



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**POSTPARTUM ERKEN DÖNEMDE DÜZENLİ FUNDUS
MASAJININ UTERUS İNVOŁÜSYONUNA VE LOŞİA RUBRA
MİKTARINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

NURGÜL TURHAN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yard.Doç.Dr. ASİYE KOCATÜRK

İSTANBUL-2017

TEŐEKKÖR

Tez çalıőmamın yűrűtűlmesinde ve oluőumun da engin bilgi birikiminden ve tecrűbelerinden yararlandıėım, yűnlendirme ve bilgilendirmeleriyle çalıőmamı bilimsel temeller ıőıėında őekillendiren sayın hocam Yrd.Doç.Dr.Asiye KOCATÖRK'e sonsuz teőekkűrlerimi sunarım.



İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ ONAYI.....	i
BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. Postpartum (Doğum Sonu) Dönem.....	5
4.1.1. İnvölüsyon süreci.....	5
4.1.1.1. Uterus involüsyonu.....	6
4.1.1.2. Loşia ve karakteri.....	7
4.1.1.3. Serviks involüsyonu.....	8
4.1.1.4. Vulva ve vajina.....	9
4.1.1.5. Perine.....	9
4.1.1.6. Subinvölüsyon.....	9
4.1.1.7. Göğüsler.....	10
4.1.1.8. Üriner sistem.....	10
4.1.1.9. Gastrointestinal sistem.....	10
4.1.1.10. Postpartum depresyon.....	10
4.1.2. Rejenerasyon.....	11
4.1.3. Laktasyon.....	11
4.2. Postpartum Dönemde Riskli Durumlar.....	12
4.2.1. Postpartum kanamalar.....	12
4.2.2. Uterus atonisi.....	13
4.2.3. Doğum kanalında meydana gelen yaralanma ve travmalar.....	15
4.2.4. Plasenta ayrılma ve atılma bozuklukları.....	15
4.2.5. Hematomlar.....	16

4.2.6. Uterus subinvölüsyonu.....	17
4.2.7. Uterus inversiyonu.....	18
4.2.8. Kan koagölasyon bozuklukları.....	18
4.3. Postpartum dönem Ebe/Hemşirelik bakımı.....	19
4.3.1. Yaşam bulguları takibi.....	20
4.3.2. Uterus ve loşianın değeriendirilmesi.....	21
4.3.3. Perine bakımı.....	23
4.3.4. Meme bakımı ve emzirme.....	24
4.3.5. Mesane kontrolü.....	24
4.3.6. Bağırsak kontrolü.....	25
4.3.7. Uyku ve dinlenme.....	25
4.3.8. Erken mobilizasyon.....	26
4.3.9. Ağrı.....	26
4.3.10. Postpartum beslenme.....	27
5. METOT VE MATERYAL.....	28
5.1. Araştırmanın Tipi.....	28
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	28
5.3. Araştırmanın Evreni.....	28
5.4. Araştırmanın Örnekleme.....	29
5.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	29
5.6. Veri Toplama Araçları.....	30
5.7. Ön Uygulama.....	31
5.8. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi.....	31
5.9. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	32
5.10. Araştırmanın Etik Yönü.....	33
5.11. Araştırmanın Hipotezleri.....	33
5.12. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Güçlükler.....	33

6. BULGULAR.....	34
7. TARTIŞMA.....	55
8. SONUÇLAR.....	62
9. KAYNAKLAR.....	65
10. EKLER.....	73
11. ETİK KURUL ONAYI	81
12. ÖZGEÇMİŞ	84



TABLolar LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
6.1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı.....	34
6.2. Kadınların doğurganlık özelliklerinin dağılımı.....	35
6.3. Kadınların şimdiki gebelik özelliklerinin dağılımı.....	36
6.4. Kadınların doğum öncesi kan değerlerinin dağılımı.....	37
6.5. Kadınların son doğuma ilişkin özelliklerinin dağılımı.....	38
6.6. Kadınların doğum sonu döneme ilişkin özelliklerinin dağılımı.....	39
6.7. Yenidoğana ilişkin özelliklerinin dağılımı.....	40
6.8. Kadınların taburculuk öncesi kan değerlerinin dağılımı.....	41
6.9. Kadınların doğum sonu ateş ölçümlerinin dağılımı.....	42
6.10. Kadınların doğum sonu nabız ölçümlerinin dağılımı.....	43
6.11. Kadınların doğum sonu sistolik kan basıncı ölçümlerinin dağılımı.....	45
6.12. Kadınların doğum sonu diastolik kan basıncı ölçümlerinin dağılımı.....	46
6.13. Kadınların doğum sonunda fundusun umblikusa göre yüksekliğinin dağılımı....	47
6.14. Kadınların doğum sonu uterusun kıvamının ve hattının değerlendirilmesinde elde edilen sonuçların dağılımı.....	48
6.15. Kadınların doğum sonu pet ve loşia miktarlarının dağılımı.....	49
6.16. Toplam loşia miktarına etki eden faktörler için tek değişkenli analiz sonuçları..	50
6.17. Toplam loşia miktarına etki eden faktörler için çok değişkenli analiz sonuçları.	51
6.18. 12.saat fundus yüksekliğine etki eden faktörler için tek değişkenli analiz sonuçları.....	53
6.19. 12.saat fundus yüksekliğine etki eden faktörler için çok değişkenli analiz sonuçları.....	54

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

Şekil-4.1.1.1. Uterusun palpasyonu.....	6
Şekil-4.1.1.3. Gebelik Öncesi Serviks-Doğum Sonrası Serviks.....	9
Şekil-4.3.2. Loşia Miktarını Değerlendirme.....	23
Şekil-6. Postpartum 12. saat İnvölüsyon Süreci Değerlendirilmesi.....	41



KISALTMALAR LİSTESİ

- AKB:** Arteriyal Kan Basıncı
Aptt: Active parsiyel tromboplastin zamanı
BKİ: Beden Kitle İndeksi
DS: Doğum Sonu
DIC: Yaygın Damar İçi Kanama
DKB: Diastolik Kan Basıncı
GA: Güven Aralığı
HELLP: Hemolysis Elevated liver Enzymes Low Platelets
IV: İntra Venöz
INR: İnternational normalized ratio
NST: Non Stress Test
PPD: Postpartum Depresyon
SSVD: Sezaryen sonrası Vajinal doğum
SKB: Sistolik Kan Basıncı
TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UAÖÇ: Ulusal Anne Ölümleri Çalışması
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
FIGO: Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu
ICM: Uluslararası Ebelik Konfederasyonu
APP: Amerikan Pediatri Akademisi

1. ÖZET

POSTPARTUM ERKEN DÖNEMDE DÜZENLİ FUNDUS MASAJININ UTERUS İNVLÜSYONUNA VE LOŞİA RUBRA MİKTARINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Doğum sonu uterusun kontrakte olmaması kanamanın en sık sebeplerindendir. Bu nedenle ilk 24 saatteki kanama miktarı önemlidir. Bu çalışma normal doğum yapmış kadınlara postpartum erken dönemde yapılan fundus masajının, uterus involüsyonuna ve loşia rubra miktarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmanın evrenini 12/06/2015 - 02/08/2015 tarihleri arasında İstanbul'da özel bir hastanenin kadın doğum servisinde yatan hastalar oluşturmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden 35 çalışma grubu, 35 kontrol grubu olmak üzere toplam 70 kadın örnekleme alınmıştır. Verilerin toplanmasında bilgi ve postpartum değerlendirme formu kullanılmıştır. Standart mezura ile fundusun umblikusa göre seviyesi ölçülmüş ve ped ağırlıkları tartılmıştır. Çalışma grubuna postpartum 1.saatte 5 kez (15 dakikada bir, 45 saniye) fundus masajı uygulanmıştır. Çalışmamızın postpartum 12.saat involüsyon süreci değerlendirilmesinde çalışma grubunun %28,6'ında, kontrol grubunun %5,7'sinde hızlı ilerlediği saptanmıştır. Doğum sonrası çalışma grubunda, fundusun umblikusa göre seviyesi 6. ve 12. saatte kontrol grubuna göre daha hızlı kontrakte olduğu tespit edilmiştir. Loşianın 2.-12.saatleri arasındaki kanama miktarı çalışma grubunda, kontrol grubuna göre daha az olduğu görülmüştür. Taburculuk öncesi hemoglobin ve hematokrit değeri arttıkça, loşia miktarının azaldığı belirlenmiştir (p=0,010). Uterusu kontrakte olan kadınlara göre, uterusu kontrakte olmayan kadınlarda toplam loşia miktarının daha fazla olduğu saptanmıştır (p=0,001). Elde edilen bulgular doğrultusunda postpartum kanamayı azaltmada etkin olan fundus masajını doğum sonu dönemde ebeler tarafından uygulanması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Postpartum, Kanama, Doğum Sonu Kanama, Uterus Masajı, İnvölüsyon.

2. ABSTRACT

EVALUATION OF THE EFFECT OF REGULAR FUNDUS MESSAGE ON UTERINE INVOLUTION AND RUBRA MASS IN EARLY POSTPARTUM PERIOD

Postpartum uterine atony is the most common cause of bleeding. For this reason, the amount of bleeding in the first 24 hours is important. This study was conducted to determine the effect of postpartum early fundus massage on uterine involution and to diminish bleeding on vaginal birth women. The universe of the study was created between 12/06/2015 - 02/08/2015 in İstanbul by patients hospitalized in private hospital. A total of 70 women, including 35 study groups and 35 control group, agree to participate in the study. In the light of literature information, data form consisting of 36 questions and postpartum evaluation form were used. The level of the fundus with respect to umbilicus was measured by standard scales and the weights of peds were weighed. Fundus massage was applied to the study group 5 times in the first hour (15 minutes, 45 seconds) postpartum. As a result of our work; It was found that the 12th involution process was faster in 28.6% of the study group and 5.7% of the control. In the postpartum study group, the level of the fundus according to umbilicus was found faster contracted than at 6th and 12th hours according to the control group. The amount of bleeding between the 2nd and 12th hours of the postpartum was found to be less in the study group than in the control group. As hemoglobin and hematocrit value increased before discharge, it was determined that the amount of bleeding decrease was decreased ($p = 0,010$). According to women with contracted uterus, the total amount of bleeding was found to be higher in women whose uterus was soft ($p = 0.001$). It is suggested that fundus massage which is effective in decreasing postpartum hemorrhage in the direction of acquired findings is performed by midwives in postpartum period.

Keywords: Postpartum, Hemorrhage, Postpartum Hemorrhage, Uterus Massage, Involution.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Afrika'da %33,9'u ve Asya'da %30,8'i maternal ölümlerin nedeninin postpartum kanamalar olduğu ve bu kanamaların tamamına yakınının gelişmekte olan ülkelerde olduğu bildirilmektedir (1, 2). Anne ölümü; gebeliğin süresine bakılmaksızın gebelik, doğum ve doğum sonunu izleyen 42 gün içerisinde annenin ölmesidir (3, 4). Lohusalık dönemi plasentanın doğumu ile başlayan ve doğum sonrası 12 haftayı içeren postpartum dönem olarak bilinir (5). Postpartum kanama, doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde 500 ml'den fazla olan kan kaybı şeklinde tanımlanmıştır. Şiddetli kanama ise 1000 ml'den fazla olan kan kaybını ifade etmektedir (6, 7). Genellikle ilk 24 saat içindeki kanamalara erken, 24 saat-6 hafta arasındaki kanamalara da geç postpartum kanama denir (8, 9). Postpartum kanama çok ciddi acil bir durumdur ve önlenemez olduğundan erken tanı ve tedavi esastır (10).

Anne ölümleri doğrudan, dolaylı ve tesadüfi olarak üçe ayrılmaktadır. Ulusal Anne Ölümleri Çalışması (UAÖÇ) 2005 yılı verilerinde gebeliğe bağlı ölümlerin %58'i doğrudan nedenler, %16'sı dolaylı nedenler, %23'ü tesadüfi nedenler ile gerçekleşmiştir. Bu çalışmada anne ölümlerinin %79'u doğrudan nedenler, %21'i ise dolaylı nedenler ile gerçekleştiği bildirilmiştir. Anne ölümüne yol açan en önemli neden kanamadır (11, 12). Postpartum kanamaların en sık nedeni %75-%90 uterus atonisidir (13, 14). Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığının 2015 verilerine göre anne ölüm oranı %14,7'dir (15).

Uluslararası Ebelik Konfederasyonu (ICM) ve Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FIGO) (2004) kontraksiyonları artırmak için plasentanın doğumundan sonra rutin olarak uterus masajının yapılmasını önermektedir (16). İki yüz kadını içeren randomize bir çalışmada, doğumdan sonra 60 dakika süresince her 10 dakikada bir uterus masajının yapılmasının kan kaybını ve ilave uterotoniklerin kullanımına duyulan gereksinimi azalttığı bulunmuştur. Ayrıca, 500 ml'den daha fazla kan kaybeden kadınların sayısının %50 azaldığı görülmüştür (17, 16).

Postpartum kanamaların nedenlerinden biri olan atoniye yatkın olan anneleri asla ihmal etmemek, uygun uterus masajı yapmak, kanamayı miktar ve renk yönünden gözlem altında tutmak doğum sonu dönemde Ebe/Hemşirenin en önemli

sorumluluklarından biridir (18). Fundus masajı uterus involüsyonu sürecini hızlandırdığı ve uterus atonisini önlediği literatür’de belirtilmiştir (17). Bu çalışma fundus masajının uterus involüsyonuna ve postpartum kanama miktarına etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. POSTPARTUM (DOĞUM SONU) DÖNEM

Doğum sonu dönem; anne, bebek ve aile sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli bir dönüm noktasıdır (19). Doğum eylemi sona erdikten, bebek, plasenta ve membranlar doğduktan sonra postpartum (puerperium, postnatal, lohusalık veya doğum sonu) dönem başlar. Postpartum, plasentanın doğumuyla başlayan ve gebelik sırasında kadın vücudunda oluşan değişikliklerin, gebelik öncesi fizyolojik ve psikolojik özelliklerine döndüğü 6-8 haftalık dönemdir (20, 21, 22).

Postpartum genellikle 3 döneme ayrılır.

1. Doğumdan hemen sonrası dönem; doğum sonrası ilk 24 saati içine alır.
2. Erken doğum sonrası dönem; doğum sonrası ilk bir haftayı içine alır.
3. Geç doğum sonrası dönem; doğum sonrası 2. haftanın başlangıcıyla başlayıp 6. haftaya kadar süren ya da 3 ayı kapsayan bir dönemdir (22).

Postpartum dönem annede meydana gelen gerileyici (retrogressive) ve ilerleyici (progressive) değişikliklerle karakterizedir. Gerileyici değişiklikler uterus, vajina ve diğer genital organların ve diğer gebelik öncesi durumlarını alma sürecidir. İlerleyici değişiklikler ise laktasyona hazırlanan göğüslerde meydana gelir. Bu dönemdeki kadınlara lohusa ya da puerpera denir. Anne organizmasında gebelik öncesi duruma dönüş, lohusalığın ilk iki haftasında çok hızlı, daha sonra yavaş olarak gerçekleşir. Postpartum dönemde meydana gelen olayları üç grupta toplamak mümkündür. Bunlar involüsyon, rejenerasyon ve laktasyondur (18, 23, 24).

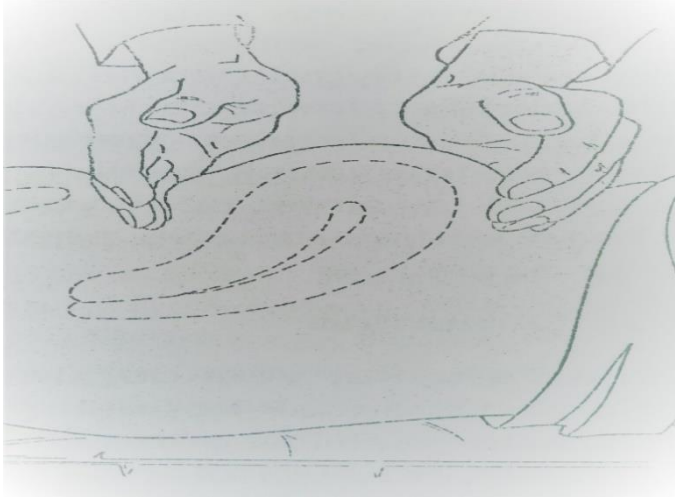
4.1.1. İnvölüsyon süreci

Lohusalık döneminde gebelik sırasında organlarda meydana gelen fizyolojik değişikliklerin eski halini almasına involüsyon denir. Gebelikte meydana gelen bütün değişiklikler tam olarak geriye dönüşlü değildir. Gebelik sırasında değişiklikler yavaş yavaş olurken, involüsyon süreci çok daha hızlıdır ve ilk 3-4 günde çok belirgin değişiklikler gözlenir (25).

4.1.1.1. Uterus involüsyonu

Myometrial hücrelerde sayıca azalma ve boyutlarında gerileme ile yaklaşık postpartum 6.haftada involüsyon tamamlanmaktadır. Uterus, doğum sonrası ilk bir saat içinde umblikus seviyesine, postpartum birinci haftada ise simfiz pubis seviyesine gerilemektedir (25). Doğumdan sonra ağırlığı 1000 gram olan uterus, her gün biraz daha küçülerek, 5-6 hafta sonra gebelikten önceki ağırlığına, yani 50-80 grama düşer. İnvölüsyon süresince kas hücrelerinin sayısı değişmez, fakat belirgin bir oranda küçülme olur. Doğumdan sonra uterus sertleşmeye başlar ve kontraksiyonlar devam eder (20). Doğum sonrası ilk bir saat içinde uterin fundus genellikle umblikus seviyesinde veya hemen üzerinde ve serttir (26). Fundus sert olarak ele gelir ve myometrial kontraksiyonlar, doğum sonu ilk 24 saat içinde uterus ölçülerin hızlı küçülmesine ve uterusun global ölçüsünün 16-20 haftalık gebelik büyüklüğüne düşmesine neden olur. 2.haftada uterus pelvis içinde küçülmüştür ve abdominal palpasyonla hissedilmez, 6. haftada uterus boyutu yaklaşık gebelik öncesi ölçülere düşer ve uterus involüsyonu tamamlanır (21).

Uterus involüsyonunun doğru bir şekilde değerlendirilmesi için mesanenin boş ve anne sırt üstü pozisyonda ve dizleri hafifçe bükük olmalıdır. Fundusun lokalizasyonu palpe edilmelidir (27).



Şekil-4.1.1.1. Uterusun palpasyonu (20).

Uterusun involüsyonu, fundusun umblikusa göre işaretlenmiş bazı noktalarına göre belirlenmeli ve kaydedilmelidir (U+1, U=0, U-1...gibi). Doğum sonu ilk 12 saatte fundus umblikus seviyesindedir. Fundus yüksekliği günde 1 cm (1 parmak azalır) ve 9-10.günlerde palpe edilemez. Fundus kontrolü doğum sonu ilk bir saatte 15 dakikada bir, komplikasyon kontrolü ise dört saatte bir yapılmalı ve sonuçlar kaydedilmelidir. Uterus sert, kontrakte olarak ele gelmeli ve orta hatta olmalıdır. Uterus fundusundaki yumuşaklık ya da doğum saatine göre involüsyonun beklenen düzeyde olmaması risktir, subinvolüsyonu düşündürür, kaydedilerek hemen uygun girişimlerde bulunmalıdır. Fundus sertliği ve yüksekliğindeki sapmalar, mesane distansiyonu, uterus atonisi, plasenta retansiyonu ya da enfeksiyonu düşündürmelidir (27).

Uterin fundusun değerlendirilmesi doğum sonu dönemde kadının durumu hakkında önemli bilgiler sağlar. Bu değerlendirme özellikle hemoraji riskinin olduğu ilk 4 saat içinde çok önemlidir (28).

Primiparlarda ve emziren annelerde uterus involüsyonu daha hızlıdır. Primiparlarda uterus kaslarının daha elastik ve kontraktıl olması, ayrıca emzirme sırasında salınan oksitosin hormonunun uterotonik etkisinden dolayı involüsyon hızlanır (20, 21).

Uterus involüsyon mekanizması; gebelikte plasentadan salgılanan östrojenin etkisiyle hipertrofiye uğrayan uterusun myometriyum tabakasından doğumdan sonra plasentanın ortadan kalkması ve östrojenlerin kandan çekilmesi nedeniyle otolitik bir süreç başlar. Bu yıkım ürünleri, kan yoluyla absorbe edilir ve idrarla atılır. Bu nedenle postpartum da idrarda nitrojen konsantrasyonu yüksektir. Bir başka etken de uterin kontraksiyonların doğumdan sonra da sürmesidir. Bu kontraksiyonlar yalnızca uterus involüsyonunu sağlamakla kalmaz, aynı zamanda doğum sonu kanamaları önlemek ve desiduanın atılmasında da önemli rol oynamaktadır (18, 20).

4.1.1.2. Loşia ve karakteri

İnvolüsyon ve endometrium rejenerasyon sonucu oluşan ve lohusalık dönemi boyunca devam eden vajinal akıntıdır. Doğum sonu dönemde loşia miktarı 150-400 ml arasında değişir. Loşianın içeriğinde desidua parçacıkları, serum, mukus, kan, ilk günler için küçük pıhtı parçacıkları, lökositler ve lenfotik sıvı bulunur. Kendine özgü ekşimsi kokusu vardır (20, 29).

Doğumdan sonra her geçen gün rengi ve miktarı değiştiğinden loşia üçe ayrılır.

1- Loşia rubra; 1-3 gün sürer. Adını koyu kırmızı renginden alır. İlk günlerde plasentanın ayrıldığı yerdeki damar ağzları henüz kapanmamıştır. Bu nedenle loşia daha çok kan içerir.

