

**Derleme**

# Loğusalık Bakım Modelleri

Birsen KÜÇÜK DİKENCİK, Nezih KIZILKAYA BEJİ

İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**ÖZET****LOĞUSALIK BAKIM MODELLERİ**

Günümüz ekonomik koşulları nedeniyle hastanede kalma süresinin kısalması, tüm loğusaların bakım alamamaları, verilen hizmetin kalitesinin tartışılıyor olması, sağlık reformları ve hemşirelik mesleğinin gelişimi gibi nedenler loğusalık dönemi için yeni bakım modellerinin geliştirilmesine neden olmuştur. Loğusalık bakımı için geliştirilen modeller:

- 1) Loğusa Bakım Merkezlerinde Takipsel Bakım
- 2) Ev Ziyaretleriyle Loğusanın Evde Takipsel Bakımı
- 3) Telefonla Loğusanın Takibi
- 4) Danışma Hatları (Yeni Ebeveynler İçin Danışma Hattı)
- 5) Emzirme İzlem Programı
- 6) Destek Gruplarıdır.

Bu makalede loğusaların bakımı için geliştirilen modeller ele alınmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Bakım, Bakım Modelleri, Loğusalık

**SUMMARY****POSTPARTUM CARE MODELS**

New postpartum care models are needed to be developed as hard economic conditions bring about shorter stays in hospitals not enough care for postpartum, poor service quality, health reforms and development of nursing.

- 1) Mother-Infant Outpatient Clinics
- 2) Home Visits
- 3) Telephone Calls
- 4) Information Lines
- 5) Lactation Consultation
- 6) Support Groups

In this article postpartum care models are discussed.

**Key Words:** Care, Care Models, Postpartum

Loğusalık (puerperium), yenidoğanın doğumuyla başlayan ve gebelikte meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişikliklerin bütün sistemlerde özellikle üreme organlarında gebelik öncesi durumlarına döndükleri 6 haftalık bir süreçtir (1-6).

Bu dönemde meydana gelen hızlı fizyolojik değişikliklere uyum sağlamaya çalışan annede psikolojik ve davranışsal değişiklikler de gözlenir (7,8).

İnsan yaşamının başka hiçbir döneminde organizmada bu denli hızlı fizyolojik değişikliklere rastlamak mümkün değildir (4). Loğusalık aileye yeni bir üyenin katılmasından dolayı yeni bir düzenin kurulduğu bir dönemdir. Bebeğine, postpartum ra-

hatsızlıklara, ailedeki yeni düzene ve vücut imgesindeki değişikliklere uyum yapmak zorunda olan anne için bu dönem oldukça zordur.

Kadın ve eşi için yeni bebekleri bir doyum kaynağıdır ve aile bağlarını güçlendirir. Ancak bu dönemde artan ve değişen etkileşim, aynı zamanda bir stres kaynağı olabilir. Çünkü eşlerin ilişkilerindeki eski düzen bozulmuş, birbirlerinden beklentileri değişmiş, rol ve sorumlulukları artmıştır (8).

Bu nedenlerle loğusalık döneminde annenin ve ailesinin nitelikli bir bakıma gereksinimleri vardır (9,2,3,4,10,11,6,8). Kadının ilerki yaşamındaki sağlık düzeyi bu dönemde aldığı bakımın niteliği ile yakından ilgilidir (4). Ülkemizde TNSA 1993 verilerine göre, yılda 1400-1500 kadın analık nedeniyle yaşamını kaybetmekte ve bu ölümlerin % 28.9'u loğusalık döneminde meydana gelmektedir (12). Bu

veriden anlaşılacağı gibi ülkemiz kadını loğusalık döneminde ya bakım alamamakta ya da aldığı bakım yetersiz kalmaktadır. Bu bağlamda loğusalık bakımı için geliştirilen modelleri incelememiz ülkemiz şartlarına uygun olanlarının uygulamaya geçirilmesi için çalışmalar yapmamız gereklidir.

**Loğusanın bakımı için geliştirilen modelleri sıralarsak:**

1. Loğusa Bakım Merkezlerinde Takipsel Bakım
2. Ev Ziyaretleriyle Loğusanın Evde Takipsel Bakımı
3. Telefonla Loğusanın Takibi
4. Danışma Hatları (Yeni Ebeveynler İçin Danışma Hattı)
5. Emzirme İzlem Programı
6. Destek Gruplarıdır (13-16).

