

Sezaryen Sonrası Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Verilen Bakımda Kadınların Yaşadığı Sorunlar ve Hemşirelik Tanılarının Belirlenmesi

Determination of the Nursing Diagnoses and the Problems Experiencing by Women in the Care Given According to Functional Health Patterns Model After Cesarean

Nuriye ERBAŞ^a

^aHemşirelik Bölümü,
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği AD,
Cumhuriyet Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sivas

Geliş Tarihi/Received: 15.01.2016
Kabul Tarihi/Accepted: 23.06.2016

Bu çalışma, 14. Ulusal Hemşirelik Kongresi (Uluslararası Katılımlı) (25-27 Ekim 2013, Muğla)'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

Yazışma Adresil/Correspondence:
Nuriye ERBAŞ
Cumhuriyet Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü,
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği AD, Sivas,
TÜRKİYE/TURKEY
nerbas2006@gmail.com

ÖZET Amaç: Araştırma, sezaryen sonrası Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ) modeline göre verilen evde bakımda kadınların yaşadığı sorunlar ve hemşirelik tanılarının belirlenmesi amacıyla tek grup ön test-son test düzeninde yarı deneysel olarak yapılmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Araştırmanın çalışma grubunu, 9 Aralık 2011-7 Mart 2012 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum servisinde sezaryen olan 33 kadın oluşturmuştur. Veriler bireysel özellikler formu, sezaryen sonrası anne tanılama formu, sezaryen sonrası hemşirelik tanıları formu, Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum Envanteri (DSFDE) ve Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ) ile toplanmıştır. Sezaryen olan kadınlarda taburculuk sonrası ikinci gün ve doğum sonu ikinci haftada sağlık sorunları saptanmıştır. Kadınlara, FSÖ modeline göre hazırlanan sağlık bakım rehberi uygulanmıştır. Doğum sonu sekizinci haftada devam eden sağlık sorunları ve DSFDE değerlendirilmiştir. Doğum sonu 12. haftada ise kadınlara yeniden DSFDE ve EPDÖ uygulanmıştır. Veriler bilgisayarda değerlendirilmiş ve istatistiksel analizde bağımlı gruplarda t-testi, McNamer ki-kare testi ve Fisher Kesin ki-kare testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Doğum sonu sekizinci haftada kadınların meme, üriner sistem ve insizyon bölgesi enfeksiyonu riski, yetersiz emzirme, beslenmede dengesizlik, konstipasyon, aktivite intoleransı, bireysel bakımda eksiklik, uykusuzluk, uyku biçiminde bozukluk, ağrı, durumsal düşük benlik saygısı, beden bilincinde bozulma, üstlendiği rolü yerine getirmede değişiklik, sosyal izolasyon, sözel iletişimde bozulma, cinsel yaşamda değişim riski ve bireysel baş etmede yetersizlik tanılarında anlamlı bir azalma olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Doğum sonu 12. haftada kadınların DSFDE puan ortalaması sekizinci haftaya göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş ($p<0,05$) ve yalnızca bir kadının depresif semptom yaşadığı belirlenmiştir. **Sonuç:** FSÖ modeline göre yapılan sezaryen sonrası evde bakım kadınların sağlık sorunlarının ve hemşirelik tanılarının belirlenmesinde etkili bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Sezaryen; doğum sonrası bakım

ABSTRACT Objective: The study was conducted as a quasi-experimental single group pretest-posttest scheme to determine nursing diagnosis and the problems experiencing by women in the home care according to Functional Health Patterns (FHP) model after cesarean. **Material and Methods:** The study group of research consisted of 33 women who had cesarean delivery between 9 December 2011-7 March 2012 in Obstetrics and Gynecology Department in Cumhuriyet University Health Services Research and Application Hospital. Data were collected by individual characteristics form, mother assessment form after cesarean, nursing diagnosis form after cesarean, Inventory of Functional Status After Childbirth (IFSC) and the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS). The health problems of women with cesarean were determined at the second day after discharge and postpartum second week. The health care guide prepared according to FHP was applied to women. The ongoing health problems and IFSC were evaluated at the end of postpartum eighth week. IFSC and EPDS were applied to women again at the end of twelfth week. The data were evaluated in the computer and paired t-test, the McNamer chi-square test and Fisher's exact chi-square test was used for statistical analysis. **Results:** It was identified that there were significant reduction in the diagnosis such as the risk of infection of women's breasts, urinary tract and incision, inadequate breastfeeding, nutrition imbalance, constipation, activity intolerance, lack of individual care, insomnia, impairment of the form of sleep, pain, situational low self-esteem, the impairment of body image, changes in fulfilling the role, the social isolation, impairment in the verbal communication, risk of change in sexual life and the inability to cope individually ($p<0.05$). It was found that the mean score of IFSC of women at the twelve week was significantly higher than the score at the eighth week ($p<0.05$), and it was identified that only a woman experienced depressive symptoms. **Conclusion:** It can be said that home care according to functional health patterns model after cesarean reduces the health problems of mothers and improves the functional status of women.

Keywords: Cesarean section; postnatal care

Kadın hayatında önemli bir yere sahip olan doğurganlık döneminin sağlıklı geçirilmesi, kadının yalnızca kendi sağlığını değil aynı zamanda çocuğun, ailenin ve toplumun sağlığını da olumlu yönde etkilemektedir.^{1,2} Bir toplumun sağlık düzeyini gösteren ve bu alanda verilen hizmeti değerlendirmede kullanılan en önemli ölçütler arasında anne-bebek ölüm ve hastalık oranları önemli bir yer tutmaktadır. Doğum sonu sağlık sorunlarını ve dolayısıyla anne ölümlerini artıran en önemli faktörlerden biri de müdahaleli doğumlardır.^{2,3}

Doğum eylemine müdahale etmede en sık kullanılan yöntemlerden biri de sezaryen doğumdur. Bütün dünyada ülkeler, şehirler ve hatta hastaneler arasında belirgin farklılıklar göstermekle birlikte sezaryen doğumların önlenemez biçimde arttığı belirtilmektedir.³ Sezaryen doğumlardaki bu artış anne-bebek sağlığı açısından pek çok riski de beraberinde getirebilmektedir.^{4,5} Sezaryen doğumda anne ölüm hızı daha yüksek, tıbbi müdahale daha fazla, hastanede kalış ve iyileşme süreci daha uzun olmaktadır.^{6,7} Schytt ve ark., sezaryen sonrası fiziksel sağlık sorunlarının doğum sonu ikinci ay ve birinci yılın sonunda yaygın olarak görüldüğünü saptamışlardır.⁸ Sezaryen doğum vajinal doğumla karşılaştırıldığında doğum sonu dönemde sağlık sorunlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir.^{9,10}

Sezaryen sonrası sağlık sorunları erken dönem için; ateş, endometrit, insizyon yeri enfeksiyonu, kanama, aspirasyon, atelektazi, üriner sistem enfeksiyonu, pelvik enfeksiyon, tromboemboli, pulmoner emboli, abdominal gaz nedeni ile oluşan akut rahatsızlıklardır. Geç dönem için ise adezyonlara bağlı barsak obstrüksiyonu ve sonraki gebelikte uterusun insizyonun açılmasıdır. Bunlara ilaveten sezaryen sırasında mesane ve üreter yaralanması ile sezaryen sonrasında vezikouterin, ureterouterin, uteroabdominal fistül oluşumu ve nadir olarak gastrointestinal disfonksiyon gibi sağlık sorunları da tanımlanmıştır.^{7,11-13} Sezaryen sonrası cerrahi bir operasyona maruz kalmış olma, oral beslenmeye uzun sürede geçme, geç mobilize olma, enfeksiyon gelişme riskinin fazla olması, anne-bebek etkileşiminin ve süt salınımının gecikmesi gibi durumlar sezaryen sonrası sağlık sorunlarını, kadının kaygı ve endişesini artırarak doğum sonu döneme uyumunu bozabilmektedir.^{6,14,15}