2- Loşia seroza; damar ağzları tromboze olmaya başladığı zaman iyileşen yüzeyden gelen kan azalır. Loşia pembe bir renk ve seroz bir hal alır. 4-10 gün devam eder.

3- Loşia alba; 11-21 günden, 6 haftaya kadar sürer. Bu günlerde loşia açık sarımsı bir renk alır ve miktarı azalır (18, 20).

Başlangıçta loşianın miktarı fazladır, fakat zaman geçtikçe azalır. İlk 8 saatten sonra loşia normal menstrual akıntıdan fazla değildir. Loşianın beklenenden fazla gelmesi uterus atonisine işarettir. Bu durum da hemen fundus masajı yapılmalı, aşırı kan kaybı hemşire gözlem kâğıdına kaydedilmeli ve doktora bildirilmelidir (18, 20).

Loşianın miktarı ve rengi, uterusun involusyonu ve yenilenme sürecinin bir göstergesi olduğundan, bunların normal olup olmadığının gözlenmesi hayati önem taşır.

1- Loşianın miktar olarak çok fazla ve renginin parlak kırmızı olmaması gerekir.

2- Loşia pis kokulu olmamalıdır.

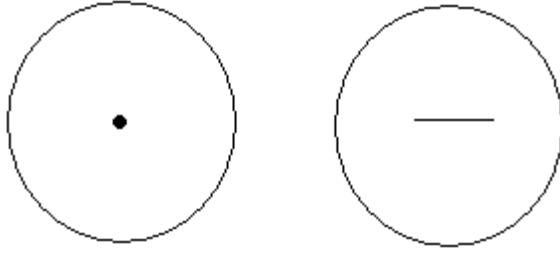
3- Loşia büyük doku parçalarını içermemelidir.

4- Loşianın ilk 3 hafta boyunca sürmesi ve bu süreden önce kesilmemesi gerekir.

5- Loşianın karakteri rubradan serozaya, serozadan albaya dönüşecek şekilde değişmelidir (20).

4.1.1.3. Serviks involüsyonu

Serviks involüsyonu, uterus gibi 6 hafta sürer. Doğumdan sonra eksternal os 2-3 parmak girecek şekilde açıktır ve 6 haftanın sonunda kapanır. Dilatasyon sırasında meydana gelen yırtıklar nedeniyle serviks hiçbir zaman gebelik öncesi durumuna dönemez. Gebelik öncesinde servikal os yuvarlaktır. Doğumdan sonra ise düz çizgi şeklindedir. Bu nedenle düz çizgi vajinal doğum yaptığını gösteren bir belirtidir (20).



Şekil-4.1.1.3. Gebelik öncesi serviks-doğum sonrası serviks (20).

4.1.1.4. Vulva ve vajina

Vulva ve vajina bebeğin doğumu sırasında önemli derecede baskı altında kalır ve gerilir. Bu nedenle ilk bir hafta boyunca gevşek kalırlar. 3.haftadan sonra neredeyse gebelik öncesi haline dönerler. Vajinadaki rugae'lar yeniden belirginleşir ve labialar daha az çıkıntılı hale gelir. Vajinal orifis doğumdan sonra hafif açık kalır (20).

4.1.1.5. Perine

Doğum sonrası perinide değişiklikler olmaktadır. Perinenin vajinal doğum sonrası dinlenme ve gerilme esnasındaki pozisyonu, antepartum birinci haftada kadınların istemli levatorun ani kasılması ile mesane boynunu kaldırabilme gücü daha zayıftır. Doğumdan hemen sonra fetüs başının baskısı nedeniyle perine gevşektir. Yenidoğanın doğumuna bağlı perinide yayılma ve incelme, pelvik taban kaslarında aşırı gerilme ve güçsüzlük olur. Doğumdan sonra 5.günden itibaren tonüsün büyük bir kısmı geri döner, ancak nullipar dönemdeki durumdan daha gevşek olur (18, 20). Perinide varis, büyük laserasyon veya epizyotomi genellikle yumuşak doku zedelenmesi ve ekimoz görülebilir (21).

4.1.1.6. Subinvolüsyon

Subinvolüsyon terimi uterusun normal boyutuna geç gelme durumudur. Subinvolüsyonda irregüler ve aşırı uterin kanama olur. Subinvolüsyonun sık nedenleri plasenta retansiyonu ve endometrittir. Uterusun lohusalığın ilk günlerinde beklenenden daha büyük olması, bol miktarda ve inatçı loşia rubra, pelviste ağırlık hissi ve bel ağrısı gibi belirtiler uterus subinvolüsyonunu düşündürmelidir (18).

4.1.1.7. Göğüsler

Puerperium döneminde göğüsler, laktasyonun sonuna kadar tam olgunluğa ulaşır. Doğum sonrasında östrojen ve progesteron seviyelerinin düşmesiyle daha önce baskılanan prolaktin hormonu aktive olur ve göğüslerden süt salınımı başlatır. Laktasyona başlamadan önce memelerde ödem, lokal ısı artışı, sertleşme ve hafif ağrı görülür (29).

4.1.1.8. Üriner sistem

Gebelikte üreterlerin tonüsünde azalma olması, doğumda fetüs başı ve pubis kemiği arasında sıkışma sonucu mesane boynunda ödem, sfinkterlerde spazm meydana gelmesi ve perinenin sıyrıklardan dolayı hassas olması nedeni ile doğumu izleyen ilk 24 saatte idrara çıkmak zor olur. Üreterler puerperal dönemin 4-6. haftasında normale döner (20).

4.1.1.9. Gastrointestinal sistem

Bağırsak fonksiyonları 3-4 gün sonra normale döner. Doğumdan sonra progesteron seviyesinin düşmesine rağmen doğum öncesi yapılan, doğum sonrası 1-2 gün az besin alımı, beden hareketlerinin az olması gibi nedenlerin yanında perinenin ağrılı olması, erken dışkılamayı inhibe eder (20).

4.1.1.10. Postpartum depresyon

Kadın sağlığı, kadınların fiziksel, duygusal, kültürel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasıdır (30). Postpartum dönem de, kadınlarda depresif sorunların yaşanma olasılığı çok yüksektir. Postpartum depresyon (PPD) doğum olayının bir komplikasyonu olup doğum sonrası ilk 4 hafta içinde ya da ilk 3-6 ay ya da 1 yıl içinde başlayabilir, uzun yıllar sürebilir hatta doğum sonrası psikoza dönüşebilir (31).

Literatür'de gebelik ve doğum dönemlerinin neden olduğu nöroendokrin ve psikososyal değişikliklerin yaşamın diğer dönemleriyle kıyaslanmasının mümkün olamayacağı belirtilmektedir. Bu nedenlerden dolayı gebelik, kadınların yaşamında yüksek etki gösteren stres dönemidir ve sıklıkla endişe ve depresyonla birleşmektedir (32).

PPD'nin ortaya çıkmasında biyokimyasal, psikososyal faktörlerle birlikte düşük gelir düzeyi, doğum öncesi ve sonrası dönemde yakın çevreden destek görememe, multiparite, örseleyici yaşam olayları ve anne yaşının küçük olmasının risk oluşturduğu, PPD görülme sıklığının %5–25 arasında değiştiği bildirilmektedir (33). Amerika ve Avrupa toplumlarında doğum sonu depresyonunun görülme sıklığı %3,5 – %17,5 arası bulunmuşken, ülkemizde %6,3 - %58 arasında saptanmıştır. PPD anne-bebek, aile ve gelecek kuşaklar üzerindeki olumsuz etkileri düşünüldüğünde göz ardı edilmemesi gereken önemli bir sağlık sorunudur (34).

Doğum sonrası depresyonun erken belirlenmesi ve tedavisi ciddi depresyon riskini azaltmak, anne, çocuk ve aile sağlığını geliştirmek için önemlidir. Bu nedenle doğum sonrası bakım veren ebelerin ve hemşirelerin, güvenilir bir tarama aracı kullanarak doğum sonrası depresyon için tarama yapmaları, yüksek riskte olan kadınları belirleyerek ileri inceleme ve tedavi için sevk etmeleri önemli sorumluluklarıdır (35).

4.1.2. Rejenerasyon

Doğumda plasenta ve zarlar, desiduanın spongios tabakasının bir kısmını uterusu bırakarak ayrılırlar. Desiduada, plasentanın ayrılmış olduğu yer kanayan bir yara görünümünü alır. Doğumdan sonra 2-3 gün içinde plasentanın ayrıldığı endometrium yüzeyi iyileşmeye başlar ve iki tabakaya ayrılır. Yaralanan desidua bölgesine lökositler gelir ve desiduanın nekroze olan ve dökülen tabakasını, sağlam olan alt tabakadan ayıran bir granilasyon dokusu oluştururlar. Desiduanın yüzeysel tabakası loşia olarak dışarı atılırken altta kalan sağlam tabakadan endometrium yeniden yapılır. Endometriumun rejenerasyonu 6-8 hafta sürer (20).

4.1.3. Laktasyon

Gebelik süresince olgunlaşan memelerden doğumdan sonra süt salgılanmasıyla başlayan döneme laktasyon denir. Laktasyonda salgılanan sütün meme yoluyla bebeğe verilmesi işlemine emzirme denir. Gebelikle birlikte plasentadan giderek artan miktarda salgılanan östrojen ve progesteron ile plasental laktojenik hormonun etkisiyle, meme dokusu laktasyon dönemine hazırlanır. Doğumdan sonra memelerden süt üretiminin başlaması, östrojen ve progesteron hormonu seviyesinin düşmesi sonucu prolaktin ve oksitosin hormonlarının salgınmasıyla olmaktadır. Prolaktin

hormonu, hipofiz ön lobu hormonudur. Bu hormon alveollerdeki epitelyal hücrelerden süt yapımını sağlar. Oksitosin hormonu ise hipofiz arka lob hormonudur ve alveolleri çevreleyen myoepitelyal hücrelerin kasılmasını ve böylece sütün alveollerden kanallara ve laktiferöz sinüslere oradan da meme ucuna akmasını sağlar. Buna süt inme refleksi denir (18). Emzirmenin gerçekleşebilmesi için bebekte arama, emme ve yutma reflekslerin bulunması gerekmektedir. Yenidoğanın arama refleksi ağzını açıp meme başını ağzına alması ile başlar. Emme refleksi damağına herhangi bir şey dokunan yenidoğanın emmeye başlaması ile, yutma refleksi ise yenidoğanın ağzı süt ile dolu olduğunda yutması ile olur (36). Doğum yapan kadında laktasyon doğumu izleyen 24-72 saat içinde başlar. Laktasyon başlamadan önce memelerde ödem, lokal ısı artışı, sertleşme ve hafif ağrı görülebilir (18).

Ülkemizde emzirmeye başlama oranları yüksek, ancak emzirmeyi etkili bir şekilde devam ettirme durumu yetersizdir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008'den elde edilen sonuçlara göre ilk altı ayda sadece anne sütü verme oranı %41,6 iken, TNSA 2013 araştırmasında bu oranın %30,1'e gerilediği görülmektedir. Bu veriler ülkemizde annelerin bebeklerini, Amerikan Pediatri Akademisi (APP) ve DSÖ tarafından önerildiği gibi ilk 6 ay sadece anne sütü ile yeterince besleyemediklerini göstermektedir. Yapılan çalışmalarda, etkili emzirme oranlarını düşüren nedenlerin başında annelerin, kendi sütünün ve emzirmesinin yeterli olmadığına inanmaları gelmektedir. Bunun yanı sıra özgüven eksikliği, emzirmede karşılaştıkları güçlükler ve özellikle postpartum dönemde ortaya çıkan ruhsal sorunlarla başa çıkmakta zorlanmaları gibi durumlardan da kaynaklanmaktadır (37).

4.2. POSTPARTUM DÖNEMDE RİSKLİ DURUMLAR

4.2.1. Postpartum kanamalar

"Doğum sonu kanama" terimi geleneksel olarak, 20.haftadan büyük gebelikler için kullanılır. Daha erken gebelik haftasında oluşan kanamalarında doğum sonu kanamaya benzer etiyoloji ve yönetimi söz konusudur, ama bunlar spontan gebelik kayıpları olarak adlandırılır. Son 50 yılda tıbbi ve cerrahi tedavi yöntemlerindeki gelişmelere rağmen tanımlamada ve sınıflandırmada belirgin bir değişiklik olmamıştır. Halen yaygın olarak kullanılan tanımlara 1990 yılında DSÖ tarafından önerilen "Doğum sırasında genital bölgeden oluşan 500 ml'yi geçen kanama"dır (38).

Doğumdan sonraki kan kaybının ne kadar olduğunu kesin olarak belirlemek mümkün olmadığından, postpartum kanamanın insidansını da tam olarak belirlemek zordur. Buna karşın tüm doğumların %4-10'unda postpartum kanama komplikasyonu meydana geldiği ve bu oranın gelişmemiş ülkelerde daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir. Postpartum kanama erken ve geç postpartum kanama olmak üzere iki şekilde ortaya çıkar. Doğumdan sonra ilk 24 saat içinde oluşan kanama erken postpartum kanama olarak değerlendirilirken, 24 saatten sonra oluşan ve doğumdan sonraki altı hafta içinde yer alan postpartum kanamalara ise geç postpartum kanama denir. Kanama tüm dünyada anne ölüm nedenleri arasında ilk üç sırada yer almaktadır. Türkiye'de 2005 yılında yapılan Ulusal Anne Ölümleri Çalışması sonuçları da kanamanın anne ölümleri nedenleri arasında ilk üç sırada yer aldığını göstermektedir. Geri kalmış ülkelerde anne ölümlerinin %60,6'sının doğum sonu dönemde ve bu ölümlerin de %30'nun postpartum kanamaya bağlı meydana geldiği belirtilmektedir. Bu nedenle hemşireler doğum yapan kadınların bireysel ve obstetrik öykülerinde var olan postpartum kanama için zemin hazırlayıcı faktörleri, kanamanın önlenmesi için alınması gereken önlemleri, kanamanın belirti ve bulgularını ve acil müdahale yaklaşımlarını iyi bilmelidirler (39).

Postpartum kanama nedenleri

- ❖ Uterus atonisi
- ❖ Doğum yolu laserasyonları
- ❖ Plasenta ayrılma atılma bozuklukları
- ❖ Hematom
- ❖ Uterusun subinvolüsyonu
- ❖ Uterus inversiyonu
- ❖ Kan koagülasyon bozuklukları (20, 39).

4.2.2. Uterus atonisi

Doğumdan sonra uterus kas kontraksiyonları plasentanın ayrıldığı bölgede açık kalan damar uçlarını sıkıştırarak kanamayı önler. Myometriyumun yeterli kontrakte olamadığı durumlarda sıkışamaz, pıhtılaşma gelişmez ve kanama görülür (20). Doğum sonu kanamanın en sık nedeni uterus atonisidir. Uterus atonisi doğum sonu kanamaların %75-90'ından sorumludur (38).

Uterin atoni nedenleri;

- ❖ Uterusun aşırı gerilmesine neden olan durumlar (çoğul gebelik, polihidroamnioz, iri fetüs, uterin myomlar vb)
- ❖ Hızlı ya da uzun süren doğum eylemi
- ❖ Grandmultiparite
- ❖ Gebeliğin neden olduğu hipertansiyon
- ❖ Koryoamniyonit
- ❖ Anestezi ya da uterusun gevşemesine neden olabilen (magnezyum sülfat vb) ilaçların kullanımı
- ❖ Anormal plasental yerleşim ve implantasyon
- ❖ Oksitosin kullanımı
- ❖ Sezaryen doğum
- ❖ Müdahaleli doğum
- ❖ Plasentanın elle çıkarılması
- ❖ Önceki doğumda postpartum kanama öyküsü
- ❖ Uterin anamoli
- ❖ Mesane distansiyonu (39, 40).

Doğumdan sonra ilk 24 saatte uterus büyük bir greyfurt büyüklüğünde ve sert bir şekilde hissedilmelidir. Yaklaşık umblikus seviyesinde kolay bir şekilde lokalize edilmelidir. Loşia koyu kırmızı ve miktarı orta düzeyde olmalıdır. Doğumdan sonra anne ile birlikte olan hemşireler uterus atonisinin ilk değerlendirmesini ve tedavisini yapmaktan sorumludur (39). Doğumdan sonra uterus masajı, uterus kaslarını stimüle ederek kontraksiyon yapmasını sağlar. Postpartum kanamaların önlenmesinde ve izlenmesinde hemşirenin sorumlulukları şu şekildedir.

- Gebelik sırasında anemiyi önlemek ya da tedavi etmek,
- Kanamaya yatkınlığı olanları yakından izlemek,
- Doğum sırasında gereksiz müdahalelerden ve plasentanın erken çıkarılmasından kaçınmak,
- Doğum sırasında ve doğumdan sonra mesanenin boş olmasını sağlamak,
- Atoniye yatkın anneleri asla ihmal etmemek, uygun uterus masajı yapmak ve kanamayı miktar ve renk yönünden gözlem altında tutmak,
- Doğumdan sonra istenilen uterotonik ilaçları zamanında yapmak,

Atoni geliştiğinde;

- Uterusa daha az kan gitmesi için hasta sırt üstü yatırılır,
- Palpasyonla, gevşek olan uterusu masaj yapılarak kontrakte olması sağlanır,
- Uterotonik ve kan volumünü yükselten ilaçlar order edilebilir. İlaçları zamanında uygulamak ve izlemek,
- Kan grubunu belirlemek ve kan hazırlamak,
- Yaşam bulgularını izlemek ve değerlendirmek,
- Bütün bu işlemleri yaparken anne ile sözel iletişimi sürdürerek ona cesaret vermek ve sakin tutmak hemşirenin sorumluluklarıdır.

Kontrol edilemeyen postpartum kanaması olan kadının yaşamını kurtarmak için nadiren histerektomi gerekli olabilir (18, 20, 39).

4.2.3. Doğum kanalında meydana gelen yaralanma ve travmalar

Perine, vajina, serviks ya da periüretal alanda oluşan laserasyonlar da erken postpartum kanamaya neden olan durumlardır. Kadını üreme organları laserasyonları açısından riske sokan faktörler; primiparite, epizyotomi, forseps/vakum uygulaması, ıkınma tekniği, iri bebek, bebekte pozisyon ve prezentasyon bozukluğu, doğum eyleminin hızlı seyretmesi, ikinci evrenin uzaması ve annenin doğum sayısı perine travması riskini artıran faktörlerdendir (39, 41).

Gebelik sırasında üreme organlarındaki vasküler yapı arttığı için, laserasyon durumunda kanama yoğun olabilir. Laserasyonlara bağlı oluşan kanama genellikle loşiyadan daha parlak kırmızıdır. Uterus sert bir şekilde kontrakte olduğu halde kanama varsa laserasyondan şüphelenilmelidir. Laserasyondan şüphelenen Hemşire/Ebe derhal Hekimi uyararak yaralanan dokuların erken dönemde müdahale edilmesi sağlanmalıdır (39).

4.2.4. Plasenta ayrılma ve atılma bozuklukları

Doğumla ilgili kanamalar halen anne ölümü ve ciddi hastalığının en önemli nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Plasenta anomalileri doğumla ilgili kanamaların en büyük nedenlerinden birisidir. Sık rastlanan anomaliler ablasyo plasenta, plasenta previa, ölümcül olabilen yapışık plasentalar (akreata, inkreata,

percreata) ve plasenta retansiyonudur. Bu anomalilerin kanama nedeniyle oluşan gebeliğe bağlı ölümlerin %36'sını oluşturduğu belirtilmiştir (38).

Plasenta parçalarının uterus içerisinde kalmasıyla kanama genellikle geç dönemde ortaya çıkar. Nadir olarak doğumdan hemen sonra da görülebilir. Doğumdan sonra plasenta dikkatli bir şekilde incelenmeli, plasentada eksik bir parça tespit edildiğinde uterus kavitesi kontrol edilmelidir. Olguların çoğunda plasenta doğumdan birkaç dakika sonra kendiliğinden ayrılır. Nadir olarak da sıkı olarak yapışmış plasentanın çıkarılması zor hatta imkânsız olur. Çıkarılması için yapılan girişimde 1-2 kotiledon çıkarılabilir ancak büyük parçalar içeride kaldığı için kanama şiddetlenir. Bu durum plasenta akreata olarak adlandırılır. Plasenta akreata, genel olarak anormal invazyon gösteren herhangi bir plasental implantasyonu tanımlamak için kullanılır. Plasenta villuslarının myometriuma sıkı yapışmasına plasenta akreata, invazyon göstermesine plasenta inkreata, penetre olmasına ise plasenta perkreata denir. Uterusta ne kadar fazla skar dokusu varsa plasenta previya ve akreata olasılığı o kadar artar. Yaygın penetrasyon gösteren ve plasentanın çıkarılması sırasında şiddetli kanamaya neden olan durumlarda en iyi tedavi şekli kan transfüzyonunu takiben histerektomidir (29).

4.2.5. Hematom

Doğum kanalındaki kan damarları doğum travması sırasında yara alırsa, kanama deri altına ve bağ dokusu içine toplanır. Yüzeysel dokularda rüptür görülmez. Bağ dokusu içinde toplanan kan bölgeye basınç yapar. Pelvik hematolar pelvisin herhangi bir alanında gelişebilir. Pelvik diyafram ve kardinal ligament ile ilişkisine bağlı olarak vulvar, vaginal ve retroperitoneal olarak sınıflandırılır. Hematom daha çok vulva ve vajen mukozası altında olur. Daha az sıklıkta pelvik fasia ve peritona olur. Hematom hızla gelişmişse çok fazla ağrı ortaya çıkar. Doku distansiyonu artmıştır ve analjezikle kontrol edilemeyen hasta perine, vajina, mesane ve rektuma baskı ve ağrıdan yakınır. Perinenin gözle muayenesinde bölge gergin, şiş, mavimsi ya da koyu mavi renkte, sert ve sıcaktır. Hematom büyükse tümoral bir görünüm alır. Vulva vajinal hematolar, şiddetli perine ağrısına yol açabilir. Doğumu izleyen birkaç saat içinde epizyotomi rahatsızlığına, analjezik vermeden lohusada hematomun bulunup bulunmadığına bakılmalıdır. Postpartum dönemde olağan dışı pelvik veya

perineal bir ağrı pelvik hematomu düşündürmelidir. Dikkatli bir abdominal, rektal ve vajinal muayene tanı için gereklidir (18).