**1. LOĞUSA BAKIM MERKEZLERİNDE TAKİPSEL BAKIM:** Ev ziyaretleri ve Halk Sağlığı Hemşiresinin danışmanlığı, loğusa bakımında birçok ülkede kullanılan bir yöntem olmasına rağmen ortalama olarak her ev ziyaretinin, hemşirenin 2-2.5 saatini alması, hemşirenin sınırlı sayıda ziyaret yapmak zorunda kalması ve bu durumda riskli ailelere öncelik tanımak zorunluluğu, maliyetin yüksek olması, kısıtlı ulaşım imkanları ve hemşirenin yanında bulunması gereken malzemenin çok sayıda olması, bu malzemelerin hazırlamasındaki ve taşınmasındaki zorluklar bu programın geliştirilmesine neden olmuştur (13,15).

Yukarıda belirtilen nedenlerle Amerika'nın kuzeybatısında yılda 2400 doğum yapılan bir hastanede Şubat 1991'de Loğusalık Bakım Merkezi ve Loğusa Telefon Hattı kurulmuştur. 18-47 yaş arasındaki annelerin % 80'ni doğumdan 8 gün sonra Loğusa Bakım Merkezi'nden, geri kalanı ise Loğusa Telefon Hattından faydalanmışlardır (13).

Bu merkezde ev ziyaretlerinin üçte biri fiyatına çok sayıda aileye bakım veren bir program oluşturmuştur. Bu amaçla kurulan Loğusa Bakım Merkezi'ne ait bilgiler aşağıda verilmiştir.

**Merkezin Amacı:** Loğusalık Bakım Merkezlerinin amacı annelerin, yenidoğanların ve ailelerin sağlıklarını ve iyilik durumlarını korumak ve geliştirmektir (13,15).

**Merkezin Yeri ve Çalışan Elemanları:** Hastanelerin içinde veya yakınında 2-3 odadan oluşan merkezler kurulmuştur.

Çalışanlar; 1 koordinatör hemşire, 4 tane Aile Sağlığı konusunda uzmanlaşmış hemşire ve 1 sekreterden oluşur. Programı değerlendirme, aileye eğitim, destek ve danışmanlık verme gibi görevleri hemşireler yerine getirmektedir. Sekreter hemşirelerin yardımcısıdır. Hastaları kabul eder, randevu verir, hasta kartlarını tutar, kartoteks hazırlar, mali işlemlerle ilgilenir, kayıt ve istatistikleri tutar (13,15).

**Finans Kaynakları:** Merkezin çalışmaya başlamasından sonraki masraflar (hemşire, sekreter ücretleri, kullanılan malzemelerin satın alınması, telefon, su, elektrik faturaları gibi) hastalardan alınan ücretler ile karşılanmaktadır. Eğitim programı için ayrıca ücret alınmaktadır. Sağlık sigortası olan hastaların ödemesi sigorta şirketleri tarafından yapılmaktadır. Sağlık sigortası ve yeterli maddi gelire sahip olmayanlara bu hizmet olanaklar dahilinde ücretsiz olarak sağlanmaktadır (13,15).

**Merkezin Yapılandırılması ve İşleyişi:** Loğusalık Bakım Merkezi açmak için hastane yönetiminden izin alınmıştır. Hastane yönetimine, doktorlara, hemşirelere ve diğer çalışanlarına programın amacı ve hedefleri açıklanarak, anne, çocuk ve ailenin sağlığını geliştirme ve koruma amacı vurgulanmıştır. Özellikle doktorlara bu programın loğusalık bakımını değiştirmede ancak mevcut bakıma ek bir program olduğu anlatılmıştır. Programa resmi onayı Doğum ve Kadın Sağlığı, Çocuk Sağlığı ve Aile Sağlığı konusunda uzman olan hekimler vermiştir. Merkezin koordinatörü anne-çocuk bakımı, eğitimi ve emzirme konusunda uzman bir hemşiredir (13,15).