Günümüzde doğumdan sonra hastanede kalış süresinin giderek azalma eğiliminde olması, özellikle sezaryen doğum gibi müdahaleli doğumlarda doğum sonu uyum sürecini uzatmakta ve hastanede alınan sağlık hizmeti sorunların çözümünde yetersiz kalmaktadır.^{16,17} Bu nedenle, sezaryen sonrası kadınların hastanede almaya başladıkları sağlık bakımının evde de devam etmesi çok önemli ve gerekli görülmektedir. Böylece planlı ev ziyaretleri ile sezaryen sonrası kadın ve bebeğin sağlığını değerlendirme, sorunları erken saptama ve uygun müdahaleleri başlatma yoluyla, anne ve bebeklerin sağlığı korunabilmekte ve geliştirilebilmektedir.^{18,19}

Ülkemizde yürürlüğe giren Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde gebe, lohusa, yenidoğan, bebek ve çocuk sağlığına yönelik izlem ve taramalar yapılarak durum değişiklikleri açısından değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir.²⁰ Sağlık Bakanlığının Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'ne göre ise her gebenin en az dört kez nitelikli izlenmesi, doğum sonrası hastanede üç, evde üç olmak üzere altı kez doğum sonu izleminin yapılması gerektiği vurgulanmaktadır.²¹ Yapılan araştırmalarda da doğum sonu dönemde taburcu edilen kadınlar evde hemşireler veya ebeler tarafından takip edildiği veya telefonla izlendiği doğum sonu sağlık sorunlarının daha az, anne ve bebekliğin hastaneye yatma ve herhangi bir sağlık sorunu için hastaneye başvurma oranlarının da daha düşük olduğu saptanmıştır.^{20,22,23} Diğer taraftan literatürde kadınların doğumdan sonra yaşadıkları fizyolojik ve psikolojik değişimlerden dolayı en az 24 saat kendilerine dönük ve öğrenme için motivasyonlarının en alt düzeyde oldukları belirtilmektedir.^{17,22} Buna göre, hastanede verilen doğum sonu bakımın kadının bu döneme sağlıklı bir şekilde uyum sağlayabilmesi için yeterli olamayacağı ve evde bakımın bir gereksinim olduğu söylenebilir.

Hemşirelik, ilk kez 1950'li yıllarda Lydia Hall tarafından bir süreç olarak kavramsallaştırılmıştır. Daha sonra birçok hemşire bilimci hemşirelik aktivitelerini hemşirelik süreci çerçevesinde tanımlamaya başlamıştır. Yura ve Walh 1967 yılında hemşirelik sürecinin aşamalarını veri toplama, planlama, uygulama ve değerlendirme olarak belirlemişlerdir. O tarihten sonra hemşirelik süreci-

nin her bir aşaması kendi bilgisine sahip bağımsız bir disiplin olan hemşirelik bilimi çerçevesinde genişletilerek tartışılmış ve sürecin birinci aşaması olan değerlendirme (assessment); veri toplama ve tanımlama olmak üzere yeniden sınıflandırılmıştır.²⁴ Hemşirelik değerlendirmesinin “hasta gereksinimleri” üzerinde odaklanması gerekliliği ve gereksinimlerin belirlenmesi için de etkin bir veri toplama sistemine gereksinim olduğu vurgulanmıştır. Bu amaçla Gordon, 1987 yılında hemşirelik tanıları üzerinde yaptığı çalışmada, güçlü hemşirelik bakışı ile bilgiyi toplamak ve organize etmek için Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ) adını verdiği bir bakış açısı ileri sürmüştür. Ayrıca FSÖ, insan sağlığı ve yaşam süreci ile ilişkili 11 başlık altında sınıflandırılmıştır. Bu başlıklar; sağlığı algılama ve sağlık yönetimi, beslenme-metabolik durum, boşaltım, aktivite-egzersiz, uyku-dinlenme, bilişsel-algısal, kendini algılama, rol-ilişki, cinsellik-üreme, baş etme-stres toleransı, değer ve inançlar olarak sıralanmaktadır.²⁵

Gordon’un belirli bir zaman dilimindeki davranışların sırası olarak tanımladığı FSÖ hemşirelik süreci, kritik düşünme ve klinik karar verme üzerinde durmaktadır.²⁶⁻²⁸ FSÖ modelinin kolostomili hastalarda, yaşlılarda, huzurevinde yaşayan yaşlılarda, rektum kanseri olan hastalarda, psikiyatri hastalarında ve açık kalp ameliyatı geçiren hastalarda kullanıldığı ve bireylerin hemşirelik bakım gereksinimlerinin saptandığı çalışmalar mevcuttur.²⁹⁻³⁴ Bu çalışmalarda, FSÖ modelinin bireylerin sağlık sorunlarını bütüncül olarak değerlendirmede etkin olduğu belirtilmektedir.

FSÖ modelinin çok boyutlu ve bütüncül özelliği göz önüne alındığında, doğum sonu dönemdeki kadının bakımında da etkili bir şekilde kullanılabilir bir model olduğu düşünülmektedir. Özellikle sezaryen sonrası dönemde FSÖ modelinin kullanılması, kadının sistematik olarak sağlık durumunun tanımlanması, sorunlarının belirlenmesi, bakım gereksinimlerinin karşılanması ve doğum sonu döneme uyumunun kolaylaştırılmasında etkili olabilmektedir. Ayrıca, hasta ve ailesine standartize bir şekilde sunulan hemşirelik bakımında hemşirenin yerine getirmesi gereken rolleri tanımlanmakta ve kendi uygulamalarında bireysel sorumluluk almasını sağlamaktadır.^{26-28,35,36}

Bu çalışma, sezaryen sonrası FSÖ modeline göre verilen evde bakımda kadınların yaşadığı sorunlar ve hemşirelik tanımlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ

H₁: Sezaryen sonrası FSÖ modeline göre verilen evde bakım, kadınların yaşadığı sorunların belirlenmesinde etkin bir yöntemdir.

H₂: Sezaryen sonrası FSÖ modeline göre verilen evde bakım, hemşirelik tanımlarının belirlenmesinde etkin bir yöntemdir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, sezaryen sonrası FSÖ modeline göre verilen evde bakımda kadınların yaşadığı sorunlar ve hemşirelik tanımlarının belirlenmesi amacıyla tek grup ön test-son test düzeninde yarı deneysel olarak yapılmıştır.

ARAŞTIRMANIN YERİ

Araştırma, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi ile araştırmaya alınan kadınların evlerinde yapılmıştır.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ

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

ARAŞTIRMANIN ÇALIŞMA GRUBU

Araştırmanın çalışma grubunu, olasılıksız örneklem yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme yöntemi (Convenience Sampling, Accidental Hap Sampling) ile 9 Aralık 2011-7 Mart 2012 tarihleri arasında sezaryen olan ve araştırma kriterlerini taşıyan 33 kadın oluşturmuştur. Kadınların çalışma grubuna dâhil olma kriterleri; komplikasyonsuz sezaryen doğum yapma, tek bebek doğurma, doğum sonrası kendinde ya da bebeğinde herhangi bir sağ-

lık sorunu gelişmeme (kadında meme-üriner-insizyon enfeksiyonu, kanama, tromboflebit vb.), bebekte ise preterm, düşük doğum ağırlıklı ve konjenital anomali vb., araştırmaya katılmayı kabul etme ve Sivas ili belediye sınırları içinde oturma olarak belirlenmiştir.

ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Uygulamaya geçmeden önce Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum Envanteri (DSFDE) için, ülkemizde ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğini yapan Özkan ve Sevil'den izin alınmıştır. Ayrıca; etik kuruldan (28.12.2010 tarihli, 10/50 sayılı), araştırmanın yapılacağı kurumdan (12.01.2011 tarihli, 773/11 sayılı) ve il sağlık müdürlüğünden (12.01.2011 tarihli, 773/12 sayılı) yazılı izinler alınmıştır. Çalışma öncesinde araştırmaya katılacak olan kadınlara araştırmanın amacı açıklanmış ve araştırmaya katılımları konusunda yazılı ve sözel onamları alınmıştır.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu çalışmada veriler aşağıda belirtilen form ve ölçekler kullanılarak toplanmıştır.

Bireysel Özellikler Formu: Bu form araştırmacı tarafından literatür taranarak ve alanında uzman öğretim üyesi iki hemşireden görüş alınarak geliştirilmiştir.^{37,39,40} Form; kadınların yaşı, eğitim düzeyi, mesleği, aile tipi, sosyal güvencesi, eşinin yaşı, eğitim düzeyi, gelir durumu, sezaryen sayısı, sezaryenin planlı olup olmadığı, sezaryen olmasına kimin karar verdiğini belirlemeye yönelik toplam 14 sorudan oluşmuştur.

