T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,
TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

SEZARYEN İLE DOĞUM YAPAN ANNELERİN İLK HAFTA MEMNUNİYET DURUMLARI

Dr. İsmail DEMİR

(UZMANLIK TEZİ)

İZMİR / 2020

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ,
TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

SEZARYEN İLE DOĞUM YAPAN ANNELERİN İLK HAFTA MEMNUNİYET DURUMLARI

Dr. İsmail DEMİR

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Hülya PARILDAR

(UZMANLIK TEZİ)

İZMİR / 2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitim süresince bana bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren başta tez danışmanım **Doç. Dr. Hülya PARILDAR** olmak üzere Tepecik Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Bölümü öğretim üyelerine,

Bu süreçte yardımlarını ve desteğini esirgemeyen başta **Doç. Dr. Cüneyt Eftal TANER** olmak üzere Tepecik Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü öğretim üyelerine,

Hiçbir zaman beni yalnız bırakmayan ve desteklerini esirgemeyen **aileme** teşekkür ederim.

Dr. İsmail DEMİR

İZMİR 2020

ÖZET

Sezaryen İle Doğum Yapan Annelerin İlk Hafta Memnuniyet Durumları, Dr. İsmail Demir, Uzmanlık Tezi, İzmir, 2020.

Amaç. Bu çalışmanın amacı, sezeryan ile doğum yapmıış annelerin doğumdan sonraki ilk hafta içindeki memnuniyet durumlarının ve memnuniyeti etkileyen değişkenlerin belirlenmesidir.

Yöntem. Araştırma İzmir ilinde SBÜ Tepecik EAH Kadın Doğum Kliniği'nde Eylül 2019 - Şubat 2020 tarihleri arasında sezeryan operasyonuyla canlı doğum yapan ve doğum sonrası en fazla 1 hafta geçen 313 gebe ile yüzyüze / gözetim altında gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların ve eşlerinin sezaryen memnuniyeti ve etkili olabileceği düşünülen özellikleri sorgulanmıştır. Veriler SPSS 21.0 paket programında uygun istatistiksel testlerle analiz edilmiştir.

Bulgular. Annelerin yaş ortalaması 28,7, gebelik haftası ortalaması 37,4, ortalama hastanede yatış süresi 2,6 gündür. Gebeliklerin %36,7'sinin planlı olmadığı belirtilmiştir. Gebelik öncesinde doğum kontrol yöntemi kullanma sıklığı %25,6'dır. En sık kullanılan yöntem geri çekmedir (%14,4). Yapılan sezaryen operasyonlarının %55,6'sı planlı, %39'u acil sezaryendir. Operasyonların %96,5'inin epidural/spinal anestezi altında yapıldığı ve %2,6'sında komplikasyon geliştiği belirtilmiştir. Katılımcıların %74,1'i kendisinin, %48,2'si eşinin sezaryenden memnun olduğunu, %83,5'i hastane çalışanlarından memnun olduğunu, %81,2'si sezaryen konusunda olumlu düşünceleri olduğunu belirtmiştir. Sezaryen sayısı arttıkça sezaryenden memnun olma sıklığı da anlamlı düzeyde artmaktadır ($p=0,028$). Gebelik ya da doğum sırasında geçirilen hastalıklardan sadece enfeksiyon varlığı sezaryen memnuniyetini anlamlı düzeyde olumsuz olarak etkilemiştir ($p=0,002$). Planlı sezaryen geçiren kadınların sezaryen memnuniyeti anlamlı düzeyde daha fazladır ($p<0,001$). Epidural/spinal anestezi ile sezaryen olan kadınların sezaryen memnuniyeti anlamlı düzeyde daha fazladır ($p=0,038$). Hastane çalışanlarından memnun olanların sezaryen memnuniyeti anlamlı düzeyde daha fazladır ($p<0,001$). Eşi sezaryenden memnun olan kadınlar anlamlı düzeyde daha fazla sıklıkta sezaryenden memnun olduğunu belirtmiştir ($p<0,001$). Sezaryen hakkında düşüncesi olumlu olanların sezaryen memnuniyeti anlamlı düzeyde daha iyidir ($p<0,001$).

Sonuç. Sezaryen sayısının artması, sezaryenin planlı olması, epidural/spinal anestezi altında yapılması, annelerin hastane çalışanlarından memnun olması, sezaryen hakkında olumlu düşüncelere sahip olması ve eşin sezaryenden memnun olması sezaryen geçiren annelerin sezaryen memnuniyetini arttırıyorken, gebelik ve doğumda geçirilen enfeksiyon hastalıkları sezaryen memnuniyetini azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler. Kadın Doğum, Sezaryen, Memnuniyet

ABSTRACT

First Week Satisfaction Status of Mothers Giving Birth by Cesarean Section, İsmail Demir, MD., Dissertation, İzmir, 2020.

Aim. The aim of this study is to determine the satisfaction levels of mothers who gave birth by cesarean in the first week after operation and the variables affecting satisfaction.

Method. The research was carried out face to face / under supervision with 313 mother who had a live birth with a cesarean operation and the postpartum period was a maximum of 1 week, between September 2019 - February 2020 in SBU Tepecik EAH Gynecology and Obstetrics Clinic in İzmir. The cesarean satisfaction of the participants and the factors thought to be effective were questioned. The data were analyzed in SPSS 21.0 package program with appropriate statistical tests.

Results. The average age of the mothers is 28.7, the average gestational week is 37.4, and the average length of hospital stay is 2.6 days. It is stated that 36.7% of pregnancies are not planned. The frequency of using the family planning method before pregnancy is 25.6%. The most commonly used method is withdrawal (14.4%). 55.6% of the cesarean operations performed are planned and 39% are emergency cesarean section. It was stated that 96.5% of the operations were performed under epidural / spinal anesthesia, and complications developed in 2.6%. 74.1% of the participants stated that they were satisfied, 48.2% of their husbands were satisfied with the cesarean section, 83.5% were satisfied with the hospital staff and 81.2% had positive thoughts about cesarean section. As the number of cesarean increases, the frequency of being satisfied with cesarean increases significantly ($p = 0.028$). The presence of infection from diseases during pregnancy or childbirth significantly affected cesarean satisfaction ($p = 0.002$). Cesarean satisfaction is significantly higher in women who had planned cesarean delivery ($p < 0.001$). Women with cesarean section with epidural / spinal anesthesia have significantly higher cesarean satisfaction ($p = 0.038$). The cesarean satisfaction of the mothers who were satisfied with the hospital staff was significantly higher ($p < 0.001$). Women whose husbands are satisfied with cesarean have stated that they are also more satisfied with cesarean ($p < 0.001$). The mothers who had positive thoughts about cesarean were significantly more caesarean satisfaction ($p < 0.001$).

Conclusion. Increasing the number of cesarean, planned cesarean, performing under epidural / spinal anesthesia, being satisfied with the hospital staff, having positive thoughts about cesarean, and husband's satisfaction with cesarean increases the cesarean satisfaction of mothers who have had cesarean delivery. Infectious diseases during pregnancy and delivery reduce cesarean satisfaction.

Keywords. Obstetrics, Cesarean Section, Mother Satisfaction

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... **i**
ÖZET ..... **ii**
ABSTRACT ..... **iii**
İÇİNDEKİLER ..... **iv**
TABLOLAR ..... **v**
ŞEKİLLER ..... **vi**
KISALTMALAR ve SİMGELER ..... **vii**
1. GİRİŞ ve AMAÇ **8**
2. GENEL BİLGİLER **10**
2.1 AİLE HEKİMLİĞİ **10**
2.2 DOĞUM EYLEMİ **11**
2.2.1 Vajinal Doğum 11
2.2.2 Sezaryen Doğum 12
2.3 SAĞLIK HİZMETLERİNDE "MEMNUNİYET" **17**
2.3.1 Hasta Memnuniyeti Kavramı 18
2.3.2 Doğumda Anne Memnuniyeti 19
2.3.3 Doğum Sonu Dönem 20
2.3.4 Sezaryen Sonrası Memnuniyeti Etkileyen Durumlar 21
3. GEREÇ VE YÖNTEM **30**
3.1 ARAŞTIRMA YERİ, ZAMANI **30**
3.2 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ **30**
3.3 VERİLERİN TOPLANMASI VE VERİ TOPLAMA ARACI **30**
3.4 ETİK KURUL VE KURUM İZİNLERİ **31**
3.5 İSTATİSTİKSEL ANALİZ **31**
4. BULGULAR **32**
4.1 TANIMLAYICI BULGULAR **32**
4.2 SEZARYEN MEMNUNİYETİNİ ETKİLEYEN DEĞİŞKENLER **41**
5. TARTIŞMA **47**
6. SONUÇLAR **58**
7. ÖNERİLER **60**
8. KAYNAKLAR **62**

TABLOLAR

Tablo 1. Çalışma grubunun öğrenim durumu ve sosyoekonomik düzeyinin dağılımı 34

Tablo 2. Çalışma grubunun yaş, gebelik haftası, gebelik/doğum/düşük/çocuk sayısı ve hastanede yatış süresinin dağılımı 35

Tablo 3. Çalışma grubunun daha önce sezaryen ve küretaj öyküsü, gebeliğin planlı olup olmaması ve gebelik/doğumda geçirilen hastalıkların dağılımı 37

Tablo 4. Çalışma grubunun doğum öncesi muayene olma durumu, hastanede yatış süresi ve sezaryen operasyon özelliklerinin dağılımı 38

Tablo 5. Çalışma grubunun ve eşin memnuniyet durumları ve bebeğin sağlık durumunun dağılımı 39

Tablo 6. Yaş, öğrenim durumu, ikamet bölgesi ve aylık gelir gruplarına göre sezaryen memnuniyet durumunun dağılımı 40

Tablo 7. Yaş, öğrenim durumu, ikamet bölgesi ve aylık gelir gruplarına göre sezaryen memnuniyet durumunun dağılımı 41

Tablo 8. Sezaryen memnuniyet durumuna göre yaş, gebelik haftası, hastanede yatış süresi, gebelik/doğum/düşük/çocuk sayısının dağılımı 42

Tablo 9. Gebeliğin planlı olma durumu, küretaj ve sezaryen öyküsü ve en son gebelik kontrol muayenesi durumuna göre sezaryen memnuniyet durumunun dağılımı 43

Tablo 10. Gebelik ya da doğum sırasındaki hastalıklara göre sezaryen memnuniyet durumunun dağılımı 44

Tablo 11. Sezaryenin planlı olma durumu, sezaryen endikasyonu, anestezi türü ve komplikasyon gelişme durumuna göre sezaryen memnuniyetinin dağılımı 45

Tablo 12. Çalışma grubunun hastane çalışanlarından memnun olma, eşin sezaryen memnuniyeti ve kişileirin sezaryen hakkında düşüncelerine göre sezaryen memnuniyetinin dağılımı 46

ŞEKİLLER

Şekil 1. WONCA ağacı..... 11

Şekil 2. Çalışma grubunun yaş gruplarına göre dağılımı..... 32

Şekil 3. Çalışma grubunun ikamet bölgesinin dağılımı..... 33

Şekil 4. Çalışma grubunun gebelik öncesi korunma yönteminin dağılımı 36

KISALTMALAR ve SİMGELER

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AD	: Anabilim Dalı
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
ÇADA	: Çeyrekler Arası Dağılım Aralığı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DVT	: Derin Ven Trombozu
EAH	: Eğitim Araştırma Hastanesi
RİA	: Rahim İçi Araç
SBÜ	: Sağlık Bilimleri Üniversitesi

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Doğum eylemi, doğum sancısı ile başlayan ve çocuğun doğmasıyla tamamlanan bir süreçtir. Doğum düzenli olarak uterusun kasılmasıyla başlar, yenidoğan ve plasentanın çıkmasıyla sona erer. Hamilelik ve doğum fizyolojik süreçlerdir ve çoğu kadın için bu süreç normal olarak kabul edilir (1). Vajinal doğum ve sezaryen doğum olmak üzere iki çeşit doğum şekli bulunmaktadır.

Sezaryen Doğum, fetusun laparotomi ve sonrasında histerotomi ile gerçekleşen doğumudur (2). Sezaryen; vajinal doğumun güvenle tamamlanmasının mümkün olmadığı durumlar söz konusu ise veya vajinal doğum ile birlikte maternal, fetal morbidite ve mortalitede belirgin artış riski varsa uygulanmaktadır (3). Sezaryen doğum endikasyonları her ne kadar sınıflandırılmış olsa da yapılan sezaryen doğumların %85'i daha önce geçirilmiş sezaryen, distosi, fetal sıkıntı ve fetal prezentasyon anomalisi nedeniyle yapılmaktadır (2). Sezaryen doğum, anneler ve çocuklar için hayat kurtarıcı bir müdahale olmakla birlikte kısa ve uzun süreli sağlık sonuçlarına yol açabilmektedir (4). Sezaryen ile doğum cerrahi bir girişimdir ve tıbbi gerekçelerle yapılması gerekmektedir. Vajinal doğumun bir alternatifi değildir. Bu yüzden ameliyatın hem anne hem bebek için risk ve faydalarını anlamak önemlidir (2). Sezaryen doğumun maternal sağlığa ve yenidoğan ve çocuk sağlığına çeşitli olumsuz etkileri bulunmaktadır. Vajinal doğum ile karşılaştırıldığında daha fazla olan bu etkiler, sezaryen ile doğumun hasta memnuniyeti üzerine olan olumsuz etkilerini gündeme getirmektedir (4).

Memnuniyet kişiden kişiye değişen özellikleri olan, göreceli bir kavramdır. Hasta memnuniyeti kavramı içerik olarak farklı boyutlardan incelenmesi gereken bir tanımdır. Çünkü içerik olarak; hizmetin veriliş şekli, hasta ile hizmeti sunanların birbirine olan yaklaşımları, hizmetin daim oluşu, hizmeti verenlerin iletişim, bilgi ve becerilerinin yeterli olması gibi birçok özelliği kapsamaktadır. Buna istinaden kişilerin sağlık hizmetlerinden almış oldukları hizmet, sağlık hizmetlerindeki memnuniyeti göstererek verilen bakımın niteliği hakkında da bizlere bilgi vermektedir (5,6). Hastanın memnuniyetine etki eden etkenler; hastanın kendisiyle, hizmet veren bireylerle ve çevresel-kurumsal etkenlerle ilişkili olarak şekillenmektedir (7,8).

Sezaryen sonrası bakımın kalitesi, hasta memnuniyetini artırmasının yanı sıra doğum deneyimine bakış açısını ve annenin hayatının ilerleyen dönemlerini etkilemektedir (9). Doğum sonrası memnuniyeti belirlemeye yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde sezaryen sonrası annelerin yaşadıkları sorunların çoğunlukla ağrı, ameliyat bölgesinde ağrı, anesteziye bağlı sırt-baş-boyun ağrısı, hareket etmede güçlük, kişisel hijyen eksikliği, distansiyon, tuvalete çıkma, halsizlik, dinlenememe, bebek bakımı, emzirme, meme-meme ucu sorunları, sütün gelmemesi, bulantı-kusma, kanama, bebek bakımı ve kendi bakımına yönelik bilgi eksikliği ve endişe olduğu belirlenmiştir (10–13). Çalışmalarda kişisel hijyen, meme bakımı, bebek bakımı ve emzirme problemi yaşayan annelerde doğum sonu yaşam kalitesinin azaldığı ve memnuniyetsizliğin arttığı belirlenmiştir (14). Annelerin sezaryen sonrası çoğunlukla ağrı, emzirme, mobilizasyon, iyileşme problemleri gibi güçlükler yaşadığı ve bu sorunlarla ilgili desteğe ihtiyaçları olduğu belirtilmektedir (15).

Literatürde hem vajinal doğum hem de sezaryen ile doğumun çeşitli özelliklerini inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Hastaların sezaryene karşı olumlu olumsuz düşüncelerinin ve bu durumları etkileyen özelliklerin incelendiği çalışmalar ise sınırlıdır. Bu çalışmanın amacı, sezeryan ile doğum yapmıış annelerin doğumdan sonraki ilk hafta içindeki memnuniyet durumlarının ve memnuniyeti etkileyen değişkenlerin belirlenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 AİLE HEKİMLİĞİ

Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'nin nüfusu; il, ilçe, köylerde yerleşik yaşayan ve mobil olarak hizmetin ulaştırıldığı kişilerden oluşmaktadır. Aile hekimleri, belirli bir nüfusa; koruyucu, önlem alıcı ve tedavi edici sağlık hizmetlerini düzenli, kesintisiz olarak uygulamakla görevlidir. Ek olarak aile hekimlerinin gezici sağlık hizmetini mobil nüfuslarına ulaştırmaları gerekir. Aile hekimleri kendilerine kayıtlı olan bu kişileri en az yılda bir defa sağlık muayenesinden geçirmeli ve bireylerin kayıtlarını düzenli olarak tutmalıdır (16).

Aile hekiminin diğer görevleri arasında; kişilerin alışkanlıklarının, kronik hastalıklarının, kişisel özelliklerinin hasta dosyalarına kaydı, obezite takibi, üreme çağındaki kadınların 15–49 yaş izlemleri, aile planlaması, periyodik sağlık muayeneleri, kanser taramaları, evde bakım hastalarının takibi, gebe/bebek/çocuk takipleri, aşı uygulamaları, kendilerine bağlı mobil nüfusa gezici sağlık hizmetlerinin verilmesi, sağlıkla ilgili önemli günlerde hastalarına eğitim toplantıları düzenlemeleri gibi maddeler yer almaktadır (16). "Aile hekimliği disiplininin ilkeleri doğrultusunda eğitilmiş uzman hekimler" olarak tanımlanan WONCA disiplini, bu alanda uzmanlaşmak isteyen her hekim için 12 önemli özelliği tanımlamaktadır. Bu 12 özellik, ağacın dalları olarak yerleştirilen 6 çekirdek yeterlikte birleşebilir (Şekil 1) (17)



Şekil 1. WONCA ağacı

2.2 DOĞUM EYLEMİ

Doğum eylemi, doğum sancısı ile başlayan ve çocuğun doğmasıyla tamamlanan bir süreçtir. Düzenli uterus kasılmalarıyla başlar, yenidoğan ve plasentanın çıkmasıyla sona erer. Hamilelik ve doğum fizyolojik süreçlerdir ve çoğu kadın için bu süreç normal olarak kabul edilir (1). Vajinal doğum ve sezaryen doğum olmak üzere iki çeşit doğum şekli bulunmaktadır.

2.2.1 Vajinal Doğum

Vajinal doğum çoğu gebelik için tercih edilen doğum şeklidir.8 Spontan vajinal doğum normal olarak kabul edilendir fakat biyolojik varyasyonlarla karakterizedir (1,18). Bununla birlikte bazı maternal veya fetal komplikasyonlar operatif vajinal doğumu gerektirebilir (1). Normal vajinal doğum birinci ve ikinci

aşama olmak üzere iki aşamadan oluşmaktadır. Birinci aşaması latent ve aktif fazdan oluşmaktadır. Latent fazın başlangıcı yani doğumun başlangıcı annenin düzenli kasılmaları algıladığı zaman olarak kabul edilebilir. Çoğu kadında latent faz bittiği zaman servikste 3-5 cm arasında dilatasyon olması beklenir. Latent faz normal doğumu anlamak için büyük öneme sahiptir. Çünkü latent faz da dahil edildiği zaman doğum oldukça uzun bir süreçtir. Nulliparlarda 20 saatin, multiparlarda da 14 saatin üzerine çıkması latent fazın uzamış olduğunu göstermektedir. Latent faz süresini etkileyen faktörler arasında; aşırı sedasyon veya epidural analjezi, elverişsiz servikal durum yani kalın, efase ve dilate olmamış serviks veya yalancı doğum sayılabilir. Uterus kasılmaları varlığında, üç-beş cm veya daha fazla servikal dilatasyon varlığı aktif doğumun başladığı güvenilir bir nokta olarak alınabilir. Bu servikal dilatasyon eşiğine ulaşıldığında, takip eden dört ila altı saat içinde gebe kadının parite durumuna bağlı olarak normal doğumun ilerlemesi beklenebilir. Yapılan çalışmalar sonucunda aktif fazın en fazla 11,7 saat sürdüğü bildirilmiştir. Doğumun aktif fazı eş zamanlı olarak fetal iniş ve servikal dilatasyon oranlarını tarif etmektedir. İniş, aktif dilatasyondan sonraki aşamada başlar, nulliparlarda yedi ila sekiz cm arasında başlar ve sekiz cm'den sonra en hızlı hale gelir. İkinci aşama tam servikal dilatasyon ile başlar ve çocuğun doğması ile biter. Bu aşama nulliparlarda yaklaşık 50 dakika, multiparlarda 20 dakika civarındadır. Sonunda çoğu kadında parite ne olursa olsun spontan doğumda müdahale edilmezse, doğum başlangıcından itibaren yaklaşık 10 saat sonra doğum gerçekleşir (18).

