



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI

**SEZARYENLE DOĞUM YAPAN KADINLARDA POSTPARTUM
DÖNEMDE UYGULANAN EGZERSİZ VE ERGONOMİK
MODİFİKASYONLARI İÇEREN EĞİTİM PROGRAMININ
KADINLARDA DEPRESYON, YETİ YİTİMİ VE YAŞAM
KALİTESİ ÜZERİNE ETKİLERİNİN İNCELENMESİ**

Fizyoterapist Tuğçe BAYRAM

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA

2019



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI

**SEZARYENLE DOĞUM YAPAN KADINLARDA POSTPARTUM
DÖNEMDE UYGULANAN EGZERSİZ VE ERGONOMİK
MODİFİKASYONLARI İÇEREN EĞİTİM PROGRAMININ
KADINLARDA DEPRESYON, YETİ YİTİMİ VE YAŞAM
KALİTESİ ÜZERİNE ETKİLERİNİN İNCELENMESİ**

Fzt. Tuğçe BAYRAM

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Emel SÖNMEZER

YÜKSEK LİSANS TEZİ
ANKARA
2019



T.C
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Tuğçe Bayram tarafından yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 04/02/2019

Tez Konusu :“Sezaryenle Doğum Yapan Kadınlarda Postpartum Dönemde Uygulanan Egzersiz ve Ergonomik Modifikasyonları İçeren Eğitim Programının Kadınlarda Depresyon, Yeti Yitimi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin İncelenmesi”

TEZ DANIŞMANI: Dr. Öğr. Üyesi Emel SÖNMEZER

TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ

Dr. Öğr. Üyesi Emel Sönmezer

Başkent Üniversitesi

Doç. Dr. H. Baran Yosmaoğlu

Başkent Üniversitesi

Prof. Dr. Tülin Düger

Hacettepe Üniversitesi

ONAY: Bu tez, Başkent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun ..07.. / ..02.. / 2019 tarih ve ..8-12... Karar Sayısı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Fatma Belgin ATAÇ
Enstitü Müdürü



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih:25/01/2019

Öğrencinin Adı, Soyadı : Tuğçe Bayram

Öğrencinin Numarası : 21610148

Anabilim Dalı : Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Programı : Fizyoterapi ve Rehabilitasyon

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı : Dr. Öğr. Üyesi Emel SÖNMEZER

Tez Başlığı : Sezaryenle doğum yapan kadınlarda postpartum dönemde uygulanan egzersiz ve ergonomik modifikasyonları içeren eğitim programının kadınlarda depresyon, yeti yitimi ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin incelenmesi

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 61 sayfalık kısmına ilişkin, 25/01/2019 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 7'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:

Onay

28 / 01 / 2019

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad
Dr. Öğr. Üyesi Emel SÖNMEZER

TEŞEKKÜRLER

Öğrencisi olmaktan gurur duyduğum, lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca her zaman beni destekleyen çalışmam süresince tez danışmanlığımı üstlenerek çalışmamın planlanmasında, gerçekleştirilmesinde ve sonuçlandırılmasında her türlü bilimsel katkı sağlayan değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Emel SÖNMEZER'e,

Çalışmamda gerekli imkanı sağlayan, bilimsel katkı ve desteğini tüm eğitim boyunca esirgemeyen Başkent Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölüm Başkanı değerli hocam Doç. Dr. Hayri Baran Yosmaoğlu'na,

Çalışmamın gerçekleşmesinde desteğini esirgemeyen Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı doktorlarından değerli hocam Doç. Dr. Sertaç ESİN'e,

Tez çalışma yöntemimde bana her zaman destek olan sevgili hocam Öğr. Gör. Manolya ACAR ÖZKÖSLÜ'ye,

Yüksek lisans eğitimimin her aşamasında beni her zaman cesaretlendiren gösterdiği dostluk ve destek için sevgili hocam Araş. Gör. İlknur Ezgi ŞAHİN'e,

Birlikte çalıştığım her türlü desteğini ve yardımını esirgemeyen Prof. Dr. Şehri Ayaş'a ve tüm fizyoterapist arkadaşlarıma, Fzt. Demet Şaylı ENSARİ'ye, Uzm. Fzt. Başak ACAR'a, Fzt. Kaan KARACAN ve bölüm sekreterimiz Zümra BAŞKAYA'ya,

Hayatımın her döneminde beni destekleyen emeklerini hiçbir zaman ödeyemeyeceğim sevgili annem ve babam Emel-Cevdet BAYRAM'a,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Bayram T., Sezaryenle Doğum Yapan Kadınlarda Postpartum Dönemde Uygulanan Egzersiz ve Ergonomik Modifikasyonları İçeren Eğitim Programının Kadınlarda Depresyon, Yeti Yitimi ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin İncelenmesi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2019.

Bu çalışma postpartum erken dönemde uygulanan egzersiz ve ergonomik modifikasyonları içeren eğitim programının kadınlarda yeti yitimi, postnatal depresyon ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin incelenmesi amacıyla planlandı. Çalışmaya katılan sezaryenle doğum yapmış erken postpartum dönemdeki 30 primipar kadın egzersiz ve eğitim grubu ile kontrol grubu olarak ikiye ayrıldı. Egzersiz ve ergonomik modifikasyonları içeren eğitim grubundaki kadınlara 6 hafta boyunca uygulayacakları alt ve üst ekstremitte kuvvetlendirme egzersizleri, postüral egzersizler, solunum egzersizleri, pelvik taban egzersizleri ve dikkat etmesi gereken ergonomik modifikasyonlar uygulamalı olarak anlatıldı. Egzersizleri ve ergonomik modifikasyonları detaylı olarak anlatan eğitim kitapçıkları verildi. Kontrol grubuna ise rutin postpartum hemşirelik ve medikal bakım hizmetleri verildi. Postpartum 6. haftanın sonunda çalışmaya katılan tüm olguların bel ağrısına bağlı yeti yitimi düzeyleri Oswestry Özür İndeksi ile, fiziksel, psikospiritüel ve sosyokültürel konfor düzeyleri Doğum Sonrası Konfor Ölçeği ile, depresyon düzeyleri Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ile, anneliğe uyumları Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği ile ve yaşam kaliteleri ise Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği ile değerlendirildi. Kontrol grubu ile kıyaslandığında egzersiz ve ergonomik modifikasyon eğitimi verilen grupta bel ağrısına bağlı özür düzeylerinin ($p<0,001$) ve postpartum depresyon düzeylerinin ($p<0,001$) daha düşük, yaşam kalitesinin ($p<0,001$) ise daha yüksek olduğu tespit edildi. Gruplar kıyaslandığında Doğum Sonu Konfor Ölçeği'nin fiziksel konfor ($p<0,001$), psikospiritüel konfor ($p=0,004$) ve sosyokültürel konfor ($p=0,013$) alt ölçeklerinden alınan puanlar egzersiz ve ergonomik eğitim grubunda kontrol grubundan daha yüksekti. Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği sonuçları yönünden gruplar karşılaştırıldığında, eşler

arasındaki ilişkinin kalitesi, partnerlerin bebek bakımına katılıma bakışları, doğum deneyiminden memnuniyet, hayatın devamından hoşnut olma ve annelik görevleriyle başa çıkmada güce güvenme alt ölçeklerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmasına (tüm p'ler $<0,001$) rağmen annelik ve yeni doğan bakımından memnunluk alt ölçeği ($p=0,838$) ile aile ve arkadaşlarının annelik için desteği alt ölçeği ($p=0,744$) açısından fark yoktu. Sonuç olarak, sezaryen doğumdan sonra erken dönemde verilen eğitimin kadınların bel ağrısına bağlı özür ve postpartum depresyon düzeylerini azalttığı, yaşam kalitelerini ve postpartum konfor düzeylerini arttırdığı ve anneliğe uyumlarını iyileştirdiği söylenebilir. Çalışmamızın sonuçları hem egzersiz eğitiminin hem de günlük yaşam aktiviteleri modifikasyonlarını içeren ergonomik eğitimin etkilerini göstermesi açısından literatüre katkı sağlaması ve bu alanda çalışan klinisyenlere de yol gösterici olacağı için oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Postpartum Rehabilitasyon, Ergonomik eğitim, Yeti Yitimi, Yaşam Kalitesi, Postpartum Depresyon,

ABSTRACT

Bayram T., Investigation the Effectiveness of Exercise and Ergonomic Modifications Training Programme on Depression, Disability and Quality of Life in Postpartum Women Delivered by Cesarean Section. Başkent University, Institute of Health Science, Physiotherapy and Rehabilitation Programme, Master Degree Thesis, Ankara, 2019.

This study was planned to investigate the effectiveness of exercise and ergonomic modifications training programme on depression, disability and quality of life in postpartum women delivered by cesarean section. Thirty primiparous women delivered by cesarean section in the early postpartum period were divided into two groups as exercise and education group and control group. Six weeks training program, which includes strengthening exercises, postural exercises, breathing exercises, pelvic floor exercises and ergonomic modifications was explained in practise to women in exercise and ergonomic training group and the training booklet which was explained in detail to describe exercise and ergonomic modifications training were given. Routine postpartum nursing and medical care services were given to the control group. At the end of the sixth week, all participants were evaluated by Oswestry Disability Index, Postpartum Comfort Questionnaire, Edinburgh Postpartum Depression Scale, Postpartum Self-Evaluation Questionnaire and Postpartum Quality of Life Scale. Comparing between two groups, it was found that the levels of disability related to low back pain ($p < 0,001$) and postpartum depression levels ($p < 0,001$) were lower and the quality of life was higher in the training group than control group ($p < 0,001$). The results of Postpartum Comfort Questionnaire ($p < 0,001$) were higher in exercise and ergonomic education group than control group. The results of Postpartum Self-Evaluation Scale, the quality of the relationship between the spouses, the attitudes of the partners to attend the baby care, satisfaction with the birth experience, satisfaction with the survival and trust in coping with maternity tasks (all p 's $< 0,001$) were found statistically significant differences between the groups. There was no difference between the groups in terms of maternity and satisfaction with the newborn ($p = 0,838$) and the support of family

and friends for motherhood ($p < 0,744$) which were the subscales of the Postpartum Self-Evaluation Scale. In conclusion exercise and ergonomic modification training programme in the early period after cesarean section reduces disability related to low back pain, postpartum depression increases the quality of life and postpartum comfort levels and improves maternity compliance. The results of our study contribute to the literature in terms of demonstrating the effects of both ergonomic training, which includes daily living activities modifications and exercise training, as well as being important for the clinicians working in this field.

Key Words: Postpartum Rehabilitation, Ergonomic Training, Disability, Quality of Life, Postpartum Depression

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI

TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	xiii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiv
TABLolar DİZİNİ	xv
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Sezaryen Doğum	4
2.1.1. Türkiye’de sezaryen sıklığı	4
2.1.2. Sezaryen endikasyonları.....	5
2.2. Doğum Sonrası Dönem ve Özellikleri	5
2.3. Doğum sonu ortaya çıkan Fizyolojik Değişiklikler	6
2.3.1. İnvölüsyon.....	6
2.3.2. Uterus	6
2.3.3. Serviks.....	7
2.3.4. Vajina ve perine	7
2.3.5. Memeler ve laktasyon	8
2.3.6. Ovulasyon ve menstruasyonun geri dönüşü.....	9
2.3.7. Kardiyovasküler sistem değişiklikleri	9
2.3.8. Gastro-intestinal sistem değişimleri	9
2.3.9. Üriner sistem değişimleri	10
2.3.10. Endokrin sistem değişimleri.....	10
2.3.11. Pulmoner sistem değişiklikler	11
2.3.12. Kas-iskelet sistemi değişiklikleri	11
2.3.13. Psiko-sosyal değişiklikler.....	13

2.4. Sezaryen Doğum Sonrası Görülen Komplikasyonlar	14
2.4.1. Anesteziye bağlı komplikasyonlar	14
2.4.2. Postpartum hemoraji	15
2.4.3. Tromboembolizm.....	15
2.4.4. Enfeksiyon.....	16
2.4.5. Kas-iskelet sistemi problemleri.....	17
2.4.6. Gastrointestinal sistem problemleri.....	19
2.4.7. Doğum sonu duygusal değişimler	20
2.4.8. Postpartum hüzün.....	20
2.4.9. Postpartum depresyon	21
2.4.10. Doğum sonrası psikoz	22
2.5. Postpartum Dönemde Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	22
2.5.1. Değerlendirme	23
2.5.1.1. Tıbbi hikaye.....	23
2.5.1.2. Obstetrik hikaye.....	23
2.5.1.3. Kas iskelet sistemi, yumuşak doku ve eklem değerlendirmesi	23
2.5.1.4. Postür analizi	23
2.5.1.5. Fiziksel aktivite düzeyi.....	24
2.5.1.6. Vital bulgular	24
2.5.1.7. Ağrı.....	24
2.5.1.8. Sezaryen doğum sonrası komplikasyonlarının değerlendirilmesi ..	24
2.5.1.9. Psikososyal değerlendirme	24
2.5.1.10. Ergonomik değerlendirme	25
2.6. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Uygulamaları.....	25
2.6.1. Termoterapi	25
2.6.2. Elektroterapi uygulamaları.....	26
2.6.3. Manuel Tedavi	27
2.6.4. Pulmoner Rehabilitasyon	28
2.6.5. Pelvik taban rehabilitasyonu	28
2.6.6. Egzersiz Eğitimi	29
2.6.7. Ergonomik eğitim.....	32

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	34
3.1. Yöntem.....	36
3.1.1. Değerlendirmeler.....	36
3.1.1.1. Olguların fiziksel özellikleri.....	36
3.1.1.2. Oswestry Özur İndexi.....	36
3.1.1.3. Doğum Sonrası Konfor Ölçeği.....	36
3.1.1.4. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği.....	36
3.1.1.5. Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği.....	37
3.1.1.6. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	37
3.1.2. Tedavi.....	37
3.1.2.1. Egzersiz eğitimi.....	38
3.1.2.1.1. Posterior pelvik tilt egzersizi.....	38
3.1.2.1.2. Köprü kurma egzersizi.....	38
3.1.2.1.3. Ayak bileği pompalama egzersizi.....	39
3.1.2.1.4. Quadriceps izometrik egzersizleri.....	39
3.1.2.1.5. Kalça izometrik egzersizleri.....	39
3.1.2.1.6. Skapular addüksiyon egzersizi.....	40
3.1.2.1.7. Pelvik taban kas egzersizleri.....	40
3.1.2.1.8. Solunum egzersizleri.....	41
3.1.2.1.8.1. Diyafragmatik solunum.....	41
3.1.2.1.8.2. Göğüs solunumu.....	42
3.1.2.2. Ergonomik eğitim.....	42
3.1.3. İstatistiksel analiz.....	44
4. BULGULAR.....	45
5. TARTIŞMA.....	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	59
7. KAYNAKLAR.....	62
8. EKLER	
EK.1 ETİK KURUL İZİNİ	
EK.2 SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU	

EK.3 OSWESTRY ÖZÜR İNDEKİ

EK.4 DOĞUM SONU KONFOR ÖLÇEĞİ

EK.5 EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ

EK.6.POSTPARTUM KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

EK.7 DOĞUM SONU YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

EK.8 EĞİTİM KİTAPÇIĞI

SİMGELER ve KISALTMALAR

- ACOG: Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
- DSKÖ: Doğum Sonu Konfor Ölçeği
- DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
- DSYKÖ: Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği
- EPDÖ: Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği
- OÖİ: Oswestry Özur İndexi
- PKDÖ: Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği
- TENS: Transkutanöz Elektrik Sinir Stimülasyonu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Akış şeması	40
Şekil 3.2. Posterior pelvik tilt egzersizi	44
Şekil 3.3. Köprü kurma egzersizi	44
Şekil 3.4. Ayak bileği pompalama egzersizi	45
Şekil 3.5. Quadriceps izometrik egzersizleri	45
Şekil 3.6. Kalça izometrik egzersizi	46
Şekil 3.7. Skapular addüksiyon egzersizi	46
Şekil.3.8. Diyafragmatik Solunum	48
Şekil.3.9. Göğüs Solunum	48
Şekil 3.10. Doğru Emzirme Pozisyonu	49
Şekil 3.11. Doğru alt değiştirme pozisyonu	50

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1. Olguların Demografik Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	52
Tablo 4.2. Olguların Eğitim Durumlarının Gruplara Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	52
Tablo 4.3. Olguların Egzersiz Alışkanlıklarının Gruplara Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	53
Tablo 4.4. Olguların Gebelik Öncesi Kas-İskelet Sistemi Problemlerinin Gruplara Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	53
Tablo 4.5. Olguların Oswestry Özur İndeksi, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin, Doğum Sonu Konfor Ölçeğinin, Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Gruplar Arası Karşılaştırılması	54
Tablo 4.6. Olguların Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeğinin Gruplararası Karşılaştırılması	55

1.GİRİŞ

Postpartum dönem (doğum sonrası dönem), fetüsü takiben plasentanın doğumu ile başlayıp gebelikte ve doğumda meydana gelen hormonal, fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin doğum öncesindeki haline dönmesi için geçen 6-8 haftalık süreçtir (1). Bu dönem plasentanın doğumundan sonra başlayıp altı hafta devam etmekte, yaşanan sorunlar bir yıl ve daha uzun sürebilmektedir. Postpartum dönem; anne için fiziksel ve psikolojik değişikliklerin yanı sıra yeni rol ve sorumluluklarının öğrenildiği zor bir süreçtir. Anne hem yeni yaşamına adapte olmak bu yaşamdaki yeni rollerini öğrenmek hem de bebeğine bakım vermek ve onunla ilgili sorunlar olduğunda baş edebilmek zorundadır (2,3). Kadından doğum sonrası dönemdeki fizyolojik değişikliklere, eşi ve diğer aile üyeleri ile olan ilişkilere ve annelik rolüne uyum sağlaması beklenir. Bu dönemde kadın ilave fiziksel ve emosyonel sağlık sorunları ile karşılaşabilir ve psiko-sosyal değişimler yaşayabilir.

Son yıllarda dünyada ve ülkemizde gerçekleştirilme sıklığı artan sezaryen operasyonu, obstetrik ve jinekolojide en sık gerçekleştirilen önemli cerrahilerden biridir. Hem anne hem de bebek için yaşam kurtarıcı değeri vardır. Sezaryen ile doğum yapan kadınlar için vajinal doğuma oranla uzun dönemde en önemli avantajın pelvik taban kaslarının korunması olduğu savunulmaktadır (6). Araştırmalara göre sezaryen doğumun vajinal doğum yapan annelerle karşılaştırıldığında daha büyük riskler taşıdığı belirtilmiştir (7). Sezaryen ile doğumda postpartum dönemde derin ven trombozu, febril morbidite, kan transfüzyonu, organ yaralanmaları, batın içi yapışıklıklar, infertilite ve kronik pelvik ağrı gibi komplikasyonların sıklığı daha fazladır. Vajinal doğum ile kıyaslandığında sezaryen doğuma bağlı annede görülen morbidite ve mortalite oranlarının 4-7 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (8).

Doğum sonrası dönemin özellikle ilk haftası doğum sonrası yüksek risklerin gelişebileceği süreçtir. Sezaryen doğumda annede puerperal ateş, hemoraji, üriner sistem enfeksiyonları, meme sorunları, tromboembolizm, pnömoni, adezyonlara bağlı bağırsak obstrüksiyonu, derin ven trombozu, yara enfeksiyonu gibi postpartum komplikasyonlar görülebilmektedir (9). Ek olarak yapılan çalışmalarda sezaryen

doğum sonrasında bel ağrısı, üriner inkontinans ve depresyonun sık rastlanılan şikayetler olduğu belirtilmiştir (10).

Doğum sonrası kadının üstlendiği sorumlulukların ağır gelmesi ve bu durumla baş etmede zorlanması kadının ruhsal iyilik halini de etkilemektedir. Postpartum depresyon (PPD), doğum sonu dönemde en sık karşılaşılan duygu durum bozukluklarından biridir. Doğumdan sonrası bir yıl içerisinde ortaya çıkabilir (11,12). PPD; çoğunlukla ilk 6 hafta içinde başlar ve başlangıç aşamasında genellikle belirti vermez. Doğum sonu ilk bir yıl içerisinde yavaşça artabilir. Belirli bir nedene bağlı olmaksızın ağlama, uyuyamama, bir işe yoğunlaşamama, irritabilite ve umutsuzluk duygusu gibi belirtiler PPD semptomlarıdır (13). Daha önceki gebeliklerde yaşanan depresyon, prenatal anksiyete/depresyon, sosyal desteğin yokluğu, evlilikle ilgili sorunlar, yaşam stresi, istenmeyen gebelikler, yenidoğanı anne sütü ile besleyememe, kadının annelik rolüne adapte olamaması, daha önce kayıpla sonlanan gebelikleri yaşayan kadınlarda postpartum depresyon olasılığı daha fazladır. Annelik rolüne adapte olma, bebeğin sağlık durumu ile ilgili anksiyete yaşama ve bununla başa çıkmada yaşanan zorluklar ile bebek bakımında yetersizlik, yorgunluk, doğum sonu yaşanan kas iskelet sistemi problemleri ve ağrılarda annenin postpartum döneme psikolojik uyumunu zorlaştırabilmektedir (14).

Postpartum dönemde anne, hem kendi bakımı hem de bebeğinin bakımını gerçekleştirirken kas iskelet sistemi sorunlarına daha yatkın hale gelebilirler. Postpartum dönemde fizyolojik ve anatomik değişikliklerin neden olduğu sağlık problemlerini önlemede erken rehabilitasyon oldukça önemlidir (15,16). Postpartum dönem erken rehabilitasyon; annenin kas iskelet sistemini korumak ve iyileştirmek için gerekli egzersiz programı, ergonomik modifikasyonları ve doğum sonrası kas iskelet sistemi yaralanmalarını önlemek için gerekli önlemleri içeren ev programından oluşur. Postpartum dönemde egzersiz eğitimi; fiziksel uygunluğun geliştirilmesi ve korunması için aerobik egzersizleri ve muskuloskeletal dayanıklılığı artırmak için kuvvetlendirme egzersizlerini içermektedir (17). Bu egzersizlere ek olarak pelvik taban kasları kuvvetlendirme eğitimi ve solunum eğitimi de egzersiz programına dahil edilmelidir. Postpartum erken döneme yönelik rehabilitasyon

yaklaşımları ve eğitim prensipleri ile anne ve bebeğin hem fizyolojik hem de psikolojik sağlığı desteklenmektedir. Doğum sonrası rehabilitasyon ile annenin sağlıklı olarak evde bakım yönetimine ilişkin bilgi ve becerilerini geliştirmek, yaşanabilecek sorunlarla başa çıkabilmesi için aileyi hazırlamak ve bu iyilik halinin bütün doğum sonrası dönemde devam etmesi hedeflenmektedir.

Postpartum dönemde yapılan düzenli egzersiz eğitiminin postpartum dönem problemlerine karşı koruyucu, etkin ve farmakolojik olmayan bir strateji olduğu vurgulanmasına rağmen bu konuda oldukça sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır (18). Mevcut çalışmalar incelendiğinde; postpartum dönemde egzersiz eğitimi ve ergonomik modifikasyonu içeren erken rehabilitasyon yaklaşımlarının yeti yitimi, postpartum depresyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle planlanan çalışmamızın amacı; Postpartum erken dönemde uygulanan egzersiz ve ergonomik modifikasyonu içeren eğitim programının yeti yitimi, postpartum depresyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemektir.

Çalışmanın hipotezleri:

H0; Sezaryenle doğum yapan kadınlarda postpartum dönemde uygulanan egzersiz ve ergonomik modifikasyonları içeren eğitim programının kadınlarda depresyon, yeti yitimi ve yaşam kalitesi üzerine etkisi yoktur.

H1; Sezaryenle doğum yapan kadınlarda postpartum dönemde uygulanan egzersiz ve ergonomik modifikasyonları içeren eğitim programının kadınlarda depresyon, yeti yitimi ve yaşam kalitesi üzerine etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sezaryen Doğum

Sezaryen; bir doğum operasyonu olup fetusun, abdominal ve uterus duvarından kesi ile doğurtulmasıdır (19). Genellikle vajinal doğumun mümkün olmadığı veya maternal ve fetal risk oluşturduğu durumlarda ve vajinal doğumun güvenle tamamlanamayacağı durumlarda sezaryen ile doğum gerçekleştirilmektedir (20). Hem anne hem de fetus için yaşamsal değeri olmasına rağmen vajinal doğum ile karşılaştırıldığında sezaryen ile doğum daha büyük riskler taşımaktadır. Örneğin; sezaryen sırasında cerrahi müdahale gerektiren bir komplikasyon ile karşılaşıldığında tedavi edilme imkanı bulunamazsa bu durum ciddi maternal ve fetal risklere neden olmaktadır (21).

2.1.1. Türkiye’de sezaryen sıklığı

Uluslararası sağlık topluluğunun verilerine göre 1958’ten beri sezaryen doğum sıklığının % 10-15 olduğu gösterilmiş olsa da sezaryen doğum sıklığı dünya genelinde hızla artmaktadır (22). Özellikle orta ve gelişmiş ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de sezaryen sıklığı giderek artmaktadır. Türkiye Nüfus Araştırmasına göre; 1993’te ortalama %7 olan sezaryen doğum oranı sıklığı 1998 yılında bölgelere göre önemli farklar olmakla birlikte %13,9’a yükselmiştir (23). Daha sonraki araştırmalarda yıllara göre artarak 2003 yılında sezaryen ile doğum oranı %21,2, 2008 yılında %36,7, 2013 yılında %48, 2016 yılında ise daha da yükselerek %53,1 olarak belirlenmiştir (23).

Son dönemlerde sezaryen doğumun artmasının olası sebepleri; ileri anne yaşı, doğum sancı korkusu, vajinal doğum sonrası dış genital organ değişiklikler ile ilgili endişeler, sezaryen doğumun daha güvenli olduğunu düşünme, hem anne hem de sağlık profesyonelleri için daha uygun bir yöntem olması düşüncesi, tıbbi dava korkusu, tamamen sağlıklı bir bebeğe kavuşma arzusu ile her türlü komplikasyon veya olası olumsuz sonuca karşı azalmış tolerans olarak sıralanmaktadır (24). Sezaryen doğum sıklığındaki bu artışın normal doğum esnasında gelişen

komplasyonlardan kaçınmak için ve annelerde oluşan vajinal doğum korkusu nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir (25).

2.1.2. Sezaryen endikasyonları

Önceki yıllarda sezaryen maternal mortaliteyi önlemek için yapılmaktaydı fakat bugün fetal nedenler ön planda olarak sezaryen yapılmaktadır (26).

Genel olarak sezaryen doğumların %85'ten fazlası;

- geçirilmiş sezaryenler,
- uterin disfoksiyon,
- serviksin dilate olamaması,
- distosi,
- fetal distres,
- makat prezentasyonu ,
- baş pelvis uyumsuzluğu,

-diğer sebeplerden (çoğul gebelik, plasenta dekolmanı, kordon sarkması, plasenta previa, fetal hastalıklar, maternal sebepler, jinekolojik kanser, sosyal endikasyonlar) dolayı yapılmaktadır (27).

2.2. Doğum Sonrası Dönem ve Özellikleri

Postpartum dönem (doğum sonrası dönem) ; fetüsün doğumunu takiben plasentanın doğumu ile başlayıp gebelikte ve doğumda meydana gelen değişikliklerin ve üreme organlarında oluşan değişikliklerin gebelik öncesi haline geri döndüğü 6-8 haftalık bir süreçtir (28).

Doğum sonrası dönemin ilk 6 haftası içerisinde birçok fiziksel değişim gerçekleşmektedir. Bu dönem hormonal değişikliklerin yanı sıra annelik rolüne adapte olma, bebeğin bakımı ve sağlık durumu (iyiliği) ile ilgili anksiyete yaşama ve bununla başa çıkma benzeri psikolojik değişimlerin de yaşandığı bir süreçtir (29). Annenin hastaneden taburculuk sonrası eve dönüşü ile başlayan bebeğe bakım sorumluluğu, annenin öz bakımı, ev işleri, partneri ile arasındaki ilişki, sosyal ve toplumsal olarak tanımlanan birçok sorumlulukları sahiplenmeye karşı mücadele gücü her annede farklılıklar gösterebilir (30).

Doğum sonrası dönemde kadından annelik rolünü sahiplenmesinin yanı sıra; vücudundaki fizyolojik değişikliklere ve psiko-sosyal değişikliklere de uyum sağlaması beklenmektedir (31).

Planlı gebelik, doğum şekli, annenin annelik rolüne psikolojik olarak hazır olması, partnerlerin uyumu, aile yakınlarının desteği, doğum öncesi bakım eğitimi, sosyo-ekonomik durum, çevresel faktörler kadınların doğum sonrası dönemde fonksiyonel durumlarını etkilemektedir (32).

Sword ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği doğum sonrası dönemde 1250 annenin katıldığı bir çalışmada; anne sütü ile ilgili problemler, mesane ve barsak kontrolü gibi fizyolojik problemler ile doğum sonu depresyon gibi psikolojik problemlerin bir yıl veya daha uzun sürebildiği gösterilmiştir (33).

2.3. Doğum Sonu Ortaya Çıkan Fizyolojik Değişiklikler

Doğumdan sonra ilk 6-8 haftada önemli ve hızlı fizyolojik değişiklikler meydana gelmektedir (34). İlerleyici değişiklikler de göğüslerin laktasyona hazırlanma sürecidir (35).

2.3.1. İnvölüsyon

İnvölüsyon, doğumu izleyen dönemde üreme organlarının normal ölçülerine ve fonksiyonlarına geri döndüğü bir süreçtir ve postpartum döneminin en önemli ve takip edilmesi gereken fizyolojik süreçlerinden biridir (36). Doğumda plasentanın ayrılmasından hemen sonra özellikle genital organlar involüsyon sürecine girmektedir (37). En önemli involüsyon uterusu meydana gelmektedir.

2.3.2. Uterus

Postpartum dönemde sık ve kuvvetli myometrial kontraksiyonlarla uterus boyutunda küçülme olmaktadır. Gebelik sürecinde uterusu meydana gelen değişiklikler yavaş yavaş olurken, involüsyon sürecinde bu değişiklikler çok daha hızlı gerçekleşir (38).

