

Pospartum Erken Taburculuk Sonrası Evde Bakım

[Home Care after Pospartum Early Discharge]

ÖZET

Tüm dünyada yaygın bir sağlık politikası haline gelen pospartum erken taburculuk programlarının avantajlarına ve risklerine ilişkin farklı araştırma sonuçları bulunmaktadır. Öte yandan pospartum erken taburculuğun ancak evde bakım hizmetleriyle desteklendiğinde güvenilir bir uygulama olabileceği bildirilmektedir. Çünkü doğum sonu dönemde erken taburcu edilen kadınların aldıkları bakım ve eğitim hizmetlerinin hastanede kalış süresi ile sınırlandırılması sağlıklarıyla ilgili pek çok riski de beraberinde getirmektedir. Bu risklerin en aza indirilmesi ancak taburculuk sonrası hemşireler tarafından yapılan ev ziyaretleri sırasında verilen bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile mümkün olacaktır. Günümüzde pospartum evde bakım hizmetleri, özellikle de bu yeni anlayışın etkisiyle, koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişmekte olan bir kolu olarak faaliyetine devam etmektedir.

SUMMARY

There are different research results related to advantages and risks of pospartum early discharge programs which have been a widespread health policy in our days all over the world. Moreover it's reported that postpartum early discharge will be a safe practice when it's supported by home care services. Because, limiting of care and educational services taken by women who discharged early in postpartum period may be give way to a lot of risks related to their healths. Minimising these risks only will be possible by care, educational and consultancy services performed by nurses during home visitations after discharge. At the present day, postpartum home care services keep going their operations as a developing branch of preventive health services especially by the effect of this new understanding.

Nuriye Büyükkayacı Duman

Hitit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu.

Anahtar Kelimeler:

Pospartum Erken Taburculuk, Evde Bakım, Hemşirelik.

Key words: Pospartum Early Discharge, Home Care, Nursing.

Sorumlu yazar/

Corresponding author:

Nuriye Büyükkayacı Duman.
Hitit Üniversitesi Sağlık
Yüksekokulu Samsun
Caddesi, Çorum, Türkiye.
nurfatih@hotmail.com

GİRİŞ

1950'li yıllardan beri giderek artan bir ivme ile günümüzde dünyanın pek çok ülkesinde, herhangi bir komplikasyonun olmadığı durumlarda doğum yapan kadın ve bebeğinin mümkün olduğu kadar erken dönemde hastaneden taburcu edilmesi anlayışı önemli bir sağlık politikası haline gelmiştir(1-4).

Ülkemizde ise, anne ve yenidoğanın doğum sonu hastanede kalma süresi ile ilgili henüz bir standart bulunmamakla birlikte doğumlarının çoğunda doğum yapan kadın ve bebeği genellikle 24 saat sonra taburcu edilmektedir. Pospartum ilk 24 saat, acil olarak gelişebilecek komplikasyonları önlemek için yeterli gibi görülebilir. Ancak bu süre, annenin evde geçireceği pospartum dönemde karşılaştığı kendi fiziksel bakımı ve bebek bakımına ilişkin olası sorunlara yönelik eğitim vermek için çok kısa bir süredir (5). Ayrıca, bazı pospartum komplikasyonlar, önemsenmeyen psikolojik problemler ve bebek bakımıyla ilgili sorunlar erken taburculuk ile gözardı edilebilmektedir (6-10). Özellikle lohusalığın ilk bir haftası hem fizyolojik ve psikolojik yönden

geçiş dönemi hem de pospartum komplikasyonların en yüksek olduğu dönemdir. Bu komplikasyonlar daha çok kanama, genital enfeksiyonlar ve mastit olarak görülmektedir. Pospartum dönemdeki sağlık sorunları özellikle ilk günlerde çok yaygın olarak görülmekte, bu sorunların çoğu 6 haftaya kadar, bazıları bir yıla kadar devam etmektedir (8,10). Rubin'e göre lohusalıktaki geçiş dönemi kişilere göre farklılık gösterebilen ve 2-3 gün süren pasif ve bağımlı (taking-in) dönem ve 10 gün süren bağımsız ve otonom annelik davranışlarının olduğu (taking-hold) dönemlerden oluşmaktadır. Postpartum depresyon doğumu takiben 3-4. günlerde ortaya çıkar ve 100 lohusadan 1-3 tanesinde görülür. Yardım edilmediği takdirde daha ileri ruhsal bozukluklara yol açabilir. Böyle kritik bir dönemde annenin bebeği ile yeterince ilgilenmesi beklenemez (5,11). Ancak erken postpartum dönemde sağlık personelinin anneden çok yenidoğan sağlığına öncelik vermesi, taburculuk sonrası ise evde yeterli bakım ve desteğin yeterince sağlanamaması annelerin ihmal edilmelerine neden olmaktadır (12,13). Oysaki böyle kritik bir dönemde göz ardı edilen fiziksel ve ruhsal sorunlar kadınların

daha ileri yaşantısında onları daha çok rahatsız edebilir ve istenmeyen sonuçlara yol açabilir (5,11).

Yukarıda anlatılanlardan da anlaşılacağı gibi erken taburculuğun yararlı olabilmesi için, doğum yapan kadının hastanede almaya başladığı sağlık bakımının evde de devam etmesi çok önemli ve gereklidir (5-10,14-16). Bu bağlamda erken taburculuğun amacı, annelerin hastanede kalma süresini kısaltıp, doğum sonu eğitim ve destekle, evde aile merkezli bakımı gerçekleştirmektir (17). Erken taburcu edilen kadınların doğum sonu ev ziyaretleri yoluyla izlemlerinin yapılmasında ise özellikle hemşirelere ana-çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesi adına önemli görev ve sorumluluklar düşmektedir.

DOĞUM SONU HASTANEDE KALIŞ SÜRESİNİN KISALMASI

Brumfield'in çalışmasında belirttiğine göre; 1950'lerde Birleşik Devletlerde yürürlükte olan rutin doğum uygulamasının, kadınların vajinal doğum sonrası 7-10 gün kadar hastane kalışına izin vermesinin bir sonucu olarak hastanelerin doğum yataklarında kronik bir kıtlık oluşması ve doğum servislerinin maliyetinin yükselmesi nedeniyle doktorların ve hastanelerin girişimleri ile ilk kez erken taburculuk programları oluşturulmaya başlanmıştır (6).