2.2.2 Sezaryen Doğum

2.2.2.1 Sezaryen Doğum Tanımı

Sezaryen Doğum, fetusun laparotomi ve sonrasında histerotomi ile gerçekleşen doğumudur. İki genel sezaryen doğum şekli vardır: primer olan; ilk kez histerotomi yapılması, sekonder olan; daha önceden bir veya iki defa yapılmış histerotomi insizyonu olduğu anlamına gelir. İki tanım da uterus rüptürü veya abdominal gebelik durumlarında fetusun batın boşluğundan alınmasını içermez (2).

2.2.2.2 Sezaryen Doğumun Tarihçesi

Sezaryen teriminin kökeni belirsizdir. Bunun için üç açıklama önerilmiştir. İlk açıklama efsaneye göre Julius Caesar bu şekilde doğmuştur, sonuçta bu işlem Sezaryen operasyonu olarak bilinir. Bazı durumlar bu açıklamayı zayıflatmaktadır. İlk olarak Julius Caesar'ın annesi Caesar doğduktan yıllar sonrasına kadar yaşamıştır (2). O günlerde sezaryen sadece anne öldüğünde veya ölüyorken çocuğun hayatını kurtarmak için ya da dini nedenlerle gerçekleştirildiğinden dolayı Julius Caesar'ın abdominal yoldan doğması oldukça imkansız görünmektedir (19). İkincisi; operasyon ister canlı ister ölü yapılmış olsun, Ortaçağdan önce herhangi bir medikal yazar bu olaydan bahsetmemiştir. İkinci açıklama, operasyonun isminin milattan önce sekizinci yüzyılda Numa Pompilius tarafından kabul edilen bir Roma kanunundan (Lex Regia) türetilmiş olduğudur (2). Bu kanuna göre fetüs anne karnından çıkarılmadan hamile bir kadının gömülmesi yasaktı (19). Sezaryen sadece çocuğun kurtarılması ya da dini nedenlerden ötürü ölmekte olan veya ölmüş kadınlara uygulanmaktaydı (2,19). Bu lex regia (kralın kanunu) daha sonra imparatorla birlikte değişerek lex caesarea oldu ve operasyonun kendisi sezaryen operasyonu olarak biliniyordu. Üçüncü açıklama, sezaryen'in latince kesmek anlamına gelen fiil caedere'den Orta Çağ'da türetilmiş olmasıydı. Şu an için bu açıklama en mantıklısı olarak görülmektedir. Ancak bu operasyonun tam olarak ne zaman ilk defa uygulandığı belirsizdir (2).

2.2.2.3 Sezaryen Doğum Endikasyonları

Sezaryen; vajinal doğumun güvenle tamamlanmasının mümkün olmadığı durumlar söz konusu ise veya vajinal doğum ile birlikte maternal, fetal morbidite ve mortalitede belirgin artış riski varsa uygulanmaktadır (3).

Sezaryen ile doğum genel olarak aşağıda belirtilen durumlarda tercih edilmekle birlikte, bu endikasyonlar kesin olmayıp kişinin özelliklerine göre doğum şeklinin bireyselleştirileceği, bulunulan koşullara göre karar verilmesi gereken durumlardır (3).

Sezaryen doğum endikasyonlarını; fetal, maternal, travay veya doğumla ilgili, umblikal kord ve plasentayla ilgili endikasyonlar olmak üzere dört başlık altında toplayabiliriz (3).

1. Fetal Endikasyonlar

- Fetal Sıkıntı

- Fetal Prezentasyon anomalileri

-Makat Prezentasyon

-Diğer Prezentasyon Anomalileri (transvers, alın, yüz geliş, vb.)

- Çoğul Gebelikler

-Fetal Anomaliler (hidrosefali, sakrokoksigeal teratom vb.)

2. Maternal Endikasyonlar

-Geçirilmiş Uterus Cerrahisi (sezaryen, diğer operasyonlar)

-Sistemik Hastalıklar (Diyabetes mellitus, hipertansiyon, preeklampsi vb.)

-Vertikal Geçişli Maternal Enfeksiyonlar (HIV, HSV -2, vb.)

3. Travay veya Doğuma Ait Endikasyonlar

-Baş-pelvis Uyumsuzluğu

-Uzamış Eylem

-Fetal Makrozomi

4. Umbilikal Kord ve Plasentaya Ait Endikasyonlar

-Kordon Sarkması

-Plasenta Previa

-Ablasyo plasenta

-Vasa Previa

Sezaryen doğum endikasyonları her ne kadar sınıflandırılmış olsa da yapılan sezaryen doğumların %85'i daha önce geçirilmiş sezaryen, distosi, fetal sıkıntı ve fetal prezentasyon anomalisi nedeniyle yapılmaktadır (2).

2.2.2.4 Sezaryen Doğumun Kısa ve Uzun Dönemde Sağlığa Etkileri

Sezaryen doğum, anneler ve çocuklar için hayat kurtarıcı bir müdahale olmakla birlikte kısa ve uzun süreli sağlık sonuçlarına yol açabilmektedir (4). Sezaryen ile doğum cerrahi bir girişimdir ve tıbbi gerekçelerle yapılması gerekmektedir. Vajinal

doğumun bir alternatifi değildir. Bu yüzden ameliyatın hem anne hem bebek için risk ve faydalarını anlamak önemlidir (2). Sezaryen doğumun etkilerini maternal sağlığa ve yenidoğan ve çocuk sağlığına olan etkiler olmak üzere iki grupta toplayabiliriz (4).

2.2.2.4.1 Maternal sağlığa etkileri

Genel bir bakış olarak mevcut ve sonraki gebelikler için sezaryen doğumun maternal cerrahi riskleri normal vajinal yolla doğumla karşılaştırıldığı zaman daha yüksektir. Maternal mortalite açısından sadece sezaryen ile ilişkili ölüm nadir olmakla birlikte çok sayıda çalışma vajinal doğumla karşılaştırıldığı zaman sezaryenin maternal mortalite riskini artırdığını göstermektedir. Mortalite oranlarına benzer şekilde vajinal doğumla karşılaştırıldığı zaman bazı maternal komplikasyonların sıklığı da artmaktadır. Bunların başında enfeksiyon, kanama ve tromboemboli vardır. Ayrıca nadir de olsa ölümleri de içeren anestezik komplikasyonların sezaryen doğumlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Bunların dışında mesane laserasyonu, üreter ve bağırsak hasarı gibi komşu organ yaralanması oluşabilir (2). Uterin arter kesisi, uterin atoni, geçirilmiş cerrahiye bağlı ciddi yapışıklıklar, plasentanın yapıştığı yerden kanama, uterin rüptür, endometrit, yara enfeksiyonu, yarada hematom, pıhtılaşma bozuklukları ve bir sonraki gebelikte plasental yerleşim bozuklukları görülebilen diğer komplikasyonlardır (20). Yapılan çalışmalarda sezaryen sonrasında bir sonraki gebelikte ölü doğum ve erken doğum riskinin arttığını göstermektedir (4). Sezaryen ile doğum yapan kadınların bir sonraki gebeliklerinde de sezaryen olma olasılıkları yüksektir. Tekrarlayan sezaryen operasyonlarında maternal mortalite ve morbidite riski daha da artmaktadır (2). Sezaryen sonrası adezyon gelişimi nadir değildir ve bir sezaryenden sonra prevalansı sonraki sezaryenlerde, ikinci bir sezaryenden sonra %12-46'ya ve üçüncü bir sezaryenden sonra %26-75'e yükselir. Yine de risk değerlendirilirken, tüm vajinal doğumların başarılı olmadığını kabul etmek önemlidir. Her ne kadar kısa süreli morbidite riski, elektif sezaryen için biraz artmış olsa da, çalışmalar başarısız olan vajinal doğumla ilişkili maternal morbiditenin elektif sezaryen doğum ile olduğundan daha fazla olduğunu göstermiştir (4).

2.2.2.4.2 Yenidoğan ve çocuk sağlığına etkileri

Sezaryen doğumlar bebeklerin hayatlarını kurtarabilir, perinatal mortaliteyi ve intrapartum asfiksi gibi ağır morbiditeyi önleyebilir; ancak, sadece intrapartum dönemde değil antenatal dönemde de ciddi nörolojik morbiditelerin ortaya

çıkabileceği kabul edilmelidir. Birçok kadın doğum uzmanı 39. haftadan önce sezaryen doğumu planlayıp uygulamaktadır. Bu planlanan erken doğum, solunum problemleri ve hipoglisemi riskini artırabilmektedir. İntrauterin maruziyetlerin yaşam boyu bebeklerin sağlığı üzerinde çok geniş etkileri vardır. Doğum süreci ve intrapartum girişimlerin normal fizyolojik veya patofizyolojik gelişimi de etkileyebileceğine dair kanıtlar ortaya çıkmaktadır. Sezaryen doğum ile dünyaya gelen bebekler intrapartum antibiyotikler ve uterotoninler gibi farklı hormonal, fiziksel, bakteriyel ve tıbbi müdahalelere tabidir. Bu faktörler fizyolojiyi değiştirme potansiyeline sahiptir. Kısa dönem riskleri arasında bağışıklık gelişiminin değişmesi, alerji, atopi, astım sayılabilir. Bu erken çocukluk etkilerinin daha sonraki döneme olan etkisi bilinmemektedir. Doğum şekli ayrıca çocukların klinik sonuçlarını nasıl etkileyeceğine dair üç tane hipotez bulunmaktadır. Bunlardan birincisi maternal mikrobiyomun etkisidir. Doğum şekli, bebeğin mikroflora kompozisyonunu belirleyen sadece bir özellik olmasına rağmen yapılan araştırmalar sezaryen ile dünyaya gelen bebeklerin maternal mikrobiyota maruziyetinin azalmasının, yaşamın ilk haftalarında önemli olabileceğini göstermektedir. İkinci olarak sezaryen doğum sırasında mekanik kuvvetler ve stres hormonlarına intrapartum olarak maruz kalınan vajinal doğum tarafından başlatılan birçok önemli fizyolojik uyarının devre dışı bırakılmış olmasıdır. Maternal stres hormonlarına maruz kalma ve doğum eyleminde doğum kanalından geçme fetus için ekstrauterin yaşama hazırlanmasında önemli ipuçları sağlar. Örneğin, artan stres hormonlarının konsantrasyonlarının, bebeklerde hipotalamik-hipofiz-adrenal aksın gelişimi, immün sistemin olgunlaşması, akciğer ve organ olgunlaşması ve nörogenez için önemli sinyaller olduğu düşünülmektedir. Üçüncü hipotez de doğum şeklinin gen ekspresyonunu etkilediği yönündedir (4). Bununla birlikte sezaryen doğum yenidoğan için doğum travması ve ölü doğum açısından daha düşük riske sahiptir (2).

2.2.2.5 Sezaryen Doğum Sıklığı

Türkiye sezaryen doğum sıklığının yıllar içinde çok fazla artış gösterdiği ülkelerden biridir. Tüm doğumlar arasındaki sezaryen doğumların sıklığı 1988'de %6 iken 2017’de %53,1 olmuştur (21,22). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarında sezaryen doğumlar ilk kez 1998 yılında incelenmiştir ve araştırmaya göre son beş

yıldaki doğumların %13,9'u sezaryenle gerçeklemiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013'e göre son 5 yıldaki doğumların %48'i sezaryenle gerçeklemiştir. Sezaryen ile doğum yapma olasılığı annenin yaşıyla birlikte artarken çocuğun doğum sırasıyla azalmaktadır. İlk doğumların %52'si sezaryen ile yapılmıştır. Kentlerde yaşayan kadınlar (%52) arasında kırsal bölgelere (%36) göre sezaryen daha yaygındır. Sezaryen ile yapılan doğumlar, Doğu bölgesi (%32) hariç tüm bölgelerde %50 ve üzeridir. En yüksek eğitim ve refah düzeyindeki kadınların %66'sında sezaryen doğum gerçekleşmişken bu oran en düşük eğitim ve en düşük refah düzeyindeki sezaryen doğumların iki katından fazla olarak görülmektedir (23).

2.3 SAĞLIK HİZMETLERİNDE "MEMNUNİYET"

Toplumsal hayatta refah düzeyinin sağlanması amacıyla bireylerin genel sağlık durumlarında devamlı olarak iyileştirmelerin yapılmasıdır. Hayatı daha sağlıklı, değerli, nitelikli yaşanabilmesi ve yaşam süresinin uzatılması daha sağlıklı bir toplum için öngörülen amaçlardandır (24,25).

Son zamanlarda sağlık alanında hizmet alan kişilerin memnuniyetleri, sunulan hizmetlerin kalitesinin niteliğinin değerlendirilmesinde en temel kriterlerdendir. Sağlık alanındaki hizmetlerinin ne şekilde sağlanacağı konusunda kararlar almak, sağlık çalışanlarının hizmetlerini değerlendirmek, sağlık çalışanlarını teşvik etmek, eğitim ihtiyaçlarını saptamak ve rekabeti sağlayacak ilerlemeleri sürdürebilmek sağlıkta kaliteyi artırma doğrultusundaki ölçütlerinden sayılabilmektedir. Sağlık çalışanlarının sağlıkta kaliteyi değerlendirmek ve arttırmak için dolayısıyla hizmet alan sağlıklı-hasta kişilerin memnun olması ile ilgili verilerden yararlanmaktadır. Gelişmiş toplumlarda sağlık bakım kalitesinin bir sonucu olarak hasta memnuniyeti önem verilen bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır (26,27).

1960'lı yılların sonlarına doğru sağlık hizmetlerinde hizmet sunulan bireylerin pasiften aktif role geçişi başlamıştır. Genel olarak eğitim seviyesinin artması, bilinçli ve verilen hizmeti sorgulayanların ortaya çıkmasını sağlamıştır. Kendi sağlıklarına yönelik sunulan hizmette kararlarda söz sahibi olmak, öz bakımlarına katılmak, sağlıkları hakkındaki son durumu bilmek ve tanılarını anlamak isteyenlerin sayısı

giderek artmaktadır. Bu nedenle bireylerin aldığı sağlıklarına yönelik bakım hizmetinin niteliği sadece sağlık personellerinin sınırlandırdığı şekilde görülmemektedir (26).

Sağlık kurumlarının en önemli hedefleri arasında olan hasta memnuniyeti incelendiğinde, hastaların isteklerin ve beklentilerinin sağlanması ya da daha üstünde bir hizmet verilmesi olarak tanımlanmıştır (28).

2.3.1 Hasta Memnuniyeti Kavramı

Hasta memnuniyeti kavramı içerik olarak farklı boyutlardan incelenmesi gereken bir kavramdır. Çünkü içerik olarak; hizmetin veriliş şekli, hasta ile hizmeti sunanların birbirine olan yaklaşımları, hizmetin daim oluşu, hizmeti verenlerin iletişim, bilgi ve becerilerinin yeterli olması gibi birçok özelliği kapsamaktadır. Buna istinaden kişilerin sağlık hizmetlerinden almış oldukları hizmet, sağlık hizmetlerindeki memnuniyeti göstererek verilen bakımın niteliği hakkında da bizlere bilgi vermektedir (5,6).

Sağlık hizmeti veren kurumlarının en önem verdiği ilke "kaliteli sağlık hizmeti sağlayıp, verebilmektir". Sağlık alanındaki kalite, sağlık hizmetleri veren kurumlar tarafından hasta bireylere ve yakınlarına sunmuş oldukları hizmetlerdeki memnuniyeti ile değerlendirilebilir (29). Bireylerin memnuniyetleri ise, mevcut olan durum ile ilgili olarak beklentilerinin sağlanması ve bunu nasıl algıladıklarıyla oluşmaktadır (29,30).

Hemşirelik açısından bakıldığında hasta memnuniyeti kavramı; hastalara, kendi öz bakım ihtiyaçlarını karşılayabilir hale gelene kadar destek olmak, hastaya hastanede kaldığı zaman diliminde gerekli bilgileri vermek ile ilişkilidir (30).

2.3.1.1 Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Hastanın memnuniyetine etki eden etkenler; hasta bireylere, hizmet veren bireylere ve çevresel-kurumsal etkenlerle ilişkili olmak üzere üç grupta incelenir (7,8).

2.3.1.1.1 Hastaya ilişkin faktörler

Hasta memnuniyetini, bireyin geçmiş deneyimleri, sosyodemografik özellikleri, tanısı, bireyin kendi sağlığını nasıl nitelendirdiği etkileyebilmektedir (7,8). Yapılan araştırmalara bakıldığında hastaların eğitim düzeyeler yükseldikçe, bilgi ve beklentilerinin de aynı doğrultuda yükseldiği ve bunlara ek olarak bu beklentiler gerçekleşmediğinde ise memnuniyet oranının düştüğü belirtilmektedir (8,13). Hastanın memnuniyeti arttıkça, tedaviye uyumu da kolaylaşmaktadır (24).

2.3.1.1.2 Hizmet verenlere ilişkin faktörler

Sağlık personelinin bilgi becerileri, iletişim becerileri, profesyonel yaklaşımı, olaylara empati yaparak yaklaşma hasta memnuniyetini önemli düzeyde etkilemektedir. Literatürde hasta memnuniyetini, hizmeti verenlerin iletişim becerileri ve hastayı bilgilendirmenin önemi vurgulanmaktadır (8,31).

2.3.1.1.3 Çevresel ya da kurumsal faktörler

Kurumların fiziki yapısı ve sosyal yönünden sağlayacağı konfor bireylerin kendilerini huzurlu ve rahat hissetmelerini sağlamakta ayrıca memnuniyet oranlarını arttırmaktadır. Bilgi anlamında eksikleri giderilenler, değer verildiği hissettirilenler ve kendini huzurlu hissedenler sağlık hizmetlerinden memnuniyet duymaktadır. Ayrıca almış oldukları tedaviye, bakıma ve hizmeti veren sağlık personellerine güven duymaktadır (31,32).

2.3.2 Doğumda Anne Memnuniyeti

Doğum; annenin biyolojik, fiziksel, duygusal ve sosyal değişimlerin yaşadığı bir süreçtir. Bu süreçte kadınlar, bilmedikleri bir mekânda bulunmanın verdiği tedirginlik, mahremiyetini koruyabilme endişesi ve doğum süreci ile baş etmeye çalışmaktadırlar. Kadınların baş edilebilir bir doğum eylemi gerçekleştirebilmeleri için ailesinden, eşinden ve profesyonel birinden destek almaya ve değer verildiğini hissetmeye ihtiyaç duyarlar. Doğum eylemi süresince verilen profesyonel destek, kadının kontrol duygusunun artmasına ve doğum ağrısı ile baş etmesine yardımcı olup olumsuz deneyim yaşamasını önleyebilir (33).

Kadınların hayatındaki önemli bir yere sahip olan doğum sürecinde yaşananlar, doğumda anne memnuniyetine önemli ölçüde etki etmektedir. Bu süreçte yaşanan herhangi bir sağlık sorunu ya da daha önce yaşanmış olan olumsuz bir doğum deneyimi, kadında doğum sonu yaşam kalitesi düşüklüğüne, istenmeyen gebeliklerde kürtaj, anne ile bebek arsındaki bağlanmada eksikliği, emzirme sorunları gibi problemlere neden olabilmektedir (27,34–36).

Kaliteli bir doğum hizmetinin etkili bir hizmet olmasında sağlık hizmeti sunanlar ile sunulanların karşılıklı olarak memnun oldukları ve verilen hizmetin ulaşılabilir olması beklenir (37). Doğuma yönelik hizmet verenin etkili iletişim yeteneği, kadının doğum deneyimini ve memnuniyetini olumlu olarak etkileyen önemli etkenlerdendir (33,38,39).

