



T.C

MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SEZARYEN AMELİYATI SONRASI ORAL SIVI ALIMINA  
ERKEN BAŞLANILMASININ VE ERKEN MOBİLİZASYONUN  
GAZ ÇIKIŞINA ETKİSİ**

MELİHA BAŞ

EBELİK ANABİLİMDALI

İSTANBUL-2021

## TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi  
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ( )  
Anabilim Dalı : Ebelik  
Tez Sahibi : Meliha BAŞ  
Tez Başlığı : Sezeryan Ameliyatı Sonrası Oral Sıvı Alımına Erken Başlanılmasının ve Erken Mobilizasyonun Gaz Çıkışına Etkisi  
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Yerleşkesi  
Sınav Tarihi : 06.08.2021

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

### Danışman

### Kurumu

### İmza

Dr.Öğr. Üyesi Asiye KOCATÜRK İstanbul Medipol Üniversitesi

### Sınav Jüri Üyeleri

Dr.Öğr. Üyesi Nuran AYDIN ATEŞ İstanbul Medipol Üniversitesi

Doç.Dr. Ayşe KARAKOÇ Marmara Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../...../ ..... tarih ve ...../..... - ..... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür V.**

## ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Meliha BAŞ

## TEŞEKKÜR

Tez çalışma dönemimde yoğun çalışmalarına rağmen tüm lisansüstü eğitim dönemimde gerek bilimsel olsun gerek duygusal olsun yardımcı olan, her çıkmaza düştüğümde destekleyici katkılarından dolayı tez danışmanım **Dr. Öğr. Üye. Asiye AYAR KOCATÜRK' e,**

Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde beraber çalıştığım tüm **ebe, hemşire ve hekimlere katkılarından dolayı,**

Tez çalışma dönemimde çok büyük destekçim olan ve klinikte beraber çalıştığım **Ebe Sema AKER' e,**

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm **değerli hastalarım,**

Tüm yaşantım boyunca desteğini bir gün bile esirgemeyen **annem, babam, kardeşim, anneannem, dedem, teyzem ve dayıma** teşekkür ediyorum.

## İÇİNDEKİLER

<b>TEZ ONAYI FORMU</b> .....	i
<b>ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI</b> .....	ii
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	iii
<b>KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	vii
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	viii
<b>TABLOLAR LİSTESİ</b> .....	ix
<b>1. ÖZET</b> .....	1
<b>2. ABSTRACT</b> .....	2
<b>3. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	3
3.1 Problemin Tanımı ve Önemi .....	3
3.2 Araştırmanın Amacı .....	5
3.3 Araştırmanın Hipotezleri .....	5
<b>4. GENEL BİLGİLER</b> .....	6
4.1 Normal Doğum .....	6
4.2 Sezaryen .....	6
4.2.1 Sezaryen doğum sıklığı .....	7
4.2.2 Sezaryen doğumun artışıındaki nedenler .....	7
4.2.3 Sezaryen doğumun komplikasyonları .....	8
4.2.4 Sezaryenla doğum sonrası ebelik/hemşirelik yaklaşımı .....	9
4.2.5 Sezaryen doğumda kullanılan anestezi çeşitleri .....	9
4.2.5.1 <i>Genel anestezi</i> .....	9
4.2.5.2 <i>Spinal anestezi</i> .....	10
4.3 Gastrointestinal Sistem .....	11

4.4 Gastrointestinal Sistem Fonksiyonlarını Etkileyen Faktörler.....	15
4.5 Gastrointestinal Sistem Fonksiyonunun Erken Başlatılabilmesi İçin Uygulanan Yöntemler .....	17
4.5.1 Abdominal masaj uygulaması .....	17
4.5.2 Hastayı bilgilendirme .....	17
4.5.3 Sakız çiğneme .....	18
4.5.4 Erken oral sıvı alımı .....	19
4.5.5 Erken mobilizasyon .....	19
<b>5. MATERYAL VE METOT</b> .....	<b>21</b>
5.1 Araştırmanın Tipi .....	21
5.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler .....	21
5.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	22
5.4 Veri Toplama Araçları .....	23
5.4.1. Hasta tanılama formu .....	23
5.4.2. Sezaryen ameliyatı sonrası müdahale ve kontrol grubu hasta takip formu.....	23
5.5 Ön Uygulama .....	23
5.6 Araştırmanın Uygulaması .....	23
5.7 Araştırmanın Etik Boyutu .....	24
5.8 Uygulama Akış Şeması .....	25
5.9 Araştırmanın Sınırlılıkları .....	25
5.10 Verilerin Değerlendirilmesi .....	25
<b>6. BULGULAR</b> .....	<b>27</b>
<b>7. TARTIŞMA</b> .....	<b>35</b>
<b>8. SONUÇ ve ÖNERİLER</b> .....	<b>39</b>
<b>9. KAYNAKLAR</b> .....	<b>40</b>

<b>10. EKLER</b> .....	52
<b>Ek 1.</b> Hasta Tanılama Formu .....	52
<b>Ek 2.</b> Sezaryen Ameliyatı Sonrası Müdahale Grubu Hasta Takip Formu .....	54
<b>Ek 3.</b> Sezaryen Ameliyatı Sonrası Kontrol Grubu Hasta Takip Formu .....	55
<b>Ek 4.</b> Müdahale ve Kontrol Grubu Gönüllü Onam Formu .....	56
<b>Ek 5.</b> Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi İçin İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İzni .....	58
<b>11. ETİK KURUL ONAYI</b> .....	59
<b>12. ÖZGEÇMİŞ</b> .....	62