Sezaryen Sonrası Anne Tanılama Formu: Form araştırmacı tarafından literatür taranarak ve alanında uzman öğretim üyesi iki hemşireden görüş alınarak hazırlanmıştır.^{1,35-37} Bu formun amacı, FSÖ modeli doğrultusunda sezaryenden sonra yapılan ev ziyaretlerinde kadınların sağlığını değerlendirmek ve sağlık sorunlarını saptayabilmektir. Formda yer alan değerlendirme soruları FSÖ modelinin 11 sağlık örüntüsüne göre standardize edilmiştir. Bu formda kadınların her bir örüntüye ait yaşadığı sağlık sorunlarını belirlemeye yönelik toplam 45 soru yer almaktadır. Formda yer alan sorulardan en az birini yaşayan kadınlar sorun yaşamış olarak değerlendirilmiştir.

Ayrıca bu formda Sayısal Ağrı Değerlendirme Ölçeği [Numeric Rating Scale (NRS)] yer almaktadır. NRS 0-10 veya 0-100 değerli olup; hiç ağrı yok ifadesinden, dayanılamayacak ağrıya kadar birer cm'lik aralıklarla numaralandırılmış, düz çizgiden oluşan, cetvel şeklinde derecelendirilmiş bir ölçektir. Ölçeğin güvenilirlik ve geçerliliğini Seymour, Duncan ve Bushnell ve Paice ve Cohen yapmıştır.³⁰ NRS, uluslararası ve ulusal düzeyde araştırmacılar tarafından kadınların ağrı düzeyini belirlemede kullanılan anlaşılır ve kolay uygulanan bir ölçektir.

Sezaryen Sonrası Hemşirelik Tanıları Formu:

Form, araştırmacı tarafından literatür taranarak ve alanında uzman öğretim üyesi iki hemşireden görüş alınarak hazırlanmıştır.^{1,35-37} Formda taburculuk sonrası ikinci günde, doğum sonu iki ve sekizinci haftada sezaryen sonrası bir kadında gelişebilecek sorunları tanımlamaya yönelik hemşirelik tanıları sıralanmıştır. Bu tanımlar FSÖ modeline göre standardize edilip, Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği [North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)] tarafından geliştirilen ve Erdemir tarafından Türkçe'ye çevrilen hemşirelik tanıları temel alınarak ifade edilmiştir.²⁶⁻²⁸

SEZARYEN SONRASI HEMŞİRELİK TANILARI

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

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

3. Boşaltım: Konstipasyon ve stres inkontinansı riski.

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

5. Uyku-Dinlenme: Uyku biçiminde bozukluk ve uykusuzluk.

6. Bilişsel-Algısal: Ağrı, kronik ağrı, duygusal/algısal değişiklikler, bilgi eksikliği, düşünme sü-

recinde değişiklikler, karar vermede çatışma ve uyum kapasitesinde azalma.

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

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

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

10. Baş Etme-Stres Toleransı: Bireysel baş etmede yetersizlik, aile içi baş etmede yetersizlik ve uyumsuzluk riski.

11. Değer-İnanç: Spiritüel distres riski.

Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum Envanteri (DSFDE): DSFDE, Fawcett ve ark. tarafından, Roy'un adaptasyon modelinin rol fonksiyonunu işler hâle getirmek amacıyla geliştirilmiştir. Envanterin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özkan ve Sevil tarafından gerçekleştirilmiştir. DSFDE, doğum sonu iyileşmeyi saptamaya yönelik beş alt boyuttan oluşan dördümlü Likert tipinde bir ölçme aracıdır. Toplam 36 maddeden oluşan ölçeğin alt boyutları; ev içi aktiviteler (1-12. maddeler), sosyal ve toplumsal aktiviteler (13-18. maddeler), bebek bakımı sorumlulukları (19-24. maddeler), öz bakım aktiviteleri (25-32. maddeler) ve mesleki aktiviteler (33-36. maddeler)'dir. DSFDE'nin her bir sorusu 4 puan üzerinden (1=hiçbir zaman, 2=bazen, 3=çoğu zaman, 4=her zaman) değerlendirilmektedir. Bazı maddeler (25, 26, 27, 28, 29, 32, 34, 35) puanların yorumlanmasında tutarlılık olması için tersine kodlanmıştır. DSFDE'nin tüm maddelerinde bütün kadınlar yer almadığından, her bir alt ölçek ve total skor için ortalama puanlar hesaplanmıştır. Yani bir alt ölçek ortalaması, yanıtlanmış alt ölçekteki bütün maddelerin puan-

larının toplanması ve yanıtlanan madde sayısına bölünmesiyle saptanmıştır.^{38,39}

Envanterin Cronbach alfa iç tutarlılık güvenilirliği ev içi faaliyetlerde 0,83, sosyal ve toplumsal faaliyetlerde 0,66, bebek bakım sorumluluklarında 0,68, öz bakım faaliyetlerinde 0,53, mesleki faaliyetlerde 0,67 iken toplam DSFDE katsayısı ise 0,75 olarak bulunmuştur. Madde-ölçek arasındaki ortalama korelasyon 0,28-0,54 arasında iken, ölçek toplam DSFDE puanları arasındaki korelasyon 0,22-0,79 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirliği toplam DSFDE puanı için 0,99, ölçekler için 0,91-0,99 arasında belirlenmiştir. Ölçekler arası korelasyon oranlarının ise -0,13-0,58 arasında değiştiği saptanmıştır. Araştırmada ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık güvenilirliği ev içi faaliyetlerde 0,76, sosyal ve toplumsal faaliyetlerde 0,46, bebek bakım sorumluluklarında 0,54 ve öz bakım faaliyetlerinde 0,53 olarak bulunmuştur. Toplam DSFDE katsayısı ise 0,99 olarak belirlenmiştir.

Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği (EPDÖ): EPDÖ, Cox tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, kadınlarda doğum sonu depresyonu taramayı amaçlamaktadır. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Engindeniz tarafından yapılmıştır. Ölçek 10 maddeden oluşmaktadır. Maddeler 4'lü Likert biçiminde değerlendirilmekte ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. Ölçekte her bir madde 0, 1, 2, 3 olarak değerlendirilmekte 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10. maddelerin değerlendirilmesinde ise puanlama tersine (3, 2, 1, 0) döndürülmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 30'dur. Ölçeğin kesme noktası 12'dir. Bu puan ve üzerinde puan alan bireyler depresyon yönünden riskli olarak kabul edilmektedir.⁴⁰ Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının 0,79 olduğu belirlenmiştir.⁴⁰ Çalışmamızda da ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının 0,76 olduğu saptanmıştır.

Sezaryen Sonrası Evde Bakım Programı: Bu program, doğum sonu anneye yönelik FSÖ modeline göre sezaryen sonrası bakım rehberi, sezaryen sonrası hemşirelik tanılarına yönelik müdahale planı ve sezaryen sonrası sağlık eğitimi broşüründen oluşmaktadır.

1. Fonksiyonel Sağlık Ölümleri Modeline Göre Sezaryen Sonrası Bakım Rehberi: Bu rehber, sezaryen sonrası dönemde kadınların sağlık sorunu yaşamalarının önlenmesi ve gelişebilecek sorunların erken tanı ve tedavisini sağlamaya yönelik FSÖ modeli doğrultusunda standardize edilen bir rehberdir. Rehber araştırmacı tarafından literatür taranarak ve alanında uzman öğretim üyesi iki hemşireden görüş alınarak geliştirilmiştir.^{2,11,15,24,28,29}

Sağlığı Algılama ve Sağlık Yönetimi: Doğum sonu dönemde meydana gelen değişiklikler, doğum sonu kontrol sıklığı, sağlık kuruluşuna hemen başvurmayı gerektiren durumlar.

Beslenme-Metabolik Durum: Doğum sonu dönemde beslenme, demir ilaçlarının kullanılması, emzirme, meme bakımı, meme komplikasyonları.

Boşaltım: Barsak boşaltım, üriner boşaltım, kegel egzersizleri.