2.3.3 Doğum Sonu Dönem

Doğum sonu döneme 'lohusalık, doğum sonu, postpartum dönem' adlarıda verilebilmektedir. Doğum eylemi sona erdikten sonra başlayan bu dönem, gebelik boyunca annede oluşan fizyolojik değişikliklerin ortadan kaybolmasına ve bütün sistemlerin gebelik öncesi durumlarına döndükleri 4-6 haftalık bir süreci kapsar (40). Fakat hiç bir zaman gebelik öncesindeki haline tamamen bir dönüş olmaz (41–43).

Doğumdan sonraki ilk dönem, çok önemli ve fizyolojik değişikliklerin çok hızlı olduğu riskli bir dönemdir. Özellikle ilk 2 haftaki değişiklikler daha belirgin iken, ilerleyen zamandakiler ise daha yavaş olur (44). Annede meydana gelen gerileyici/retrogressive ve ilerleyci/progressive değişiklikler doğumdan sonraki ilk dönemde meydana gelir. Gebelik öncesi haline dönme süreci içerisindeki gerileyici/retrogressive değişiklikler uterus, vajina, genital organların ve sistemlerin eski haline dönme süreçleridir. Laktasyona hazırlanan göğüslerde meydana gelen geğişiklikler ise ilerleyici/progressive değişikliklerdir (45).

Doğum sonu dönem anne açısından bebeği, ailesi ve yeni rolü yönünden fiziksel, duygusal ve sosyal düzeyde geçiş yaptığı ciddi süreçtir. Fakat her kültürlerde anne ve bebeğin ihtiyaçları kendine özgü farklılık göstermektedir. Genel olarak bakıldığında ortak payda da doğum sonu dönemde annenin ihtiyaçları; bebek bakımını

ve bebeğini emzirmesini, vücudundaki değişiklikleri, kişisel bakımını ve iyileşme sürecini, cinsel yaşamını, aile planlamasını ve beslenmeyi içermektedir. Doğum sonu dönemde annede fiziksel, psikolojik ve sosyal problemlerde görülebilmektedir. En çok rastlanan problemler; bölgesel ağrılar, üriner inkontinans, depresyon, perine bölgesinde hassasiyet, seksüel problemlerdir. Çoğu kadının gebelik sürecinde ve doğum eylemiyle ortaya çıkan psikolojik, sosyal ve fizyolojik farklılaşmalara hemen adaptasyon sağlarken, bazılarında ise kalıcı ruhsal sorunlara yol açmaktadır (43,46–48). Daha önceden geçirilmiş ruhsal sorunlar, sosyal destek eksikliği ve gebeliğin istenmediği durumlar gibi faktörler de postpartum dönemdeki ruh sağlığı olumsuz yönde etkileyebilmektedir (49). Özellikle primipar annelerin post partum dönemde kendi öz bakımlarına ve bebek bakımlarına yönelik bilgilerinin yetersiz olması endişeye neden olmakta ve anne-bebek bağlanmasına negatif olarak etki ederek, ruhsal sorunların oluşmasına neden olmaktadır (50).

2.3.4 Sezaryen Sonrası Memnuniyeti Etkileyen Durumlar

Sezaryen sonrası bakımın kalitesi, konforu artırmasının yanısıra doğum deneyimini ve annenin hayatının ilerleyen dönemlerini etkilemektedir (9). Doğum sonrası memnuniyeti belirlemeye yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde sezaryen sonrası annelerin yaşadıkları sorunların çoğunlukla ağrı, ameliyat bölgesinde ağrı, anesteziye bağlı sırt-baş-boyun ağrısı, hareket etmede güçlük, kişisel hijyen eksikliği, distansiyon, tuvalete çıkma, halsizlik, dinlenememe, bebek bakımı, emzirme, meme-meme ucu sorunları, sütün gelmemesi, bulantı-kusma, kanama, bebek bakımı ve kendi bakımına yönelik bilgi eksikliği ve endişe olduğu belirlenmiştir (10–13). Altıntuğ ve Ege (2013) çalışmasında ise kişisel hijyen, meme bakımı, bebek bakımı ve emzirme problemi yaşayan annelerde doğum sonu yaşam kalitesinin azaldığını ve memnuniyetsizliğin arttığını belirtmektedir (14). Negron ve ark. (2013) çalışmasında ise annelerin sezaryen sonrası çoğunlukla ağrı, emzirme, mobilizasyon, iyileşme problemleri gibi güçlükler yaşadığı ve bu sorunlarla ilgili desteğe ihtiyaçları olduğu belirlenmiştir (15).

2.3.4.1 Memnuniyeti etkileyen fiziksel sorunlar

2.3.4.1.1 Ağrı

Ağrı sezaryen sonrası annelerin en çok sorun yaşadığı, memnuniyetsizliği arttıran bir sorundur. Anneler doğum ağrısı yaşanmaması nedeniyle sezaryeni "kolay yol" olarak görmekte ancak doğum sonu yaşadıkları sorunların en büyüğü ağrı olmaktadır (10–13,51–53). Sezaryen sonrası yaşanan ağrı uzun süre devam ederek annelerin yaşam kalitesinde ve memnunyetlerinde azalmaya yol açmaktadır (54). Ağrı konforu azaltmasının yanı sıra kadınların özbakım ihtiyaçlarını karşılamasını ve bebek bakımını engellemekte, anne-bebek ilişkisini olumsuz etkilemekte, hareket etmede güçlüğe yol açmakta ve dolayısıyla postpartum gelişebilecek komplikasyonlara zemin hazırlamaktadır (10,55). Lohusanın ağrısının giderilmesi, konforunun sağlanması ve doğum sonu döneme adaptasyonu için gereklidir (9,12). Doğum sonrası ağrı, uterus involüsyonu, sezaryen insizyonu, anesteziye bağlı baş-boyun ağrısı, meme ucu çatlağı ve engorjmana bağlı gelişebilir ve bu ağrılar genellikle 48 saat içinde azalır (56–59). Annelerin sezaryen sonrası hastanede iki gün izlendiği göz önüne alındığında hastanede verilecek bakım ile ağrının giderilmesinin ne kadar önemli olduğu görülmektedir (60).

Sağlık çalışanları tarafından ağrının yeri, süresi, şiddeti ve sıklığı, ağrıyı artıran ve azaltan faktörler prosedürlere uygun olarak değerlendirilmelidir. Ağrının giderilmesinde öncelikle progresif gevşeme, derin solunum egzersizleri, masaj gibi tekniklerden yararlanılmalıdır. Yapılan bu girişimler ile ağrı giderilemezse reçete edilen analjezik ilaçlar uygulanabilir. Epidural anestezi uygulanan hastalarda hasta kontrollü analjezi uygulaması (PCA) ağrıya müdahalede etkili olmaktadır. Yapılan girişimler sonucu değerlendirmede, ağrının hafiflemesi ya da tamamen ortadan kalkması, annenin ağrıya bağlı anksiyetesinin azalması ve konforda artış olması beklenmektedir (12,58,61).

Uterus kontraksiyonları nedeniyle gelişen ağrıda mesanenin boşaltılmış olması gerekmektedir. Mesanenin dolu olması uterusa baskı yaparak ağrıya neden olurken aynı zamanda kontraksiyonları da engeller. Emzirme sırasında da kontraksiyonlarda artış olacağı göz önüne alındığında emzirmeden yaklaşık 15-30 dk önce analjezik uygulaması ağrının önlenmesinde etkili olacaktır (12,62).

İnsizyon yerine bağlı gelişen ağrı sezaryen sonrası sıklıkla yaşanmaktadır (9,10,52,53,55). Operasyon sırasında uygulanan anestezinin etkisi azalmaya başladıkça belirginleşen insizyon yeri ağrısı, distansiyona ve mobilizasyona bağlı artış gösterebilir. Hastanın mobilizasyonu sağlanarak distansiyonun engellenmesi, hareket etmesi sırasında insizyon bölgesinin desteklenmesi ve mobilizasyon öncesi analjezik uygulaması ağrısını hafifleterek konforda artış sağlanabilir (12,62).

Doğum sonrası meme engorjmanı da ağrıya neden olan diğer problemlerdendir. Engorjman nedeniyle memeler ağrılı, sert ve hassastır. Bu durum 24 saat içinde kendiğinden düzelir. Memelerdeki gerginlik, meme uçlarının da düzleşmesine neden olmaktadır. Bu durum bebeğin meme başını tutmasını ve emmesini güçleştirmektedir (62,63). Anneye memelerini nasıl değerlendireceği ve engorjmanın ne olduğu anlatılmalıdır. Meme doluluğu bebeğin etkili ememediğini ya da emzirme süresinin geciktiğinin göstergesi olduğu anneye açıklanmalıdır. Annenin konforunu bozan bu durumda ağrının hafifletilmesi ve laktasyonun sürdürülmesi için girişimler uygulanmalıdır. Emzirmeye başlamadan önce memedeki sütün bir miktar sağılarak boşaltılması faydalı olacaktır. Ardından bebeğin sık aralıklarla emzirilmesi dolgun memenin rahatlatılması için faydalı olacaktır. Ağrının hafifletilmesi için soğuk uygulama yapılması etkili olacaktır. Koltuk altından meme ucuna doğru masaj yapılması süt akışını kolaylaştırarak engorjmanı azaltabilir (12,55,62,64).

Meme ucu çatlağı; bebeğin memeyi güçlü emmesi, bebeğin meme ucuna yanlış yerleştirilmesi, çökük meme başı veya yenidoğanda dil bağı bulunması gibi nedenlerle gelişmektedir. Anne için çok ağrılı ve konforu bozan bu durum aynı zamanda meme ucu enfeksiyonuna zemin hazırlamaktadır. Emzirmeden sonra ılık su ile meme başı temizlendikten sonra lanolinli kremler ile meme başına masaj yapma, meme başının açık bırakılarak havalandırılması, meme başını koruyucu araç kullanımı ile sürtünmenin engellenmesi meme ucu çatlaklarında yapılması gereken uygulamalar arasında yer almaktadır. Bu girişimler sonucu annenin ağrısının azalması ve konforunda belirgin artış olması beklenmektedir (12,55,63,65).

2.3.4.1.2 Anestezinin Yan Etkileri

Baş ağrısı spinal anestezi uygulaması sonrası sık görülen yan etkilerden biridir. Doğumdan birkaç gün sonra santral nöraksiyal bloklarda komplikasyon oluşması

sonucu frontal ve oksipital bölgede başlayan sonrasında omuz ve boyuna yayılan ve annelerin yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltan bir ağrıdır (12,52,59). Ağrının giderilmesinde analjezik uygulamasının yanı sıra yatak istirahati ve bol hidrasyon etkili olabilir (66).

Bulantı- kusma sıklıkla genel anestezi uygulanan hastalarda görülmektedir (59). Bu durum annenin normal beslenme düzenine geçişini engeller ve konforunu azaltarak memnuniyet düzeyini olumsuz etkiler (12).

2.3.4.1.3 Eliminasyon

Üriner Eliminasyon: Sezaryen sonrası annede mesane kateteri takılı olması anneye rahatsızlık hissi vererek konforunu önemli derecede azaltmaktadır. Kateter çekildikten sonra 6-8 saat içinde annenin spontan idrarını yapması beklenmektedir (67). Mesane distansiyonunu ve sistiti engellemek açısından annenin 2 saatte bir idrara çıkması sağlanmalıdır (62,68). Ağrı, anestezinin etkisi, mahremiyetin korunamaması gibi nedenler annenin idrarını yapmada güçlük yaşamasına neden olmaktadır. Ağrının hafifletilmesi, annenin cesaretlendirilmesi ve mahremiyetin korunması sağlanarak normal eliminasyon düzeninin oluşturulması gerekmektedir (12).

Bağırsak Eliminasyonu: Gebelikte peristaltizmdeki azalma sonucu bağırsak fonksiyonları doğum sonu birkaç gün boyunca yavaşlamaktdır. Karın kaslarındaki gevşeklik, cerrahi ve anestezinin etkisiyle azalan barsak peristaltizmi nedeniyle meydana gelen gaz ve konstipasyon beraberinde ağrıya neden olarak doğum sonu ilk günlerde annelerin konforunu önemli derecede azaltmaktadır. Azalan peristaltizm nedeniyle doğum sonu 1-2 gün bağırsak sesleri duyulmayabilir. Anne bağırsak sesleri duyulduktan sonra normal beslenme düzenine geçebilir. Annenin diyetine yüksek lifli gıdaların eklenmesi, bol hidrasyon, erken ve sık mobilizasyon, bağırsak eliminasyonun düzene girmesine katkı sağlayacaktır. Ayrıca sol yan yatış pozisyonu inen kolondan sigmoid kolona gaz geçişini kolaylaştırır ve anneyi rahatlatır (58,62,67,68).

2.3.4.1.4 Emzirme Problemleri

Emzirme, yenidoğanın sağlıklı gelişimi ve anne bebek ilişkisinin başlaması için önemli bir duygusal araçtır (63). Ülkemizde emzirme yaygın olarak uygulanmakta olsa da TNSA 2013 verileri incelendiğinde emzirmeye başlama zamanının oldukça geç

olduğu görülmektedir. Doğum sonu yenidoğanların %49.9'u doğum sonu ilk 1 saat içinde ilk emzirilmesi gerçekleşmişken, %29.8'i ilk 24 saat içinde emzirilmemiştir (23). Herhangi bir tıbbi problem olmadığı sürece doğum sonrası ilk yarım saat içinde emzirmenin başlatılması için anne sağlık çalışanları tarafından teşvik edilmeli ve desteklenmelidir. Ancak sezaryen ile doğum yapan anneler laktasyonun geç başlaması, ağrı ve hareket kısıtlılılığı gibi nedenlerle emzirmede sorun yaşamaktadırlar (10,53,65). Bu durum annelerin doğum sonu konforunu olumsuz etkilemekte, annenin yaşam kalitesinde azalmaya ve bebeğin beslenme ihtiyacının karşılanmasında sorun yaşanmasına neden olmaktadır (12,58,67). Emzirme problemlerinin erken dönemde tanımlanıp çözümlenmesi ve annenin etkili emzirmesi mümkün olana kadar sağlık çalışanlarının desteğinin devam etmesi çok önemlidir.

Kanıta dayalı uygulamalarda emzirme başarısının sağlanabilmesi için, doğum sonu 1 saat içinde emzirmeye başlanmasının, annenin emzirme, anne sütü ve kolostrumun faydaları konusunda bilgilendirilmesinin etkili olduğu görülmektedir. İlk beslenme ile birlikte meme başı sorunları görülmemesi için bebek meme başına doğru yerleştirilmeli, anne ve bebeğin rahat edeceği emzirme pozisyonları anneye anlatılmalı ve bu destek anne doğru ve etkili emzirene kadar sürdürülmelidir. Sezaryen sonrası annelere, insizyon varlığı nedeniyle bebeği kucağa alma ve rahat bir pozisyonda emzirebilmeleri konusunda destek verilmelidir (69,70). Böylelikle emzirme başarısı sağlanarak konforda artış sağlanabilir. Postoperatif ilk bir kaç gün anne yan yatar pozisyonda iken bebek anne vücuduna paralel pozisyonda emzirilebilir. Bu emzirme şekli annenin daha az ağrı duymasına ve daha rahat emzirmesine olanak sağlar (67).

2.3.4.1.5 Uyku ve Dinlenme

Postpartum yorgunluk hem fizyolojik hem de psikolojik durum değişikleri sonucu oluşabilir. Sezaryen cerrahisinin beraberinde getirdiği fiziksel sorunlar, stres ve anksiyete, bebeğin sık sık emzirilmesi, bakımı ve hastane rutinleri gibi nedenlerle annenin gece sıklıkla uykusu bölünmektedir. Bunun yanı sıra anemi, enfeksiyon ve troid fonksiyon bozuklukları da yorgunluğa yol açabilir. Yorgunluk uzun süre devam ettiğinde annede tükenmişlik hissine ve depresif semptomlara neden olabilir. Bu nedenle gün içinde de mümkün olduğunca annenin dinlendirilmesi, bakımların ve ziyaret saatlerinin dinlenme periyotlarını bölmeyecek şekilde ayarlanması

gerekmektedir (12,67,71). Lohusa için uyku ve dinlenme konforu oldukça önemlidir (72).

2.3.4.1.6 Mobilizasyon

Sezaryen sonrası annelerin karşılaştığı bir diğer önemli sorun da hareket etmede güçlük yaşamalarıdır (13,15,52,53). Doğum sonu dönemde immobilite abdominal distansiyon, derin ven trombozu, pnömoni ve pulmoner emboli riskini artırmaktadır (68). Annenin doğum sonu erken mobilizasyonu tromboz oluşumu riskini azaltması ile birlikte tamamen ortadan kaldırmaz. Lohusada varis oluşumu, tromboflebit öyküsü varsa sezaryen nedeniyle tromboz riski daha yüksektir ve anne yakından takip edilmelidir (68,73). Derin ven trombozu (DVT) riskini azaltmak için lohusaya operasyon sonrası varis çorabı giydirilmelidir. Sezaryen sonrası ağrı, anestezinin etkisi ve operasyona bağlı yorgunluk nedeniyle lohusa 6-12 saat sonra ancak mobilize olabilmektedir. Epidural veya spinal anestezi alan kadınlarda motor fonksiyonların ekstremitelere dönüşü yavaş olacağı için düşme riski vardır ve ilk mobilizasyon sırasında dikkatli olunmalıdır. Ayrıca üretral kataterin varlığı annenin mobilizasyon sırasında rahatsızlık yaşamasına neden olabilmektedir. Tüm bu etkenler annede mobilizasyon konusunda isteksizlik yaratabilmektedir. Ancak erken dönemde ayağa kalkma, iyileşme ve involüsyon sürecinin hızlanması, venöz trombozun engellenmesi, bağırsak hareketlerinin geri dönüşü ve akciğerlerin ventilasyonu için gereklidir. Erken mobilize olmanın iyileşme sürecine olan katkıları anneye anlatılmalıdır. Mobilizasyon öncesi anneye analjezik yapılarak ağrısının azaltılması ile annenin daha rahat mobilize olması sağlanabilir (10,12,60,62).

2.3.4.1.7 Kişisel Bakım

Sezaryen doğum annenin kişisel bakımını sürdrmesinde sorun yaşamasına ve desteğe ihtiyaç duymasına neden olmaktadır. Kişisel bakımında sorun yaşaması annenin yaşam kalitesini de azaltmaktadır (10–14). Gebelikte artan plazma volümü diürez ve terleme yolu ile normal düzeye dönmektedir. Aşırı terlemenin yanı sıra loşia akıntısının yarattığı koku da anneyi rahatsız eder. Bu durum annelerin kişisel hijyen ihtiyaçlarının giderilmesindeki sıklığın artmasına neden olur. Doğum sonrası anneye perine bakımını nasıl yapacağı, ürogenital enfeksiyonların önlenmesi amacıyla her eliminasyon öncesi ve sonrası el yıkamasının önemi, pedlerin tamamen dolmasının beklenmeden en geç 4 saatte bir değiştirilmesi gerektiği anlatılmalıdır (62,63). Üretral

katater varlığı nedeniyle perine hijyenine dikkat edilmelidir. Annenin kişisel bakımı sırasında sağlık çalışanı insizyon bölgesini iyileşme belirtileri yönünden gözlemlemelidir. Anneler kişisel hijyen ihtiyaçlarını giderebilecek duruma gelene kadar sağlık çalışanları veya yakınları tarafından desteklenmelidirler. Sezaryen sonrası ikinci günde anneler ayakta duş şeklinde banyo yapabilirler. Küvette banyo enfeksiyona neden olabileceğinden sakıncalıdır (60). Nemli kalması enfeksiyona yol açabileceğinden insizyon bölgesi banyo sonrası nazikçe kurulanmalıdır. Banyo sonrası lohusa ruhsal yönden rahatlık ve zindelik hisseder. Bu nedenle annenin bu durumun nedenleri ve yararı hakkında bilgilendirilmesi, duş yapabilmesi ve sık kıyafet değiştirebilmesi gibi konularda desteklenmesi hem fiziksel hem de psikospritüel konforun artırılmasında faydalı olacaktır (62).