## KISALTMALAR

<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>ESS</b>	Enterik sinir sistemi
<b>GİS</b>	Gastrointestinal Sistem
<b>Gİ</b>	Gastrointestinal
<b>SSS</b>	Santral Sinir Sistemi





## ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1. Gastrointestinal Sistem Anatomisi .....	13
Şekil 2. Abdominal Masaj Uygulaması .....	17



## TABLolar LİSTESİ

Sayfa

<b>Tablo 6.1</b> Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı .....	27
<b>Tablo 6.2</b> Doğum Öncesi Bağırsak Alışkanlıklarının Dağılımı .....	29
<b>Tablo 6.3</b> Sezaryen Sonrası Yaşanan Sorunların Dağılımı .....	29
<b>Tablo 6.4</b> Kontrol ve Müdahale Grubuna Göre İlk Gaz Çıkış Süresine İlişkin Bulgular.....	31
<b>Tablo 6.5</b> Tanımlayıcı Özelliklerin Gaz Çıkarma Sürelerine Etkilerinin Dağılımı.....	32



## 1. ÖZET

### SEZARYEN AMELİYATI SONRASI ORAL SIVI ALIMINA ERKEN BAŞLANILMASININ VE ERKEN MOBİLİZASYONUN GAZ ÇIKIŞINA ETKİSİ

Sezaryen; normal doğum sırasında meydana gelebilecek anne ve bebek kayıplarını önlemek için yapılan cerrahi bir işlemdir. Sezaryen ameliyatı sonrası normal kabul edilen zayıflamış bağırsak motilitesini erken başlatabilmek iyileşme sürecinde önemli rol oynamaktadır. Bu araştırma; erken oral beslenmenin ve erken mobilizasyonun sezaryen sonrası gaz çıkışına etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel araştırma şeklinde yapılmıştır. Çalışma Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesinde 01/01/2021- 31/05/2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmaya 4. saatte oral beslenmeye başlayan ve mobilize edilen 40 müdahale grubu, 6. saatte oral beslenmeye başlayan ve mobilize edilen 40 kontrol grubu olmak üzere toplam 80 kadın katılmıştır. Veriler literatür doğrultusunda oluşturulan ‘Hasta Tanılama Formu’ ve ‘Sezaryen Ameliyatı Sonrası Müdahale ve Kontrol Grubu Hasta Takip Formu’ ile toplanmıştır. İstatistiksel analizler yapılırken Fischers’ Exact test, Chi-square test, Independent t test, one way ANOVA ve Kolmogorov-Smirnov testleri kullanılmış ve istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p<0,05$  olarak kabul edilmiştir. Müdahale grubunda ortalama gaz çıkarma süresi 16,48 saat iken, kontrol grubunda bu süre 23,65 saat olarak hesaplanmıştır. İstatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p=0,012$ ,  $p<0,05$ ). Araştırma da 18-35 yaş grubunda olan kadınlar anlamlı şekilde kısa sürede gaz çıkarırken 35 yaş üzeridekilerde fark anlamlı bulunmamıştır. Kronik hastalığı ve ilaç kullanımı olmayan kadınlar daha kısa sürede gaz çıkarırken kronik hastalığı ve ilaç kullanımı olanlarda anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Sonuç olarak sezaryen sonrası oral sıvı alımını erken alan ve erken mobilize olan müdahale grubunda, kontrol grubuna göre gaz çıkışı süresi anlamlı şekilde daha kısa bulunmuştur. Bu sonuçtan yola çıkarak sezaryen sonrası oral sıvı alımının erken başlatılması ve erken mobilizasyon yönteminin kullanılması önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Ebelik, Erken Mobilizasyon, Erken Oral Sıvı Alımı, Gaz Çıkışı, Sezaryen

## 2. ABSTRACT

### **THE EFFECT OF EARLY EDUCATION AND EARLY MOBILIZATION ON GAS OUTPUT ON ORAL FLUID TAKING AFTER CESARIAN SURGERY**

Caesarean section; It is a surgical procedure performed to prevent maternal and infant losses that may occur during normal delivery. Early initiation of weakened intestinal motility, which is considered normal after cesarean section, plays an important role in the healing process. This research; A randomized controlled experimental study was conducted to determine the effect of early oral feeding and early mobilization on post-cesarean gas output. Study Prof. Dr. It was carried out in Süleyman Yalçın City Hospital between 01/01/2021- 31/05/2021. A total of 80 women participated in the study, including 40 intervention groups who started oral feeding at the 4th hour and were mobilized, and 40 control groups who started oral feeding at the 6th hour and were mobilized. The data were collected with the 'Patient Diagnosis Form' and 'Post Cesarean Section Intervention and Control Group Patient Follow-up Form' created in line with the literature. Fischers' Exact test, Chi-square test, Independent t test, one-way ANOVA and Kolmogorov-Smirnov tests were used for statistical analysis and the statistical significance level was accepted as  $p < 0.05$ . While the average gas removal time was 16.48 hours in the intervention group, this time was calculated as 23.65 hours in the control group. It was found statistically significant ( $p = 0.012$ ,  $p < 0.05$ ). In the study, while women in the 18-35 age group were able to pass gas in a short time, the difference was not significant in those over 35 years old. While women without chronic disease and drug use pass gas in a shorter time, no significant difference was found in those with chronic disease and drug use. As a result, the gas output time was found to be significantly shorter in the intervention group, which received oral fluid intake early after cesarean section and was mobilized early, compared to the control group. Based on this result, it can be recommended to start oral fluid intake early after cesarean section and to use early mobilization method.