İnvölüsyonun oluşumunda uterusuaki kan akımının azalması, kollaterallerin kapanması myometrial liflerin elastikiyetini yitirip kısalması ve oksitosin hormonunda uterusu kontraksiyona sebep olması büyük rol oynar (37). Bu arada östrojen ve progesteronun uyarıcı gücü azaldığı için miyometriumda protolitik bir

süreç meydana gelir ve sitoplazmada otoliz başlar. Ortamdaki yağ ve kollojen artıkları fagositoz olayı ile temizlenir (37). Uterus kan akımında hızlı değişiklikler ile birlikte bir hafta içerisinde %50 boyutunda küçülür (39). Uterusun göbek hizasından itibaren her gün bir parmak küçülerek simfisis pubisin arkasında eski konumunu alması yaklaşık 3 haftayı bulur. Yaklaşık 2 hafta sonra normal involüsyonla uterus abdominal palpasyonla hissedilemez hale gelir (40).

Plasental bölgenin geriye dönmesi daha uzun sürmekle birlikte bu bölgenin düzgün involüsyonu büyük önem taşımaktadır. Plasenta ayrıldıktan sonra bazal desidua yerinde kalmaktadır (37). Doğumdan sonra yaklaşık dört gün içinde serviks epiteli doğum öncesi haline dönmeye başlar (41). 72 saat içerisinde superfisial tabaka loşi şeklinde atılmaktadır.

Doğum yapan kadınların postpartum dönemi boyunca süren akıntısı olmaktadır. Bu akıntıya loşi denir. Loşi; mukus, kan, epitelyum hücreler, küçük desidua parçaları, eritrosit ve bakteri gibi maddelerden oluşur (41). Loşi, patolojik bir durum olmamakla birlikte doğum sonrası vücudun fizyolojik bir fonksiyonudur (42). Doğum sonra erken dönemde loşinin miktarı fazla olup 500-1000 ml olmakla birlikte zamanla miktarı azalır (43). İlk günlerdeki eritrosit yoğunluğu giderek azalır ve yerini lökosit ve seroz sıvıya bırakmıştır. Loşinin kokulu olması halinde enfeksiyon durumu göz önüne alınmalıdır (44).

2.3.3. Serviks

Postpartum dönemde serviksin çok az bir tonusu vardır. Doğumdan hemen sonra kısalır ve kalınlaşır. Doğumdan sonra 2-3 gün içinde normale dönmeye başlar fakat halen 2-3 cm dilatedir. Birinci haftanın sonunda açıklık iyice azalmaktadır (41).

2.3.4. Vajina ve perine

Sezaryen doğum vajina ve perine de direkt olarak bir travmaya neden olmaz (37). Ancak gebelik süreci vajinada bazı değişiklikler yaratmaktadır. Bu değişiklikler; vajinal mukoza kalınlaşması ve rugaların belirginleşmesidir. Doğum sonrası annenin emzirmesiyle birlikte arka hipofizden salgılanan oksitosinle involüsyon süreci hızlanır (45). Doğum sonu yaklaşık 3 hafta içinde vaskülarite ve ödem geriler, rugalar ortaya çıkmaya başlar (46). Vajen epiteli 6-10 hafta içinde normale döner. Labia majör ve minorlar doğum sonrası biraz gevşek ve sarkık

kalırlar, tamamen doğum öncesi halini almaz. Geriye dönüşü sağlamak için en iyi yol düzenli olarak pelvik taban kas kuvvetlendirme egzersizlerini yapmaktır. Bu dönemde yapılan bu egzersizler perinenin tonüsünün artmasına yardımcı olur (44).

2.3.5. Memeler ve laktasyon

Östrojen gebeliğin erken dönemlerinde plasenta tarafından salgılanmakla birlikte süt bezlerini uyarır (47). Gebeliğin ikinci trimesterden itibaren salgılanmaya başlayan kolostrum doğum sonu ikinci güne kadar devam eder. Doğum sonu erken dönemde memelerde hafif ağrı, sertleşme ve ısı artışı görülebilir (48). Doğumu izleyen dönemde prolaktin hormonu salgılanır. Prolaktin hormonunun salgılanmasıyla laktasyon başlar. Gebelik boyunca olgunlaşan memelerden doğumdan sonra süt salgılanmasıyla başlayan dönem laktasyon dönemidir (49). Meme dokusu laktasyon dönemine gebelik sırasında salgılanan östrojen, progesteron, prolaktin ve plasental laktojenik hormonu ile hazırlanmaktadır (50). Memelerdeki kan akımı doğuma yakın zamanda yaklaşık iki katına çıkmaktadır. Prolaktin hormonu alveollerdeki epitelyal hücrelerden süt yapımını sağlar (50). Gebelik döneminde memelerin büyümesi, östrojen hormonun memede yağ dokusunun artışına ve su retansiyonuna neden olmasından kaynaklanır. Doğum sonrası dönemde östrojen ve progesteron hormon düzeylerinin düşmesiyle prolaktin hormonun baskılanması ortadan kalkar ve prolaktin salgılanır. Prolaktinin hormonunun salgılanmasıyla süt salınımı başlar. Oksitosin hormonu ise alveolleri çevreleyen myoepitelyal hücrelerin kasılmasını ve böylece sütün alveollerden kanallara ve laktiferöz sinüslere oradan da meme ucuna akmasını sağlar (51). Doğumu takiben 24-72 saat içinde laktasyon başlar. Süt salınımı bebeğin emmesi ile artar. Vajinal doğuma oranla sezaryen doğum sonrasında annenin geç emzirmeye başlamasının nedenleri; doğum sonrası insizyon yerinin ağrılı olmasından kaynaklı bebeğin kucakta tutulmasının zor olması ve uygulanan anestezi (52). Erbil ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada doğum şeklinin emzirmeye başlama süresine etkisi incelenmiş ve vajinal doğum yapan kadınların 30 dakikadan daha kısa sürede, sezaryen ile doğum yapan kadınların ise 61 dakika ve üzerinde ilk emzirmeyi yaptıkları tespit edilmiştir (53).

2.3.6. Ovulasyon ve menstruasyonun geri dönüşü

Postpartum dönemde hormonal profili, düşük seviyede gonodotropin, seks steroidleri ve yükselmiş prolaktinle karakterizedir. Dolayısıyla ovulasyonun ve menstruasyonun geri dönüşü laktasyonun süresi ile yakından ilgilidir (54). Emzirmeyen kadınlarda ilk menstruasyon ve ovulasyon emziren kadınlardan daha kısa sürede başlamaktadır. Doğum sonrası emzirmeyen kadınlarda ilk ovulasyonun doğumdan ortalama 10-17 hafta sonra olur. Çalışmalar 28 günden az süreyle emziren kadınların emzirmeyenlerle yaklaşık aynı zamanda ovule olduklarını göstermektedir (55).

2.3.7. Kardiyovasküler sistem değişiklikleri

Gebelik esnasında kardiyovasküler sistemde meydana gelen en önemli değişiklik kardiyak debinin artmasıdır. Plasentanın ve uterusun kan akımı ihtiyacı, kardiyak debinin %25 ini oluşturur. Artış miktarı gebelik öncesi döneme göre kardiyak debide %20-30, plazma volümünde %30-60, kırmızı kan hücresi kütlelerinde ise %20-30 oranındadır. Ancak doğumla birlikte kardiyak debi normale dönmektedir (56).

Sezaryen doğumda yaklaşık 1000 ml kan kaybı olmaktadır (57). Postpartum dönem 3. Günde kan volümünde %16 azalma olur. Kan tablosu doğumu izleyen 8-10 gün içinde normalde döner. Eritrosit ve lökosit sayısı ile sedimentasyon hızı normal seviyeye ulaşır (58). Hematokrit ve hemoglobin konsantrasyonunda doğum sonrasında belirgin değişiklikler gösterir. Fibrinolitik aktivite yükselir. Pıhtılaşma faktörlerinde artma olur. Trombositozda görülebilir. Bu nedenle doğum sonrası 7-14 günlük süreçte tromboemboli riski göz önünde tutulmalıdır.

2.3.8. Gastro-intestinal sistem değişimleri

Sezaryen doğum sonrasında bağırsak aktiviteleri yavaş yavaş normale dönmektedir. İnce bağırsak hareketleri doğum sonrası birkaç saat sonra geri döner. Gastrik aktivite doğumu takiben 24-48 saat içinde olurken, kolon aktivitesi ise 48-72 saat içinde normale döner (59). Sezaryen sonrası bağırsak hareketlerinin erken başlaması için kadınlar operasyon sonrası erken dönemde oral yoldan beslenmektedirler (60).

Doğum sonrası erken dönemde abdominal kasların zayıf olması, operasyon sonrası bağırsak hareketlerindeki değişiklik, hastanede yeme alışkanlıklarının farklı olması, demir eksikliği ilacı kullanılması ve defekasyon sırasında insizyon bölgesinin açılacağı endişesi gibi nedenlerden dolayı konstipasyon gelişmektedir (61). Thompson ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada sezaryenle doğum yapan kişilerde daha fazla bağırsak problemi olduğu ve postpartum 8-24 ay içerisinde mesane ve barsak problemlerinin normale döndüğünü gözlemlemişlerdir (62).

2.3.9. Üriner sistem değişimleri

Gebelik boyunca kan hacmi, kan içeriğinin artması ve fetüsün oluşturduğu atıkların uzaklaştırılması nedeniyle bu dönemde böbreklere ekstra yük oluşturur. Geç gebelikte glomeruler filtrasyon hızı ve kreatinin klerensi ile beraber renal plasma akımı yaklaşık 200-250 ml/dk artış gösterir. Bu artış postpartum dönemde normale döner (63). Doğum sonrası dönemde mesanede hiperemi ve ödem geliştiğinden dolayı mesane kapasitesini arttırmakla birlikte mesane içi sıvı basıncına karşı duyarsızlığa neden olabilir (63). Bu nedenle mesanede aşırı gerilme, mesanenin tam boşalamaması ve mesanede rezidü idrar gibi problemler ortaya çıkar. Mesanede kalan idrar enfeksiyon oluşmasına neden olmaktadır. Ayrıca sezaryen operasyondan sonra üriner kateterizasyonun uzun kullanılması da üriner enfeksiyonlara neden olmaktadır. Postpartum dönemde renal morfolojik değişikliklerin normale dönmesi uzun sürmektedir ve bazı kadınlarda üriner sistem anatomisinde değişiklikler kalıcı olabilmektedir.

2.3.10. Endokrin sistem değişimleri

Doğumdan sonra plasentanın da ayrılması ve plasentanın sağladığı hormonların kaybolmasıyla annenin endokrin sisteminde önemli değişiklikler olur. Doğum sonrasında östrojen ve progesteronda önemli değişiklikler meydana gelmektedir. Östrojen ve progesteron gebelikte yükselme eğilimindedirler. Doğum sonrasında östrojen ve progesteron ani ve dramatik şekilde düşer, prolaktinin yükselmesi ile laktasyon başlamaktadır (64). Östrojen seviyesi doğum sonrası dönemde azalmaktadır ve yaklaşık doğum sonrası 7 günde en düşük seviyeye ulaşmaktadır. Plazmadaki progesteron düzeyi doğum sonrası yaklaşık 3 gün sonra normal luteal fazdaki seviyenin altına düşerek, doğum sonrası 7. Günde serumda bulunmayabilir ve üretimi ilk ovulasyonla başlamaktadır. Doğum sonrası dönemde

östrojen ve progesteronun kandaki seviyelerinin azalmasıyla, normal hipotalamik-hipofiz-over feedback siklusu yeniden harekete geçmektedir (64). Tüm kadınlarda düşük olan folikül stimüle edici hormon ve lüteinleştirici hormon seviyesi dereceli olarak yükselir. Folikül stimüle edici hormon, doğum sonrası 3. Hafta foliküler fazdaki seviyesine artarken lüteinleştirici hormon seviyesi ilk ovulasyon başlayana kadar düşük kalır. Doğum sonu anne hipofizinden prolaktin salgılaması artar (65). Zamanla annenin tüm hormonal dengesi eski halini alır. Bu durum kadının vücut yapısı ve genetik özellikleriyle ilgilidir.

2.3.11. Pulmoner sistem değişiklikler

Gebelikte metabolik hızın artması sonucu oksijen ihtiyacı artar, ventilasyon yükselir, tidal volüm %40 oranında artış gösterir ve hızlı soluk alıp-verme gözlemlenir (66). Gebelikte fetüsün büyümesi ile birlikte diyaframa ve kostalara basınç oluşur ve diyafram yukarı doğru yer değiştirir. Bu değişim fonksiyonel rezidüel kapasite ve rezidüel volümün azalması ile sonuçlanır, maksimum oksijen tüketimi azalır. Postpartum dönemde ise akciğer volüm kapasiteside eski haline dönerek respiratuar alkoloz kaybolur, annenin solunumu normalleşir. Yine annenin kardiyovasküler sisteminde ve dolaşımındaki değişiklikler de doğum sonunda eski haline dönmeye başlar (66).

2.3.12. Kas-iskelet sistemi değişiklikleri

Yapılan çalışmalarda; kadınların %47'sinde doğumdan sonraki 3 ay ila 1 yıllık süre içinde en az bir sağlık problemi saptanmıştır ve bel ağrısı sıklığının %14 olduğu bulunmuştur (67). Doğum sonrası bel ağrısının nedenleri; gebelik boyunca hem fetüsün hem maternal ağırlığın artmasıyla postüral değişikliklerin olması, hormonlara bağlı olarak ligamentlerdeki değişiklikler ve buna bağlı olarak oluşan sakroiliak eklem disfonksiyonu ile doğum öncesi dönemde var olan bel problemlerinin ağırlaşmasıdır. Gebelik süresince fetüsün öne doğru büyümesiyle postüral değişiklikler olmaktadır. Anteriora doğru ağırlığın artmasıyla lumbal lordoz artmaktadır (68). Lumbal bölgedeki lordoz artışı; abdominal kaslarda tonus kaybına, lumbal ekstansörlerde ise tonus artışına yol açmaktadır (69). Gebelik dönemi boyunca oluşan hormonal değişikliklerden biri; korpus luteumdan salınan ve bir polipeptid hormon olan, ligamanların gevşemesine neden olan relaksin hormonudur. Relaksin hormonu pelvik ve lumbal bölgedeki ligamanlarda laksite artışına neden

olmaktadır (70). Hormon değişikliğiyle oluşan ligamentöz laksite sakroiliak ekleme daha fazla yük binmesine ve böylece sakroiliak eklem disfonksiyonuna neden olmaktadır (71). Bu ligamentöz laksite postpartum 6. haftaya kadar devam etmektedir ve tamamen düzelmesi postpartum 4-5 ayı bulmaktadır (72). Gebelik süresince fetüsün öne doğru büyümesiyle abdominal kaslarda uzama ve line albadan her iki yana doğru seperasyon meydana gelebilir. İki santimetre üzerindeki ayrılmalar patolojik kabul edilir. Bu durum 'diastasis recti abdominis' olarak adlandırılmaktadır (73). 2-3 santimetre ile 20 santimetre arasında değişen ayrılmalar sıklıkla göbek deliği hizasında ya da göbek deliğinin üzerinde veya altında görülebilir (74). Gebelikte ortalama 14. haftada görülmeye başlayan diastasis recti abdominis doğuma kadar devam etmektedir. Ayrılmadaki düzelme postpartum dönemde iyileşmeye başlar, 8. haftaya kadar olan süreçte en büyük iyileşme gerçekleşmektedir (75). Gebelik dönemi boyunca doğum sonrası laktasyona hazırlık sebebiyle memelerin büyümesi sonucu skapular protraksiyon oluşmaktadır (76). Gebeliğin ilerlemesiyle torakal kifoz artmaktadır dolayısıyla kostavertebral ve kostatransvers eklemler üzerine aşırı yük binmektedir (77). Skapular protraksiyonu kompanse etmek amaçlı başın anteriora doğru yer değiştirmesiyle servikal lordozda artış olmaktadır. Ayrıca gebelik süresince artmış lordozu kompanse etmek amacıyla servikal omurganın ve torakal omurganında eğriliklerinde de artış görülmektedir (77). Bu postür al değişiklikler doğum sonrası 12. haftaya kadar varlığını korumaktadır.

Gebeliğin son dönemlerinde ortaya çıkan sıvı retansiyonu ayak bileklerinde, ellerde ve yüzde ödem oluşmaktadır. Bu durum gebelik ve doğum sonu dönemde eklem mobilitesinde azalmaya neden olabilir ve çeşitli sinir kompresyon sendromlarına yol açabilir (78). Karpal tünel sendromu, gebelik boyunca en sık görülen sinir kompresyon sendromudur. Genellikle doğum sonrasında düzelmektedir ancak bazı olgularda doğumdan birkaç hafta sonra sıklıkla emzirmeye bağlı olarak da ortaya çıkabilir. Yapılan bir çalışmada biberonla bebeklerini emziren annelerde karpal tünel sendromu şiddetinin daha az olduğu bulunmuştur (76).

Gebelik sırasında artan ligamentöz laksite, belirgin olarak daha geniş pelvis ve femoral torsiyon, patellar kondromalaziye neden olabilir. Doğum sonrası dönemde çoğu zaman semptomlar kaybolmaktadır fakat annenin bebek bakımı ve

emzirme gibi nedenlerle uzun süre oturma pozisyonunda kalması şikayetlerin artmasına sebep olabilir (78).

Gebelik döneminde reproduktif hormon seviyeleri artmaktadır ve relaksin hormonun seviyesi düşmektedir. Gebeliğin 12. haftasına kadar relaksin hormonu artmaktadır ve 12. haftadan 17. haftaya kadar seviyesi azalmaktadır. Ayrıca progesteron hormonu seviyesi artmaktadır bu da düz kasların gevşemesine neden olmaktadır. Bu hormonal değişimler sonucunda pelvik taban kaslarındaki kollajen yapı bozulabilir (79). Ayrıca gebelik boyunca pelvik taban büyüyen fetüsü, uterusu, plesantayı ve sıvıları desteklediği için pelvik taban kasları sürekli olarak stres altındadır (80). Bu da pelvik tabanın aşağı doğru yer değiştirmesine neden olur. Gebelik sürecinde oluşan bu durum sonucunda pelvik taban kasları zayıflamaktadır. Pelvik taban kaslar üzerine gebeliğin yarattığı bu etki doğum sonu erken dönemde de devam etmektedir (81).

2.3.13. Psiko-sosyal değişiklikler

Fizyolojik bir durum olan gebelik ve doğum anne için önemli bir stres kaynağı olabilir (82). Anne adayları bir yandan gebelik döneminde vücudunda meydana gelen fizyolojik değişikliklere uyum sağlamaya çalışırken, diğer taraftan anne olma fikrine alışmaya çalışmaktadır (83). Bu fikrin oluşmasında kadının, bebeğin varlığını benimsemesi önemlidir. Gebelik döneminde kadınlar annelik sorumluluklarını hissetmeye erken başlayabilirler (84). Erken dönemde başlayan sorumluluk hissi, annenin kendisine daha iyi bakmasını ve doğuma hazırlanmasını sağlayabilir. Özellikle ilk kez gebe olan ve ilk kez anne olacak kadınlar tanımlayamadığı birçok yeni ve karmaşık duyguyu bir arada yaşamaktadır. Anne hastaneden taburcu olup eve gelmesiyle artık hem annelik hem de kadınlık rolleriyle yeni sorumluluklar yüklenir ve bu duruma uyum süreci oldukça zordur (85). Annenin bu sorumluluklar ile başa çıkabilme endişesi, ilerleyen dönemlerde daha ağırlaşabilen ruhsal sorunlar yaşamasına neden olabilir. Birçok kadın için annelik, kendi kişisel kimliği üzerinde önemli etkilere sahip olduğunu düşünürken bazı kadınlara göre anne olma yeni sorumluluklar ile birlikte sosyal izolasyonu ve özgürlüğün kısıtlanması anlamına gelebilmektedir (86). Kadının anne olmadan sahip olduğu zengin sosyal hayatı ve yoğun çalışma temposu doğumdan sonra daha fazla psiko-sosyal sorun yaşamasına

neden olabilir (87). Annenin bebek bakım sorumluluğu ve evdeki görev yükünün artmasından dolayı zamanının büyük çoğunluğunu evde geçirmesi ve sosyal ortamlardan uzak kalması annede stres yaratabilir (84). Bu değişen rol dengesi sadece anneyi değil babayı da etkilemektedir, eşinin tüm ilgisinin bebeğin üzerinde olması birçok baba için stres yaratabilir. Çünkü eşlerin ilişkilerinde kazanılan annelik ve babalık rolleriyle ve sorumlulukların varlığı ile eski düzen bozulmuş rol ve sorumluluklar artmıştır. Aile bağları kuvvetli olan ailelerde bile bu sorunlar yaşanabilir. Bu açıdan ele alındığında postpartum dönem stresli bir dönem olup, uyum sağlamak güçtür ve zaman alabilir (88).

2.4. Sezaryen Doğum Sonrası Görülen Komplikasyonlar

2.4.1. Anesteziye bağlı komplikasyonlar

Sezaryen operasyonlarında başlıca genel anestezi ve bölgesel anestezi olarak iki anestezi yöntemi uygulanmaktadır. Genel anestezi acil olgularda ve kanama riski yüksek olduğu durumlarda hızlı ve güvenilir anestezi şeklidir (89). Bölgesel anestezi ise bilinç kaybına yol açmadan vücudun belli bölgelerinde sinir iletiminin ortadan kaldırılmasıdır (90). Bölgesel anestezi kendi içerisinde spinal anestezi, epidural anestezi ve kombine spinal-epidural anestezi olarak üçe ayrılmaktadır. Doğum sonrası kadınlarda anestezi sonrası nedeni tam olarak bilinmeyen fazla miktarda ısı kaybı ve sempatik uyarıya bağlanan şiddetli bir titreme görülmektedir (91). Genel anestezi sonrası en fazla ortaya çıkan komplikasyonlar; laringospazm ve aspirasyondur. Spinal anestezi sonrası özellikle frontal bölgede doğum sonrası dönemde 1-3 gün süren post-spinal puncture baş ağrısı oluşturmaktadır (92). Bu durum serebrospinal sıvının dura dışına kaçması sonucu gelişmektedir ve ayakta veya otururken baş ağrısı şiddetlenmektedir. Spinal anestezi sonrası geç dönemde ise; geçici sırt ağrıları, epidural apse veya meningitis ve kalıcı nörolojik hasarlar görülebilen komplikasyonlar arasındadır (93).

2.4.2. Postpartum hemoraji

Dünya Sağlık Örgütü sezaryen sonrası 1000 ml yi aşan kan kaybını postpartum hemoraj olarak tanımlamaktadır (94). Postpartum hemoraj daha fazla vajinal doğum sonrasında rastlansa da, önceden sezaryen geçiren hastaların tekrarlayan sezaryen operasyonları sırasında da görülebilmektedir (95).

Sezaryen sonrası hemoraj nedenleri; uterin damarlarda yaralanma, uterus atonisi, plasenta akreta, plasenta previya ve uterun rüptürü'dür. Uterus atonisi, doğum sonrası hemorajın en önemli nedenlerinden biridir (96). Yücel ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada önceden sezaryen olan kadınlarda doğum sonrası kanamanın nedenlerinden bir diğerini de plasentanın invazyon anomalileri olduğunu göstermişlerdir (97).

2.4.3. Tromboembolizm

Gebelik boyunca progesteron hormonu ven duvarlarına gevşetici etki oluşturmaktadır ve bu gevşetici etki genellikle alt ekstremitelerde görülen kandaki pıhtılaşma faktörlerinin artışına yol açmaktadır (98). Bu durum postpartum dönemde bir süre devam eder. Postpartum dönemde tromboflebite yatkınlık artmaktadır. Sezaryen doğum sonrası geç mobilize olan kadınlarda tromboflebit riski artmaktadır. Tromboembolizm risk faktörünü oluşturan durumlar; tromboembolitik hastalık öyküsü, obesite, multiparite, 35 yaş üstü gebelikler, doğum sonu hemoraj, doğum öncesi yatak istirahatine bağlı immobilizasyon, sezaryen doğum, damar ve doku travması olarak tanımlanmıştır (99). Postpartum dönem tromboemboliye sebep olan durumlar; postpartum pulmoner embolizm, femoral tromboflebit ve septik pelvik ven tromboflebitidir.

Femoral tromboflebit, sezaryen doğum sonrası 10-20 gün sonra venöz tromboz nedeniyle bacak venlerinde meydana gelen inflamasyondur. Doğum sonu dönemde 2-3. haftalarda üşüme, halsizlik, ateş, etkilenmiş bacakta ağrı, sıcaklık artışı ve ödem oluyorsa mutlaka femoral tromboflebit düşünülmelidir (100).

Septik pelvik tromboflebit sezaryen sonrası doğumda nadir görülmektedir. Pelvis ven duvarlarının herhangi bir nedenle hasara uğraması sonucu oluşan trombüsün bakteriler tarafından invaze edilmesi ve enfekte trombüsün parçalanarak

septik emboliye yol açmasıyla meydana gelmektedir. Bulgular genellikle postpartum 5-6.günde meydana gelmektedir (101). Brown ve arkadaşlarının septik tromboflebit görülme sıklığını sezaryenle doğum için 1:800 olarak bulmuşlardır (102).

Pulmoner emboli sezaryen doğum yapan kadınlarda daha fazla görülmektedir. Tromboflebitin en ciddi komplikasyonu pulmoner embolidir ki postpartum anne ölümlerinin en önemli sebepleri arasında yerini almaktadır. Pulmoner embolinin %70'inde yüzeysel ven trombozu vardır. Son dönemlerde postpartum dönemde annelerde tromboembolizm riski azaldığı göze çarpmaktadır. Bu riskin azalmasında günümüzde hastanelerde annelerin erken mobilize edilmesinin büyük katkısı olduğu düşünülmektedir (103).

2.4.4. Enfeksiyon

Sezaryen sonrası dönemde görülen en sık görülen enfeksiyonlar; endometritis, yara enfeksiyonu, mastit, üriner sistem enfeksiyonu ve septik pelvik tromboflebittir (104). Sezaryen doğum sonrası ilk 10 günde ortaya çıkan 38 derece ve üzerinde vücut sıcaklığı olması ve en az iki gün sürmesi üreme organlarında meydana gelen enfeksiyonu düşündürülebilir (103).

Endometritis, endometriumun enfeksiyonudur ve sezaryenle doğumların ise %15-30'unda görülür. Endometrit çoğu kadında asendan yolla gelen mikroorganizmaların dahil olduğu polimikrobial bir enfeksiyondur (105). Endometritis her doğumda görülebilir ancak genelde sezaryenle doğum ve koryoamnionit ile ilişkilidir (44).

Yara enfeksiyonları, sezaryen sonrası kontaminasyon miktarı ve hastanın direnci yara enfeksiyonunun gelişmesinde önemli bir faktördür. Yara enfeksiyonu insidansı %2,5-16'dır. Erken membran rüptürü, kordon prolapsusu, anemi, mekonyum varlığı, obezite, diyabet, kortizon tedavisi ve hematoma oluşumu yara enfeksiyonu riskini arttıran nedenlerdir. Preoperatif hazırlığın ve erken tanının yara enfeksiyonunun önlenmesinde büyük önemi vardır (106).

Sezaryen sonrası en sık karşılaşılan enfeksiyonlardan biri de; üriner enfeksiyonlardır. Üriner enfeksiyonların en önemli nedeni üriner kateterizasyondur. %2-16 oranında sezaryen sonrası üriner enfeksiyon oluşma riski vardır. Üriner kateterizasyonun olabildiğince az kullanılması, kullanılması zorunluysa mümkün olan en kısa zamanda çıkarılması üriner enfeksiyonları önlemede en iyi yoldur

(107).Sezaryen sonrası görülen üreme sistemi enfeksiyonu önemli maternal mortalite nedenlerinden birisidir. Uterus gebelik boyunca ve membranlar rüptüre oluncaya kadar sterilidir. Sezaryen doğum sonrası membranlar rüptüre olduktan sonra ise üriner enfeksiyonlara açık bir hal alır (108). Hüseyin Yılmaz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada doğum sonrası dönemde üriner sistem yaralanmalarının %85.7'si mesane yaralanması, %14.3'ü üreter yaralanması olduğu bulunmuştur (109). Uterustaki insizyon yerinin uzaması veya kanamanın kontrolünün sağlanması için sütür konması sırasında üreter yaralanmaları oluşmaktadır (106). Sezaryen doğum sonrası karşılaşılan enfeksiyonlardan biri olan mastitis; meme bağ dokusunun enfeksiyonudur (37). Meme enfeksiyonlarının en önemli belirtileri; ateş, baş ağrısı, grip benzeri belirtiler, memede kızarıklık, şişlik, ağrı, sıcaklık, sertlik ve hassasiyettir. Mastitis genellikle doğumdan 1 hafta sonra ortaya çıkmaktadır (37). Mastit oluşumunda en önemli risk faktörü; engorjmana bağlı sorunlar ve meme başı çatlaklarıdır. Sezaryen doğum sonrasında engorjmana bağlı sorunlar daha fazla yaşanmaktadır. Bunun nedeni genel anestezi sonrasında annenin anestezi etkisinden kurtulma sürelerinin uzun olması, anne ile bebeğinin bir araya gelmesinin uzun olması, cerrahi sonrası vücuttaki stresin oksitosin yanıtını baskılaması gibi nedenlerle sezaryende annenin bebeği emzirmeyi başlamasının gecikmesidir. Emzirme sürecinin uzaması engorjmana bağlı sorunlara dolayısıyla da mastite neden olmaktadır (110). Bu nedenle sezaryen doğum sonrası annelerin 4 saat içinde emzirerek memeleri boşaltmaları gerekmektedir (111).

2.4.5. Kas-iskelet sistemi problemleri

Gebelik dönemi boyunca ve doğum sonrası dönemde oldukça sık karşılaşılan kas-iskelet problemlerinden biri bel ağrısıdır (112). Vleeming A. ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kadınların %50 sinin gebelik boyunca ve postpartum dönemde bel ağrısı şikayetlerinin olduğu gösterilmiştir (113). Gebelik boyunca uterusun büyümesiyle anterior ağırlığın artması ile ortaya çıkan postürel değişiklikler özellikle lomber lordozdaki artış sonucunda abdominal kaslarda uzama ve tonus kaybı, lomber ekstansörlerde kısalma ve tonus artışına yol açmaktadır. Postürel değişikliğe bağlı olarak gelişen kas dengesizlikleri gebelikte ve doğum sonrası bel ağrılarına neden olmaktadır.