2.3.4.1.8 Beslenme Gereksiniminin Karşılanması

Doğum sırasında kaybedilen kan miktarı ve enerji eksikliğinin giderilebilmesi, iyileşmenin sağlanabilmesi ve laktasyonun başlatılıp sürdürülebilmesi için dengeli beslenmenin önemli bir yeri vardır. Sezaryen sonrasında hastalar bağırsak hareketleri geri gelene kadar oral beslenme düzenine geçemezler. Operasyon öncesi aç bekleme süresi ve operasyon sonrasında beslenmeye yeniden başlama arasındaki geçen zaman lohusanın enerji gereksinimini artırır. Bu süreçte intravenöz sıvı desteği sağlanır. Lohusa gaz çıkardıktan sonra sıvı gıdalarla oral beslenmeye geçilir. Lohusanın diyetinde tüm besin türlerinden ve besin değeri yüksek gıdalar bulunmalıdır. Konstipasyonun engellenmesi amacıyla lifli gıdalar diyete eklenmelidir. Anemiyi gidermek için diyette demir içeren besinler mutlaka bulunmalıdır. Günlük sıvı tüketimi yaklaşık 3000 ml olmalıdır. Doğum sonu insülin hormonunun işlevinin eski durumuna dönmesi nedeniyle insüline bağlı diyabetik annelerde insülin ihtiyacı azalır. Bu durum hipoglisemi gelişmesine neden olabilir. Gestasyonel diyabet tanısı alan annelerde ise kan şekeri düzeyi normale dönebilir. Hekimler annelerin beslenmelerinin düzenlenmesi için ekip üyeleri ile işbirliği içinde olmalıdır (62,67,68).

2.3.4.2 Memnuniyeti etkileyen psikospritüel sorunlar

Doğumdan sonraki ilk haftalarda anneler için yeni bir süreç başlar. Anneler bu süreçte normal yaşantılarındaki zorluklardan farklı karkamşık sorunlarla karşılaşırlar. Bazı kadınlar annelik rolüne geçişi kolayca benimseyerek sorun yaşamazken, bazı

kadınlar için bu deneyim sıkıntılı bir süreç olmaktadır. Doğum sonu dönemde ebeveynler bebeğin bakımı, bebekle iletişim kurma, artan sorumluluklar ve ebeveynliğe uyum gibi konularda yoğun stres yaşayabilirler (71). Doğum sonu annelerin yaşadıkları fiziksel yakınmalar, kendi ve bebek bakımında yetersizlik yaşamaları, annede strese yol açarak psikospritüel konforunu olumsuz yönde etkiler (12). Anneler doğum sonu dönemde özellikle eş desteği beklentisi içindedir. Doğum sonu dönemde yeterli eş desteği annelerin fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde olumlu etkiye sahiptir (74).

Annelik hüznü, doğum sonu dönemde yaygın olarak görülen genellikle ilk iki hafta içinde ortaya çıkan hafif depresyon durumudur. Bu durum yalnızca anneyi değil, bebeği ve diğer aile üyelerini de etkileyebilmektedir. Doğum deneyimi, doğum sonu yaşanan sorunlar, hormonal değişimler, yorgunluk, beslenme yetersizliği ve yeni rollere uyumun getirdiği strese bağlı ortaya çıkabilir (71,75). Annelik hüznü kendiliğinden düzelebilecek bir durum olsa da, bu dönemde hekimlerin postpartum depresyon belirtileri açısından anneyi gözlemlemesi ve empatik yaklaşımı önemlidir. Hekim, annenin duygularını ifade edebilmesine imkan vermeli, anksiyeteye neden olan durumları belirlemeli ve çözüm yolları aramalıdır (71). Annenin bebekle etkileşiminin sağlanması, bebekle ilgili çabalarının övülmesi, özgüveninin geliştirilmesi, annelik rolüne uyumunun sağlanması ve stres faktörlerinin belirlenerek ortadan kaldırılması psikolojik adaptasyonuna yardımcı olacaktır (62,75). Böylelikle psikospritüel konforda artış sağlanabilir.

2.3.4.3 Memnuniyeti etkileyen çevresel sorunlar

Hastaneye ulaşılabilirlik, otopark imkanı, temizlik, yemek kalitesi, sağlık ekibinin yaklaşımı, kalınan odanın ısı, havalandırma, yatak, dolap, banyo, duş gibi imkanların varlığı, ışıklandırma ve aydınlatma, gürültü gibi faktörlerle ilgili yaşanan problemler çevresel konforu azaltmaktadır (12). Sağlık çalışanlarının çabaları, çevresel faktörlerin tamamının düzeltilmesinde her zaman yeterli olmayabilir. Ancak bakım verilen klinikte yapılacak düzenlemeler ve planlanacak girişimlerle çevresel konfora olumlu katkı sağlanabilir. Bu amaçla, doğum için anne servise kabul edildiğinde servis tanıtılmalı, odası doğumdan önce hazırlanmalıdır. Anne ile doğum

öncesi ihtiyaçlarının belirlenmesi ve mümkünse temin edilmesi çevresel konforunu artıracaktır (67).

2.3.4.4 Memnuniyeti etkileyen sosyokültürel sorunlar

Doğum her ne kadar anne ve aile üyeleri için mutluluk verici bir durum da olsa hastanede yatıyor olmak anneyi günlük yaşamından, ailesinden, varsa diğer çocuklarından uzaklaştırdığı için yalnızlık ve bilinmezlik korkusu içine itebilir. Sezaryenin cerrahi bir operasyon olması nedeniyle anneler doğum anında ya da doğum sonu yaşanması olası komplikasyonlara karşı daha fazla kaygı yaşamakta ve desteğe daha çok ihtiyaç duymaktadır (76,77). Yapılan işlemlere karşı bilinmezlik, bebeğin getireceği sorumluluğu yüklenebilme endişesi ve kültürel farklılıklar annenin sosyokültürel konforunu olumsuz etkileyecektir. Anne ile sürekli iletişim halinde olan sağlık ekibinin tavır ve davranışları doğum sonu memnuniyet üzerinde etkilidir. Beklentilerin karşılanması, verilen bakım sırasında nazik, ilgili ve anlayışlı tavır sergilenmesi, kültürel özelliklerin göz ardı edilmemesi, annenin duygusal yönden desteklenmesi, refakatçi bulundurabilmesi memnuniyeti artıran ve konforun sağlanmasında etkisi olan faktörlerdir (12,78–80).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ARAŞTIRMA YERİ, ZAMANI

Araştırma İzmir ilinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi (EAH) Kadın Doğum Kliniği'nde yatmakta olan lohusalar ile Eylül 2019- Şubat 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.2 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Çalışma evrenini İzmir ilinde SBÜ Tepecik EAH Kadın Doğum Kliniği'nde sezeryan operasyonuyla canlı doğum yapan ve doğum sonrası en fazla 1 hafta geçen hastalar oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü hesaplamasında çalışmamızın ana çıktısı olan sezaryenle doğum yapan annelerin memnuniyeti ile aynı sonucu araştıran Güler ve Yanıkkerem'in çalışmasının sonucu olan %68,8'lik sezaryen memnuniyeti baz alınarak ilgili tarihlerde hastanede sezaryen ile canlı doğum yapan kadınlar evren olarak kabul edildiğinde, 0,1'lik etki genişliği ve %5'lik α yanılma payında (%95 güven aralığı) en az 303 kişilik örneklem büyüklüğü gerektiği hesaplanmıştır (81).

Dahil etme kriterleri

1- SBÜ Tepecik EAH Kadın Doğum Kliniği'nde ilgili tarihlerde canlı doğum yapan,
2- 18 yaşından büyük olan
3- Doğum sonrasında ilk bir hafta içerisinde olan,
4- Anket sorularını eksiksiz dolduran.
5- Çalışma hakkında bilgilendirilme sonrası çalışmaya katılmayı kabul eden anneler çalışmaya dahil edilmiştir.

Dahil etme kriterleri dışında kalan olgular çalışma dışında bırakılmıştır

3.3 VERİLERİN TOPLANMASI VE VERİ TOPLAMA ARACI

Araştırmada kullanılan veri toplama formu, araştırmacı ve tez danışmanı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuştur. Toplam 23 sorudan oluşmaktadır.

Veri toplama formunda yer alan sorular şu şekildedir;

- ✓ Annelerin sosyodemografik özellikleri 4 soru (yaş, öğrenim durumu, ikametgah bilgileri, sosyoekonomik durumu)

- ✓ Obstetrik özellikleri 14 soru (Önceki gebelik, doğum, sezaryen, abortus, çocuk sayısı, gebelik öncesi korunma yöntemi, gebeliğin planlı olup olmaması, gebelikte geçirilen hastalıklar, D/C sayısı ve nedeni, Doğum öncesi son muayeneyi yapan kişi ve zamanı, hastane yatış süresi, komplikasyon varlığı, kaçıncı gebelikte sezaryen yapıldığı, sezaryen endikasyonları, sezaryenın planlı olup olmaması, anestezi şekli,
- ✓ Anne ve eşinin memnuniyet durumu 3 soru (sezaryenden memnuniyet durumu, hastane çaluşanlarından memnuniyet durumu, eşin sezaryenden memnuniyet durumu
- ✓ Bebeğin sağlık durumu 1 soru ve
- ✓ Annelerin olumlu olumsuz düşünceleri 1 soru ile sorgulanmıştır.

Veri toplama formu annelerin doğum sonrası yatmakta oldukları klinikte yüzyüze görüşme ve gözetim altında doldurma teknikleri ile doldurulmuştur.

3.4 ETİK KURUL VE KURUM İZİNLERİ

Çalışmanın yapılabilmesi için SBÜ İzmir Tepecik Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan yazılı, ilgili kadın doğum kliniği anabilim dalı başkanından sözlü izin alınmıştır.

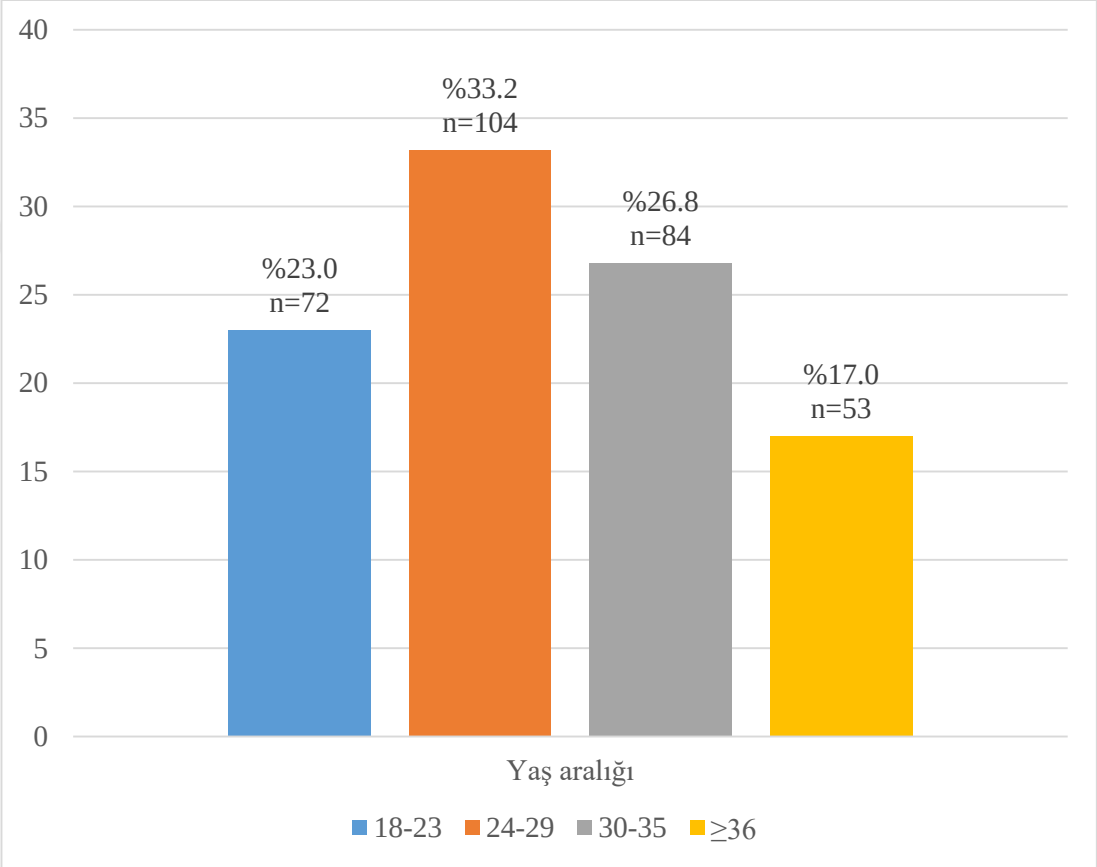
3.5 İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Veriler SPSS 21.0 paket programı ile analiz edilmiştir. Kategorik veriler sayı ve yüzde olarak, sürekli sayısal değişkenler ortalama, standart sapma, ortanca, minimum, maksimum ve çeyrekler arası dağılım aralığı değerleri ile sunulmuştur. Verilerin sunumunda çubuk ve pasta grafiklerinden yararlanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırmasında Pearson's Ki-kare testi ve Fisher Exact testi kullanılmıştır. Sürekli sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile istatistiksel olarak ve histogram grafiği ile görsel olarak değerlendirilmiştir. Sürekli sayısal değişkenlerin ikili gruplarda karşılaştırmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. p değerinin 0,05'ten küçük olması istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

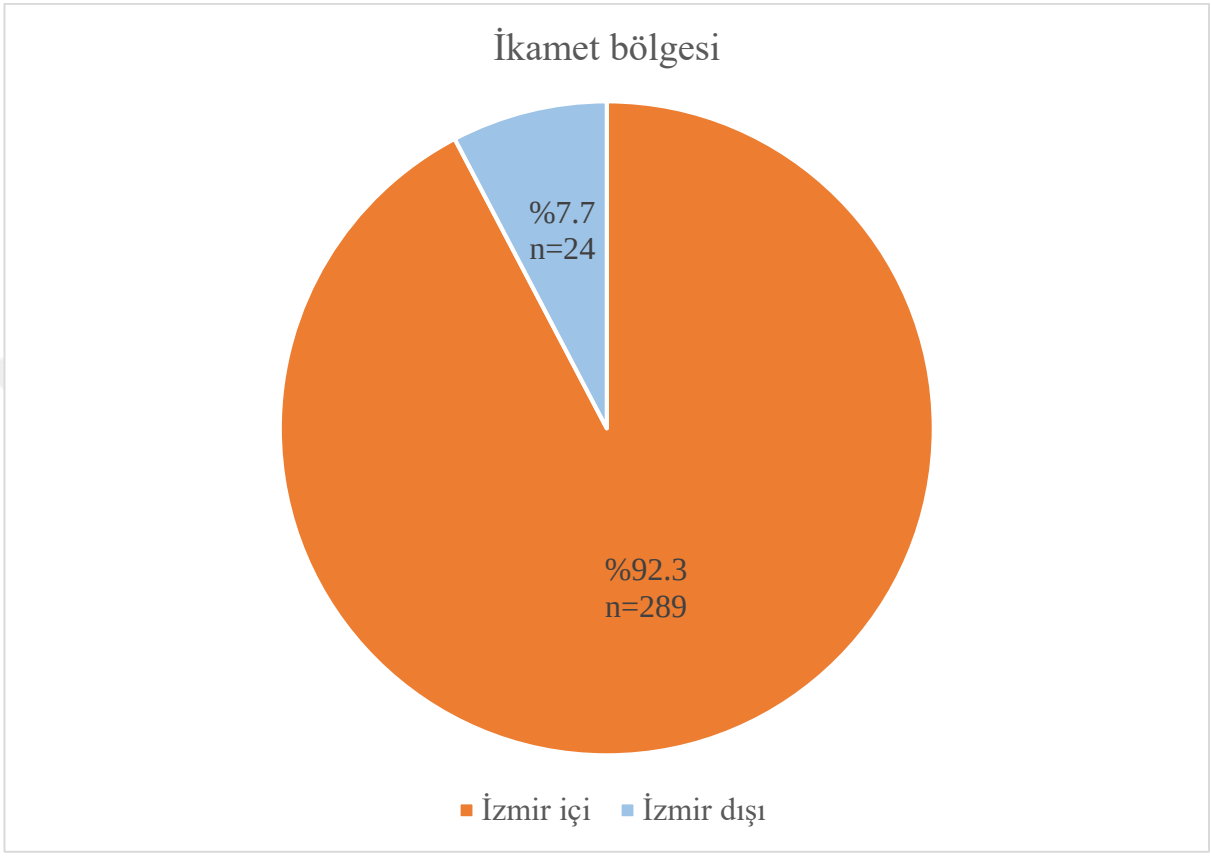
4.1 TANIMLAYICI BULGULAR

İzmir SBÜ Tepecik EAH Kadın Doğum Kliniği'nde çalışmanın yapıldığı tarihlerde sezaryenle doğum sonrası ilk bir hafta içerisinde olan kadınların %56,2'si 30 yaşın altındadır (Şekil 2).



Şekil 2. Çalışma grubunun yaş gruplarına göre dağılımı

Katılımcıların %7,7'si İzmir dışında, %92,3'ü İzmir içinde ikamet etmektedir (Şekil 3).



Şekil 3. Çalışma grubunun ikamet bölgesinin dağılımı

Kadınların %16'sı okuryazar değil, %75,1'inin öğrenimi lise düzeyi ve altındadır. Kişilerin %95,8'i 5000 TL ve altında aylık gelire sahiptir (Tablo 1).

Tablo 1. Çalışma grubunun öğrenim durumu ve sosyoekonomik düzeyinin dağılımı

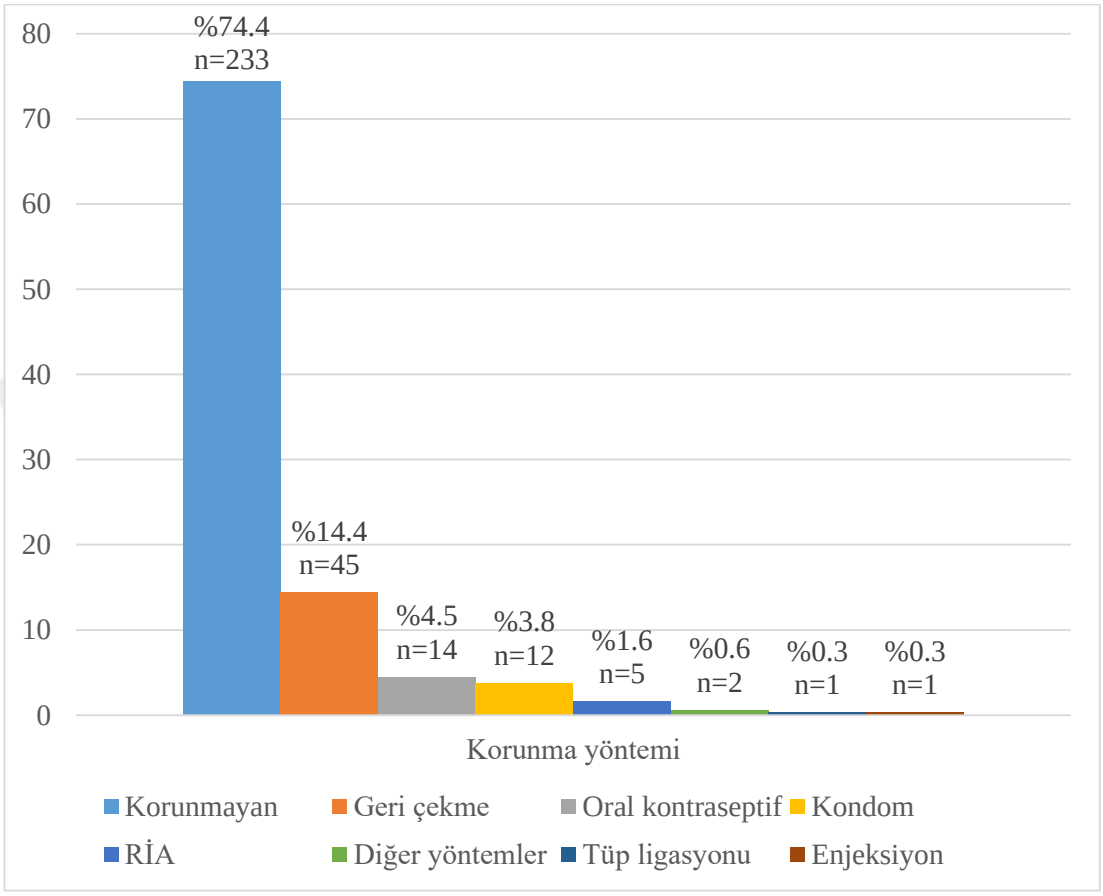
Değişkenler	**Sayı**	**Yüzde**
Öğrenim durumu		
Okuryazar değil	50	16,0
İlkokul mezunu	85	27,1
Ortaokul mezunu	111	35,5
Lise mezunu	39	12,5
Yüksekokul mezunu	28	8,9
Aylık geliri (TL)		
≤2000	105	33,5
2001-5000	195	62,3
5001-8000	12	3,8
≥8001	1	0,3

Annelerin yaş ortalaması 28,7, gebelik haftası ortalaması 37,4'tür. Gebeler ortalama 2,6 gün hastanede yatmışlardır (Tablo 2).