Bu gelişmeler nedeniyle, Birleşik devletlerde, 1970 ile 1992 yılları arasında doğum sonrası hastanede kalış süreleri azalmaya başlamıştır. Birleşik devletlerde 1970 yılında doğum sonrası ortalama hastanede kalış süresi 4.1 gün iken,1992 yılına kadar vajinal doğum sonrası ortalama hastanede kalış süresi 3.9-2.1 gün, sezaryan doğum sonrası 7.8-4.0 gün şeklinde %37 azalarak ortalama 2.6 güne kadar düşmüştür. Aynı zamanda 1970 ve 1980 yılları boyunca, hastaların doğal doğuma istek duymaya başlamaları, doğum odasında eşlerini istemeleri ve kısa sürede evlerine dönmeyi arzu etmeleri gibi birçok eğilimin bir sonucu olarak bazı hastanelerde aile merkezli obstetrik yaklaşımla erken taburculuk programları geliştirilmeye başlanmıştır (6).

1990'nın ilk yıllarına kadar, pospartum dönem hastanede kalış sürelerinin sağlığa ayrılan harcamaları arttırması ve sigorta şirketlerinin komplikasyonsuz vajinal doğumlar sonrası 12-24 saatten fazla yatışlara ödeme yapmayı reddetmesi üzerine mümkün olduğunca kısa sürede hastaneden taburcu olma anlayışı daha da yaygınlaşırken, hastalar, hekimler, uluslararası hekim örgütleri arasında ise anlaşmazlıklar belirmeye başlamıştır. 1995 yılında anne ve yeni doğanların daha hazır

olmadan, doğumdan hemen sonra hastaneden zorunlu olarak çıkarılması üzerine pospartum erken taburculukta sigorta şirketlerinin güvenilirliğine ilişkin ilk kriz patlak vermiştir. Bunun üzerine ilk kez 1995 Mayısında Maryland'de,"Anneler ve Yenidoğanların Sağlık Güvenliği Yasası" kabul edilerek, sigorta şirketlerine kadınların doğum sonrası en az 24 saat hastanede kalmaları konusunda sınırlama getirilmiştir. Ayrıca Maryland Yasası bu şekilde sigorta şirketlerini, perinatal bakım klavuzunda belirtilen pospartum kalış şemasındaki tıbbi tavsiyelere göre anne ve yenidoğan bakımını sağlamakla da zorunlu kılmıştır. Konuyla ilgili olarak ikinci kez 1995 yılı haziranında New Jersey'de Vali Christine Todd Whitman, sigorta ödemelerinin, sezaryan doğumdan sonra minimum 96 saat, vajinal doğumdan sonra ise minimum 48 saat hastanede kalış giderlerini kapsamaması gerektiğine dair kanun tasarısını kabul etmiştir (6).

Sonuç olarak, günümüzde dünyanın pek çok ülkesinde ve Türkiye'de 'pospartum erken taburculuk' yaygın olarak kullanılan bir sağlık politikası haline gelmiştir.

POSPARTUM ERKEN TABURCULUK

Doğumun bir hastalık veya tıbbi bir sorun olarak değil, daha çok doğal bir süreç olarak kabul edilmesiyle kadınların çoğunlukla erken taburculuğu tercih etmesi ve sağlık sigortalarının doğum sonu hastanede kalma süresine bir sınır getirmesinin bir sonucu olarak gelişen "pospartum erken taburculuk", Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) ve Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği (ACOG) tarafından herhangi bir komplikasyonun olmadığı durumlarda kadınların vajinal doğumdan 48 saat sonra, sezaryan doğumdan 96 saat sonra taburcu edilmesi olarak tanımlanırken, vajinal doğumdan sonra 24 saat içinde taburcu edilme ise 'çok erken taburculuk' olarak belirtilmiştir (1,2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise anne ve yenidoğanın hastane enfeksiyonlardan korunabilmesi için en erken dönemde taburcu edilmeleri gerektiğini bildirmiştir (18).

Tüm dünyada 1950'li yıllardan beri yapılan çalışmalar, doğum sonu erken taburculuğun planlı ev ziyaretleri ile desteklendiğinde ana çocuk sağlığı açısından pek çok avantajı olduğunu göstermektedir (19-32).

Hemşireler tarafından ev ziyaretleri ile desteklenen pospartum erken taburculuğun avantajları şunlardır (17,33,34);

- Anne ve bebeğin hastane ortamındaki patojenlere maruz kalma süresi kısaltılması,
- Hastane yataklarının daha etkin kullanımı,
- Hastane maliyetlerinde azalma,
- Yeni ailenin stresini ev ortamı ile azaltılması,
- Doğum olayının normal fizyolojik bir olay olarak ele alma bakış açısını güçlendirme,
- Aile ve bebek arasındaki bağlanma sürecini daha hızlı başlatma,
- Ailenin günlük yaşamında daha kısa sürede normale dönüş,
- Annenin alışık olduğu çevreye daha kısa sürede dönmesi nedeniyle rahatlığı ve memnuniyeti artırma,
- Anne ve diğer aile üyeleri arasındaki ayrılık sürecini kısaltma

Literatüre bakıldığında yukarıda sayılan pek çok avantajına rağmen pospartum erken taburculuğun, eğer taburculuk sonrası ev ziyaretleri ile desteklenerek bakımın sürekliliği sağlanmaz ise pek çok risk teşkil ettiği görülmektedir (17,35).

Bu bağlamda AAP (American Academy of Pediatrics) ve ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) aile merkezli evde bakımla desteklenen erken taburculuğun amacına uygun olarak yapılması ve güvenli olabilmesi için, hem anne hem de bebeğin hastaneden taburcu edilmeden önce bazı kriterleri taşınması ve buna ek olarak taburculuktan sonraki 24 saat içinde evlerinde ziyaret edilerek bakımın devamının sağlanması gerektiğini önermektedir (1,2).