Başlangıçta maliyeti düşürmek için hastane odalarından yararlanılabilir. Bir hasta kabul odası, bir dinlenme odası, ofis ve 2 muayene odasından oluşan birimde masa, konforlu sandalyeler, terazi, tansiyon aleti, derece gibi gerekli malzemeler olmalıdır. Ayrıca anne ve bebeğin hemşireler tarafından değerlendirilmesi ve uygun girişimlerin yapılabilmesi için bir değerlendirme formu kullanılır. Bu formun bir kopyası hastanın doktoruna gönderilir ve diğeri ise Loğusa Bakım Merkezinde saklanır.

Perinatoloji servisinden taburcu olmadan önce loğusalıran Loğusa Bakım Merkezine başvurmaları için randevu her iki birimde de çalışan hemşireler tarafından taburcu olmadan 1-6 gün sonrasına verilmektedir. Hasta hakkında bilgi Perinatoloji Servisinden Loğusa Bakım Merkezindeki koordinatör hemşireye iletilmektedir. Randevular ailelere özel kartlar ya da telefonla hatırlatılmaktadır.

Loğusa Bakım Merkezine gelen her bir loğusa ve ailesi için 45-60 dak. görüşme süresi ayrılır. Bu görüşmede öncelikle loğusalıran karşılaştıkları sorunlar, öğrenmek istedikleri konular, anne ve bebeğin fiziksel bakımı hakkında bilgi verilir. Belirlenen sorunlar aciliyetine göre hekime hemen ya da sonra telefonla ve yazılı olarak bildirilir. Loğusalık döneminin sonunda anne ve bebeği düzenli kontroller için uygun birimlere sevk edilmektedir (13,15).

**Merkezin Avantajları:**

1. Ailenin merkezi ziyaretinde anne ve çocuğun hemşire tarafından görülmesi, gerekirse doktora ulaşılabilirliğinin çok kolay olması,
2. Depresyon gibi ciddi sorunlarda bakım alınabilecek yer olması,

3. Farklı konularda uzmanlaşmış hemşirelerden faydalanabilme olanağının bulunması,
4. Laboratuvar, eczane gibi olanaklara ulaşılabilirliğin kolay olması,
5. Bakım için gerekli her türlü malzemenin sağlanabilmesi.

**Merkezin Dezavantajları:** Bu bakım modelinin başarısı ailenin merkeze gelmesini gerektirdiğinden bazı aileler için uygun olmayabilir (13,15).

**Merkezin İşleyişinin Değerlendirilmesi:** Amerika'da 1991'de kurulan bu merkeze 1995 yılına kadar başvuran ve randevularını iptal eden loğusalar değerlendirilmiştir. Bu dönem içinde bu merkezden yararlanan hasta sayısının % 47'den, %81'e çıktığı, randevu iptal etme/gelmeme oranının % 13.25'ten, % 4.5'e düştüğü, hekimlerin daha fazla hastayı merkeze sevk ettiği görülmüştür.

Bu dönem sırasında birçok sorun; engojman, loğusalık depresyonu, enfeksiyon deneyimleyen anne ve emzirme zorluğu, yetersiz kilo alma, hiperbilirubinemi, konjuktivit, kaşıntı gibi sorunları yaşayan bebek erken dönemde belirlenip, ayakta tedavisi, ailenin eğitimi yapılarak, hastaneye tekrar yatma oranları azaltılmıştır.

Hekimler merkezin çalışmalarından memnun olduklarını yazılı ve sözlü olarak ifade etmişler, aileler merkeze karşılıksız para yardımıyla bulunmuşlar, sunulan hizmete ilişkin olumlu değerlendirmeler yapmışlardır.

1991'den bu yana gerçekleşen olumlu gelişmeler merkezde verilen hizmetin rutin loğusa bakımı kapsamına dahil edilerek, ücret ödemedeki kolaylık sağlanması, annelerin tümüne hizmetin sunulması ve bu bakım modelinin uluslararası tanıtımının yapılması için çalışmalar başlatılmıştır (13,15).

**2. EV ZİYARETLERİYLE LOĞUSANIN EVDE TAKİPSEL BAKIMI:** Hastanede kalım sürelerinin kısaltılmasıyla loğusalar iyileşme süreçlerini evde yaşamakta ve hastanede kaldıkları süre içinde zaman yetersizliği nedeniyle servis hemşirelerinden yeterince yararlanamamaktadır. Servis hemşireleri eğitim ve sağlık bakımında uzman olsalar dahi, bebek ve annenin psikolojik, fizyolojik ve eğitim ihtiyaçları ile yeterince ilgilenmemektedir. Hemşireler tarafından verilen desteğin anne ve çocuk bakımı için vazgeçilmez öneminden dolayı bu desteğin evde de sürdürülmesi amacıyla ev ziyaretleriyle loğusanın evde takipsel bakımı ilk olarak 1991'de Amerika'da geliştirilmiştir (13,14,16,17).