**Keywords:** Cesarean Section, Early Mobilization, Early Oral Fluid Intake, Gas Exit, Midwifery

### 3. GİRİŞ

#### 3.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Gebelik ve doğum kadın yaşamının en önemli dönemlerinden biridir (1). Fizyolojik bir durum olarak kabul edilen gebeliğin, sağlıklı başlaması ve devam etmesi kadar sağlıklı sonlanması da önemlidir (2). Maternal ve fetal takibin yakından değerlendirilmesi, bu süreçte doğum şeklinin belirlenmesi için gereklidir (12).

Kadın fizyolojisine en uygun doğum şekli normal vajinal doğumdur. Bu doğum şekli çok uzun yıllar boyunca kullanılan bir doğum yöntemidir (12,13). Normal doğum anne ve bebek açısından tercih edilen doğum şekli olmasına rağmen bazen risk oluşturabilir. Vajinal yolla doğumun mümkün olmadığı, fetüs ve anne için risk oluşturan durumlar; plasenta previa, ablasio plasenta, baş pelvis uyumsuzluğu, prezentasyon ve pozisyon bozukluğu, aşırı kanama, plasental yetersizlik, uterus disfonksiyonu, maternal sistemik hastalıklar, preeklampsi, herpes genitalis, erken membran rüptürü, oligohidroamnios, fetal makrozomi, fetal konjenital malformasyonlar, kronik fetal distress, kordon sarkması, daha önceden geçirilmiş sezaryen öyküsü sezaryen endikasyonu olabilmektedir (3,14,15,16).

Sezaryen doğum, antik çağlardan günümüze kadar olan pek çok eski toplumların mitlerinde de bahsedilen cerrahi bir işlemdir (24). Sezaryen terimi obstetride ilk kullanımı on yedinci yüzyıla aittir. Eski zamanlarda uygulanan bu yöntem ile annelerin mortalite oranı %100 idi. Yalnızca kadın öldüğünde veya fetüsü kurtarmak için yapılan bir girişimdi. On dokuzuncu yüzyıldan itibaren cerrahideki ve anesteziyeledeki gelişmeler mortalite ve morbidite oranını düşürmüştür (25,26).

Sezaryen; normal doğum sırasında meydana gelebilecek anne ve bebek kayıplarını önlemek için, bazen de elektif olarak tercih edilen abdominal cerrahi bir doğum şekli olarak seçilmektedir (2,4,17). Sezaryen, süreç içerisinde riskler meydana geldiğinde hayat kurtarıcı bir yöntemdir (3). Hayat kurtarıcı yöntem olarak kullanılmasının dışında, kişinin ya da doktorun kendi isteğiyle tercih ettiği alternatif bir yöntem olarak da kullanılmaktadır (5,8).

Güvenilir bir ameliyat şekli olmasına rağmen sezaryen ameliyatları, normal doğumla karşılaştırıldığında fetal ve maternal sağlık açısından riskler taşımaktadır. Her ne

kadar tıbbi ilerlemeler, cerrahi gelişmeler olsa da morbidite ve mortalite oranı daha fazladır (9,10,11). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tüm doğumlar içinde sezaryeni %15 önermesine rağmen, ülkemizde ve dünyada sık yapılan cerrahi girişimler arasındadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)' dan aktarılan 2018 verilerine göre ülkemizde sezaryen doğumlar %52'ye kadar yükselmiştir (6,7,99). Sezaryen doğumlarındaki bu yükseliş daha yüksek mortalite ve morbidite oranı ile ilişkilendirilmekle beraber daha sonraki doğumlarda bakım oranını artırarak maliyeti de artırmaktadır (18).

Sezaryen anne ve bebek için hayat kurtarıcı bir cerrahi girişim olması ile beraber cerrahi girişime ve anesteziye bağlı birçok riski de beraberinde oluşturmaktadır (18). Sezaryen doğumda oluşan riskler genellikle anesteziyle ilgilidir. Gastrointestinal sistemde oluşturduğu sorunlar; bulantı, kusma, bağırsak hareketlerinde azalma ve postoperatif ileus gibi sorunlardır (9). Sezaryen ameliyatı sonrasında normal kabul edilen bir süreç olsa da, zayıflamış bağırsak motilitesini erken başlatabilmek iyileşme sürecinde önemli olmaktadır. Erken mobilizasyon, sakız çiğneme, abdominal masaj uygulaması, erken oral beslenme, ayağa sıcak su banyosu bağırsak motilitesini erken başlatmak için uygulanan başlıca yöntemlerdendir (4,5,9).