Aktivite-Egzersiz: Aktivite düzeyi ve normal günlük aktivite düzenine dönme zamanı, doğum sonu dönemde kişisel bakım, doğum sonu egzersizler.

Uyku-Dinlenme: Doğum sonu dönemde uyku düzeni, doğum sonu dönemde dinlenme gereksinimi.

Bilişsel-Algisal: Ağrı kontrolü, öğrenme gereksinimi.

Kendini Algılama: Beden imajı değişiklikleri, ruhsal durum-benlik saygısı

Rol-İlişki: Sağlıklı ebeveynlik, ebeveyn bebek iletişimi, sosyal etkileşim, ulaşılabilecek sosyal destek sistemleri

Cinsellik-Üreme: Doğum sonu cinsel yaşam, doğumdan sonra kullanılabilecek gebelikten korunma yöntemleri, uterus involüsyonu.

Baş Etme-Stres Toleransı: Doğum sonu döneme uyum, postpartum blue, doğum sonu depresyon

Değer-İnanç: Doğum sonu döneme yönelik kültürel ve dini normlar ile ilgili uygulamalar.

2. Sezaryen Sonrası Hemşirelik Tanılarına Yönelik Müdahale Planı: FSÖ modeli doğrultusunda sezaryen sonrası kadında saptanabilecek hemşirelik

tanılarına yönelik hemşirelik müdahalelerini içeren ve ilgili literatür taranarak oluşturulan bir müdahale planıdır.^{2,11,15,24}

SEZARYEN SONRASI HEMŞİRELİK TANI KRİTERLERİ

Sağlığı Algılama-Sağlık Yönetimi

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

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

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

Beslenme-Metabolik durum

Beslenmede dengesizlik: Bebeğin emmesi için süt miktarının yeterli olmaması, kadında aşırı yorgunluk ve kadının 2.500 cc/günlük altında sıvı alması. Kadının doğum sonrasında “çok yeme isteğinin olduğunu ve sık sık yemek yemek” isteğini ifade etmesi, gün içindeki öğün sayısının normal zamandaki öğün sayısına oranla artması gibi kriterler iştahta artma olarak kabul edilmiştir. Kadının doğum sonrasında “yeme isteğinin olmadığını ve canının yemek yemek” istemediğini ifade etmesi gibi kriterler ise iştahta azalma olarak kabul edilmiştir.

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

Boşaltım

Konstipasyon: Doğum sonu dönemde kadının abdominal ağrı, rektal ağrı, dolgunluk hissi,

iştah kaybı, her zamanki dışkılama alışkanlığından daha az dışkılama, defekasyonda zorlanma, katı ve şekilli gaita, barsak seslerinin az olması gibi kriterler konstipasyon olarak tanımlanmıştır.

Aktivite-Egzersiz

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

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

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

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

Uyku-Dinlenme

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

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

Bilişsel-Algısal

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

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

Kendini Algılama

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

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

Rol-İlişki

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

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

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

Cinsellik ve Üreme

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

Baş Etme-Stres Toleransı

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

3) Sezaryen Sonrası Sağlık Eğitimi Broşürü:

Broşür kadınların doğum sonu dönemde yapılan bir ve ikinci evde bakım ziyaretlerindeki bakım ve eğitimi hatırlamaları amacıyla oluşturulmuştur.

ARAŞTIRMANIN UYGULANMASI

Araştırmaya başlamadan önce soru formlarının anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini belirlemek için araştırma kapsamına dâhil edilmeyen bir hastanede çalışma grubunun özelliklerini taşıyan 10 kadın üzerinde ön uygulama yapılmıştır. Formlarda gerekli düzenlemeler yapılarak son şekli verilmiştir. Araştırmanın uygulanması 9 Aralık 2011 tarihinde başlamıştır. Bu tarihten itibaren araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan kadınlara yönelik sırasıyla aşağıdaki uygulamalar yapılmıştır:

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

1. Evde bakım ziyareti: Kadınların ilk izlemleri taburcu olduktan sonra ikinci günde kadınların evinde önceden belirlenen saatlerde yapılmıştır. Ziyaret sırasında sezaryen sonrası anne tanılama formu kullanılarak veriler toplanmıştır. Bu veriler doğrultusunda saptanan tanılar sezaryen sonrası

hemşirelik tanıları formuna işaretlenmiştir. Kadınlara FSÖ modeline göre sezaryen sonrası bakım rehberi doğrultusunda eğitim verilmiştir. Eğitim anlatma, soru-yanıt, tartışma ve demonstrasyon yöntemleri kullanılarak yürütülmüştür. Saptanan hemşirelik tanılarına yönelik müdahale planı uygulanmıştır. İlk ev ziyareti ortalama 90-120 dk sürmüştür. Kadının bebeğini sık emzirmesi, insizyon bölgesine ve meme sorunlarına yönelik ağrı yaşaması gibi nedenlerden dolayı eğitime ara vermek zorunda kaldığından ev ziyareti belirlenen süreye göre daha fazla olmuştur. Kadınların doğum yaptığı tarih dikkate alınarak sezaryen sonrası ikinci hafta da yapılacak ikinci ev ziyareti kadınlarla birlikte planlanarak uygulama bitirilmiştir.

2. Evde bakım ziyareti: Sezaryen doğum sonrası ikinci haftada, ikinci evde bakım ziyareti yapılmıştır. Bu ziyaret de sezaryen sonrası anne tanılama formu kullanılarak bir önceki ziyarete göre kadına ait yeni veriler veya değişen durumlar varsa belirlenmiş ve mevcut değişiklikler işaretlenmiştir. Ayrıca, birinci ev ziyaretinde verilen sağlık bakımı ile ilgili geri bildirim alınmış ve eksik bilgiler tekrarlanmıştır. Yeni saptanan tanılar için sezaryen sonrası hemşirelik tanılarına yönelik müdahale planı uygulanmıştır. İkinci ev ziyareti de ortalama 90-120 dk sürmüştür. Kadınların doğum yaptığı tarih dikkate alınarak kadınlarla birlikte sezaryen sonrası 8. hafta da yapılacak I.değerlendirme ziyareti planlanarak uygulama bitirilmiştir.

1. Değerlendirme ziyareti: Sezaryen doğum sonrası 8.haftada I. değerlendirme ziyareti gerçekleştirilmiştir. Sezaryen sonrası anne tanılama formu kullanılarak FSÖ modeli doğrultusunda kadınların yaşadığı sorunlar belirlenmiş ve saptanan tanılar sezaryen sonrası hemşirelik tanıları formuna işaretlenmiştir. Ayrıca kadınlara DSFDE uygulanmıştır. Laboratuvar sonucu ve hekim muayenesi ile kesinleştirilmesi gereken doğum sonu sağlık sorunlarına yönelik herhangi bir belirti varlığında kadın, bağlı bulunduğu aile sağlığı merkezi'ne gönderilmiştir. İlk değerlendirme ziyareti ortalama 60 dk sürmüştür. Kadınların doğum yaptığı tarihe dikkat edilerek sezaryen sonrası 12. hafta da yapılacak olan ikinci değerlendirme ziya-

reti kadınlarla birlikte planlanarak uygulama bitirilmiştir.

2. Değerlendirme ziyareti: Sezaryen doğum sonrası 12. haftada ikinci değerlendirme ziyareti gerçekleştirilmiştir. Kadınlara DSFDE ve EPDÖ uygulanmıştır. İkinci değerlendirme ziyareti ortalama 60 dk sürmüştür.

İSTATİKSEL ANALİZ

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

Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine ilişkin süreksiz veriler (eğitim, aile tipi vb.) sayı ve yüzdeler dağılımları; sürekli veriler ise (yaş, eşin yaşı vb.) aritmetik ortalama ve standart sapma şeklinde gösterilmiştir.

Kadınların fonksiyonel sağlık örüntülerinde sorun yaşama durumları doğum sonu ikinci gün ile sekizinci haftaya göre dağılımı ve kadınların FSÖ modeline göre saptanan hemşirelik tanılarının doğum sonu ikinci gün ile sekizinci haftaya göre dağılımlarında McNamer ki-kare testi ve Fisher Kesin ki-kare testi kullanılmıştır.

Kadınların doğum sonu sekiz ve onikinci haftadaki DSFDE toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında ise bağımlı gruplarda t-testi uygulanmıştır.