Doğum sonu dönemde annede meydana gelen hormonal fluktuasyonlar postürel değişimlerin yanı sıra biyomekanik ve vasküler değişiklikler de yaratır. Tüm bunlar bel ağrılarının oluşmasında rol oynayabilir (114). Gebelik boyunca hormonal değişikliklerden kaynaklanan ligamentöz laktisite ile doğum sonrası dönemde inaktif kalan zayıflamış abdominal kaslar ve azalmış mekanik kontrol sonucunda bel bölgesi yaralanmalara açık hale gelmektedir. Doğum sonrası dönemde östrojen hormonunun azalmasıyla kemik üzerindeki koruyucu etkisinin kaybolması ve laktasyona eşlik eden hiperprolaktinemi kemik yoğunluğunun azalmasına neden olur (115). Kemik yoğunluğunun azalmasıyla birlikte postpartum dönemde travma olmaksızın vertebralarda kompresyon kırıkları oluşmaktadır. Postpartum dönemde görülen bel ağrıları nedenlerinden biri bu kırıklar da olabilir (116). Ösgaard ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada gebelik öncesi kronik bel ağrısı olan annelerin postpartum erken ve uzun dönemde bel ağrılarının devam ettiği gösterilmiştir. Aynı zamanda bu çalışmanın sonuçlarına göre annenin bel ağrısı ile bebek ağırlığı arasında korelasyon saptanmamıştır (117).

Abdominal kas zayıflıkları nedeniyle oluşan doğum sonu dönemde olan kas-iskelet sistemi komplikasyonlarından biri de Diastasis Recti Abdominis'tir (118). Rectus abdominis kasının linea alba'dan ayrılması olarak tanımlanır (119). Gebelikte yaklaşık 14. haftada başlayan diastasis recti abdominis, postpartum dönem 8. haftaya kadar devam etmektedir. Doğumdan sonra diastasis recti tedavi edilmezse abdominal duvarı destekleyen yapılar mekanik olarak bozulur (81). Rectus abdominis kasındaki bu ayrılma abdominal kasların zayıflamasına neden olur bu da pelvik stabilizasyonun azalmasına ve lumbal bölgeyi yaralanmalara açık hale getirir (120).

Doğum sonrası dönemde lumbal bölge ağrıları annenin günlük yaşam aktivitelerini, yaşam kalitesini ve uyku kalitesini önemli derecede etkilediği gibi bebek bakımını da zorlaştırır (113). Postpartum dönemde bağların ve ligamentlerin elastikiyeti sonucunda posterior ligamentlerin fonksiyon görmemesi durumunda, sakrum üzerindeki innominateler anteriora hareket eder ve anterior ligamentler zayıf olduklarında bu rotasyona karşı koyamazlar. Buna bağlı olarak sakroiliak eklem hasarlanır ve anteriora fikse olur (121). Gebelik dönemi boyunca bel bölgesinde ağrı şikayeti ile başvuran hastaların yaklaşık %20-80'inde ağrının sakroiliak eklem disfonksiyonu kaynaklı olduğu ve postpartum dönemde de devam ettiği saptanmıştır

(122). Gebelik dönemi boyunca karşılaşılan kas-iskelet problemlerinden biride; torakal bölgedeki ağrılardır. Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde memelerin büyümesiyle torakal bölgede kifozun artması ve kosto-vertebral ve kosto-transvers eklemlere binen yükün artması sebebiyle gebelik süresince ve doğum sonu dönemde sırt ağrıları oluşmaktadır (81). Sezaryen için uygulanan epidural anestezi dura ve epidural aralıktaki küçük bir hematoma oluşmasına neden olabilir ve buna bağlı olarak da sırt ağrısı oluşabilir. Ayrıca doğum sonrası ergonomik olmayan emzirme pozisyonları ve alt değiştirme pozisyonları da annelerde postpartum dönemde gelişen sırt ağrısının önemli nedenlerinden biridir (123). Gebelikte olan hormonal değişiklikler ve fetüsün büyümesiyle pelvik taban kaslarının zayıflamasına neden olmaktadır. Pelvik tabanın gebeliğin erken dönemlerinden itibaren aşağı doğru yer değiştirdiği perineal ultrason ile saptanmıştır (124). Erken gebelik döneminde mesane ve üretra mobilitesinin arttığı ve gebeliğin ilerleyen dönemlerinde bu mobilite artışının daha da belirgin olduğu gösterilmiştir. Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde fetal ağırlığın artması, pelvik taban kasları üzerinde sürekli stres ve baskıya neden olmaktadır (125). Gebelikte olan bu değişiklikler üriner inkontinans problemine zemin hazırlamaktadır (126). Üriner inkontinans şikayeti ile başvuran hastalar sorgulandığında, %65'inin şikayetlerinin gebelikte veya postpartum dönemde başladığı tespit edilmiştir (127). Brown ve arkadaşlarının 1500 nullipar kadın üzerinde yaptığı bir çalışmada doğumdan sonraki bir yıl içerisinde kadınların %47'sinde üriner inkontinans görüldüğü tespit edilmiştir (128). Guri ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada gebeliğe bağlı üriner inkontinans oranının nulliparlarda yüzde 10,1, sezaryen doğumda yüzde 15,9, vajinal doğumda ise yüzde 21 olarak bulunmuştur (129). Gebelikte anne yaşının ileri olması, gebelik döneminde içilen sigara, kadının beden kitle indeksi 30 üzerinde iken gebe kalması; gebelik süresince ve doğum sonrasında üriner inkontinans riskini önemli bir şekilde arttırmaktadır (130,131) .

2.4.6. Gastrointestinal sistem problemleri

Sezaryen doğum sonrasında 6-12 saat boyunca immobil olan annelerde doğum sonrası ilk günlerde abdominal distansiyon ve konstipasyon problemleriyle karşılaşılmaktadır. Normal bağırsak hareketlerine sahip olan kadınlar gaz ve gaita çıkarabilmektedir fakat 48 saatten fazla sürede gaz ve gaita çıkaramayan annelerde

ağrı, bulantı, kusma ve solunum disfonksiyonu gelişmektedir (132). Sezaryen operasyon sonrası dönemde hastaların, mide ve bağırsaklarında sıvı ve gaz birikimi abdominal distansiyona neden olmaktadır. Abdominal insizyon, genel anestezi ve sempatik hiperaktivite abdominal distansiyon gelişmesine neden olmaktadır (133). Paralitik ileus ve gastrik dilatasyon, operasyon sonrası abdominal distansiyonun uzun süre devam etmesiyle bağırsağa gelen kan akımının azalmasına bağlı olarak oluşmaktadır (134). Paralitik ileus, mide ve bağırsak motilitesindeki geçici rahatsızlık olarak tanımlanmaktadır. Ameliyat sonrası erken dönemde oral yoldan beslenme bağırsak hareketlerinin başlamasına yardımcı olsa da annede kusma, bulantı, aspirasyon gibi sıkıntılar yaşanmasına neden olabilir (135).

Doğum sonrası erken dönemde yaşanan problemlerden biri de konstipasyon problemidir. Abdominal kasların zayıf olması, annede diastasis rekti abdominis olması, bağırsak düz kaslarındaki gevşeme, hastanede beslenme alışkanlığının farklı olması, demir hapi kullanımı, sezaryen operasyonundan sonra ıkınma ile insizyon yerine zarar vereceğinden korkma nedeniyle konstipasyon oluşmaktadır (81).

2.4.7. Doğum sonu duygusal değişimler

Doğum sonu dönemde annede hormonal, fizyolojik değişimlerin yanı sıra üstlenmek zorunda olduğu yeni sorumluluklarla başa çıkmak zorundadır (136). Bu dönemde anneler bu duruma adapte olmaya çalışırken bir yandan da bebeğin ihtiyaçlarını gidermek durumundadırlar (137). Bebeğin bakımında yetersizlik, yorgunluk, eş ve aile desteğinin yetersiz olması, yeni sorumluluklarla baş edememe korkusu, hormonal değişiklikler ve fiziksel görünümün bozulması doğum sonu dönemde psikolojik sorunlara neden olmaktadır (138). Doğum sonrası duygusal bozukluklar; annelik hüznü, depresyon ve psikoz olarak ele alınabilir.

2.4.8. Postpartum hüznü

Doğum sonrası ilk 10 gün içinde karşılaşılan ağlama nöbetleriyle seyreden anksiyete, irritasyon ve halsizlikten oluşan bir tablodur (139). Postpartum hüznü; doğum sonu 2-4. günlerde östrojen, progesteron ve gonadotropin hormon seviyelerinde değişimden kaynaklanan geçici bir durum olarak kabul edilmektedir (140). Doğum sonrası ilk 10 günde annelerin % 50-80'inde görülmektedir. Doğumdan sonra ilk 3-5 gün içinde çok yoğun olarak yaşanmaktadır (141). Ağlama, sinirlilik, duygulanımda hızlı değişim, anksiyete, öfke, yoğunlaşma güçlüğü, bitkinlik,

uykusuzluk, baş ağrısı, hayal kırıklığı ile karakterize postpartum hüüzün genellikle doğum sonrasında 10. günde geçmektedir (142).

2.4.9. Postpartum depresyon

Doğum sonrasında dönemde ilk dört hafta içerisinde ortaya çıkmaya başlayan ve iki yıla kadar süren; annenin, bebeğin ve ailenin sağlığını tehdit eden oldukça önemli bir sağlık problemidir (143). Postpartum depresyon belirtileri doğum sonrası genellikle ilk 6 hafta içinde; nedensiz ağlama, uyuyamama, konsantrasyon güçlüğü, irritabilite ve umutsuzluk şeklindedir ve şiddeti doğumdan sonra yavaşça artmaktadır (144). Bazı kadınların doğum sonrasında hormon düzeylerindeki hızlı değişime karşı hassas oldukları, duygulanımda değişiklik yaşadıkları ve bu değişimlerin postpartum depresyona neden olduğu ileri sürülmüştür (145). Postpartum depresyon belirtileri; devam eden üzüntü hali, ağlama ya da ağlamaklı halde olmak, yorgunluk, irritabilite, anksiyete, hayata dair ilgi kaybı ve hayattan tat alamama, iştah kaybı, enerji ve motivasyon kaybı, uyku bozuklukları, uykuya dalmada ve uykuda kalmada sorunlar, kendini değersiz ve suçlu hissetme, açıklanamayan kilo kaybı ya da alımı, hayatı yaşanmaz hissetme ve bebeğe az ilgi göstermedir (146). Bu durum hem annenin öz bakımını hem de bebek bakımını olumsuz yönde etkilemektedir (147). Goodman ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada doğum sonrası depresyon insidansının arttığı belirtilmiştir. Geniş örneklem büyüklüğü ile yapılan istatistiksel çalışmalara göre doğum sonu depresyon sıklığı %20-40 arasındadır. Annenin yaşadığı uzun dönemli doğum sonu depresyonun bebeklerin sosyal, emosyonel, kognitif ve fiziksel gelişimlerini olumsuz yönde etkilediği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (148). Britto ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, postpartum depresyonu olan annelerin bebekleriyle daha az ilgilenmelerinin, bebeklerine daha az dokunmalarının, daha az oynamalarının, bebekle iletişimde ses tonlarının daha yüksek ve sert olması bebeğin daha sonraki dönemlerde mental, emosyonel ve fiziksel gelişimlerini etkilediği gösterilmiştir (149). Mccoy ve arkadaşlarının postpartum 4. haftadaki 209 kadın üzerinde yaptıkları bir çalışmada, emziren kadınların emzirmeyen kadınlara oranla postpartum depresyon sıklığının daha az olduğunu bulmuşlardır. Aynı çalışmada daha önceden geçirilen psikolojik problemlerin ve sigara kullanımının postpartum dönemdeki postpartum depresyon olasılığını arttırdığını ancak doğum şeklinin postpartum dönemdeki depresyon üzerinde etkisinin bulunmadığı

gösterilmiştir (150). Mclearn ve arkadaşlarının postpartum depresyonu olan 4874 anne üzerinde yaptıkları bir çalışmada ise; postpartum depresyonun annelerin bebeklerini emzirmeyi devam ettirme oranlarını ve bebek bakımına gösterdikleri ilgiyi azalttığı gösterilmiştir (151).

2.4.10. Doğum sonrası psikoz

Görülme sıklığı sadece % 0,1-0,2 olmasına rağmen doğum sonrasında yaşanan en ciddi psikiyatrik bozukluktur (152). Genel olarak doğum sonu 2-3. günler ile 3. hafta arasında ortaya çıkmaktadır. Genç yaşta doğum yapan annelerde, ilk doğumunu yapan annelerde, daha önce ruhsal hastalık geçiren annelerde daha sık görülmektedir (153). Hastaların çoğunda perinatal tıbbi komplikasyonlar vardır. Bebeğinin sakat doğduğu ya da ölü olduğuna dair saplantı ve halüsinasyonlar görülebilmektedir (154). Yapılan birçok çalışmada doğum sonu psikozun nedeninin östrojen ve progesteron hormonlarının aniden düşmesi olduğu ileri sürülmüştür ve bu hormolara tedavinin etkili olmadığı bulunmuştur. Nadiren enfeksiyon, ilaç intoksikasyonu, kan kaybı gibi nedenlerinde doğum sonrası psikoza katkıda bulunabileceği belirtilmiştir (155). Bazı araştırmacılar, doğum sonrası psikoz ile son dönemde olan stresli yaşantılar arasında bağlantılar olduğunu ve ilk doğumunu yapan annelerde çok görüldüğünü belirtmiştir. Bu nedenle psikoz gelişiminde psikososyal etkenlerin rolü olduğu sonucuna varmışlardır (156).

2.5. Postpartum Dönemde Fizyoterapi ve Rehabilitasyon

Temelde koruyucu bir sağlık hizmeti olan postpartum fizyoterapi ve rehabilitasyon uygulamaları ile annenin ve bebeğin sağlığının iyileştirilmesi ve oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi veya en aza indirilmesini sağlanmaktadır.

Bu dönemde uygulanacak fizyoterapinin amacı; ağrıyı azaltmak, mobilitayı arttırmak, mümkün olan en kısa sürede annenin bağımsızlığını sağlamak ve özellikle sezaryen sonrası oluşan bağırsak sorunlarını azaltmaktır (157). Fizyoterapi ve rehabilitasyon programı; bu dönemde karşılaşılan sağlık problemlerini azaltmakla birlikte annenin yaşam kalitesini arttırmakta, bebek bakımı ve özbakımında olumlu etkilere sahip olmaktadır. Sezaryen ile doğum yapmış 50 kadın üzerinde hastanede kalış süresinde yaşanan problemler üzerine fizyoterapi programının etkisini inceleyen bir çalışmada, doğum sonrası erken dönemde uygulanan fizyoterapi

programının rutin medikal bakım alan gruba göre ambulasyon süresini kısalttığı, insizyon ağrısını azalttığı ve bağırsak fonksiyonlarının daha erken başlamasına neden olduğu bildirilmiştir (158).

2.5.1. Değerlendirme

Gebelik ve doğum sonu meydana gelen postüral, fizyolojik, hormonal değişiklikler postpartum dönemde kas-iskelet sistemi problemlerine neden olmaktadır. Doğum sonrası erken dönemde oluşabilecek komplikasyonları önlemek ve annenin ihtiyaçlarını gidermek amacıyla kişiye özel ve hedefe yönelik uygun değerlendirme yöntemlerinin kullanılması oldukça önemlidir.

2.5.1.1. Tıbbi hikaye

Kadınların yaş, meslek ve eğitim durumu gibi demografik bilgileri kaydedilmelidir. Sahip oldukları hastalıklar, kullanılan ilaçlar ve özgeçmiş ve soy geçmiş bilgileri sorgulanmalıdır.

2.5.1.2. Obstetrik hikaye

Gebelik, doğum ve düşük sayısı, önceki gebelikte ve şimdiki gebelikte veya doğum sonrası yaşadıkları komplikasyonlar, bebekte herhangi bir konjenital problem olup olmadığı gibi şu anki ve önceki obstetrik durumuna ait bilgiler alınmalıdır.

2.5.1.3. Kas iskelet sistemi, yumuşak doku ve eklem değerlendirmesi

Gebelik boyunca yaşanan kas iskelet sistemi rahatsızlıkları sorgulanmalıdır. Doğum sonrası dönemde gözlem, palpasyon, pasif ve aktif eklem hareket açıklığı ölçümü, kas kuvveti ölçümü yapılmalıdır. Doğum sonu erken dönemde diastasis rekti abdominis varlığı ve pelvik taban kaslarının istemli kontraksiyonları da değerlendirilmelidir.

2.5.1.4. Postür analizi

Doğum sonrası dönemde kadınlara postür analizi yapılmalı ve postüral hatalar tespit edilmelidir. Bebek bakımı sırasında da gözlemsel analizle postür değerlendirilmesi yapılması oldukça önemlidir.

2.5.1.5. Fiziksel aktivite düzeyi

Gebelik öncesi ve şimdiki fiziksel aktivite düzeyi ve fiziksel aktivite kısıtlanması olup olmadığı sorgulanmalıdır.

2.5.1.6. Vital bulgular

Dinlenmede, aktivitede, eğer egzersiz uygulaması yapılacaksa egzersizden önce ve sonra kan basıncı, kalp hızı, solunum frekansı gibi vital bulgular değerlendirilmelidir.

2.5.1.7. Ağrı

Öncelikle ağrı varlığı sorgulanmalıdır. Varsa ağrının şiddeti, sıklığı ve lokalizasyonu gibi ağrıya ait özellikler yönünden kadınlar değerlendirilmelidir. Özellikle doğum sonrası erken dönemde insizyon ağrısı değerlendirilmelidir. Kas iskelet sistemi komplikasyonu olan kadınlarda, sırt ağrıları, bel ağrısı, abdominal ağrı, perineal ağrı, symphysis pubis ağrısı veya varsa yansıyan ağrı ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır.

2.5.1.8. Sezaryen doğum sonrası komplikasyonlarının değerlendirilmesi

Sezaryen sonrası erken dönemde sık yaşanan problemlerden biri olan gastrointestinal sistem şikayetleri sorgulanmalı, varsa dışkılamaya veya gaz çıkışına ait sorunlar not edilmelidir. Sezaryen sonrası postpartum hemoraji, enfeksiyon durumu, mastit sorgulanmalıdır. Postpartum yorgunluk da değerlendirilmelidir.

2.5.1.9. Psikososyal değerlendirme

Doğum sonrası depresyonda annenin yaşam kalitesini ciddi orandan etkileyen ve bebek bakımını sekteye uğratan faktörler olduğu için mutlaka değerlendirilmelidir. Bir diğer değerlendirilmesi gereken parametre de ebeveynliğe uyum ve partner ilişkisidir. Bu konuda yaşanan problemlerde en az kas iskelet problemleri kadar anneyi ve bebeği etkiler. Sezaryen doğum sonrası geç dönemde seksüel disfonksiyon sık görülen komplikasyonlardan biri olduğu için cinsel fonksiyona ait sorgulama da yapılmalıdır.

2.5.1.10. Ergonomik değerlendirme

Doğum sonrası erken dönemde mutlaka ergonomik değerlendirme yapılmalıdır. Annenin bebek bakımı ve emzirme sırasındaki vücut dinamikleri açısından gözlemsel analiz yapılmalıdır. Varsa annenin bebek bakımı, öz bakımı ve emzirme sırasındaki hataları kaydedilmelidir.

2.6. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Uygulamaları

2.6.1. Termoterapi

Postpartum dönemde ortaya çıkan kas-iskelet sistemi problemlerinde kullanılan tedavi yöntemlerinden biri de termoterapi (sıcak uygulaması) dır (159). Sıcak uygulaması kan damarlarında vazodilatasyon etki oluşturarak doku metabolizmasını hızlandırmaktadır. Doku metabolizmasının hızlanması ile kollajenaz gibi enzimlerin aktiviteleri artmaktadır. Dokuların viskoelastik özelliklerindeki değişimlere bağlı olarak sinir uçlarındaki baskı ve gerilme gibi mekanik etkenler azalarak, kas spazmı azalmaktadır ve bunun sonucunda da analjezik etki ortaya çıkmaktadır (160). Isabella ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada postpartum dönemdeki 166 kadında uygulanan bitkisel buhar banyosu ile uygulanan termoterapi tedavisinin etkileri incelenmiş, uygulanan termoterapinin kaslarda gevşemeyle birlikte eklem ve kas ağrıları, konstipasyon, iştah azalması ve ödem üzerinde olumlu etkileri olduğu sonucuna varılmıştır (161). Postpartum dönemde özellikle doğum sonrası epizyotomi ağrılarına uygulanan termoterapi yöntemlerinden birisi de soğuk uygulamadır. Soğuk uygulaması ile görülen analjezik etki soğuğa duyarlı liflerin uyarılması, kapı kontrol mekanizması ve supra segmental düzeyde endorfin salınım ile oluşmaktadır. Ayrıca kapı kontrol teorisi ile oluşan etki; derideki soğuk reseptörlerin uyarılması ile A liflerinin arka boynuza giden uyarıların geçişini engelleyerek analjezik etki yarattığı varsayılmaktadır (162). Steen ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada soğuk uygulamanın doğum sonrası epizyotomi ağrısı üzerine etkileri incelenmiştir. Bu çalışmada postpartum dönemde 450 kadın; buz torbası uygulanan grup, soğuk jel pedleri grubu ve kontrol grubu olarak üçe ayrılmıştır. Sonuçta soğuk uygulama yapılan iki grupta kontrol grubuna göre perineal ağrıda önemli derecede azalma olduğu bulunmuştur. Çalışmadan çıkan bir diğer sonuç; soğuk jel pedleri ile soğuk uygulamanın buz torbasına göre daha çok tercih edilmesidir (163).

2.6.2. Elektroterapi uygulamaları

Postpartum dönemde ortaya çıkan kas-iskelet problemlerinin tedavisinde kullanılan bir başka yöntemde elektroterapi yöntemidir. Özellikle ağrı kontrolünde analjezik elektroterapi yöntemleri daha sıklıkla tercih edilmektedir. Bu yöntemlerden biri olan Transkutanöz Elektrik Sinir Stimülasyonu (TENS) ağrının giderilmesi için kullanılan, noninvaziv bir terapi yöntemidir. Doğum sonu dönemde kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarından dolayı oluşan ağrı tedavisinde kullanılan TENS, spinal kolonun dorsal boynuzunda yer alan substantia gelatinosadaki inhibitör internöronların aktive eder böylece ağrının iletimini engelleyerek analjezik etki yaratır (164).

Kayman ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada kadınların doğum sonrası dönemdeki ağrı kontrolü üzerinde Tens'in etkisi incelenmiştir. Çalışmaya 100 sezaryenle doğum yapan ve 100 epizyotomi uygulanmayan vajinal doğum yapan kadın katılmış ve çalışma 4 gruba ayrılmıştır. Birinci grup sezaryen ile doğum yapan 50 kadından oluşan kontrol grubudur. İkinci grup ise sezaryen ile doğum yapan 50 kadından oluşan doğum sonrası abdominal insizyon yerine tens uygulanan tedavi grubudur. Üçüncü grup; vajinal doğum yapmış 50 kadından oluşan kontrol grubudur. Dördüncü grup ise vajinal doğum yapmış 50 kadının uterin fundus lokasyonuna doğum sonrası bir kere 30 dakika boyunca Tens tedavisi uygulanan grubudur. Ağrı şiddeti uygulama öncesi ve sonrası görsel analog skalası ile ölçülmüştür. Çalışmanın sonucunda sezaryenle ve vajinal doğum yapmış kadınlara uygulanan Tens tedavisinin doğum sonrası 8. saatte annelerin analjezik gereksinimlerini anlamlı derecede azalttığı belirtilmiştir (165). Postpartum dönemde doku iyileşmesini hızlandırmak ve iyileşmeyi tetikleme amacıyla uygulanan derin dokuda ısınma etkisi yaratan elektriksel ajanlar da kullanılabilir. Derin dokuda ısı artışı yaratmak amacıyla kullanılan elektroterapi yöntemlerinden biri olan Ultrason; yüksek frekansa sahip ses dalgalarının dokularda absorpsiyonu ve ara yüzeylerden yansıması esnasında ısı enerjisine dönüştürür ve özellikle postpartum dönemde sık görülen problemlerden biri olan mastitte kullanılan tedavi yöntemlerinden biridir (166). Ultrasonun fizyolojik etkileri; doku metabolizmasını, kan akımını, konnektif dokunun elastikiyetini ve biyolojik membranların geçirgenliğini artırır (167). Semmler ve arkadaşlarının postpartum dönemde mastiti olan 197 kadın üzerinde ultrason uygulamasının etkileri

araştıran bir çalışmada kadınlar tedavi ve plasebo grubu olarak ikiye ayrılmıştır. Her iki grupta emzirmeden 1 saat öncesinde meme üzerine 15 dakika boyunca ultrason tedavisi uygulanmıştır. Çalışma sonucunda tedavi grubunda ultrason uygulamasının visüel analog skalası ile ölçülen mastite bağlı ağrı şiddetini azalttığı gösterilmiştir. (168). Postpartum dönemde derin dokuda ısı etkisi yaratan elektroterapi yöntemlerinden biri de kısa dalga diatermidir (169). Kısa dalga diatermi, kan damarlarında vazodilatasyon etkisi yaratarak dolaşımı hızlandırır, kas spazmını azaltır, periferik sinirin iletimini hızlandırır, bağ dokusunun esnekliğini artırır ve gevşeme meydana getirir (170). Yapılan bir çalışmada postpartum dönem perineal ağrı üzerine kısa dalga diaterminin etkileri incelenmiştir. Doğum sonrası ilk 24 saatte başlanan kısa dalga diatermi uygulaması, 10 dk süreyle, 36 saat aralıklarla toplam 3 seans uygulanmış. Çalışma sonucunda kısa dalga diatermi uygulamasının doğum sonrası perineal ödemi azaltarak ağrı üzerinde olumlu etki yarattığı gözlenmiştir (171).

2.6.3. Manuel Tedavi

Manuel tedavi; kas-iskelet sistemine ait yaralanmaların ve fonksiyonel bozuklukların tedavisinde kullanılan manipülasyon, mobilizasyon, statik germe ve kas enerji tekniklerinden oluşan tedavi yöntemlerinden biridir (172). Spinal kapı kontrol mekanizmasını etkilediği düşünülerek, ağrıyı spinal ve supraspinal düzeyde baskılayan bir yöntemdir. Manuel terapi ile vertebrayı normal postürüne döndürmek ve mobilitenin yeniden kazanılması hedeflenmektedir (173). Schwerla ve arkadaşları postpartum dönemde 80 bel ağrılı kadında yaptıkları bir çalışmada manuel terapi tekniklerinin postpartum dönem bel ağrısına etkisini incelemişlerdir. Kadınlara manuel terapi tekniklerinden; myofasyal gevşetme tekniği, indirek tekniklerden fonksiyonel teknikler ve dengeli ligamentöz teknik, visseral ve kranial teknikler uygulanmıştır. Çalışmanın sonucunda manuel terapi ile vizüel analog skalası ile ölçülen lumbal bölgedeki ağrı şiddetinde ve oswestry özür indeksi ile ölçülen disabilite düzeyinde azalma olduğu bulunmuştur (174). Victoria ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada yine manuel terapinin postpartum dönemde bel ağrısına etkisi incelenmiştir. Çalışma; postpartum dönemde bel ağrısı olan 59 kadın üzerinde yapılmıştır. Çalışma iki gruba ayrılmıştır. Birinci grup sezaryen doğum yapan kadınlar ikinci grup vajinal doğum yapan kadınlardan oluşmaktadır. Her iki gruba da

manuel terapi yöntemlerinden; myofasyal gevşetme ve kolaylaştırılmış pozisyonel gevşetme tekniği uygulanmıştır. Her iki grupta da tedavi ile bel ağrılarında önemli azalma olduğu bulunmuştur. Tedavi sonrası gruplararası Vas skoru karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (175).

2.6.4. Pulmoner rehabilitasyon

Doğum sonu erken dönemde hayati öneme sahip olan solunum fonksiyonlarının iyileştirilmesi için pulmoner rehabilitasyon uygulamaları anestezi şekline göre, kadının gereksinimlerine ve klinik özelliklerine göre bireyselleştirilmeli ve doğum sonu erken dönemde başlanmalıdır. Pulmoner rehabilitasyonun amacı; pulmoner volümü ve akciğer kapasitelerini özellikle fonksiyonel respiratuar kapasiteyi ve alveolar ventilasyonu arttırmaktır (176). Genel anestezi uygulaması ile sezaryen olan ve solunum sistemine ait bir komplikasyon geliştirmeyen annelerde dahi operasyon sonrası her saat başı torakal ekspansiyon ve maksimum ekspirasyonda tutma egzersizleri ve insentif spirometre kullanılmalı böylece anesteziye ait olumsuz etkiler önlenmeye çalışılmalıdır. Doğum sonu sekresyonu olan kadınlarda ise, insizyon yeri bir yastıkla desteklenerek sekretuar drenajın sağlanması amacıyla postüral drenaj ve zorlu ekspirasyon teknikleri uygulanabilir. Etkili bir pulmoner rehabilitasyon programı, doğum sonrası pulmoner komplikasyonları önler ve hastaların taburculuk süresini kısaltır (177).

Sezaryen doğum sonrası akciğer fonksiyonlarını etkileyen durumlar; anestezi sırasında kullanılan ajanların yanı sıra anestezi tipi ve süresidir. Epidural anestezi, anterior abdominal kasların denervasyonu sonucu ekspiratuar eforu azaltmaktadır (178). Solunum egzersizlerinin akciğer hacmini, ventilasyonu ve gaz değişimini arttırdığı, torakal kafesin mobilizasyonunu sağladığı, solunum kaslarının etkinliğini ve enduransını arttırdığı gösterilmiştir (179).

2.6.5. Pelvik taban rehabilitasyonu

Gebelik ve doğumla pelvik taban kaslarının güçlenmesi ve fonksiyonelliğini arttırmak amacıyla doğum sonranda pelvik taban kasları kuvvetlendirilmelidir (180). Pelvik taban kas egzersizleri ile elde edilen güçlü bir pelvik taban, üretral kapanma basıncını artırır ve intraabdominal basınç artışına karşı üretral mobilitiyi önler, kontinansı sağlar (181). Pelvik taban egzersizlerinin uzun süre yapılması ile Tip I

liflerinde hipertrofi meydana gelmektedir ve bu da vajinal destek yapının artmasına neden olur. Tip I lifleri oksidatif metabolizmaya sahip olup yorulmaya dirençlidir ve kasılma süreleri uzundur. Düzenli ve doğru olarak yapılan pelvik taban egzersizleri ile aktif motor ünite sayısı ve bunların uyarılması artmaktadır (182). Yapılan çalışmalarda postpartum dönemde uygulanan pelvik taban kas kuvvetlendirme egzersizlerinin üriner inkontinans gelişimini azalttığı gösterilmiştir (183). Morkved ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ise pelvik taban egzersizlerinin postpartum dönemde üriner inkontinansı önlemedeki etkisi incelenmiştir. Çalışmaya 162 kadın katılmıştır. Müdahale grubuna 8 hafta boyunca pelvik taban kuvvetlendirme egzersizleri verilmiştir. Çalışmanın sonucunda; müdahale grubunda pelvik taban kas kuvvetinin ve fonksiyonel durumunun kontrol grubuna göre daha iyi olduğu ve postpartum dönemde üriner inkontinansı önlemede etkili olduğu bulunmuştur (184).