Tablo 2. Çalışma grubunun yaş, gebelik haftası, gebelik/doğum/düşük/çocuk sayısı ve hastanede yatış süresinin dağılımı

Değişkenler	**Ortalama±SS**	**Ortanca**	**Minimum**	**Maksimum**
Yaş	28.7±6.1	28	18	42
Gebelik haftası	37.4±3.1	38	23	42
Gebelik Sayısı	2.8±1.6	3	1	10
Doğum Sayısı	2.3±1.2	2	1	8
Düşük Sayısı	0.4±0.8	0	0	5
Çocuk Sayısı	2.3±1.2	2	0	9
Hastanede yatış süresi (gün)	2.6±2.6	2	1	21

Gebelik öncesinde doğum kontrol yöntemi kullanma sıklığı %25,6'dır. En sık kullanılan yöntem geri çekmedir (%14,4) (Şekil 4).



Şekil 4. Çalışma grubunun gebelik öncesi korunma yönteminin dağılımı

Sezaryen geçiren kadınların %56,2'si daha önce en az 1 defa sezaryen geçirdiğini belirtmiştir. Gebeliklerin %36,7'sinin planlı olmadığı belirtilmiştir. Gebelik ya da doğumda en sık hastalıklar diyabetes mellitus, enfeksiyon ve anemidir. Katılımcıların %24,3'ü en az 1 defa küretaj geçirdiğini bildirmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Çalışma grubunun daha önce sezaryen ve küretaj öyküsü, gebeliğin planlı olup olmaması ve gebelik/doğumda geçirilen hastalıkların dağılımı

Daha önceki sezaryen öyküsü		
Yok	137	43,8
1	95	30,4
2	62	19,8
3	19	6,1
Daha önce küretaj		
Yapılmayan	237	75,7
Yapılan	76	24,3
1	57	18,2
2 ve üzeri	19	6,1
Gebelik planlı mı?		
Evet	198	63,3
Hayır	115	36,7
Gebelik/doğumdaki hastalıklar*		
Diyabetes Mellitus	50	16,0
Enfeksiyon	45	14,4
Anemi	40	12,8
Hipertansiyon	34	10,9
Hipotiroidi	35	11,2
Preeklampsi	4	1,3
Diğer	25	8,0

*Bir kişi birden fazla hastalığa sahip olabilir.

Gebelerin %1,3'ü doğum öncesinde muayene olmadığını, %3,8'i 1 haftadan daha uzun süre hastanede yattığını belirtmiştir. Yapılan sezaryen operasyonlarının %55,6'sı planlı, %39'u acil sezaryendir. Operasyonların %96,5'inin epidural/spinal anestezi altında yapıldığı ve %2,6'sında komplikasyon geliştiği belirtilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Çalışma grubunun doğum öncesi muayene olma durumu, hastanede yatış süresi ve sezaryen operasyon özelliklerinin dağılımı

Doğum öncesi muayene eden		
Aile hekimi	40	12,8
Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı	269	85,9
Muayene olmayan	4	1,3
Doğum öncesi yatış süresi		
1 haftadan az	301	96,2
1 haftadan fazla	12	3,8
Sezaryen planlı mıydı?		
Evet	174	55,6
Hayır	134	42,8
Kararsızım	5	1,6
Sezaryen endikasyonu		
Acil	122	39,0
Kendi isteğiyle	8	2,6
Doktor yönlendirmesi	183	58,5
Uygulanan anestezi		
Epidural/spinal	302	96,5
Genel anestezi	11	3,5
Komplikasyon gelişti mi?		
Evet	8	2,6
Hayır	303	96,8
Bilmiyorum	2	0,6

Katılımcıların %74,1'i kendisinin, %48,2'si eşinin sezaryenden memnun olduğunu, %83,5'i hastane çalışanlarından memnun olduğunu, %81,2'si sezaryen konusunda olumlu düşünceleri olduğunu belirtmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Çalışma grubunun ve eşin memnuniyet durumları ve bebeğin sağlık durumunun dağılımı

Sezaryen memnuniyeti		
Memnun	232	74,1
Memnun değil	33	10,5
Kararsız	48	15,3
Hastane çalışanlarından memnuniyet		
Memnun	261	83,5
Memnun değil	22	7,0
Kararsız	30	9,6
Eşin memnuniyeti		
Memnun	151	48,2
Memnun değil	28	8,9
Bilmiyor	134	42,8
Bebeğin sağlığı		
Sağlıklı	223	71,2
Sağlıklı değil	20	6,4
Bilmiyor	66	21,1
Ex	4	1,3
Sezaryen hakkında düşüncesi		
Olumlu	254	81,2
Olumsuz	22	7,0
Kararsız	37	11,8

Gebeliği planlı olanların %83,3'ü, planlı olmayanların %58,3'ü gebelik öncesinde herhahgi bir doğum kontrol yöntemi kullanmadığını belirtmiştir. Gebeliği planlı olmayanların %21,7'si geri çekme, %8,7'si oral kontraseptif, %7,8'i kondom, %3,5'i RİA kullanmaktadır. Gebeliği planlı olan ve olmayanların gebelik öncesinde aile planlaması yöntemi kullanma sıklıkları arasında anlamlı fark vardır (p<0,001) (Tablo 6).

Tablo 6. Yaş, öğrenim durumu, ikamet bölgesi ve aylık gelir gruplarına göre sezaryen memnuniyet durumunun dağılımı

Değişkenler	**Gebelik**				**p**
	Planlı		**Planlı değil**		
	Sayı	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
Aile planlaması yöntemi					
Kullanmayan	166	83,8	67	58,3	**<0,001**
Rahim içi araç	1	0,5	4	3,5	
Kondom	3	1,5	9	7,8	
Geri çekme	20	10,1	25	21,7	
Enjeksiyon (hormon)	1	0,5	-	-	
Oral kontraseptif	4	2,0	10	8,7	
Tüp ligasyonu	1	0,5	-	-	
Diğer	2	1,0	-	-	

* Ortalama ± Standart Sapma (en küçük değer - en büyük değer)

4.2 SEZARYEN MEMNUNİYET DURUMUNU ETKİLEYEN DEĞİŞKENLER

Katılımcıların yaş, öğrenim durumu, ikamet bölgesi ve aylık geliri ile memnuniyet durumu arasında anlamlı fark yoktur (p>0,05) (Tablo 7).

Tablo 7. Yaş, öğrenim durumu, ikamet bölgesi ve aylık gelir gruplarına göre sezaryen memnuniyet durumunun dağılımı

Değişkenler	**Sezaryen memnuniyet durumu**				**p**
	Memnun		**Memnun değil/ kararsız**		
	Sayı	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
Yaş					
18-23	51	70.8	21	29.2	0.557
24-29	74	71,2	30	28.8	
30-35	65	77.4	19	22.6	
≥35	42	79.2	11	20.8	
Ort±SS (min-max)*	29,0±6,1 (18-42)		27,8,0±5,8 (19-41)		0,132
Öğrenim durumu					
Okuryazar değil	42	84.0	8	16.0	0.313
İlkokul mezunu	65	76.5	20	23.5	
Ortaokul mezunu	76	68.5	35	31.5	
Lise mezunu	28	68.5	11	28.2	
Yüksekokul mezunu	21	75.0	7	25.0	
İkamet ettiği yer					
İzmir içi	213	73.7	76	26.3	0.557
İzmir dışı	19	79.2	5	20.8	
Aylık gelir (TL)					
≤2000	83	79.0	22	21.0	0.255
2001-5000	141	72.3	54	27.7	
≥5001	8	61.5	5	38.5	

*Ortalama ± Standart Sapma (en küçük değer - en büyük değer)

Sezaryen memnuniyet durumu ile yaş, gebelik haftası, gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük sayısı, çocuk sayısı ve hastanede yatış süresi anlamlı ilişki göstermemektedir (p>0,05) (Tablo 8).

Tablo 8. Sezaryen memnuniyet durumuna göre yaş, gebelik haftası, hastanede yatış süresi, gebelik/doğum/düşük/çocuk sayısının dağılımı

Değişkenler	**Sezaryen memnuniyet durumu**				**p**
	Memnun		**Memnun değil/ kararsız**		
	Ortanca	**ÇADA**	**Ortanca**	**ÇADA**	
Yaş	29	10	27	9	0.127
Gebelik haftası	38	2	38	3.2	0.753
Gebelik Sayısı	3	2	2	2	0.515
Doğum Sayısı	2	2	2	2	0.192
Düşük Sayısı	0	0	0	1	0.407
Çocuk Sayısı	2	2	2	2	0.434
Hastanede yatış süresi (gün)	2	1	2	1	0.066

ÇADA: Çeyrekler Arası Dağılım Aralığı (3.çeyrek-1.çeyrek)

Daha önce sezaryen geçirmemiş hastaların %33,6'sı, 1 sezaryen geçirenlerin %23,2'si, 2 sezaryen geçirenlerin %17,7'si, 3 sezaryen geçirenlerin %10,5'i sezaryenden memnun değil ya da kararsızdır. Sezaryen sayısı arttıkça sezaryenden memnun olma sıklığı da anlamlı düzeyde artmaktadır (p=0,028). Daha önce sezaryen geçirmeyen kişiler ile herhangi sayıda sezaryen geçiren kadınların herbiri arasında anlamlı fark vardır (p<0,05). Gebeliği planlı olanların %77,3'ü, planlı olmayanların %68,7'si sezaryenden memnundur (p=0,095). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, gebeliği planlı olanlar sezaryenden daha fazla memnun olduklarını belirtmiştir. Küretaj öyküsü, gebelikte en son gebelik kontrol muayenesi sezaryen memnuniyetini etkilememektedir (p>0,05) (Tablo 9).

Tablo 9. Gebeliğin planlı olma durumu, küretaj ve sezaryen öyküsü ve en son gebelik kontrol muayenesi durumuna göre sezaryen memnuniyet durumunun dağılımı

Değişkenler	**Sezaryen memnuniyet durumu**				**p**
	Memnun		**Memnun değil/ kararsız**		
	Sayı	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
Gebelik öncesi korunma					
Korunan	63	78.8	17	21.3	0.273
Korunmayan	169	72.5	64	27.5	
Gebelik planlı mı?					
Evet	153	77.3	45	22.7	0.095
Hayır	79	68.7	36	31.3	
Daha önce küretaj öyküsü					
Var	54	71.1	22	28.9	0.483
Yok	178	75.1	59	24.9	
Sezaryen öyküsü**					
Yok	91	66.4	46	33.6	**0.028**
1	73	76.8	22	23.2	
2	51	82.3	11	17.7	
3	17	89.5	2	10.5	
En son gebelik kontrol muayenesi*					
Aile hekimi	27	67.5	13	32.5	0.306
Kadın doğum uzmanı	202	75.1	67	24.9	

Pearson's Ki-kare testi kullanılmıştır. *Hatırlamayan/fikri olmayan kişilerin sayısı çok az olduğu için analizlerden çıkarılmıştır. **Yok grubu ile diğer bütün gruplar arasında anlamlı fark vardır.

Gebelik ya da doğum sırasında enfeksiyon geçiren kadınların %55,6'sı, enfeksiyon geçirmeyenlerin %77,2'si sezaryendan memnundur. Gebelik ya da doğum sırasında geçirilen hastalıklardan sadece enfeksiyon varlığı sezaryen memnuniyetini anlamlı düzeyde olumsuz olarak etkilemiştir. Enfeksiyon geçirmeyen anneler anlamlı düzeyde daha fazla sıklıkta sememnun olduğunu belirtmiştir (p=0,002). Anemi, hipertansiyon, diyabetes mellitus, hipotiroidi, preeklampsi ve diğer hastalıkların varlığı sezaryen memnuniyetini anlamlı düzeyde etkilememiştir (p>0,05) (Tablo 10).

Tablo 10. Gebelik ya da doğum sırasındaki hastalıklara göre sezaryen memnuniyet durumunun dağılımı

Gebelik ya da doğum sırasındaki hastalıklar	**Sezaryen memnuniyet durumu**				**p**
	Memnun		**Memnun değil/ kararsız**		
	Sayı	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
Enfeksiyon					
Var	25	55.6	20	44.4	**0.002**
Yok	207	77.2	61	22.8	
Anemi					
Var	29	72.5	11	27.5	0.802
Yok	203	74.4	70	25.6	
Hipertansiyon					
Var	27	79.4	7	20.6	0.456
Yok	205	73.5	74	26.5	
Diyabetes Mellitus					
Var	39	78.0	11	22.0	0.495
Yok	193	73.4	70	26.6	
Hipotiroidi					
Var	23	65.7	12	34.3	0.228
Yok	209	75.2	69	24.8	
Preeklampsi					
Var	3	75.0	1	25.0	1.0*
Yok	229	74.1	80	25.9	
Diğer hastalıklar					
Var	16	64.0	9	36.0	0.228
Yok	216	75.0	72	25.0	

*Fisher Exact testi kullanılmıştır. Diğer analizlerde Pearson's Ki-kare testi kullanılmıştır.

Sezaryen operasyonu planlı olan kişilerin %82,2'si, operasyon planlı olmayanların %63,4'ü sezaryenden memnun olduğunu belirtmiştir. Planlı sezaryen geçiren kadınların sezaryen memnuniyeti istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır (p<0,001). Sezaryen sırasında epidural/spinal anestezi yapılan kişilerin %75,2'si, genel anestezi yapılanların %45,5'i sezaryenden memnun olduğunu belirtmiştir. Epidural/spinal anestezi ile sezaryen olan kadınların sezaryen memnuniyeti anlamlı düzeyde daha fazladır (p=0,038). Sezaryen endikasyonu ve komplikasyon geçirme durumu sezaryen memnuniyetini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilememiştir (p>0,05) (Tablo 11).

Tablo 11. Sezaryenin planlı olma durumu, sezaryen endikasyonu, anestezi türü ve komplikasyon gelişme durumuna göre sezaryen memnuniyetinin dağılımı

Değişkenler	**Sezaryen memnuniyet durumu**				**p**
	Memnun		**Memnun değil/ kararsız**		
	Sayı	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
Sezaryen planlı mı?**					
Evet	143	82.2	31	17.8	**<0.001**
Hayır	85	63.4	49	36.6	
Sezaryen endikasyonu					
Acil	82	67.2	49	32.8	0.070
Kendi isteğiyle	7	87.5	1	12.5	
Doktorun yönlendirmesi	143	78.1	40	25.9	
Anestezi türü					
Epidural/spinal	227	75.2	75	24.8	**0.038***
Genel anestezi	5	45.5	6	54.5	
Komplikasyon**					
Gelişen	4	50.0	4	50.0	0.211*
Gelişmeyen	227	74.9	76	25.1	

*Fisher Exact testi kullanılmıştır. Diğer analizlerde Pearson's Ki-kare testi kullanılmıştır. **Hatırlamayan/fikri olmayan kişilerin sayısı çok az olduğu için analizlerden çıkarılmıştır.

Hastane çalışanlarından memnun olanların %79,7'si, memnun olmayanların %54,5'i, kararsız olanların %40'ı sezaryenden memnun olduğunu belirtmiştir. Hastane çalışanlarından memnun olma durumuna göre sezaryenden memnun olma durumu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değişmektedir (p<0,001). Eşi sezaryenden memnun olanların %94'ü, olmayanların %28,6'sı sezaryenden memnun olduğunu belirtmiştir. Eşin sezaryenden memnun olma durumuna göre kadınların sezaryenden memnun olma durumu anlamlı düzeyde değişmektedir (p<0,001). Sezaryen hakkındaki düşünceleri olumlu olanların %82,3'ü, olumsuz olanların %40,9'u sezaryenden memnun olduğunu belirtmiştir. Sezaryen hakkında düşüncesi olumlu olanların sezaryen memnuniyeti anlamlı düzeyde daha iyidir (p<0,001) (Tablo 12).

Tablo 12. Çalışma grubunun hastane çalışanlarından memnun olma, eşin sezaryen memnuniyeti ve kişileirin sezaryen hakkında düşüncelerine göre sezaryen memnuniyetinin dağılımı

Değişkenler	**Sezaryen memnuniyet durumu**				**p**
	Memnun		**Memnun değil/ kararsız**		
	Sayı	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	
Hastane çalışanlarından memnuni olma					
Memnun	208	79.7	53	20.3	**<0.001**
Memnun değil	12	54.5	10	45.5	
Kararsız	12	40.0	18	60.0	
Eşin sezaryen memnuniyeti					
Memnun	142	94.0	9	6.0	**<0.001**
Memnun değil	8	28.6	20	71.4	
Bilmeyen	82	61.2	52	38.8	
Sezaryen düşünceleri					
Olumlu	209	82.3	45	17.7	**<0.001**
Olumsuz	9	40.9	13	59.1	
Kararsız	14	37.8	23	62.2	

5. TARTIŞMA

Sezeryan operasyonuyla canlı doğum yapan ve doğum sonrası en fazla 1 hafta geçen gebelerin sezaryen memnuniyet durumu ve sezaryen durumunu etkileyen özelliklerin araştırılması amacıyla gerçekleştirilen bu çalışma Türkiye'de bu konuda yapılan çalışma sayısının sınırlı olması ve çalışmaya oldukça fazla gebenin dahil edilmesi gibi özellikleri ile oldukça değerlidir. Dünya'da ve Türkiye'de sezaryen doğum sıklığının son dekatlarda artması nedeniyle, operasyon ve hastane personelinden memnuniyeti etkileyen değişkenlerin belirlenmesi gebe memnuniyetini ve hizmet kalitesini geliştirebilecek önemli çabalar arasında yer almaktadır (82).

Çalışmada incelenen değişkenlerden birisi gebelerin doğum öncesi bakım alma durumudur. Doğum öncesi bakım; gebelikle alakalı hastalıkların tespit ve tedavi edilmesini sağlayarak, direkt olarak doğum sırasında gelişebilecek komplikasyonların risk artışını tanımlaması, indirekt olarak da maternal ve perinatal morbidite ve mortaliteyi azaltarak uygun bakım düzeyine yönlendirmeyi sağlaması nedeniyle çok önemlidir. Düzenli doğum öncesi bakım ile riskli gebeliklerin belirlenmesi ile acil sezaryen sıklığı azaltılabilir, hasta memnuniyeti arttırılabilir (83). Bölgeler arası değişiklik göstermekle birlikte tüm dünyada; gebe kadınların %86'sı gebeliği boyunca en az bir kez, %62'si en az dört kez eğitimli sağlık personeli tarafından doğum öncesi bakım hizmeti almaktadır (84). TNSA 2013'te ülkemizdeki kadınların %97'sinin en az bir kez, %89'unun dört veya daha fazla sayıda doğum öncesi bakım hizmeti aldığı bildirilmiştir (85). Çalışmamızda da TNSA verileri ile uyumlu olarak gebelerin %98,7'sinin gebelik sürecinde en az bir kez aile hekimi ya da kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından muayene edildiği belirlenmiştir. Dünya sıklığı ile karşılaştırıldığında, Türkiye'de doğum bakımı alma sıklığının daha yüksek olması, aile hekimliği sisteminin başarılı bir şekilde yürütülmesiyle ve sağlık hizmetlerinin ulaşımının kolay olması ile açıklanabilir. Çalışmamızda Türkiye sıklığına göre biraz daha fazla olan bakım sıklığı ise, çalışmamızın yapıldığı bölge ve ilin sosyodemografik özelliklerinin görece iyi olmasından kaynaklanmış olabilir.