**Programın Amacı:** Loğusanın evde bakımı, loğusanın ve ailesinin eğitimi, sağlığın korunup, geliştirilmesidir (18).

**Programın Çalışan Elemanları:** Ev ziyaretleri Halk Sağlığı Hemşiresi ve hastane tarafından belirlenen Doğum ve Kadın Sağlığı konusunda uzman hemşireler tarafından yapılmaktadır.

**Finans Kaynakları:** Bu program Amerika'da ailelerin veya sağlık sigortalarının hizmet karşılığında verdiği ücretlerle, Kanada'da ise devletin sağladığı kaynaklarla yürütülmekte ve çalışan hemşirelerin ücretleri ödenmektedir (13,14,16).

**Programın İşleyişi:** Ev ziyaretleri sırasında anne, yenidoğan ve aile sistematik olarak değerlendirilir. Ziyaretler sırasında ailenin çevresiyle etkileşimini, yaşadıkları ortamın güvenli-sağlıklı koşullara sahip olma durumunu, olanaklarını gözlemlemek yararlı olmaktadır. Bu durumda destek verecek toplum kaynakları ile iletişim kurulabilir ve sorunlara bir an önce çözüm bulunabilir. Eğitim saptanan yeni sorunlara yönelik veya eski bilgilerin tekrarı şeklinde olabilir (2).

Program 3 bölümden oluşmaktadır.

**1) Doğum Öncesi Bakım:** Aileyi, doğuma ve doğum sonrası ev ziyaretlerine hazırlama şeklindedir. Ebevyn Hazırlık Sınıfları, eğitici dökümanların aileye postalanması gibi işlemlerle sürdürülür.

**2) Bilgi Toplama Süreci:** Doğumdan önceki demografik bilgilerin alındığı, gebenin ve ailenin değerlendirilmesinin yapıldığı ve doğum hakkında bilgilerin toplandığı süreçtir.

**3) Ev Ziyaretleri:** Uzman bir hemşire tarafından yapılan bakım, destek, danışmanlık ve eğitim verme işlevlerini kapsar (16).

Ev ziyaretleri şu adımlarla gerçekleştirilir. Nitelikli bir hemşire tarafından programın planlanması ve yönetimi yapılır. İlk aşamada aile telefonla aranır, program hakkında bilgi verilir. Daha sonra ev ziyaretinin organizasyonu yapılır. Doğumu takiben 48-72 saat içinde ziyaret gerçekleştirilir. Anne, yenidoğan ve aile için planlanan programın uygulanması ve değerlendirilmesi yapılır (16,17,19).

Çok acil bir durum olmadıkça (bebeğin emmesi veya loğusanın tansiyonunun yükselmesi gibi) ziyaret doğumdan 48 saat sonra gerçekleştirilir. Bu zaman annenin bebeğin kendine gelmesi ve ziyaret için uygun zaman ve ortam hazırlanmasına imkan verir (16,17).

**Programın Avantajları:** Aileler doğum sonrası seyahat etme zorluğu yaşadığı için uzman hemşirenin eve gelmesi ve bakım vermesi avantajlarıdır (13).

**Programın Dezavantajları:** Ailelerin büyük olması nedeniyle ziyaretin uzun süre olması, coğrafi bölgenin büyüklüğü ve ulaşım zorlukları, maliyetinin yüksek olması ev ziyaretlerinin dezavantajlarıdır (13).

**Programın İşleyişinin Değerlendirilmesi:** Bu programda çalışan hemşireler aylık raporlar hazırlayarak programın başarısını değerlendirip sonuçlarını ilgili kişilere iletirler. Ailelerin bu programdan memnuniyetlerini ölçmek için anket tekniği ile bir araştırma yürütülmüş ve memnuniyet düzeyleri % 99 olarak belirlenmiştir. Ayrıca 1991'den 1996 yılı-

na kadar program Amerika'nın Ohio bölgesinde 1 milyon dolar kazanmıştır (13,15,16).