İstatistiksel analizlerde anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Kadınların %72,7'sinin 20-29 yaş grubunda, %60,6'sının ilköğretim mezunu olduğu ve %84,8'inin çalışmadığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılan kadınların eşlerinin ise %60,6'sının 20-29 yaş grubunda, %33,3'ünün lise mezunu olduğu ve %72,8'inin işçi ve serbest meslekte çalıştığı saptanmıştır. Ayrıca, kadınların yaklaşık dörtte üçünün (%78,8) çekirdek ailede yaşadığı ve %72,7'sinin gelirinin gidere denk olduğu bulunmuştur. Kadınların %48,5'inin primipar, %57,6'sının ilk sezaryeni ve %81,8'inin ise sezaryenin planlı olduğu belirlenmiştir.

Kadınların FSB'ye yönelik sorun yaşama durumlarının doğum sonu görüşme zamanlarına göre dağılımları incelendiğinde, kadınların sağlığı algılama-sağlık yönetimi sorunu yaşama bakımından taburculuk sonrası 2. (%33,3) gün ve doğum sonu 8. (%87,9) hafta arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=25,85$, $p=0,001 < 0,01$).

Beslenme-metabolik durum örüntüsünde sorun yaşama durumları incelendiğinde, kadınlarda iştah sorununun taburcu olduktan sonra 2. günde %39,4, doğum sonu 2. haftada %42,4 ve doğum sonu 8. haftada ise %15,2 olduğu belirlenmiştir. İştah sorunu yaşama bakımından doğum sonu 2 ve 8. hafta arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2= 8,39$, $p=0,004 < 0,01$).

Kadınlarda barsak boşaltımı sorununun taburculuk sonrası 2. günde %63,6, doğum sonu 2. haftada %9,7 olduğu ve doğum sonu 8. haftada ise bu sorunun devam etmediği saptanmıştır. Barsak boşaltımı sorunu yaşama bakımından taburculuk sonrası 2. gün ve doğum sonu 2. hafta, taburculuk sonrası 2. gün ve 8. hafta, doğum sonu 2 ve 8. hafta arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=12,82$, $p=0,001 < 0,01$, $p=0,001 < 0,01$).

Kadınların aktivite-egzersiz sorununun taburculuk sonrası 2. günde %81,8, doğum sonu 2. haftada %78,8, 8. haftada ise %66,7 oranında devam ettiği belirlenmiş olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($X^2=2,13$, $p=0,453 > 0,05$, $p=0,180 > 0,05$).

Kadınların uyku-dinlenme sorununun taburculuk sonrası 2. günde %97,0, doğum sonu 8. haftada %15,2, doğum sonu 2. haftada %81,8 ve 8. haftada ise %15,2 devam ettiği belirlenmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=14,44$, $p=0,001 < 0,01$, $p=0,001 < 0,01$).

Kadınların bilişsel-algısal örüntüde sorun yaşama durumları incelendiğinde; insizyon yerinde ağrı, kadınların taburculuk sonrası 2. günde ve doğum sonu 2. haftada tamamında, doğum sonu 2. haftada tamamında ve 8. haftada ise yalnızca %30,3'ünde devam etmekte olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=11,54$, $p=0,001 < 0,01$, $p=0,001 < 0,01$).

Kadınların kendini algılama-kavrama örüntüsünde sorun yaşama yalnızca taburculuk sonrası 2. günde %30,3 oranında olup, doğum sonu 2 ve 8. haftada devam etmemekle birlikte, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=16,82$, $p=0,002<0,01$, $p=0,002<0,01$).

Aile içi ilişkiler sorunu yaşama bakımından taburculuk sonrası 2. (%33,3) gün ve doğum sonu 2. (%54,5) hafta, doğum sonu 2. (%54,5) hafta ve 8. (%18,2) hafta arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=26,92$, $p=0,002<0,01$).

Cinsel yaşama ilişkin endişe sorunu yaşama bakımından, taburculuk sonrası 2. (%51,5) gün ve doğum sonu 2. (%6,1) hafta, taburculuk sonrası 2. (%51,5) gün ve 8. (%3,0) hafta arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=10,23$, $p=0,001<0,01$, $p=0,001<0,01$).

Baş etme-stres toleransı sorunu yaşama bakımından taburculuk sonrası 2. (%97,0) gün ve doğum sonu 2. (%100,0) hafta, taburculuk sonrası 2. (%97,0) gün ve 8. (%33,3) hafta arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=10,84$, $p=0,001<0,01$, $p=0,001<0,01$).

Kadınların kendi ve bebek bakımıyla ilgili geleneksel uygulamalar sorunu yaşama bakımından taburculuk sonrası 2. (%60,6) gün ve doğum sonu 2. (%12,1) hafta, taburculuk sonrası 2. (%60,6) gün ve doğum sonu 8. (%6,1) hafta arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=11,84$, $p=0,002<0,01$, $p=0,002<0,01$).

Kadınların meme enfeksiyonu riski ($X^2=9,69$, $p=0,001<0,01$), üriner sistem enfeksiyonu riski ($X^2=6,69$, $p=0,001$), insizyon bölgesi enfeksiyonu riski ($X^2=23,17$, $p=0,001<0,01$), yetersiz emzirme ($X^2=20,07$, $p=0,001<0,01$), beslenmede dengesizlik ($X^2=11,84$, $p=0,022<0,05$), konstipasyon ($X^2=21,11$, $p=0,001$), evdeki sorumluluklarını sürdürme ve yönetmede bozukluk ($X^2=25,09$, $p=0,001<0,01$), aktive intoleransı ($X^2=20,97$, $p=0,001<0,01$), bireysel bakımda eksiklik ($X^2=21,14$, $p=0,001<0,01$), uykusuzluk ($X^2=22,34$, $p=0,001<0,01$), uyku biçiminde bozukluk ($X^2=21,54$, $p=0,001<0,01$), ağrı ($X^2=16,87$, $p=0,001<0,01$), üstlendiği rolü yerine getirmede değişiklik ($X^2=19,23$, $p=0,001<0,01$), sosyal izolasyon ($X^2=6,17$, $p=0,001<0,01$), sözel iletişimde bozulma

($X^2=4,12$, $p=0,031<0,05$), cinsel yaşamda değişim riski ($X^2=14,34$, $p=0,001<0,01$) ve bireysel baş etmede yetersizlik ($X^2=23,16$, $p=0,001<0,01$) tanıları bakımından taburculuk sonrası 2. gün ve doğum sonu 8. hafta arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 1).

Kadınların EPDÖ puan ortalamasının $5,5\pm 3,4$ olduğu ve yalnızca birinin (%3,0) depresif semptom yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 2).

DSFDE'nin alt boyut puan ortalamaları, doğum sonu 8. haftada ev içi faaliyetler alanında $2,3\pm 0,3$, sosyal ve toplumsal faaliyetler alanında $1,4\pm 0,5$, bebek bakımı sorumlulukları alanında $3,7\pm 0,1$, öz bakım faaliyetleri alanında $3,2\pm 0,4$ olarak belirlenmiştir. Kadınların doğum sonu 12. haftada ev içi faaliyetler alanında $2,7\pm 0,2$, sosyal ve toplumsal faaliyetler alanında $1,9\pm 0,4$, bebek bakımı sorumlulukları alanında $3,9\pm 0,1$, öz bakım faaliyetleri alanında $3,3\pm 0,1$ olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde; kadınların doğum sonu 8. ve 12. haftalarda DSFDE alt boyut puan ve toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=10,534$, $p=0,001$) (Tablo 3).