Doğumların planlanma durumu, kadın ve erkeğin beraber fertilitelerini nasıl başarıyla kontrol edebildiklerinin bir göstergesidir. Çayan çalışmasında kadınların %37,6'sının planlanmamış gebelikle karşılaştıklarını rapor etmiştir (86). Ergin ve ark.'da Aydın il merkezinde yaptıkları çalışmalarında, kadınların %42,6'sının planlanmamış gebelikle karşılaştığını belirlemiştir (87). TNSA-2013 verilerine bakıldığında "planlanmış gebelik" oranı %74,1'dir, 4 ve üzeri çocuğu olanların %40,2'sinin son gebeliğinin planlı olmadığı görülmektedir (23). Bizim çalışmamızda ise gebeliklerin %36,7'sinin planlı olmadığı belirtilmiştir; planlanmamış gebelik oranları Türkiye örneklemi olan TNSA sonuçlarına göre daha yüksek, yerel çalışmalara göre yakın sıklıklarda saptanmıştır. Çalışmamızın ve diğer çalışmaların sonuçları kadınların önemli bir bölümünün planlanmamış gebelik yaşadıklarını göstermektedir.

Planlanmamış ya da istenmeyen gebeliklerin önlenmesi amacıyla aile planlaması yöntemlerinin farkındalığının arttırılması öncelikli amaçlar arasındadır. Çalışmamızda istenmeyen gebelik sıklığı %36,7 iken, gebelik öncesinde doğum kontrol yöntemi kullanma sıklığı %25,6'dır. Bu da karşılanmamış aile planlaması ihtiyacının oldukça fazla olduğunu göstermektedir. Doğum yöntemi kullanan olguların en fazla tercih ettikleri yöntem geri çekmedir (toplam olguların %14,4'ü, doğum kontrol yöntemi kullananların %56,3'ü). Türkiye'de TNSA-2013 çalışmasına göre kadınların %73,5'i herhangi bir yöntem kullanmaktadır. Yöntem kullananların %47,4'ü herhangi bir modern yöntem kullanmakta ve %26'sı herhangi bir geleneksel yöntem kullanmaktadır. TNSA-2013 verilerinde kadınların %25,5'i geri çekme, %16,8'i rahim içi araç, %15,8'i kondom, %9,4'ü tüp ligasyonu, %4,6'sı hap yöntemlerini kullanmaktadır. Ege Bölgesi'nde herhangi bir yöntem kullanma oranı %76,8 olup, bunların %49,9'u modern yöntemler ve %26,9'u geleneksel yöntemlerdir. Ege Bölgesi'nde kullanılan yöntemler sırasıyla %25,8 geri çekme, %18,1 erkek kondomu, %15,6 RİA, %10,3 tüplerin bağlanması, %4,9 hap, %1,1 takvim yöntemi ve %0,8 enjeksiyon olarak bildirilmiştir (85). Bizim çalışmamızda katılımcıların çoğunluğu gebelik istediği için doğum kontrol yöntemi kullanma sıklığı oldukça düşük saptanmıştır. Ek olarak kullanılan yöntemler arasında geleneksel yöntem sıklığının fazla olması sonucundan yola çıkarak, kişiler gebe kaldığı için geleneksel yöntemin başarısının daha düşük olduğu yorumu yapılmıştır.

Çalışmamızda gebeliğe en sık eşlik eden hastalıklar diyabetes mellitus, enfeksiyon ve anemidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde gebe kadınların yaklaşık %6'sının gebelikte diyabetle karşılaştığı bildirilmiştir (88). Prevalans, genel olarak tip 2 diyabet prevalansına paralel olarak dünya çapında, ırksal ve etnik gruplar arasında değişmektedir. Mesela ABD'de, Afrikalı-Amerikalı, İspanyol-Amerikalı, Kızılderili, Pasifik Adalı ve Güney veya Doğu Asya kadınlarında yaygınlık oranları beyaz kadınlardan daha yüksektir (89). Prevalans ayrıca tarama uygulamalarındaki farklılıklar, popülasyon özellikleri (ortalama yaş ve BKİ), test yöntemi ve tanı ölçütleri nedeniyle de değişir. Prevalans, muhtemelen ortalama maternal yaş ve kilodaki artıştan, özellikle de obezitenin artmasından dolayı artmaktadır. 2010 yılında, Uluslararası Diyabet ve Gebelik Çalışma Grupları Derneği, gebelikte diyabet için yeni tarama ve tanı kriterleri önermiştir (90). Bu kriterleri kullanarak, gebelikte küresel hiperglisemi prevalansının yüzde 17 olduğu tahmin edilmektedir ve bölgesel tahminler Kuzey Amerika'da yüzde 10 ile Güneydoğu Asya'da yüzde 25 arasında değişmektedir (91). Çalışmamızda da bu raporlarla uyumlu olarak gebelerin %16'sında diyabetes mellitus olduğu belirtilmiştir. Fakat çalışmamızda saptanan hastalık sıklıklarının gebelerin beyanları üzerinden hesaplandığı unutulmamalıdır.

Çalışmamızda gebeliklere eşlik eden diğer bir hastalık %12,8 ile anemidir. Dünya Sağlık Örgütünün "2011 Global Anemi Prevalansı" raporunda dünyada gebelikteki anemi prevalansı %38 olarak rapor edilmiş ve bu rakamın dünyada yaklaşık 32 milyon gebe sayısına karşılık geldiği hesaplanmıştır. Yine aynı çalışmada Amerika'da gebelerde anemi prevalansının %17, Türkiye'de %28, Hindistan'da %54 olduğu ve birçok Afrika ülkesinde ise bu rakamın %60'ın üzerine çıktığı bildirilmiştir (92). Gelişmekte olan ülkelerde gebelerin %30-70'inde demir eksikliği anemisi görülürken, gelişmiş ülkelerde ise bu oran %20'den daha azdır (93). Bizim çalışmamızın bulguları dünya genelinde gebelerde görülen anemi prevalansından daha az olduğu görülmektedir. Fakat çalışmamızda anemi varlığının da beyana dayalı sorgulandığı unutulmamalıdır. Ülkemizde farklı şehirlerde yapılan araştırmalarda gebelerde anemi prevalansı oldukça farklı sıklıklarda bildirilmiştir. Küçükceran ve ark. (94) Ankara'da (%13,1), Tunç ve ark. (95) Batman'da (%19,7), Coşkun (96) İstanbul'da %22, Erdem ve ark. (97) Diyarbakır'da %23,1, Kabalcıoğlu ve ark. (98) Şanlıurfa'da %23,3, Başktürk ve ark. (99) Konya'da %32,5, Balık ve ark. (100) Doğu

Karadeniz'de %50 anemi sıklığı olduğunu saptamışlardır. Gebelerin anemi prevalanslarının çalışmalarda farklı olmasının nedenlerinin çalışmaların farklı gebelik haftalarında yapılmış olması, yaşanılan yerlerin, beslenme özelliklerinin farklı olması, bazı çalışmaların toplum tabanlı, bazı çalışmaların ise hastane tabanlı olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Gebelikte anemi görülmesinin tamamen önüne geçilmesi hedefi göz önünde bulundurulduğunda, anemi prevalansının hem çalışmamızda hem de diğer yapılan çalışmalarda yüksek olması, gebelikte aneminin önlenmesi, saptanması ve tedavisinde daha fazla çaba gösterilmesine ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Çalışmamızın temel amaçlarından birisi gebelerin sezaryen memnuniyetinin belirlenmesidir. Kişilerin beyanı üzerinden hesaplanan sezaryenden memnun olanların sıklığı gebeler için %74,1, katılımcıların eşleri için %48,2'dir. Yapılan diğer araştırmalarda da hastane koşulları, personel özellikleri gibi birçok değişkenin etkilediği farklı sıklıklarda sezaryen memnuniyeti bildirilmiştir. Yanıkkerem ve ark. sezaryenle doğum yapan kadınların memnuniyetini inceledikleri çalışmalarında olguların %48,6'sının memnuniyet düzeyinin yüksek olduğunu bildirmiştir (101). Özcan ve Aslan "Normal ve Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği" kullanarak yaptıkları çalışmalarında annelerin %95'inin memnuniyet düzeyinin belirlenen kesim noktasından düşük olduğu ve memnuniyetinin az olduğunu saptamıştır (102). Çapık ve ark.'ın çalışmasında annelerin %57,1'inin sezaryenden memnun olmadığını raporlanmıştır (103). Özkan ve Bal çalışmalarında annelerin %81,3'ünün sezaryenle doğumdan memnun olduklarını bildirmiştir (104). Çalışmamızın yapıldığı bölgeye yakın bir bölge olan Manisa'da yapılan Güler ve Yanıkkerem'in çalışmasında sezaryenle doğum yapanların %68,8'inin sezaryenden memnun olduğu bildirilmiştir (81). Çalışmamızda memnuniyet beyana dayalı sorgulanmıştır. Özellikle memnuniyetin düşük olduğu çalışmalarda memnuniyetin çeşitli ölçek soruları ile belirlendiği görülmektedir. Bu açıdan çalışmamıza benzer olarak beyan üzerinden memnuniyet sorgulanan Özkan ve Bal ile Güler ve Yakıkkerem'in çalışmaları ile karşılaştırma yapıldığında memnuniyet düzeylerinin benzer sıklıklarda olduğu söylenebilir (%69, %81). Çalışmalar arasında gözlenen memnuniyet farklılıklarının ise çalışmaların yapıldığı zaman, hastane ve personel

koşulları, gebelere ait sosyodemografik özellikler gibi değişkenlerden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda daha önce geçirilen sezaryen sayısı arttıkça sezaryenden memnun olma sıklığı da artmaktadır. Literatürde bu konuda yapılmış çalışma oldukça azdır. Gholami ve ark. çalışmasında daha önce sezaryen ile doğum yapan kadınların geçirilen sezaryenden memnun olarak tekrar sezaryen tercih etme sıklıklarının yapmayanlara göre 4 kat fazla olduğunu saptamıştır (105). Faissal ve ark. (106) ve Pang ve ark.'da (107) benzer şekilde daha önce sezaryen geçiren gebelerin tekrar sezaryen ile doğum yapmak istediklerini bildirmiştir. Mazzoni ve ark. yayınladıkları sistematik derlemede bu konuda yapılan çalışmaları incelemişler ve daha önce sezaryen geçiren olguların %29,4'ünün tekrar sezaryenle doğum istediğini, sezaryenle doğum yapmayanların ise %10,1'inin sezaryeni tercih ettiğini bildirmişlerdir. Çalışma sonucunda tekrarlayan sezaryenlerde memnuniyetin daha yüskek olduğunu belirtmişlerdir (108). Sonuç olarak önceki doğum şekli, sezaryen tercihini ve memnuniyetini etkilemektedir. Çalışmamızda da bu durumla uyumlu olarak tekrarlayan sezaryen geçiren olguların yöntemden memnun kalma sıklığı daha fazladır. Bu durum daha önce sezaryen geçirip memnun olmayan olguların tekrar doğum yapmaktan çekinmesinden ya da doğum yöntemi olarak vajinal yol ile doğumu tercih etmesinden kaynaklanmış olabilir. Bu nedenlerle daha önce geçirdiği sezaryenden memnuniyetsizliği olan olgular çalışma evreninde daha az sıklıkta yer almış olabilir.

Çalışmamızda sezaryen hakkında düşüncesi olumlu olanların sezaryen memnuniyetinin anlamlı düzeyde daha iyi olduğu saptanmıştır. Bu durumun tekrarlayan sezaryen geçiren kişilerin sezaryene olumlu bakması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Tekrarlayan sezaryen, sezaryen memnuniyetini arttırdığı gibi, tekrarlayan sezaryen geçiren kişilerde sezaryen düşüncesinin daha olumlu olması da sezaryen memnuniyetini artırmış olabilir. Bu durum iki taraflı düşünülebilir. Çalışmanın yapıldığı dönemin sezaryen operasyonun hemen sonrası olduğu düşünüldüğünde, geçirilen sezaryenden memnun olmayan annelerin sezaryen konusundaki düşünceleri olumsuz olabilir. Diğer taraftan operasyon öncesinde de sezaryen konusunda olumsuz düşüncelere sahip olan gebelerin operasyon sonrasında

bu düşünceleri sezaryen memnuniyetini de olumsuz etkilemiş olabilir. Yani, sezaryen öncesinde düşüncesi olumsuz olanlar mı sezaryenden memnun değil?, yoksa sezaryen sonrası memnun kalmayanların sezaryen düşüncesi mi olumsuz? Bu ilişki de ilk oluşan durum net değildir. Saptanan bu anlamlı farkta neden ve sonucun ortaya konabilmesi için prospektif kohort çalışmalarının yapılması faydalı olabilir. Gebelerin doğum öncesinde sezaryen düşünceleri sorgulanarak, doğum sonrası incelenen memnuniyet düzeyine olan etkisi ve gebelerin doğum sonrası mevcut sezaryen düşüncesi sorgulanarak memnuniyetin mi düşünceyi, düşüncenin mi memnuniyeti etkilediği daha sağlıklı sonuçlarla yorumlanabilir.

Gebelikte ve doğumda karşılaşılan enfeksiyon hastalıklar gerek klinisyenleri gerekse gebe ve eşlerini oldukça yıpratan durumlardır. Bu nedenle karşılaşılan enfektif hastalıklar gebenin doğum yönteminden memnuniyetini azaltmaktadır. Porter ve ark. çalışmasında sezaryen memnuniyetini etkileyen değişkenleri incelemiş ve özellikle enfeksiyonların oldukça rahatsız edici olarak algılandığını ve memnuniyeti olumsuz etkilediğini bildirmiştir (109). Benzer bir sonucu bildiren Williams ve ark. yaptıkları randomize kontrollü çalışmada yara yeri enfeksiyonunun azalmasının sezaryende yöntem memnuniyetini arttırdığını bildirmişlerdir (110). Çalışmamızda da bu çalışmalarla uyumlu olarak gebelik ya da doğum sırasında geçirilen hastalıklardan sadece enfeksiyon varlığı sezaryen memnuniyetini anlamlı düzeyde olumsuz olarak etkilemiştir. Anemi, hipertansiyon, diyabetes mellitus, hipotiroidi, preeklampsi ve diğer hastalıkların varlığı sezaryen memnuniyetini anlamlı düzeyde etkilememiştir. Bu durumun olası bir nedeninin, diğer hastalıkların doğumdan ziyade gebelik sürecinde meydana gelmesi, sorgulanan hastalıklar arasında sadece enfeksiyon hastalıklarının sezaryen operasyonu ile ilişkili olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Gebelik sürecinde ortaya çıkan enfeksiyonun fetüse olası etkisi, ilaç kullanımının sınırlı olması, iyileşmenin gecikmesi enfeksiyon hastalıklarının tedavi sürecini oldukça zorlaştırmaktadır. Bu nedenle çalışmamızda enfeksiyon geçiren gebelerin olumsuz ruh hali hem gebelikten hem de sezaryenden memnuniyetsizliği arttırmış olabilir. Ek olarak enfeksiyon sürecinin gebeyi yıpratması sorunun kaynağını doğum yöntemine bağlamasına ve sezaryenden memnuniyetin azalmasına neden olmuş olabilir. Ya da gerçekten enfeksiyon geçiren gebelerin doğumu esnasında oluşan olumsuz koşullar enfeksiyona neden olmuş ve memnuniyetini azaltmış olabilir.

Çalışmamızda sezaryen memnuniyetini etkileyen diğer bir değişkenin sezaryenin planlı olup olmamasıdır. Çalışmamızla benzer olarak doğumu planlı olan annelerin memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (111,112). Akgün (78) ve Algıer ve ark.'nın (53) çalışmalarında planlı doğum sonrasında memnuniyetin arttığı belirtilmiştir. Özer'in çalışmasında ise doğumun planlı olup olmamasının doğum sonrası memnuniyet düzeyi üzerine etkisi olmadığı belirlenmiştir (113). Çalışmamızda da genel olarak literatürle uyumlu olarak sezaryen operasyonu planlı olan kişilerin %82,2'si, operasyon planlı olmayanların %63,4'ü sezaryenden memnun olduğunu belirtmiştir. Planlı sezaryen geçiren kadınların sezaryen memnuniyeti istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır. Planlı olmayan sezaryen operasyonlarında gebeler vajinal yolla doğum yapmayı arzularken, istemeyerek, zorunlu olarak sezaryen ile doğum yapabilmektedir. Bu durum operasyon sonrasında oluşacak en ufak zorlukta, lohusa duygu durumunun da etkisiyle gebelerin hayal kırıklığı yaşamasına ve ortaya çıkan olumsuzlukların istenmeyen doğum yöntemine bağlanmasına ve sonuç olarak sezaryen memnuniyetsizliğinde artmaya neden oluyor olabilir. Ayrıca takip edilmediği ya da düzensiz takip edildiği için riskli gebeliği farkedil(e)meyen gebelerin acil sezaryene alınması gibi koşullarda, doğumun hemen öncesinde öğrenilen riskli durum da gebelerde sezaryen memnuniyetini düşürüyor olabilir.

Sezaryen operasyonlarında uygun anestezi yönteminin seçimi hastanın mevcut kliniği başta olmak üzere, hekim ve hastanın tercihine bağlıdır (114,115). Literatürde spinal/epidural anestezinin annede memnuniyeti arttırdığı (116) ve doğum sonu günlük yaşamsal aktivitelere dönüşte genel anesteziye oranla daha iyi sonuçlar sağladığını gösteren çalışmalar mevcuttur (117). Uysal ve ark. yaptıkları çalışmada epidural/spinal anestesi ve genel anestezi memnuniyet düzeylerini karşılaştırmış; epidural/spinal anestezide baş ağrısının daha fazla olduğunu ama genel memnuniyet düzeylerinin benzer olduğunu ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada tekrar operasyona girilmesi durumunda genel anestezinin daha fazla tercih edileceği belirlenmiştir (118). Açıkel ve ark. çalışmasında acil sezeryana alınan olgularda epidural/spinal anestezi uygulanan hastaların memnuniyetlerinin, fiziksel konfor, emosyonel durum, psikolojik destek, bağımlılık ve ağrı gibi ek özelliklerinin daha yüksek olduğunu, bireyin memnuniyetinde normal hayatına dönme, toparlanma ve vücuduna hakim

olma süresinin önemli belirleyici faktörler olduğunu, bununla birlikte beklenen bulantı, kusma titreme, vb. durumların memnuniyeti çok etkilemediğini belirlemiştir (119). Kumar ve ark. sezaryende epidural/spinal anestezi uygulanan olgularda anne ve bebek temasının erken dönemde olduğu ve bu durumun memnuniyeti artırdığını saptamıştır (120). Yılmaz ve Aydın epidural/spinal anestezi alan hastaların bilinç durumunun tamamen kaybolmaması ve genel anesteziye bağlı bulantı, kusma gibi komplikasyonların daha az olması sebebiyle memnuniyetin daha fazla olduğunu belirtmiştir (121). Myles ve ark. yaptığı çalışmada postoperatif dönemde hasta memnuniyetine etki eden faktörlerin anestezi süresi, anesteziden ayılma süresi, ağrı, ciddi bulantı ve kusma varlığı olduğunu bildirmiştir (122). Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak, sezaryen sırasında epidural/spinal anestezi yapılan kişilerin %75,2'si, genel anestezi yapılanların %45,5'i sezaryenden memnun olduğunu belirtmiştir. Epidural/spinal anestezi ile sezaryen olan kadınların sezaryen memnuniyeti anlamlı düzeyde daha fazladır. Çalışmamızın sonuçları göz önünde bulundurulduğunda, genel anestezi ile sezaryen yapılan olgular anestezi yöntemi kaynaklı olumsuzlukları sezaryenle doğum yöntemine bağlıyor olabilir. Diğer taraftan, daha riskli gebeliklerde anestezi yöntemi olarak genel anestezi tercih edilmiş ve bu nedenle memnuniyetsizlik artmış olabilir. Ek olarak epidural/spinal anestezi daha fazla sıklıkta planlı gebeliklerde tercih edilmiş, ve planlı olmayan gebeliklerdeki memnuniyetsizlik (riskli gebeliklerde de etkileyebileceği düşünüldüğü gibi) sezaryenle doğum menuniyetini olumsuz etkilemiş olabilir.