2.6.6. Egzersiz eğitimi

Yapılan çalışmalarda postpartum dönemde kadınların fiziksel olarak yaklaşık %64'ünün yeterince aktif olmadığı bildirilmiştir (185). Postpartum dönemde anne sağlığı açısından egzersizin önemi çok büyüktür. Doğum sonu dönemde planlanan egzersiz programının gebelik boyunca oluşan postüral bozukluklardan kaynaklanan bel ağrısını azalttığı, doğum sonu pelvik taban kaslarının disfonksiyonunu önlediği, sezaryen operasyonu sonunda gastrik ve bağırsak hareketlerinin daha hızlı normale dönmesini, kardiyorespiratuvar sağlığın iyileşmesini sağladığı ve doğum sonu depresyonunun önleminde olumlu etkileri olduğu bilinmektedir. Yayımlanan rehberlere göre bu dönemde uygulanacak egzersizler hem kuvvetlendirme hem de aerobik komponentleri içermelidir (186,187).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) doğum sonu dönemde haftada 4 ile 5 kez aerobik egzersiz yapılmasını önermektedir. Aerobik egzersizler; postpartum dönemde oluşan duygusal stresleri azaltır, annenin kendine güvenini, öz yeterliliğini, kardiyorespiratuvar sağlığı iyileştirir, kolestrol seviyesini ve insülin duyarlılığını olumlu etkiler, kasları ve kemikleri güçlendirir ve osteoporozu önler (188).

Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği'nin yayınladığı fiziksel aktivite rehberine göre postpartum dönemde annelere gün içerisinde 30 dakika, haftada en az 150 dakika orta şiddette aerobik aktivite (tempolu yürüyüş eşdeğeri) önerilmektedir (189). Yürüyüş egzersizleri hem gebelikte hem de doğum sonrası dönemde güvenli

bir şekilde önerilen en yaygın aerobik egzersiz türüdür (190). Armstrong ve arkadaşlarının yaptıkları pilot bir çalışmada postpartum dönemde yapılan egzersizlerin ve sosyal desteğin postpartum depresyon üzerindeki etkileri incelenmiştir. Çalışma egzersiz ve sosyal destek alan grup ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılmıştır. 12 hafta boyunca egzersiz grubuna haftanın üç günü yürüme egzersizi haftanın bir günü de sosyal destek programı uygulanmıştır. Kadınların tedavi öncesi ve sonrası postpartum depresyon düzeyleri Edinburgh Depresyon Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda; egzersiz ve sosyal destek alan gruptaki kadınların depresyon düzeylerinde 6 ve 12. haftada önemli azalma olduğu gözlenmiştir (191).

Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (ACOG) 2015 raporunda; kuvvetlendirme egzersizlerinin de öneminden bahsedilmektedir. Kuvvetlendirme egzersizlerini içeren egzersiz eğitimlerinin annede muskuloskeletal uygunluğu arttırdığı belirtilmiştir. Aynı raporda egzersiz programının bireye özel olması, doğum şekline göre planlanması ve güvenilir olması gerektiği de vurgulanmıştır (192). Mens ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada postpartum dönemde uygulanan gövde kasları kuvvetlendirme egzersizlerinin bel ve pelvik ağrı üzerinde etkileri incelenmiştir. Yapılan çalışmaya postpartum dönem 4. Aydaki 44 kadın katılmıştır. Çalışma 3 gruba ayrılmıştır; birinci grup diagonal gövde kaslarını kuvvetlendirme grubu, ikinci grup longitudinal gövde kaslarını kuvvetlendirme grubu ve üçüncü grup kontrol grubundan oluşmaktadır. Diagonal gövde kasları kuvvetlendirme egzersizleri; gluteus maksimus, kontralateral lattismus dorsi ve oblik abdominal kasları kuvvetlendirmeye yönelik 30 dakikalık programdan oluşmaktadır. Longitudunal gövde kuvvetlendirme egzersizleri ise; rektus abdominis, erektor spina kasları ve quadratus lumborum kaslarının kuvvetlendirme egzersizlerinden oluşmaktadır. Egzersizler 8 hafta boyunca haftada 3 gün olacak şekilde yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda; postpartum dönemde yapılan diagonal gövde kasları kuvvetlendirme egzersizlerinin diğer gruplara kıyasla bel ve pelvik ağrıyı azalttığı bulunmuştur (193). Gebelik boyunca kadında hormonal, fizyolojik ve postüral değişiklikler olmaktadır. Bu postüral değişiklikler gebelikte ve doğum sonu dönemde sırt ağrısı, boyun ağrısı, bel ağrısı gibi kas iskelet sistemi problemlerine yol

açmaktadır. Dolayısıyla doğum sonu dönemde postüral egzersizlerin uygulanması kas ve eklemde oluşan ağrıları önlemekle birlikte yaşam kalitesini yükseltmektedir (194). Postural düzgünlük, görsel, işitsel ve proprioseptif sistemlerin afferent bilgilerinin birleşmesiyle oluşmaktadır (195). Yapılan bir çalışmada doğum sonu dönemde uygulanan postür egzersizlerinin postpartum eklem ve kas ağrıları üzerine etkileri incelenmiştir. Egzersiz programı haftanın üç günü 2 hafta boyunca uygulanmış ve çalışma sonucunda postüral egzersizlerin postpartum dönemdeki eklem ve kas ağrıları üzerinde olumlu etkileri olduğu gözlenmiştir (196). Postpartum dönemde sık görülen kas iskelet sistemi problemlerinden biri olan bel ve sakroiliak ekle problemlerinde kullanılacak egzersiz yaklaşımlarından biri de spinal stabilizasyon egzersizleridir. Stabilizasyon egzersizlerinde motor öğrenme prensipleri uygulanmaktadır. Stabilizasyon egzersizleri; stabilize edici kasları aktive ederek, kinestetik farkındalığı artırır, vertebral kolonu destekler ve düzgün postürün gelişmesini sağlar (197). Chaudry ve arkadaşlarının postpartum dönemdeki 20 kadında stabilizasyon egzersizlerinin bel ağrıları üzerine etkileyen bir çalışma yapmışlar. Çalışma egzersiz ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılmıştır. Egzersiz grubuna doğum sonrası hastanede kalış süresince günde 2 kez fizyoterapist eşliğinde spinal stabilizasyon egzersizleri uygulanmıştır. Kontrol grubundaki kadınlara ise bel ağrısına yönelik temel kuvvetlendirme egzersizleri uygulanmıştır. Sonuçta; iki grupta da bel ağrılarında anlamlı azalma meydana gelirken stabilizasyon grubundaki azalma daha fazla bulunmuştur (198). Postpartum dönemde yoga ve pilates gibi akıl ve beden birlikteliğini hedef alan fiziksel egzersizleri içeren yöntemlerde güvenle yapılabilecek alternatif egzersiz modaliteleri arasında bulunmaktadır (199). Yoga düzgün vücut pozisyonu ile zihni etkileyen, gevşeme, konsantrasyon, solunum ve fiziksel egzersizlerden oluşan kapsamlı bir egzersiz programıdır. Yüksek yoğunluktaki aktiviteler sempatik sinir sistemini aktif hale getirmektedir fakat yogada fizyolojik deaktivasyon cevabı ile parasempatik aktivite devreye girmektedir. Bu da kişinin stres seviyelerini azaltarak genel iyilik halini arttırmaktadır (200). Yang ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada postpartum dönemde yapılan egzersiz programının yorgunluk ve depresyon üzerine etkileri incelenmiştir. Çalışmaya 61 hasta katılmıştır. Çalışma egzersiz grubu ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılmıştır. Egzersiz grubunda düşük yoğunluklu egzersizler verilmiştir. Bu

egzersizler maksimal kalp hızının %50-60 olduğu pilates ve yoga egzersizleridir. Egzersizler profesyonel bir eğitimci tarafından 1 saat boyunca yaptırılmıştır. Katılımcıların yorgunluk ve depresyon düzeyleri çalışma öncesi ve sonrası değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda; egzersiz grubunda yorgunluk seviyesinde önemli azalma görülürken depresyon seviyesinde iki grup arasında fark gözlenmemiştir (201). Bir diğer güvenli doğum sonu egzersiz modalitelerinden biri de pilatestir. Pilates, nefesle kombine olarak postürü, pelvik taban kontrolünü, spinal stabilizasyonu sağlayan doğum sonu dönem rahatlıkla uygulanabilen egzersiz modalitelerinden biridir. Ashrafinia ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada pilates ev egzersiz programının postpartum maternal yorgunluk üzerinde etkileri incelenmiştir. Ev egzersiz programı toplam 13 hareketten oluşmaktadır ve 4 hafta boyunca uygulanmıştır. Çalışma sonunda; doğum sonu dönemde uygulanan pilatesin fiziksel yorgunluk, genel yorgunluk, azalmış motivasyon, azalmış aktivite ve mental yorgunluk üzerine olumlu etkileri olduğu bulunmuştur (202).

2.6.7. Ergonomik eğitim

Ergonomi günümüzde sağlığın sürdürülmesi, maksimum bağımsızlığı sağlama ve yaşam kalitesinin artırılması açısından oldukça önem taşımaktadır (203). Ergoterapinin amacı; insanlarda aktivitelere katılım yoluyla iyi olma hali, sağlık ve tatmini sağlamaktır (204).

Doğum sonu dönemde annenin bebek bakımı, öz bakımı ve günlük yaşam aktivitelerini; düzgün pozisyonlarla, çevresel modifikasyonlarla ve enerji koruma teknikleriyle gerçekleştirmeleri için ergonomik eğitim oldukça önemlidir. Gebelikte ve doğum sonu dönemde annede ortaya çıkan fizyolojik, hormonal, postüral değişikliklere bağlı olarak kas-iskelet sistemi problemleri görülebilir (205). Doğum sonu dönemde annede oluşan komplikasyonların yanı sıra, kas-iskelet sistemi problemleri ile de karşılaşılması annenin bebek bakımını olumsuz etkiler ve yaşam kalitesini düşürür (206). Doğum sonu dönemde özellikle ilk 6 haftada annenin bebeği emzirme, alt değiştirme gibi tekrarlı aktivitelerden oluşan önemli sorumlulukları vardır. Doğum sonu dönemde annenin bebek bakımı ve günlük yaşamındaki aktiviteleri mutlaka değerlendirilmelidir. Doğum sonu ergonomik eğitim; annenin günlük yaşamda bebek bakımında dikkat etmesi gereken prensiplerden oluşmaktadır. Anne omurga sağlığını korumak, bel ve sırt ağrılarının önlemek için oturma

pozisyonunda; gövde dik olacak şekilde bel destekli, ağırlık her iki bacağa eşit şekilde dağılacak şekilde ve ayaklar yerde veya bir basamak üzerinde olacak şekilde oturmaya dikkat edilmelidir. Ayakta duruş pozisyonunda; ağırlık her iki bacak üzerinde eşit olacak şekilde, omurganın doğal eğrilikleri korunarak, omuzların gevşek olmasına dikkat edilmelidir (81). Yatma pozisyonunda anne yastıklarla baş ve boynu destekli olacak biçimde yatmalıdır. Yenidoğan; emme yeteneği, yaşı ve mide kapasitesine bağlı olarak 24 saat içerisinde 8-14 defa emzirilmektedir. Ayrıca yenidoğanda emzirme süresi uzun olduğu için annenin omurga sağlığı için en uygun pozisyonda emzirmesi bel ve sırt ağrılarını önlemek için oldukça önemlidir. Emzirme oturma veya uzun oturuş pozisyonunda gerçekleştirilebilir. Oturmada anne sırt ve bel destekli, dizler 90 derece bükülü olacak şekilde oturmalıdır. Annenin kucağında yastık olmalı (emzirme yastığı gibi) ve bebek bu yastık üzerinde yatırılmalıdır. Yenidoğan günde 6-8 kez bezini kirletmekte ve 2-5 defa gaitasını yapmaktadır (207). Alt değişimi anne ayakta duruş pozisyonundayken veya dizler üzerinde dururken yapılabilir ancak bebek uygun yükseklikteki bir yüzeye konulmalıdır. Aynı alt değiştirme pozisyonunda olduğu gibi küvet uygun yükseklikteki bir yüzeye konularak bebek yıkanmalıdır. Bebek küvetinin alçak bir seviyede olması ve annenin ayakta duruş pozisyonundayken bebeği yıkamaya çalışması annenin omurga sağlığı açısından uygun değildir (81). Postpartum ergonomik eğitim sürecinde annenin bebek bakımında ve günlük yaşamında enerji koruma yöntemlerini kullanarak günlük yaşam aktivitelerini modifiye edilebilmesi ve ileride oluşabilecek kas-iskelet sistemi yaralanmalarından koruyarak yaşam kalitesini artırılması hedeflenmektedir.

Literatür incelendiğinde; postpartum dönemde ergonomik modifikasyon eğitiminin erken rehabilitasyon yaklaşımları ile birlikte kullanımının etkinliğini inceleyen çalışma olmadığı, mevcut çalışmaların anneye ve ebeveynlere yönelik psikososyal destek ve eğitim programlarını içeren araştırmalar olduğu gözlenmiştir. Özellikle egzersiz ve ergonomik eğitimi birleştiren ve annede yarattığı etkileri sadece kas iskelet sistemi perspektifinden değil aynı zamanda psikososyal yönü de içine alan çok yönlü bir değerlendirme ile inceleyen bir çalışma ise bilgimiz dahilinde yoktur.

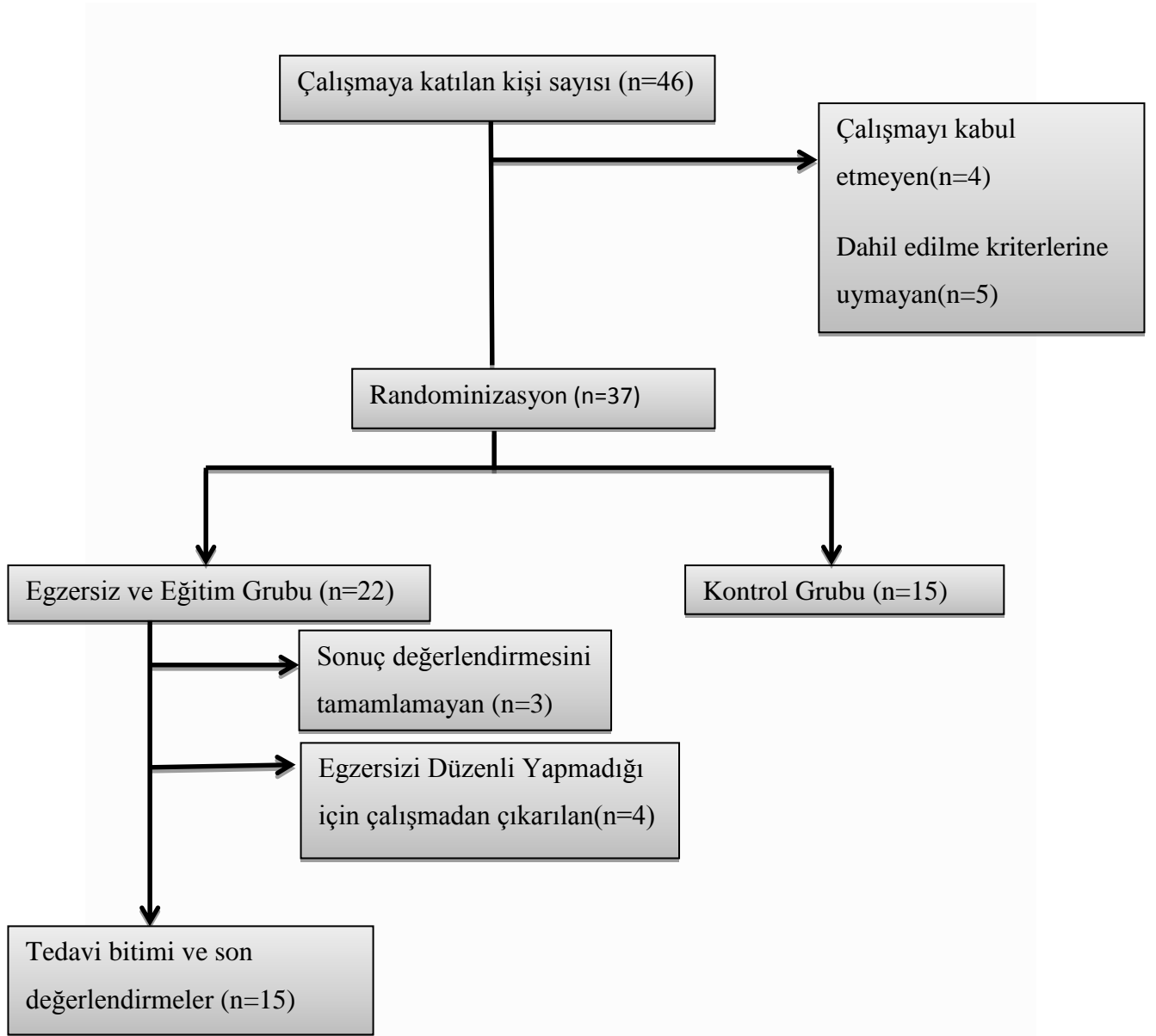
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Randomize kontrollü olarak gerçekleştirilen çalışmamız, Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi'nde aynı kadın doğum hekimi tarafından sezaryenle doğum yaptırılmış erken postpartum dönemdeki 18-40 yaş arası primipar kadınlar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmamıza dahil edilen kadınlar egzersiz ve ergonomik modifikasyonları içeren eğitim grubu ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılmıştır. Yapılan güç analizi ve örneklem büyüklüğü analizi sonucunda çalışmamızın %80 güce sahip olabilmesi için her bir gruba 9 hasta alınmasının yeterli olduğu bulunmuştur. Proje ev programı bazlı bir çalışma olduğu için ve bu tür çalışmalarda kayıpların çok olacağı düşünüldüğü için çalışma örneklemini geniş tutulmuştur (208). Çalışmamızda yaklaşık %40 oranında kayıp olabileceği düşünülerek örneklem büyüklüğü her bir grup için 15 olacak şekilde toplamda 30 kadın (yaş ort.= 32,73 ± 5,58 yıl) çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden olgulardan yazılı olarak aydınlatılmış onam formu alınmıştır. Çalışma için Başkent Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Toplantı tarihi; 5.10.2018, etik kurul no: KA18/266) (Ek 1).

Doğum esnasında ya da sonrasında anesteziye ve cerrahiye bağlı komplikasyonları olan, çoklu doğum yapmış, gebelik süresince sürekli yatak istirahati ya da aktivite kısıtlanmasını gerektiren bir durum yaşayan, yüksek riskli gebelik geçirmiş ve preterm doğum yapan kadınlar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Çalışmamızda olgular basit rastgele randomizasyon yoluyla iki gruba ayrılmıştır. Birinci grup; egzersiz ve ergonomik modifikasyon eğitimi verilen gruptur. Birinci gruptaki kadınlara sezaryen sonrası 1. gün egzersiz eğitimi ve ergonomik modifikasyonlar uygulamalı olarak anlatılmıştır. Katılımcılara; egzersiz programının unutulmaması ve doğru uygulanması amacıyla egzersiz programını ve dikkat edilmesi gereken ergonomik prensipleri detaylı olarak anlatan eğitim kitapçıkları verilmiştir. Katılımcılara egzersiz ve ergonomik modifikasyonları içeren eğitim programını 6 hafta boyunca kitapçıklarda belirtilen tekrar sayıları ve sürelerle uygun olarak uygulamaları söylenmiştir. Çalışmaya katılan kadınlar haftada bir telefonla aranıp egzersizleri yapıp yapmadıkları konusunda takip edilmiş ve üst üste iki aramada da egzersizleri yapmadıkları tespit edilen kadınlar çalışma dışı

bırakılmıştır. İkinci grup; rutin postpartum bakım alan kontrol grubudur. Kontrol grubundaki kadınlara rutin hemşirelik ve medikal bakım hizmetleri verilmiş, herhangi bir egzersiz eğitimi programı ve ergonomik modifikasyon eğitimi verilmemiştir. Çalışmaya katılan tüm katılımcılar 6. haftanın sonunda Oswestry Özur İndeksi, Doğum Sonrası Konfor Ölçeği, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği ve Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği ile değerlendirilmiştir (Şekil 3.1.).



Şekil 3.1. Akış şeması

3.1. Yöntem

3.1.1. Değerlendirmeler

3.1.1.1. Olguların fiziksel özellikleri

Çalışmaya katılan kadınların yaş, boy, kilo, beden kitle endeksi ve eğitim durumu gibi sosyodemografik ve antropometrik özellikleri kaydedilmiştir. Gebelik boyunca egzersiz alışkanlıkları, sigara kullanımı, gebelik esnasında ve doğumdan sonra herhangi bir sağlık problemi yaşayıp yaşamadıklarına ait soruları içeren bir anket uygulanmıştır. Ek olarak doğumda ilgili kullanılan anestezi şekli, sezaryen nedeni, anesteziye bağlı komplikasyon yaşayıp yaşamadıkları da sorgulanmıştır (Ek-2).

3.1.1.2. Oswestry Özür İndeksi (OÖİ)

Oswestry Özür İndeksi; bel ağrılarında fonksiyon kaybının derecesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir (209). Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Yakut ve arkadaşlarının tarafından 2004 yılında yapılmıştır (210). Oswestry Özür İndeksi; kişisel bakım, oturma, yürüme, ayakta durma, sosyal yaşam, uyuma, ağırlık kaldırma ve seyahat sırasındaki ağrı şiddetini ölçen 10 maddeden oluşmaktadır. Toplam puan arttıkça özürülük düzeyi artmaktadır. Maksimum skor 50 puandır; 31-50 puan arası ağır, 11-30 puan arası orta, 1-10 puan arası hafif özürülük olarak değerlendirilmektedir (209) (Ek-3).

3.1.1.3. Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ)

Karakaplan ve Yıldız tarafından geliştirilen Doğum Sonu Konfor Ölçeği, fiziksel, psikospiritüel ve sosyokültürel konfor olmak üzere üç alt boyuta sahiptir. Ölçek likert tipli olup 34 maddeden oluşmaktadır. Olumlu cümlelerdeki iyi konforu, olumsuz cümleler düşük konforu göstermektedir. Ölçekten alınacak en düşük puan 34, en yüksek puan 170'dir. Ölçekten alınan puanın artması doğum sonrası konforun arttığını göstermektedir (211) (Ek-4).

3.1.1.4. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDÖ)

Cox ve Holden tarafından geliştirilen Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (212) doğum sonrası dönemde depresyon yönünden riski belirlemek, düzey ve şiddet değişimini ölçmek için kullanılmaktadır. Toplam 10 soru sorudan oluşan

ölçekten elde edilen puanın yüksekliği depresyonun şiddetini gösterir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin, tarama için tanı koymaya yönelik kesme puanı 13'tür (213) (Ek-5).

3.1.1.5. Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği (PKDÖ)

Postpartum kendini değerlendirme ölçeği Lederman ve Weingarten (44) tarafından geliştirilmiştir (214). Taşcı ve Mete tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (215). Ölçek postpartum dönemdeki kadınların doğum sonu anneliğe, bebek bakımına ve eşi ile ilişkilerine yönelik uyumunu değerlendirmektedir (216). Ölçek 4'lü likert tipi ve 82 maddeli bir ölçektir. Eşler arasındaki ilişkinin kalitesi, partnerlerin bebek bakımına katılım konusunda düşünceleri, doğum deneyiminden memnuniyet, hayatın devamından hoşnut olma, annelik göreviyle başa çıkmada güce güvenme, annelik ve yenidoğan bakımından memnuniyet, aile ve arkadaşların annelik için desteğini inceleyen yedi alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin tamamı için en az 82, en fazla 328 puan alınabilmektedir. Düşük puanlar doğum sonu uyumun yüksek olduğunu göstermektedir (216) (Ek-6).

3.1.1.6. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DSYKÖ)

Hill ve arkadaşlarının tarafından geliştirilen bu ölçek, doğum sonu 4-6. haftasında olan annelerin kendilerini ne derece memnun ve önemli hissettiklerini değerlendirmektedir (217). Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan (218) ölçek 6'lı likert tipinde 40 maddeden ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Akrabalık-aile-arkadaş, sosyo-ekonomik, eş, sağlık, psikolojik alt boyutlarını içermektedir. İki bölümden oluşan ölçeğin ilk bölümünde memnuniyet, ikinci bölümünde ise önemlilik sorgulanmaktadır. Yüksek puan kişinin doğum sonu yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, düşük puanlar doğum sonu yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir (217) (Ek-7).

3.1.2. Tedavi

Çalışmaya katılan kadınlara sezaryen doğum sonrası 1. gün çalışmayı yapan fizyoterapist tarafından egzersiz ve ergonomik modifikasyonları içeren eğitim uygulamalı olarak anlatılmış ve eğitim kitapçığı verilmiştir (Ek-8). Katılımcılara, egzersiz ve ergonomik modifikasyonları içeren eğitim programını 6 hafta boyunca

kitapçıklarda belirtilen tekrar sayıları ve sürelerle uygun olarak uygulamaları söylenmiştir.

3.1.2.1. Egzersiz eğitimi

3.1.2.1.1. Posterior pelvik tilt egzersizi

Kadınlardan bu egzersizi sırtüstü çengel pozisyonunda ekspirasyon sırasında posterior pelvik tilt yapacak şekilde gerçekleştirmeleri istenmiştir. Bu egzersiz günde 3 kez 30 tekrar olacak şekilde verilmiştir.



Şekil 3.2. Posterior pelvik tilt egzersizi

3.1.2.1.2. Köprü kurma egzersizi

Kadınlardan bu egzersizi sırtüstü çengel pozisyonu sırasında karın, kalça ve bacaklar aynı hizada olacak şekilde, kalçayı yukarı kaldırıp bu pozisyonu 5 saniye devam ettirmeleri istenmiştir. Bu egzersiz günde 3 kez 15 tekrar olacak şekilde verilmiştir.



Şekil 3.3 Köprü kurma egzersizi

3.1.2.1.3. Ayak bileği pompalama egzersizi

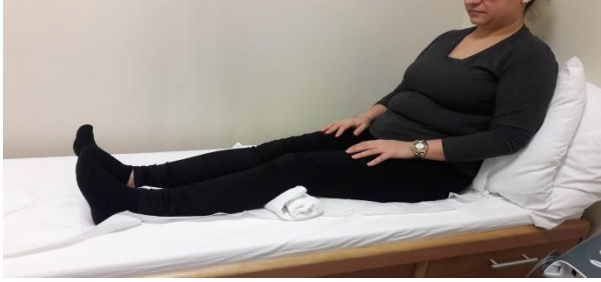
Kadınlardan oturma pozisyonunda ayak bileklerine resiprokal olarak plantar ve dorsi fleksiyon hareketleri yapmaları istenmiştir. Bu egzersiz günde 3 kez 30 tekrar olacak şekilde planlanmıştır.



Şekil 3.4. Ayak bileği pompalama egzersizi

3.1.2.1.4. Quadriceps izometrik egzersizleri

Kadınlardan oturma pozisyonunda dizlerinin altına ince rulo havlu koymaları istenmiştir. Dizleri ile havluyu yatağa doğru bastırıp bu pozisyonu 5 saniye devam ettirmeleri istenmiştir. Bu egzersiz günde 3 kez 30 tekrar olacak şekilde planlanmıştır.



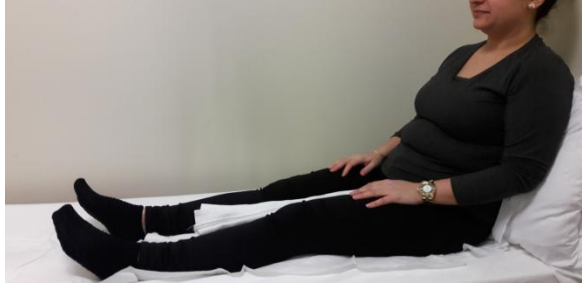
Şekil.3.5. Quadriceps izometrik egzersizleri

Kadınlardan oturma pozisyonunda dizlerinin arasına ince rulo havlu koymaları istenmiştir. Bacaklar ile havluyu sıkıştırıp bu pozisyonu 5 saniye devam ettirmeleri istenmiştir. Bu egzersiz günde 3 kez 30 tekrar şeklinde yapılması istenmiştir.

3.1.2.1.5. Kalça izometrik egzersizleri

Gluteus maksimus izometrik: Kadınlardan sırtüstü yatış pozisyonunda yatıp kalça kaslarını sıkıp bu pozisyonda 5 saniye tutmaları istenmiştir. Bu egzersizleri günde 3 kez 30 tekrar şeklinde yapılması istenmiştir.

Kalça addüktör izometrik: Kadınlardan oturma pozisyonunda dizlerinin arasına ince rulo havlu koymaları istenmiştir. Bacaklar ile havluyu sıkıştırıp bu pozisyonu 5 saniye devam ettirmeleri istenmiştir. Bu egzersiz günde 3 kez 30 tekrar şeklinde yapılması istenmiştir.



Şekil 3.6. Kalça izometrik egzersizi

3.1.2.1.6. Skapular addüksiyon egzersizi

Kadınlardan oturma pozisyonunda iki el belde olacak şekilde skapulalar addüksiyon yapıp bu pozisyonu 5 saniye devam ettirmeleri istenmiştir. Bu egzersizin günde 3 kez 15 tekrar şeklinde yapılması istenmiştir.



Şekil.3.7. Skapular addüksiyon egzersizi

3.1.2.1.7. Pelvik taban kas egzersizleri

Pelvik taban kas egzersizleri kadınlara hızlı ve yavaş kontraksiyonları içerecek şekilde 2 ayrı egzersiz olarak verilmiştir. Hızlı kontraksiyonlar için

kadınlardan pelvik taban kaslarını güçlü bir şekilde kasıp 5 saniye kasılı tutup gevşetmeleri istenmiştir. Kadınların bu kontraksiyon tipini daha iyi anlamaları için “musluk egzersizi” betimlemesi kullanılmıştır. Yavaş kontraksiyonlar için kadınlardan pelvik taban kaslarını aşamalı olarak kasmaları, maksimum kontraksiyonda tutmaları ve yine aşamalı olarak gevşetmeleri istenmiştir. Bu kontraksiyon tipini daha iyi anlatabilmek için ise “asansör egzersizi” betimlemesi kullanılmıştır. Kadınlardan her 10 hızlı kontraksiyonun ardından 10 yavaş kontraksiyon yapmaları istenmiştir. 10 hızlı, 10 yavaş kontraksiyon 1 set egzersiz olarak kabul edilmiştir. Kadınların ilk hafta her gün günde 5 set egzersiz yapmaları istenmiştir. Altıncı haftada set sayısı 30’a ulaşacak şekilde her hafta 5’er artırılmıştır.