TARTIŞMA

Yapılan bu çalışmada, sezaryen olan kadınların evlerinde FSÖ modeline göre verilen bakımla doğum sonu dönemde yaşanan sorunlar ve hemşirelik tanıları belirlenmiştir. FSÖ modelinin ilk örüntüsü olan sağlığı algılama ve sağlık yönetimi alanında doğum sonu ilk iki haftada kadınların yarısından fazlasının sağlığını olumsuz algıladığı saptanmıştır. Nitekim literatürde de kadınların özellikle doğum sonu erken dönemlerde fizyolojik uyum, ağrı şikâyetleri ya da bebek bakımında karşılaşılan güçlükler ve yetersiz destek sistemleri gibi nedenlerden dolayı kendi sağlık ve iyilik durumlarını olumsuz algıladıkları ifade edilmektedir.⁴¹⁻⁴³ Bunun bir nedeni, kadınların yaşadıkları sorunlar ve bu sorunlarla nasıl baş edeceklerini bilmemelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada taburculuk sonrası ikinci günde yapılan değerlendirmede; kadınların tamamının insizyon yerinde ağrı, çoğunluğunun ise yetersiz emzirme, sosyal izolasyon, yorgunluk, evdeki

TABLO 1: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri modeli doğrultusunda doğum sonu 2. gün ve 8. haftada saptanan hemşirelik tanıları (n=33).

Hemşirelik tanıları	Doğum sonu 2. gün		Doğum sonu 8. hafta		p
	n	%	n	%	
Sağlığı algılama-sağlık yönetimi					
Meme enfeksiyonu riski	15	45,4	1	3,0	0,001
Üriner sistem enfeksiyonu riski	14	42,4	2	6,1	0,001
İnsizyon bölgesi enfeksiyonu riski	20	60,6	1	3,0	0,001
Beslenme-metabolik durum					
Yetersiz emzirme	25	75,8	2	6,1	0,001
Beslenmede dengesizlik	13	39,4	4	12,1	0,022
Boşaltım					
Konstipasyon	21	63,6	1	3,0	0,001
Aktivite-egzersiz					
Yorgunluk	27	81,8	22	66,7	0,227
Evdeki sorumluluklarını sürdürme ve yönetmede bozukluk	26	81,3	-	-	0,001
Aktivite intoleransı	27	81,8	3	9,1	0,001
Bireysel bakımda eksiklik	29	87,9	2	6,1	0,001
Uyku-dinlenme					
Uykusuzluk	32	97,0	5	15,2	0,001
Uyku biçiminde bozukluk	24	72,7	-	-	0,001
Bilişsel-algısal					
Bilgi eksikliği	33	100,0	-	-	0,001
Ağrı	33	100,0	10	30,3	0,001
Kendini algılama					
Durumsal düşük benlik saygısı	5	15,2	-	-	Test yapılmadı
Beden bilincinde bozulma	5	15,2	-	-	Test yapılmadı
Rol-ilişki					
Üstlendiği rolü yerine getirmede değişiklik	16	48,5	-	-	0,001
Sosyal izolasyon	26	78,8	12	36,4	0,001
Sözel iletişimde bozulma	6	18,2	-	-	0,031
Cinsellik-üreme					
Cinsel yaşamda değişim riski	17	51,5	1	3,0	0,001
Baş etme-stres toleransı					
Bireysel baş etmede yetersizlik	30	90,9	6	18,2	0,001

sorumluluklarını sürdürmede yetersizlik, aktivite intoleransı, bireysel bakımda eksiklik, tamamına yakınının ise uykusuzluk ve bireysel baş etmede yetersizlik yaşadığı belirlenmiştir. Ayrıca, kadınların tamamı doğum sonu döneme ilişkin bilgi gereksinimleri olduğunu ifade etmiştir.

Türkiye’de doğum sonu ilk haftada kadınların yaşadığı sorunları değerlendiren çalışmalarda da benzer sorunların farklı sıklıklarda ortaya çıktığı saptanmıştır. Yıldız ve Küçükşahin, bu dönemde kadınların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme, uyku-dinlenme ve duygusal durum değişiklikleri ile ilgili sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir.¹⁸ Apay ve Pasinlioğlu, kadınların çoğunlu-

TABLO 2: Kadınların Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği puan ortalaması ve ölçeğin cut-off değerine göre depresif semptom yaşama durumları.

EPDÖ puan dağılımı ve ortalaması	(n=33)	
EPDÖ cut-off değerine göre dağılım	n	%
≥ 12 (Depresif semptom yaşayan)	1	3,0
≤ 12 (Depresif semptom yaşamayan)	32	97,0
EPDÖ puan ortalaması (X±SS)*	5,5±3,4	

*Değerlendirme doğum sonu 12. haftada yapılmıştır.

EPDY: Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği

ğunda yetersiz emzirme, bireysel bakımda yetersizlik, uyku düzeninde bozulma ve yorgunluk yaşandığını saptamıştır.⁴⁴ Kılıç ve ark.nın çalışmasında,

TABLO 3: Doğum sonu 8. ve 12. haftada kadınların Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum Envanteri alt boyut puan ve total puan ortalamaları.

Alt boyut ve toplam puan	Doğum sonu 8. hafta		Doğum sonu 12. hafta	
	X±SS	X±SS	t-test	p
Ev içi faaliyetler	2,3±0,3	2,7±0,2	9,398	0,001
Sosyal ve toplumsal faaliyetler	1,4±0,5	1,9±0,4	4,204	0,001
Bebek bakımı sorumlulukları	3,7±0,1	3,9±0,1	9,144	0,001
Öz bakım faaliyetleri	3,2±0,4	3,3±0,1	10,650	0,001
DSFDE toplam puanı	2,3±0,1	2,6±0,1	10,534	0,001

DSFDE: Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum Envanteri.

kadınların yarısının sosyal izolasyon, yarısından azının ise konstipasyon, uyku düzeninde bozulma, aktivite intoleransı ve yorgunluk yaşadığı belirlenmiştir.⁴⁵ Duman'ın çalışmasında; kadınların loşia, insizyon, memeler, anne-bebek ilişkisi ve duygusal-psikolojik sorunlar ile ağrı yaşadıkları saptanmıştır.¹⁶ Nazik ve Eryılmaz ise kadınların tamamında enfeksiyon riski ve bilgi eksikliği, çoğunluğunda beslenmede dengesizlik ve uyku düzeninde bozulma, yarısından azında ise bireysel bakımda eksiklik, aktivite intoleransı, yorgunluk, yetersiz emzirme ve sosyal izolasyon yaşandığını belirlemişlerdir.⁴⁶ Kadınların doğum sonu süreçte benzer bazı sağlık sorunları yaşaması kaçınılmazdır. Önemli olan bakım ve eğitimden sorumlu sağlık profesyonellerinin doğal bir süreç olan bu dönemi kadın ile ailesinin uyum içerisinde geçirmesi ve sorunlarıyla baş edebilmesine yardımcı olmasıdır. Bu nedenle de kadın ile ailesine sistematik ve bütüncül yaklaşımı benimseyen bir model doğrultusunda bakım verilmesi gerekmektedir.

Hemşirelik modelleri kullanılarak yapılan çalışmalarda, bakım sonuçlarının daha etkili ve sistematik olduğu, sağlık sorunlarını azalttığı görülmüştür.^{28,47} Kılıç ve ark. ile, Apay ve Nazik'in model kullanarak yapmış oldukları çalışmada da doğum sonu dönemde verilen bakımın doğum sonu sağlık sorunlarını azalttığı/önlediği belirlenmiştir.⁴⁴⁻⁴⁶ Model kullanmadan yapılan çalışmalarda da sezaryen sonrası ev ziyaretlerinin anne-bebek sağlığını olumlu yönde etkilediği, fakat çalışma sonuçları olumlu olmasına karşın daha az sağlık sorununu çözdüğü saptanmıştır.^{16,37,48} Literatür bilgilerini ve yapılan diğer çalışma sonuçlarını des-

tekler nitelikte olan bu araştırma sonuçları; kadınlarda sorun yaşama sıklığının ev ziyaretleri süresince anlamlı ölçüde azalması, sezaryen sonu bireyi bütüncül olarak ele almayı sağlayan model kullanılarak yapılan ev ziyaretlerinin etkinliğini ve doğum sonunda verilen eğitimlerin gerekliliğini desteklemesi açısından önemli olabilir.