### LOĞUSANIN TAKİPSEL BAKIMI İÇİN HEMŞİRENİN DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ:

Hemşire annenin, bebeğin ve ailenin değerlendirilmesini öncelik sırasına göre yapar.

#### ANNENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Sağlığın 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 (13).

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

**Ağrı:** Ağrı loğusanın değerlendirilmesinde gözönüne 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 konu-

sunda aileye destek verir. Hemşire babaların bebek bakımında sorumluluk almasını destekler, kardeşler arasındaki ilişkiyi gözlemler.

Eğer aile perinatal kayıp yaşadıysa hemşire onların üzüntülerini dikkate almalı, reaksiyonlarını gözlemlemeli, onlara destek olmalıdır.

En sık görülen hemşirelik teşhisi ailede yeni rollere uyumsuzluktur.

**Cinsellik:** Hemşire aile hazır olduğunda ailenin cinsel kısıtlamalara ve cinsel ilişkiye reaksiyonlarını irdeler. Aile planlaması yöntemleri hakkında eğitim, hemşirenin görevleri arasındadır. En sık rastlanılan 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 (4,13,20,8).

#### BEBEĞİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Sağlığın 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 (13).

**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 (13).

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

#### KOMPLİKASYONLAR VE BİLDİRİLMESİ

##### GEREKEN DURUMLAR

- **Anneye ait durumlar:** Enfeksiyon belirtileri, involusyonda gecikme, kabızlık, ishal, idrar yapma zorluğu, akut ağrı, hemşire müdahalesine rağmen azalmayan ağrılar.
- **Bebeğe ait durumlar:** Enfeksiyon belirtisi,

sarıklık, kaşıntı, yetersiz emme, kabızlık, ishal ve idrar yapma zorluğudur (13).

**3. TELEFONLA LOĞUSANIN TAKİBİ:** Telefonla danışmanlık, aileler hastaneden çıktıktan sonra evde takip için idealdir. Görüşmeler hastaneden çıktıktan 1-3 gün sonra yapılır ve sistematik olarak anne ve bebek değerlendirilir. Danışmanlık annenin ve bebeğin bakımı, emzirme, riskli durumların belirtileri gibi önemli konuları içerir.

Telefon ile takip ev ziyaretinden ucuzdur. Çünkü hemşirenin araba kullanması ve uzak mesafelere ziyaret yapması daha pahalıya mal olmaktadır. Ortalama olarak tavsiye edilen görüşme süresi 20-30 dk'dır.

**Dezavantajları:** Telefonla takip programlarında hemşirenin aileyi değerlendirmesi daha zordur ve yanlış payı daha fazladır. Çünkü hemşireler aileyi yalnızca telefondaki ifadelerine göre değerlendirmek zorundadırlar.

Ailelerin sık sık yer değiştirdiği durumlarda telefonla takip mümkün olmayabilir.

**Avantajları:** Maliyetin ucuz olması, çabuk ulaşılabilirlik telefonla takibin avantajlarıdır (13).

**4. DANIŞMA HATLARI (YENİ EBEVEYNLER İÇİN DANIŞMA HATTI):** Uzman hemşireler tarafından yürütülen bu programda ailelere çocuk büyütmeyle ilgili eğitim veren hatlar mevcuttur. Bu hatlar her gün 24 saat açık olabildiği gibi bazen sadece iş saatlerinde açık olanları da bulunabilir. Eğitim haricinde bu hatlarda perinatal kurslar hakkında bilgi verilir ve kayıtlar yapılır.

Programın maliyeti genel olarak hattı kimin işlettiğine, hat ücretlerine ve çalışma süresine bağlıdır.

**Dezavantajları:** Tek başına bu hat ailelere yeterli değildir. Ancak ailelerle görüşmeyi başlatmakta ve acil sorunlarda kullanılırsa faydalıdır.

**Avantajları:** Çalışılan saatlere ve ulaşılabilirliğine bağlı olarak birçok ailenin kullandığı ekonomik bir modeldir (13).

**5. EMZİRMENİN İZLEM PROGRAMI:** Emzirme tercihinin bağlı olmasına rağmen başarılı bir modeldir. Ancak diğer evde bakım programlarıyla desteklenmelidir.