3.1.2.1.8. Solunum egzersizleri

3.1.2.1.8.1. Diyafragmatik solunum

Kadınlardan sırt destekli uzun oturuş pozisyonunda oturmaları ve dizlerin altına yastık konulması istenmiştir. Kadınlardan bir el karın üzerinde, diğer el göğüs hizasında olacak şekilde yerleştirmeleri söylenmiştir. Burundan yavaşça derin bir soluk alınıp, yavaş şekilde vermeleri istenmiştir. Diyafragmatik solunum hareketini doğru yapıp yapmadıklarını kontrol etmek amacıyla solunum sırasında karın hareketinin göğüs hareketinden daha belirgin şekilde yapılmasına dikkat edilmiştir. Bu egzersiz günde 3 kez 15 tekrar şeklinde yapılmıştır.



Şekil.3.8. Diyafragmatik solunum

3.1.2.1.8.2. Göğüs solunumu

Kadınlardan sırt destekli uzun oturuş pozisyonunda oturmaları ve dizlerin altına yastık koymaları istenmiştir. Bir el karın üzerinde, diğer el göğüs hizası üzerinde olacak şekilde yerleştirilmiştir. Göğüs solunumu hareketini doğru yapıp yapmadıklarını kontrol etmek amacıyla solunum sırasında göğüs hareketinin karın hareketinden daha belirgin şekilde yapılmasına dikkat edilmiştir. Bu egzersiz günde 3 kez 15 tekrar şeklinde yapılmıştır.



Şekil.3.9. Göğüs solunum

3.1.2.2. Ergonomik eğitim

Çalışmayı yapan fizyoterapist tarafından annelere uygulamalı olarak ergonomik eğitim verilmiştir. Anneler altı hafta boyunca bu ergonomik prensiplere uyarak öz bakımını ve bebek bakımını gerçekleştirmiştir. Annenin dikkat etmesi gereken ergonomik modifikasyonlar şu şekildedir; Oturma pozisyonunda; kadınlar uylukların en az 2/3'ü destekli olacak şekilde oturmalıdır. Ayaklar yerde veya bir basamak üzerinde olmalıdır. Ağırlık her iki bacağına eşit şekilde dağıtılmalıdır. Gövde dik olacak şekilde bel destekli oturma tercih edilmelidir. Ayakta duruş pozisyonunda; ağırlık her iki bacak üzerine eşit dağıtılmalıdır, omuzlar gevşek olmalıdır, kollar gevşekçe her iki yanda durmalıdır, omurganın doğal eğrilikleri korunmalıdır, baş gövde ile aynı hizada olmalıdır. Yatma pozisyonunda; baş ve dizler yastıklarla tam desteklenmiş şekilde yatılmalıdır.

Emzirme sırasında; emzirme, oturma veya uzun oturuş pozisyonunda gerçekleştirilebilir. Oturmada sırt ve bel destekli ve dik olacak şekilde anne pozisyon almalıdır. Oturma pozisyonunda dizler ve kalça 90 derece bükülü olacak şekilde oturulmalıdır. Gerekirse bu pozisyonu almak için ayak altına hafif bir yükselti konulabilir. Uzun oturuş pozisyonunda emzirme gerçekleştirilecekse aynı oturmada olduğu gibi bel ve sırt destekli olacak şekilde dik oturulmalı, diz altına bir rulo yastık konularak hafifçe bükülü hale getirilmelidir. Her iki pozisyonda da bebeğin yüzü ve gövdesi anneye bakacak şekilde pozisyon almalı, kucakta yastık olmalı (emzirme yastığı gibi) ve bebek bu yastık üzerinde yatırılmalıdır.



Şekil 3.10. Doğru emzirme pozisyonu

Alt Değiştirirken; alt değişimi anne ayakta duruş pozisyonundayken veya dizler üzerinde dururken yapılabilir ancak bebek annenin eğilerek çalışmasına gerek duyulmayacak, uygun yükseklikteki bir yüzeye konulmalıdır.



Şekil 3.11. Doğru alt değiştirme pozisyonu

Bebeği banyo yaptırırken; aynı alt değiştirme pozisyonunda olduğu gibi kuvvet uygun yükseklikteki bir yüzeye konularak bebek yıkanmalıdır. Bebek kuvvetinin

alçak bir seviyede olması ve annenin ayakta duruş pozisyonundayken öne eğilerek bebeği yıkamaya çalışması annenin omurga sağlığı açısından uygun değildir.

Yukarıda sözü edilen tüm bu ergonomik modifikasyonları içeren prensipler kadınlara taburculuk sırasında verilen kitapçıkta da görsel olarak ayrıntılı biçimde yer almaktadır.

3.1.3. İstatistiksel Analiz

Çalışmadaki istatistiksel analizler için SPSS 17.0 programı kullanıldı. Çalışmamız sonucunda elde edilen verilen aritmetik ortalama ve standart sapma ($ort \pm SS$) şeklinde, sayımla gösterilen değerler ise sayı (yüzde) şeklinde ifade edildi. Değerlendirilen sonuç ölçütleri açısından bağımsız iki grubun karşılaştırılması için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikleri karşılaştırılmasında ki kare testi kullanılmıştır. Bütün istatistikler için anlamlılık derecesi $p < 0,05$ olarak kabul edildi (219).

4. BULGULAR

Çalışmaya katılan sezaryenle doğum yapmış tüm olguların demografik özelliklerine 6. Haftada bakıldı ve grupların benzer özelliklere sahip olduğu görüldü ($p>0,05$) (Tablo 4.1).

Tablo.4.1. Olguların Demografik Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Fiziksel Özellikler	Egzersiz ve Ergonomik Eğitim Grubu(n=15)	Kontrol Grubu (n=15)	Z	P
Yaş (yıl)	32 ±5,18	32,93 ±6,14	-,270	0,806
Boy(cm)	164,86 ±6,68	166,82 ±6,08	-1,33	0,183
Kilo	67,80 ±11,1	69,26 ±7,54	-,644	0,539
Vücut Kitle İndeksi (kg/m ²)	24±2,70	24,88±2,12	-,519	0,624

$p<0,05$, Mann-Whitney U Testi

Çalışmaya katılan olgular karşılaştırıldığında, grupların eğitim durumları bakımından homojen olarak dağıldığı gözlemlendi ($p=0,260$)(Tablo4.2).

Tablo4.2.Olguların Eğitim Durumlarının Gruplara Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Egzersiz ve Ergonomik Eğitim Grubu (n%)(n=15)	Kontrol Grubu (n%)(n=15)	χ^2	P
Ortaokul	-	1 (6,6)	0,269	0,260
Lise	5 (33,3)	8 (53,3)		
Yüksekokul	10 (66,6)	6 (40)		

$p<0,05$, Ki-Kare Testi

Tamamı primipar, doğum öncesi bel ağrısı olmayan kadınlarda oluşan olguların gebelik süresince egzersiz yapıp yapmadıkları sorgulandı ve her iki gruptaki olguların benzer olarak egzersiz alışkanlıklarının çoğunlukta olmadığı gözlemlendi ($p=0,25$)(Tablo4.3).

Tablo.4.3.Olguların Gebelik Süresince Düzenli Egzersiz Alışkanlıklarının Gruplara Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Gebelik Süresince Düzenli Egzersiz Alışkanlığı	Egzersiz ve Ergonomik Eğitim Grubu (n%)(n=15)	Kontrol Grubu (n%)(n=15)	χ^2	P
Var	7 (46,6)	4 (26,6)	1,29	0,25
Yok	8 (53,3)	11(73,3)		

$p<0,05$, Ki-Kare Testi

Olguların gebelik öncesi sigara alışkanlıkları sorgulandı ve her iki grupta da gebelik öncesi sigara alışkanlıklarının çoğunlukla olmadığı bulundu ($p=0,54$)(Tablo4.4).

Tablo.4.4.Olguların Gebelik Öncesi Sigara Alışkanlıklarının Gruplara Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Gebelik Öncesi Sigara Alışkanlığı	Egzersiz ve Ergonomik Eğitim Grubu (n%)(n=15)	Kontrol Grubu (n%)(n=15)	χ^2	P
Var	2 (13,3)	1 (6,6)	0,37	0,54
Yok	13 (86,6)	14(93,3)		

$p<0,05$, Ki-Kare Testi

Çalışmaya katılan tüm olguların sezaryen nedenleri sorgulandı. Her iki gruptaki olguların sezaryen nedeninin benzer olduğu gözlemlendi (p=0,71) (Tablo4.5).

Tablo.4.5.Olguların Sezaryen Nedenlerinin Gruplara Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Sezaryen Nedeni	Egzersiz ve Ergonomik Eğitim Grubu (n%)(n=15)	Kontrol Grubu (n%)(n=15)	χ^2	P
Tıbbi Zorunluluk	6 (40)	5 (33,3)	0,14	0,71
Anne İsteği	9 (60)	10(66,6)		

p<0,05, Ki-Kare Testi

Çalışmaya katılan olguların anestezi şekli yönünden gruplara göre dağılımı benzerdir. Egzersiz ve ergonomik eğitim grubundaki gebelerin %86'sı, kontrol grubundaki gebelerin ise %93'ü rejyonel anestezi ile sezaryen doğumu gerçekleştirmiştir (p=0,54)(Tablo4.6).

Tablo.4.6.Olguların Anestezi Şeklinin Gruplara Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Anestezi Şekli	Egzersiz ve Ergonomik Eğitim Grubu (n%)(n=15)	Kontrol Grubu (n%) (n=15)	χ^2	P
Genel Anestezi	1 (6,6)	2 (13,3)	0,37	0,54
Rejyonel Anestezi	14 (93,3)	13(86,6)		

p<0,05, Ki-Kare Testi

Çalışmaya katılan olguların gebeliklerinin planlı olup olmadığı sorgulanmıştır ve her iki grupta da çoğunlukla planlı gebelik olduğu bulunmuştur (p=0,54) (Tablo 4.7).

Tablo.4.7. Olguların Planlı Gebelik Durumlarının Gruplara Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Planlı Gebelik	Egzersiz ve Ergonomik Eğitim Grubu (n%)(n=15)	Kontrol Grubu (n%)(n=15)	χ^2	P
Evet	13 (86,6)	14 (93,3)	0,37	0,54
Hayır	2 (13,3)	1(6,6)		

p<0,05, Ki-Kare Testi

Olguların gebelik öncesinde yaşadıkları kas-iskelet sistemi problemleri yönünden gruplar benzer bulundu. Egzersiz ve ergonomik eğitim grubundaki gebelerin %66.6'sı, kontrol grubundaki gebelerin ise %73.3'ü gebelik öncesinde kas iskelet sistemi şikayeti olmadığını belirtti (p=0,69)(Tablo4.8).

Tablo.4.8. Olguların Gebelik Öncesi Kas-İskelet Sistemi Problemlerinin Gruplara Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Gebelik Öncesi Kas-İskelet Sistemi Problemleri	Egzersiz ve Ergonomik Eğitim Grubu (n%)(n=15)	Kontrol Grubu (n%)(n=15)	χ^2	P
Var	5(33,3)	4(26,6)	0,15	0,69
Yok	10(66,6)	11(73,3)		

p<0,05, Ki-Kare Testi

Egzersiz ve ergonomik eğitim grubu kontrol grubu ile kıyaslandığında 6 haftalık tedavi sonunda bel ağrısına bağlı özür düzeyi yönünden istatistiksel olarak daha düşük bulundu ($p<0,001$). Kadınların doğum sonrası 6. Haftada depresyon düzeyleri Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDÖ) ile değerlendirildi. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında tedavi grubunda 6 haftalık egzersiz ve ergonomik eğitim sonunda depresyon düzeyleri anlamlı olarak düşük bulundu ($p<0,001$). Her iki grupta olguların doğum sonu fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel konforu doğum sonu konfor ölçeğiyle değerlendirilmiştir. Doğum sonu konfor ölçeğine göre 6. Haftanın sonunda tedavi grubu, kontrol grubuna göre fiziksel konfor ($p<0,001$), psikospiritüel konfor ($p=0,004$) ve sosyokültürel konfor ($p=0,013$) yönünden daha iyi olduğu bulundu. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi (DSKÖ) yönünden karşılaştırıldığında doğum sonu 6. haftada, egzersiz ve ergonomik eğitim grubunun yaşam kalitesi kontrol grubundan anlamlı şekilde yüksekti ($p<0,001$)(Tablo.4.9).

Tablo.4.9. Olguların Oswestry Özür İndeksi, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin, Doğum Sonu Konfor Ölçeğinin, Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Postpartum 6. Haftada Gruplar Arası Karşılaştırılması

		Egzersiz ve Ergonomik Eğitim Grubu (X±SD) (n=15)	Kontrol Grubu (X±SD) (n=15)	Z	P
Oswestry Özür İndeksi		19,33 ± 12,25	57,73±25,70	-3,85	<0,001
Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği		6,46±2,53	13,33±3,73	-4,118	<0,001
Doğum Sonu Konfor Ölçeği	Fiziksel Konfor	58,86±7,36	42,66±6,95	-4,23	<0,001
	Psikospiritüel konfor	42,33±4,87	35,86±6,16	-2,80	0,004
	Sosyokültürel konfor	31,60±6,11	26,53±6,40	-2,45	0,013
	Toplam	132,80±11,73	105,06±12,83	-4,152	<0,001
Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği		20,52±2,60	15,99±1,33	-4,127	<0,001

$p<0,05$, Mann-Whitney U Testi

Anneliğe uyumu değerlendirmek için kullanılan Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği sonuçları yönünden gruplar karşılaştırıldığında, eşler

arasındaki ilişkinin kalitesi ($p<0,001$), partnerlerin bebek bakımına katılıma bakışları ($p<0,001$), doğum deneyiminden memnuniyet ($p=0,013$), hayatın devamından hoşnut olma ($p=0,001$) ve annelik görevleriyle başa çıkmada güce güvenme ($p=0,002$) alt ölçeklerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmasına rağmen annelik ve yeni doğan bakımından memnunluk alt ölçeği ($p=0,838$) ile aile ve arkadaşlarının annelik için desteği alt ölçeği ($p=0,744$) karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Olguların Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeğinin Postpartum 6. Haftada Gruplararası Karşılaştırılması

		Egzersiz ve Ergonomik Eğitim Grubu ($X\pm SD$) (n=15)	Kontrol Grubu ($X\pm SD$) (n=15)	Z	P
Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği	Eşler Arasındaki İlişkinin Kalitesi	14,33±1,83	25,20 ±7,72	-3,894	<0,001
	Partnerlerin Bebek Bakımına Katılıma Bakışları	13,66±2,35	20,80±5,21	-3,610	<0,001
	Doğum Deneyiminden Memnuniyet	14,00±4,12	18,66±6,07	-2,48	0,013
	Hayatın Devamından Hoşnut Olma	18,86±4,51	25,86±5,47	-3,18	0,001
	Annelik Görevleriyle Başa Çıkmada Güce Güvenme	21,26±4,18	28,73±7,29	-3,00	0,002
	Annelik ve Yeni Doğan Bakımından Memnunluk	18,00±3,33	19,80±6,60	-,20	0,838
	Aile ve Arkadaşlarının Annelik için Desteği	16,53±5,18	15,66±2,19	-,33	0,744
	Toplam	115,86±19,57	154,86	-3,320	<0,001

$p<0,05$, Mann-Whitney U Testi

Doğum sonrası 6. Haftada, çalışmaya katılan kadınların tümü doğum sonu gelişen komplikasyonlar yönünden sorgulandı. Egzersiz ve ergonomik eğitim

grubunda bel ağrısı %26,6, üriner inkontinans sıklığı %6,6, sırt ağrısı sıklığı %13,3, mastit görülme sıklığı %13,3, eklem ağrıları sıklığı %13,3 olduğu bulundu. Kontrol grubunda ise; bel ağrısı sıklığı %73,3 üriner inkontinans sıklığı %20, sırt ağrısı sıklığı %33,3, mastit görülme sıklığı %6,6, eklem ağrıları %13,3 bulundu.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma ile sezaryenle doğum yapan kadınlarda postpartum dönemde uygulanan egzersiz ve ergonomik modifikasyonları içeren eğitim programının kadınlarda depresyon, yeti yitimi ve yaşam kalitesi üzerine etkileri incelenmiştir.

Çalışmamızda doğum sonrası dönemde iyi planlanmış egzersiz programı uygulamasının ve kadınlara bu dönemde verilen bebek bakımını ve özbakımı ilgilendiren ergonomik modifikasyon yöntemleri ile ilgili eğitimin; postpartum depresyon ve bel ağrısına bağlı yeti yitimini azalttığı, doğum sonu konforu ve yaşam kalitesini iyileştirdiği ve doğum sonu anneliğe, bebek bakımına ve eşi ile ilişkilerine yönelik uyumunu arttırdığı sonucuna varılmıştır.

Yayınlanmış çeşitli rehberlerde postpartum dönemde egzersizin yararlarından sıkça bahsedilmesine rağmen sağlıklı kadınlarda postpartum erken dönemde koruyucu egzersiz yaklaşımları ile birlikte verilen ergonomik modifikasyonları içeren eğitimin etkinliğini çok yönlü olarak inceleyen ilk randomize kontrollü çalışma olması dolayısıyla oldukça anlamlıdır.

Postpartum dönemdeki kadınlarda bel ağrısına bağlı yüksek özür düzeyi yapılan çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Bu düzeyin yüksek oluşu hem anneyi hem de bebek bakımını olumsuz etkiler dolayısıyla annenin günlük yaşam aktivitelerini zorlaştırır ve yaşam kalitesini düşürür (220). Hem gebelikte hem de postpartum dönemde uygulanan egzersiz eğitiminin bel ağrısına bağlı özür düzeyi üzerinde olumlu etkileri olduğu yapılan az sayıda çalışmada gösterilmiştir. Mohamed ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada postpartum dönemde kadınlara 2 haftalık yürüme ve postüral egzersizleri içeren bir program uygulanmıştır. Bu egzersiz programı haftanın üç günü 2 hafta boyunca uygulanmış ve kadınlarda bel ağrısı düzeyi üzerinde olumlu etki gösterdiği bulunmuştur (221). Stugg ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ise postpartum dönemde bel ağrılı kadınlara uygulanan stabilizasyon egzersizlerinin bel ağrısına etkileri incelenmiştir. Postpartum bel ağrısı Oswestry Özür İndeksi (OÖİ) ile değerlendirilmiştir. Çalışma stabilizasyon egzersizi grubu ve stabilizasyon egzersizleri içermeyen lumbal bölge kuvvetlendirme egzersizlerinden oluşan 2 gruptan oluşmaktadır. Egzersizler 20 hafta boyunca

haftanın üç günü fizyoterapist eşliğinde uygulanmıştır. Çalışmanın sonucunda lumbal stabilizasyon uygulanan grubun diğer gruba oranla bel ağrısı şikayetlerinin azaldığı bulunmuştur (222). Çalışmamız sonucunda da literatürle uyumlu olarak tamamı doğum öncesi bel ağrısı olmayan kadınlardan oluşan olgularda Oswestry Özür İndeksi (OÖİ) ile değerlendirilen bel ağrısına bağlı yeti yitimi düzeyi postpartum 6. haftada egzersiz ve ergonomik eğitim verilen grupta kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düşük bulundu. Çalışmamız sonucunda verilen lumbal bölge kuvvetlendirme egzersizlerini içeren program ile lumbal bölge stabilizasyonu ve annenin öz bakımı ve bebek bakımına yönelik dikkat edilmesi gereken unsurları içeren eğitim programı ile kadınlarda bel ağrısını tetikleyebilecek unsurlara yönelik farkındalık artmış olabileceği için kontrol grubuna kıyasla ağrı ve özür düzeyi daha az bulunmuş olabilir.

Kadınlarda doğum sonu depresyon insidansının son yıllarda arttığı ve postpartum depresyon sıklığının %20-40 olduğu, çok dikkatle ele alınması gereken bu postpartum komplikasyonun başarılı tedavisi hem anne hem de bebek için hayati önem taşır (148). Yapılan çalışmalarda, doğum sonu düzenli egzersiz yapmanın postpartum depresyonu azalttığı bulunmuştur. Düzenli egzersizin serotonin salınımını artırarak, genel iyilik halini arttırdığı dolayısıyla yaşamın her döneminde olduğu gibi postpartum dönemde de depresyonu iyileştirdiği bildirilmektedir (223). Armstrong ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada egzersiz ve sosyal desteğin postpartum dönem depresyon üzerine etkileri incelenmiştir. Çalışma egzersiz grubu ve sosyal destek grubu olarak ikiye ayrılmıştır. Egzersiz grubunda kadınlar haftada iki gün 40 dakika boyunca açık hava olacak şekilde yürüyüş yapmışlardır. Sosyal destek grubunda ise kadınlar haftanın bir günü 90 dakika boyunca evlerinin dışında sosyal bir ortamda bebekleriyle birlikte oyun oynamışlardır. Çalışmada doğum sonu depresyon; Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğiyle (EPDS) değerlendirilmiştir ve çalışmanın sonucuna göre egzersiz grubunun doğum sonu depresyonu azalttığı bulunmuştur (191). Chiang ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada postpartum dönemde uygulanan egzersiz programının depresyon ve yorgunluk üzerindeki etkileri incelenmiştir. Çalışma egzersiz ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılmıştır. Egzersiz grubuna; haftanın üç günü boyunca 3 aşamadan oluşan pilates ve yoga egzersizlerini içeren program uygulanmıştır. Üç haftalık egzersiz

programını sonrasında kontrol grubuna oranla yorgunluk ve depresyonda anlamlı olarak azalma görülmüştür (201). Çalışmamızın sonucunda da 6 hafta boyunca uygulanan egzersiz ve ergonomik eğitim programını alan kadınlar kontrol grubu ile kıyaslandığında depresyon ölçeğinden aldıkları puanların daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgulara dayanarak, uygulanan rehabilitasyon programını ile ağrı ve disabilitede yaratılan iyileşmenin kadınların günlük yaşam aktiviteleri ve bebek bakımında yaşadığı zorlukları azalttığı dolayısıyla da postpartum depresyonda anlamlı azalma yarattığı düşünülebilir.

Annenin doğum sonu yaşadığı sağlık problemleri ve postpartum dönemdeki ağrı şikayetleri, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (224). Gutke ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada postpartum dönemde lumbopelvik ağrısı olan 272 kadında, ağrı ile aktivite seviyesi, depresyon, kinezyofobi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkisi incelemiş ve lumbopelvik bölgede ağrısı olan kadınların yaşam kalitelerinin anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada ağrı şiddeti ile yaşam kalitesi arasında yüksek korelasyon olduğu sonucuna da varılmıştır (225). Bu dönemde kadınların yaşadığı sağlık problemlerine yönelik olarak yapılan müdahalelerin anne sağlığına olumlu katkıda bulunduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (226). Postpartum dönemde yapılan egzersizlerin kadınların iyilik halini arttırdığı ve yaşam kalitesi üzerine olumlu etkileri olduğundan sıkça bahsedilmesine karşın bu konuda yapılan çok az sayıda çalışma bulunmaktadır (227). Bu çalışmalardan biri Bahadoran ve arkadaşlarının tarafından postpartum dönemdeki 62 kadın üzerinde gerçekleştirilmiştir. Egzersizin yaşam kalitesi üzerine etkisini araştıran bu çalışmada kadınlar egzersiz ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılmıştır. Günde 2 kere olacak şekilde toplam 30 dakikadan oluşan egzersizler kadınlara gösterilmiş ve hatırlatma kitapçıkları verilmiştir. Çalışmanın sonucunda egzersiz yapan kadınların yaşam kalitelerinde olumlu değişiklikler olduğu gözlemlenmiştir (187). Yaşam kalitesinin multifaktöriyel bir kavram olduğu göz önüne alındığında çalışmamız sonucunda literatürle uyumlu olarak egzersiz ve ergonomik eğitim grubunda kontrol grubuna göre yaşam kalitesinin anlamlı derecede yüksek bulunmasının nedeni egzersiz ve ergonomik eğitim ile ağrı ve postpartum depresyonda yaratılan iyileşme olabilir.

Hormonal, fizyolojik ve psikolojik değişikliklere uyumda annenin yoğun stres yaşadığı doğum sonu dönemde anne, bebek ve aile sağlığının korunması ve geliştirilmesi çok önemlidir (228). Gebelik ve doğum sonu dönemde ortaya çıkan fizyolojik ve hormonal değişikliklerle birlikte annede ortaya çıkan komplikasyonlar annenin doğum sonu konforunu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu dönemde annelerin konfor düzeylerinin belirlenmesi, doğum sonu yaşadıkları problemlerin belirlenmesi ve çözümünün sağlanması açısından oldukça önemlidir (229). Pınar ve arkadaşlarının postpartum dönemdeki 150 kadın üzerinde gerçekleştirdikleri bir çalışmada annelerin doğum sonu konforlarını etkileyen faktörler incelenmiştir. Annelerin doğum sonu dönemde karşılaştıkları birçok problem vardır. Bu problemlerden bazıları; postpartum ağrı, ayağa kalkmada güçlük, yorgunluk, kişisel hijyenini yerine getirememe, deneyimsizlik ve sonucunda yaşanan endişedir. Çalışmanın sonucunda; annelerin doğum sonu dönemde ihtiyaçlarının ve beklentilerinin karşılanmasıyla annelerin memnuniyeti arttıkça konforlarına ilişkin düşüncelerinin de olumlu yönde etkilendiği ve konfor ölçeğinden elde edilen puanın yükseldiği saptanmıştır (230). Bu konuda yapılan bir başka çalışmada ise sezaryen ile doğum yapan 100 kadında konfor kuramına uygun olarak yapılan hemşirelik bakımının postpartum konfor üzerine etkileri incelenmiştir. Bu çalışmada müdahale grubundaki annelere bakım veren hemşirelere fiziksel, psikospiritüel ve çevresel yönden yaşanabilecek problemleri teşhis etme ve bu durumlara yönelik bakım verebilmeleri için eğitim verilmiştir. Çalışma sonucunda konfor kuramına uygun olarak bakım alan annelerin rutin hemşirelik bakımı alan annelere göre fiziksel, psikospiritüel ve sosyokültürel konfor puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (231). Çalışmamız sonucunda ortaya konan bir diğer bulgu; egzersiz ve ergonomik eğitim grubunda fiziksel konfor, psikospiritüel konfor ve sosyokültürel konforun kontrol grubuna oranla daha iyi olduğudur. Bu sonucun muhtemel nedeni; annelere 6 hafta boyunca uygulanan düzenli egzersiz eğitimi ve bebek bakımını içeren günlük yaşam aktivitelerinde omurga sağlıklarını korumaları amacıyla verilen eğitim ile doğum sonu dönemde annenin hem fiziksel hem psikolojik yönden iyilik halinin artırılması ve eğitim grubundaki kadınlarda kontrol grubuna oranla daha az komplikasyon gelişmesi olabilir.

Aileye yeni bir üyenin katılması ile yeni bir düzenin kurulduğu postpartum dönemde annenin bu ihtiyaç ve gereksinimlerinin karşılanmasında partner ve aile üyelerine önemli görevler düşmektedir. Eş ve yakın çevrenin destek sağlanmasıyla yeni sorumluluklara alışmaya çalışan annenin fizyolojik ve psikolojik sorunlarla karşılaşması önlenmektedir (232). Annenin postpartum dönemde yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişikliklere ve annelik rolüne uyumu ile kendi öz bakımı ve bebek bakımını gerçekleştirebilmesi için gerekli becerileri kazanabilmesi için bilgilendirilmesi gereklidir. Bu döneme özgü ihtiyaçların belirlenebilmesi ve komplikasyonların önlenmesi için eğitim ve bakım hizmeti verilebilmesi anne ve bebek sağlığı için oldukça önemlidir (233). Doğan ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada doğum sonu dönemde uygulanan anne bebek okulunun postpartum uyum süreci ve anne memnuniyeti üzerine etkisi incelenmiştir. Çalışmaya postpartum dönemdeki 112 kadın katılmıştır. Çalışmaya katılan 122 kadın çalışma ve kontrol grubu olarak 2'ye ayrılmıştır. Kontrol grubundaki annelere doğum sonrası dönemde servis içerisinde rutin eğitim verilirken, çalışma grubundaki annelere bebekleri ile birlikte anne-bebek okulunda uygulamalı bireysel eğitim ve grup eğitimleri verilmiş, postpartum döneme uyum süreçleri ve memnuniyet düzeyleri değerlendirilmiştir. Eğitim alan annelerin postpartum kendini değerlendirme ölçeği ile değerlendirilen anneliğe uyumlarının daha iyi olduğu ve doğum sonu sürece daha iyi adapte oldukları belirlenmiştir (234). Çalışmamız sonucunda da postpartum 6. Haftada egzersiz ve ergonomik eğitim alan gruptaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre anneliğe uyumlarının daha iyi olduğu bulunmuştur. Bu sonuca göre postpartum dönemde verilen egzersiz ve ergonomik eğitimin annenin ağrısını ve yeti yitimini azalttığı günlük yaşamını kolaylaştırdığı ve yaşam kalitesini ile konfor düzeyini arttırdığı tüm bu faktörlerde yaratılan iyileşmesinde annenin bu döneme uyum sağlamasını kolaylaştırdığı söylenebilir.