Puerperal hematomlar, yaşamı tehdit edebilen obstetrik acillerdendir. İnsidansı 1000 doğumda 1-2'dir (42).

Tedavi ve izlem

Küçük hematomlar, zamanla kendiliğinden geçse de, genellikle anestezi altında drenaj ve yeniden sütür koymak gerekir. Bu durumda, kanayan dokuyu tanıyabilmek çok güçtür. Bazen, üst vajinal ve servikal yırtıklar veya sezaryen doğumu, geniş ligamentte beliren bir hematomla komplike olur. Bu durumda, kontrol etmek ve boşaltmak için laparotomi gerekebilir. Seyrek olarak, bu koşullarda kanama tekrarlayabilir ve sorumlu arterin bağlanmadığını gösterir. Stabil durumdaki hastada, anjiyografi ve sorumlu damarın embolizasyonu, hemorajiyi durdurmakta başarılı olmaktadır. Hematomun boşaltılmasından sonra bakımın amacı hastanın ağrı ve rahatsızlıktan kurtulmasını sağlamak, iyileşmesini hızlandırmaktır. Bunun için;

- Loşia renk, koku ve miktar bakımından değerlendirilir.
- Perine ve insizyon sahası hematoma tekrarlamaya olasılığına karşı kontrol edilir.
- Hastaya, hematoma sahasının hassasiyetindeki değişimleri rapor etmesi söylenir.
- Enfeksiyonu önlemek ve loşiyi kontrol etmek amacıyla sık pet değiştirilir.
- Perine hijyeni anne ile birlikte tekrarlanır.

Soğuk ve sıcak oturma banyoları ağrıyı azaltmak amacıyla uygulanır. Hematomun boşaltılmasından sonra ilk 24 saatte soğuk oturma banyosu ödemi azaltmak, daha sonra sıcak oturma banyosu, kan dolaşımını artırarak iyileşmeyi hızlandırmak amacı ile önerilmektedir (18).

4.2.6. Uterus subinvolüsyonu

Postpartumda görülen kanama nedenlerinden biri uterus involüsyonundaki bozukluktur. Plasentanın ayrıldığı kısımdaki endometrium 6 hafta içinde iyileşir. Bu iyileşmeyi sağlayan faktör;

- Bölgedeki venlerin tromboze olması,
- Beslenemeyen dokuların dökülmesi,
- Dökülen endometriumun basal tabakadan yeniden yapılanmasıdır.

Doğum sonunda bu involusyon sürecinin gerçekleşmediği durumlarda "Subinvolusyon"dan bahsedilir.

Subinvolusyonun iki büyük nedeni; Plasenta parçalarının retansiyonu ve endometritistir. Annenin izleminde, her gün fundusun yüksekliği kontrol edilmeli ve losianın miktarı ve rengi gözlenmelidir. Fundus beklenen seviyeden yüksek, loşia bol ve kırmızı, pelvik bölgede rahatsızlık ve şiddetli sırt ağrıları mevcut ise subinvolusyon düşünülmelidir. Tedavide, küretajla plasenta parçaları uterus içinden alınır. Enfeksiyonu önlemek için proflaksi olarak antibiyotik ve uterus kontraksiyonlarını stimüle etmek için uterotonik preparatları verilir (20, 18).

4.2.7. Uterus inversiyonu

Uterusun ters yüz olması ile ifade edilen akut uterus inversiyonu doğumun üçüncü evresine ait nadir ve ciddi bir komplikasyondur. Tahmini insidansı, 20–25.000 doğumda 1'dir. Uterus inversiyonu fundusun serviksten geçip geçmemesine bağlı olarak komplet veya inkomplet olabilir. Uterus inversiyonu doğumdan sonraki ilk 24 saat içerisinde gelişirse akut olarak adlandırılır. İlk 24 saatten sonra ve doğum sonu ilk 4 hafta içerisinde oluşan inversiyon subakut adını alır. Nadir kronik inversiyon da doğum sonu 4 haftadan sonra oluşur (38).

Başlıca nedenleri;

- Plasentanın ayrılmadan erken çıkarılmaya çalışılması,
- Aşırı krede manevrası uygulanması. Krede sırasında baskıya bağlı fundus servikse yönelir,
- Plasenta çıkarken umblikal kordun çekilmesi,
- Umblikal kordun kısa olması.

Tedavide koruyuculuk önemlidir. Neden olan faktörleri önlemek gerekir. Meydana geldiğinde bir saat içinde uterus yerine yerleştirilir, kanama ve şoka karşı önlem alınır. Profilaktik olarak antibiyotik başlanır. Oksitosin uterus kontraksiyonları için verilir. Bir kez inversiyon geçiren kadının tekrar geçirme olasılığı olduğu unutulmamalıdır (20, 18).

4.2.8. Kan koagülasyon bozuklukları

Serviks vajına ve perinedeki küçük lacerasyonlar ve mukozadaki sınırlı yaralanmalarda, koagülasyon sistemi normal ise postpartum ciddi kanama ortaya

çıkılmaz. Ancak koagülati mevcut ise çok küçük yaralanmalar bile şiddetli kanama ile sonuçlanır. Aşırı postpartum kanamanın nedeni belli değilse ve kanama, tedaviye karşı inatçıysa, bir konjenital veya edinilmiş koagülasyon bozukluğu (ör.; Von Willebrand hastalığı, otoimmün trombositopeni, dissemine intravasküler koagülasyon sonucu hipofibrinojenemi) aranmalıdır. Yine gebelikte trombosit sayısı ve fonksiyon bozukluğu da görülebilmektedir. Şiddetli preeklampsinin bir formu olan HELLP (Hemolytic anemia, Elevated Liver enzymes, Low Platelet count) sendromunun karakteristik özellikleri arasında trombositopeni vardır. Trombosit sayısının 50.000 /ml'nin altında olduğu durumlarda hemostaz bozulmaktadır. Dissemine intravasküler koagülasyon (DIC), septik düşük, ölü fetüsün uzun süreli retansiyonu, "abruptio placentae" ve amniotik sıvı embolizmi gibi birkaç obstetrik komplikasyon sonucu oluşur. Tedavisi, dolaşıma destek ve mümkünse, temeldeki problemin düzeltilmesinden ibarettir (18). Annede DIC gelişimine zemin hazırlayan bir durum varsa hemşire, ekimoz ve kanamanın erken belirtilerine karşı uyanık olmalıdır. Erken belirtiler normal olmayan ekimoz oluşumu; dişeti, IV giriş bölgesi ya da diğer venöz giriş bölgelerinden olan kanamalar ve idrarda kan bulunmasıdır (20, 43).

4.3. Postpartum dönemde Ebe / Hemşirelik bakımı

Postpartum dönemde Ebe/Hemşirelik bakımının amacı, annenin ve bebeğin fiziksel bakımlarının sağlanması, riskli durumların önlenmesi ve aile üyelerinin bu yeni duruma psikososyal uyumunu sağlamada yardım ve rehberlik edilmesidir (44). Doğum sonrası kadının bakımına yaklaşım hasta bakım modelinden, sağlıklı birey bakım modeline değiştirilmiştir. Doğumdan sonraki ilk bir-iki saatlik süre anne ve bebek için hayati önem taşımaktadır. Bu dönemde maternal organlar gebelik öncesi döneme dönmeye başlar ve bütün sistemler stabil olmaya başlar. Aynı zamanda yenidoğan da intrauterin hayattan ekstrauterin hayata geçiş yapmaktadır. Bu dönem süresince Ebe/Hemşirenin rolü, anne ve bebeğin sağlık durumunu takip etmek, ortaya çıkabilecek sorunları belirlemek ve bakımını yapmaktır (39). Postpartum bakımın amacı anne ve bebeği sağlıklı bir şekilde taburcu etmek ve bu iyilik halinin bütün postpartum döneminde devam etmesini sağlamaktır.

Bu amaca ulaşmak için;

- Gebelik ve doğumun fiziksel ve emosyonel yorgunluğunu atabilmesi için annenin yeterli şekilde dinlenmesini sağlamak,
- Hızlı fizyolojik değişikliklerin olduğu bu dönemde vital bulguları sıkı takip etmek,
- Puerperal kanama, atoni ve enfeksiyon gibi komplikasyonlara karşı dikkatli olmak,
- Zedelenmiş dokuların iyileşmesini baskılayan faktörleri (enfeksiyon, anemi, kötü hijyen) önlemek,
- Yeterli süt salgılanmasını (laktasyon) sağlamak,
- Bebeğin sakin, huzurlu olmasını sağlamak ve sağlıklı bir gelişimin temelini atmak amacıyla anneye bebeğini tutmayı, altını ve giysilerini değiştirmeyi, beslemeyi, hijyenini ve rahatlığını öğretmek gerekir (18).

DSÖ'ne (2010) göre doğum sonu anne ve yenidoğan bakımı uygulama kılavuzunda, rutin doğum sonu bakım ile gözlem, vajinal kanama, uterin involüsyon ve yaşam bulgularının değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir.

DSÖ'ü doğum sonu izlem için kritik üç zaman belirtmektedirler. İlk izlem, doğum sonu ilk 24 saat içinde (minimum 12 saat); ikincisi 2 ila 7. günler arası ve üçüncüsünü de 8 ila 42. günler arasında yapılması gerektiğinden bahsedilmektedir. Aynı zamanda taburcu olmadan önce, anneler ve ailelerine evde, kendileri ve yenidoğanları için emzirme ve olası tehlikelerin erken tanısı için anahtar bilgiler ve öneriler verilmektedir (45).

4.3.1. Yaşam bulguları takibi

Değerlendirmede öncelik yaşam bulgularının değerlendirilmesi olmalıdır. Yaşam bulguları Doğum sonu (DS) ilk bir saatte her 15 dakikada bir değerlendirilir ve bulgular normal değerlerde ve stabil olduğunda izleme aralıkları açılır. Yapılan değerlendirme sonucunda elde edilen bulgular kaydedilir.

DS Arteriyel Kan Basıncı (AKB) gebelikteki değerle uyumludur ya da az değişiklik olur, genelde normal sınırlar içindedir. Ortostotik hipotansiyon ilk 24 saat içinde görülür, karın içi organlarda ödem gelişmiş ise ilk 48 saatte de görülebilir. DS ilk 24-36 saat içerisinde kan basıncında yükselme gestasyonel hipertansiyon (preeklampsi/eklampsi), oksitosin veya vazopresör ilaçların kullanımı, anksiyete,

esansiyel hipertansiyon vb. nedenlerle olabilir. Anne, DS baş ağrısından yakınıyorsa tansiyon kontrolü gerekir. Hipotansiyon ise kanama, şok vb. açısından değerlendirilir.

Nabızda fazla değişiklik olmaz. Erken DS süreçte hafif bir yükselme olabilir; fakat ilk 24 saat içinde normal sınırlara dönmelidir. Fizyolojik bradikardi, DS artan kardiyak debi (cardiac output) ve atım hacmine (stroke volume) bağlıdır. Taşikardi, öncelikle annede kardiyak problemini akla getirmelidir. Ayrıca taşikardi kanamanın göstergesi de olabilir; anne kanama, ağrı, anksiyete, dehidratasyon, ateş, enfeksiyon vb. yönlerden de değerlendirilmelidir.

Vücut ısısı, normalde 36,2-38°C arasında seyrederek. Doğum sonu ilk 24 saat içinde annenin doğum eylemindeki dehidratasyona ve fiziksel güç sarf etmesine bağlı olarak vücut ısısı 38°C kadar yükselebilir. Doğumdan kısa süre sonra titremelerin olması da doğumdaki nörolojik ve vazo motor değişiklikler sonucunda vücut ısısının fiziksel çevre ısısından daha yüksek olmaya başlaması nedeniyledir. İlk 24 saat sonra 38°C ve üstündeki ateş ise patolojiktir. Hemşire enfeksiyon bulguları ve enfeksiyona neden olabilecek faktörler açısından değerlendirme yapmalıdır.

Solunum DS normal sınırlardadır. Taşipne, dispne varsa respiratuvar distresin göstergesi olabilir ve solunum rahatsızlığını, aşırı kan kaybını, ağrı, korku vb. düşündürür. Doğumda anestezi ya da ağrı için yapılmış premedikasyon solunumu deprese edebilir. Hemşirenin DS solunum fonksiyonlarını, akciğer kapasitesini, havayolu açıklığını, inspirasyon ve ekspirasyonu, gaz alış verişini değerlendirmesi önemlidir. Oskültasyonda, (özellikle anestezi almış annelerde) akciğerlerin tüm lobları temiz, solunumu normal sınırlarda, oksijen saturasyon düzeyi en az %95 olmalıdır. Krepitasyon, whezing ya da plevral friksiyon (sürtünme sesleri) da respiratuvar distres belirtisi olabilir (27).

4.3.2. Uterus ve loşanın değerlendirilmesi

Doğumdan sonra genellikle bütün postpartum dönem boyunca süren, involusyon ve endometriumun rejenerasyonu sonucu dökülen endometrium tabakasına loşia denir. Endometriumun dökülmesinin nedenleri ise doğumdan sonra östrojen seviyesinin azalması ve uterusun myometrium tabakasının kontraksiyonlarıdır. Loşia; kan, küçük desidua parçaları, mukus, ayrıca vernikskaseoza, lanuga gibi maddeleri içerir. Endometriumda, plasentanın ayrılma yeri kanayan bir yara görünümündedir. Bu

durum yeni doğum yapan annede enfeksiyon riskini arttıracığından, postpartum bakım ve koruma önem taşır (21).

Fundus değerlendirilmeden önce mesane boş olmalıdır. Ebe/Hemşire kadına pozisyon verir. Bir el kaf yapılarak umblikusun altından abdomene doğru basınç uygulanır. Aynı zamanda diğer el ile simfiz pubisin üzerinden uterus stabilize edilir. Eğer uterus şekilli ve orta hatta ise fundusun bulunduğu yer ile umblikus arasındaki mesafe ölçülür. Fundusun bulunduğu yerin umblikusun kaç parmak (ya da kaç cm) altında olduğu belirlenir. Üst el ile fundustan aşağıya basınç uygulanır ve vajinadan gelen kan miktarı değerlendirilir.

Uterus büyük ve yumuşak ise bir el ile fundusun üstünden şekilli olana kadar masaj yapılır ve bu esnada diğer el ile simfiz pubisin üstünden uterusu destek yapılır. Eğer pıhtıdan şüphe edilirse fundus şekillendiğinde ebe/hemşire uterusu yumuşakça elle tutmalı, diğer el orta alt kısımda uterusu desteklemeye devam ederken pıhtılar çıksın diye uterusu pelvik kanala doğru itmeli. Fundus masajı ve pıhtıların çıkarılması esnasında alt el ile uterusun desteklenmesi uterus inversiyonu ve prolapsusunu önlemektir. Ebe/hemşire sürekli olarak uterusu masaj yapmaktan kaçınmalıdır. Aşırı masaj uterusu relaksasyona ve hemorajiye neden olabilir. Aşırı kanama durumunda, kanamayı kontrol etmek için ilk yapılan müdahale uterus masajıdır. Eğer intra venöz oksitosin uygulanıyorsa, kanama stabil olana kadar dozu artırılabilir. Ayrıca mesane boş olmalıdır (39). Uterus palpasyonda sert olarak ele gelmelidir. Yumuşak bir uterus, ağır kanamaların nedeni ve habercisi olabilir. Uterus kontrolünün amacı uterusun yüksekliğini, kıvamını, günlere göre involüsyonunu gözlemektir (21).

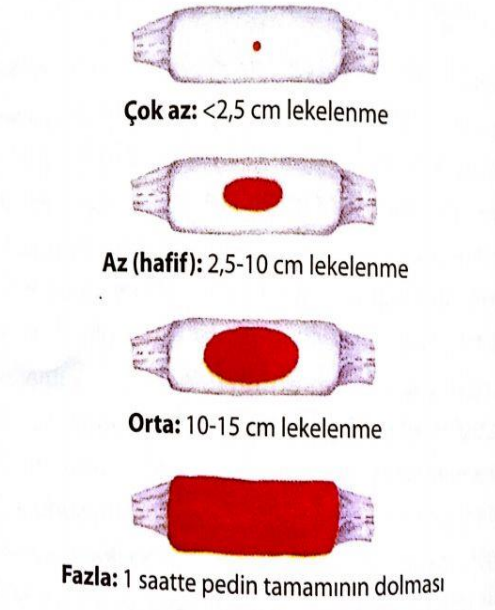
Ebe/hemşire kanama kontrolü yaparken pedlerin yanında, mutlaka kadının kalçalarının altını da kontrol etmelidir. Perineal pedler az ıslanmış olsa bile kan kalçaların altına göllenebilir. Loşianın rengi ve miktarı değerlendirilir, pıhtıların sayısı ve hacmi kayıt edilir. Loşia doğumdan sonra ilk bir saat 15 dakikada bir, ikinci saat 30 dakikada bir ve daha sonra düzenli olarak değerlendirilir. Ebe/hemşire loşianın miktarı ve karakterini değerlendirmelidir. Sadece perineal pedlerin gözlenmesi ile loşianın miktarını belirlemek zordur. Luegenbiehl (1997) postnatal kan kaybını değerlendirmek için bir yöntem önermiştir. Bu yöntemle göre ped üzerindeki lekelenmenin miktarı değerlendirilmektedir (39).

Az; 1 saat içinde ped üzerinde 2-3 cm'den daha az lekelenme

Hafif; 1 saat içinde ped üzerinde 10 cm'den daha az lekelenme

Orta; 1 saat içinde ped üzerinde 15 cm'den daha az lekelenme

Fazla; 1 saat içinde pedin tamamının loşia tarafından kaplanması (20).



Şekil- 4.3.2. Loşia miktarını değerlendirme (46).

Ped'de yer alan loşianın miktarını değerlendirirken, zamanda dikkate alınmalıdır. Bir saat ya da daha kısa bir sürede pedi ıslanan anne ile sekiz saatte ıslanan annenin kan kaybı farklı olacaktır. Perineal pedlerin kullanılmadan önce ve kullanıldıktan sonra tartılarak değerlendirilmesi, yaygın kullanılan bir ölçüm olmamakla birlikte daha objektif bir bilgi sağlayabilir. Ağırlıktaki her 1 gr. artış 1 ml. kan kaybına eşit olmaktadır. Ayrıca kanamanın kaynağı için perine bölgesi de gözlenmelidir (39).

4.3.3. Perine

Perineal bölge, hijyen, bütünlük, renk değişikliği, kızarıklık, ekimoz, hematoma, yaygın ödem, hemoroid ve epizyotomi/laserasyon durumu açısından değerlendirilir. Fakat, epizyotomi ya da laserasyon onarımı varsa dikişlerin iyileşme, dokuların birbirine yaklaşık olma durumu, açılma olup olmadığı ve enfeksiyon belirtileri açısından, hemoroid varsa kanama durumu, hassasiyeti, ağrı vb. yönden gözlenerek değerlendirilmeli ve tüm sonuçlar kaydedilmelidir (27).

Ebe/hemşire doğum sonrası annenin perine ve anal bölgesinde oluşan ağrı ve rahatsızlıkların derecesini belirlemelidir. Postpartum birinci gün süresince vajinal doğum yapan kadınlarda perine bölgesi genellikle ödemli, kızarıklık ve rahatsızlık

vericidir. Epizyotomi, laserasyon ve hemoroidlerin varlığı bu rahatsızlıkların daha da artmasına neden olmaktadır. Bu rahatsızlıkların giderilmesinde soğuk uygulama, lokal ve sistemik analjezik ilaçlar kullanılabilir (39).

4.3.4. Meme bakımı ve emzirme

Erken postpartum dönemde, bebek uyanık ve beslenmeye hazırdır. Bu nedenle bu dönem bebeği beslemeye başlamak için mükemmel bir zamandır. Ayrıca emzirme uterus kontraksiyonlarını artırmakta ve maternal kanamayı önlemektedir. Kolostrum ise, bebekte mukusu yumuşatmakta ve bir laksatif gibi görev yapmaktadır. Böylece mekonyumun hızlı bir şekilde atılmasını sağlamaktadır. Emzirme bebekte hipoglisemi oluşma olasılığını ve fizyolojik hiperbilirubineminin şiddetini azaltmakta ve önemli immünolojik yararlar sağlamaktadır. Memelerin temizliğinin sağlanmasında, genellikle memelerin sadece ılık su ile silinmesi yeterli olmaktadır. Ayrıca emzirmeden önce anne ellerini yıkamalıdır. Göğüsleri sıkmayan, basınç yapmayan ve iyi kaldıran sütyen ile desteklenmelidir. Ebe/hemşire emziren annenin meme uçlarını çatlak, fissür ve yara gibi travma bulguları yönünden değerlendirilmelidir. Meme ucunda travmaların bulunması enfeksiyon gelişme olasılığını artırmaktadır.

Türkiye’de yapılan bir çalışmada doğum sonrası kadınların %55,6’sının meme ucunda kızarıklık, %62,1’inde ağrı ve %60,1’in de çatlak görüldüğü bildirilmektedir. Bu nedenle, meme ucu travmalarını önlemek için, anneye doğru emzirme tekniklerinin kullanımı öğretilmelidir (39).