Hastanelerden hizmet alan bireylerin, aldıkları hizmetten memnun kalmalarının önemli bir koşulu karşılaştıkları personelden memnuniyet düzeyleridir. Goldwag ve ark. yapmış olduğu çalışmada doktorların tutum ve davranışlarından memnuniyetsizlik oranını etkilediğini ifade etmiştir (123). ABD'de yapılan bir çalışma da doktorların bilgi vermemesi, soruları cevaplamaması ve cevapların anlaşılır olmamasının memnuniyeti düşürdüğü bildirilmiştir (124). Özkar tarafından yapılan çalışmada, doğum yöntemleri hakkında bilgisinin olduğunu belirten kadınların oranı %61 olarak saptanmış olup, bilgisi olan kişilerin de daha önce yapmış oldukları yöntem hakkındaki bilgilerinin deneyime dayalı olduğu belirlenmiştir. Kadınlara doğum yöntemleri hakkında yeterli bilginin verilmesi ile daha bilinçli olacakları doğuma ve doğum sonrası döneme daha iyi adapte olacakları ve memnuniyetlerinin

artacağı belirtilmiştir (125). Doğum şeklinin karar verilmesinde de bu durum çok önemlidir. Sonuç olarak gebeleri bilgilendirecek kişiler olan sağlık personelinin görevini yeteri kadar yapması sezaryen memnuniyetini etkileyecektir. Çünkü hasta memnuniyeti öncelikle iyi iletişimden ve hastaya sağlanan yeterli bilgiden etkilenmektedir. Süreci anlayan ve prosedürler hakkında yeterli bilgi sağlanan olgular sadece aldıkları tedaviye değil, aynı zamanda bu hizmeti veren sağlık ekibine de memnuniyet düzeylerinin arttığını belirtmişlerdir (126). Adeyinka ve ark. klinik hizmetler, klinik erişilebilirlik ve doktor etkileşimleriyle ilgili memnuniyetin, doğumda anne bakımına önemli katkılar sağladığını bildirmiştir (127). Ek olarak Özkan ve Bal çalışmasında vajinal yol ile doğum yapanlar ile karşılaştırıldığında, sezaryen doğum yapanlarda sağlık ekibinin etkisinin daha fazla olduğunu ortaya koymuştur (104).

Annelerin desteğe ihiyaç duyduğu konuların belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalarda, doğum sonu sürecin yeni anneler için fiziksel ve duygusal değişikler ile birlikte yeni rollere uyuma ilişkin çeşitli zorlukları da beraberinde getirdiğini, annelerin yaşadıkları kaygıların büyük bir kısmınının kişisel bakım, yenidoğanın bakımı ve emzirme olduğunu, annelerin bu konularda daha fazla bilgi ve desteğe ihtiyaç duyduğu belirtilmektedir (10,128). Yıldız ve Küçükşahin doğum sonu dönemde annelerin gereksinimlerini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada annelerin çoğunlukla dinlenme, günlük işlerini yerine getirme ve duygusal durumları ile ilgili desteğe ihtiyaç duyduklarını, primipar annelerin ise daha çok emzirme, doğum sonu kendi ve bebeğinin bakımına ilişkin destek ihtiyacı yaşadığını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada sağlık personeli tarafından desteklenen annelerin doğum sonu dönemde daha az sorun yaşadığı ve memnuniyet düzeyinin arttığı tespit edilmiştir (129). Kronborg ve ark. primipar annelerle yaptıkları çalışmada annelerin çoğunlukla meme ucu problemleri ile karşılaştığını, sütün yeterliliği konusunda endişe yaşadıklarını, annelere bu dönemde profesyonel destek verilmesi ve emzirme, bebeğin memeye doğru yerleştirilmesi, meme bakımı ve sütün yeterliliğinin değerlendirilmesi konusunda gerekli eğitimlerin verilmesi ve profesyonel destek sağlanması ile söz konusu sorunların azalacağını belirtmektedirler (130). Karakaplan'ın yaptığı çalışmada doğum sonu bakımda annelerin sağlık çalışanlarından beklentilerinin daha çok davranış ve iletişim konusunda olduğu ve verilen bakım sırasında çalışanların ilgili

yaklaşımının memnuniyet düzeyini artırdığı belirlenmiştir (131). Can çalışmasında sezaryen ile doğum yapan annelerin sağlık çalışanlarından yardım aldıkları konuların ayağa kalkma, emzirme; bebek bakımı ve tuvalet ihtiyacını karşılama olduğunu belirlemiştir. Bununla birlikte aynı çalışmada annelerin yaklaşık yarısı aldıkları bakımın memnuniyetlerine katkısını "biraz etkiledi" olarak tanımlamışlardır (132). Balsak çalışmasında bakım gereksinimleri karşılanan annelerin konforlarının yüksek olduğunu belirtmiştir (111). Arslan Gürcüoğlu ve Vural'ın çalışmasında doğum sonu dönemde annelerin çoğunluğunun refakatçisi olduğu ve annelerin bebek bakımı, mobilizasyon, emzirme, kişisel bakım gibi konularda genellikle refakatçilerden yardım istediği belirlenmiştir. Hastane çalışanları tarafından verilen bakımın ise ağrının giderilmesi, kanama kontrolü ve emzirme konularında yoğunlaştığı, taburculuk eğitimi, annenin yaşadığı emosyonel değişiklikler, aile planlaması ve evde bakım gibi konularda yetersiz olduğu belirlenmiştir (128). Doğum sonu dönemde anneler için sağlık çalışanlarının duygusal desteğini hissetmek daha önemlidir (133). Çalışmamızda da yapılan diğer çalışmalarda olduğu gibi hastane çalışanlarından memnun olanlar annelerin sezaryen memnuniyetinin de istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla olduğu belirlenmiştir. Bu durumun sadece sezaryen ile doğuma özgü olmadığı, vajinal doğumda ya da herhangi hastalık nedeniyle hastaneden hizmet alan kişilerin memnuniyet düzeyinin, hastane çalışanlarından etkilendiği düşünülmüştür.

Çalışmamızda sezaryen memnuniyetini etkileyen diğer bir değişken eşin memnuniyet durumudur. Adıgüzel ve ark. çalışmamızla uyumlu olarak sezaryen yapan kadınlarda memnuniyeti etkileyen değişkenleri çoklu değişken analizleri ile incelemiş, memnuniyet üzerinde en fazla kesi yerinin iyi iyileşmiş olması, ardından eşinin doğum şeklinden memnun olması ve sonrasında doktorunun kendisiyle ilgilenmiş olmasının etkili olduğunu ve bu etkilerin anlamlı olduğunu bildirmişlerdir. (134). Çalışmamızda da eşi sezaryenden memnun olan kadınlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla sıklıkta sezaryenden memnun olduğunu belirtmiştir. Bu durum karşılıklı olarak karı-kocaların birbirini etkilemelerinden kaynaklanmış olabilir. Asıl memnun olmayan kişi, eşinin de memnuniyetini olumsuz etkilemiş olabilir. Gerçekten var olan sorunlar her iki bireyi de olumlu ya da olumsuz etkileyebilir. Sonuç olarak da karı-kocaların memnuniyet durumları paralel olarak artıyor ya da azalıyor olabilir. Ek olarak kadının zorlu bir süreç geçirmesi kocanın da

üzerine düşen maddi ve manevi sorumlulukları arttırak memnuniyetsizliğine etki ediyor olabilir.

6. SONUÇLAR

Sezeryanla canlı doğum yapan ve doğum sonrası en fazla 1 hafta geçen gebelerin sezaryen memnuniyet durumu ve sezaryen durumunu etkileyen özelliklerin araştırılması amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmanın sonuçları şu şekildedir:

- ✓ Araştırmada toplam 313 anne değerlendirilmiştir. Annelerin yaş ortalaması 28,7, gebelik haftası ortalaması 37,4, ortalama hastanede yatış süresi 2,6 gündür.
- ✓ Gebeliklerin %36,7'sinin planlı olmadığı belirtilmiştir. Gebelik öncesinde doğum kontrol yöntemi kullanma sıklığı %25,6'dır. En sık kullanılan yöntem geri çekmedir (%14,4). Her 10 katılımcıdan 1'isi gebelik planlamamasına rağmen herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmamaktadır.
- ✓ Gebelik ya da doğumda en sık hastalıklar diyabetes mellitus (%16,0), enfeksiyon (%14,4) ve anemidir (%12,8).
- ✓ Yapılan sezaryen operasyonlarının %55,6'sı planlı, %39'u acil sezaryendir. Planlı sezaryen geçiren kadınların sezaryen memnuniyeti istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır ($p<0,001$).
- ✓ Gebeliği planlı olan ve olmayanların gebelik öncesinde aile planlaması yöntemi kullanma sıklıkları arasında anlamlı fark vardır ($p<0,001$) (Tablo 6).
- ✓ Operasyonların %96,5'inin epidural/spinal anestezi altında yapıldığı ve %2,6'sında komplikasyon geliştiği belirtilmiştir. Epidural/spinal anestezi ile sezaryen olan kadınların sezaryen memnuniyeti anlamlı düzeyde daha fazladır ($p=0,038$).
- ✓ Katılımcıların %74,1'i kendisinin, %48,2'si eşinin sezaryenden memnun olduğunu, %83,5'i hastane çalışanlarından memnun olduğunu, %81,2'si sezaryen konusunda olumlu düşünceleri olduğunu belirtmiştir.
- ✓ Gebelik ya da doğum sırasında geçirilen hastalıklardan sadece enfeksiyon varlığı sezaryen memnuniyetini anlamlı düzeyde olumsuz olarak etkilemiştir. Enfeksiyon geçirmeyen anneler anlamlı düzeyde daha fazla sıklıkta sezaryenden memnun olduğunu belirtmiştir ($p=0,002$).
- ✓ Sezaryen hakkında olumlu düşünme, sezaryen sayısı, hastane çalışanlarından memnuniyet ve eşin sezaryen memnuniyeti arttıkça sezaryenden memnun olma sıklığı da anlamlı düzeyde artmaktadır ($p<0,001$).

- ✓ Sonuç olarak, sezaryen sayısının artması, sezaryenin planlı olması, epidural/spinal anestezi tercih edilmesi, annelerin hastane çalışanlarından memnun olması, sezaryen hakkında olumlu düşüncelere sahip olması ve eşin sezaryenden memnun olması sezaryen geçiren annelerin sezaryen memnuniyetini arttırıyorken, gebelik ve doğumda geçirilen enfeksiyon hastalıkları sezaryen memnuniyetini azaltmaktadır.

7. ÖNERİLER

- ✓ Aile planlaması konusunda bilgilendirici eğitimlerle, kamu spotlarıyla, çeşitli broşür ve afişlerle evli çiftlerin bu konuda farkındalıklarının arttırılması, istenmeyen gebeliklerin önüne geçebilir, planlanmayan gebeliklere bağlı oluşabilecek sağlık sorunları ve maddi problemlerin önlenmesine yardımcı olabilir. Koruyuculuğu daha az olan geleneksel yöntemlerdense modern yöntemlerin avantajları anlatılarak kullanımının yaygınlaşması da istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde faydalı olabilir.
- ✓ Gebelerin gestasyonel diyabet açısından takibi, özellikle TORCH grubu enfeksiyonlar açısından gerekli test ve takiplerinin yapılması, kan parametrelerinin kontrolü ile gerekli destek tedavisi ile normal sınırlarda tutulması, hem anne hem de fetüs sağlığı için gereklidir.
- ✓ Gebelerin doğum endişesi ve hekimlerin iş yoğunluğu nedeniyle sezaryen tercihi artmaya devam etmektedir. Gebelik sürecinde düzenli takip ile bu dönemde tespit edilebilecek olası sezaryen endikasyonları; malprezentasyon, plasenta previa, çoğul gebelikler gibi durumlar saptanarak elektif sezaryene yönelinebilir. Bu sayede hem hastaların doğum şeklini ve sonuçlarını daha kolay kabullenmesi, hem de klinisyelnerin olası komplikasyonlara karşı hazırlıklı olması sağlanabilir.
- ✓ Enfeksiyonlar gebelik sürecinde ve sonrasında hem hastalığın hem de kullanılan ilaçların neonatal etkileri nedeniyle oldukça yıpratıcı durumlardır. Gebelerin, aile bireylerinin ve klinisyenlerin oluşabilecek enfeksiyon hastalıkları konusunda primer korumaya özen göstermesi, gebelerde enfeksiyon hastalığı prevalansını azaltabilir.
- ✓ Gebelerin sezaryen operasyonunun olası avantaj ve dezavantajları konusundaki farkındalıklarının arttırılması, karşılaşabilecekleri olumsuzluklarla daha kolay yüzleşmelerini sağlayarak memnuniyetlerini etkileyebilir. Anne adaylarının gebelik ve doğum sırası ve sonrasında hem hastane çalışanları hem de aile bireylerinden alacakları destek memnuniyetlerini etkilemektedir. Gebelere bu konuda gerekli desteği sağlamaya yönelik düzenlemeler sezaryen memnuniyetini ve sağlıklı gebeliklerin sıklığını arttırabilir.
- ✓ Sezaryen gerektirecek durumların önceden tespit edilebilmesi için gebe takibinin düzenli yapılması, eşlerin sezaryenden / gebelerin hastane çalışanlarından

memnuniyetini etkileyen durumların araştırılması, gebelik ya da doğumda oluşabilecek enfeksiyon hastalıklarının önlenmesine ve gebelerin sezaryen konusunda olumlu düşüncelerinin arttırılmasına yönelik müdahaleler gebelerin sezaryen memnuniyetlerini arttıracak çabalar arasında yer almalıdır.

- ✓ Çalışmamızda her ne kadar sezaryen memnuniyeti ağır basmakta olsa da, sezaryen memnunyeti düşük olan gebeler göz ardı edilmemelidir. Bu konuda hedef bütün gebelerin sağlık bir gebelik ve doğum deneyimlemesi olmalıdır. Profesyonel bir yaklaşımla memnun olmayan annelerin ortak sorunları ele alınmalıdır. Sezaryen doğum, gebeliğin başlangıcından operasyon sonrası süreç ile birlikte bütünsel olarak ele alınmalı, her aşamasındaki sorunlar incelenmeli, daha iyisini nasıl yapmalıyız sorusuna cevap aranmalıdır. Sağlık çalışanı, yöneticiler, hastalar, hasta yakınları ve fiziksel koşulların değerlendirilmesi, çağdaş teknolojinin sağlanması, bilim ve tıptaki gelişmelerin takip edilmesi ile daha iyi sonuçlar elde edilebilir. Her ne kadar annelerle birebir olarak yapılan bu çalışmada, kişilerin kendi değerlendirmeleri üzerinden yapılan çıkarımlar subjektif sonuçları ortaya koymaktadır. Bu çalışma göz önünde bulundurularak sezaryen konusunda daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğu ve çok yönlü bakış açısıyla sorunlara spesifik olarak yaklaşılması gerektiği kanaadindeyiz. Sezaryen operasyonları endike olmadığı durumlarda mümkün olduğunca yapılmamalıdır. Sezaryenın memnuniyetinin fazla olması, bu operasyonun yaygınlaşmasının gerekliliğini göstermez. Yapılan gereksiz sezaryen ile doğumlar domino etkisi ile sonraki doğumların niteliksel, sağlık ve kalite açısından olumsuz yönde etkilenmesine neden olabilir.

8. KAYNAKLAR

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Blooom SL, Normal Labor, William's obstetrics,24. baskı, McGraw-Hill Education Edition, New York, 2014;433-454.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Blooom SL. Cesarean Delivery and Peripartum Hysterectomy, William's obstetrics, 24. baskı, McGraw-Hill Education Edition, New York,2014;587-608.
3. Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması, TC. Sağlık Bakanlığı, Ankara, Damla Matbaacılık,2010.
4. Sandall J, Tribe RM, Avery L ve ark. Short-Term and Long-Term Effects of Caesarean Section on The Health of Women and Children. The Lancet, 2018; 392(10155), 1349-1357.
5. Apay SE, Arslan S. Bir üniversite hastanesinde yatan hastaların tatmin olma düzeyleri. TAF Prev Med Bull 2009, 8, 239-244.
6. Rudman A, El-Khouri B, Waldenström U. Women's Satisfaction With İntrapartum Care - A Pattern Approach. Journal Of Advanced Nursing, 59,474-87.
7. Devebakan N, Yağcı K. Sağlık İşletmelerinin Algılanan Hizmet Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılmasında SERVQUAL Yönetimi. Sağlık ve Hastane Yönetimi, 2005, 2: 28-30.
8. Yılmaz M. Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2001, 5:69–74.
9. Aksoy H, Özyurt S, Aksoy Ü, Açmaz G, Karadağ ÖĞ, Babayiğit MA. Hastanemizdeki Sezaryen Hızı ve Endikasyon Dağılımları Işığında Türkiye"de Sezaryen İle Doğuma Genel Bakış, Kocaeli Tıp Dergisi 2014,(3),1-7.
10. Amanak K, Karaçam Z (2018). Sezaryen ile doğum yapan kadınların postpartum erken dönemde öz bakım ve bebek bakımı konularında yaşadıkları sorunların belirlenmesi. Tepecik eğitim ve araştırma hastanesi dergisi 28(1):17-22.

11. Gülşen Ç, Merih YD (2018).Doğum Sonu Dönemde Annelere Kimden Hangi Desteği Bekliyor? KASHED, 4(1):20-34.

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

13. Kaya A (2011). Sezaryen Doğum Sonu Serviste Yatan Annelerin Aldıkları Hemşirelik Bakımı ile İlgili Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi,Selçuk Üniversitesi. Konya.

14. Altıntuğ K, Ege E (2013). Sağlık Eğitiminin Annelerin Taburculuğa Hazır Oluş, Doğum Sonu Güçlük Yaşama ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştime Dergisi, 15(2):45-46.

15. Negron R, Martın A, Almong M, Barbierz A, Howell AE (2013). Social Support During The Postpartum Period: Mothers Views on Needs Expections and Mobilization of Support. Maternal Child Health Journal, 17:616-623.

16. Yardımcı Y, Akbıyık D İ, Aypak C, Yıkılkan H, Görpelioğlu S. Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulaması ve Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 2016; 10(2): 81-90.

17. The European Defınıtıon Of General Practıce / Famıly Medıcıne. WONCA Europe 2011 Edition. [Internet] http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf. Erişim: 19.3.2019.

18. Cunningham FG, Leveno KJ, Blooom SL.Vaginal Delivery, William's obstetrics,24. baskı, McGraw-Hill Education Edition, New York,2014;536-557.

19. Van Dongen PW. Caesarean Section Etymology and Early History. South African Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2009;15(2).

20. Van Ham MA, Van Dongen PW, Mulder J, Maternal Consequences of

Caesarean Section. A Retrospective Study of İntra-Operative and Postoperative Maternal Complications of Caesarean Section During a 10-Year Period. European Journal of Obstetrics and Gyn.

21. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü,Ankara,2018.

22. Koc I, Increased cesarean section rates in Turkey. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 2003;8(1);1-10.

23. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA). (2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara.

24. Arslan S, Nazik E, Tanrıverdi D, Gürdil S. Hastaların sağlık hizmetlerinden ve hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin belirlenmesi. TAF Prev Med Bull, 2012, 11: 717-724.

25. Tatar M, Mollahaliloğlu S, Şahin B, Aydın S, Maresso A, Hernándezquevedo C. Turkey: Health system review. Health Systems in Transition, 2011, 13(6):1–186.

26. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, Thomas H. The Measurement Of Satisfaction With Healthcare: İmplications For Practice From A Systematic Review Of The Literature. Health Technology Assesment, 2002, 32:1-6.

27. Goodman P, Mackey MC, Tavakolı AS. Factors Related To Childbirth Satisfaction. Issues And Innovations In Nursing Practice, 2004; 46(2):212-219.

28. Bostan S. Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti Sunumu. Sağlık Hakkı Dergisi, 2006: 20-27.

29. Şişe Ş. Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyeti. Kocatepe Tıp Dergisi, 2013,14: 69-75.

30. Şahin ZA, Özdemir FK. (2014). Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyleri. İzmir Üniversitesi Tip Dergisi, 2014,2 : 1-10.