AAP (American Academy of Pediatrics) ve ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists)'a göre Pospartum Erken Taburculuk Kriterleri Şunlardır (36);

1. Anne normal ve termde bir gebeliği takiben komplikasyonsuz bir vajinal doğum yapmış olmalı ve postpartum dönemde de herhangi bir sorun yaşamamış olmalı,
2. Anne ve bebek için gerekli görülen laboratuvar testlerinin değerleri normal sınırlarda olmalı,
3. Taburculuğu takip eden ilk 1-2 gün anneye destek olacak birey olmalı,
4. Anne olası komplikasyonların farkında olmalı ve gerektiğinde hekimi uyararak için eğitilmiş olmalı,
5. Taburculuk sonrası anne ve bebekte meydana gelebilecek sorunları saptayabilmek için sağlık kurumunun evde bakım, telefonla danışmanlık gibi hizmetleri bulunmalı,
6. Yukarıdaki ölçütlere ek olarak, sezaryanla doğum yapan anneler için, yenidoğanın vital bulguları stabil

olmalı, emme refleksi güçlü olmalı, boşaltımını yapmış olmalıdır.

Ancak yukarıda belirlenen kriterler esas alınarak pospartum dönemde erken taburcu edilen kadınlarda pospartum kanama, puerperal enfeksiyon, puerperal tromboemboli, mastitits, engorjman gibi meme hastalıkları ve konstipasyon gibi pek çok sorun ortaya çıkabilmektedir (37). Aynı şekilde yeni doğanlarda ise etkisiz emme, aşırı ağlama, sarılık ve enfeksiyon (göz, göbük, ağız enfeksiyonu vb.) gibi sorunlara sık olarak rastlanmaktadır. (1-5).

Brumfield'in çalışmasında belirttiğine göre; pek çok 'pospartum erken taburculuk çalışması'nda, kadınların %0-43'ünün pospartum dönemde sağlık sorunu yaşadığı bildirilmiştir. Bu çalışmalarda kadınların %2'sinin endometritits, mastitits, epizyotomi enfeksiyonları ya da üriner sistem enfeksiyonları gibi çeşitli enfeksiyonlar nedeniyle ve sadece 1'inin plesanta retansiyonuna bağlı kanama nedeniyle hastaneye yeniden yatışının gerektiği bildirilmiştir (6).

Liu ve arkadaşlarının çalışmalarında ise; pospartum erken taburcu olan sezaryanla doğum yapan kadınların %53'ünde, vajinal yolla doğum yapan kadınların ise %41'inde hastaneye yeniden yatış gerektiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada, sezaryanla doğum yapan kadınların hastanede kalış süresi azaldıkça, yeniden yatış riskinin arttığı (4 gün %10, 3 gün %18, <=2 gün ve daha az %21) ifade edilmiştir. Hastaneye yeniden yatış nedenlerinin ise pospartum kanama, enfeksiyon ve bazı hipertansiyon hastalıkları olduğu belirtilmiştir (38).

Gözüm ve Kılıç'ın vajinal doğum sonrası erken taburcu olan 112 kadının sağlık sorunlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, Kadınların %86.6'sında yorgunluk, %80.4'ünde uykusuzluk, %71.4'ünde meme sorunları (hassasiyet, ağrı, engorjman), %61.7'sinde konstipasyon, %14.3'ünde vajinal enfeksiyon ve %42'sinde ise diğer postnatal sağlık sorunları tespit edilmiştir. Ayrıca bu kadınların %51,8'ine doğum sonrası ilk 1 hafta ebeler tarafından ziyaret yapılmadığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada pospartum erken taburcu olan kadınların doğumdan sonraki ilk 24 saat hastanede ve ilk günlerde ise evlerinde ebeler tarafından izlenerek profesyonel bakım ve eğitim almaları gerektiği vurgulanmıştır (39).

Hemşireler Tarafından Ev Ziyaretleri İle Desteklenmediğinde Pospartum Erken Taburculuğun Riskleri Şunlardır (17,35);

- Emzirmeyle ilgili sorun sıklığının artması,
- Sarılık, sepsis ve dehidratasyon gibi yenidoğan problemlerinin tanı ve tedavisinin gecikmesi,

—Annede doğum sonu dönemde oluşabilecek problemlerin tam ve tedavisinin gecikmesi,
—Taburculuktan sonra anne ve yenidoğanın tekrar hastaneye yatma sıklığının artması.

DOĞUM SONU EVDE BAKIM HİZMETLERİ VE HEMŞİRELİK

Daha önce de bahsedildiği gibi doğum sonu hastanede kalım sürelerinin kısalmasıyla loğusalar iyileşme süreçlerini evde geçirmekte, hastanede kaldıkları süre içinde zaman yetersizliği nedeniyle servis hemşirelerinden ve diğer sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamamaktadır (44). Bu anlamda postpartum erken taburculuk, kadın ve ailesine hastanede hemşireler tarafından rutin olarak verilen bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin performansını olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca yapılan çalışmalar annelerin postpartum dönemde doğumun fiziksel etkileri nedeniyle ilk 24 saat daha çok kendilerine dönük ve öğrenme için motivasyonlarının en alt düzeyde olduğunu bu nedenle eğitime hazır olmadıklarını, postpartum ilk günlerde ise kendi bakımları ve bebeklerinin gereksinimlerini karşılama konusunda yeterli olmadıklarını ve yaşadıkları sorunlarla başa çıkmada zorlandıklarını ancak doğumu izleyen 3. haftadan itibaren fiziksel etkiler önemli ölçüde azaldığından kendi bakımları ve yenidoğan gereksinimlerinin karşılanmasında daha fazla sorumluluk üstlendiklerini ortaya koymaktadır (12,13,40,41). Bu nedenle postpartum dönemde erken taburculuk nedeniyle sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamayan kadınlara doğum sonu komplikasyonların erken dönemde tespit edilmesi, kendi ve bebeğinin bakımına yönelik gereksinim duyulan konularda hemşireler tarafından eğitim-danışmanlık hizmetleri verilmesi ve bizzat bakım hizmetlerinin yürütülmesi açısından evde bakım oldukça önem taşımaktadır.