4.3.5. Mesane kontrolü

Anne doğum sonrası altı-sekiz saat içinde spontan olarak idrarını yapmalıdır. İlk birkaç kez yapılan idrar miktarı, mesanenin yeterince boşalma durumunu belirlemek için ölçülmelidir. Her boşaltımda en az 150 cc idrar yapması beklenir. Bazı kadınlar idrar yapmakta zorluk yaşayabilirler. Bu durum mesane tonüsünde azalma, travmaya bağlı olarak oluşan ödem ya da rahatsızlık korkusu nedeni ile olabilir (39).

Uterusun yer değiştirmesi, mesanenin palpabl olması ya da uterusun gevşek olması mesane distansiyonuna işaret edebilir. Bu durumda mesane derhal boşaltılmalıdır. Doğumdan sonra anne, her 4-6 saatte bir mesanesini boşaltılması için desteklenmelidir. Hemşire annenin yeterli sıvı alıp almadığını, sorarak öğrenmelidir.

Mesane tam boşalsa bile yeterli sıvı alınmadığı takdirde, üriner sistem enfeksiyonu gelişebilir. Bu değerlendirmeler sırasında hemşire postpartum diürez hakkında anneye bilgi vermeli ve mesanesini niçin sık boşaltılması gerektiğini açıklamalıdır. Bunun yanında aldığı diğer sıvılara ek olarak en az 8 bardak su içmesinin önemi üzerinde durulur (20).

4.3.6. Bağırsak kontrolü

Gebelikte görülen bağırsak peristaltizminin yavaşlamasına bağlı kabızlık, lohusalığın ilk günlerinde de devam eder. Doğum yapmış kadın puerperal dönemde, özellikle ilk haftada tuvalete çıkmakta güçlük çeker, bu da konstipasyona neden olur. Karın duvarının gevşemiş olması, bağırsaklar üzerindeki basıncın azalmasına, dolayısıyla bağırsak peristaltizminin yavaşlamasına neden olur. Hemoroidler ve perinedeki dikişler, ayrıca doğum sırasında fetus basının rektuma yaptığı travma nedeniyle anneler, ağrı duyma korkusuyla defekasyondan kaçınırlar. Erken mobilizasyon ve erken beslenme ile konstipasyon daha az görülen bir problem haline gelmiştir. Erken mobilizasyon, hareket, sakız çiğneme, posalı diyet, bol sıvı, özellikle meyve suları veya kompostolar konstipasyonu önlemede etkili yöntemlerdir (18).

4.3.7. Uyku ve dinlenme

Dinlenme ve uyku, yeni doğum yapmış anne için çok önemlidir, ancak hasta odalarının kalabalık olması, personelin özellikle gündüzleri odalara sık sık girip çıkması, muayeneler, tedaviler bunu imkânsız hale getirmektedir. Doğum eyleminin yarattığı anksiyete ve yorgunluğu gidermek için anneye, lohusalık döneminde iyi bir uyku ve dinlenme sağlanmalıdır. Anne gebeliğin ve doğum eyleminin verdiği yorgunluğu atma arzusundadır. Yeni bir yorucu dönemin yükünü kaldırabilmesi için annenin yeterli bir istirahate ihtiyacı vardır. Pelvik taban ve diğer destek dokuların involüsyonu henüz tamamlanmadığından, pelvik relaksasyonu önlemek için annenin ağır ve yorucu işlerden kaçınması gerekir. Gece saatleri anneleri mümkün olduğunca az rahatsız etmeli, gündüzleri de öğle yemeğinden sonra iki saat dinlenmeleri sağlanmalıdır (18).

4.3.8. Erken mobilizasyon

Genellikle doğumdan sonraki ilk birkaç saat içinde annenin mobilize olması önerilir. Mesane komplikasyonları, konstipasyon, puerperal venöz tromboz ve pulmoneremboli erken mobilize olan kadınlarda daha az sıklıkta görülmektedir. İlk mobilizasyonda mutlaka bir yardımcı olmalıdır çünkü ortostatik hipotansiyon ve senkop gelişebilir. Normal doğumu takiben vital bulguları stabilse, birinin yardımıyla anne lavabo ya da tuvalete gidebilir (18).

Ayrıca hastayı mobilize ederken Ebe/hemşire kan kaybının miktarını, kullanılan analjezik maddelerin miktarını, türünü ve zamanını da göz önünde bulundurmalıdır. Anne ayağa kalktığı anda geçici olarak ani bir vajinal kanama olabilir. Bu kanın rengi koyu kırmızı ise, muhtemelen önemsizdir ve pozisyonadaki değişim ile daha önce yeterince drene olamayan ve vajende biriken kanın drene olduğunu göstermektedir. Ancak yine de kadın aşırı kanama ve şok belirtileri yönünden değerlendirmelidir. Doğum yaptıktan sonra yatakta kalan kadında trombüs gelişme riski artmaktadır. Erken mobilize olması için desteklenmelidir (39).

4.3.9. Ağrı kontrolü

Doğum ağrısına; uterus kontraksiyonları, serviks dilatasyonu, pelvik kasların ve vajina duvarının genişlemesi ve fetusun doğum kanalında ilerlemesi neden olur (47). Doğumdan sonra karın ağrısı normalde 48 saat sonra hafifler. Ancak emzirme sırasında hipofizden salgılanan oksitosin hormonu, miyometriyum kontraksiyonlarını uyarak ağrıya neden olurken, uterus atonisi vb. nedenlerle uygulanan oksitosin preparatları da aynı şekilde ağrıya neden olur. Doğumdan sonra, myometrial kontraksiyonlar involüsyona yardımcı olur. Primiparlarda puerperal uterus tonik olarak kontrakte kalma eğilimindedir; multiparlarda ise aralıklı olarak şiddetli kontraksiyonlar ve ağrı oluşur. Parite arttıkça ağrı belirginleşir. Annenin karın ağrısı ile baş edebilmesi için bunun normal ve geçici bir süreç olduğu anneye anlatılmalıdır. Ayrıca anne prone pozisyonunda yatırılırsa hem karın ağrısı hafifler, hem de uterus involüsyonunun doğru pozisyonunda tamamlanması sağlanır (18).

4.3.10. Postpartum beslenme

Doğum sonrası annenin beslenme gereksinimini karşılamanın yanı sıra kaybettiği kanı ve enerjiyi yerine koymak, iyi bir doku onarımı sağlamak ve süt yapımı içinde iyi beslenmelidir. Postpartum dönemde anneye protein ve vitaminden zengin sulu ve posalı diyet önerilir. Bu dönemdeki enerji ihtiyacını karşılamak için diyetle aynı zamanda bol karbonhidrat da alınmalıdır (22). Laktasyon sırasında diyetin yeterli ve dengeli olması, gebelikteki kadar önemlidir. Doğum sonu dönemde sütün yeterli miktarda salgılanması için annenin kalorisi yüksek bir diyetle beslenmesi ve bol sıvı alması gerekir. Lohusa ilk günlerde hafif beslenmeli ve bol sulu gıdalar almalıdır. Emzikli anneler 2500-3000 ml sıvı almalıdır. Bunun nedeni sütün devamlılığını sağlamak ve kabızlığı önlemektir (21).

5. METOT VE MATERYAL

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, vajinal doğum yapmış kadınlara postpartum erken dönemde yapılacak olan fundus masajının uterus involüsyonuna ve postpartum kanama miktarına etkisini değerlendirmek amacıyla kontrol gruplu deneysel bir araştırma olarak yapılmıştır.

5.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, İstanbul ilinde bulunan Özel Medipol Mega Hastanesinde, Kadın-Doğum Klinikleri servisinde yürütülmüştür. Araştırmanın verileri 12 Haziran 2015- 2 Eylül 2015 tarihleri arasında toplanmıştır.

Doğumhaneye kabul edilen gebeye kimlik doğrulaması için kol bandı takılıp, önlüğü giydirilir ve anemnezi alınır. Poliklinikte vajinal muayene yapılmadıysa vajinal muayene ve fetal monitarizasyon yapıp damar yolu açılmaktadır. Annelerden kan grubu, hemogram, Aptt, protrombin zamanı, hbsag, anti-hıv ve anti-hcv çalışılması için kan örnekleri alınır. Doktor istemi ve servikal açıklığına göre lavman uygulanmaktadır. Travay takibinde gebeye uygulanacak induksiyon, amniotomi ve diğer tedaviler doktorlar tarafından order edilmektedir. Doğumhanede görevli ebe rutin bakımı uygulamakta, travaydaki gebelerin takibi ve Non-Stress Testi (NST) izlemlerini yapmaktadır. Doğumlar çoğunlukla uzman doktorlar gerekli durumlarda ise asistan doktor tarafından yapılmaktadır. Doğumdan sonra herhangi bir komplikasyon gelişmezse anne servise gönderilmektedir. Doğum sonu dönemde ebe/hemşire; kanama kontrolü ve vital bulguların takibini yapmaktadırlar. Emzirme danışmanı tarafından annelere anne sütü ve emzirme eğitimi verilmektedir. Bebeklere yönelik girişimler ise yenidoğan hemşiresi ve çocuk hekimi tarafından yapılmaktadır.

5.3 Araştırmanın Evreni

12 Haziran 2015- 2 Eylül 2015 tarihleri arasında İstanbul ilinde bulunan Özel Medipol Mega Hastanesinde vajinal doğum yapan ve araştırmayı kabul eden lohusalar araştırmamızın evrenini oluşturmaktadır.

5.4 Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemi, 12/06/2015 - 02/09/2015 tarihleri arasında Özel Medipol Mega hastanesinde vajinal doğum yapmış, araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve araştırmayı kabul eden 35 Çalışma grubu ve 35 kontrol grubu olmak üzere toplam 70 lohusa oluşturmuştur. Deneysel olarak planlanan çalışmamıza alınacak deney ve kontrol grupları rast gele seçilmiştir.

Araştırmaya alınma kriterleri;

- Vajinal doğum yapmış
- Tek bir canlı fetüs
- Baş gelişi
- Araştırmayı kabul eden
- Bebeği sağlıklı miadında doğan
- İndüksiyon alan ve almayan lohusalar
- Annede sistematik veya kronik bir rahatsızlığı olmayan
- Riskli gebe ve doğum eylemi olmayan

Araştırmaya alınmama kriterleri;

- 37 hafta öncesi doğum yapan
- Bebeğinde emzirmeye engeli olacak düzeyde genetik anomalisi, kalp hastalığı ve down sendromu olan, bebeği yenidoğan yoğun bakımda yatan
- Uterus myomu olan, vakumla doğum yapan
- Doğum ve doğum sonrası herhangi bir komplikasyon yaşayanlar
- Doğum öncesi anemisi olan ve kan transfüzyonu uygulanan lohusalar
- Preekleptik lohusalar
- Hastanın kendi isteğiyle çalışmadan çıkmak isteyenler alınmamıştır.

5.5 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir hastanede yapılması ve zaman kısıtlılığı nedeniyle belirlenen süre içinde hasta sınırlılığı ve araştırmaya katılmak istemeyenlerin olması sınırlılıkları oluşturmuştur.

5.6. Veri Toplama Araçları

- Kadınların sosyo-demografik özelliklerini, gebelik ve doğum öykülerini içeren veri toplama anket formu
- Lohusaların doğum sonu ebe/hemşirelik bakımına ve değerlendirmeye yönelik takip formu
- Postpartum kanamayı takip etmek amacıyla her hastaya verilmek üzere standart petler (aynı şekil, aynı boy, aynı ağırlık ve aynı marka petler)
- Şeffaf, kilitlenebilen 26x29 cm boyutlarında poşetler (biriktirilen petlerin korunması için)
- Petlerin tartılması için hassas tartı (dijital)
- Standart mezura kullanılmıştır.

Veri toplama anket formu

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak; kadınların sosyo-demografik özellikleri, gebelik, doğum öykülerini ve doğum sonu ile ilgili bilgileri içeren 36 soruluk anket formu (Ek-1) . Anneye yönelik veri toplama formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuştur. Görüşme yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Oluşturulan formlar literatür bilgilerinden ve araştırmacı deneyimlerinden yararlanılarak hazırlanmıştır (18).

Postpartum değerlendirme formu

Doğum sonu ebe/hemşire bakımına yönelik takip edilmesi gereken durumlar (Ek-2) literatür bilgilerine dayanılarak hazırlanmıştır (18).

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan ve çalışma grubuna fundus masajı hakkında bilgilendirilen ve uygulamayı kabul eden lohusalara imzalatılmıştır (Ek-3).

5.7. Ön Uygulama

Araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama ve postpartum değerlendirme formu geçerlilik ve uygulanabilirliğini sağlamak amacıyla Özel Medipol Mega Hastanesinde vajinal doğum yapan 10 lohusaya uygulanmıştır. Ön uygulama sonucunda soru formunda herhangi bir değişiklik yapılmasına gereksinim duyulmamış ve formlar kullanılmıştır. Ön görüşme yapılan lohusalar araştırmaya dâhil edilmemiştir.

5.8. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Özel Medipol Mega Hastanesi doğum servisine 12/06/2015 - 02/09/2015 tarihleri arasında vajinal doğum yapmak için yatışı yapılan, araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve araştırmayı kabul eden lohusalar araştırmaya alınmıştır.

Araştırmanın verileri, yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Doğum salonuna yatırılan gebelerin, doğumun üçüncü evresinden sonra lohusalara herhangi bir komplikasyon yoksa, rutin olarak uterotonik uygulanmaktadır. Çalışma grubundaki lohusalara postpartum 1.saatte 15 dakika arayla 45 saniye fundus masajı yapılmıştır ve hastaya da öğretilmiştir (18). Çalışma ve kontrol grubu lohusaların doğum sonu 1.saatte fundus kontrolünde çoğunlukla uterus kontrakte olarak saptanmıştır. Çalışma ve kontrol grubundaki tüm lohusaların ilk bir saat içinde bebeklerini emzirilmesi sağlanmıştır. İlk emzirmenin doğum sonu farklı dakikalarda olduğu durumlar kaydedilmiştir. Tüm lohusaların doğum sonu birinci saatten sonra beslenmeleri sağlanmış ve mobilizasyon konusunda bilgilendirilmişlerdir.

Ateş, nabız, tansiyon takipleri belirli aralıklarla yapılmıştır. Pedlerin tartılması ve loşia kontrolü doğumdan sonra 2. 4. 6. ve 12. saatlerinde yapılmıştır. Uterusun kontrakte olup olmadığı, involüsyon ölçümü 1. 6. ve 12. saatlerde yapılmıştır (18).

Çalışma ve kontrol grubundaki tüm lohusaların fundus yüksekliği standart mezüre ile fundusun umblikusun ne kadar altında olduğu ölçülerek takip edilmiştir. Sol elle fundusun yüksekliği belirlenip sağ elle kalemle işaret konulmuştur. Umblikusun üzerine mezuranın '0' rakamı yerleştirilip işaretli yere kadar ölçüm yapılarak, fundusun umblikustan ne kadar altında olduğu kaydedilmiştir.

Her hastaya aynı marka, eşit ağırlık ve boyda standart pet ve petlerin biriktirilmesi için üzerinde toplama saatleri (2.4.6.12.) yazılarak şeffaf kilitlenebilen poşet

verilmiştir. Petleri nasıl biriktirileceği anlatılmıştır. Petler tartılırken pedin ve poşetin ağırlığı (10gr) toplam ağırlıktan çıkarılarak loşia miktarı kaydedilmiştir.

Çalışma grubundaki lohusalara, doğum sonu fundus masajının ilk bir saat araştırmacı tarafından yapılacağı belirtilmiştir. Diğer saatler için lohusalara düz anlatım tekniği ile ve uygulamalı olarak on dakika süren fundus masajı eğitimi verilmiştir. Masajın doğru yapılıp yapılmadığı araştırmacı tarafından gözlenmiştir.

Çalışma grubundaki lohusalara postpartum 1. saatte 15 dakikada bir 45 saniye hastayı rahatsız etmeyecek şekilde nazikçe fundus masajı yapılmıştır. Sonraki saatlerde 6. saate kadar saat başı 6.-12. arasında iki saatte bir masaj yapılmıştır.

Doğum sonu ilk bir saat içinde epizyotomi, doğum yolu laserasyonların onarımı, perine bakımı, kanama kontrolü ve hastaya temiz ped konulup hazırlanma işlemleri bittikten sonra fundus masajına 1. saatte başlanmıştır.

Lohusanın ilk doğum servisine kabulünde vital bulgu takibi, fundus yüksekliği ve kanama kontrolü yapılmaktadır. Taburculuk öncesi çoğu lohusadan kontrol hemogramı gönderilmektedir. Doğum sonu ilk 2 saat içinde doktor istemine göre analjezik ve profilaksi amacıyla antibiyotik uygulanmaktadır.

Lohusalar postpartum 24 saat hastanede takip altında tutulmaktadır. Özel hastane olma sebebi ile daha erken taburcu olmak isteyen lohusalar imza karşılığı taburcu edilmektedir.

5.9. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmada yer alan yaş, beden kitle indeksi, gebelik sürecinde alınan kilo gibi sürekli değişkenlerin dağılımı Shapiro-Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılan değişkenler ortalama±standart sapma (ort±s) ve ortanca (min-maks), normal dağılmayan sürekli değişkenler ile kesikli değişkenler ortanca (min-maks) ile ifade edilmiştir. Kategorik değişkenler sayı (%) ile gösterilmiştir.

Çalışma ve kontrol grubu normal dağılım gösteren değişkenler açısından t testi ile; diğer sürekli ve kesikli değişkenler açısından Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. İki grubun kategorik değişken açısından incelenmesinde ki-kare testleri kullanılmıştır. Nabız, ateş, kan basıncı gibi tekrarlı ölçümlerin grup içi karşılaştırmasında Friedman testi uygulanmıştır. Bu analiz sonucunda post-hoc test

olarak Bonferroni düzeltilmeli Wilcoxon analizi yapılmıştır. Analizler sonucunda p değeri ve test istatistiği verilmiştir.

Toplam loşia miktarı ve 12. saat fundus yüksekliğini etkileyen olası faktörler tek değişkenli lineer regresyon analizinde enter yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. 2'den fazla kategorik değişkenler, kukla değişkenleri elde edilerek analize dâhil edilmiştir. Tek değişkenli analizlerde anlamlılık düzeyi 0,250'nin altında olan değişkenler çok değişkenli lineer regresyon için aday değişken olarak belirlenmiştir. Geriye doğru değişken seçim yöntemi kullanılarak nihai faktörler elde edilmiştir. Analizler sonucunda regresyon katsayısı, bu katsayının % 95 güven aralığı (% 95 GA) ile p değeri; regresyon modelinin F istatistiği, p değeri ve düzeltilmiş açıklayıcılık katsayısı (R^2) verilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı, grafik çizimi için Microsoft Office Excel 2013 kullanılmıştır.

5.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin ve İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel olmayan Klinik Araştırma Etik kurulundan etik kurul onayı alınmıştır. (Ek-5, Etik No:108400987-108)

Hastalar çalışmayla ilgili bilgilendirilerek, sözlü ve yazılı onayları alınmıştır.

5.11. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Erken postpartum dönemde yapılan düzenli fundus masajının loşia miktarına etkisi vardır.

H2: Erken postpartum dönemde yapılan düzenli fundus masajının uterus involüsyon sürecine etkisi vardır.

5.12. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

Araştırmacının çalışma saatleri dışındaki vajinal doğum yapan annelerin değerlendirilememesi, kriterlere uyan annelerin araştırmaya katılmak istememesi, hastanede yoğunluğun olduğu dönemde hastaların başka servise yatırılması ve fundus masajı sırasında herhangi bir rahatsızlık hissettiğinde çalışmadan ayrılmak istemesi gibi zorluklar yaşanmıştır.