31. Aslantekin F, Göktaş B, Uluşen M, Erdem R. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi

Örneği. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007, 2: 55-71.

32. Güngör İ. Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2009.

33. Karaçam Z, Akyüz EÖ. (2011). Doğum Eyleminde Verilen Destekleyici Bakım Ve Ebe/ Hemşirenin Rolü, İ.Ü.F.N. Hem. Derg.,19, 45-53.

34. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. (2004). A Negative Birth Experience: Prevalence And Risk Factors İn A National Sample. Birth, 31;1:17-27.

35. Britton JR. Global Satisfaction With Perinatal Hospital Care: Stability And Relationship To Anxiety, Depression, And Stressful Medical Events. American Journal Of Medical Quality, 21;3:200-205.

36. Harvey S, Rach D, Stainton M, Jarrell J, Brant R. (2002). Evaluation Of Satisfaction With Midwifery Care. Midwifery, 18, 260-267.

37. Turan JM, Ortaylı N, Nalbant H ve Bulut A. İstanbulda Üç Hastanede Gebelik ve Doğum Hizmetlerine Yakından Bakış, 1. Baskı. İstanbul, Aşama Matbaacılık, 2003:23-37.

38. Dağlar G, Güler H. Ebelerin Doğum Anında Annelere Verdiği Bakım Hizmeti Annelerin Değerlendirmeleri Ve Beklentileri. Artemis, 2004, 5: 42- 47.

39. Khresheh R. Support İn The First Stage Of Labour From A Female Relative: The First Step İn İmproving The Quality Of Maternity Services. Midwifery, 2010, 6: 21-24.

40. Şimşek Ç, Esencan TY. Doğum Sonu Dönemde Hemşirelik Bakımı. Zeynep Kamil Tıp Bülteni:2017; 48(4):183-189.

41. Coşkun AM. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Koç Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2012.

42. Geıssbuehler V, Eberhard J. (2002). Fear Of Childbirth During Pregnancy: A Study Of More Than 8000 Pregnant Women. Journal Of Psychosomatic

Obstetrics And Gynecology, 23: 229–235, 2002.

43. Taşkın L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 8. Baskı. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; 462-490.

44. Akgün İ. Erken Postpartum Dönemde Klinikte Verilen Ebelik Bakımının Annenin Memnuniyet Düzeyine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas: T.C. Sivas Üniversitesi 2016.

45. Aslan E. Normal Lohusalık Süreci ve Bakım. Kızılkaya Beji N. (Ed.) (2017). Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları (1. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitap Evleri 2015;355-396.

46. Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. (2006). Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı Ve Gebelikteki İlişkili Demografik Risk Etmenleri. Türk Psikiyatri Dergisi, 17:243-251.

47. Maternity Center Association. (2004). Recommendations From Listening To Mothers: The First National U.S. Survey Of Women‟S Childbearing Experiences. Birth, March.31 (1): 61-65.

48. Perla L. (2002). Patient Compliance And Satisfaction With Nursing Care During Delivery And Recovery, Journal Of Nursing Care Quality, Jan, 16 (2): 60-66.

49. Doğaner G, Bekar M. Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Erken Postpartum Dönemde Kendisinin Ve Yeni Doğanın Bakımına Yönelik Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. Sağlık Ve Toplum Dergisi 2006;16(4):130-135.

50. Erci B, Öztürk S. Postpartum Dönemdeki Primipar Annelere Loğusa ve Yeni Doğan Bakımı Konusunda Verilen Eğitimin Annelik Özgüvenine Etkisi, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016; 5(2): 25-31.

51. Keogh E, Bond FW, Tılston J (2005). Compairing Acceptance and Control-Based Coping Instructions on the Cold-Pressor Pain Experiences of Healty Men and Women. European Journal of Pain, 9:591-598.

52. Topçu Özer H (2011). Doğum Şeklinin Annelerin Postpartum İlk 24 Saatteki

Doğum Sonu Konforuna Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

53. Algıer L, Çakmak F, Doğan N, Kaya N, Pınar G (2009). Annelerin Doğum Sonu Konforunu Etkileyen Faktörler. Dicle Tıp Dergisi, 36 (3):184-190.

54. Kısa S, Zeyneloğlu S (2016). Opinions of Women Towards Cesarean Delivery and Priority Issues of Care in the Postpartum Period. Applied Nursing Researc, 30:70-75.

55. Fahey JO (2017). Best Practices in Management of Postpartum Pain. Journal of Perinatal Neonatal Nursing, 31(2): 126–136.

56. Eryılmaz HY (1999) Doğum Sonu Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesinde Ölçek Geliştirilmesi ve Uygulanan bakım Yönteminin (Pathway) Ekilerinşn Belirlenmesi, VII Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özet Kitabı, Erzurum.

57. Eryılmaz HY (2003) Annelere ve Hemsirelere Göre Dogum Sonu Hemsirelik Girişimlerinin Önemlilik Düzeyleri. İ. Ü. Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu ve HYO Mezunları Derneği İşbirliği ile Düzenlenen 2. Uluslararası 9. Ulusal Hemşirelik Kogresi kita.

58. Olds SB, London ML, Ladewing PW, Davidson MR Maternal- Newborn Nursing& Women's Health Care. 7th Edition. Pearson Prentice Hall, 2004.s:989-1043.

59. Özçam H, Çimen G, Var A, Güldaş A, Uzunçakmak C, Özcan B, Özyurt R (2014). Sezaryenlerde Genel ve Spinal Anestezinin Maternal Etkileri. Okmeydanı Tıp Dergisi, 30 (3): 146-152.

60. T.C. Sağlık Bakanlığı, Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi, 2014.

61. Özlü KZ, Soydan S, Çapık A, Apay ES, Avşar G, Özer N, Arslan S (2016). Sezaryen Ameliyatı Olan Lohusalarda Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Ağrı Kontrolü Üzerine Etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 19(1): 58-64.

62. Coşkun AM, Aslan E (2012). Doğum Sonu Döneme İlişkin Sorunlar. İç:

Çoşkun AM (ed). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. 1. Baskı. Koç Üniversitesi Yayınları, s: 293-315.İstanbul.

63. Taşkın L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 716-746.

64. Buchko LB, Pugh CL, Bishop AB, Cochran FJ, Smith RL, Lerew JD (1993). Comfort Measures in Breastfeeding, Primiparous Women. JOGNN, 23 (1):46-52.

65. Barbosa FEG, Bruno DA Silva V, Mendes Pereira J, Soares SM, Medeiros Filho R, Barbosa P L, Pinho L, Prates Caldeira A (2017). İnitial Breastfeeding Difficulties and Association with Breast Disorders Among Postpartum Women, Rev Paul Pediatri, 35(3):265-272.

66. Korfallı G. Anestezide Temel Konular. 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi, 2003. İstanbul.

67. Perry ES, Hockenberry MJ, Lowdermillk DL (2013), Wilson D. Maternal Child Nursing Care.5th edition. Missouri, Mosby. s:483-510.

68. Murray SS, MC Kinney SE (2014). Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing. Elsevier. 6th ed., WB Saunders Company: USA. s:386-419.

69. Er GS (2015). Postpartum Erken Dönem Kanıta Dayalı Uygulamalar. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 4(3):482-496.

70. NICE. Postnatal Care: Routine Postnatal Care of Women and Their Babies, Nice Guideline 37. [Internet] https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/resources/postnatal-care-up-to-8-weeks-after-birth-pdf-975391596997 Erişim: 11.5.2020.

71. Beji NK (2015). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları .1. Baskı. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi 50. Yıl yayınları. Nobel Tıp Kitapevleri Tic.Ltd. Şti. İstanbul; s:530-532.

72. Tezel A, Gözüm S (2005). Postpartum Dönemde Kadınlarda Görülebilen Depresif Belirtiler ve Hemşirelik Bakımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik

Yüksekokulu Dergisi, 62–68.

73. Çiçek NM, Mungan MT (2007). Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji .1. Baskı. Güneş Kitapevi, s.377-397.

74. Balkaya NA (2002). Postpartum dönmede annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(2):42-49.

75. Yılmaz M, Öncel S (2009). Annelik Hüznü ile Baş Etmede Hemşirenin Rolü. Turkiye Klinikleri Journal Nursing Science, 1(1):32-8.

76. Aslan Ş, Okumuş F (2017). Primipar Kadınların Doğum Deneyim Algıları Üzerine Doğum Beklentilerinin Etkisi. HSP, 4(1): 32-40.

77. Dunn A E, O'herlihy C (2005). Comparison of Maternal Satisfaction Following Vaginal Delivery After Caesarean Section and Caesarean Section After Previous Vaginal Delivery. European Journal of Obstetrik&Gynecology and Reproductivr Biology 121(1): 56–60.

78. Akgün Ö (2016). Annelerin Doğum Sonu Konfor Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

79. Kolcaba K. Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research (2003). Springer Publishing Co, New York.

80. Özcan Ş, Aslan E (2015). Normal Doğumda ve Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetinin Belirlenmesi. F.N. Hemşirelik Dergisi, 23(1): 41-48.

81. Güler ES, Yanıkkerem E. Kadınların Doğum Yöntemleri ve Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Hakkında Düşünceleri. STED, 2018;27(1):27-36.

82. Verma V, Vishwakarma RK, Nath DC, Khan TA. Prevalence and determinants of caesarean section in South and South-East Asian women. PLoS ONE, 2020; 15(3): e0229906.

83. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience, 2016, [Internet] http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1. Erişim: 7.6.2020.

84. Unicef Antenatal Care, [Internet] https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/. Erişim: 20.6.2020.

85. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (Kasım 2014). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013, Ankara: Hacettepe Üniversitesi. [Internet] http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf. Erişim 01.05.2019.

86. Çayan A, 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerine İlişkin Tutumlarının Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler İle İlişkisi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2009.

87. Ergin F, Başar P, Karahasanoğlu B ve Beşer E. Güvenli olmayan doğumlar ve doğum sonrası evde bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2005; 4 (6): 321-329.

88. Deputy NP, Kim SY, Conrey EJ, Bullard KM. Prevalence and Changes in Preexisting Diabetes and Gestational Diabetes Among Women Who Had a Live Birth - United States, 2012-2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2018; 67:1201.

89. Ferreri AJ, Dognini GP, Campo E, et al. Variations in clinical presentation, frequency of hemophagocytosis and clinical behavior of intravascular lymphoma diagnosed in different geographical regions. Haematologica 2007; 92:486.

90. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel, Metzger BE, Gabbe SG, et al. International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations. Diabetes Care 2010; 33:676.

91. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 190: Gestational Diabetes Mellitus. Obstet Gynecol 2018; 131:e49. Reaffirmed 2019.

92. World Health Organization (WHO) (2011). The global prevalence of anemia in 2011. Geneva: World Health Organization; 2015, 1–19.

93. Dündar Ö, Çiftpınar T, Tütüncü L. İkinci trimester maternal hemoglobin seviyesinin doğum ağırlığı ve haftasına etkisi. Trakya Üniversitesi Tip Fakültesi

Dergisi 2010, 27(2), 156-160.

94. Küçükceran H, Ayhan Başer D, Ağadayı E, Demir Alsancak A, Kahveci R. Ankara ili Akyurt bölgesindeki gebelerde demir eksikliği anemisi prevalansı ve demir eksikliğine sebep olan faktörler. Konuralp Tıp Dergisi 2018, 10(1), 13-19.

95. Tunç N. Normal ve Sorunlu Gebelerde Kord Kanındaki Serum Ferritin Düzeylerinin Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi T.C. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2008, 55.

96. Coşkun ŞA. 2. Trimester Gebelerde Aneminin Demir Eksikliği Ölçümleri Ve Yenidoğan Doğum Kilosu İle İlişkisi. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği, İstanbul 2009, 54.

97. Erdem Ö, Bucaktepe GE, Kara İH. Aile hekimliği polikliniğine başvuran kadınlarda demir eksikliği anemisi ve gestasyon öyküsü ilişkisi. Dicle Tıp Dergisi 2009, 36(2), 123-126.

98. Kabalcıoğlu Bucak F, Özcanarslan F, Demir M. Şanlıurfa kadın hastalıkları ve doğum hastanesine başvuran gebelerde anemi sıklığı ve ilişkili faktörler. Sağlık Akademisyenleri Dergisi 2017, 4(2), 103-109.

99. Baştürk A, Kutlucan L, Kutlucan A, Tazegül Pekin A, Akıncı S, Dağlı M, Dinçer S. Gebelerdeki anemi farkındalığı ve anemi gelişimine etkili faktörlerin değerlendirilmesi. European Journal of Health Sciences 2016, 2(1), 1-4.

100. Balık G, Şentürk Ş, Güvendağ Güven ES, Kağıtçı M, Kır Şahin F. Doğu Karadeniz bölgesindeki miadında gebe kadınlarda anemi sıklığı ve bazı hematolojik parametrelerin analizi. Medeniyet Medical Journal 2015, 30(1), 8-12.

101. Yanıkkerem E, Göker A, Piro N. Sezaryen Doğum Yapan Kadınların Doğum Yöntemleri Hakkında Düşünceleri ve Aldıkları Bakım Memnuniyeti. Selçuk Tıp Derg 2013;29(2):75-81.

102. Özcan Ş, Aslan E. Normal Doğumda ve Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetinin Belirlenmesi. F.N. Hem. Derg (2015) Cilt 23 - Sayı 1: 41-48.

103. Çapık A, Sakar T, Yıldırım N, Karabacak K, Korkut M. Annelerin Doğum Şekline Göre Doğumdan Memnuniyet Durumlarının Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2016;19:2.

104. Özkan SA, Bal MD. Maternal Satisfaction in Normal and Caesarean Birth: A Cross-Sectional Study. International Journal of Caring Sciences, 2019; 12.2: 1017.

105. Gholami A, Faraji Z, Lotfabadi P, Foroozanfar Z, Rezaof M, Rajabi A. Factors Associated with Preference for Repeat Cesarean in Neyshabur Pregnant Women. Int J Prev Med. 2014 Sep; 5(9): 1192–1198.

106. Faisal-Cury A, Menezes PR. Factors associated with preference for cesarean delivery. Rev Saude Publica. 2006 Apr; 40(2):226-32.

107. Pang SM, Leung DT, Leung TY, Lai CY, Lau TK, Chung TK. Determinants of preference for elective caesarean section in Hong Kong Chinese pregnant women. Hong Kong Med J. 2007 Apr; 13(2):100-5.

108. Mazzoni A, Althabe F, Liu NH, Bonotti AM, Gibbons L, Sánchez AJ, Belizán JM. Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. BJOG. 2011 Mar; 118(4):391-9.

109. Porter M, Teijilingen EV, Yip LCY, Bhattacharya S. Satisfaction With Cesarean Section: Qualitative Analysis of Open-Ended Questions in a Large Postal Survey. Birth . 2007 Jun;34(2):148-54.

110. Williams NL, Glover MM, Crisp C, Acton AL, Mckenna DS. Randomized Controlled Trial of the Effect of 30% versus 80% Fraction of Inspired Oxygen on Cesarean Delivery Surgical Site Infection. Am J Perinatol 2013; 30(09): 781-786.

111. Balsak HN (2018).Annelerde Doğum Sonu Konfor ve Emzirme Öz-Yeterliliği Arasındaki İlişki. T.C. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep.

112. Çapık A, Özkan H, Apay Ejder S (2014). Loğusaların Doğum Sonu Konfor Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. DEUHYO ED, 7(3): 186-192.

113. Özer TH (2011). Doğum Şeklinin Annelerin Postpartum İlk 24 Saatteki Doğum Sonu Konforuna Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

114. Kocamanoğlu İS, Sarıhasan B, Şener B, Tür A, Şahinoğlu H, Sunter T. Sezaryen operasyonlarında uygulanan anestezi yöntemleri ve komplikasyonları: 3552 olgunun retrospektif değerlendirilmesi. Turkiye Klinikleri J Med Sci 2005; 25: 810-6.

115. Birnbach DJ, Browne IM. Anesthesia for obstetrics. In: Miller's Anesthesia. Miller RD (ed). 7.Edition. New York: Churchill Livingstone; 2009: 2203-40.

116. Morgan JP, Halpern S, Mc Culloch JL (2000). Comparasion of Maternal Satisfaction Between Epidural and Spinal Anesthesia for Elective Caesarean Section. Can J Anesth, 47(10):956-961.

117. Gürsoy C, Ok G, Aydın D, Eser E, Erbüyün K, Tekin İ, Baytur Y, Uyar Y (2014). Sezaryen Olgularında Anestezi Yöntemlerinin Günlük Yaşamsal Aktivitelere Dönüş Üzerine Etkisi. Turk j Anaest Reanim, 42:71-79.

118. Uysal Aİ, Güner Ö, İnal FY, Yılmaz Y. Tokat Devlet Hastanesinde Genel ve RejyonalAnesteziUygulanan Hastaların AnesteziBilgi Düzeyini ve Memnuniyetini Değerlendirme Anketi. Çağdaş Tıp Dergisi 2013;3 (2): 82-7.

119. Açıkel A, Öztürk T, Göker A, Hayran GG, Keleş GT. Acil Sezaryen Operasyonlarında Genel ve Spinal Anestezinin Hasta Memnuniyeti Yönünden Karşılaştırılması Turk J Anaesthesiol Reanim 2017; 45: 41-6.

120. Hemanth Kumar V, Jahagirdar SM, Athiraman UK, Sripriya R, Parthasarathy S, Ravishankar M. Study of patient satisfaction and self-expressed problems after emergency caesarean delivery under subarachnoid block. Indian J Anaesth 2014; 58: 149-53.

121. Yılmaz E, Aydın E. Cerrahi Girişim Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi-Sonrası Anksiyetenin Derlenme Kalitesine Etkisi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2013; 8 (23): 80-95.

122. Myles PS, Hunt JO, Moloney JT. Postoperative "minor" complications.

Comparison between men and women. Anaesthesia. 1997;52:300-406.

123. Goldwag R, Berg A, Yuval D, Benbassat J. Predictors of Dissatisfaction with Emergency Care. IMAJ 2002; 4: 603-6.

124. Keating NL, Green DC, Kao AC, Gazmararian JA, Wu VY, Cleary PD. How are patient's specific ambulatory care experiences related to trust, satisfaction, and considering changing physicians? J Gen Intern Med 2002;17:29-39.

125. Özkar F. Normal Doğum ve Sezaryen İle Doğum Yapan Kadınların, Erken Postpartum Dönemde Bir Sonraki Gebelik ve Doğum Hakkındaki Duygu ve Düğünceler. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, 2011.

126. Yılmaz M. Patient satisfaction: A Criteria of Health Care Quality. Journal of Cumhuriyet University School of Nursing, 2001;5 (2):69-74.

127. Adeyinka O, Jukic AM, McGarvey ST, MuasauHoward BT, Faiai M, Hawley NL. Predictors of prenatal care satisfaction among pregnant women in American Samoa. BMC Pregnancy and Childbirth, 2017; 17(1):381.

128. Gürcüoğlu AE, Vural G (2017). Annelerin Doğum Sonu Dönemde Verilen Ebelik/Hemşirelerik Bakımından Memnuniyetleri. Gazi Medical Journal, 29(1): 34-40.

129. Yıldız H, Küçükşahin N. Kırsal bölgede annelerin doğum sonu yaşadıkları sorunlar ve bakım gereksinimleri. Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimligi Dergisi, 2011, 15.4.

130. Kronborg H, Harder I, Hall EO (2015). First Time Mothers' Experiences of Breastfeeding Their Newborn. Sexual&Reproductive Health Care, 6(2):82-87.

131. Karakaplan S, Yıldız H (2010). Doğum Sonu Konfor Ölçeği Geliştirme Çalışması. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3(1):55-65.

132. Can EK (2018). Doğum Şekline Göre Lohusaların Doğum Sonu Konfor ve Doğumdan Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hasyalıkları Hemşireliği Anabilim

Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

133. Wilkins C (2006). Aqualitative Study Exploring the Support Needs of First-Time Mothers on Their Journey Towards Intuitive Parenting. Midwery, 22(2): 169-180.

134. Adıgüzel D, Nazik H, Haydardedeoğlu F, Aytan H. Sezaryen ve normal doğum yapan kadınlarda hasta memnuniyetinin araştırılması. Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tip Dergisi, 2013;1 (3): 13-20.

EK-1: Etik Kurul Onayı