Postpartum erken taburculuk sonrası evde bakım hizmetlerine ilişkin ilk kontrol gruplu çalışma, 1962'de Hellman ve arkadaşları tarafından Newyork'da Brooklyn Kings County Hastanesi'nde yapılmıştır. Çalışmada, vajinal doğumdan 72 saat sonra taburcu olan 1941 kadına ev ziyareti yapmak üzere özel yetiştirilmiş eğitilmiş hemşireler kullanılmıştır. Hemşireler, kadınlar taburcu olduktan sonra 1. hafta iki kez ve 3.hafta 1 kez olmak üzere toplam 3 ev ziyareti yapmışlardır. Çalışmanın sonunda hemşireler tarafından yapılan planlı ev ziyaretlerinin yararlı bir uygulama olduğu belirtilmiştir (42).

Grullon ve Grimes de 1966 yılından 1997'e kadar İngiliz literatüründe yayınlanmış "postpartum erken taburculuk" ile ilgili yayınları inceledikleri çalışmalarında aynı sonuca dikkat çekmiştir (20).

Aynı şekilde Darj ve E. Stalnacke de çalışmalarında doğum sonrası hiçbir komplikasyonun gelişmediği durumlarda yapılan erken taburculuğun, hemşireler tarafından yapılan antenatal hazırlık ve postpartum ev ziyareti ile daha da güvenilir bir uygulama olabileceğini belirtmişlerdir (23).

Gagnon ve arkadaşlarının standart postpartum bakım ile erken taburculuğu karşılaştırdıkları çalışmalarında ise postpartum erken taburculuğun prenatal ve postnatal dönemde ev ziyaretleri ile iletişim sağlandığında avantajlı görünmediği hatta anne ve bebek için pek çok yararının olabileceği vurgulanmıştır (24). Literatüre bakıldığında konuya yönelik olarak yapılan diğer çalışmaların da bu sonucu desteklediği görülmektedir.

Ülkemizde postpartum erken taburculuk sonrası evde bakım hizmetlerine ilişkin sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Arslan'ın (2001) çalışmasında primipar annelere gebelikte ve doğum sonu bebek bakımı konusunda verilen danışmanlık ve eğitim hizmetinin yaşam kalitesini arttırdığı ortaya çıkarken (14), Atıcı'nın (2000) çalışmasında doğum sonu 24 saat ve daha kısa sürede taburcu olan evde bakım ve eğitim alan deney grubundaki 50 kadın ile kontrol grubundaki 50 kadın arasında sürekli anksiyete puanları arasındaki fark postpartum dönem sonunda deney grubu lehine anlamlı bulunmuştur. Ayrıca postpartum komplikasyonlar ve emosyonel problemler kontrol grubunda daha fazla görülmüştür (12). Benzer şekilde Koç'un (2005) çalışmasında ise postpartum erken taburcu olan ve evde bakım alan deney grubundaki kadınlar ile kontrol grubundaki kadınlar arasında ilk 6 haftalık dönemde evde sorun yaşama durumları bakımından gruplar arası fark deney grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (13). Bu çalışmaların sonuçları da postpartum erken taburculuk sonrası yapılan evde bakım hizmetlerinin önemini ortaya koymaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre evde bakım; formal ve informal bakım verenler tarafından ev ortamında bakım hizmeti sunulması olarak tanımlanmıştır (18). Evde bakım hizmetlerinin amaçları genel olarak şu şekilde özetlenmektedir (43);

—Hastanın hastanede kalış süresini kısaltmak ve hastane dışında bakımın sürekliliğini arttırmak,
—Hastane enfeksiyonu riskini erken taburcu ederek azaltmak,
—Sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürmek,

- Hastalık ve sakatlıkların olumsuz etkilerini en aza indirmek,
- Hastanın bağımsızlığını arttırmak,
- Sınırlı sayıdaki hastane yatak kapasitesini daha verimli kullanmak,
- Hastanın aile ortamına kısa sürede dönmesi ile moral desteği sağlamak,
- İlerleyici ve sürekli hastalıkların komplikasyonlarını önlemek,
- Günlük yaşam şartlarını en az etkileyecek şekilde doğru tedaviyi evde de sunmak,
- Hastanın yaşam kalitesini en iyi seviyeye çıkarmak ve bireyin bağımsızlığını en üst seviyeye çıkarmak.

Doğum sonu evde bakım hizmetlerinin amacı ise; lohusanın evde bakımı, lohusanın ve ailesinin eğitimi yoluyla anne, yenidoğan ve ailesine hastaneden taburcu olduktan sonra, bireysel gereksinimlerine yönelik, teknik, psikolojik ve terapötik destek fırsatı sağlayarak sağlığın korunması ve geliştirilmesine katkıda bulunmaktır (44). Obstetrik ve Neonatal Hemşireler Birliği (Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses Association-AWHONN) ve Amerikan Hemşireler Birliği(American Nurses Association- ANA) doğum sonu ev ziyaretleri için ulusal standartlar geliştirmiştir. Bu standartlar şunlardır (33);

- Tekrar hastaneye yatma sonucu maliyeti yüksek olan komplikasyonların erken dönemde belirlenmesi,
- Temel sağlık bakım hizmetleri veren grupta, hastane taburculuğu ile ilk izlem ziyareti arasında köprü kurabilmesi,
- Sağlık bakım kaynaklarının etkili kullanımını artırması,
- Annenin gereksinimleri, yenidoğanın uyumu ve ailenin gelişimsel hedeflerine yönelik olarak en uygun çevre koşullarında bakım sağlaması.