Sezaryen sonrası oral alıma ve mobilizasyona geç başlanması bağırsak motilitesinin geri dönmesinin yavaş olmasına, gaz ve gaita çıkışının daha uzun sürede olmasına neden olabilmektedir. Bu süreç iyileşme sürecini yavaşlatmakta ve taburculuk süresini uzatmaktadır (106).

Ülkemizde, genel anestezi ile sezaryen ameliyatı sonrası erken oral beslenmenin ve erken mobilizasyonun gaz çıkışına etkisine ilişkin yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Araştırma; sezaryen ameliyatı olan kadınlarda, ameliyat sonrası dönemde GİS sorunlarının önemli olması nedeniyle bu sorunlara çözüm getirecek bilimsel çalışmalara ihtiyaç duyulması ve yapılacak diğer çalışmalara destek vermek amacı ile planlanmıştır.

### **3.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma; genel anestezi altında sezaryen olan gebelerde erken oral beslenmenin ve erken mobilizasyonun sezaryen sonrası gaz çıkışına etkisini belirlemek ve literatüre katkıda bulunmak amacıyla yapıldı.

### **3.3. Araştırmanın Hipotezleri**

H0: Sezaryen ameliyatı sonrası erken oral sıvı alan ve erken mobilizasyonu sağlanan grupta gaz çıkışının erken başlama zamanı açısından fark yoktur.



## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. Normal Doğum

Doğum, düzenli uterus kontraksiyonlarının başlamasından plasentanın çıkışına kadar geçen periyottur. Bu dönem sorun olmadan normal olarak tamamlanırsa eylem (labor) olarak adlandırılır. Bu kelime '*New Shorter Oxford İngilizce Sözlüğü* (1993)'ne göre emek sarfetme, huzursuzluk, acı çekme, bedensel güç harcama gibi anlamlar' ifade etmektedir. Doğum eylemi; son menstrual siklustan 40 hafta sonra, fetüs ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı bir süreçtir (19,20).

Doğum eylemi çok özel bir durum olup özellikle anne ve baba adayları için, hayatlarındaki en güzel deneyimlerden birini oluşturur. Bu sürecin sağlıklı tamamlanabilmesi için doğum şekline karar verebilmek en az doğum eylemi kadar önem oluşturmaktadır. Milyonlarca yıldır kullanılan doğum şekli normal vajinal doğumdur. Kadın fizyolojisi ve anatomik yapısı genellikle bu doğum şekli için uygundur (4,21).

Normal vajinal doğumun anne ve bebeğin sağlığı için risk oluşturduğu durumlarda vajinal doğum yerine müdahaleli doğum uygulanmaktadır. Müdahaleli doğum; epizyotomi, forseps uygulaması, vakum ekstrasyonu ve sezaryen olmak üzere farklı uygulamaları içermektedir (9).

### 4.2. Sezaryen

Sezaryen doğum, abdominal ve uterus duvarlarının insizyonu ile fetüs ve eklerinin doğumu olarak tanımlanmaktadır. Sezaryen, dünyada birçok ülkede olduğu gibi bizim ülkemizde de en sık yapılan cerrahi girişimler arasında yer almaktadır. Sezaryen gebelik ve doğum eylemi sırasında belirli komplikasyonlar meydana geldiği zaman hayat kurtarıcı bir yöntem olmaktadır. Ancak sezaryen işleminin gerekli olmadan yapıldığı durumlarda, sezaryen doğum şeklinin anne veya bebeğe faydalarını gösteren bir kanıt rastlanılmamaktadır (22,23).



#### 4.2.1. Sezaryen doğum sıklığı

Sezaryen, Türkiye ve dünyada en sık yapılan cerrahi girişimlerden biridir. İdeal sezaryen oranını uluslararası sağlık toplumu 1985'ten beri tüm doğumlar içerisinde %10-15 olması gerektiğini vurgulamaktadır. Günümüze baktığımızda ise sezaryen doğum oranı orta ve yüksek gelirli ülkeler başta olmak üzere dünya genelinde hızla artmaktadır (27,28,98,100).

DSÖ sezaryen oranlarını %10-15 olarak önermektedir. DSÖ tarafından yapılan sistematik incelemeye bakıldığında, bir toplumda %10-15'e kadar olan sezaryen hızlarında, anne, yenidoğan ve bebek ölüm sayılarının azaldığı bulgularına ulaşılmaktadır. Bu oranın üstündeki sezaryen doğumların mortalitedeki azalmayla ilişkisi bulunmamıştır. Dünya Sağlık Örgütü 2015 verilerine göre bazı ülkelerin sezaryen oranları; Amerika Birleşik Devletleri'nde %33, İtalya'da %38, Brezilya'da %56, Meksika'da %46, İsviçre'de %33, Almanya'da %32'dir. Bu oranlara bakıldığında sezaryen oranları önerilen oranın oldukça üstündedir (4,23).

Ülkemizde ise sezaryen oranları her beş yılda bir yayınlanan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) verilerine göre belirlenmektedir. TNSA verilerine göre sezaryen oranları 2008 yılında %37, 2013 yılında %48 ve 2018 yılında %52 olarak bildirilmiştir (7).