Bu çalışmada, doğum sonu 12. haftada 33 kadından sadece birinin (%3,0) depresif semptom yaşadığı belirlenmiştir. Kadınlarda durumsal düşük benlik saygısı, beden bilincinde bozulma ve yorgunluk sorunlarının ev ziyaretleri süresince devam etmesi kadının yaşam kalitesini, ilişkilerini, fonksiyonlarını, annelik rolünü ve bebek bakım becerisini etkileyerek postpartum depresyon (PPD) oluşmasına neden olabilmektedir.⁴⁹ Amerikan Psikiyatri Birliği'ne göre PPD, doğum sonrası dördüncü haftadan başlayarak bir yıla kadar sürebilmektedir.^{50,51} Araştırmalar depresif belirtileri olan kadınlara evde verilen hemşirelik bakımının depresyon düzeyini düşürdüğünü göstermektedir.⁵²⁻⁵⁵ Bu çalışmada, evde bakım hizmetleri sonucu kadınların daha az depresif semptom yaşaması, literatür bilgileriyle uyumlu olmakla birlikte, sorunun yaygınlığına ilişkin farklı sonuçların depresif semptomları ölçme zamanı ve örneklem hacmi gibi diğer bazı farklılıklardan da kaynaklanmış olabileceği söylenebilir. Diğer taraftan, FSÖ modelinin kadınları bütüncül yaklaşım içerisinde ele alması ve bu bütüncül bakış açısı içinde kadınların doğum sonu dönemde ev ziyaretleri ile desteklenmesi, depresif semptom yaşama sıklığının azaltılmasını sağlayarak evde bakımın önemine dikkat çekebilir.

Çalışmada, doğum sonu 12. haftadaki DSFDE alt boyut ve toplam puan ortalamalarının sekizinci haftaya göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Doğum sonrası kadının fonksiyonel durumu, üstlendiği sorumlulukların fazla gelmesi ve yaşadığı karmaşa ile baş etmede zorlanması ruhsal iyilik hâlini etkileyebilmektedir. Kadının fonksiyonel durum yetersizliği, doğum sonu depresyon riskini artırdığı gibi, doğum sonu depresyon riski olan kadının da fonksiyonel durumu yetersiz olabilmektedir.^{43,56,57} Posmontier, kadınların fonksiyonel durumunun saptanarak doğum sonrası depresyonun tahmin edilebileceğini vurgulamıştır.⁴⁹ Bu nedenle sezaryen sonrası kadınların fonksiyonel durumunun değerlendirilmesi depresyon riskinin belirlenmesinde önem taşımaktadır. Doğum sonu dönemde fonksiyonel durum; kadının bebeğinin bakım sorumluluğunu, kendi öz bakımını, ev işlerini, sosyal-toplumsal ve mesleki aktivitelerini üstlenmeye hazır olmasıdır.⁴⁴ Kadınların doğum sonrası iyileşmesi genellikle üreme organlarının iyileşme süresi olan 8-12 haftayı tanımlamaktadır. Ancak, üreme organlarının iyileşmesi ile kadınların doğum sonrası dönemde fizyolojik, psiko sosyal açıdan tam olarak iyileşmesi gerçekleşmemiş olabilir.^{38,57}

Literatürde, doğum sonrası haftalar ilerledikçe fonksiyonel durumun da geliştiği, ancak kadınların fonksiyonel durumlarını yükseltebilmeleri için doğumdan sonra altı ay ve daha fazla zamana gereksinimleri olduğu belirtilmektedir.^{39,52,56,57} Şanlı, doğum sonrası 13-24 haftalar arasındaki kadınların 8-12. haftalar arasındaki kadınlara oranla ev içi, öz bakım faaliyetleri ve toplam DSFDE puan ortalamalarının yüksek olduğunu saptamıştır. Apay ve Pasinlioğlu, kadınların DSFDE sosyal ve toplumsal faaliyetler alt boyut puan ortalamalarının içinde bulunan doğum sonrası hafta ilerledikçe yükseldiğini belirlemiştir.⁴⁴ Özkan ve Sevil, bebek bakımında yardım alan kadınların bebek bakımına ilişkin fonksiyonel durumlarının daha iyi olduğunu saptamışlardır.³⁹

Çalışma sonuçları literatür bilgisi ve yapılan çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Bu sonuç kadınların genç, gelirin gidere denk, planlı sezaryen olmasından ve ekonomik olarak güçlü seviyedeki kadınların bebek bakımında ve ev işle-

rinde daha fazla yardım alabilme olanaklarına sahip olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca, kadınların doğumdan sonra fonksiyonel durumlarına geri dönüşleri fizyolojik iyileşme süresi olan altı haftadan daha uzun sürmesi nedeni ile kadınlara bu dönemde gereksinim duydukları bakımın ev ziyaretleri süresince bütüncül bir yaklaşımla verilmesinin doğum sonu döneme daha kolay uyum sağlamalarını etkilediği söylenebilir.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılmış olmasından dolayı araştırmanın sonuçları genellenemez.

Sezaryen sonrası dönemde zaman ilerledikçe çalışma grubunda değerlendirilen sağlık sorunlarının/hemşirelik tanılarının iyileşme göstermesi beklenen bir durumdur. Ancak hemşirelik bakımı, eğitimi ve uygulamalarının da bu iyileşme sürecini desteklediği bilinen bir gerçektir. Yarı deneysel bir araştırma olması ve karşılaştırma grubu alınmaması nedeni ile FSÖ modeline göre verilen bakım, sezaryen sonrası kadınların sağlık sorunlarını belirlemedeki etkinliğini değerlendirmede sınırlı kalmıştır.

SONUÇ

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

■ Doğum sonu dönemde en az bir yıl süre ile kadınlara doğuma bağlı oluşabilecek sağlık sorunlarını da içeren eğitim ve danışmanlık hizmetinin

farklı hemşirelik modelleri kullanılarak yapılması ve sonuçlarının karşılaştırılması,

■ Bu çalışma, tek bir grupla yapıldığı ve kadınların doğum sonu sağlık sorunları ilk sekiz haftalık süre izlendiği için kadınların fonksiyonel durumları ve yaşadığı sorunları göz önüne alarak, deneysel olarak doğum sonu izlemlerin fizyolojik iyileşme süreci olan sekiz haftadan daha uzun süre yapılmasının sağlanması önerilmektedir.

Teşekkür

Araştırma, Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma Proje Başkanlığı tarafından (2011/06 sayı) desteklenmiştir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek

Yazarlar bu çalışma için Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma Proje Başkanlığı tarafından (2011/06 sayı) finansal destek aldığını beyan etmiştir.

Yazar Katkıları

Fikir-Tasarım-Veri Toplanması ve/veya İşlemesi-Analiz ve/veya Yorum-Literatür Taraması-Yazıyı Yazan-Eleştirel İnceleme: Nuriye Erbaş.