6. BULGULAR

Tablo 6.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

	Genel	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	χ^2	p
Yaş [ort±s]	29,10±4,07	29,14±4,56	29,06±3,58	t=0,087	0,931
Yaş grupları	n=70(%)	n=35(%)	n=35(%)	4,188	0,242
19-24 yaş	9 (12,9)	6 (17,1)	3 (8,6)		
25-29 yaş	34 (48,6)	16 (45,8)	18 (51,4)		
30-34 yaş	17 (24,3)	6 (17,1)	11 (31,4)		
35 yaş ve üzeri	10 (14,2)	7 (20,0)	3 (8,6)		
Eğitim durumu	n=70(%)	n=35(%)	n=35(%)	5,399	0,145
İlkokul mezunu	11 (15,7)	5 (14,3)	6 (17,1)		
Ortaokul mezunu	4 (5,7)	4 (11,4)	0 (0,0)		
Lise mezunu	21 (30,0)	8 (22,9)	13 (37,1)		
Üniversite mezunu	34 (48,6)	18 (51,4)	16 (45,8)		
Meslek	n=70(%)	n=35(%)	n=35(%)	2,499	0,475
Ev hanımı	43 (61,5)	22 (62,9)	21 (60,0)		
Memur	12 (17,1)	7 (20,0)	5 (14,3)		
İşçi	14 (20,0)	5 (14,3)	9 (25,7)		
Serbest meslek	1 (1,4)	1 (2,8)	0 (0,0)		
Sosyal güvence	n=70(%)	n=35(%)	n=35(%)	–	1,000
Var	69 (98,6)	35 (100,0)	34 (97,1)		
Yok	1 (1,4)	0 (0,0)	1 (2,9)		
Gelir durumu	n=70(%)	n=35(%)	n=35(%)	2,903	0,234
Gelir giderden az	1 (1,4)	1 (2,9)	0 (0,0)		
Gelir gidere denk	57 (81,5)	30 (85,7)	27 (77,1)		
Gelir giderden fazla	12 (17,1)	4 (11,4)	8 (22,9)		
Evlilik süresi [ortanca (min-maks)]	5 (1 - 22)	6 (1 - 22)	5 (1 - 20)	Z=0,496	0,620
Evlilik süresi	n=70(%)	n=35(%)	n=35(%)	6,688	0,035
1-3 yıl	23 (23,9)	13 (37,1)	10 (28,6)		
4-6 yıl	24 (34,2)	7 (20,0) ¹	17 (48,6) ¹		
7 yıl ve üzeri	23 (32,9)	15 (42,9)	8 (22,8)		

¹ p<0,05

Araştırmaya katılan kadınların %48,6'sının 25-29 yaş grubunda ve üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Eğitim durumu, meslek, sosyal güvence ve gelir durumu bakımından grupların benzer olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$). Evlilik süresi 4-6 yıl olan kadınların oranı çalışma grubunda %20,0 kontrol grubunda %48,6 olarak hesaplanmıştır. Bu oranlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 6.2. Kadınların Doğurganlık Özelliklerinin Dağılımı

	Genel	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	χ^2	p
Gebelik sayısı	n=70(%)	n=35(%)	n=35(%)	1,777	0,620
1	23 (32,9)	12 (34,3)	11 (31,4)		
2	25 (35,7)	10 (28,6)	15 (42,9)		
3	12 (17,1)	7 (20,0)	5 (14,3)		
4 ve daha fazla	10 (14,3)	6 (17,1)	4 (11,4)		
Doğum sayısı	n=70(%)	n=35(%)	n=35(%)	0,644	0,886
1	29 (41,4)	16 (45,7)	13 (37,1)		
2	27 (38,6)	12 (34,3)	15 (42,9)		
3	10 (14,3)	5 (14,3)	5 (14,3)		
4 ve daha fazla	4 (5,7)	2 (5,7)	2 (5,7)		
Küretaj durumu	n=70(%)	n=35(%)	n=35(%)	–	1,000
Yaptı	3 (4,3)	2 (5,7)	1 (2,9)		
Yapmadı	67 (95,7)	33 (94,3)	34 (97,1)		
Düşük durumu	n=70(%)	n=35(%)	n=35(%)	0,804	0,370
Yaptı	14 (20,0)	9 (25,7)	5 (14,3)		
Yapmadı	56 (80,0)	26 (74,3)	30 (85,7)		

Gebelik sayısı bir olan kadınların sayısı çalışma grubunda %34,3 kontrol grubunda %31,4'dir. Doğum sayısı bir olan kadınların çalışma ve kontrol grubunda oranları sırasıyla %45,7 ve %37,1'dir. Çalışma grubunda %5,7 kontrol grubunda %2,9 küretaj olduğu; çalışma grubundan %25,7'i kontrol grubunda %14,3'ü düşük yaptığı görülmüştür. Gebelik sayısı, doğum sayısı, küretaj durumu ve düşük durumu bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 6.3. Kadınların Şimdiki Gebelik Özelliklerinin Dağılımı

	Genel	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	χ^2	p
Gebelikte alınan kilo ağırlığı grubu	n=70(%)	n=35(%)	n=35(%)	1,472	0,479
5-10 kg	29 (41,4)	12 (34,3)	17 (48,6)		
11-16 kg	25 (35,7)	14 (40,0)	11 (31,4)		
17 kg ve üzeri	16 (22,9)	9 (25,7)	7 (20,0)		
Doğum sonu kilosu	70 (57-120)	69 (58-91)	70 (57-120)	Z=1,451	0,147
Doğum sonu kilo ağırlığı	n=70(%)	n=35(%)	n=35(%)	1,340	0,512
55-64 kg	13 (18,6)	8 (22,9)	5 (14,2)		
65-74 kg	31 (44,3)	16 (45,7)	15 (42,9)		
75 kg ve üzeri	26 (37,1)	11 (31,4)	15 (42,9)		
Boy uzunluğu	1,65±0,05	1,64±0,05	1,65±0,05	t=0,755	0,453
Boy uzunluğu Grubu	n=70(%)	n=35(%)	n=35(%)	2,844	0,241
150-157 cm	8 (11,4)	3 (8,6)	5 (14,2)		
158-165 cm	37 (52,9)	22 (62,9)	15 (42,9)		
166 cm ve üzeri	25 (35,7)	10 (28,6)	15 (42,9)		
Beden kitle indeksi (ortanca)	25,7 (21,3-41,0)	25,4 (21,3-31,5)	26,4 (21,7-46,0)	Z=1,157	0,247
Beden kitle indeksi grubu	n=70(%)	n=35(%)	n=35(%)	0,996	0,318
Normal	25 (35,7)	15 (42,9)	10 (28,6)		
Kilolu	45 (64,3)	20 (57,1)	25 (71,4)		
Gebelikte kullanılan ilaç türü	n=70(%)	n=35(%)	n=35(%)		
Vitamin ve demir	70 (100,0)	35 (100,0)	35 (100,0)		
Gebelik haftası	39 (37-40)	39 (37-40)	39 (37-40)	Z=0,178	0,858
Gebelik haftası Grubu	n=70(%)	n=35(%)	n=35(%)	0,976	0,807
37 hafta	6 (8,5)	2 (5,7)	4 (11,4)		
38 hafta	23 (32,9)	12 (34,3)	11 (31,4)		
39 hafta	18 (25,7)	10 (28,6)	8 (22,9)		
40 hafta	23 (32,9)	11 (31,4)	12 (34,3)		
Gebelikte sigara kullanma durumu	n=70(%)	n=35(%)	n=35(%)	-	0,614
Evet	4 (5,7)	1 (2,9)	3 (8,6)		
Hayır	66 (94,3)	34 (97,1)	32 (91,4)		

Çalışma grubunun %40'ı, kontrol grubunun %31,4'ü gebelikte 11-16 kg arasında kilo aldığı; çalışma grubunun %45,7'sinin, kontrol grubunun %42,9'unun doğum sonunda 65-74 kg arasında olduğu tespit edilmiştir. Çalışma grubunda %2,9'u kontrol grubunda %8,6'sı gebelik süresince sigara kullandığı belirlenmiştir. Şimdiki gebelik özelliklerine göre grupların benzer olduğu görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 6.4. Kadınların Doğum Öncesi Kan Değerlerinin Dağılımı

	Genel (%)	Çalışma Grubu(%)	Kontrol Grubu(%)	χ^2	p
Hemoglobin	12,01±1,10	12,35±1,14	11,68±0,95	t=2,663	0,010
11 g/dl ve altı	23 (32,9)	9 (25,7)	14 (40,0)	1,036	0,309
11,7 – 15,5g/dl	47 (67,1)	26 (74,3)	21 (60,0)		
Hematokrit	36,25±2,99	37,25±2,98	35,26±2,68	t=2,933	0,005
34 altı	21 (30,0)	8 (22,9)	13 (37,1)	1,088	0,297
34 – 45	49 (70,0)	27 (77,1)	22 (62,9)		
Trombosit (ortanca)	203,5 (93-427)	204 (93-345)	203 (99-427)	Z=0,693	0,488
153 ve altı	13 (18,6)	9 (25,7)	4 (11,4)	1,511	0,219
154 – 386	57 (81,4)	26 (74,3)	31 (88,6)		
INR(ortanca)	0,94 (0,83-1,27)	0,95 (0,83-1,27)	0,93 (0,83-1,06)	Z=0,735	0,462
0,8 – 1,2	70 (100,0)	35 (100,0)	35 (100,0)	–	–
aPTT	28,02±1,78	27,76±1,85	28,27±1,69	t=1,222	0,226
25 ve altı	5 (7,1)	4 (11,4)	1 (2,9)	–	0,356
26 – 32	65 (92,9)	31 (88,6)	34 (97,1)		

Çalışma grubundaki kadınların %25,7'sinin, kontrol grubundaki kadınların %40,0'ının doğum öncesinde hemoglobin düzeylerinin 11g/dl ve altında olduğu görülmüştür. Doğum öncesi kan değerleri bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$)

Tablo 6.5. Kadınların Son Doğuma İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

	Genel	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	χ^2	p
İndüksiyon uygulanma durumu	n=70(%)	n=35(%)	n=35(%)	0,000	1,000
Evet	46 (65,7)	23 (65,7)	23 (65,7)		
Hayır	24 (34,3)	12 (34,3)	12 (34,3)		
İndüksiyon uygulanma süresi (ortanca)	2 (1 - 8)	2 (1-7)	3 (1-8)	Z=1,324	0,185
İndüksiyon uygulanma süresi grubu	n=70(%)	n=35(%)	n=35(%)	2,624	0,453
30 – 59 dk	12 (26,1)	7 (30,4)	5 (21,7)		
60 – 180 dk	19 (41,3)	10 (43,5)	9 (39,2)		
181 – 360 dk	8 (17,4)	2 (8,7)	6 (26,1)		
361 dk ve üzeri	7 (15,2)	4 (17,4)	3 (13,0)		
Travayda ilaç uygulanma durumu	n=70(%)	n=35(%)	n=35(%)	0,229	0,632
Uygulandı	37 (52,9)	17 (48,6)	20 (57,1)		
Uygulanmadı	33 (47,1)	18 (51,4)	15 (42,9)		
Uygulanan ilaç	n=70(%)	n=35(%)	n=35(%)	0,160	0,689
Aldolan	11 (29,7)	4 (23,5)	7 (35,0)		
Buscopan	26 (70,3)	13 (76,5)	13 (65,0)		
Doğumun 3. Evresinin süresi (ortanca)	7,5 (4,-15)	8 (5-15)	7 (4-13)	Z=1,004	0,316
Doğumun 3. Evresinin süresi grubu	n=70(%)	n=35(%)	n=35(%)	2,922	0,232
5 – 9 dk	48 (68,6)	22 (62,9)	26 (74,3)		
10 – 15 dk	21 (30,0)	13 (37,1)	8 (22,9)		
16 – 20 dk	1 (1,4)	0 (0,0)	1 (2,8)		

Kadınların son doğuma ilişkin özellikleri incelendiğinde her iki grupta da %65,7 kadına indüksiyon uygulandığı; çalışma grubunda %43,5 ve kontrol grubunda %39,2'sine 60 – 180 dk arasında uygulandığı tespit edilmiştir. Çalışma grubunun %62,9'u, kontrol grubunun %74,3'ü için doğumun üçüncü evresi 5 – 9 dk sürmüştür. Son doğuma ilişkin özelliklere göre grupların benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 6.6. Kadınların Doğum Sonu Döneme İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

	Genel	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	χ^2	p
Laserasyon durumu	n=70(%)	n=35(%)	n=35(%)	12,105	0,002
Epizyotomi	49 (70,0)	26 (74,3)	23 (65,7)		
1. dereceden perine laresyonu	13 (18,6)	2 (5,7) ¹	11 (31,4) ¹		
Yok	8 (11,4)	7 (20,0) ²	1 (2,9) ²		
İlaç uygulanma durumu	n=70(%)	n=35(%)	n=35(%)	–	–
Uygulandı	70 (100,0)	35 (100,0)	35 (100,0)		
Uygulanmadı	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		
Doğum sonu uygulanan ilaçlar	n=70(%)	n=35(%)	n=35(%)	–	–
Antibiyotik	70 (100,0)	35 (100,0)	35 (100,0)		
Analjezik	70 (100,0)	35 (100,0)	35 (100,0)		
Uteritonik	70 (100,0)	35 (100,0)	35 (100,0)		
İlk miksiyon zamanı (ortanca)	4 (1,8)	4 (1-7)	4 (2-8)	Z=0,485	0,628
İlk miksiyon zamanı grubu	n=70(%)	n=35(%)	n=35(%)	1,061	0,588
2 – 3 saat	22 (31,4)	13 (37,1)	9 (25,7)		
4 – 5 saat	35 (50,0)	16 (45,8)	19 (54,3)		
6 – 7 saat	13 (18,6)	6 (17,1)	7 (20,0)		

^{1,2} p<0,05

Epizyotomi gözlenen hastaların oranı çalışma grubunda %74,3 kontrol grubunda %65,7 olarak hesaplanmıştır. Çalışma grubunda laserasyon gözlenmeme oranının kontrol grubuna göre daha yüksek, 1. dereceden perine laserasyonu gözlenme oranının ise daha düşük olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). İlk miksiyonu 4-5 saat arasında olan hastaların oranı çalışma grubunda %45,8 kontrol grubunda %54,3'tür. İlk miksiyon saati bakımından gruplar benzerdir.

Tablo 6.7. Yenidoğana İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

	Genel	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	χ^2	p
Doğum ağırlığı	3271,29±361,85	3223,43±367,77	3319,14±354,61	t=1,108	0,272
Bebğin kilosu grubu	n=70(%)	n=35(%)	n=35(%)	4,172	0,243
2000 – 2499 kg	3 (4,3)	1 (2,9)	2 (5,7)		
2500 – 2999 kg	13 (18,6)	9 (25,7)	4 (11,4)		
3000 – 3499 kg	53 (75,7)	24 (68,6)	29 (82,9)		
4000 kg ve üzeri	1 (1,4)	1 (2,9)	0 (0,0)		
İlk emme zamanı grubu	n=70(%)	n=35(%)	n=35(%)	8,574	0,014
İlk 29 dakikada	10 (14,3)	2 (5,7) ¹	8 (22,9) ¹		
30 – 59 dakikada	43 (61,4)	20 (57,1)	23 (65,7)		
60 – 120 dakikada	17 (24,3)	13 (37,1) ²	4 (11,4) ²		

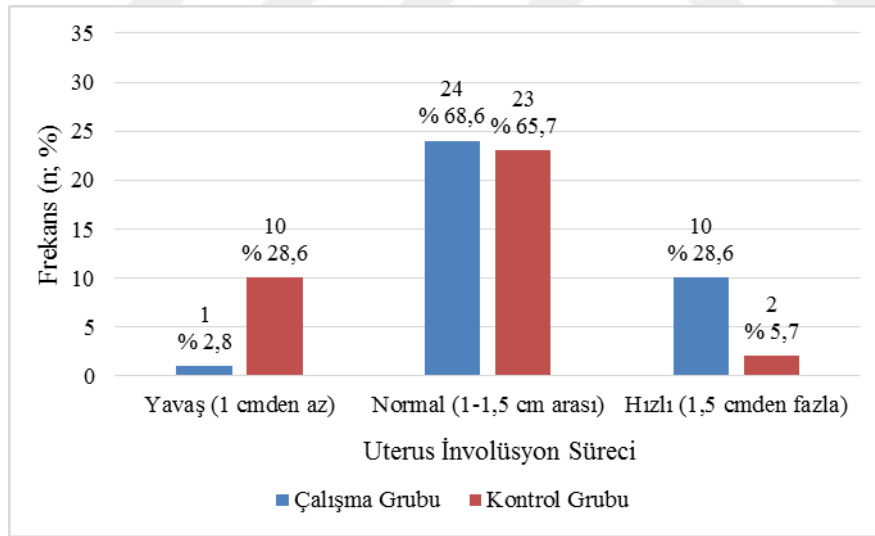
^{1,2} p<0,05

Çalışma grubunda doğan bebeklerin %68,6'sı, kontrol grubunda doğan bebeklerin %82,9'unun ağırlığı 3000 – 3499 kg arasındadır. İlk 29 dakikada anne sütü alan bebekler çalışma grubunda %5,7 kontrol grubunda %22,9'dur. İlk 29 dakikada anne sütü alan bebeklerin oranı çalışma grubunda daha düşüktür (p<0,05). 60 – 120 dakikada anne sütü alan bebeklerin oranının çalışma grubunda, kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Tablo 6.8. Kadınların Taburculuk Öncesi Kan Değerlerinin Dağılımı

	Genel (%)	Çalışma Grubu(%)	Kontrol Grubu(%)	χ^2	p
Hemoglobin	11,01±1,03	11,19±1,04	10,83±1,00	t=1,498	0,139
11 g/dl ve altı	45 (64,3)	18 (51,4)	27 (77,1)	3,982	0,046
11,7 – 15,5 g/dl	25 (35,7)	17 (48,6)	8 (22,9)		
Hematokrit	33,29±2,71	33,85±2,61	31,72±2,72	t=1,770	0,081
34 altı	45 (64,3)	18 (51,4)	27 (77,1)	3,982	0,046
34 – 45	25 (35,7)	17 (48,6)	8 (22,9)		
Trombosit (ortanca)	185,5 (80-373)	178 (80-302)	188 (93-373)	Z=0,969	0,332
153 ve altı	21 (30,0)	13 (37,1)	8 (22,9)	1,088	0,297
154 – 386	49 (70,0)	22 (62,9)	27 (77,1)		

Taburculuk öncesi kan değerleri bakımından gruplar incelendiğinde, çalışma grubunda hemoglobin düzeyi 11,7 – 15,5 g/dl arasında ve hematokrit düzeyi 34 – 45 arasında olan kadınların oranlarının, kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüştür (p=0,046). İstatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.



Şekil-6. Postpartum 12.saat Uterus İnvölüsyon Süreci İncelendiğinde

Postpartum 12.saat uterus involüsyon süreci incelendiğinde, çalışma grubunun %28,6'sında, kontrol grubunun %5,7'sinde sürecin hızlı ilerlediği görülmüştür. Çalışma grubunda involüsyon süreci hızlı ilerleyenlerin oranının daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Tablo 6.9. Kadınların Doğum Sonu Ateş Ölçümlerinin Dağılımı

Ateş	Genel	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	Z	p
15. dakika				0,842	0,400
Ort ± S	36,11±0,50	36,19±0,35	36,03±0,61		
Ortanca (Min - maks)	36 (32,7 – 37)	36 (35,5 - 37) ^{a,b}	36 (32,7 - 36,5) ^{a,b}		
1. saat				1,029	0,304
Ort ± S	36,19±0,36	36,24±0,29	36,13±0,41		
Ortanca (Min - maks)	36,1 (34,6 - 37)	36,1 (36 - 37)	36 (34,6 - 36,7) ^c		
2. saat				0,524	0,600
Ort ± S	36,32±0,37	36,35±0,37	36,29±0,37		
Ortanca (Min - maks)	36,2 (35,3-37,1)	36,2 (35,8 - 37,1)	36,2 (35,3 - 37,1)		
3. saat				0,623	0,533
Ort ± S	36,43±0,34	36,46±0,33	36,41±0,35		
Ortanca (Min - maks)	36,45 (35,9-37,2)	36,5 (36 - 37,2) ^a	36,4 (35,9 - 37,1) ^{a,c}		
6. saat				1,371	0,171
Ort ± S	36,37±0,33	36,43±0,36	36,3±0,27		
Ortanca (Min - maks)	36,35 (35,9-37,1)	36,4 (35,9 - 37,1)	36,2 (36 - 37)		
9. saat				0,373	0,709
Ort ± S	36,41±0,39	36,40±0,40	36,41±0,39		
Ortanca (Min - maks)	36,3 (35,1-37,2)	36,4 (35,1 - 37,1) ^b	36,2 (36 - 37,2) ^b		
12. saat				0,412	0,681
Ort ± S	36,38±1,23	36,29±0,42	36,07±1,69		
Ortanca (Min - maks)	36,2 (36,5-37,2)	36,1 (35,2 - 37)	36,4 (36,5 - 37,2)		
χ^2	–	20,817	26,731		
P	–	0,002	<0,001		

^{a,b,c} p<0,05

Grupların doğum sonu ateş ölçümleri incelendiğinde, 15. dakika ateş ortancası çalışma grubunda 36°C (min-maks: 35,5 – 37), kontrol grubunda 36°C (min-maks: 32,7 – 36,5) olarak hesaplanmıştır. Diğer zamanlarda yapılan ateş ölçümleri bakımından da gruplar arasında fark tespit edilememiştir (p>0,05).

Tablo 6.10. Kadınların Doğum Sonu Nabız Ölçümlerinin Dağılımı

Nabız	Genel	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	Z	p
15. dakika				0,491	0,623
Ort ± S	83,17±7,14	82,91±8,12	83,43±6,12		
Ortanca (Min - maks)	82 (70-112)	81 (70-112)	82 (71- 96)		
30. dakika				t=0,180	0,858
Ort ± S	80,97±7,92	80,80±8,04	81,14±7,91		
Ortanca (Min - maks)	80 (61-100)	80 (62 - 100)	80 (61 - 100)		
1.saat				1,769	0,077
Ort ± S	81,54±8,46	79,54±5,99	83,54±10,06		
Ortanca (Min - maks)	80 (60-111)	80 (60 - 88) ^{a,b}	82 (60 - 111)		
2.saat				t=1,040	0,302
Ort ± S	82,03±7,13	82,91±6,6	81,14±7,61		
Ortanca (Min - maks)	80 (68-98)	84 (68 - 98)	80 (69 - 98)		
3. saat				t=1,590	0,117
Ort ± S	82,80±6,39	84,00±5,99	81,60±6,63		
Ortanca (Min - maks)	83,5 (69-97)	84 (70 - 97) ^b	82 (69 - 93)		
6. saat				t=0,344	0,732
Ort ± S	82,36±7,24	82,06±6,27	82,66±8,18		
Ortanca (Min - maks)	82 (67-108)	80 (72 - 98)	84 (67 - 108)		
9. saat				0,077	0,939
Ort ± S	83,19±7,97	82,54±6,9	83,83±8,98		
Ortanca (Min - maks)	80 (64-110)	80 (64 - 96)	80 (68 - 110)		
12. saat				t=0,274	0,785
Ort ± S	84,20±7,79	83,94±6,49	84,46±8,99		
Ortanca (Min - maks)	84 (66-110)	84 (69 - 100) ^b	84 (66 - 110)		
χ^2	–	19,715	3,029		
P	–	0,006	0,882		

^{a,b} p<0,05

15. dakika nabız ortancası çalışma ve kontrol grubunda sırasıyla 81 (min-maks: 70– 112) ve 82 (min-maks: 71 – 96) olarak hesaplanmıştır. Doğum sonu nabız ölçümleri gruplar bazında tüm ölçümlerin benzer olduğu sonuca ulaşılmıştır ($p>0,05$).