#### 4.2.2. Sezaryen doğumun artışıdaki nedenler

Sezaryen doğumun artışıdaki tıbbi ve tıbbi olmayan nedenleri şöyle sıralayabiliriz:

- Fetüs %90 baş pozisyonuyla doğum kanalına angaje olur. Bazen ise makat prezentasyon ile yerleşir. Bu durumda tercih edilen doğum şekli ise genellikle sezaryen olmaktadır (29).
- İleri anne yaşı,
- Plasental anomaliler,
- Maternal ve fetal hastalıklar,
- Nulliparite,
- Obezitenin artması,
- Kadınların doğum eylemi ve doğum ağrısı ile ilgili korkuları,

- Vajinal doğum sonrası epizyo kesisine bağlı genital değişiklikler ile ilgili endişe duymalar,
- Bebek için sezaryen doğumun daha güvenli olduğuna dair yanlış sezaryen nedenleri arasında yer almaktadır (30,31,32).
- Elektronik fetal monitorizasyonun günümüzde yaygın kullanımı artan sezaryen oranı ile ilişkili bulunmaktadır.
- Daha önceki doğumun sezaryen olması diğer gebeliklerinde sezaryen doğumla sonlanmasına neden olmaktadır (29,31).

#### **4.2.3. Sezaryen doğumun komplikasyonları**

Doğru ve zamanında tıbbi endikasyonu alan, uygun şekilde gerçekleştirilen sezaryen hayat kurtaran bir cerrahi işlem olmaktadır (33). Sezaryen operasyonu beraberinde hem intraoperatif hem de postoperatif dönemde komplikasyon riski taşımaktadır. Yapılan çalışmalarda postoperatif dönemde en yaygın görülen komplikasyon yapışmalardır. Doğum sonrası tromboembolik komplikasyonlar oluşturabilmektedir. Bir sonraki gebelikte uterus rüptürü, plasenta yerleşim anomalileri gibi riskleri taşımaktadır. İntraoperatif dönemde görülen komplikasyon ise kanama, enfeksiyon, anestezi riskleri organ yaralanmaları, kan transfüzyon ihtiyacının artması olabilmektedir (15,34).

Sezaryen işlemi sırasında veya sonrasında yeni doğana yönelik komplikasyonlarda meydana gelebilir. Bunlar ise; neonatal morbidite, bebekte yaralanma, neonatal respiratuar distres sendromu şeklinde ifade edilebilir. Sezaryendan sonra annenin anesteziden uyanması, ağrılarının fazla olması anne ve bebek iletişimini olumsuz etkileyebilmekte ve geç emzirme oranını yükseltebilmektedir (35,36).

Sezaryen ameliyatı sonrası, kadının günlük yaşam eylemlerini ve birçok yaşamsal fonksiyonunu yerine getirmesine engel olan komplikasyonlarda meydana gelmektedir (5). Bunlar; insizyon bölgesinde ağrı, yorgunluk, narkotik analjezilere bağlı gaz ve şişkinlik, geç mobilizasyona bağlı hareketlerde kısıtlılık, uykusuzluk, stres olabilmektedir (37,38,39).

#### **4.2.4. Sezaryen ile doğum sonrası ebelik/hemşirelik yaklaşımı**

Ebelik/ Hemşirelik bakımı doğum öncesi, doğum ve doğum sonu dönemde maternal ve fetal sağlığın korunmasında önem taşımaktadır. Doğum sonu dönemde de meydana gelebilecek komplikasyonlar iyi bir izlem ve bakım ile erken tanı alabilir ve şikayetler en aza indirilebilir. Bakım ve izlemde ebelik/ hemşirelik yaklaşımları şu şekilde sıralanabilir (38,43);

- Ameliyat sonrası ağrının niteliğinin belirlenmesi ve ona uygun ağrı yönetiminin sağlanması gereklidir (40).
- Vital bulgular takip edilmelidir (5).
- İnsizyon bölgesi takip edilmeli ve bakımı hijyenik bir şekilde sağlanmalıdır (5).
- Sıvı-elektrolit dengesi sağlanmalıdır (5,41).
- Mobilizasyon gerçekleştirilmeli ve kadın bu konuda cesaretlendirilmelidir (42).
- Uterus involusyonu ve kanama değerlendirilmelidir (5,41).
- Ameliyat sonrası idrar çıkışı takibi yapılmalıdır (5).
- Sezaryen sonrası oluşabilecek enfeksiyon (endometrit, yara yeri enfeksiyonu vb.) durumları takip edilmelidir (5,41).
- Bağırsak hareketlerine göre diyet düzenlenmesini sağlamak gereklidir.
- Doğum sonu riskler konusunda kadına eğitim verilmelidir.
- Emzirme mümkün olduğu kadar erken başlatılmalıdır (5).
- Doğum sonu geç dönemde jinekolojik kontroller ve cinsel sağlık için değerlendirilmeler yapılmalıdır (5,44).

#### **4.2.5. Sezaryen doğumda kullanılan anestezi çeşitleri**

##### **4.2.5.1. Genel anestezi**

Gebede vajinal doğum planlanırken acil bir durum (fetal distres, kordon sarkması, plasenta previa, kol geliş) gerçekleşmesi halinde ve rejyonel anestezi uygulamanın mümkün olmadığı durumlarda (koagülopati, enfeksiyon, kanama vb.) tercih edilen anestezi şekli genel anestezidir (46,48). Aynı zamanda genel anestezi makat

prezentasyonu, transvers geliş ve çoğul gebeliklerde, gerekli ve yeterli uterus gevşekliğini sağlaması nedeniyle de tercih edilmektedir (46,47).