KAYNAKLAR

- Pillitteri A. Maternal Child Health Nursing: Care of Childbearing and Childbearing Family. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Company; 2003. p.598.
- Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 9. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2009. p.466.
- King TL. Preventing primary cesarean sections: intrapartum care. Semin Perinatol 2012;36(5):357-64.
- Boyle A, Reddy UM. Epidemiology of cesarean delivery: the scope of the problem. Semin Perinatol 2012;36(5):308-14.
- Hacettepe University Institute of Population Studies. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık Ltd. Şti; 2013. p.260. Erişim Tarihi: 15.01.2015. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf. (online yayın)
- Carey JC, Rayburn WF. [Obstetrics and gynecology]. Güner H, editör. Obstetrik ve Jinekoloji. 4. Baskı. Ankara: Öncü Basımevi; 2006. p.554-652.
- Smith RP. [Obstetrics gynecology and women's health]. Erenus M, Yoldemir T, çeviri editörleri. Netter Obstetrik, Jinekoloji ve Kadın Sağlığı. 1. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2008. p.146-228.
- Schytt E, Lindmark G, Waldenström U. Physical symptoms after childbirth: prevalence and associations with self-rated health. BJOG 2005;112(2):210-7.
- Lund K, Mcmanaman J. [Puerperium]. In: Gibbs RS, Karlan, Haney, Nygaard, eds. Kuşçu E, çeviri editörü. Ayhan A, editör. Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji. 10. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2010. p.22-43.
- Soergel P, Jensen T, Makowski L, von Kaisenberg C, Hillemanns P. Characterisation of the learning curve of caesarean section. Arch Gynecol Obstet 2012;286(1):29-33.
- Beji NK, Coşkun A, Yıldırım G. [Effects of childbirth on the functional ability of women]. HEMAR-G 2003;1(1):23-9.
- Fenwick S, Holloway I, Alexander J. Achieving normality: the key to status passage to motherhood after a cesarean section. Midwifery 2009;25(5):554-63.
- Murray SS, McKinney ES. Postpartum physiologic adaptations. Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing. 5th ed. Elsevier Science Health Science Division. Philadelphia: Saunders Company; 2010. p.390-419.
- Odumosu M, Pathak S, Barnet-Lamb E, Akin-Deko O, Joshi V, Selo-Ojeme D. Understanding and recollection of the risks associated with cesarean delivery during the consent process. Int J Gynecol Obstet 2012;118(2):153-5.
- Porter M, van Teijlingen E, Chi Ying Yip L, Bhattacharya S. Satisfaction with cesarean section: qualitative analysis of open-ended questions in a large postal survey. Birth 2007;34(2):148-54.
- Duman NB. [Home care after postpartum early discharge]. TAF Prev Med Bull 2010;8(1):73-82.
- Fink AM. Early hospital discharge in maternal and newborn care. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2011;40(2):149-56.
- Yıldız, H, Küçükşahin N. Kırsal Bölgede Annelerin Doğum Sonu Yaşadıkları Sorunlar ve Bakım Gereksinimleri, Türk Aile Hekimliği Dergisi 2011;15(4):159-66.
- Weiss M, Fawcett J, Aber C. Adaptation, postpartum concerns, and learning needs in the first two weeks after cesarean birth. J Clin Nurs 2009;18(21):2938-48.
- Resmi Gazete (11.03.2015, Sayı: 29292) sayılı T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2015. p.3.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 924. Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; 2014. p.32.
- Martell L. Postpartum women's perceptions of the hospital environment. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2003;32(4):478-85.
- Cardoso Del Monte MC, Pinto Neto AM. Post-discharge surveillance following cesarean section: the incidence of surgical site infection and associated factors. Am J Infect Control 2010;38(6):467-72.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. Williams Doğum Bilgisi. Cengiz Akman A, çeviri editörü. Williams Doğum Bilgisi 21. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2005. p.672-85.
- Pearson A, Vaughan B, Fitzgerald M. Nursing Models of Practice. 3rd ed. China: Elsevier Limited; 2005. p.253.
- Gordon M. [Why must there is a standardized requirements in nursing? Overview of the historical development of nursing classification system]. Erdemir F, Yılmaz E, editörler. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri. Ankara: Başkent Üniversitesi Basın Yayın Halkla İlişkiler Bürosu; 2003-1. p.11-5.

27. Gordon M. [Functional health patterns and clinical decision making]. Erdemir F, Yılmaz E, editörler. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri. Ankara: Başkent Üniversitesi Basın Yayın Halkla İlişkiler Bürosu; 2003-2. p.87-93.
28. Gordon M. Critical care assessment. Manual of Nursing Diagnosis. 12th ed. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett; 2010. p.31.
29. Dal Ü. [Gordon's functional health patterns colostomy patient care according to the model nursing form]. Hemşirelik Forumu 1999;2(5):246-9.
30. Seymour RA, Charlton JE, Phillips ME. An evaluation of dental pain using Visual Analogue Scales and the McGill Pain Questionnaire. J Oral Maxillofac Surg 1983;41(10): 643-8.
31. Gümüş AB, Şıpkın S, Keskin G. [Determining the care needs of elderly individuals who live in a nursing home according to the functional health patterns model]. J Psy Nurs 2012;3(1): 13-21.
32. Gürler H, Yılmaz M. [A model in the planning of standart nursing care of a case rectal cancer: "functional health patterns"]. Firat Medical Journal 2011;16(3):141-6.
33. Sabancıoğulları S, Ata EE, Kelleci M, Doğan S. [Evaluation according to the functional health pattern model and nanda diagnoses of patient care plans made by nurses in a psychiatry department]. J Psy Nurs 2011;2(3): 117-22.
34. Yılmaz M, Çiftçi ES. [A model defining the needs of patient care at home after open heart surgery: functional health patterns]. Turkish J Thorac Cardiovasc Surg 2010;18(3):183-9.
35. Allender AJ, Spradley WB. Clients Receiving Home Health and Hospice Care. 5th ed. London: Community Health Nursing; 2005. Allender AJ, Spradley WB. Clients Receiving Home Health and Hospice Care. London: Community Health Nursing; 2005.5.EDITION. p.885 p.885.
36. Declercq E, Young R, Cabral H, Ecker J. Is a rising cesarean delivery rate inevitable? Trends in industrialized countries, 1987 to 2007. Birth 2011;38(2):99-104.
37. Koç G. [Postpartum period data collection form]. Taşkın L, Eroğlu K, Terzioğlu F, Vural G, editörler. Hemşire ve Ebeler İçin Doğum ve Kadın Sağlığı Uygulama Rehberi. 1. Baskı. Ankara: Palme Yayıncılık; 2004. p.73-83.
38. Fawcett J, Tulman L, Myers ST. Development of the inventory of functional status after childbirth. J Nurse Midwifery 1988;33(6):252-60.
39. Özkan S, Sevil Ü. [The study of validity and reliability of inventory of functional status after childbirth]. TAF Prev Med Bull 2007;6(4):199-208.
40. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. [Edinburgh postnatal depression scale Turkish form validity and reliability study]. Bahar Sempozyumları 1. Kitabı. Ankara: Psikiyatri Derneği Yayınları; 1997. p.51-2.
41. Lee RH, Miller DA. Placenta accreta. In: Goodwin TM, Montoro MN, Munderspach L, Paulson R, Roy S, eds. Management of Common Problems in Obstetrics and Gynecology. 5thed. New York, NY: Wiley-Blackwell; 2010. p.62-7.
42. Howell EA, Mora PA, Chassin MR, Leventhal H. Lack of preparation, physical health after childbirth, and early postpartum depressive symptoms. J Womens Health (Larchmt) 2010;19(4):703-8.
43. Kersten-Alvarez LE, Hosman CM, Riksen-Walraven JM, Van Doesum KT, Hoefnagels C. Long-term effects of a home-visiting intervention for depressed mothers and their infants. J Child Psychol Psychiatry 2011;51(10):1160-70.
44. Apay ES, Pasinioğlu T. [A sectional study: the investigation of functional situations of the women after the labor]. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2009;1(6):20-9.
45. Kılıç D, Kılıç M, Reis N, Özkan H. [The effect of caesarean delivery care on postpartum problems and satisfaction]. Health Med 2011;5(4):794-800.
46. Nazik E, Eryılmaz G. The prevention and reduction of postpartum complications: Orem's model. Nurs Sci Q 2013;26(4):360-4.
47. Carpenito-Moyet LJ. Nursing Care Plans and Documentation: Nursing Diagnoses and Collaborative Problems. 5thed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p.814.
48. de la Rosa IA, Perry J, Johnson V. Benefits of increased home-visitation services: exploring a case management model. Fam Community Health 2009;32(1):58-75.
49. Posmontier B. Functional status outcomes in mothers with and without postpartum depression. J Midwifery Womens Health 2008;53(4): 310-8.
50. Gereklioğlu Ç, Poçan AG, Başhan İ. [Postpartum psychiatric problems of mothers: review]. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2007;17(2):126-33.
51. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression. Am J Obstet Gynecol 2009;200(4):357-64.
52. Şanlı Y, Öncel S. [Evaluation of the functional status of woman after childbirth and effective factors]. J Turk Soc Obstet Gynecol 2014;11(2):105-14.
53. Arslantaş H, Ergin F, Balkaya NA. [Postpartum depression prevalence and related risk factors in Aydın province]. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2009;10(3):13-22.
54. Durukan E, İhan MN, Bumin MA, Aycan S. [Postpartum depression frequency and quality of life among a group of mothers having a child aged 2 weeks-18 months]. Balkan Med J 2011;28(4):385-93.
55. Özdemir S, Marakoğlu K, Çivi S. [Risk of postpartum depression and affecting factors in Konya center]. TAF Prev Med Bull 2008;7(5):391-8.
56. Aktan NM. Foncnional status after childbirth and related concepts. Clin Nurs Res 2010; 19(2):165-80.
57. Thompson AM, Bukowski R. Puerperium. In: Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard I, eds. Danforth's Obstetrics and Gynecology. 10thed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p.70-2.