**29. Doğum sonrası dönemde size kim refakat ediyor?**

a) Annem b) Kayınvalidem c) Akrabam d) Arkadaşım

 e) Diğer (Yazınız) ………………………………………………………………………..

**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 yasıyorum |  |  |  |  |  |
| Çok kederli ve alınganım, sürekli ağlamak istiyorum |  |  |  |  |  |
| Ağrımla 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 |  |  |  |  |  |
| Eşim ve bebeğimle daha çok birlikte olmak beni rahatlatıyor  |  |  |  |  |  |
| Önemli ve değerli olduğunu hissediyorum |  |  |  |  |  |
| Bebeğimin bakımıyla ilgilenilmesi beni rahatlatıyor |  |  |  |  |  |
| Bebeğimi emzirmede sorun yasıyorum |  |  |  |  |  |
| Kendimle ilgili tüm sorularıma yanıt bulabileceğim bir rehber/kitapçığa ihtiyaç duyuyorum |  |  |  |  |  |
| Eşimin 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/duş 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. Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MADDELER** | **Hiç Katılmıyorum** | **Biraz Katılıyorum** | **Oldukça Çok Katılıyorum** | **Tamamen Katılıyorum** |
| 1. Doğum sonu servisinde ebe/personel olumlu ve destekleyici bir tutuma sahipti. |  |  |  |  |
| 2. Bana, doğum sonu servisinde ebe/personel tarafından yeterince pratik önerilerverildi. |  |  |  |  |
| 3. Bana, doğumdan sonra ilk hafta boyunca yeterli bilgi verildi. |  |  |  |  |
| 4. Doğum sonu servisinde iken kendimi güvende hissettim. |  |  |  |  |
| 5. Doğum sonu servisinde iken ebe/personel tarafındancesaretlendirildim. |  |  |  |  |
| 6. Doğum sonu servisinde kaldığım süre boyunca karar verme sürecine katıldığımıhissettim. |  |  |  |  |
| 7. Doğum sonrası ilk hafta boyunca kendimi gergin/sıkıntılıhissettim. |  |  |  |  |
| 8. Doğum sonrası ilk hafta boyunca kendimi bunalımdahissettim. |  |  |  |  |
| 9. Doğum sonrası ilk hafta boyunca kendimi endişelihissettim. |  |  |  |  |
| 10. Doğum sonrası ilk hafta boyunca kendimi fiziksel olarak iyi hissettim. |  |  |  |  |
| 11. Doğum sonrası ilk hafta boyunca kendimi çok yorgun hissettim. |  |  |  |  |
| 12. Hastaneden eve geldiğimizde eşim bazı uygulamalarda bana destekoldu. |  |  |  |  |
| 13. Doğum sonrası ilk hafta boyunca eşim bana duygusal olarak destek oldu. |  |  |  |  |
| 14. Doğum sonrası ilk hafta boyunca eşimin ailemizle ilgilendiğinihissettim. |  |  |  |  |
| 15. Doğum sonrası ilk hafta boyunca aile bireyleri olarak birbirimize yakınlaştığımızı hissettim. |  |  |  |  |
| 16. Doğum sonrası ilk hafta boyunca her ihtiyacım olduğunda ebe/hemşire ile iletişim kurabilmem mümkündü. |  |  |  |  |
| 17. Bana, doğum sonrası ilk hafta boyunca emzirme ile ilgili yeterli destek sağlandı. |  |  |  |  |
| 18. Doğum sonrası ilk hafta boyunca emzirme sorunsuz devam etti. |  |  |  |  |

**Ek 4.** Etik Kurul Onayı



**Ek-5.** Kurum İzin Yazısı



****

**T.C.**

**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİLİMSEL ETİK BEYANI**

“**DOĞUM SONRASI KONFORUN ANNELERİN GÜVENLİK HİSLERİNE ETKİSİ**” başlıklı Yüksek Lisans/Doktora tezimdeki bütün bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada, bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiz atıf yaptığımı bildiririm. İfade ettiklerimin aksi ortaya çıktığında ise her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Canan ÖZELÇİ

30 /01 /2023

**ÖZ GEÇMİŞ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Soyadı, Adı** | : ÖZELÇİ Canan |
| **Uyruk** . | : Türkiye Cumhuriyeti |
| **Doğum yeri ve tarihi** | : Zonguldak/ 15.11.1981 |
| **Telefon** | : 0 533 490 00 71 |
| **E-posta** | : cananozelci81@gmail.com |
| **Yabancı dil** | : İngilizce  |

**EĞİTİM**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Derece** | **Kurum** | **Mezuniyet tarihi** |
| Y. Lisans |  |  |
| Lisans | Ege Üniversitesi | 16.06.2006 |

**İŞ DENEYİMİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Yıl** | **Yer/Kurum** | **Ünvan** |
| 2006-2008 | Zonguldak/Kozlu/ Dağköy Sağlık Evi | Ebe |
| 2008-2011 | Özel Hastaneler | Ebe |
| 2011-2016 | Bolu Refika Baysal Toplum Sağlığı Merkezi/ Çobankaya Sağlık Evi | Ebe |
| 2016-2019 | Muğla/ Ula Toplum Sağlığı Merkezi | Ebe |
| 2019- Devam ediyor | Aydın Nazilli Devlet Hastanesi | Ebe |