Genel anestezi sırasında birtakım komplikasyonlar gelişebilir. Verilen kas gevşeticiler nedeniyle alt ve üst özefagus sfinkter tonuslarının azalması ve koruyucu reflekslerin bozulması nedeniyle gastrik içeriğin farenkse geri gelmesine neden olur. Genel anestezi sırasında maternal morbidite ve mortalitenin en sık sebebi gastrik içeriğin aspirasyonudur. Kullanılan ilaçlar sempatik sinir sisteminin aktivasyonu ile gastrointestinal peristaltizmini inhibe edip buna bağlı postoperatif ileus riskini artırabilir. Genel anestezi altında maternal hiperventilasyon, özellikle zor entübasyon, anesteziik maddelere bağlı neonatal depresyon ve uterus atonisi de meydana gelebilecek komplikasyonlardandır (46,49).

Genel anestezinin sezaryenda avantajları ise; hızlı indüksiyon sağlaması, hipotansiyona ve kardiyovasküler depresyona daha az sebep olması, hava yolu ve solunumun kontrolünü daha iyi sağlamasıdır (50).

#### **4.2.5.2. Spinal anestezi**

Spinal anestezi, 'lokal anesteziğin beyin omurilik sıvısı (BOS) içine enjeksiyonu ile sinir iletiminin geçici olarak durdurulması olarak' ifade edilir. BOS'a ulaşan anesteziik ajan hem spinal kordu, hem de periferik sinir köklerini etkilemektedir. Böylece duyu ve motor blok oluşur. Spinal sinir köklerindeki otonomik iletimin kesilmesi de sempatik bloğa neden olur. Az miktarda lokal anestezi ile vücudun alt kısmında bulunan tüm duyuvar bloke edilmiş olur. Ağrılı uyarıların ortadan kalkması ile ameliyat için uygun koşullar sağlanmış olur. Son yıllarda sezaryen de tercih edilen anestezi şekli olmuştur (46,51).

Spinal anestezi ile ilgili endişe sempatik bloğa neden olmasıdır. Doğum öncesi en sık görülen komplikasyonu yenidoğanı da etkileyen maternal hipotansiyona neden olmasıdır. Genel anesteziye göre spinal anestezinin, düşük oranda maternal mortaliteye neden olması, hastanın bilincinin açık olması, aspirasyon riski taşınamaması, neonatal solunum depresyonu yapmamasından dolayı daha çok tercih edilen anestezi şekli olarak görülmektedir. Bazı araştırmacılara göre 'bir

kontrendikasyon olmadığı sürece elektif sezaryen ameliyatları için genel anestezi uygulanmasının “kabul edilemez” olduğunu’ savunmaktadır (46,50).

### **4.3. Gastrointestinal Sistem**

Gastrointestinal sistem (GİS) ağızdan anüse kadar (ağız, dil, dişler, farenks, özefagus, mide, ince bağırsak, kalın bağırsak) tükürük bezleri, pankreas ve karaciğer ile birlikte çalışan içi boş bir lümeninden oluşur (52,53). Gastrointestinal sistemin temel işlevi, besin maddelerini, sıvı ve elektrolitleri kan yoluyla hücrelere aktarabilecek şekle dönüştürmektir (56). Gastrointestinal sistem; alınan besinlerin sindirim kanalı boyunca ilerlemesine yardımcı olup sindirim salgıları ile büyük moleküllerin daha küçük yapı taşlarına parçalanmasına, emilmesine ve elimine olmasını sağlar. Bu görevlerin organize bir şekilde yerine getirebilmesi için birçok kontrol mekanizmaları bulunmaktadır. Kontrol mekanizmalarının başlıcaları ise endokrin, parakrin ve nöral sistemlerden oluşur (54,55).

Sindirim Sistemini Oluşturan Yapılar: Üst gastrointestinal sistem ağız ile başlar. Ağız boşluğu önde dudaklar, altta ağız tabanı, üstte damak, yanlarda yanaklar, dil ve dişlerden oluşan anatomik bir yapıdır. Submandibular ve sublingual ve parotis bezi olmak üzere üç çeşit salgı bezinden oluşmuştur. Bu bezlerin çalışmasını paramempatik sistem arttırmakta sempatik sistem ise azaltmaktadır. Ağız, kimyasal ve mekanik sindirimin ilk yeri olarak görev yapar (57). Çiğneme ya da mastikasyon eylemi besinleri küçük parçalara ayırır ve tükürük bezlerinden salgılanan tükürük sıvısı, besinleri nemlendirip sonrasında besini yıkıma uğratar (59).

Dil yarı katı haldeki besinleri boğazın arkasına doğru iter. Buradan geçerken besinler trigeminal ve glossofarengal sinirlerini uyararak medulladaki yutma merkezine bilgi gönderir. Yutma merkezinden sonra kranial sinirler besinlerin ağızdan özefagus ve mideye doğru hareketini koordine eder. Özefagus 25 cm uzunluğunda, toraksın orta hattında yer alan ve besinlerin mideye doğru iletimini sağlayan, çizgili ve düz kaslardan oluşan bir yapıdır. Özefagusun alt kısmı sfinkter sistemi ile besin mideye geldiğinde, besinin girmesi için gevşemektedir (55,59).