Tablo 6.11. Kadınların Doğum Sonu Sistolik Kan Basıncı (SKB) Ölçümlerinin Dağılımı

SKB	Genel	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	Z	p
15. dakika				t=0,422	0,674
Ort ± S	115,31±9,01	114,86±9,80	115,77±8,27		
Ortanca (Min - maks)	118 (96-134)	118 (96 - 134)	118 (100 - 132)		
30. dakika				1,150	0,250
Ort ± S	113,94±10,41	112,26±10,21	115,63±10,48		
Ortanca (Min - maks)	115 (94-148)	110 (94 - 132)	118 (100 - 148)		
1.saat				t=2,795	0,007
Ort ± S	112,16±11,07	108,63±9,55	115,69±11,48		
Ortanca (Min - maks)	111,5 (90-145)	110 (90 - 126)	116 (97 - 145)		
2.saat				1,584	0,113
Ort ± S	110,96±9,81	108,97±9,00	112,94±10,30		
Ortanca (Min - maks)	110 (90-142)	110 (90 - 130)	112 (100 - 142)		
3. saat				1,002	0,316
Ort ± S	111,14±9,43	109,80±8,58	112,49±10,16		
Ortanca (Min - maks)	110,5 (94-146)	111 (94 - 130)	110 (97 - 146)		
6. saat				1,058	0,290
Ort ± S	107,63±14,53	107,66±8,20	107,60±19,01		
Ortanca (Min - maks)	109,5 (100-130)	110 (90 - 121)	109 (100 - 130)		
9. saat				0,118	0,906
Ort ± S	111,50±9,65	111,17±10,00	111,83±9,42		
Ortanca (Min - maks)	111 (85-134)	111 (85 - 130)	114 (97 - 134)		
12. saat				t=1,386	0,170
Ort ± S	110,04±8,59	108,63±8,97	111,46±8,08		
Ortanca (Min - maks)	110 (90-133)	110 (90 - 125)	110 (100 - 133)		
χ^2	–	13,384	12,515		
P	–	0,064	0,085		

15. dakika sistolik kan basıncı (SKB) ortalaması çalışma ve kontrol grubunda sırasıyla 114,86±9,80 ve 115,77±8,27 olarak bulunmuştur. 1. Saat SKB ortalamasını

çalışma grubunda, kontrol grubuna göre daha düşük olduğu görülmüştür (p=0,007). Diğer SKB ölçümleri bakımından grupların benzer olduğu belirlenmiştir (p>0,05).

Tablo 6.12. Kadınların Doğum Sonu Diastolik Kan Basıncı (DKB) Ölçümlerinin Dağılımı

DKB	Genel	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	Z	p
15. dakika				0,742	0,458
Ort ± S	71,1±7,24	71,2±8,08	71,0±6,4		
Ortanca (Min - maks)	71 (50-89)	73 (50 - 82)	70 (59 - 89)		
30. dakika				2,103	0,036
Ort ± S	69,86±8,08	67,69±7,16	72,03±8,46		
Ortanca (Min - maks)	69,5 (52-90)	68 (52 - 86)	73 (60 - 90)		
1.saat				t=1,074	0,287
Ort ± S	69,33±7,02	68,43±7	70,23±7,03		
Ortanca (Min - maks)	69 (56-90)	68 (56 - 84)	69 (56 - 90)		
2.saat				1,595	0,111
Ort ± S	70,03±7,92	68,49±7,26	71,57±8,35		
Ortanca (Min - maks)	71 (55-90)	66 (56 - 78)	72 (55 - 90)		
3. saat				0,571	0,568
Ort ± S	68,89±7,85	69,54±8	68,23±7,75		
Ortanca (Min - maks)	68 (54-88)	69 (54 - 88)	67 (55 - 80)		
6. saat				t=1,548	0,126
Ort ± S	66,63±8,11	65,14±8,92	68,11±7,04		
Ortanca (Min - maks)	66 (50-86)	65 (50 - 84)	66 (58 - 86)		
9. saat				t=0,107	0,915
Ort ± S	68,76±7,75	68,86±8,26	68,66±7,32		
Ortanca (Min - maks)	69 (51-85)	70 (51 - 85)	68 (55 - 84)		
12. saat				t=0,456	0,649
Ort ± S	67,86±7,81	67,43±7,69	68,29±8,01		
Ortanca (Min - maks)	66,5 (51-86)	66 (51 - 80)	67 (53 - 86)		
χ^2	–	12,691	11,942		
P	–	0,080	0,102		

30. dakika diastolik kan basıncı (DKB) ortancası çalışma grubunda 68 (min-maks: 52 – 86), kontrol grubunda 73 (min-maks: 60 – 90) olarak elde edilmiştir. İlgili ölçümün çalışma grubunda kontrol grubuna göre daha düşük olduğu görülmüştür (p=0,036). Diğer zamanlarda yapılan ölçümlerin gruplar arasında benzer olduğu tespit edilmiştir (p>0,05).

Tablo 6.13. Kadınların Doğum Sonunda Fundusun Umblikusa Göre Yüksekliğinin Dağılımı

	Genel	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	Z	p
1. saat				1,030	0,303
Ort ± S	0,89±0,21	0,91±0,17	0,86±0,24		
Ortanca (Min - maks)	1,0 (0,4 - 1,3)	1,0 (0,5 - 1,2) ^{a,b}	1,0 (0,4 - 1,3) ^{a,b}		
6. saat				3,525	<0,001
Ort ± S	1,24±0,30	1,37±0,26	1,10±0,28		
Ortanca (Min - maks)	1,3 (0,5-1,9)	1,3 (0,8 - 1,9) ^{b,c}	1,2 (0,5 - 1,5) ^{b,c}		
12. saat				2,406	0,016
Ort ± S	1,38±0,33	1,50±0,31	1,26±0,31		
Ortanca (Min - maks)	1,4 (0,7-2,2)	1,4 (0,9 - 2,2) ^{a,c}	1,4 (0,7 - 2,0) ^{a,c}		
χ^2	–	66,727	66,782		
p	–	<0,001	<0,001		

^{a,b,c} p<0,05

Fundusun umblikusa göre yakınlığının 6. ve 12. saat çalışma grubunda, kontrol grubuna göre fundusun umblikustan daha uzakta olduğu tespit edilmiştir (p<0,05). Gruplarda zamana göre fundusun umblikusa göre yüksekliği incelendiğinde her iki grupta da anlamlı bir artış olduğu gözlenmiştir (p<0,001).

Tablo 6.14. Kadınların Doğum Sonu Uterusun Kıvamının ve Hattının Değerlendirilmesinde Elde Edilen Sonuçların Dağılımı

	Genel	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	χ^2	p
Uterusun kıvamı					
1. saat	n=70(%)	n=35(%)	n=35(%)	4,375	0,036
Sert	56 (80,0)	32 (91,4)	24 (68,6)		
Yumuşak	14 (20,0)	3 (8,6)	11 (31,4)		
6. saat				–	1,000
Sert	69 (98,6)	35 (100,0)	34 (97,1)		
Yumuşak	1 (1,4)	0 (0,0)	1 (2,9)		
12. saat				–	–
Sert	70 (100,0)	35 (100,0)	35 (100,0)		
Yumuşak	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		
Uterusun hattı					
1. saat	n=70(%)	n=35(%)	n=35(%)	3,385	0,184
Sağda	7 (10,0)	2 (5,7)	5 (14,3)		
Ortada	47 (67,1)	27 (77,2)	20 (57,1)		
Solda	16 (22,9)	6 (17,1)	10 (28,6)		
6. saat				–	1,000
Sağda	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		
Ortada	69 (98,6)	35 (100,0)	34 (97,1)		
Solda	1 (1,4)	0 (0,0)	1 (2,9)		
12. saat				–	–
Sağda	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		
Ortada	70 (100,0)	35 (100,0)	35 (100,0)		
Solda	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		

Uterusun 1. saatteki kıvamı incelendiğinde çalışma grubunun %91,4'ünde, kontrol grubunun %68,6'sında uterusun kontrakte olduğu görülmüştür. Çalışma grubunda 1. saatte uterusu kontrakte olan kadınların oranı, kontrol grubundaki ilgili orandan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0,036). 6. saatte çalışma grubunun tümünde kontrol grubunun %97,1'inde uterusun kontrakte olduğu gözlenmiştir. 1. ve 6. saatte uterus hattının değerlendirilmesinden elde edilen sonuçların iki grupta ortada olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 6.15. Kadınların Doğum Sonu Ped ve Loşia Miktarlarının Dağılımı

	Genel	Çalışma Grubu	Kontrol Grubu	Z	p
Pet Sayısı				6,028	<0,001
Ort ± S	6,39±1,00	5,69±0,63	7,06±0,78		
Ortanca (Min - maks)	6 (5 - 9)	6 (5 - 7)	7 (6 - 9)		
Loşia Miktarı					
2.saatt				4,862	<0,001
Ort ± S	27,59±6,22	24,03±4,07	31,14±6,00		
Ortanca (Min - maks)	27,5 (18 - 47)	24 (18 - 31) ^a	30 (20 - 47)		
4.saatt				5,258	<0,001
Ort ± S	24,96±6,28	21,06±4,95	28,86±4,91		
Ortanca (Min - maks)	25 (12 - 36)	20 (12 - 33) ^b	28 (20 - 36) ^a		
6. saat				5,142	<0,001
Ort ± S	24,26±5,52	20,86±4,34	27,66±4,39		
Ortanca (Min - maks)	25 (15 - 38)	20 (15 - 30) ^c	28 (20 - 38) ^b		
12. saat				t=2,049	0,045
Ort ± S	32,14±5,25	30,89±4,03	33,4±6,04		
Ortanca (Min - maks)	30,5 (20 - 46)	30 (20 - 40) ^{a,b,c}	35 (20 - 46) ^{a,b}		
χ^2	–	60,455	18,189		
P	–	<0,001	<0,001		

Kullanılan pet miktarı ortancası çalışma grubunda 6 (min-maks: 5 – 7), kontrol grubunda 7 (min-maks: 6 – 9) olarak hesaplanmıştır. Çalışma grubunun ped sayısı ve loşia miktarının daha az olduğu tespit edilmiştir (p<0,05).

Tablo 6.16. Toplam Loşia Miktarına Etki Eden Faktörler İçin Tek Değişkenli

Analiz Sonuçları

	Regresyon katsayısı	% 95 GA	p
Yaş	-0,196	-1,168; 0,776	0,689
Gebelik sayısı			
İki-Bir	0,315	-9,201; 9,831	0,948
Üç-Bir	-4,649	-16,377; 7,080	0,432
Dört ve üzeri-Bir	-6,565	-19,040; 5,910	0,297
Doğum sayısı			
İki-Bir	-2,667	-11,511; 6,177	0,549
Üç-Bir	-3,500	-15,627; 8,627	0,566
Dört ve üzeri-Bir	-9,250	-26,889; 8,389	0,299
Gebelik sürecinde alınan kilo	-0,347	-1,275; 0,581	0,458
Beden kitle indeksi	0,747	-0,183; 1,676	0,114
Gebelik haftası	-0,128	-4,117; 3,862	0,949
Sigara kullanımı (Var/Yok)	2,182	-14,743; 19,107	0,798
İndüksiyon uygulaması (Var/Yok)	-1,418	-9,692; 6,855	0,733
İndüksiyon uygulama süresi	1,203	-0,685; 3,090	0,208
Travayda ilaç uygulaması (Var/Yok)	4,593	-3,202; 12,388	0,244
İlaç türü (Buscopan/ Aldolan)	-4,374	-15,844; 7,096	0,444
Doğumun 3. evresinin süresi	0,354	-1,123; 1,931	0,634
Yenidoğanın ilk emme zamanı			
İlk 29 dakika/ 60-120 dakika	17,453	5,197; 29,709	0,006
30-59 dakika/60-120 dakika	12,702	3,891; 21,512	0,005
Yenidoğanın ağırlığı (her 100 gr için)	0,348	-0,743; 1,439	0,527
İlk miksiyon zamanı	0,889	-1,622; 3,400	0,482
Doğum öncesi HB	-0,720	-4,329; 2,889	0,692
Doğum öncesi Hematokrit	-0,324	-1,647; 0,998	0,626
Doğum öncesi Trombosit	0,010	-0,050; 0,071	0,734
Doğum öncesi INR	-43,967	-92,447; 4,512	0,075
Doğum öncesi aPTT	0,344	-1,883; 2,572	0,759

Taburculuk öncesi HB	-4,858	-8,515; -1,201	0,010
Taburculuk öncesi Hematokrit	-2,132	-3,500; -0,764	0,003
Taburculuk öncesi Trombosit	0,015	-0,054; 0,085	0,657
Uterusun kıvamı 1. Saat (Yumuşak/Sert)	17,661	8,812; 26,509	<0,001

Toplam loşia miktarı üzerinde etkili olabilecek faktörler incelendiğinde; Yenidoğanın ilk emme zamanı ilk 60-120 dakikada emziren annelere göre, ilk 29 dakikada emziren annelerde toplam loşia miktarının 17,453.. (% 95 GA: 5,197; 29,709) daha fazla; ilk 30-59 dakikada olan annelerde 12,702.. (% 95 GA: 3,891; 21,512) daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Taburculuk öncesi hemoglobin düzeyinin 1 birim artmasıyla toplam loşia miktarının 4,858..(% 95 GA: 1,201; 8,515) azaldığı tespit edilmiştir ($p=0,010$). Benzer şekilde taburculuk öncesi hematokrit değeri arttıkça toplam loşia miktarının azaldığı; uterusu sert olan kadınlara göre uterusu yumuşak olan kadınlarda toplam loşia miktarının 17,661.. (% 95 GA: 8,812; 26,509) daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Tablo 6.17. Toplam Loşia Miktarına Etki Eden Faktörler İçin Çok Değişkenli Analiz Sonuçları

	Regresyon katsayısı	% 95 GA	p
Yenidoğanın ilk emme zamanı			
İlk 29 dakika/ 60-120 dakika	18,820	7,907; 29,733	0,001
30-59 dakika/60-120 dakika	11,699	3,853; 19,545	0,004
Uterusun kıvamı 1. Saat (Yumuşak/Sert)	17,879	9,653; 26,105	<0,001

Düzeltilmiş $R^2=0,300$; $F=10,834$; $p<0,001$

Toplam loşia miktarı için yapılan tek değişkenli analiz sonucunda p değeri 0,250 ve altında olan değişkenlerin geriye doğru seçimiyle yapılan çok değişkenli lineer regresyon analizi sonuçları Tablo 17’de verilmiştir. Yenidoğanın ilk emme zamanı ve uterus kıvamının toplam loşia miktarında etkili olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu iki değişkenin toplam loşia miktarının % 30’unu açıkladığı görülmüştür. Uterus kıvamı sabit tutulduğunda, ilk 60-120 dakikada emziren hastalara göre diğer hastalarda toplam

loşia miktarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Yenidoğanın ilk emme zamanı sabit tutulduğunda uterus kıvamı sert olan hastalara göre uterus kıvamı yumuşak olan hastalarda toplam loşia miktarının 17,879.. (% 95 GA: 9,653; 26,105) fazla olduğu görülmüştür ($p<0,001$).



Tablo 6.18. Postpartum 12. saat Fundus Yüksekliğine Etki Eden Faktörler İçin Tek Değişkenli Analiz Sonuçları

	Regresyon katsayısı	% 95 GA	p
Yaş	0,004	-0,016; 0,023	0,701
Gebelik sayısı			
İki-Bir	0,060	-0,128; 0,249	0,525
Üç-Bir	0,254	0,022; 0,487	0,032
Dört ve üzeri-Bir	0,124	-0,123; 0,371	0,318
Doğum sayısı			
İki-Bir	0,118	-0,057; 0,292	0,183
Üç-Bir	0,250	0,011; 0,490	0,041
Dört ve üzeri-Bir	0,135	-0,213; 0,484	0,441
Gebelik sürecinde alınan kilo	-0,001	-0,020; 0,018	0,893
Beden kitle indeksi	-0,022	-0,041; -0,004	0,018
Gebelik haftası	-0,019	-0,099; 0,062	0,649
Sigara kullanımı (Var/Yok)	0,129	-0,213; 0,470	0,454
İndüksiyon uygulaması (Var/Yok)	0,075	-0,092; 0,242	0,371
Travayda ilaç uygulaması (Var/Yok)	-0,018	-0,177; 0,142	0,826
İlaç türü (Buscopan/ Aldolan)	0,216	0,021; 0,412	0,031
Doğumun 3. evresinin süresi	0,016	-0,14; 0,046	0,283
Yenidoğanın ilk emme zamanı			
İlk 29 dakika/ 60-120 dakika	-0,035	-0,301; 0,231	0,792
30-59 dakika/60-120 dakika	-0,084	-0,275; 0,107	0,383
Yenidoğanın ağırlığı (her 100 gr için)	-0,027	-0,048; -0,005	0,015
İlk miksiyon zamanı	0,000	-0,051; 0,051	0,991
Doğum öncesi HB	-0,035	-0,108; 0,037	0,337
Doğum öncesi Hematokrit	-0,017	-0,044; 0,009	0,198
Doğum öncesi Trombosit	0,000	-0,002; 0,001	0,627
Doğum öncesi INR	0,458	-0,542; 1,457	0,364
Doğum öncesi aPTT	-0,012	-0,057; 0,033	0,586
Taburculuk öncesi HB	0,135	0,064; 0,205	<0,001
Taburculuk öncesi Hematokrit	0,055	0,029; 0,082	<0,001

Taburculuk öncesi Trombosit	0,000	-0,002; 0,001	0,512
Uterus hattı 1. Saat			
Sağ/Orta	-0,377	-0,614; -0,140	0,002
Sol/Orta	-0,329	-0,498; -0,160	<0,001

Postpartum 12. saat fundus yüksekliğini etki eden faktörleri belirlemek için yapılan tek değişkenli analiz sonuçları Tablo 18’de verilmiştir. Buna göre fundus yüksekliği üzerinde gebelik sayısı, doğum sayısı, beden kitle indeksi, yenidoğan ağırlığı, taburculuk öncesi hemoglobin ve hematokrit değerleri ile 1. saat uterus hattının istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 6.19. Postpartum 12. Saat Fundus Yüksekliğine Etki Eden Faktörler İçin Çok Değişkenli Analiz Sonuçları (backward)

	Regresyon katsayısı	% 95 GA	p
Doğum öncesi Hematokrit	-0,051	-0,076; -0,026	<0,001
Taburculuk öncesi Hematokrit	0,063	0,029; 0,097	0,001
Uterus hattı 1. Saat			
Sağ/Orta	-0,598	-1,005; -0,191	0,005
Sol/Orta	-0,156	-0,316; 0,004	0,056

Düzeltilmiş $R^2=0,525$; $F=10,957$; $p<0,001$

Postpartum 12. saat uterus hattı için yapılan tek değişkenli analiz sonucunda p değeri 0,250 ve altında olan değişkenlerin geriye doğru seçimiyle yapılan çok değişkenli lineer regresyon analizi sonuçları Tablo 19’da verilmiştir. Buna göre, taburculuk öncesi hematokrit düzeyi ve 1. saat uterus hattı sabit tutulduğunda, doğum öncesi hematokrit düzeyinin 1 birim artmasıyla 12. saat fundus yüksekliğinin 0,051.. (% 95 GA: 0,026-0,076) azaldığı tespit edilmiştir ($p<0,001$). Doğum öncesi ve taburculuk öncesi hematokrit düzeyi sabit tutulduğunda, uterus hattı ortada olan hastalara göre hattı sağda olan hastalarda 12. saat fundus yüksekliğinin 0,598.. (% 95 GA: 0,191 – 1,005) daha az olduğu belirlenmiştir ($p=0,005$).

7. TARTIŞMA

Bu bölümde, İstanbul Medipol Mega Hastanesi postpartum servisinde normal vajinal yolla doğum yapan kadınların ilk 12 saat içerisinde yapılan düzenli fundus masajının uterus involüsyonuna ve loşia rubra miktarına etkisinin değerlendirilmesi ile elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların 25-29 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. TNSA-2013'de en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubunda gözlenmiştir. Çalışmamızda elde edilen bulgular Türkiye'de yaşa özel doğurganlık hızı ile benzerlik göstermektedir (47).

Çalışmamızda kadınların çoğunluğunun üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Çelikel'in yaptığı çalışmasında üniversite ve üstü kadınların oranı %53,0 olarak bulunmuştur (25). Araştırmamızda elde edilen bulgular ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların sosyal güvencesi'nin olduğu ve gelir düzeyi gelir gidere denk olduğu bulunmuştur. Burucu'nun yaptığı çalışmada %98,8'nin sosyal güvencesinin olduğu, Kızılkaya'nın yaptığı çalışmada %66,9'u gelir gidere denk olduğu bulunmuştur (48, 49). Çalışmamızda elde edilen bulgular ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda evlilik süresinin ortanca süresi 5 yıl olarak bulunmuştur. Çoban'ın yaptığı çalışmada evlilik yılı ortalaması 6.79 ± 5.18 olarak bulunmuştur (50). Çalışmaya aldığımız kadınların yaş ortalaması genç nüfusu teşkil ettiği için sonuç böyle çıkmış olabilir.