Bu bağlamda doğum sonu evde bakım programı 3 bölümden oluşmaktadır:

—**Doğum Öncesi Bakım:** Annelerin doğum öncesi dönemde kendi aile ortamlarında holistik olarak değerlendirilip doğum sonrası ortaya çıkabilecek risk faktörlerinin önceden belirlendiği ve gerekli önlemlerin alındığı, erken taburculuğa uygun olup olmadığının değerlendirildiği, eğitim gereksinimlerinin daha doğum öncesi dönemde saptanıp gerçeğe uygun olarak giderildiği ve doğum sonu döneme hazırlığın uygun hemşirelik müdahaleleriyle erken dönemde başlatılarak pospartum evde bakım hizmetlerine zemin

oluşturulması planlanan bir süreçtir. Doğum öncesi bakım hizmetleri sırasında hemşire, anne, aile etkileşimi ile karşılıklı güven duygusunun gelişmesi doğum sonu evde bakım hizmetlerinin işlevselliği bakımından oldukça önem taşımaktadır. Bu süreçte doğum öncesi eğitim sınıflarının oluşturulması, eğitsel materyallerin aileye ulaştırılması önemli faaliyetler arasındadır (45,46).

—**Bilgi Toplama Süreci:** Doğum öncesi dönemin önemli bir aşamasıdır. Bu süreçte, biyo-psiko-sosyal açıdan gebe ve ailesine ilişkin veriler toplanarak kapsamlı bir değerlendirme yapılmaktadır. Evde bakım hemşireleri ilk ziyarette olduğu gibi tüm ziyaretler boyunca birey ve aileleri değerlendirmekle sorumludur (45,47). Bu nedenle doğum sonu evde bakım verecek hemşirenin; anneyi fiziksel ve psikososyal açıdan değerlendirebilme, bebeği fiziksel ve beslenme açısından değerlendirebilme, anne ve bebekten örnek alabilme gibi klinik becerilere sahip olması gerekmektedir (48). Bu süreçte birey ve aileden elde edilen bilgilerle bir veri tabanı oluşturulur. Daha sonra toplanan veriler ile uygun hemşirelik tanıları geliştirilerek bunların çözümüne yönelik amaçlar belirlenir ve uygun müdahaleler planlanır. Hemşirelik tanıları evde bakım hemşiresine birey ve ailelere yönelik doğru yönde kısa ve uzun vadeli amaçlar geliştirilmesinde gerekli bilgileri verir. Amaçlar sağlığı koruma, geliştirme, sürdürme ve komplikasyonların önlenmesine odaklanmalıdır. Birey ve ailesinin evde bakıma aktif katıldıklarından emin olmak, bireyin optimal sağlık ve fonksiyonel düzeyine geri dönmesine yardım etmek evde bakım hemşiresinin sorumluluğudur (45,47).

Tablo 1. Doğum sonu evde bakım verecek hemşirelerin taşınması gereken kriterler.

Uzman hemşire derecesine sahip olma
Üç yıllık perinatal hemşirelik tecrübesi olması
Oryantasyon programını başarıyla tamamlama
6 ay- 1 yıl süreyle destekle hizmet verme,
Her yıl 15 saat perinatoloji hemşireliği konusunda hizmet içi eğitime katılma

—**Ev Ziyaretleri:** Ev ziyaretleri doğum sonu var olan ya da potansiyel olarak gelişebilecek sorunların çözümüne yönelik olarak uzman bir hemşire tarafından yapılan bakım, destek, danışmanlık ve eğitim verme işlevlerini kapsar. Ev ziyaretleri tüm dünyada genellikle halk sağlığı hemşiresi ve hastane tarafından belirlenen doğum ve kadın sağlığı

konusunda uzman hemşireler tarafından yapılmaktadır (45).Doğum sonu evde bakım verecek hemşirelerin taşınması gereken kriterler tablo 1'de gösterilmiştir (33).

Hemşire ev ziyaretleri sırasında annenin, bebeğinin ve ailenin değerlendirilmesini öncelik sırasına göre yapar. Dikencik'in çalışmasında belirtildiği gibi lohusanın takipsel bakımı için hemşirenin değerlendirme ölçütleri ve bunlara yönelik girişimler aşağıda verilmiştir (44):

1. Annenin değerlendirilmesi

Sağlım Değerlendirilmesi: Loğusaya enfeksiyon belirtileri ve bunları saptadığı zaman sağlık bakımı verenlere başvurması gerektiği öğretilir. Hemşire loğusayı, özellikle riskli bölgelerini (meme, epizyotomi) enfeksiyon açısından gözlemler, loşianin miktarını ve rengini değerlendirir. Sorun olduğu zaman planlanan tedavi ile hastanın davranışları arasında uyum olmalıdır. Hemşire hastanın uyumunu değerlendirir.

Beslenme ve Metabolizma: Loğusanın iştahı ve aldığı yemek miktarı belirlenir. Su içme isteği ve susuzluk durumu değerlendirilir. Loğusaya beslenme konusunda eğitim verilmelidir.

Ağrı: Ağrı loğusanın değerlendirilmesinde göz önüne alınır.

Eliminasyon: Hemşire loğusanın barsak hareketlerinin normal, idrar yollarıyla ilgili bir sorunu olup olmadığını değerlendirir. Hemşirelik teşhisleri kabızlık, ishal, idrar rengi ve miktarındaki değişiklikler olabilir. Eliminasyon konusunda loğusa eğitilmelidir.

Egzersiz ve Aktivite: Loğusanın eve geldiğinden beri yaptığı aktiviteler irdelenerek aktivite toleransı değerlendirilir. Program öncesi ve sonrası loğusanın aktivitesi mutlaka karşılaştırılmalıdır. En çok rastlanılan hemşirelik teşhisi egzersizler ve aktivite konusundaki bilgisizliktir. Hemşire bu konuda loğusayı eğitmelidir.

Algılama ve Kavrama: Loğusanın bakımında karşılaşılan her türlü engel onun bakımını etkileyecektir. Ailenin doğru bilgileri verebilmesi, söylenenleri anlayıp, karar verme ve sorun çözme aşamasında etkin olabilmesi, dil sorunlarının çözümlenmesi ile mümkündür. En sık rastlanılan hemşirelik teşhisi bilgi eksikliğidir.

Uyku ve Dinlenme: Annenin uyku ve dinlenme için ayırdığı zaman ve miktar belirlenir. Bunu yaparken annenin yorgunluk belirtileri açısından değerlendirilmesi unutulmamalıdır. En sık görülen hemşirelik teşhisi uyku düzeninde değişikliklerdir.