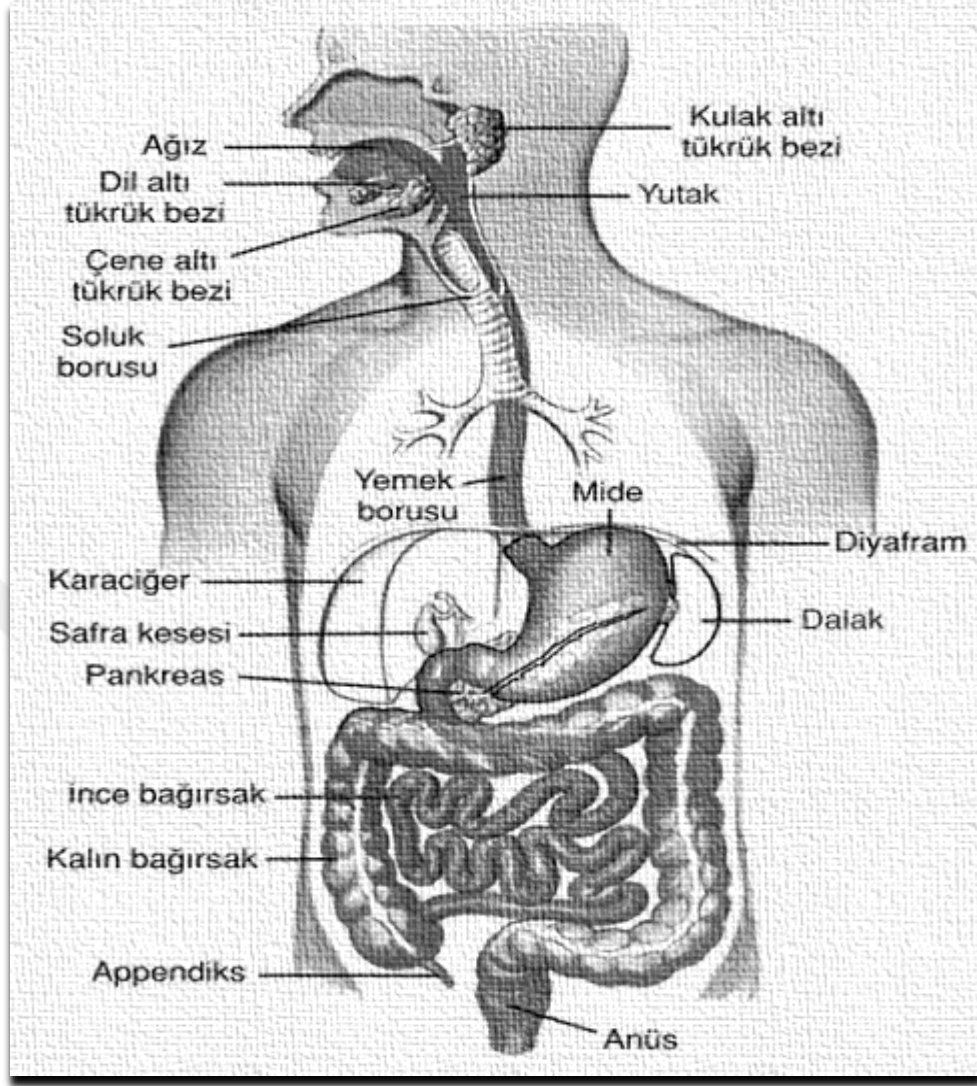
Mide diyafragmanın sol üzerinde, abdomenin sol üst bölgesinde yer alan sindirim kanalının en geniş bölümüdür (55,57). Mide üstte özefagus altta ise duodenum ile

birleşir. Mide besinlerin depolandığı, karıştırıldığı ve sindirildiği organdır. Özafagus ile birleştiği yerde kardiak (özafagial sfinkter), duodenum ile birleştiği yerde ise pilorik sfinkter bulunur (57,60). Mide boş olduğunda mide duvarı daralır ve ruga adı verilen kıvrıklıkları oluşturur. Mide dolduğunda kıvrıklıklar açılır ve 2-4 litreyi alacak kadar esner. Mide içerisindeki hidroklorik asit ve enzimler yardımıyla besinler kimyasal olarak sindirilir ve sonrasında peristaltik çalkalanma ile besinler mekanik olarak sindirilir. Burada oluşan besin karışımı kimus olarak adlandırılır. Kimus asidik özellikte olması nedeniyle sindirime yardımcı olur ve bakterileri yok eder (59).

Alt Gİ sistem ince bağırsak, kalın bağırsak ve anüsten oluşur. İnce bağırsak Gİ sisteminin en uzun kısmıdır. Yaklaşık 5-6 m uzunluğunda ve 4 cm çapında olup üç anatomik kısımdan oluşmuştur. Üst bölümüne duodenum, orta bölümüne jejunum ve alt bölümüne ise ileum denir. Duodenum 20-30 cm, jejunum 2-8 m ve ileum 4 m uzunluğundan oluşmaktadır. Bu uzunluk ince bağırsak sindirim eylemine devam ettiği sürece yeterli besin emilimine olanak sağlar. İnce bağırsaklar emilim alanını arttıran villus denilen yapılardan ve büyük yapıli besinleri daha sonra emilecek olan küçük yapılara parçalayan sindirim enzimlerinden oluşur. Bu küçük yapıli moleküller dolaşıma ve lenfatik sisteme iletilir. İnce bağırsak çekum denilen bir kesede sonlanır (55,59).