Çalışmamızda araştırmaya katılan kadınların doğum sayılarının bir olduğu ve her iki grupta küretaj ve düşük oranın az oranla gerçekleştiği görülmektedir. Öztürk'ün yaptığı çalışmada ise kadınların %44,6'ünün birinci doğumu olduğu belirlenmiştir (51). Ak'ın yaptığı çalışmada kadınların toplam %5,3'ü küretaj yaptırmış ve %17,8'i düşük yaşamıştır (52). Çalışmamızda elde edilen bulgular literatür bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

Kadınların her iki grupta yarıya yakınının 11-16 kg arasında olduğu görülmektedir. Gebelik fetüs, plasenta ve maternal dokuların büyümesinin sağlanması amacıyla duyulan enerji, besin ve sıvı ihtiyacının arttığı özel süreçlerden biridir. Bu nedenle gebelik, kilo değişimlerinin hızlı olarak yaşandığı bir dönemdir. Gebelikte, gebelik öncesi dönemin ihtiyacının üzerine ekstra 300 kkal/gün kadar enerji alımı

gerektirmektedir ki, bu da ortalama termde 10-12 kg'lık bir maternal ağırlık artışına denk gelir (53). Araştırmaya katılan kadınların gebelik süresince kilo alma ortalamaları, literatür bilgilerine göre ortalama gebelik kilo alma oranına benzerlik göstermektedir.

Kadınların doğum sonunda 65-74 kg arasında olduğu tespit edilmiştir. Doğumdan sonraki ilk günlerde kilo kaybı, gebelikte biriken ekstra vücut sıvıları daha hızlı kaybolduğu için hızlı, sonraki günlerde anneye ait yağ dokuları daha yavaş kaybolduğundan daha yavaş olmaktadır (53). Çalışmamızda kadınların çoğunluğunun üniversite mezunu olması kilo alma durumuna dikkat edildiğinin göstergesidir.

Kadınların boy uzunluğu oranları her iki grupta 158-165 cm boy aralığında oldukları görülmektedir. TNSA 2013 verilerine göre kadınların ortalama boyu 158,1 cm'dir (47). TNSA 2003 verilerine göre bir santimetre artma göstermiştir. Araştırmaya katılan kadınların ortalama boy uzunluğu Türkiye ortalamasından fazla bulunmasının nedeni denek sayısının az olmasından kaynaklanabilir.

Beden kitle indeksi (BKİ) ortancası çalışma grubunda 25,4 kontrol grubunda 26,4 olarak bulunmuştur. DSÖ tanımına göre, beden kitle indeksi 25.0'dan daha yüksek olan kadınlar kilolu, BKİ'si 30.0 ve daha yüksek olanlar şişman olarak kabul edilmektedir (54). TNSA-2013'te, 15-49 yaş aralığındaki kadınların ortalama BKİ'si 26.5'dir (47). Hibbard et al. SSVD (sezeyan sonrası vajinal doğum) eylemi denemesinde başarısızlık yaşama oranının normal kilolu kadınlarda %15,2 iken bu oran morbid obez kadınlarda %39,3'e çıktığını bildirmiştir. Vajinal doğum eylemi denemesi sırasında uterus rüptürü riski morbid obez kadınlarda 5 kat daha fazladır (55). Çalışmamızda kontrol grubunun BKİ'si kilolu olduğu için perine laserasyonu görülme oranı yüksek çıkmıştır.

Çalışma ve kontrol grubu kadınların tamamının gebelik süresince vitamin ve demir tabletleri kullandıkları görülmektedir. Demir'in yaptığı bir çalışmada her iki grubun çoğunluğu gebelikte ilaç kullanmıştır (56). Gebelik döneminde vitamin ve demir eksikliğini dışardan vererek tamamlanması Sağlık Bakanlığı tarafından belirtilmektedir. Demir destek programı anne ve bebek sağlığı açısından anemiye bağlı oluşabilecek komplikasyonları önleyebilir.

Çalışma ve kontrol grubunun gebelik haftası ortanca değeri 39 (37-40) hafta olarak bulunmuştur. İncebiyık ve ark. yaptığı çalışmada gebelik haftasının ortalaması

39±1.50 hafta olduğu görülmektedir (57). Chen ve et al. yaptığı çalışmada gebelik haftası ortalaması 39.5±1.1 olduğu saptanmıştır (58). Bulgular literatür çalışmaları ile uygunluk göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların çok az bir oranla sigara içtiği görülmüştür. Doğu ve Ergin'in yaptığı çalışmasında gebelikte sigara içme oranı %11,6'sı sigara içmektedir (59). TNSA-2003 verilerine göre gebe kadınların %15'si sigara içmektedir (60). Araştırmaya katılan kadınların sigara içme durumunun literatür çalışmalarının altında olduğu görülmektedir.

Kadınların doğum öncesi hemoglobin düzeyleri kontrol grubunda çalışma grubuna göre daha fazla 11 g/dl ve altında olduğu saptanmıştır. Her iki grubun hemoglobinin ortalaması 12,01±1,10 olduğu görülmektedir. Alı ve Hına yaptığı çalışmada doğum öncesi hemoglobinin değeri 1.grupta %7'si 2.grupta %13'ünün hemoglobinin düzeyleri 9 g/dl altında olduğu görülmüştür (61). Özalp'in yaptığı çalışmada doğum öncesi Grup1 hemoglobinin ortalaması 12.4±1.3, Grup2 hemoglobinin ortalaması 12.3±1.2 olarak bulunmuştur (3). Yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Çalışma ve kontrol grubu kadınların büyük çoğunluğunda induksiyon uygulanmıştır. İndüksiyon uygulanma süresi; çalışma ve kontrol grubunun tamamında 60 – 180 dk arası uygulama yapıldığı tespit edilmiştir. İldan'ın yaptığı çalışmada masaj ve kontrol grubunun %40'ı 61-120 dk arası uygulandığı görülmüştür (18). Oksitosinle induksiyon uygulaması 72 saati geçmemelidir (62). Bulgular yapılan çalışma ve literatür bilgisi ile uygunluk göstermektedir.

Doğum sonrası her iki grubun tamamına uterotonik uygulanmıştır. Natarajan ve et al. yaptığı çalışmada postpartum kanama eğitimi alan grubun %67'sinde, eğitim almayan grubun %42'sinde rutin uterotonik kullanıldığı bildirilmiştir (63).

Doğumun üçüncü evresinin süresi 5-9 dk aralığında gerçekleştiği saptanmıştır. Chen ve et al. yaptığı çalışmada doğumun üçüncü evresinin süresi ortalama değeri her iki grupta 7.1 ±4.8 ve 7.3±5.2 olarak bulunmuştur (58). Doğumun üçüncü evresi bebeğin doğumundan plasenta ve eklerinin atılması arasındaki 5-30 dakikalık dönemdir (20). Araştırmaya katılan kadınların doğumun üçüncü evresi 5-30 dakikalar arasında gerçekleşmiş olup literatürle benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların çoğunluğuna doğumda epizyotomi uygulandığı gözlenmiştir. Çoban'ın yaptığı çalışmada vajinal doğum yapanların %65,5'i epizyotomili doğumdur (50). Geleneksel olarak ilk doğumunu yapan kadınlara rutin epizyotomi uygulandığı, ikinci ve daha fazla doğumu olan kadınlara da sıklıkla epizyotomi uygulandığı bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda vajinal doğumların %64-74.2'sinde epizyotomi uygulandığı bildirilmektedir. DSÖ'tü epizyotominin yararından fazla zararının olması nedeni ile rutin olarak kullanılmamasını önermektedir (64). Bulgular çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda kontrol grubunda perine laserasyonu gözlenme oranının yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Kontrol grubunun laserasyon oranının yüksek olması, BKİ'sine göre %71,4'ünün kilolu olması olabilir. Kilolu gebelerde vajinal doğumda mesane-perine travmaları komplikasyonu görülebilir (54).

Kadınların doğum sonu ilk miksiyon zamanları her iki grupta da 4-5. saat arasında olduğu saptanmıştır. Yeni doğum yapmış annenin 6-8 saat içinde idrarını spontan olarak boşaltması beklenir. Dolu bir mesane uterus kontraksiyonlarını engelleyerek doğum sonu kanamayı artırır (65). Çalışmamızda kadınların çoğunluğu 4-5. saatlerde ilk miksiyonunu gerçekleştirmiştir.

Yenidoğan'ın kilosu çoğunluğunun 3000-3499 arasında olduğu görülmektedir. İldan'ın yaptığı çalışmada masaj grubunun 3285.00 ± 379.23 gr, kontrol grubunun ise 3393.33 ± 488.44 gr olarak bulunmuştur. Bebeğin kilosunun 4000 gr ve üstünde olduğu durumlarda kadınların postpartum atoni riski artmaktadır (18). Çalışmamızda iri bebek oranı çok düşük bulunmuştur.

Yenidoğanın ilk emme zamanı İlk 29 dakikada anne sütü alan bebeklerin oranı çalışma grubunda düşük olduğu görülmektedir ($p<0,05$). 60 – 120 dakikada anne sütü alan bebeklerin oranının çalışma grubunda yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Çalışma grubunda annelerin ilk 29 dakikada bebeklerini emzirememesi ağrı ve annelerin emzirmeye ilişkin bilgi eksikliğinden kaynaklanabilir. Çalışma ve kontrol grubunun çoğunlukla 30-59 dakika arasında emzirdiği saptanmıştır. DSÖ'ü doğumdan sonraki ilk 30-45 dakika içinde emzirmeye başlanmasını önermektedir. TNSA (2013) verilerine göre, bebeklerin %50'si doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirilmiştir (47). Bulgular literatür ile benzerlik göstermektedir.

Taburculuk öncesi kan değerleri bakımından gruplar incelendiğinde hematokrit düzeyi 34 – 45 arasında olan kadınların oranlarının çalışma grubunda daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,046$). İstatistiksel olarak anlamlı düzeydedir. Fundus masajının etkisiyle çalışma grubunun hemoglobinin ve hemotokrit düzeyi kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Hemotokrit düzeyi, doğumdan sonra ekstrasellüler sıvının atılmasıyla ortaya çıkan hemokonsantrasyondan dolayı bir miktar yükselir. Hemotokrit düzeyi postpartum dönemde, anemiye tespit etmek amacıyla kontrol edilmelidir (18).

Postpartum 12.saat involüsyon süreci çalışma grubunda involüsyon sürecinin daha hızlı ilerlediği tespit edilmiştir ($p<0,05$). İstatistiksel olarak anlamlıdır. Paliulyte ve et al. yaptığı çalışmada primipar lohusalarda ultrasonik ölçümde uterus uzunluğu, multiparlara göre daha kısa olduğu bulunmuştur (66). Çalışma grubunun involüsyon sürecinin daha hızlı ilerlemesi %45.7 ile primipar lohusalardan oluşması ve fundus masajının etkinliğinden kaynaklanabilir.

Çalışmamızda grupların doğum sonu ateş, nabız ve kan basıncı ölçümlerinin normal olduğu görülmektedir. Doğum sonu ilk 24 saat içinde annenin doğum eylemindeki dehidratasyona ve fiziksel güç sarfetmesine bağlı olarak vücut ısısı 38°C kadar yükselebilir (27). Ngichabe'nin ve et al. yaptığı çalışmada araştırmaya katılanların ateş ortalamaları 37.1, SKB ölçümü ortalamaları 108, DKB ölçümü ortalamaları 72 olduğu bildirilmiştir (67). Bulgular literatür çalışmasıyla uygunluk göstermektedir.

Fundusun umblikusa göre yüksekliği incelendiğinde; postpartum 6. ve 12. saat'te çalışma grubunun daha hızlı kontrakte olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Düzenli fundus masajı involüsyonu hızlandırdığı için çalışma grubunun fundusu umblikusdan uzaklaşmıştır.

Uterusun 1. saatteki kıvamı her iki grupta uterusun kontrakte olduğu görülmüştür. Çalışma grubunda 1. saatte uterusu sert olan kadınların oranı anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,036$). İlk 1.saatte uterusun her iki grupta da sert olması rutin uterotonik kullanımından kaynaklanabilir. Ayrıca her iki grubun %61,4'ü 30-59 dakika arasında emzirdiği için uterusun kontrakte olmasını sağlamıştır.

1. ve 6. saatte uterus hattının değerlendirilmesinden elde edilen sonuçların iki grupta da orta hatta benzer olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Literatürde doğum

sonrasında involüsyon kontrolünde; ilk 12 saatte uterusun orta hatta olduğu belirtilmektedir (27). Bulgular literatür çalışmasıyla uygunluk göstermektedir.

Pet miktarının çalışma grubunda daha az kullanıldığı belirlenmiştir. Loşia miktarı 2. 4. 6. ve 12. saatte çalışma grubunda daha az olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Doğum sonu dönemde loşia miktarı 150-400 ml arasında değişir (68). Juul ve Adejumo'nun yaptığı çalışmada fundus masajı uygulanan deney grubunda, postpartum kanama miktarında azalma olduğu bulunmuştur (69). Ngichabe ve et al. yaptığı çalışmada fundus masajını uygulayan hastalarda aşırı kanama vakasına rastlanmadığı belirtilmektedir (67). Shabana ve shaheen yaptığı çalışmada kontrol grubunun %89.4'ü, masaj grubunun %94.7'sinde kanama miktarı $500<ml$ daha az olduğu bulunmuştur (70). Çalışmamızda fundus masajı uygulanan grubun kanama miktarında ve pet sayısında azalma olduğu gözlenmiştir.

Yenidoğanın ilk emme zamanı ilk 60-120 dakikada emziren annelere göre, ilk 29 dakika ve ilk 30-59 dakikada emziren annelerde toplam loşia miktarının daha fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Emzirme ile hipofiz bezi arka lobundan oksitosin hormonu salgılanır. Bu hormon uterus involüsyonunu hızlandırır ve postpartum kan kaybını azaltır. Emzirmeye birinci reaktif dönemde ilk 15-30 dakikada başlanmalıdır. Bu dönemde yenidoğanın arama refleksi kuvvetli ve emmeye hazırdır. Birinci reaktif dönemde emzirilemeyen yenidoğanlar, emzirmek için ikinci reaktif dönem beklenmelidir. İkinci reaktif dönem doğumdan sonraki 2-6 saatler arasını kapsar (39). Çalışmamızda 60-120 dakikadaki annelerin diğer zamanlara göre etkili emzirmede başarılı olması involüsyonu hızlandırdığı için kanama miktarının azalmasını sağlamıştır.

Taburculuk öncesi hemoglobin düzeyinin 1(bir) birim artmasıyla toplam loşia miktarının azaldığı tespit edilmiştir ($p=0,010$). Benzer şekilde taburculuk öncesi hematokrit değeri arttıkça toplam loşia miktarının azaldığı tespit edilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlıdır. Çalışma grubuna fundus masajının uygulanması ile loşia miktarı azaldığından hematokrit ve hemoglobin değeri artmıştır.

Uterus kıvamı sert olan kadınlara göre uterus kıvamı yumuşak olan kadınlarda toplam loşia miktarının daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,001$). Çalışmamızda uterusu yumuşak olanlarda loşia miktarının daha fazla olduğu görülmüştür.

Emzirmenin başarısız olduğu ve ilk miksiyonu geciktirme durumundan loşia miktarı artmış olabilir.

Postpartum 12. saat fundusun umblikusa göre yüksekliği; gebelik sayısı, doğum sayısı, beden kitle indeksi, yenidoğan ağırlığı, taburculuk öncesi hemoglobin ve hemotokrit değerleri ile 1. saat uterus hattının istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Beden kitle indeksi arttıkça fundus umblikusa daha yakındır. Obez ve kilolu lohusalarda kasların tonüsünde azalma olduğundan yeterli involüsyon gerçekleşmemektedir (54). Çalışmamızda kontrol grubunun BKİ yüksek olduğu için involüsyon sürecinin yavaş olduğu gözlenmiştir.

Yenidoğanın ağırlığı 100gr artmasıyla fundus umblikusa daha yakındır. Yenidoğanın ağırlığı arttıkça uterusun kontraksiyonların da azalma olduğundan fundus umblikusa daha yakın olur.

Uterus hattı sağ ve sol olanların, orta olanlara göre fundusu umblikusa daha yakın bulunmuştur. Uterus hattı ortada olanların mesanesi boş olduğundan involüsyon süreci hızlanmış olabilir.

8. SONUÇLAR

Postpartum erken dönemde düzenli fundus masajının uterus involüsyonuna ve loşia rubra miktarına etkisini değerlendirmek amacıyla deneysel olarak yapılan çalışmada elde edilen sonuçlara aşağıda yer verilmektedir.

Çalışmamızda;

Araştırmaya katılan kadınların 25-29 yaş grubunda ve çoğunluğunun üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Eğitim durumu, meslek, sosyal güvence ve gelir durumu bakımından grupların benzer olduğu tespit edilmiştir.

Evlilik süresi 4-6 yıl olan kadınların kontrol grubunda daha fazla olduğu saptanmıştır.

Gebelik sayısı, doğum sayısı, küretaj ve düşük durumu bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Gebelikte alınan kilo miktarı, doğum sonu kilosu, boy uzunluğu, beden kitle indeksi, gebelikte kullanılan ilaç türü, gebelik haftası, gebelikte sigara kullanma durumu bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Doğum öncesi kan değerleri bakımından hemoglobin ve hemotokrit düzeylerinin ortalaması her iki grupta istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Her iki grubun çoğunluğuna 60-180 dakika indüksiyon uygulandığı tespit edilmiştir. Doğumun üçüncü evresinin süresi 5-9 dakika arası olduğu saptanmıştır. Doğuma ilişkin özelliklere göre grupların benzer olduğu belirlenmiştir.

Epizyotomi lohusaların çoğuna uygulanmıştır. Çalışma grubunda laserasyon gözlenmeme oranının daha yüksek, 1. dereceden perine laserasyonu gözlenme oranının ise daha düşük olduğu tespit edilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Kadınların doğum sonu çoğunluğu ilk miksiyonu 4-5 saat arasında gerçekleştirmiştir.

Yenidoğan bebeklerin ağırlığı 3000-3499 arasındadır. Doğum ağırlığı bakımından grupların benzer olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda 60-120 dakika arasında anne sütü alan bebeklerin oranının çalışma grubunda, kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Taburculuk öncesi kan değerleri, çalışma grubunda hemoglobin düzeyi 11,7-15,5 g/dl arasında ve hematokrit düzeyi 34-35 arasında olan kadınların oranlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüştür. İstatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Postpartum 12.saatteki involüsyon sürecinin çalışma grubunda daha hızlı ilerlediği görülmüştür. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Doğum sonrası fundusun umblikusa göre yüksekliğinin 6. ve 12.saat'te çalışma grubunun, kontrol grubuna göre umblikusdan daha uzak olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Uterusun 1.saatteki kıvamı her iki grupta uterusun sert olduğu görülmüştür. Çalışma grubunda 1.saatte uterusu sert olan kadınların oranı, kontrol grubundaki ilgili orandan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kadınların doğum sonu çalışma grubunun, kontrol grubuna göre daha az pet kullandığı belirlenmiştir. Postpartum 2.4.6.ve 12.saatteki loşia miktarı çalışma grubunda daha az olduğu istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur.

Yenidoğanın ilk emme zamanı ilk 60-120 dakikada olan annelere göre ilk 29 dakikada ve ilk 30-59 dakikada emziren annelerde loşia miktarının daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Taburculuk öncesi hemoglobin düzeyinin 1 birim artmasıyla toplam loşia miktarının azaldığı tespit edilmiştir ($p<0,05$). Benzer şekilde taburculuk öncesi hematokrit değeri arttıkça toplam loşia miktarının azaldığı görülmüştür.

Toplam loşia miktarının uterusu yumuşak olan kadınlarda uterusu sert olan kadınlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Postpartum 12.saat fundus yüksekliğini etki eden faktörler arasında gebelik sayısı, doğum sayısı, BKİ, yenidoğan ağırlığı, taburculuk öncesi hemoglobin ve hematokrit değeri ve 1.saat uterus hattının istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz;

- Sezaryen ile doğum yapanlarda fundus masajının etkinliğinin araştırılması,
- Fundus masajının involüsyonu hızlandırdığı ve kanama miktarının daha az olduğu bilinmesi gerektiği,
- Fundus masajının gebelere ebe/hemşireler tarafından eğitiminin verilmesi,
- Postpartum erken dönemde fundus masajının uygulanmasının sağlanması,
- İlk 60 dakikada emzirmenin sağlanması,
- Gebelikte aşırı kilo alımı involüsyon sürecini sınırladığı için BKİ'sine dikkat edilmesi,
- Doğum servisinde sağlık çalışanlarına fundus masajının önemimin hizmet içi eğitimlerle anlatılması ve devamının sağlanması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

1. Şimşek ÖY, Yılmaz E, Çelik E, Karaer A, Türkçüoğlu I, Çelik Ö, Toğal T. Neredeyse Kaybedilecek (Near-Miss) Obstetrik Hasta Profili, Tedavi Sonuçları ve Maternal Mortalite Değerlendirmesi; Üçüncü Basamak Merkez Deneyimi. Perinatoloji Dergisi. 20(1); 1-5, 2012.
2. Ergöçmen BA, Yüksel İ. Türkiye’de Ölüm Kayıtlarına İlişkin Sorunlar: Anne Ölümleri Özelinde Niteliksel Bir Çalışma. Nüfus Bilim Dergisi. 7;29-46, 2006.
3. Özalp E, Postpartum Kanamanın Önlenmesinde Prostaglandin E2 (Dinoproston) ve Oksitosin Etkinliklerinin Karşılaştırılması. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, s.12-27, Eskişehir, 2008.
4. İğde FAA, Gül R, Yalçın M, Karadenizli D. Anne Ölümleri ve Acil Obstetrik Bakım. Genel Tıp Dergisi. 18(1); 52-47, 2008.
5. Güneri SE. Postpartum Erken Dönem Kanıta Dayalı Uygulamalar. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 4(3); 482-496, 2015.
6. Elçi A, 2010-2014 Yılları Arasında Kliniğimizde Postpartum Kanamalı Hastalarda Uygulanan Cerrahi Tekniklerin Retrospektif Analizi. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, s.1-25, Konya, 2014.
7. Bilgin NÇ, Potur DÇ. Doğum Sonu Dönem Kanıt Temelli Yaklaşımlar ve Hemşirelik. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 3(3); 80-87, 2010.
8. Ateşalp F, Bozkurt S, Yıldırım B. Postpartum Kanamalar. İstanbul Tıp Dergisi. 3; 30-34, 1995.
9. Panay N, Dutta R, Ryan A, Mark Broadbent JA. Obstetrik ve Jinekoloji. Doğum Sonrası Kanama, s. 82-79. 1. Baskı, Çeviren: Ayhan A, Güneş Kitabevi Ltd.Şti., Ankara, 2006.
10. Şen S, Saruhan A. Son Trimestir Kanamalarının Yönetimi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 18(4); 72-79, 2009.