Sezaryen doğumdan sonra bel ve sırt ağrıları, yorgunluk, üriner inkontinans ve ileus gibi komplikasyonların sık görüldüğü ve bu komplikasyonlar nedeniyle de annenin yaşam kalitesi etkilenmekte ve bebek bakımı sekteye uğramaktadır. Doğum sonu dönemde görülen bu komplikasyonların önlenmesi açısından yapılacak müdahaleler hem annenin hem de bebeğin yaşamını etkilediği çok büyük önem taşımaktadır. Glazener ve arkadaşlarının 1249 kadının doğum sonu dönemde

yaşadıkları problemleri postpartum ilk 1. hafta, 8. hafta, 12. ay ve 18. ayda telefonla arayarak sorgulamışlardır. Çalışmanın sonucunda; postpartum dönemdeki ilk 12 aylık dönemde kadınların %54'ünde yorgunluk, %20'sinde bel ağrısı, %8'inde depresyon, %15'inde baş ağrısı,%10'unda perineal ağrı şikayetleri yaşadığı tespit edilmiş ve sorgulanan kadınların %76'sında bu şikayetlerin 24 ay boyunca devam ettiği bildirilmiştir (235). Brown ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada postpartum dönem kadınların yaşadıkları sağlık problemleri sorgulanmıştır. 1336 kişinin katıldığı bu çalışmada % 62,5 kadın anketi cevaplamış olup % 94'ünün en az bir sağlık problemi ile karşılaştığını belirtmiştir. Çalışmanın sonucunda; kadınların %69'unda yorgunluk, %43'ünün bel ağrısı, %26'sında seksüel disfonksiyon, %71'inde depresyon ve %21'inde perineal ağrının olduğu bulunmuştur. Çıtak ve arkadaşlarının sezaryen ile doğum yapmış 50 kadın üzerinde hastanede kalış süresinde yaşanan problemler üzerine fizyoterapi programının etkisi inceleyen çalışmalarında, fizyoterapi programının uygulandığı grupta ambulasyon sürecinin daha kısa olduğu, insizyon ağrısının ve gastrointestinal sistem komplikasyonlarının daha az görüldüğü belirtilmiştir (158). Bizim çalışmamızda da kadınların postpartum 6. Haftada yaşadıkları komplikasyonlar sorgulandığında egzersiz ve ergonomik eğitim alan kadınlara kıyasla kontrol grubundaki kadınlarda üriner inkontinansın, bel ve sırt ağrılarının daha sık görüldüğü gözlenmiştir. Bu sonuç verilen eğitimin postpartum komplikasyonların görülmesini önleyebilmesi açısından da etkili olabildiği yönünde yorumlanabilir.

Çalışmamızda uygulanan egzersizler ve ergonomik modifikasyonları içeren eğitim grubundaki kadınlara ev programı olarak verilmiş olması çalışmanın bir limitasyonudur. Ancak bu yöntem postpartum erken dönemde uygulanacak gözetimli egzersiz uygulamalarına katılımın annenin bebekten ayrı kaldığı sürenin kısıtlı olması dolayısıyla düşük olacağı öngörüldüğü ve ev programı ile takipli eğitim uygulamasına bağlı kalımın daha yüksek olacağı düşünüldüğü için tercih edilmiştir.

Sonuç olarak, sezaryen doğumdan sonra erken dönemde verilen egzersiz ve ergonomik modifikasyon prensiplerini içeren eğitimin ev programı olarak uygulanmasının kadınların bel ağrısına bağlı özür ve postpartum depresyon düzeylerini azalttığı, yaşam kalitelerini ve postpartum konfor düzeylerini arttırdığı, anneliğe uyumlarını iyileştirdiği, postpartum komplikasyonların görülme sıklığını

azalttığı sylenabilir. Bu alanda yapılan az sayıda randomize kontrollü çalışmadan biri olan çalışmamızın sonuçları hem egzersiz eğitiminin hem de günlük yaşam aktiviteleri modifikasyonlarını içeren ergonomik eğitimin etkilerini göstermesi açısından literatüre katkı sağlamasının yanı sıra bu alanda çalışan klinisyenlere de yol gösterici olacağı için oldukça önemlidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda egzersiz ve ergonomik eğitim grubu ile kontrol grubundaki olgulardan elde edilen verilen parametrik olmayan istatistiksel yöntemlerle kullanılarak karşılaştırıldı ve aşağıdaki sonuçlar bulundu.

1. Çalışma grubundaki olguların yaş ortalaması $32 \pm 5,18$ yıl, kontrol grubundaki olguların yaş ortalaması $32,93 \pm 6,14$ yıldır. İki grup arasında yaş, vücut kitle indeksi ve eğitim durumları açısından iki grup kıyaslandığında fark bulunmadı.
2. Çalışmaya katılan olguların gebelik süresince egzersiz yapıp yapmadıkları sorgulandı ve her iki gruptaki olguların benzer olarak egzersiz alışkanlıklarının olmadığı gözlemlendi.
3. Olguların gebelik öncesi sigara alışkanlıkları sorgulandı ve her iki grupta gebelik öncesi sigara alışkanlıklarının olmadığı gözlemlendi.
4. Çalışmaya katılan olguların sezaryen nedenleri sorgulandı. Her iki gruptaki olgularda sezaryen nedeninin çoğunlukta anne isteği olduğu gözlemlendi.
5. Çalışmaya katılan olguların anestezi şekli yönünden gruplara göre dağılımı benzerdir. Egzersiz ve ergonomik eğitim grubundaki gebelerin %86'sı, kontrol grubundaki gebelerin ise %93'ü rejonel anestezi ile sezaryen doğumu gerçekleştirmiştir.
6. Çalışmaya katılan olguların gebeliklerinin planlı olup olmadığı sorgulanmıştır ve her iki grupta da çoğunlukla planlı gebelik olduğu bulunmuştur.
7. Her iki grupta gebelik öncesinde yaşadıkları kas-iskelet sistemi problemleri yönünden gruplar benzer bulundu. Egzersiz ve ergonomik eğitim grubundaki gebelerin %66.6'sı, kontrol grubundaki gebelerin ise %73.3'ü gebelik öncesinde kas iskelet sistemi şikayeti olmadığını belirtti.
8. Gruplar Oswestry Özur İndeks (OÖİ) skorları açısından kıyaslandığında, altı haftalık tedavi sonunda bel ağrısına bağlı özur düzeyinin egzersiz ve ergonomik eğitim grubunda kontrol grubundan daha az olduğu tespit edildi.

9. Kadınların doğum sonrası 6. haftada depresyon düzeyleri gruplar arasında karşılaştırıldığında; egzersiz ve ergonomik eğitim grubundaki kadınların depresyon düzeyleri kontrol grubundan daha düşük bulundu.
10. Her iki grupta olguların doğum sonu fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel konforu doğum sonu konfor ölçeğiyle değerlendirildi. Doğum sonu konfor ölçeğine göre 6. haftanın sonunda, fiziksel konfor, psikospiritüel konfor ve sosyokültürel konfor yönünden egzersiz ve ergonomik eğitim grubunun kontrol grubundan daha iyi olduğu bulundu.
11. Yaşam kalitesi yönünden gruplar karşılaştırıldığında doğum sonu 6. haftada, egzersiz ve ergonomik eğitim grubunun yaşam kalitesi kontrol grubundan daha yüksekti.
12. Anneliğe uyumu değerlendirmek için kullanılan Postpartum Kendini Değerlendirme Ölçeği sonuçları yönünden gruplar karşılaştırıldığında, eşler arasındaki ilişkinin kalitesi, partnerlerin bebek bakımına katılıma bakışları, doğum deneyiminden memnuniyet, hayatın devamından hoşnut olma ve annelik görevleriyle başa çıkmada güce güvenme alt ölçeklerinde gruplar arasında fark bulunmamasına rağmen annelik ve yeni doğan bakımından memnurluk alt ölçeği ile aile ve arkadaşlarının annelik için desteği alt ölçeği sonuçlarının egzersiz ve ergonomik eğitim grubunda daha iyi olduğu tespit edildi.
13. Doğum sonrası 6. Haftada, çalışmaya katılan kadınların tümü doğum sonu gelişen komplikasyonlar yönünden sorgulandı. Egzersiz ve ergonomik eğitim alan kadınlara kıyasla kontrol grubundaki kadınlarda üriner inkontinans, bel ve sırt ağrılarının daha sık görüldüğü gözlemlendi.

Doğum sonu dönemde oluşabilecek komplikasyonları önlemek için annenin ve bebeğin taburculuk öncesi kapsamlı olarak değerlendirilmesi ve gelişebilecek komplikasyonlar için önlemler alınması hayati önem taşımaktadır. Annenin postpartum eğitim alması, taburculuk sonrasında hem bebeğinin bakımını hem de kendi özbakımını verimli bir şekilde yapabilmesini sağlamakta ve gelişebilecek komplikasyonu en aza indirmektedir. Mevcut sistemde hastanelerde annelere yalnızca rutin hemşirelik bakımı verilmektedir. Özellikle ilk doğumunu yapan deneyimsiz annelerin gebelikte veya öncesinde oluşan kas iskelet sistemi

değişikliklerinin bilincinde olmaması ve bebeğine yanlış pozisyonlarda bakım vermesi komplikasyonlara zemin hazırlamaktadır. Bu durum annede yaşam kalitesini düşürmekte, bebek bakımını olumsuz yönde etkilemekte ve ileride ciddi sağlık problemlerinin yaşanmasına neden olabilmektedir. Bu durumun önlenmesi için postpartum erken dönemde annelere bir fizyoterapist tarafından kapsamlı bir biçimde değerlendirilmeli ve kişiye özel olarak hazırlanmış egzersiz ve ergonomik modifikasyonları içeren bir eğitim verilmelidir. Taburculuk sırasında verilen bu eğitim el kitapçıklarıyla da desteklenmelidir.

Bu çalışmanın sonuçları bütün olarak ele alındığında, doğum sonu erken dönemde verilen egzersiz ve ergonomik modifikasyon prensiplerini içeren eğitimin kadınların bel ağrısını ve depresyon düzeylerini azaltmış, yaşam kalitelerini ve postpartum konfor düzeylerini arttırmış ve anneliğe uyumlarını iyileştirmiştir.

Bu çalışma ile olumlu sonuçlarını gösterdiğimiz postpartum egzersiz ve ergonomik eğitim programının sağlık sistemine yüksek maliyeti olan komplikasyonların önlenmesi için rutin bakım hizmetlerinin bir parçası olarak uygulanmasını önermekteyiz. Bu konuda daha geniş kanıt oluşturabilmesi için daha büyük örneklem gruplarında ve hastaların tedavi sonrası izlem periyotlarını da içerecek benzer çalışmaların yapılması gereklidir.

7. KAYNAKLAR

1. Tan E.K., Tan E.L. Alteration in physiology and anatomy during pregnancy. Clin Obstet Gynecol:27:791-802.2013
2. Borg-Stein J,Dugan S.A,Gruber J. Musculoskeletal aspect of pregnancy. Am J Physi Med Rehabil;84(3):180-192.2005
3. Polden M. And Mantle. The Postnatal Period (Chapter 7). Physiotherapy in Obstetrics and Gynaecology.Second edition. Butterworth-Heinemann, Elsevier Limited.205-247.2004
4. Lee K.A, Zaffke M.E. Longitudinal changes in fatigue and energy during pregnancy and the postpartum period. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing 28 (2):183-191, 1999
5. Çiçek N., Mungan MT., Özden S. Lohusalık Fizyolojisi ve Bakımı: Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji:185-196, 2007
6. Sayiner FD, Özerdoğan N. Doğal Doğum. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi(2):143-148, 2009.
7. Günel GB. Hasta Hakları Aktivisitleri Geri Dönüşü Olmayan Karar Sezaryen. T.C. Sağlık Bakanlığı. Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Erişim yeri: (www. hastahakları.net) Erişim tarihi: Aralık 2012,
8. Clement S.Psychological aspects of caesarean section. Best Practice & Research Clinical Obstetrics Gynaecology,15(1):109-126, 2001
9. Boran B, Turker A, Ekiz M, Dünder Ö. Sezaryen oranları: Bizde ne durumda? İstanbul Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi, 3(3):170-173, 1999.
10. Kiehl, EM., White, MA. Maternal Adaptation During Childbearing in Norway, Sweden and United States. Scandinavian Journal of Caring Sciences 17(2):96-103, 2003.
11. Duman NB, Karataş N. The effect of home care services on maternal health after cesarean delivery in Turkey Journal of Nursing Education and Practice, November.4(2), 2012.

- 12.**Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective cesarean section: cohort study. *BMJ* 336:85-87, 2008.
- 13.**Kurinczuk JJ, White-Koning M, Badawi N. Epidemiology of neonatal encephalopathy and hypoxic-ischemic encephalopathy. *Early Human Dev.* 86:329-338, 2010
- 14.**Signore C, Klebanoff M. Neonatal morbidity and mortality after elective cesarean delivery. *Clin Perinatol.*35:361-371, 2008
- 15.**Berg G, Hammar M, Möller–Nielsen J, Lindén U, Thorblad J. Low-back pain during pregnancy.*Obstetrics and Gynecology* 71: 71–75, 1988.
- 16.**Doughtery M C, Bishop K R, Abrams Rm . The effect of exercise on the circumvaginal muscles in the postpartum woman. *Journal of Nurse-Midwifery*,34:8-14, 1989.
- 17.**Calvert S, Fleming V. Minimizing postpartum pain; a review of research pertaining to perineal care in childbearing women. *Journal of Advanced Nursing*,32 (2),407-415, 2000
- 18.**American College of Obstetricians and Gynecologists: Exercise during pregnancy and the postpartum period.. *Obstet Gynecol* 99:171–173, 2002.
- 19.**Özgünen T, Evrüke C. Sezaryen In. Beksaç *Obstetrik Maternal-Fetal Tıp&Perinatoloji* S.(Eds), İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1322-1328, 2001.
- 20.**Mathai M, Hofmeyr GJ, Mathai NE. Abdominal surgical incisions for caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; (5): CD004453. Doi: 10.1002/14651858.CD004453.pub3.
- 21.**Marshall NE, Fu R, Guise JM. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 205(3):262, 2011.
- 22.**T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. Erişim: (www.sagem.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf) (Erişim Tarihi: 16/03/2018)

- 23.**Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü “2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye,2014. Erişim: (http://www.hips.hacettepe.edu.tr/eng/tdhs13/report/TDHS2013_Results_Izmir_05022015.pdf)
- 24.**Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Cesarean section and postpartum hysterectomy In: Williams Obstetrics 24st ed. New York McGraw HillEducation,587-588,2014.
- 25.**Lambrou N., Morse A., Wallach E. Çev. Vicdan K., Işık A.Z., Danışman N. The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics (Jinekoloji Obstetrik El Kitabı), Ankara, Atlas Kitapçılık 22-25,2000.
- 26.**Steer, P.J, Modi, N. Elective caesarean sections risks to the infant. The Lancet 374: 675–676, 2009.
- 27.**Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ: Cesarean section and postpartum hysterectomy In: Williams Obstetrics. 21st Ed 537- 565,2001.
- 28.**Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 8. Baskı. Ankara. Sistem Ofset Matbaacılık.275-94,2012.
- 29.**Güler K. Prenatal bakımı etkileyen faktörlerle ilgili epidemiyolojik bir çalışma. Hemşirelik Bülten 3:12,1998.
- 30.**Fawcett, J., Tulman, L., Myers, S. T., Development of the Inventory of Functional Status After Childbirth, Journal of Nurse-Midwifery 33(6): 252-260, 1988.
- 31.**Altuntuğ K. Acar A. Doğum Sonu Dönemde Primipar Anne ve Ebe/Hemşirelerin Eğitim Önceliklerinin Karşılaştırılması. STED. 2011;3(5):128-28.Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi 9:68-75, 2006.
- 32.**Kızılkaya, B. N.,Coşkun, A., Yıldırım, G., Doğum Olayının Kadının Fonksiyonel Durumu Üzerine Etkisi, Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi Cilt 1, 22-29, 2003.
- 33.**Sword W, Watt S. Learning needs of postpartum women: does socioeconomic status matter? BIRTH.32(2):86-92,2005.

- 34.**Ayvaz S. Trabzon İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Sıklığı ve Gebelikteki İlişkili Demografik Risk Etmenleri. Türk Psikiyatri Dergisi Cilt.17(4), 243-251,2006.
- 35.**Callahan LT, Caughey BA, Heffner JL. Blueprints Obstetrics and Gynecology.3rd ed. Blackwell Publishing, 2004
- 36.**Blackburn ST. Maternal, fetal, and neonatal physiology: A clinical perspective. 2nd ed. Philadelphia: Saunders, 2003.
- 37.**London LM, Ladewig AP, Ball WJ, Bindler CR. Maternal & Child Nursing Care. 2nd ed. New Jersey: Pearson Education, Inc, Upper Saddle River, 2007
- 38.**Blackburn ST. Maternal, fetal, and neonatal physiology.3rd ed.Philadelphia: Saunders Elsevier,2007.
- 39.**Coşkun G. Doğum sonu bakımın anneler tarafından değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin,2003.
- 40.**Atabekoğlu C, Çetinkaya E. Normal Travay, Doğum ve Postpartum Bakım. Obstetrik ve Jinekolojinin Temelleri, Üstün C, Koçak İ, (Çeviri editörleri). Essentials of Obstetrics and Gynecology, Hacker NF, Moore JG, Gambone JC. 4. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 104-136, 2009.
- 41.**Ricci SS. Essentials of Maternity, Newborn, and Women's Health Nursing. 2nd Ed, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009.
- 42.**Nash LR. Postpartum care. In: RE Rakel & ET Bobe, editors.Conn's current therapy. Philadelphia: Saunders Elsevier,1190-1193, 2007.
- 43.**Thompson AM, Bukowski R., Puerperium, Danforth's Obstetrics and Gynecology (Gibbs, Ronald S,ed) 10th Edition,70-72, 2008.
- 44.**Pillitteri A, Maternal Child Health Nursing: Care of Childbearin & Childbearing Family. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Company; 2010.
- 45.**Ayazoğlu S. 0-6 Ay Arası Bebeği Olan Annelerin Kontrasepsiyon Yöntemi Olarak Laktasyonla Amenore Metodu'na İlişkin Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, T.C. Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, İstanbul, 2006.
- 46.**Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi,3.Baskı , Cilt 1-2. Ankara: Atlas Kitapçılık Tic. Ltd. Şirketi,2012.

- 47.** Maria E. Sundaram, Alain B. Early Neonatal Feeding Is Common and Associated with Subsequent Breastfeeding Behavior in Rural Bangladesh. *Journal of Nutrition* 143(7), 1161-1167, 2013.
- 48.** Akkuzu G. Laktasyon Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 5. baskı, Ankara Sistem Ofset Matbacılık ,470-475,2005.
- 49.** Yurdakök, K. Meme Dokusunun Gelişmesi Ve Laktasyon Fizyolojisi. *Katkı* 1991
- 50.** Coşkun, T. Laktasyonun Anatomi ve Fizyolojisi. *Katkı Pediatri Dergisi*, Cilt.2(1), 185- 198,2003.
- 51.** Eryılmaz G. Laktasyon ve emzirme. In: Şirin A. Kadın Sağlığı Kitabı. 1. Baskı, İstanbul, Bedray Yayıncılık; 759-790,2008.
- 52.** Prior E, Santhakumaran S, Gale C. Breastfeeding after a cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of World literature. *The American Journal of Clinical Nutrition*, Sayı;95,1113-1135,2012.
- 53.** Erbil N, Oral D. Doğum şeklinin emzirme tutumu üzerine etkisi. IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Ankara.Kök Yayıncılık,255,2005.
- 54.** Campell OM, Gray RH; Characteristics and determinations of postpartum ovarian function in woman in the united States. *Am J Obstet Gynecol* 169;55,1993.
- 55.** Visness CM , Kennedy KI , Gross BA. Fertility of fully breast feeding women in the early postpartum period. *Obstet Gynecol* 89;164,1997
- 56.** Clark, S. L., Cotton, D. B., Lee, W., Bishop, C., Hill, T., Southwick, J. and Tolley, D. Central hemodynamic assessment of normal term pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 161(6), 1439-1442,1989.
- 57.** Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ: Cesarean Section and Postpartum Hysterectomy In: *Williams Obstetrics* 21st Ed. 537–565,2001
- 58.** San-Frutos, L., Engels, V., Zapardiel. Hemodynamic changes during pregnancy and postpartum: a prospective study using thoracic electrical bioimpedance. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 24(11), 1333- 1340,2011.
- 59.** Schuster T, Montie J. Postoperative İleus After Abdominal Surgery. *Urology*. 59: 465-471,2002

- 60.**Ledari F., Barat S., Delavar M. Chewing Sugar-Free Gum Reduces Ileus After Cesarean Section in Nulliparous Women: A Randomized Clinical Trial 15(4), 330-334,2013.
- 61.**Henry M, Parks AG , Swash M. The pelvic floor musculature in the descending perineum syndrome. British Journal of Surgery;69, 470-472,1982.
- 62.**Thompson J.F, Roberts C L, Currie M. Prevalence and persistence of health problems after childbirth; associations with parity and method of birth. Birth29(2):83-94,2002.
- 63.**Lazebnik N, Jaffa AJ, Peyeser MR. Hemolytic-uremic syndrome in pregnancy. Review of the literature and report of a case. Obstet Gynecol Surv 40:618,1985
- 64.**Troy NW. Is the significance of postpartum fatigue being overlooked in the lives of women? MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing; 28(4): 252-257, 2003.
- 65.**Duran S. Ebe ve Hemşirelerin Anne Sütü ve Emzirme Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının, Danışmanlık Verdikleri Annelerin Bebeklerini Anne Sütü İle Besleme Davranışlarına Etkisi, Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne, 2008.
- 66.**Stephenson R.G., OConnor, LJ. Obstetric and Gynecologic Care in Physical Therapy (2nd edition.). Thorofare: SLACK. 89-132, 2000.
- 67.**Macarthur C, Lewis M, Knox E. Health After Childbirth. BJOG 1193-1204,1998.
- 68.**Vermani E, Mittal R, Weeks A. Pelvic girdle pain and low back pain in pregnancy ;a review. Pain practise;10(1):60-71,2010.
- 69.**Hamamcı N, Cengizlier J, Bellekçi E. Gebede postural değişiklikler. Yeni Tıp Derg;9(4):13-7, 1992.
- 70.**MacEvilly M, Buggy D. Back pain and pregnancy: a review. Pain;64(3):405-414,1996.
- 71.**Bernard T, Cassidy. J. The sacroiliac joint syndrome: pathophysiology, diagnosis and management. The adult spine; principles and practise Raven Press Newyork.2107-2130,1992.
- 72.**Kristiansson P, Svardsud K, Von Schoultz B. Serum relaxin, symphyseal pain and back pain during pregnancy. Am J Obstet Gynecol 175(5);1342-1347,1996.

- 73.**Haslam J. Physiology of pregnancy. Physiotherapy in Obstetrics and Gynecology, 2.edition, London. Butterworth-Heinemann: 27-52,2004.
- 74.**Akbayrak T, Akarcalı İ, Çıtak İ, Kara F. Gebelikte Diastatis Recti Abdominis, Rectus Abdominis Kas Kuvveti ve Bel Ağrısı Arasındaki İlişki. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 11(4):215-219,2001.
- 75.**Coldron Y, Strokes M, Newham D.Postpartum characteristics of rectus abdominis on ultrasound imaging. Man Ther;13:112-21,2008.
- 76.**Polden M, Mantle J. Relieving pregnancy discomfort. Physiotherapy in Obstetrics and gynecology Oxford, Butterworth- Heineman :133-62,1990.
- 77.**Akarcalı İ, Akbayrak T, Çıtak İ, Demirtürk F. Gebelikte Egzersiz ve Doğum Eğitimi. İn Maternal- Fetal Tıp ve Perinatoloji. Beksaç S editör. Ankara MN Medikal&Nobel: 956-957,2001.
- 78.**Barton S. Relieving the discomforts of pregnancy. Physiotherapy in Obstetrics and Gynecology,2nd edn Butterworth-Heinemann, London:141-164,2004.Tıp ve Perinatoloji. Beksaç S editör. Ankara MN Medikal Nobel:956-971,2001.
- 79.**Hilton P, Dolan LM. Pathophysiology of urinary incontinence and pelvic organ prolapse.BJOG:An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 111:5-9,2004.
- 80.**Pool-Goudzwaard A.L, Ten Hove M.C.S , Vierhout M.E. Relations between pregnancy- related low back pain , pelvic floor activity and pelvic floor dysfunction . Int Urogynecol J:16(6);468-474, 2005.
- 81.**Polden M and Mantle J. Physiotherapy in obstetrics and gynecology. The Postnatal Period (chapter 7). Buterworth- Heinemann, Elsevier Limited, Second Edition: 205-247,2004.
- 82.**Nelson A.M., Transition to Motherhood. JOGNN 32(4): 465-477, 2003.
- 83.**Wolf, D., Crowe M., Postpartum, The New Our Bodies, Ourselves a Book by and For Women, A Touchstone Book, London, 1992.
- 84.**Sevil, Ü., Özkan S., Fathers' Functional Status During Pregnancy and The Early Postnatal Period, Midwifery 25 :665-672, 2009.

- 85.**Apay, E.S., Pasinlioğlu, T., Kesitsel Bir alışma: Kadınların Doğum Sonrası Fonksiyonel Durumlarının İncelenmesi, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 1 :20-29, 2009.
- 86.**Mc Learn KT, Minkovitz, C. S., Strobino, D. M. Maternal Depressive Symptoms at 2 to 4 Months Postpartum and Early Parenting Practices, Arch Pediatr Adolesc Med 106: 279-284, 2006.
- 87.**Taşkın, L., Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, IX. Baskı, Ankara, 275-455-486, 2009.
- 88.**Ermalynn M.K., Marjorie, A.W., Maternal Adaptation During Childbearing in Norway, Sweden and the United States, Nordic College of Caring Sciences, Scand J. Caring Sci 17: 96-103, 2003.
- 89.**Erdem Mk., Özgen S., Coşkun, F. Obstetrik Anestezi Ve Analjezi. Kişnişçi H, GökşinE (Eds) ,1996.
- 90.**Özatamer O., Alkıs N., Batıslam, Y., Anesteziye Güncel Konular.Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, 510-516,2002.
- 91.**Ramin SM, Gilstrap LC. Third. Early repair of episiotomy dehiscence. Clin Obstet. Gynecol 37:816,1994.
- 92.**Shnider SM, Levinson G . Anesthesia for Obstetrics. Ronald D. Miller (Ed) Anesthesia 4 th Edition. Churchil Livingstone, Printed in USA: 2031-2067, 1994.
- 93.**Practise guidelines for obstetrical anesthesia. A report by the American Society of Anesthesiologist Task Force on Obstetrical Anesthesia. Anesthesiology 90:600-611,1999.
- 94.**Gallos I.D, Williams Hm, Price MJ. Uterotonic agents for preventing postpartum haemorrhage: a network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev, 4: 2018.Cd011689.
- 95.**Jansen, A.J. Postpartum hemorrhage and transfusion of blood and blood components. Obstetrical & gynecological survey60(10): p. 663-671, 2005.
- 96.**Organization, W.H., WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. World Health Organization2012.
- 97.**Yucel O, Özdemir İ, Yücel N.Emergency peripartum hysterectomy: a 9-year review. Archives of gynecology and obstetrics. 274(2): 84-87,2006.

- 98.**Cansino CD, Lipsett P, et al. Critical care. In: KB. Fortner, et al. editors. The Johns Hopkins manual of gynecology and obstetrics. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- 99.**Gates S, Brocklehurst P, Davis, LJ. Prophylaxis for venous thromboembolic disease in pregnancy and the early postnatal,period. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009.
- 100.** Güngör, D., Gökyıldız, Nahcivan, N.Ö. Sezaryen doğum yapan bir grup kadının doğuma ilişkin görüşleri ve doğuma ilişkin görüşleri ve doğum sonu erken dönemde yaşadıkları sorunlar. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 13(53),185-197,2004.
- 101.** Kierkegaard A.Incidence and diagnosis of deep vein thrombosis associated with pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand;62:239,1983.
- 102.** Brown CEL, Stettler RW, Twickler D. Puerperal septic pelvic thrombophlebitis: incidence and response to heparin therapy. Am J Obstet Gynecol 181: 143,1999.
- 103.** Lowdermilk D.L Postpartum Complications. (in) Lowdermilk DL, Perry S.E. (Eds),USA, Maternity & Women's Health Care. Mosby 8th Edition:1044-48, 2004.
- 104.** Corwin EJ, Arbour M. Postpartum fatigue and evidence-based interventions. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing;32(4): 215-222, 2007.
- 105.** Watts DH, Eschenbach DA, Denny GE. Early postpartum endometritis. The role of bacteria, genital mycoplasma and Chlamydia trachomatis. Obstet Gynecol 75-52, 1990.
- 106.** Özgünen FT. Sezaryen. In: Özgünen FT, Evrücke C (eds). Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji, Ankara: Medical Network,1322-1330, 2001.
- 107.** Ghoreishi J. Indwelling. Urinary Catheters in Cesarean Delivery. Int J Gynaecol Obstet 83(3): 267-270, 2003.
- 108.** Pavone ME, Purinton SC, Petersen SM. Postpartum care and breast-feeding. In: K. B. Fortner, et al. editors. The Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- 109.** Hüseyin Yılmaz, Servet Hacıvelioğlu, Ömer Dinçer. Pelvik Operasyonlarda Mesane ve Üreter Yaralanması. Ege Tıp Dergisi 41(2): 103 – 105, 2002.

- 110.** Gomella T.L. Neonatology Management, Procedures, On-Call Problems, Diseases, Drugs (2nd ed). Prentice Hall, London, 2002
- 111.** Onbaşı Ş, Duran R, Çiftdemir NA, Vatansever Ü, Acunas B, Süt N. Doğum öncesi anne adaylarına verilen emzirme ve anne sütü eğitiminin emzirme davranışları üzerine etkisi. Türk Pediatri Arşivi 46, 75-80, 2011.
- 112.** Vermani E, Mittal R, Weeks A. Pelvic girdle pain and low back pain in pregnancy; a review. Pain practise. 10(1):60-71, 2010..
- 113.** Vleeming A, Albert HB, Ostgaard HC, Sturesson B, Stuge B European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain.. Eur Spine J. Jun; 17(6):794-819, 2008.
- 114.** Ergonomics and Pregnancy; Occupational Health Clinics for Ontario Workers Inc. www.ohcow.on.ca/resources/handbooks/.
- 115.** Clarke B, Khosla S. Female reproductive system and bone. Arch Biochem Biophys 50:118-28, 2010.
- 116.** Tosun A, Fidan F, Alkan BM. Vertebral Fractures Due to Postpartum Spinal Osteoporosis: an Unusual Cause of Low Back Pain. Turkish Journal of Osteoporosis 17:21-3, 2011.
- 117.** Ostgaard HC, Andersson GBJ. Previous back pain and risk of developing 4back pain in a future pregnancy. Spine 16:432-436, 1991.
- 118.** Lo t, Candido G, Janssen P. Diastasis Recti abdominis in pregnancy; risk factors and treatment. Physioterapy 51: 32-6, 1999
- 119.** Chiarello CM, Falzone LA, McCaslin KE. The effects of an exercise program on diastasis recti abdominis in pregnant woman. J Womens Health Phys Ther, 29; 11-6, 2005
- 120.** Polden M., Bursch SG. Interrater reliability of diastasis recti abdominis measurement. Phys Ther; 67:1077-1079, 1987.
- 121.** Dontigny RL. Anterior Dysfunction of the Sacroiliac Joint as a Major Factor in the Etiology of Idiopathic Low Back Pain Syndrome. Phys. Ther 70: 250-262, 1990.
- 122.** Foley BS, Buschbacher RM. Sacroiliac joint pain: anatomy, biomechanics, diagnosis and treatment. Am J Phys Med Rehabil; 85: 997-1006, 2006.