Emzirme sorunu yaşayan, danışmanlığa ihtiyaç duyan ailelere hemşireler telefon, klinik ve ev ziyaretleri ile ulaşabilmektedir.

Bu programın maliyeti, programın ne kadar detaylı olduğuna bağlıdır. 45 dak. - 1 saatlik program veri toplama ve danışmanlığı kapsar. Amerika'da sağlık sigortaları bu programın ücretinin bir kısmını karşılamaktadır.

**Dezavantajları:** Eğer bu model ek programlarla desteklenmezse bebeklerini emzirmeyen annelere ulaşamaz.

**Avantajları:** Emzirme loğusanın evde bakımındaki en önemli konudur. Her evde bakım programı laktasyon konusuna önem vermeli ve aileler bu konuda eğitilmelidir (13).

**6. DESTEK GRUPLARI:** Bu gruplar ailelerin duygu ve deneyimlerini paylaşma isteklerini karşılamak üzere kurulmuştur. Aileler hastaneye haftada 1 kez giderek bu gruplara katılırlar.

Bu program çalışan hemşirelerin maaşları dışında küçük harcamalar gerektirir.

**Dezavantajları:** Destek grupları diğer evde bakım programlarıyla birlikte uygulanmak zorundadır.

**Avantajları:** Diğer programlara göre çok ekonomiktir (13).

#### KAYNAKLAR

1. Ansan K: Propedötik Kadın-Doğum. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1997; 485-499.
2. Bobak IM, Jensen MD: Essentials of Maternity Nursing. St. Louis: Mosby Company, 1991; 549-611.
3. Coşkun A, Ekizler H, İnanç N, Karanisoğlu K, Kömürçü N ve ark.: Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Editör: Coşkun A, İstanbul: Vehmi Koç Vakfı Yayınları, No: 11, 104-125, 1996.
4. Coşkun A, Karanisoğlu H: Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 566, 360-386, 1992.
5. Kişniçi HA- Gökşin E, Durukan T, Üstay K, Ayhan A ve ark.: Temel Kadın Doğum Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Güneş Kitabevi, 290-301, 1996.
6. Royston E, Armstrong S: Preventing Maternal Deaths. Geneva: World Organization, 177-183, 1989.
7. Ersoy M: Loğusalık Döneminde Annenin Yaşadığı Duygusal Dalgalanımlar ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 11-17, 1993.
8. Taşkın L: Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 351-361, 1997.
9. Balkan GE: Population Issues In The World and In Turkey. Editör: Akın A, Ankara: United Nations Population Fund, 1-9, 1995.
10. Müller ME: Prenatal and Postnatal Attachment: A Modest Correlation. JOGNN, 1995; 25: 2, 161-165.
11. Evans JC: Postpartum Care is Crucial. Safe Motherhood, 13: 4-7, Nov. 1990- Febr. 1994.
12. Tahak G, Aker N: Annelerin Doğum Sonu Dönemde Kendi Bakımları İçin ve Bebek Bakımlarıyla İlgili Karşılaştıkları Sorunlar ve Bu Sorunlara Yönelik Uygulamalar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1995; 2: 1, 37-49.
13. Evans JC: Postpartum Home Care in The United States. JOGNN, 1995; 24: 2, 180-186.
14. Gupton A, Mac Kay M: The Canadian Perspective on Postpartum Home Care. JOGNN, 1995; 24: 2, 173-179, Febr.
15. Keppler BN: Postpartum Care Center, Follow-up Care in a Hospitalbased Clinic. JOGNN, 1995; 24: 1, 9-12, Jan.
16. Williams LR, Cooper KM: A New Paradigm For Postpartum Care. JOGNN, 1996; 25: 9, 25-31, Nov-Dec.
17. Williams, L., R., Cooper, K., M.: Nurse Managed Postpartum Care, JOGNN, 1993; 22: 1, February.
18. Gencalp NS: Erken Taburculuk ve Evde Bakım. II. Ulusal Perinatoloji Hemşireliği Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu, Antalya, 1-4, 1998.
19. Yıldırım G, Gökyıldız Ş: Evde Loğusa Bakımı. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, Perinatoloji Hemşireliği - A Dersi, Yayınlanmamış Ders Notları, 1-13, İstanbul, 1999.
20. Reedr SJ, Mastroianni L, Martin LL: Maternity Nursing. Philadelphia. J.B. Lippincott Company, 407-439, 1983.