Kendini Algılama: Hemşire değerlendirmeyi sorular sorarak ve gözlemleyerek yapabilir. Annenin vücut imajı, kendini algılama biçimi, duyguları irdelenir. Hemşirelik teşhisleri ise endişe, kendini vücut imajı konusunda huzursuz hissetmesi olabilir.

Rol ve İlişkiler: Çocuk sahibi olmaktan zevk alma bebeğe uygun bakımı verme annenin yeni durumuna adaptasyonunu gösterir. Hemşire aile içinde yeni rollere (anne, baba, kardeş, büyük anne-baba) uyum, sorumlulukların paylaşılması konusunda aileye destek verir. Hemşire babaların bebek bakımında sorumluluk almasını destekler, kardeşler arasındaki ilişkiyi gözlemler.

Cinsellik: Hemşire aile hazır olduğunda ailenin cinsel kısıtlamalara ve cinsel ilişkiye reaksiyonlarını irdeler. Aile planlaması yöntemleri hakkında eğitim, hemşirenin görevleri arasındadır. En sık rastlanan hemşirelik teşhisi aile planlaması konusunda bilgi eksikliğidir.

Stresle Başa Çıkma: Ailenin ve annenin stres seviyeleri değerlendirilir. Çünkü ailede meydana gelen rol değişiklikleri ve artan sorumluluklar ailede stres yaratabilir. Aileye verilecek hemşire desteğinin şekil ve miktarı ailenin ihtiyaçlarına göre ve hemşirenin gözlemlerine göre belirlenir. Hemşire babanın stres seviyesini ve kardeşlerin düşmanlık duygusunu dikkate alır. Hemşire bu bölümde annenin ve ailenin sorunlarla başatmasında yetersizliği teşhis edebilir.

Değer ve İnançlar: Eğer aile bebek kaybı yaşamışsa veya başka krizler oluşmuşsa hemşire ailenin inaç ve değer yargılarını değerlendirir ve aileye gerektiğinde destek olur.

2. Bebeğin Değerlendirilmesi

Sağlım değerlendirilmesi: Hemşire bebeğin bakımını üstlenen kişilerin bebek üzerindeki etkilerini değerlendirmeli, bebeğin fiziksel değerlendirmesini ise bebek çıplak iken yapmalıdır. Hemşire bebeğin enfeksiyon olan veya olma riski taşıyan bölgelerini değerlendirir. Bebek açısından ev ortamı, bebeğin bakımını üstlenen kişilerin bebeğe karşı tutumları

irdelenir. Sık rastlanılan teşhisler enfeksiyon, sarılık, cilt sorunlarıdır.

Beslenme ve Metabolizma: Bebeğin ağırlığı, emme durumu değerlendirilir. Gerekirse hemşire bebeği, emerken gözlemler. Burada emme pozisyonu, memeyi tutma, emme etkinliği, emzirmeden sonra memenin yumuşaması, annenin ve bebeğin stres seviyeleri kontrol edilir. Hemşire yetersiz emzirme, yetersiz beslenme gibi teşhisler koyabilir.

Eliminasyon: Bebeğin defekasyonu ve miksiyonu değerlendirilir. Burada hemşire kabızlık, ishal, idrarın rengi ve miktarında değişiklik gibi teşhisler koyabilir.

Ayrıca tespit edilen ve çözümlenemeyen enfeksiyon belirtileri, involusyonda gecikme, kabızlık, ishal, idrar yapma zorluğu, akut ağrı, hemşire müdahalesine rağmen azalmayan ağrılar gibi anneye ait sorun ve komplikasyonların, bebeğe ait enfeksiyon belirtileri, sarılık, kaşıntı, yetersiz emme, kabızlık, ishal ve idrar yapma zorluğu gibi durumların mutlaka bildirilmesi gerekmektedir (44).

Anne ve bebeğinin ev ortamında holistik olarak değerlendirilmesinin bir sonucu olarak, gereksinim duyulan konulara yönelik olarak planlanan eğitim ve danışmanlık hizmetleri ise ya saptanan yeni sorunlara yönelik ya da eski bilgilerin tekrarı şeklinde olabilir (44). Anneler kendileri ile ilgili olarak dinlenme, hijyen ve meme bakımı, uterus masajı, involüsyon sürecindeki değişiklikler ve doğum sonrası sorunlara yönelik konularda; bebekleri ile ilgili olarak da yenidoğanın beslenmesi, günlük bakımı, ağlama, uyku ve eliminasyon düzeni, hijyen, kord bakımı, perine bakımı, yenidoğanda görülen sorunlar ve vücut ısısının ölçülmesi gibi konularda eğitim almak istemektedirler (40). Eğitsel içerik açısından doğum sonu evde bakım hemşiresinden beklenen yeterlilikler Tablo 2’de gösterilmiştir (40).

Kısaca hemşirelerin doğum sonu evde bakım hizmetleri sırasındaki sorumlulukları şunlardır (33):

- Anne, bebek ve aile için haftanın yedi günü yirmi dört saat kapsamlı evde bakım hizmetlerini planlama,
- Evde bakım planının uygulanmasında, kendisi bakım vermeyecekse kadın ile temel sağlık bakım çalışanı arasında koordinasyon sağlama,
- Kendisi bakım vermediği durumlarda, gerekli hallerde sağlık bakım çalışanına danışmanlık yapma,
- Evde sağlık çalışanı için yazılı bakım planı oluşturma ve denetleme,

—Bakım hakkında bilgilendirilmiş karar verme düzeyinin yükseltilmesi için hastanın savunuculuğunu yapma,

—Evde bakım ekibinin üyelerinin oryantasyon eğitimini yapma, denetleme ve değerlendirme.