- 11.** Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-INSTITUT Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık (2006) Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara.
- 12.** Demir LS, Editör. Anne Ölümlerini Önlemede Doğum ve Acil Obstetrik Vakaya Yaklaşım Sempozyum Kitabı, s.112-1, Adabalı Ofset ve Matbaacılık Ltd. Şti. Konya, 2013.
- 13.** Gül N, Normal Doğum ve Sezaryen Doğum Uygulanan Olguların Postpartum Komplikasyonlar Yönünden Karşılaştırılması. İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, s.23-27, İstanbul, 2008.
- 14.** Dilek UK. Postpartum Kanama: Etiyoloji ve Risk Faktörleri. Perinatoloji Dergisi. 19(1); 55-57, 2011.
- 15.** Başara BB, Güler C, Soyutun İ, Aygün A, Özdemir TA ve ark. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, T.C Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Semih Ofset Matbaacılık, Ankara, 2015.
- 16.** Güngör İ, Yıldırım-Rathfich G. Normal Doğum Eyleminin İkinci ve Üçüncü Evresinde Kanıta Dayalı Uygulamalar. HEMAR-G Dergisi. 2; 65-56, 2009.
- 17.** Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA. Uterine massage for preventing postpartum hoemorrhage. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7.
- 18.** İldan S, Postpartum Erken Dönemde Düzenli Fundus Masajının Uterus İnvölüsyonuna ve Loşia Rubra Miktarına Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.48-1, İzmir, 2007.
- 19.** Altuntuğ K, Acar A. Doğum Sonu Dönemde Primipar Anne ve Ebe/Hemşirelerin Eğitim Önceliklerinin Karşılaştırılması. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 20(4); 163-168, 2011.
- 20.** Lale T. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği s.351-361, s.399-409, 3. Baskı; Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 1998.

- 21.** Doğaner G, Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Erken Postpartum Dönemde Kendisinin ve Yenidoğanın Bakımına Yönelik Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.7-22, Sivas, 2005.
- 22.** Özkan HO, Erken Postpartum Dönemde Hastanede Verilen Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.3-13, Erzurum, 2002.
- 23.** Doğum Sonrası Bakım. MEB. s.3-13, Ankara, 2013.
- 24.** Güner T, Vajinal Yol ve Sezaryenla Doğum Yapan Adölesan Annelerin Postpartum Dönemde Kendilerinin ve Bebeklerinin Bakımında Yaşadıkları Sorunların Karşılaştırılması. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.26-27, Sivas, 2007.
- 25.** Çelikel AS, Doğum Sonrası Dönemde Fonksiyonel Durum ile Postpartum Depresyon İlişkisinin İncelenmesi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.5-8, Ankara, 2012.
- 26.** T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. Damla Matbaacılık, Ankara, s. 7-48, 2009.
- 27.** Eryılmaz HY. Doğum Sonu Değerlendirme: Bir Kontrol Çizelgesi Örneği. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 6(1); 20-26, 2009.
- 28.** Bindler R, Boll J, Landon M, Davidson M. Anne ve Çocuk Hemşireliği Klinik Uygulama Becerileri. Uterin Fundus Değerlendirmesi, s. 41-38. 4. Baskı, Çeviren: Şahiner NC, Açıkgöz A, Bol MD, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2014.
- 29.** Özkar F, Gaziantep-Nizip Zerde Gümlü Ayşe Çapan Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Normal Doğum ve Sezaryen ile Doğum Yapan Kadınların, Erken Postpartum Dönemde Bir Sonraki Gebelik ve Doğum Hakkındaki Duygu ve Düşünceleri. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.21-40, Afyonkarahisar, 2011.

- 30.** Portavi Meran HE, Şahin NH. Kadın Sağlığı Alanında Uzman Hemşirelik Eğitimi ve Uzman Hemşirelik Rollerini: Amerika Birleşik Devletleri Örneği. KASHED. 1(1); 1-14, 2014.
- 31.** Bilgiç D, Dağlar G, Özkan SA, Kadioğlu M. Postpartum Depresyonda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler. KASHED, 2(2); 13-35, 2015.
- 32.** Çalık KY, Aktaş S. Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3(1); 142-162, 2011.
- 33.** Bingöl TY, Tel H. Postpartum Dönemdeki Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon Düzeyleri ile Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(3); 1-6, 2007.
- 34.** Karagöz Y. Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Postpartum Depresyona Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.8, Sivas, 2011.
- 35.** Karaçam Z, Öner H. Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeğinin Türkçede Kesme Noktalarının Hesaplanması, Anadolu Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(2); 61-71, 2008.
- 36.** Özcan ÇY. Vajinal Doğumda Oksitosin İndüksiyonu Alan ve Almayan Annelerin Emzirme Sonuçlarının Karşılaştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.22, İzmir, 2014.
- 37.** Ekşioğlu A, Turfan EÇ. Emzirme Akran Danışmanlığının İlk kez Doğum Yapan Annelerin Emzirme Öz Yeterliliklerine Etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 17(2-3); 36-48, 2015.
- 38.** Lynch CB, Keith LG, Lalonde AB, Karoshi M. Textbook of postpartum hemorrhage. Doğum Sonu Kanama, s. 58-422. 1. Baskı, Çeviren; Demir SC, Büyükkurt S, Matus Basımevi Reklam ve yay.Tic.Ltd. Şti. 2010.

- 39.** Şirin A, Kavlak O. Kadın Sağlığı, s. 46-53, Nobel Tıp Kitabevleri Tic.Ltd.Şti. İstanbul, 2015.
- 40.** Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. Obstetrics. Normal and problem Pregnancies. Obstetri, s. 456-467. 1.baskı, Çeviren; Tanır HM, Şener T, Nobel&Güneş Tıp Kitabevi, 2009.
- 41.** Şenol DK, Aslan E. Normal Doğum Sonrası Perinenin Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 12(1); 7-10, 2015.
- 42.** Kurdoğlu M, Kurdoğlu Z, Çim N, Yıldız M. Anne Hayatını Tehdit Eden Obstetrik Acillerden Puerperal Vulvar Hematom. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 7(3); 239-242, 2010.
- 43.** Gilbert ES, Harmon JS. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum, s. 462-470. 2.baskı. Çeviren: Taşkın L, Palme Yayıncılık, Ankara, 2002.
- 44.** Mucuk S, Güler N. Annelerin Doğum Sonu Dönemde Bakım Beklentileri ve Bu Beklentilerin Hemşireler Tarafından Karşılama Durumu. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 11(1); 21-30, 2002.
- 45.** Can HÖ. Doğum Sonrası Bakım Rehberlerin Kanıt Temelli Çalışmalarla Gözden Geçirilmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5(2); 40-47, 2015.
- 46.** Gebe okulu s.105-113 içinde: Kocatürk AA, editör. Lohusalık dönemi. İstanbul, 2017.
- 47.** Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), “2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara.
- 48.** Burucu R, Gebeliğin Üçüncü Trimesterinde Gebelere Verilen Eğitimin Doğum Sonu Taburculuğa Hazır Oluşluk Düzeyi’ne Etkisi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.33, Konya, 2009.

49. Kızılkaya S, Sezaryen ya da Normal Spontan Doğum Yapan Primiparlarda Doğum Deneyiminin Doğum Sonu Yaşam Kalitesine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.42, İstanbul, 2013.

50. Çoban V, Postpartum Dönemdeki Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.40-49, Sivas, 2012.

51. Öztürk S. Annelerin doğum sonu dönemde yaşam kalitesi ve desteklerinin değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.28-32, Erzurum, 2014.

52. Ak ÖB, Vajinal Doğum Yapan Kadınlarda Postpartum Perineal Ağrının Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.11-38, İstanbul, 2013.

53. Çelik N, Doğum Sonrası Maternal Kilo Tutulumunun ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.10-16, İzmir, 2012.

54. Apay SE, Kılıç M, Pasinlioğlu T. Obez Gebelerde Doğum Eylemi ve Doğum Sonu Dönem. JAF Preventive Medicine Bulletin. 9(2); 151-156, 2010.

55. Hibbard J, Gilbert S, London M, Houth JC, Leveno KJ, Spong CY et al. Trial of labor or repeat cesarean delivery in women with morbid obesity and previous cesarean delivery. Obstetrics&Gynecology. 108(1); 125-133, 2006.

56. Demir S, Doğumun Birinci Evresinde Ebenin Uyguladığı Perine Masajının Genital Travmaları ve Postpartum Ağrıyla Azaltmadaki Rolü. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.25-44, İzmir, 2011.

<http://www.cochronelibrary.wiley.com>, 5/06/2017

- 57.** İncebıyık A, Camuzcuođlu A, Hilali NG, Kúçük A, Yúce HH, Aydođan H, Camuzcuođlu H, Vural M. Postpartum Hemoraji Vakalarına Yaklaşım; 41 Olgunun Retrospektif Analizi. J Clin Exp Invest. 5(1); 18-23, 2014.
- 58.** Chen M, Chong Q, Duan T, He J, Zhong L, Liu X. Uterine Massage to Reduce Blood Loss After Vaginal Delivery. Obstetrics&Gynecology. 122(2); 290-295, 2013.
- 59.** Doğu S, Ergin AB. Gebe Kadınların Sigara Kullanımı Etkileyen Faktörler ve Gebelikteki Zararlarına İlişkin Bilgileri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 1(1); 26-39, 2008.
- 60.** Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye.
- 61.** Alı R, Hına F. Postpartum Hemorrhage; comporison of efficoy of ergometrine with mısoprostol in prophylaxis in cesaren section. Professional Med J May-June. 19(3); 1-5, 2012. www.theprofesional.com Erişim tarihi:15/09/2016
- 62.** Demirel G, Çelik DB. Doğal Doğuma Müdahale: Sentetik Oksitosin Kullanımı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 22(4); 157-163, 2013.
- 63.** Natarajan A, Roy A, Nelson BD, Eckardt M, Kamara J, Kargbo SAS, Kanu P, Burke TF. Use of prophylactic uterotonics during the third stage of labor: a survey of provider practices in community health facilities in Siera Leone. BMC Pregnancy and Childbirth, 16(23); 1-7, 2016.
- 64.** Karaçam Z. Epizyotominin Doğum Sonrası Dönemde Cinsel Fonksiyona Etkisi. Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi, 1; 38-46, 2008.
- 65.** Köse S. Gebelere Verilen Doğum ve Doğum Sonu Eğitimin Bu Dönemlere İlişkin Endişeyi Azaltmaya Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, s.19, Erzurum, 2012.

- 66.** Paliulyte V, Drasutiene GS, Ramasauskaite D, Bartkeviciene D, Zakareviciene J, Kurmanavicius J. Physiological Uterine Involution İn Primiparaus and Multiparous Women: Ultrasound Study. *Obstetrics and Gynecology İnternational*, 1-10, May 2017.
- 67.** Nagichabe SK, Gatınu BW, Nyangore MA, Karuga R, Wanyongı SZ, Kiarie JN. Reminder Systems for Self Uterine Massage in The Prevention of Postpartum Blood Loss. *East African Medical Journal*, 89(4); 128-133, April 2012.
- 68.** Özer HT, Doğum Şeklinin Annelerin Postpartum İlk 24 Saatteki Doğum Sonu Konforuna Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.18-20, İstanbul, 2011.
- 69.** Juul S, Adejuma O. Effects of uterine fundal massage on number of postpartum haemorrhage cases at a level maternity hospital in the Western Cape, South Africa. *African Journal for Physical, Health Education, Recreation and Dance (AJPHERD)*, 1(2); 290-299, 2014.
- 70.** Shabana N, Shaheen F. Effectiveness of Uterine Massage in prevention of Primary Postpartum Haemorrhage. *JSOGP*, 4(1); 19-25, 2014.

10. EKLER

EK-1

GEBELİK, DOĞUM VE DOĞUM SONU TANILAMA FORMU

Sayın Katılımcı ;

Bu çalışma “Postpartum Erken Dönemde Düzenli Fundus Masajının Uterus İnvolyusyonuna ve Loşia Rubra Miktarına Etkisini belirlemek için planlanmıştır. Sorulara içtenlikle yanıt vermeniz ve gönüllü katılımınız çalışma sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Eğer çalışmaya katılırsanız elde edilen veriler gizli tutulup sadece eğitim ve bilimsel amaçlı toplu olarak kullanılacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Nurgül TURHAN

Tel: 0533 422 32 82

1. Doğum yılınız:

2. Eğitim durumunuz nedir?

- a) OY/OYD
mezunu
- b) İlkokul mezunu
- c) Ortaokul
mezunu
- d) Lise mezunu
- e) Üniversite

3. Mesleğiniz nedir?

- a) Ev hanımı
- b) Memur
- c) İşçi
- d) Serbest meslek
- e) Diğer

4. Sosyal güvenceniz var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

5. Aylık ortalama gelir durumunuz?

- a) Gelir giderden az fazla b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla

6. İlk evlenme yaşıınız:

7. İlk gebelik yaşıınız:

8. Kaç gebelik yaşadınız:

9. Doğum sayınız:

10. Hiç küretaj oldunuz mu?

- a) Evet b) Hayır

11. Hiç düşük yaptınız mı?

- a) Evet b) Hayır

12. Gebelik süresince kaç kilo aldınız:

13. Şu anki kilonuz:

14. Boyunuz:

15. Beden kitle indeksi

- a) Normal b) Zayıf c) Kilolu

16. Son adet tarihiniz:

17. Gebelik haftanız:

18. Sigara veya alkol kullanıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

19. Gebeliğiniz süresince demir ve vitamin kullandınız mı?

- a) Evet b) Hayır

20. İndüksiyon uygulandı mı?

- a) Evet (süresi.....) b) Hayır

21. Herhangi bir ilaç uygulaması var mı?

a) Evet(Ne, ne zaman.....) b) Hayır

22. Doğum öncesi hemogram değerleri:

23. Aptt, protrombin zamanı değerleri:

.....

24. Doğum saati:

25. Doğumun 3. Dönemin bitiş zamanı:

POSTPARTUM ERKEN DÖNEM

26. Doğum yolunda laserasyon durumu var mı?

a) Epizyotomi b) 1. Derece perine laserasyonu c) 2.veya 3. Derece perine laserasyonu

d) Vajinal laserasyon e) Collum laserasyonu

27. Postpartum kullanılan ilaçlar (Ne, ne

zaman).....

.....

28. Postpartum collum, vajina ve perine kontrolü

a) Normal(komplikasyon yok) b) Hematom var c) Kanama var

d) Ödem var e) Suture edilen bölgede açılma var f)

Diğer

29. Yenidoğan'ın emmesini engelleyen bir durum var mı?

a) Evet b) Hayır

30. Bebeğin ilk emme zamanı:

31. Bebeğin kilosu:

32. Doğumdan sonra ilk mobilize saati:

33. Doğumdan sonra spontan idrar saati:

34. Doğum sonu ilk beslenme saati:

35. Taburculuk öncesi hemogram değerleri:

.....

36. Erken postpartum dönemde uterus involüsyon sürecinin değerlendirilmesi

a) Normal

b) Yavaş

c) Hızlı



EK-2 POSTPARTUM DEĞERLENDİRME FORMU (1)

Postpartum Zaman	Ateş	Nabız	Kan basıncı	Fundus Yüksekliği(cm) 1-6-12. Saatlerde	Üterusun Kıvamı(sert, yumuşak)	Üterus Hattı(sağda, ortada, solda)	Fundus Masajı Yapıldı(+) Yapılmadı (-)
15.dk							
30.dk							
45.dk							
1.saat							
2.saat							
3.saat							
4.saat							
5.saat							
6.saat							
7.saat							
8.saat							
9.saat							
10.saat							
11.saat							
12.saat							

POSTPARTUM DEĞERLENDİRME FORMU (2)

Postpartum zaman	İlk Emzirme zamanı (dak)	Loşi Ren gi (2.4.6.12)	Loşia Miktar (gr) (2.4.6.12)	Toplam Pet sayısı	İlk Spontan İdrar (saat)	İlk Mobilizasyon Zamanı +/-	Mama Kullanma +/- cc
15.dk							
30.dk							
45.dk							
1.saat							
2.saat							
3.saat							
4.saat							
5.saat							
6.saat							
7.saat							
8.saat							
9.saat							
10.saat							
11.saat							
12.saat							

EK-3

BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

Bu çalışma normal doğumdan sonra rahim üstüne yapılan düzenli masajın rahmin toparlanmasına ve doğum sonu kanamanıza olan etkisini araştırmak amacıyla planlanmıştır.

Normal doğumdan sonra annelerin rahminin üzerine masaj yapılması önerilmektedir. Fakat size bu masajın etkinliğini ölçmek amacıyla araştırmacı tarafından masaj uygulanacak ve size öğretilecektir. Rahminizin üstüne uygulanacak masajdan dolayı herhangi bir rahatsızlık duymayacaksınız. Doğum sonu ilk bir saatte 15 dakikada, bir daha sonraki 6.saate kadar saat başı, 6.-12. arası iki saatte bir 45 saniye rahminizin üstüne masaj yapılacaktır. Araştırmacı tarafından petleriniz temin edilecek ve pet takibiniz petlerin tartılması ile yapılacaktır. Doğum sonu birinci saatte, altıncı saatte, onikinci saatte mezure ile rahminizin yüksekliği ölçülecektir. Doğum sonu beslenme, emzirme, hijyen, ayağa kalkma, boşaltım vb. konularda araştırmacı tarafından bilgilendirileceksiniz. İşlemlerle ilgili gerek duyduğunuz tüm bilgileri öğrenmeye ve soru sormaya hakkınız vardır. Bu çalışmaya katılmama hakkınız vardır. Elde edilen veriler toplu olarak kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederim

Nurgül TURHAN

Hastanın Beyanı;

Yukarıda yazılı olan bilgileri okudum/okundu ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı, bana verilen hizmeti etkilemeksizin araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

Tarih:

Adı soyadı:

İmza

EK-4



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı :31034136 - 302.08.01 / 185
Konu : Nurgül TURHAN
Anket Çalışması

24.08.2015

MEDİPOL MEGA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nurgül TURHAN'ın, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından da onaylanmış olan "*Postpartum Erken Dönemde Düzenli Fundus Masajının Uterus İnvolyasyonuna ve Loşia Rubra Miktarın Etkisini Değerlendirilmesi*" isimli tez çalışması kapsamındaki anket çalışmalarını Hastanenizin Kadın Doğum Servisi'nde yapmaları konusunda müsaadelerinizi arz ve rica ederim.

Yrd.Doç.Dr.Mehmet OZANSOY
Müdür Yardımcısı
Müdür Vekili



Kavacık Mahallesi Ekinciler Caddesi No: 19 Beykoz / İSTANBUL
Tel: (216) 681 53 24 Faks: (212) 531 7555

11. ETİK KURUL ONAYI

EK-5

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

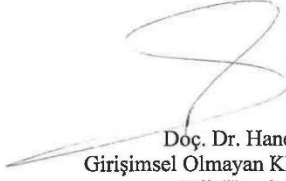
Sayı : 108400987-108
Konu: Etik Kurulu Kararı

03/03/2015

Sayın Yrd. Doç. Dr. Asiye KOCATÜRK

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Postpartum Erken Dönemde Düzenli Fundus Masajının Uterus İnvolyusyonuna ve Loşia Rubra Miktarına Etkisini Değerlendirilmesi" isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.


Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

Tel: (0216)681 51 37
Faks:(0212)531 75 55
E-mail:ilknurfil@medipol.edu.tr

Adres:Kavacık Mah.Ekinciler Cad.No:19,34810
Kavacık/BEYKOZ

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR
FORMU






BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Postpartum Erken Dönemde Düzenli Fundus Masajının Uterus İnvolyonuna ve Loşia Rubra Miktarına Etkisini Değerlendirilmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Asiye KOCATÜRK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ebelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	23.02.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	23.02.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 97	Tarih: 03.03.2015		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna “oybirliği” ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Tangül MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK	Kulak-Burun Boğaz	Özel Nisa Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Nurgül	Soyadı	Turhan
Doğum Yeri	Bakırköy	Doğum Tarihi	05.07.1976
Uyruğu	T.C	TC Kimlik No	12911906548
E-mail	nurgulturhann@gmail.com	Tel	0533 422 32 82

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Medipol Üniversitesi	-
Lisans	Bülent Ecevit Üniversitesi	2001
Lise	Kocasinan Lisesi	1997

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
1. Kadın Doğum Sorumlu Hemşire	İstinye Üniversite Hastanesi	2016-2017
2. Kadın Doğum Ekip Lideri	Medipol Mega Hastanesi	2012-2015
3. Kadın Doğum Sorumlu Hemşire	Medicine Hospital	2002-2011

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Orta	Orta	Orta

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	55,27	52,95	52,86

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
MS Office Programları	İyi