- 123.** Hayslip C ,Klein TA, Wray H L.The effect of lactation on bone mineral content in healthy postpartum women. *Obstetrics and Gynecology*73 :588-592,1989.
- 124.** Kocaöz S. Gebelik Döneminde Stres Üriner İnkontinansı Önlemeye YönelikUygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinden Doğum Sonrası Etkinliğinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara 2007.
- 125.** Reilly ET, Freeman RM, Waterfield MR. Prevention of postpartum stress incontinence in primigravidae with increased bladder neck mobility: a randomised controlled trial of antenatal pelvic floor exercises. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 109(1):68-76,2002.
- 126.** Morkved S, Bo K. The Effect of Post-Natal Exercises to Strengthen The Pelvic Floor Muscles. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 75(4): 382-385,1996.
- 127.** Handa VL, Harris TA, Ostergard DR. Protecting the pelvic floor: obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstetrics & Gynecology* 88(3):470-8,1996.
- 128.** Brown S, Gartland D, Perlen S. Consultation about urinary and faecal incontinence in the year after childbirth; a cohort study. *Bjog* ,Jun;122(7);9554-9962,2015.
- 129.** Rortveit G. , Daltveit A.K., Yngvild S. Urinary incontinence after vaginal delivery or ceserean section? *348(10):900-907,2003.*
- 130.** Liang C-C, Chang S-D, Lin S-J.Lower urinary tract symptoms in primiparous women before and during pregnancy. *Archives of gynecology and obstetrics* 285(5):1205-1210, 2012.
- 131.** Wesnes SL, Rortveit G, Bø K. Urinary incontinence during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* 109(4):922-928,2007.
- 132.** Taşdemir N. Hastaların Cerrahi Girişim Sonrası Abdominal Distansiyona Yönelik Deneyimleri, Yüksek lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi,Ankara, 2005.
- 133.** Erdil F, Özhan Elbaş N. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. 4.basım. Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık:30,48,135,434,439,440, 2001.

- 134.** Holte K, Kehlet H. Postoperative ileus: a preventable event. *Br J Surg* 87: 1480-1493, 2000.
- 135.** Schuster T, Montie J. Postoperative İleus After Abdominal Surgery. *Urology*: 465-471, 2002.
- 136.** Tezel A, Gözüm S. Postpartum dönemde kadınlarda görülebilen depresif belirtiler ve hemşirelik bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 12(2): 62-68, 2005.
- 137.** Thompson JF, Roberts CL, Currie M. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: Associations with parity and method of birth, *Birth* 29(2): 83-94,2002.
- 138.** Bilgin ÇN, Potur CD. Doğum Sonu Dönem Kanıt Temelli Yaklaşımlar Ve Hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*; 3(3): 80-87, 2010.
- 139.** Beydağ DK. Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 6(6): 479-483, 2007.
- 140.** Karaçam Z Normal Postpartum Dönemin Fizyolojisi ve Bakımı, *Kadın Sağlığı* (Şirin A, Kavlak O), İstanbul,Bedray Yayıncılık:719-754, 2008.
- 141.** Can R, Ege E, Akın B. Doğum Sonu İlk Üç Aylık Dönemde Annedeki Yorgunluk Düzeyi ve İlişkili Faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*; 3(2): 62-70, 2010.
- 142.** Fooladi, MM. Therapeutic tears and postpartum blues. *Holistic Nursing Practice*; 20(4), 204-211,2006.
- 143.** Gereklioğlu, Ç., Poçan, A. G., Başhan, İ., Annelerin Doğum Sonrası Psikiyatrik Sorunları, *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 17, 126-133, 2007.
- 144.** Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA. Prevalence of postpartum depression and associated factors. *Rev Saude Publica* 40:1-6, 2006.
- 145.** Corwin EJ, Brownstead J, Barton N. The impact of fatigue on the development of postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 34(5): 577-586, 2005.
- 146.** Efe ŞY, Taşkın L, Eroğlu K. Türkiye’de postnatal depresyon ve etkileyen faktörler. *J Turkish-German Gynecol Assoc* 10: 14- 20,2009.

- 147.** Güleç D, Kavlak O, Sevil Ü. Ebeveynlerin doğum sonu yaşadıkları duygusal sorunlar ve hemşirelik bakımı, HEAD 11(1):54-60,2014.
- 148.** Goodman JH. Paternal postpartum depression, its relationship to maternal, postpartum depression, and its implications for family health. Journal of Advanced Nursing 45:26–35,2004.
- 149.** Britto PB, Fuligni AS, Brooks-Gunn J. Reading, rhymes, and routines: American parents and their young children.(Halfon, N. McLearn, KT. Shuster, MA.) Child Rearing in America: Challenges Facing Parents with Young Children,117-145,2002.
- 150.** McCoy SJ, Beal JM, Shipman SB. Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. Journal of the American Osteopathic Association 106:193–198, 2006; [PubMed: 16627773])
- 151.** McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months postpartum and early parenting practices. Archives of Pediatric & Adolescent Medicine 160:279–284,2006.
- 152.** Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. Klinik Psikiyatri 2: 70-74,2004.
- 153.** Blenning C, Paladine H. An approach to the postpartum office visit. American Family Physician 72(12): 2491-2496,2005.
- 154.** Köker İ. Kadın Hastalıkları Ve Doğum Temel Bilgileri. Adana: Nobel Kitapevi; 2011.
- 155.** Luoma I, Tamminen T, Kaukonen P, et al. Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 40:1367-1374, 2001.
- 156.** Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry behavioral sciences/clinical psychiatry, 7.baskı, Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins; 494-6,2003.
- 157.** Berens P, Overview of the postpartum period: Physiology, complications, and maternal care, 2019. Erişim (<http://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-care>? Source = search result&search =postnatal care)
- 158.** Çıtak Karakaya İ, Yüksel İ, Akbayrak T, Effects of Physiotherapy on pain and functional activities after cesarean delivery. Arch Gynecol Obst 285:621-627,2012.

- 159.** Sarı H, Tüzün Ş, Akgün K. Fiziksel Tıp Yöntemleri. (Sarı H.) Nobel Tıp Kitabevleri:43-47, 2002.
- 160.** Weber DC, Brown AW. Physical agent modalities. (Braddom RL). Physical Medicine & rehabilitation. Philadelphia: WB Saunders: 449-463, 1996.
- 161.** Zumsteg I., Weckerle C. Bakera, a herbal steam bath for postnatal care in Minahasa (Indonesia): Documentation of the plants used and assessment of the method. Journal of Ethnopharmacology 111, 641-650, 2007.
- 162.** On AY. Ağrı tedavisinde soğuk uygulamalar. Ağrı; 18 (2): 5-14, 2006.
- 163.** Mary Steen, Paul Marchant. Ice packs and cooling gel pads versus no localised treatment for relief of perineal pain: a randomised controlled trial. Evidence Based Midwifery 5(1): 16-22,2007.
- 164.** Liddle SD , Pennick V. Interventions for preventing and treating low-back and pelvic pain during pregnancy : status and date : New search for studies and content updated(no change no conclusions)2015. doi: 10.1002/14651858.CD001139.pub4
- 165.** Köse S. , Arıoz D.T. , Toktas H.. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain control after vaginal delivery and cesarean section: 1572-1575,2013.
- 166.** Belanger AY, Yakut E. (Dalkılıç M, Kaya D.)Kanıtı Dayalı Elektroterapi, Ankara, Pelikan Tıp ve Teknik Kitabevi, 181-213,2008.
- 167.** Low J, Reed A.Electrotherapy Explained Principles and practice, Butterworth Heinemann, 3rd edition, 2000.
- 168.** Semmler DM. The use of ultrasound therapy in the treatment of breast engorgement. Australian Physiotherapy Assosiation. National Obstetrics and Gynecology Journal 1982.
- 169.** Tuncer T. Elektroterapi. (Beyazova M, Kutsal YG)Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon, Cilt 1,Ankara: Güneş Kitabevi:771-89, 2000.
- 170.** Ketenci A. Yüksek frekans tedavisi. (Tuna N) Elektroterapi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri:93-118,2001.

- 171.** GRANT A., SLEEP J. Ultrasound and pulsed electromagnetic energy treatment for perineal trauma. A randomized placebo-controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 96 :434-439, 1989.
- 172.** Bang M.D. , Deyle, G.D. Comparison of supervised exercise with and without manual physical therapy for patients with shoulder impingement syndrome. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* 30 (3):126-137, 2000.
- 173.** Maigne J-Y, Vautravers P. Mechanism of action of spinal manipulative therapy. *Joint bone spine.* 70(5):336-41,2003
- 174.** Schwerla F., Rother K., Rother R. Osteopathic Manipulative Therapy in Women With Postpartum Low Back Pain and Disability: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *J AM Osteopath Assoc.* 115:416-425, 2015.
- 175.** Hastings V., McCallister A.M. Efficacy of Osteopathic Manipulative Treatment for Management of Postpartum Pain. *The Journal of the American Osteopathic Association* 116: 502-509, 2016.
- 176.** Özalevli S. Pre ve postoperatif pulmoner rehabilitasyon(Erk M, Ergün P,)Pulmoner Rehabilitasyon, İstanbul.toraks kitabı: 179-195,2009.
- 177.** Chumillas S, Ponce J, Delgado F. Prevention of Postoperative Pulmonary Complications through respiratory rehabilitation; a controlled clinical study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 79(1):5-9,1998.
- 178.** Aboussouan LS, Stoller JK. Perioperative pulmonary care (Cherniack NS, Altose MD, Homma I) Rehabilitation of the patient with respiratory disease. 1st ed. New York: McGraw-Hill Company:561-75,1999.
- 179.** Celli BR, Rodriguez KS, Snider GL A controlled trial of intermittent positive pressure breathing, incentive spirometry, and deep breathing exercises in preventing respiratory complications after abdominal surgery. *Am Rev Resp Dis*;130:12-5, 1984.
- 180.** Kegel A.H., Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscle. *Am. J. Obstetrics and Gynaecology*; 56:238-248, 1948.
- 181.** Bo K. Pelvic floor muscle exercise for the treatment of stress urinary incontinence: an exercise physiology perspective. *Int Urogynecol J* 6:282-291, 1995.

- 182.** Wise B. *Physiotherapy*.(Cardoza L.) Urogynecology, New York, 1997: p. 583- 594104.
- 183.** Park SH, Kang CB, Jang SY, Kim BY. Effect of Kegel Exercise to Prevent Urinary and Fecal Incontinence in Antenatal and Postnatal Women; Systematic Review. *J Korean Acad Nurs* 43:420-430, 2013.
- 184.** Morkved S, Bo K. Effect of postpartum pelvic floor muscle training in prevention and treatment of urinary incontinence; a one-year follow up. *Bjog: An international Journal of Obstetrics and Gynecology* 107, 2005.
- 185.** Teychenne M, York R. Physical activity, sedentary behavior, and postnatal depressive symptoms: A review. *Am J Prev Med* 45: 217–27, 2013.
- 186.** Evenson KR, Mottola MF, Owe KM. Summary of international guidelines for physical activity following pregnancy. *Obstet Gynecol Surv*, 69(7): 407–14, 2014.
- 187.** Bahadoran P, Abbasi F, Yousefi AR. Evaluating the effect of exercise on the postpartum quality of life. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 12(1): 17-20, 2007.
- 188.** World Health Organization. Physical activity. Erişim= (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/> 25 Temmuz 2017.)
- 189.** The American College of Obstetricians and Gynecologists. Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period. *Obstet Gynecol*, 126: 135–42, 2015
- 190.** Borodulin K, Evenson KR, Herring AH. Physical activity patterns during pregnancy through postpartum. *BMC Womens Health* 9: 32, 2009.
- 191.** Armstrong K, Edwards H. The effectiveness of a pram-walking exercise programme in reducing depressive symptomatology for postnatal women. *International Journal of Nursing Practice*; 10: 177–194, 2004.
- 192.** ACOG. Exercise during pregnancy and the postpartum period. ACOG Committee Opinion No. 267. *Obstet Gynecol.*; 99(1):171–3, 2002. [PubMed: 11777528]
- 193.** Mens JMA, Snijders CJ, Stam HJ. Diagonal trunk muscle exercises in peripartum pelvic pain: a randomized clinical trial. *Phys Ther.*; 80:1164–1173, 2000.

- 194.** Kendall F.P., McCreary E.K. Posture and pain (3 ed.). Baltimore: Williams & Wilkins, 1993.
- 195.** Massion, J. Postural control system. *Current Opinion in Neurobiology*, 4(6), 877-887, 1994.
- 196.** Eman A.M., Fayiz FE. Efficacy of kinesiotape on functional disability of women with postnatal back pain:A randomized controlled trial. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*:1–6, 2017.
- 197.** Teymuri Z., Hosseinifar M, Sirousi M.The Effect of Stabilization Exercises on Pain, Disability, and Pelvic Floor Muscle Function in Postpartum Lumbopelvic Pain: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 97(12):885–891, 2018.
- 198.** Chaudry S., Rashid F., Effectiveness of core stabilization exercises along with postural correction in postpartum back pain. *Rawal Medical Journal*,38:256-259, 2013.
- 199.** Edmons M., Mcquire, H., Price j.Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. *Cochrane Database Of Systematic Reviews* 2004.
- 200.** Salmon, P., Lush, E., Jablonski M. Yoga and Mindfulness: Clinical Aspects of an Ancient Mind/Body Practice, *Cognitive and Behavioral Practice*,16(1):59-72,2009.
- 201.** Ko Yl, Yang C. Effects of Postpartum Exercise Program on Fatigue and Depression During ‘Doing-the Month’Period 16:177-186,2008.
- 202.** Ashrafinia F, Mirmohammadali M, Rajabi H, Kazemnejad A, Sadeghniaat Haghighi K, Amelvalizadeh M. Effect of Pilates exercises on postpartum maternal fatigue. *Singapore Medical Journal*;56(03):169-73, 2015
- 203.** Barton, G.E. Occupational therapy. *The Trained Nurse and Hospital Review*, 54, 138-140, 1915
- 204.** Law.M.Steinwender, S.Leclair Occupation, health and well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 65:81-91, 1998.
- 205.** Borg-Stein J.,Dugan S.A. Musculoskeletal disorders of pregnancy, delivery and postpartum. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 18(3), 459-476, 2007

- 206.** Glazener CMA, Abdalla M, Stroud P. Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention, and treatment. *Br J Obstet Gynaecol*;102:282–7,1995.
- 207.** Doğan N. Annelere Doğum Öncesinde Verilen Yenidoğan Bakımı İle İlgili Eğitimin Doğum Öncesi ve Doğum Sonrasında Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi; 2007
- 208.** Peter J. Diggle Testing for Random Dropouts in Repeated Measurement Data 45:1255-1258, 1989.
- 209.** Fairbank JC, Pynsent PB. The Oswestry Disability Index. *Spine*25:2940-2952,2000
- 210.** Yakut E, Düger T, Oksüz C. Validation of the Turkish version of the Oswestry Disability Index for patients with low back pain. *Spine* 29:581-585,2004.
- 211.** Karakaplan S, Yıldız H. Doğum sonu konfor ölçeği geliştirme çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 3(1):55-65,2010.
- 212.** Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression development of the 10-item edinburgh postnatal depression Scale. *The British Journal of Psychiatry* 150(6):782-6, 1987. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- 213.** Engindeniz A, Kuey L, Kultur S. Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. 1st ed. Ankara , Psikiyatri Derneği Yayınları; 51-52,1996.
- 214.** Çalışır H, Karaçam Z, Akgül FA, Kurnaz DA. Doğum sonrası ebeveynlik davranışı ölçeğinin Türkçe formunun geçerliği ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 12(1):1-8, 2009.
- 215.** Taşçı KD, Mete S. Postpartum kendini değerlendirme ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 10(2):20-9, 2007.
- 216.** Lederman R, Raff B, Carroll P. Postpartum self-evaluation questionnaire: measures of maternal adaptation. *Birth Defects Original Article Series* 17(6):200-31, 1981
- 217.** Hill P, Aldag J, Hekel B. Maternal postpartum quality of life questionnaire. *Journal of Nursing Measurement* 14(3):205-20 2006.

- 218.** Altuntuğ K, Ege E. Doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 15(3):214-22, 2012.
- 219.** Sümbüloğlu K., Sümbüloğlu V., Biyoistatistik, 9. baskı, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 2000.
- 220.** Ostgaard HC, Roos-Hansson E, Zetherstrom G. Regression of back and posterior pelvic pain after pregnancy. *Spine* 21: 2777-2780,1996.
- 221.** Eman A. M, Fayiz F. El-Shamy. Efficacy of kinesiotape on functional disability of women with postnatal back pain:A randomized controlled trial. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation* 31: 205-210,2018.
- 222.** Stuge B, Lærum E., The Efficacy of a Treatment Program Focusing on Specific Stabilizing Exercises for Pelvic Girdle Pain After Pregnancy. *SPINE* 29, 351–35,2004.
- 223.** U.S. Department of Health and Human Services .Healthy People Vol. 1 and 2, Conference edn. Centers for Disease Control and Prevention, President's Council on Physical Fitness and Sports, Washington, DC,2010.
- 224.** Simons J, Mannion J, Morison L. How the health visitor can help when problems between parents add to postnatal stres. *J Adv Nurs.*;44(4):400-409,2003.
- 225.** Gutke A., Lundberg M. Impact of postpartum lumbopelvic pain on disability, pain intensity, health-related quality of life, activity level, kinesiophobia, and depressive symptoms. *European Spine Journal* 20:440-448, 2011.
- 226.** Bergström M, Kieler H, Waldenström U. Effects of Natural Childbirth Preparation Versus Standard Antenatal Education on Epidural Rates, Experience of Childbirth and Parental Stres in Mothers and Fathers: A Randomised Controlled Multicentre Trial. *BJOG*; 116(9): 1167-76,2009.
- 227.** Larson-Meyer D. E. Effect of Postpartum Exercise on Mothers and their Offspring: A Review of the Literature. *Obesity Research*, 10(8), 841–853. doi:10.1038/oby.2002.114, 2002.
- 228.** Gölbaşı, Z. Postpartum dönemde erken taburculuk, evde bakım hizmetleri ve hemşirelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7 (2), 15-22,2003.

- 229.** Kolcaba, K. Comfort Theory and Practice: a vision for holistic health care and research. New York: Springer Publishing Co, 2003
- 230.** Pınar G., Doğan N. Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. Dicle Tıp Dergisi 36: 184-190. 2009
- 231.** Derya Y, Pasinioğlu T. The Effect of Nursing Care Based on Comfort Theory on Women's Postpartum Comfort Levels After Caesarean Sections. 28:138-144, 2017
- 232.** Crow K, Von Baeyer C. Predictors of a positive childbirth experience, Birth 16(2):59, 1989.
- 233.** Taşkın L.N. Annelerin doğum sonu dönemde ev ortamında kendi bakımları ve bebek bakımı ile ilgili karşılaştıkları sorunlar ve bu sorunlara yönelik uygulamalar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2 (1): 37-49,1995.
- 234.** Doğan-Merih Y., Karabulut Ö. Anne Bebek Okulunun Postpartum Uyum Süreci ve Anne Memnuniyeti Üzerine Etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 19(3): 21-33,2017
- 235.** Glazener CMA, Abdalla M, Stroud P. Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention, and treatment. Br J Obstet Gynaecol,282-287,1995.



BAŞKENT 25.
ÜNİVERSİTESİ Yılı

Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu



TS-EN-ISO 9001
KALİTE SİSTEM BELGESİ



Sayı : 94603339-604.01.02/ 35822
Konu : Proje Onayı

09/10/2018

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında görev yapmakta olan Doç. Dr. Sertaç Esin'in yürütücülüğünde Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yüksek Lisans Programı öğrencisi Tuğçe Bayram'ın sorumluluğunda yürütülecek olan KA18/266 nolu "Sezaryenle doğum yapan kadınlarda postpartum dönemde uygulanan egzersiz ve ergonomik modifikasyonları içeren eğitim programının kadınlarda depresyon, yeti yitimi ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin incelenmesi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 05/10/2018 tarih ve 18/66 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ
Kurul Başkanı

Not: Çalışma bildiri ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

DAĞITIM

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalına
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır



EK-2 SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Adınız:

Soyadınız:

Yaşınız:

Boyunuz

Kilonuz:

Telefon numaranız:

Eğitim Durumunuz:

ilkokul

ortaokul

lise

yüksekokul

Çalışıyor musunuz?

Evet Hayır

Mesleğiniz :

Sezaryende kullanılan anestezi şekli:

1.Genel anestezi

2.Rejyonel anestezi

Sezaryen nedeni:

Gebelik sırasında düzenli egzersiz yaptınız mı?

Evet Hayır

Sezaryeninizde anesteziye bağlı bir sorun yaşadınız mı?

Evet

Hayır

Sezaryeninizde doğum sonu herhangi bir sorun/sıkıntı yaşadınız mı?

Evet

Hayır

Evet ise neydi belirtiniz:

14.Gebelik boyunca düzenli kontrole gittiniz mi?

- Evet
Hayır

15.Gebelik süresince herhangi bir sorun yaşadınız mı?

- Evet
Hayır

Evet ise neydi belirtiniz:

EK-3 OSWESTRY ÖZÜR İNDEKSİ

Bu form bel ağrınızın günlük aktivitelerinizi yapma yeteneğinizi ne kadar etkilediğini anlamamız için planlanmıştır. Lütfen size en uygun cevabı ve her bölüm için bir tek şıkkı işaretleyiniz.

Ağrı şiddeti	O-Ağrı çok hafiftir, gelir gider. 1-Ağrı hafiftir, genellikle değişmez. 2-Ağrı orta şiddetlidir, gelir gider. 3-Ağrı orta şiddetlidir, genellikle değişmez. 4-Ağrı şiddetlidir, gelir gider. 5-Ağrı şiddetlidir, değişmez.
Kişisel önlemler	O-Yıkanma ve giyinme şeklinde değişiklik yapmadım, çünkü ağrı yok. 1-Yıkanma ve giyinme şeklinde değişiklik yapmadım, ancak biraz ağrıya neden oluyor. 2-Yıkanma ve giyinme şeklinde değişiklik yapmadım, ancak ciddi ağrıya neden oluyor. 3-Yıkanma ve giyinme şeklinde değişiklik yaptım, çünkü çok ağrıya neden oluyor. 4-Ağrı nedeniyle yıkanma ve giyinmemin bir kısmını yardımla yapıyorum. 5-Yıkanma ve giyinmemi kesinlikle tek başıma yapamıyorum.
Kaldırma	O-Ağır yükleri kaldırabilirim. 1-Ağır yükleri kaldırabilirim, fakat ağrıya neden oluyor. 2-Ağrı yerden ağır cisimleri kaldırmamı engelliyor. 3-Ağrı yerden ağır cisimleri kaldırmamı engelliyor, fakat cisim masa üzerindeyse kaldırabilirim. 4-Masa üzerinden hafif veya orta ağırlıktaki cisimleri kaldırabilirim. 5- Sadece çok hafif yükleri kaldırabilirim
Yürüme	O-Yürürken ağrı yok. 1-Yürüme ile biraz ağrı var, fakat mesafe ile artmıyor. 2-Ağrı artmadan ancak 2 km. yürüyebiliyorum. 3-Ağrı artmadan ancak 1 km. yürüyebiliyorum. 4-Ağrı artmadan ancak 500 m. yürüyebiliyorum 5-Ağrı çok arttığı için yürüyemiyorum.
Oturma	O-Herhangi bir sandalyede istediğim kadar uzun oturabilirim. 1- Sadece uygun bir sandalyede istediğim kadar uzun oturabilirim. 2-Ağrı 1 saatten fazla oturmamı engelliyor. 3-Ağrı 30 dakikadan fazla oturmamı engelliyor. 4-Ağrı 10 dakikadan fazla oturmamı engelliyor. 5-Ağrıyı arttırdığı için oturmaktan kaçınıyorum.
Ayakta Durma	O-İstediğim kadar ayakta durabilirim. 1-Ayakta durmakla biraz ağrı var, ama zamanla artmıyor. 2-Ağrı 1 saatten fazla ayakta durmamı engelliyor. 3-Ağrı 30 dakikadan fazla ayakta durmamı engelliyor. 4-Ağrı 10 dakikadan fazla ayakta durmamı engelliyor. 5-Ağrıyı arttırdığı için ayakta durmaktan kaçınıyorum.

Uyuma	<p>O-Yatakta ağrım yok.</p> <p>1-Yatakta ağrım var fakat iyi uyuorum.</p> <p>2-Ağrım yüzünden normal gece uykumun% 75' ini uyuyabiliyorum.</p> <p>3-Ağrım yüzünden normal gece uykumun % 50' ini uyuyabiliyorum.</p> <p>4-Ağrım yüzünden normal gece uykumun % 25' ini uyuyabiliyorum.</p> <p>5-Ağrım yüzünden uyuyamıyorum.</p>
Sosyal Hayat	<p>O-Sosyal yaşamım normaldir.</p> <p>1-Sosyal yaşamım normaldir, fakat ağrımı arttırıyor.</p> <p>2-Dans etmek gibi hobilerimi kısıtlamak zorunda kalıyorum.</p> <p>3-Ağrım ev dışı sosyal hayatımı kısıtlıyor.</p> <p>4-Ağrım ev içi sosyal hayatımı kısıtlıyor.</p> <p>5-Ağrım yüzünden tüm sosyal yaşantım kısıtlanıyor.</p>
Seyahat	<p>O-Seyahatte ağrım yok.</p> <p>1-Seyahatte biraz ağrım var, fakat seyahat ekillerimi etkilemiyor.</p> <p>2-Seyahatte artan ağrım var, fakat beni seyahat için başka bir şekil aramaya mecbur etmiyor.</p> <p>3-Seyahatte artan ağrım var, ve beni seyahat için başka şekil aramaya mecbur ediyor.</p> <p>4-Ağrım yüzünden ancak yatarak seyahat edebiliyorum.</p> <p>5-Ağrım seyahat etmemi engelliyor</p>
Ağrımın Değişiklik Derecesi	<p>O-Ağrım hızla iyileşiyor.</p> <p>1-Ağrım artma azalma göstermekle beraber iyiye gidiyor.</p> <p>2-Ağrım yavaş iyileşiyor.</p> <p>3-Ağrım kötü.</p> <p>4-Ağrım değişmiyor. (Kötüleşmiyor, iyileşmiyor)</p> <p>5-Ağrım yavaş yavaş kötüleşiyor.</p> <p>6-Ağrım hızla kötüleşiyor.</p>

EK-4 DOĞUM SONU KONFOR ÖLÇEĞİ (DSKÖ)

	DEĞERLENDİRME	Tamamen katılıyor m	Katılıyor m	Biraz katılıyor m	Katılmıyor um	Kesinlikle katılmıyor m
1-	Bebeğimi rahatlıkla kucağıma alıp iletişim kurabiliyorum.					
2-	Doğumdan sonra kendimi rahatlamış hissediyorum.					
3-	Mahremiyetimi rahatlıkla koruyup sürdürebiliyorum.					
4-	Şu andaki durumumla başa çıkamamak beni bunaltıyor.					
5-	Bebeğim yanımda olduğu zaman daha rahat hissediyorum					
6-	Karnımdaki gerginlik ve gaz beni rahatsız ediyor.					
7-	Kendimi çok mutlu hissediyorum.					
8-	Kanamam ve pet değişiminde sıkıntı yaşamam beni rahatsız ediyor.					
9-	Doğumdan sonra sosyal hayatımın ve işimin etkileneceği kaygısını yaşıyorum.					
10-	Çok kederli ve alınganım,sürekli ağlamak istiyorum.					
11-	Ağrıyla başa çıkabiliyorum,beni rahatsız etmiyor.					
12-	Baş dönmeleri beni rahatsız ediyor/etti.					
13-	Kendimi çok yorgun hissediyor ve sürekli uyumak istiyorum.					
14-	Kendimi rahat edebilecek kadar iyi hissediyorum.					
15-	Sağlığım ve yapılacak işlemler hakkında bilgi verilmesi beni rahatlatıyor.					
16-	Kolumda serum, iğne olması beni rahatsız ediyor.					
17-	Epizyotomi / ameliyat bölgemle ilgili rahatsızlık hissediyorum.					
18-	Eşim ve bebeğimle daha çok birlikte olmak beni rahatlatıyor.					
19-	Önemli ve değerli olduğumu hissediyorum.					
20-	Bebeğimin bakımıyla ilgilenilmesi beni rahatlatıyor.					
21-	Bebeğimi emzirmede sorun yaşıyorum.					
22-	Kendimle ilgili tüm sorularıma yanıt bulabileceğim bir rehber/kitapçığa ihtiyaç duyuyorum.					
23-	Eşimin iyi bir baba olabileceği düşüncesi beni rahatlatıyor.					

24-	Rahat uyuyup dinlenebiliyorum					
25-	İhtiyacım olan bakımı almam beni rahatlatıyor.					
26-	Bebeğime bakım vermede zorlanıyorum.					
27-	Maddi sıkıntı yaşayacağımız endişesini taşıyorum.					
28-	Hastanede verilen yemekler çok kötü yiyemiyorum.					
29-	Bebeğim ve/veya diğer çocuklarımla yeterince ilgilenemeyeceğim kaygısını yaşıyorum.					
30-	Banyo/duş yapamamak beni rahatsız ediyor.					
31-	Eşimi ilgi,sevgi ve desteğini hissediyorum.					
32-	Doğum son dönemde yaşayabileceklerimle yapmam gerekenler konusunda yeterli bilgiye sahibim.					
33-	Tuvaletlerin kirliliği beni rahatsız ediyor.					
34-	Bebeğimle ilgili tüm sorularıma yanıt bulabileceğim bir rehber/kitapçığa ihtiyaç duyuyorum.					

EK-5 EDİNBURGH DOĞUM SONRASI DEPRESYON ÖLÇEĞİ (EDSDÖ)

Yakın zamanlarda bebeğiniz oldu. Sizin son hafta içindeki duygularınızı öğrenmek istiyoruz. Böylelikle size daha iyi yardımcı olabileceğimize inanıyoruz. Lütfen yalnızca bugün değil son 7 gün içinde, kendinizi nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz.