Tablo 2. Eğitsel içerik açısından doğum sonu evde bakım hemşiresinden beklenen yeterlilikler

-
- Laktasyonun fizyolojisi
 - Doğum sonu involüsyon
 - Doğum sonu depresyon
 - Bebeğin extrauterin hayata uyumu
 - Bebek beslenmesi ve emzirme
 - Bebeğin büyüme ve gelişmesi
 - Bebek davranışları
 - Ebeveyn bebek etkileşim modeli
 - Hiperbilirubinemi
 - Bebeğin metabolik taraması
 - Aile teorisi
 - Ailenin gelişimsel görevleri
 - İletişim teorileri
 - Öğrenme/öğretme teorileri
 - Kriz teorisi ve bize yönelik müdahaleler
 - Doğum sonu öneriler
-

Doğum Sonu Evde Bakım Hizmetlerin Zamanı ve Sıklığı

Anne ve bebeğinin postpartum taburculuktan sonra ne zaman ve ne sıklıkta evde ziyaret edileceklerine ilişkin kesin standartlar yoktur. Dünya Sağlık Örgütü, loğusalık izlemlerinin 6 saat, 6 gün, 6 hafta ve 6 ay formülüne bağlı olarak düzenlenebileceğini belirtmiştir (18). AAP ve ACOG erken taburcu edilen yeni doğanların, taburcu olduktan sonra ilk 48 saat içinde ziyaret edilmelerini önermektedir (1,2).

Ülkemizde ise 1961 yılında yürürlüğe giren 224 sayılı “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun”a göre doğum yapan kadınların taburculuktan 48 saat sonra, 15. günde ve 40. günde olmak üzere en az 3 ev ziyareti yoluyla takip edilmeleri beklenmektedir. Bu kanuna göre; doğum yapan kadınların evdeki bakımının yürütülmesinden sağlık ocakları ve sağlık evlerinde çalışan ebe ve hemşireler sorumludur. Bu kanuna göre ebe ve hemşirelerden her bir ziyarette anne ve yeni doğanın gerekli muayenesinin yapılması ve muayene bulgularına göre uygun müdahalelerde bulunulması ve anneye kendisi ve bebeğinin bakımı konusunda eğitim ve danışmanlık verilmesi önerilmektedir (48).

TAF Preventive Medicine Bulletin, 2009: 8(1)

Ancak 224 sayılı kanunla belirtilmesine karşın ülkemizde sağlık bakanlığı'nın 2001 yılı istatistiklerine göre lohusa başına düşen izlem sayısı 0,8'dir (49). Bu veri rutin olarak yapılması gereken izlemlerin yetersiz yapıldığını, doğum sonu erken taburcu edilen kadınların evlerinde ziyaret edilmediklerini göstermektedir. Ayrıca literatüre bakıldığında Türkiye'de, doğum sonu döneme ilişkin çok sayıda çalışmanın yapıldığı ancak doğum sonu erken taburculuk ve evde bakım hizmetleriyle ilgili sınırlı sayıda çalışmanın olduğu görülmektedir. Bu durum doğum sonu erken taburcu edilen kadınların bu döneme ilişkin sağlık sorunlarının ihmal edildiğinin bir diğer göstergesidir.

SONUÇ

Postpartum erken taburculuk ve evde bakım hizmetleri konularında hemşirelik müdahalelerine rehber olabilecek çalışmalara ağırlık verilmesi, kadın sağlığını koruma ve geliştirme adına önemli rolleri olan halk sağlığı hemşirelerinin planlı ev ziyaretleri yoluyla yaptıkları bakım, eğitim ve danışmanlık rollerini etkin bir şekilde gerçekleştirebilmeleri için birinci basamak sağlık hizmeti sunan sağlık ocakları ve sağlık evlerini işler hale getirecek yasal düzenlemelerin yapılması oldukça önem taşıyacaktır.

KAYNAKLAR

1. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Postpartum and Follow-up care. In: Guidelines for Perinatal Care, 4th ed. Washington. DC: American College of Obstetricians and Gynecologists, 1997, p. 147-182.
2. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetrics and Gynecologists. Postpartum and Follow-Up Care. In: Guidelines for Perinatal Care, 3rd ed. Washington DC: American College of Obstetricians and Gynecologists, 1992, p. 91-116.
3. Trends in length of stay for hospital deliveries-United States. 1970-1992. Morb Mortal Wkly Rep. 1995; 44: 335-337.
4. Lemmer C. Early-discharge: outcomes of primiparas and their infants. JOGNN. 1987: 230-236.
5. Vural G, Akan N. Annelerin Doğum Sonu Dönemde Ev Ortamında Kendi Bakımları ve Bebek Bakımı ile İlgili Karşılaştıkları Sorunlar ve

Bu Sorunlara Yönelik Uygulamalar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1995; 2(1): 37-49.

6. Brumfield Cynthia G. MD Early Postpartum Discharge. Clinical Obstetrics & Gynecology. Ambulatory Obstetric Management. 1998; 41(3): 611-625.
7. Lawdermik DL, Perry SE, Bobak IM. Maternity and Womens Helth Care: Maternal-Newborn Home Care. St Loise. Mosby,1997, p. 637-665.
8. Fishbein EG, Burgraff E.Early Pospartum Discharge: How Are Mothers Mananging. JOGNN. 1985; 14(4): 315-320.
9. Gölbaşı Z. Pospartum Dönemde Erken Taburculuk, Evde Bakım Hizmetleri ve Hemşirelik. CÜ. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2003; 7(2): 15-22.
10. Smith-Hanrahan C, Deblois D. Postpartum early discharge: impact on maternal fatigue and functional ability. Clin Nurs Res. 1995; 4: 50-66.
11. Martell LK, Mitchell SK. Rubin's "Puerperal Change" Reconsidered. JOGNN. 1984; 13(3): 145-149.
12. Brodsky PL. A postpartum home follow up project by student nurses using marker model standarts. Journal of Nursing Education. 1998; 37(8): 373-75.
13. Jansson P. Early postportum discharge. AJN. 1985; 547-50.
14. Atıcı İ. Doğum Sonu Erken Taburculukta Lohusalara Verilecek Sağlık Eğitimi ve Evde Bakımın Pospartum Komplikasyonlar ve Anksiyete Düzeyine Etkisi. Bilim Uzmanlığı Tezi. Erzurum. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği ABD, 2000.
15. Koç G, Doğum Sonu Erken Dönemde Taburcu Edilen Anneler İçin Geliştirilen Evde Bakım Hizmet Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi. Doktora Tezi. Ankara. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın hastalıkları Hemşireliği ABD, 2005.
16. Arslan F. Primipar Annelere Gebelikte ve Doğum Sonu Bebek Bakımı Konusunda Verilen Danışmanlık ve Eğitim Hizmetinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. Doktora Tezi. Ankara. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD, 2001.
17. British Columbia Reproductive Care Program (1997), Planned Maternity Discharge Following Term Birth. [http:// www.rcp.gov.bc.ca/List_of_Guidelines.html](http://www.rcp.gov.bc.ca/List_of_Guidelines.html).