Son 7 gündür;

1) Gülebiliyor ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar.
- Artık pek okadar değil.
- Artık kesinlikle okadar değil.
- Artık hiç değil.

Son 7 gündür;

2) Geleceğe hevesle bakıyorum.

- Her zaman olduğu kadar.
- Her zamankinden biraz daha az.
- Her zamankinden kesinlikle daha az.
- Hemen hemen hiç.

Son 7 gündür;

3) Birşeyler kötü gittiğinde gereksiz yere kendimi suçluyorum.

- Evet, çoğu zaman.
- Evet, bazen.
- Çok sık değil.
- Hayır, hiç bir zaman.

Son 7 gündür;

4) Nedensiz yere kendimi sıkıntılı ya da endişeli hissediyorum.

- Hayır, hiç bir zaman.
- Çok seyrek.
- Evet, bazen.
- Evet, çoğu zaman.

Son 7 gündür;

5) İyi bir nedeni olmadığı halde, korkuyor ya da panikliyorum.

- Evet, çoğu zaman.
- Evet, bazen.
- Hayır, çok sık değil.
- Hayır, hiç bir zaman.

Son 7 gündür;

6) Her şey giderek sırtıma yükleniyor.

- Evet, çoğu zaman hiç başa çıkamıyorum.
- Evet, bazen eskisi gibi başa çıkamıyorum.
- Hayır, çoğu zaman oldukça iyi başa çıkamıyorum.
- Hayır, her zamanki gibi başa çıkabiliyorum.

Son 7 gündür;

7) Öylesine mutsuzum ki uyumakta zorlanıyorum.

- Evet, çoğu zaman.
- Evet, bazen.
- Çok sık değil.
- Hayır, hiç bir zaman.

Son 7 gündür ;

8) Kendimi üzüntülü ya da çökkün hissediyorum.

- Evet, çoğu zaman.
- Evet, oldukça sık.
- Çok sık değil.
- Hayır, hiç bir zaman.

Son 7 gündür ;

9) Öylesine mutsuzum ki ağlıyorum.

- Evet, çoğu zaman.
- Evet, oldukça sık.
- Çok seyrek.
- Hayır, asla.

Son 7 gündür ;

10) Kendime zarar verme düşüncesinin aklıma geldiği oldu.

- Evet, oldukça sık.
- Bazen.
- Hemen hemen hiç.
- Asla.

EK-6 POSTPARTUM KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

	Çok fazla tanımlıyor	Kısmen tanımlıyor	Biraz tanımlıyor	Hiç tanımlamıyor
1-Bebeğimin neden hoşlanıp neden hoşlanmadığımı bilirim.				
2-Eşim bebeğin bakımına katılır.				
3-Geceleri bebek için kalkmak beni rahatsız ediyor.				
4-Üzüldüğümde eşim beni anlar, sakinleştirir.				
5-Bu bebek bizim için şu anda ekonomik bir yük.				
6-Bebek doğurmak bana bir tür başarı hissi verir.				
7-Eşim çocuk bakımını kendi sorumluluğu olmadığını düşünüyor.				
8-Satın alabildiklerimizden daha fazla şeye ihtiyacımız var.				
9-Bu doğum kendimle gurur duymama sağladı.				
10-Şimdi kendimi eşime daha yakın hissediyorum.				
11-Bebeğe bakma ve aynı şeyleri tekrar tekrar yapmak bana sıkıcı geliyor.				
12-Bebeğim için doğru kararları verebileceğimden emin değilim.				
13-Eşim çocuğun bakımına çok az yardım eder.				
14-Bebeğim ağladığında ne istediğini anlayabilirim.				
15-Arkadaş ve akrabalarım benim anneliğime güvenirlere.				
16-Eşim bebeğe zaman ayırıyor.				
17-Bebeğe karşı her zaman sabırlı değilim.				
18-Yaşadığımız bölgenin çocuk yetiştirmeye uygun olup olmadığı konusunda endişelerim var.				
19-Annem ve babam, anneliğim konusunda beni eleştiriyorlar.				
20-Çocuk bakımı nedeniyle diğer işlerime ayırdığım zamanın azlığı beni mutsuz ediyor.				
21-Çocuğun bakımı için yardım istediğimde eşim rahatsız oluyor.				
22-Bebekle ilgilenirken mutlu oluyorum.				

23- Bir anne olarak çok fazla sorumluluğa sahip olmak beni mutsuz ediyor.				
24-Eşimle sorunlarım hakkında konuşmakta zorlanırım.				
25-Bebeğimin altını temizlemekten hoşlanmıyorum.				
26-İyi bir anne olup olmadığım konusunda şüphelerim var.				
27-Şimdi olduğundan daha iyi bir anne olmak isterim.				
28-Doğum ağrılarını kötü ve korkutucu olarak hatırlıyorum.				
29-Annelik ile ilgili sorularım hakkında konuşabileceğim arkadaş yada akrabalarım var.				
30-Bütçemiz ev giderleri ve diğer masrafları karşılamamıza yetiyor.				
31-Eşim beni bir eş olarak eleştirir.				
32-Eşim bebek bakımını paylaşmayı istiyor.				
33-Bu bebeğe sahip olmaktan memnunum.				
34-Eğer bebek işlerimi sık sık kesintiye uğratırsam rahatsız olurum.				
35-Ailemin belirli/sabit bir gelirinin olması beni kaygılandırıyor.				
36-Bebeğimi tanıdığımı ve onun için ne yapmam gerektiğini bildiğimi düşünüyorum.				
37-Eşim, işiyle yada hobileriyle/hoşlandığı şeylerle uğraşmayı benimle olmaya tercih eder.				
38-Eşim hislerime önem verir.				
39-Eşim onun için bir yük olduğumu hissettiriyor.				
40-Bebeğe kendi bildiğim şekilde bakmam konusunda beni cesaretlendiren arkadaş ya da akrabalarım var.				
41-İhtiyaç duyduğumda bir bebek bakıcısına ücret ödeyebilecek gücüm var.				
42-Anne olmaktan hoşlanıyorum.				
43-Kendimi üzgün ya da kötü hissettiğimde eşim beni rahatlatır.				

44-Bebeği beslemek bana bir tatmin/haz duygusu veriyor.				
45-Eşim ve benim evliliğimizle ilgili sorunlarımız var.				
46-Annem ve babam bebekle ilgileniyorlar.				
47-Bebeğin doğumunu hatırladığımda kendimi mutlu hissediyorum.				
48-Doğum ağrısına kötü tepki verdiğimi düşünüyorum.				
49-Duygu ve düşüncelerimi eşimle paylaşabilirim.				
50-Bebeğimin ihtiyaçlarını yeterince karşılayıp karşılayamadığım konusunda endişelerim var.				
51-Ailemin tüm temel ihtiyaçlarını karşılamak için yeterli paramız var.				
52- Bebeğe şuan baktığımdan daha iyi bakabileceğimi bilmiyorum.				
53- Emzirme aralarında , bebeğim uyanık ve sakinken onunla oynarım.				
54- Eşim bebeğe ilgi gösteriyor.				
55- Eşimle olan tartışmalarımız kavgayla sonuçlanır.				
56-Eşim ihtiyaç duyduğumda beni yüzüstü bırakır.				
57-Bebek ağladığında eşim aldırılmaz.				
58-Doğum sırasında yaptıklarımın pişmanlık duyuyorum.				
59-Bebek bakımı konusundaki kararlarım güveniyorum.				
60-Evimiz bizim için çok küçük.				
61-Bebeğimin ne istediğini çoğu zaman bilirim.				
62-İhtiyaç olduğu anlarda bebeğin bakımı için arkadaş yada akrabalarım güvenebilirim.				
63-Bebeğe yeterince özen gösterdiğimden emin değilim.				
64-Bir anne olarak yapmam gerekenler ve benden beklenenler bana büyük yük geliyor.				
65-Eşim bebeğe bakmaktan hoşlanmaz.				

66- Ailem çok az şeyi doğru yapabildiğime hissetmeme neden oluyor.				
67- Herşeye rağmen doğum güzel bir tecrübeydi.				
68- Yaptığım doğumda hayal kırıklığı yaşadım.				
69- Bebekle ilgilenen akraba ve arkadaşlarım var.				
70- Mevcut gelirimizle nasıl geçineceğimiz konusunda endişeliyim.				
71- Eşim bebeği kucağına almaktan hoşlanıyor.				
72- Annem ve babam, bebeğe daha iyi bakmam gerektiğini düşünüyorlar.				
73- Doğum yapmak benim için memnuniyet vericiydi.				
74- Eşim bebek bakımında bana yardım etmekten kaçınıyor.				
75- Bebeğe bakmaktansa okula yada işe gitmeyi tercih ederim.				
76- Bebek ağladığında ne yapacağımı bilemiyorum.				
77- Ailem bebek bakımında izlediğim yolu beğeniyor gibi görünüyor.				
78- Benim iyi bir anne olduğumu düşünen arkadaş ya da akrabalarım var.				
79- Doğumla nasıl başa çıktığımı düşündükçe kendimi iyi hissediyorum.				
80- Ailem bebeğe az ilgi gösteriyor.				
81- Gelecekteki mali durumum hakkında kendimi güvende hissediyorum.				
82- Bebek bakımı konusundaki yeteneğime güveniyorum.				

EK-7 DOĞUM SONU YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (DSYKÖ)

Bölüm 1

Aşağıdaki her bir madde için yaşamınızın o alanından ne kadar memnun olduğunuzu en iyi açıklayan cevabı seçiniz. Cevabınızı yansıtan numarayı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevaplar yoktur.

1= Hiç memnun değil 4= Biraz memnun

2= Orta derecede memnun değil 5=Orta derecede memnun

3= Biraz memnun değil 6= Çok memnun

.....den ne kadar memnunsunuz?

NE DERECEDE MEMNUNSUNUZ?	Hiç Memnun Değil (1)	Orta Derecede Memnun Değil (2)	Biraz Memnun Değil (3)	Biraz Memnun (4)	Orta Derecede Memnun (5)	Çok Memnun (6)
1-Sağlığınız						
2. Ağrı düzeyiniz						
3.Günlük Aktivitelerinizdeki Enerji Düzeyiniz						
4-Yaşamınızı Kontrol Edebilme Düzeyiniz						
5-Yardım Almadan Kendinize Bakım Verme Yeterliliğiniz						
6-Fiziksel Görünüştünüz						
7-Uyku Düzeyiniz						
8-Memeleriniz						
9-Doğum nedeni ile olan dikişleriniz						
10-Cinsel Yaşamınız						
11-İç Huzurunuz						
12-Genel Olarak Mutluluğunuz						
13-Genel Olarak Yaşamınız						
14-Yaşamınızdaki Kaygı Düzeyiniz						
15-Yakınlarınızdan Aldığınız Duygusal Destek						
A-) Eşinizden						
B-)Ailenizden						
C)Arkadaşlarınızdan ya da Diğer İnsanlardan						
16-Eşiniz ile İlişkiniz						
17-Aile Sorumluluklarını Yerine Getirme Yeterliliğiniz						
18-Bebeginizin Sağlığı						
19-Çocuklarınızın Bakımında Yardım Alma Durumunuz						
20-Çocuklar İçin Ayırdığınız Zaman						
21-Ev İşleri İçin Ayırdığınız Zaman						
22-Arkadaşlarınız/akrabalarınız İçin Ayırdığınız Zaman						

23-Eşiniz İçin Ayırdığınız Zaman						
24-Kendiniz İçin Ayırdığınız Zaman						
25-Yeni Bebeğinizi Besleme Yeterliliğiniz						
26-Eşinizin Sağlığı						
27- Yaşamınızdaki Günlük İşleriniz						
28-Yaşadığınız Ev						
29-Komşularınız						
30-Ekonomik Bağımsızlığınız						
31-Ekonomik Harcamalarınızı Karşılama Yeterliliğiniz						
32-Tıbbi Hizmete Ulaşım						
33-İstenildiği Zaman Herhangi Bir Araca Ulaşım						
34-Evdeki Yaşam Koşullarınız						
A-) Mal Varlığımız						
B-)Mali Durumunuz						
C-)Çevresel Koşullarınız						
35.İş/Çalışma						
A-) Eşinizin İş						
B-)Kendi İşiniz						

Bölüm 2

Aşağıdaki her bir madde için yaşamınızın o alanla ilgili ne kadar önemli olduğunu en iyi açıklayan cevabı seçiniz. Cevabınızı yansıtan numarayı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevaplar yoktur.

1= Hiç önemli değil 4= Biraz önemli

2= Orta derecede önemli değil 5=Orta derecede önemli

3= Biraz önemli değil 6= Çok önemli

.....*ne kadar önemli?*

NE DERECEDE ÖNEMLİ?	Hiç Önemli Değil (1)	Orta Derecede Önemli Değil (2)	Biraz Önemli Değil (3)	Biraz Önemli (4)	Orta Derecede Önemli(5)	Çok Önemli (6)
1-Sağlığınız						
2. Ağrı düzeyiniz						
3.Günlük Aktivitelerinizdeki Enerji Düzeyiniz						
4-Yaşamınızı Kontrol Edebilme Düzeyiniz						
5-Yardım Almadan Kendinize Bakım Verme Yeterliliğiniz						

6-Fiziksel Görünüşünüz						
7-Uyku Düzeyiniz						
8-Memeleriniz						
9-Doğum nedeni ile olan dikişleriniz						
10-Cinsel Yaşamınız						
11-İç Huzurunuz						
12-Genel Olarak Mutluluğunuz						
13-Genel Olarak Yaşamınız						
14-Yaşamınızdaki Kaygı Düzeyiniz						
15-Yakınlarınızdan Aldığınız Duygusal Destek						
A-) Eşinizden						
B-)Ailenizden						
C)Arkadaşlarınızdan ya da Diğer İnsanlardan						
16-Eşiniz ile İlişkiniz						
17-Aile Sorumluluklarını Yerine Getirme Yeterliliğiniz						
18-Bebeğinizin Sağlığı						
19-Çocuklarınızın Bakımında Yardım Alma Durumunuz						
20-Çocuklar İçin Ayırdığınız Zaman						
21-Ev İşleri İçin Ayırdığınız Zaman						
22- Arkadaşlarınız/akrabalarınızı İçin Ayırdığınız Zaman						
23-Eşiniz İçin Ayırdığınız Zaman						
24-Kendiniz İçin Ayırdığınız Zaman						
25-Yeni Bebeğinizi Besleme Yeterliliğiniz						
26-Eşinizin Sağlığı						
27- Yaşamınızdaki Günlük İşleriniz						
28-Yaşadığınız Ev						
29-Komşularınız						
30-Ekonomik Bağımsızlığınız						

31-Ekonomik Harcamalarınızı Karşılama Yeterliliğiniz						
32-Tıbbi Hizmete Ulaşım						
33-İstenildiği Zaman Herhangi Bir Araca Ulaşım						
34-Evdeki Yaşam Koşullarınız						
A-) Mal Varlığınız						
B-)Mali Durumunuz						
C-)Çevresel Koşullarınız						
35.İş/Çalışma						
A-) Eşinizin İşi						
B-)Kendi İşiniz						

EK-8 EĞİTİM KİTAPÇIĞI

Doğum sonu egzersiz ve öneri el kitabı (Sezaryen doğum)

Sezaryen doğum yapanlar genellikle doğumdan sonra 48 saat içerisinde taburcu edilir. Taburculuk sonrasındaki süreçte en az doğum kadar anne sağlığı ve bebek bakımı için oldukça önemlidir. Bu heyecanlı ve bir o kadar da zor sürece adapte olmanızda bir takım zorluklar yaşamamanız, doğumdan sonra fiziksel ve psikolojik olarak daha hızlı toparlanabilmeniz ve kas iskelet sistemine ait problemlerinizin olmaması için aşağıda geçen uyarıları dikkate alıp, önerilen egzersizleri düzenli olarak yapmanız gerekmektedir.

Egzersizlerin Yararları

- Doğum sonrası dönemde egzersizin öncelikli amacı hamilelik ve doğum süresince meydana gelmiş olan olası kas güçsüzlüklerini gidermek,
- Kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarını özellikle doğum sonrasında oluşan sırt, bel ve bacak ağrılarını önlemek,
- Sezaryen doğum sonrası oluşabilecek solunum sorunlarını önlemek,
- Hamilelik süresince pelvik taban kas kuvvetinde ve bağı dokusundaki zayıflamalar sonucu oluşabilecek idrar kaçırma problemlerini önlemek,
- Doğum sonrası dönemde hormonal değişiklikler nedeniyle oluşabilecek yorgunluk ve depresyonu önlemektir.

Egzersizler

1-Pelvik Tilt Egzersizi



-Sırt üstü dizler bükük pozisyonda yatın.

-Nefes alın, nefesinizi verirken belinizi yere veya yatağa değecek biçimde düzleştirerek leğen kemiğinizi geriye doğru çevirin. 5 e kadar sesli olarak sayın ve gevşetin.

Bu egzersizi günde 3 kez 30 tekrar yapın.

2- Köprü kurma Egzersizi



-Sırt üstü, dizler bükük pozisyonda yatın.

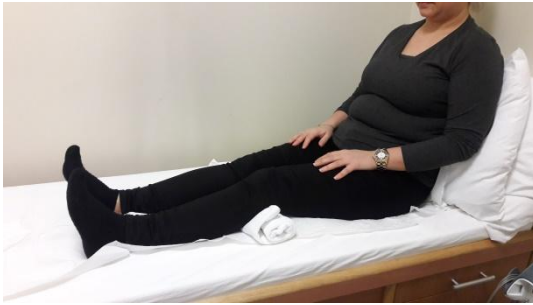
-Karnı, kalça ve bacaklar aynı hizada olacak şekilde, kalçanızı yerden kaldırm. 5 e kadar sesli olarak sayın ve gevşetin

Bu egzersizi günde 3 kez 15 tekrar yapın.

3-Kalça ve Bacak Egzersizleri

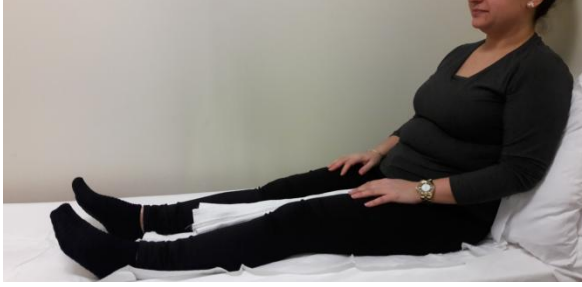


Oturma pozisyonunda ayak bileğinizi kendinize doğru yavaşça çekip, itin. Bu egzersizi günde 3 kez 30 tekrar yapın.



Oturma pozisyonunda dizinizin altına ince rulo havlu koyun. Diziniz ile havluyu yatağa doğru bastırın. Son noktada 5 e kadar sayın ve gevşeyin.

Bu egzersizi günde 3 kez 30 tekrar yapın.



-Oturma pozisyonunda bacaklarınızın arasına ince havlu koyun. Bacaklarınız ile havluyu sıkıştırın. Son noktada 5 e kadar sayın ve gevşeyin. Bu egzersizi günde 3 kez 30 tekrar yapın.

Sırtüstü pozisyonda yatın, kalça kaslarınızı sıkın, 5 e kadar sesli olarak sayın ve gevşetin (Eğer yüzüstü pozisyonda yatma sırasında rahatsızlık veya ağrı hissediyorsanız bu egzersizi sırt üstü pozisyonda da gerçekleştirebilirsiniz). Bu egzersizi günde 3 kez 30 tekrar yapın.

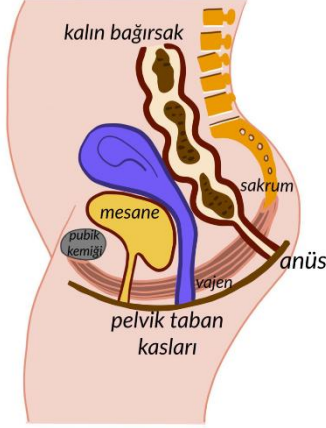
4.Skapular addüksiyon egzersizi

Oturma pozisyonunda iki elinizi belinize koyun ve kürek kemiklerinizi birbirine yaklaştırın. Bu pozisyonu 5 saniye devam ettirin. Bu egzersizi günde 3 kez 15 tekrar yapın.



5-Pelvik Tabanı Kuvvetlendirme Egzersizleri

Pelvik taban nedir ve neden önemlidir?



Vajen girişindeki kaslarınızı güçlendirmeye yönelik 2 farklı egzersiz yapmanız gerekmektedir. Birinci egzersiz kaslarınızı hızlı kasmanıza yönelik olup; ikinci egzersiz ise kaslarınızı yavaş kasmanıza yöneliktir.

- Kegel egzersizlerini yapmadan önce mesanenizi boşaltın, rahat edebileceğiniz giysiler giyin.

- Egzersizlerinizi dizler bükülü ve sırt destekli oturma pozisyonunda yapmalısınız.

- Vajen girişi ve bağırsak çıkışı etrafındaki etrafındaki kaslara konsantre olun ama bu sırada karın ve bacak kaslarınızı kasmamaya dikkat edin.

Bu egzersizi doğru yaptığınızı yani, pelvik taban kaslarınızı çalıştırdığınızı anlamak için sadece bir defaya mahsus idrarınızı yaparken idrarınızı tutun ya da başaramıyorsanız idrar akımınızı yavaşlatmaya çalışın ve sonra gevşetin idrarı yapmaya devam edin. Siz idrarınızı tutup bırakırken kasıp gevşettiğiniz kaslarınız pelvik taban kaslarınızdır. Yani idrarınızı tutarken pelvik taban kaslarınızı kasmakta, yaparken gevşetmektedir.

1.Musluk egzersizi:

İdrarınızı yaparken durdurmak için kastığınız kaslara (Hazne ve makat etrafındaki etrafının kasılmasını sağlayan pelvik taban kaslarına) konsantre olun. Bu kasları yapabildiğiniz en güçlü şekilde kasın ve gevşetin (“musluğu kapat-aç”). Bu sırada karın ve bacak kaslarınızı kasmamaya dikkat edin. Egzersizler sırasında normal şekilde nefes alıp vermeniz ve yalnızca pelvik taban kaslarınıza odaklanmanız önemlidir.

2. Asansör egzersizi

İkinci egzersiz yavaş ve kontrollü olarak bu kasların kasılmalarından oluşmaktadır. Vajen içini 5 katlı bir bina olarak, sizin yaptığınız egzersizleri de tıpkı asansör gibi çalışan bir sistem olarak düşünün. Pelvik taban kaslarınızı yavaş yavaş kasmaya başlayın tıpkı bir asansörün 5 katlı bir binada her katta durduğu gibi her bir aşamayı yavaşça gerçekleştirin, sonra en kasılı pozisyonda yani en üst katta 5 saniye durun ardından 5 e kadar sayarken yavaş yavaş gevşetin. (asansörün geri en altta kata her katta durarak indiğini düşünün). Egzersizler sırasında normal şekilde nefes alıp vermeniz ve yalnızca pelvik taban kaslarınıza odaklanmanız önemlidir.

10 musluk egzersizinin + 10 asansör egzersizi yaptığınızda 1 set egzersiz yapmış olacaksınız.

1. Hafta günde 5 set = 5 X (10 musluk+10 asansör)
2. Hafta günde 10 set= 10 X10 musluk+10 asansör
3. Hafta günde 15 set = 15 X10 musluk+10 asansör
4. Hafta günde 20 set = 20 X10 musluk+10 asansör
5. Hafta günde 25 set = 25 X10 musluk+10 asansör
6. Hafta günde 30 set= 30 X10 musluk+10 asansör

6.Solunum Egzersizleri

Diyafragmatik Solunum



Sırt destekli yüksek oturuş pozisyonunda bacaklarınızı uzatın ve dizlerinizin altına yastık koyun. Bir el karın üzerine, diğer eli göğüs hizasına yerleştirin. Vücudunuzu, omuzlarınızı ve başınız gevşek bırakın. Burundan yavaşça derin bir soluk alınır ve alınan hava olabilecek en yavaş şekilde verilir. Eğer gerçekten diyafragma solunum hareketini doğru gerçekleştiriyorsanız solunum sırasında karın hareketi göğüs hareketinden daha belirgin olacaktır. Yavaş, derin bir nefes alın ve kontrollü olarak verin. Bu egzersizi günde 3 kez 15 tekrar şeklinde yapın.

Göğüs Solunumu



Bu egzersizi üstteki solunum egzersizi ile aynı pozisyonda yapın. Bir el karın üzerine, diğer eli göğüs hizasına yerleştirin. Vücut, omuzlar ve baş gevşek bırakılır. Burundan yavaşça derin bir soluk alınır ve alınan hava olabilecek en yavaş şekilde verilir. Eğer gerçekten göğüs solunumu hareketini doğru gerçekleştiriyorsanız solunum sırasında göğüs hareketi karın hareketinden daha belirgin olacaktır. Yavaş, derin bir nefes alın ve kontrollü olarak verin. Günde 3 kez 15 tekrar şeklinde yapın.

Egzersizler her gün düzenli olarak söylenen set ve tekrar sayısında gerçekleştirilmelidir.

Egzersiz sırasında veya sonrasında hamlik ağrısına benzer ağrılar dışında herhangi bir rahatsızlık hissi veya ağrınız olursa mutlaka çalışmayı yapan fizyoterapistinize başvurunuz.

Dikkat edilmesi gereken prensipler ve öneriler

Annenin kendi omurga sağlığını koruması için bebek bakımı sırasında ve günlük yaşamında dikkat etmesi gereken bazı prensipler vardır.

Duruş bozukluklarına yönelik olarak;

Oturmada pozisyonunda,

- Uylukların en az 2/3'ü destekli olacak şekilde oturulmalıdır.
- Ayaklar yerde veya bir basamak üzerinde olmalıdır.
- Ağırlık her iki bacağa eşit şekilde dağıtılmalıdır.
- Gövde dik olacak şekilde bel destekli oturma tercih edilmelidir.

Ayakta Duruş pozisyonunda,

- Ağırlık her iki bacak üzerine eşit dağıtılmalıdır.
- Omuzlar gevşek olmalıdır.

- Kollar gevşekçe her iki yanda durmalıdır.
- Omurganın doğal eğrilikleri korunmalıdır.
- Baş gövde ile aynı hizada olmalıdır.

Yatarken;

Baş ve dizler yastıklarla tam desteklenmiş şekilde sırtüstü ya da yan yatış tercih edebilirsiniz.

Bebek bakımına yönelik prensipler

Emzirme sırasında;



- Yenidoğanda emzirme süresi uzun olduğu için bu sırada annenin omurga sağlığı için en uygun pozisyona alınması bel ve sırt ağrılarını önlemede oldukça önemlidir.
- Emzirme; oturma veya uzun oturuş pozisyonunda gerçekleştirilebilir. Oturmada sırt ve bel destekli ve dik olacak şekilde anne pozisyon almalıdır. Oturma pozisyonunda dizler ve kalça 90 derece bükülü olacak şekilde oturulmalıdır. Gerekirse bu pozisyonu almak için ayak altına hafif bir yükselti konulabilir.
- Uzun oturuş pozisyonunda emzirme gerçekleştirilecekse aynı oturmada olduğu gibi bel ve sırt destekli olacak şekilde dik oturulmalı, diz altına bir rulo yatık konularak hafifçe bükülü hale getirilmelidir.

- Her iki pozisyonda da bebeğin yüzü ve gövdesi anneye bakacak şekilde pozisyon almalıdır.
- Gerekirse kucakta yastık olmalı (emzirme yastığı gibi) ve bebek bu yastık üzerinde yatırılmalıdır.

**Eğer emzirme yerine bebek biberonla besleniyorsa da aynı pozisyonlar tercihe edilmelidir.*

Alt Değiştirirken;



-Alt değişimi anne ayakta duruş pozisyonundayken veya dizler üzerinde dururken yapılabilir ancak bebek uygun yükseklikteki bir yüzeye konulmalıdır.

Bebeği banyo yaptırırken;

Aynı alt değiştirme pozisyonunda olduğu gibi kuvvet uygun yükseklikteki bir yüzeye konularak bebek yıkanmalıdır. Bebek kuvvetinin alçak bir seviyede olması ve annenin ayakta duruş pozisyonundayken bebeği yıkamaya çalışması annenin omurga sağlığı açısından uygun değildir.

Günlük yaşam aktivitelerine yönelik öneriler

Taburculuk sonrası 1-2. hafta: İlk birkaç gün evde olduktan sonra her gün kısa yürüyüşler ile kuvvet ve dayanıklılık arttırabilirsiniz. 5-10 dakika ile başlayabilirsiniz ve hergün mesafe aşamalı olarak arttırılır. Merdiven inip çıkma güvenle yapılabilir.

Taburculuk sonrası 2-3. hafta: Hafif yemekler hazırlamaya ve hafif ev işleri (silme ve toz alma gibi) yapmaya başlanabilir. Eğer mümkünse bunlar yapılırken oturulmalıdır. Her hafta yürüyüş zamanı ve mesafesi arttırılmalıdır. Henüz fazla yüklenme için erken olduğu unutulmamalıdır.

Taburculuk sonrası 4-6. hafta: Aşamalı olarak ev işleri arttırılabilir. Örneğin; ütü ve pişirme işleri yapılabilir. Yapılacak işler küçük parçalara bölünmeli ve yardım alarak yapılmalıdır. Bu dönemde karın kasları aşamalı olarak kuvvetlendirilir. Yürüyüş 6. Haftada 30-35. dakikaya ulaşmış olmalıdır. Ağır kaldırmadan ve uzun süre ayakta kalmadan kaçınılmalıdır.

Taburculuk sonrası 6-12. Hafta: Ev işlerinde daha yorucu aktiviteler (elektrik süpürgesi ile süpürme gibi) yapılmaya başlanabilir. 12. Haftadan itibaren normale dönülür.

Araba kullanımı:

Operasyondan sonra 6 hafta araba kullanılmamalıdır.

6 haftadan sonra konsantrasyon sorunu olmadığından, acil bir durumda arabayı durdurabileceğinizden ve emniyet kemeri bağlamanın ağrı yada sıkıntı yaratmadığından emin olduktan sonra araba kullanmaya başlayabilirsiniz.

Egzersizler her gün düzenli olarak söylenen set ve tekrar sayısında gerçekleştirilmelidir.

Egzersiz sırasında veya sonrasında hamlık ağrısına benzer ağrılar dışında herhangi bir rahatsızlık hissi veya ağrınız olursa mutlaka çalışmayı yapan fizyoterapistinize başvurunuz.