18. World Health Organization, Postpartum Care Of The Mother and Newborn: A Practical Guide, WHO/RHT/MSM,98/3,1998.
19. Norr KF, Nacion K. Outcomes of postpartum early discharge, 1960-1986: a comparative review. *Birth*. 1987; 14: 135-141.
20. Grullon KE, Grimes DA. The safety of early postpartum discharge: a review and critique. *Obstet Gynecol*. 1997; 90: 860-865.
21. Bossert R, Rayburn WF, Stanley JR, Coleman F, Mirabile CL Jr. Early postpartum discharge at a university hospital. Outcome analysis. *Journal of Reproductive Medicine*. 2001; 46(1): 39-43.
22. Kligner JM et al. How satisfied are mothers with 1-day hospital stays for routine delivery. *Effective Clinical Practice*. 1999; 2: 253-257.
23. Darj E, Stalnacke B. Very early discharge from hospital after normal deliveries. *Upsala Journal of Medical Sciences*. 2000; 105(1): 57-66.
24. Gagnon Anita J RN et al. A randomized trial of a program of early postpartum discharge with nurse visitation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1997; 176(1): 205-211.
25. Waldenstrom U, Sundelin C, Lindmark G. Early and late discharge after hospital birth: health of mother and infant in the postpartum period. *Upsala J Med Sci*. 1987; 92: 301-314.
26. Carty EM, Bradley CF. A randomized, controlled evaluation of early postpartum hospital discharge. *Birth*. 1990; 17: 199-204.
27. Edmonson M, Bruce MD, Stoddard MPH, Jeffrey J, Owens MD, Laura M. Hospital Readmission With Feeding-Related Problems After Early Postpartum Discharge of Normal Newborns 23/30. *JAMA*. 1997; 278(4): 299-303.
28. Gjerdingen DK, Titus SL, Tuggle MN. Patients' responses to short obstetrical hospital stays during a nurses' strike. *Fam Pract Res J*. 1988; 7: 227-235.
29. Brooten D, Roncoli M, Finkler S, Arnold L, Cohen A, Mennuti M. A randomized trial of early hospital discharge and home follow-up of women having cesarean birth. *Obstet Gynecol*. 1994; 84: 832-838.
30. Grubbs LM. Early postpartum discharge. 1990 3: 94-9,
31. Beck CT, Reynolds MA, Rutowski P. Maternity blues and postpartum depression. *JOGNN*. 1992; 21: 287-293.
32. Thompson JF et al. Early discharge and postnatal depression: A prospective cohort study. *MJA*. 2000; 172: 532-536.
33. Simpson RK, Creehan PA. *Perinatal Nursing*. 2nd Edition. Philadelphia. Lippincott Company, 2001, p. 446-667.
34. Editorial. Planned Early Discharge-What are benefits. *Birth*. 2000; 17(4): 230-232.
35. Paul IM et al. Cost-Effectiveness of Postnatal Home Nursing Visits for Prevention of Hospital Car Efor Jaundice and Dehydration. *Pediatrics*. 2004; 4(1): 1015-1023.
36. Gorrie TM, Mckinney ES, Murray SS. *Foundations of Maternal-Newborn Nursing 2 nd Edition*. Philadelphia. WB.Sounders Company, 1998, p. 458-59.
37. Akın A ve ark. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Programları için Bilgi Eğitim İletişim Rehberi. Ed.:Akın A, Balkan G E, Ayaç U. 1997, p. 119-149.
38. Liu S et al. Length of hospital stay, obstetric conditions at childbirth, and maternal readmission: A population-based cohort study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2002; 187(3): 681-687.
39. Gözüm S, Kiliç D. Health problems related to early discharge of Turkish women. *Midwifery*. 2005; 21(4): 371-8.
40. Bobak IM, Jensen MD. *Maternity and Gynecologic Care*. Fifth Edition. St. Louis. The Mosby-Year Book, 1993, p.672-767.
41. Reeder S, Martin LL, Koniak-Griffin D, *Maternity Nursing*. Eighteenth Edition. Philadelphia. Lippincot Company, 1997,p. 636-690.
42. Hellman LM, Kohl SG, Palmer J. Early hospital discharge in obstetrics. *Lancet*. 1962; 1: 227-232.
43. Aydın D. *Evde Bakım Hizmetleri Kitabı*. Sağlıklı Nesiller Derneği, Sağlık ve Eğitim Yayınları: 1. Başak Matbaası, 2005.
44. Dikencik B, Beji N. Loğusalık Bakım Modelleri. *Perinatoloji Dergisi*. 1999; 7(3): 233-237.
45. Williams LR, Cooper KM. A New Paradigm For Postpartum Care. *JOGNN*. 1996; 25(9): 25-31.
46. Stringer M, Spatz D, Donehue D. Maternal-fetal physical assessment in the home setting: role of the advanced practice nurse. *JOGNN*. 1994; 23(8): 726-25.
47. Hitchcock JE, Thomas SA, Schubert PE. *Home Health Nursing Community Health Nursing Caring in Action*. Delmar Publisher, 1999, p. 315-317.

TAF Preventive Medicine Bulletin, 2009: 8(1)

48. Bertan M, Güler Ç. Halk Sağlığı, Ankara. Güneş Kitabevi,1995, p. 342-356.
49. Akın A, Özvarış ŞB. Türkiye'de Doğum ve Doğum Sonrası Bakım. Ed.: Akın A, İçinde: Türkiye'de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler. İleri Analiz Sonuçları. Ankara. TNSA-1998, 2002, p. 243-293.