İnce bağırsaklar ileoçekal sfinkter ile kalın bağırsaklara açılır. İleoçekal sfinkter kalın bağırsaktaki içeriğın geçişini kontrol eder ve bakterilerin ince bağırsağa geçmesini engeller. Kalın bağırsak ortalama 1,5 m uzunluğundadır ve villus içermez. Kolon kalın bağırsağın büyük bir kısmını oluşturur. Kalın bağırsaklar mukus üretimi, iyon taşınması, vitamin ve suyun emilimi, B1, B2, B12 ve K vitaminleri sentezinde görevlidir. Kolon boyunca hareket eden kimüs feçes olarak adlandırılır. Feçes sindirilmeyen ve emilmeyen besin atıklarını içermektedir. Rektum anüsle sonlanır ve kas yapısında olan internal ve eksternal sfinkterler anal çıkışı kontrol eder.

Anüs internal ve eksternal olmak üzere iki sfinkterden oluşur. Kalın bağırsaktaki feçes rektumdan anüse doğru ilerletilir, rektal duvardaki gerilim reseptörleri uyarılarak rektum genişler ve defekasyon gerçekleşir (55,59).



Şekil 1 Gastrointestinal Sistem Anatomisi (93)

Gastrointestinal Sistemin Kontrolü: Gastrointestinal sistem iki ağ ile inerve olmaktadır. Bunlar intrinsek inervasyonu sağlayan enterik sinir sistemi ve ekstrinsek inervasyonu sağlayan otonom sinir sistemidir. ESS, özefagustan anüse kadar devam eder. GİS'in motilitesini, sirkülasyonunu, salgılarını, immün ve inflamatuvar sisteme yanıtlarını organize eder. ESS, merkezi sinir sisteminin mide ve bağırsak işlevini düzenleme ile ilgili ayrılmış bir parçasıdır. Bu sistem bağırsak hareketlerini de etkileyen merkezi sinir sistemine, parasempatik ve sempatik sinirlerle bağlıdır.

Parasempatik Sinir Sistemi: Bağırsakların parasempatik innervasyonunu sağlayan sinirler kranial ve sakral bölümlere ayrılmaktadır. Ağız ve farenksi inerve eden birkaç sinir dışında kranial parasempatikler vagus siniri içinde aktarılır.

Parasempatik sistemin uyarılması özafagus, mide, bağırsak duvarı ve intrinsek sinirsel reflekslerin etkinliğini çoğaltarak peristaltizm ve salgı aktivitesine sebep olur.

Sempatik Sinir Sistemi: Sempatik sistem parasempatik gibi ağız ve anüse yakın bölgelere dağılmak yerine tüm gastrointestinal kanalı innerve ederek norepinefrin salgılanmasını sağlar. Uyarılma şekli parasempatik sinir sisteminkinden farklıdır. Sempatik sinir sisteminde uyarılma durumu parasempatik sistemdeki gibi değildir. Sempatik sinir sisteminin uyarılması sonucu ile mide, bağırsak hareketleri ve gastrin sekresyonları azalır, sfinkterler uyarılır ve besinlerin hareketini durdurur (9,54,56).

Gaz oluşumu: Gaz gastrointestinal sistemde üç şekilde oluşur. Yutulan hava ile oluşan gaz, gastrointestinal kanal bakterilerinin aktiviteleri sonucu meydana gelen gaz ve kandan difüzyonla gastrointestinal kanala geçen gazdır.

Midedeki gazın sebebi çoğunlukla yutulan havanın içeriğinde bulunan nitrojen ve oksijen karışımından meydana gelen gazdır. Geğirme ile dışarı atılır. İnce bağırsakta ise az miktarda gaz bulunmakta olup çoğunlukla mideden bağırsaklara geçen havadan oluşur. Kalın bağırsaklarda oluşan gazın büyük bir kısmı ise karbondioksit, hidrojen, metan ve bakterilerin fonksiyonlarından kaynaklanmaktadır.

İntestinal kanalda açlık ve tokluk tablolarına bakıldığında toplam gaz volümü ortalama 200 ml' dir. Yetişkin bir birey rektal yolla 400-1200 ml/gün gaz çıkarır (flatus: aşırı yellenme).

Gaz volümünü etkileyen çeşitli etkenler vardır:

- Yenilen besinlerin cinsi,
- Ağızdan alınan havanın miktarı,
- Bağırsaktaki sindirim kapasitesi,
- Ruhsal stresin seviyesi,
- Bağırsaktaki bakteriyel floranın durumu,
- Geğirti ile dışarı atılabilen havanın miktarı,
- Kandan bağırsağa ya da bağırsaktan kana difüzyonla geçen gaz miktarı gaz volümünü etkilemektedir.



Gaita Oluşumu: İnce bağırsaklarda yarı sıvı yarı katı halde olan bağırsak içeriği kalın bağırsağın ilk bölümüne gelir. Burada bağırsak içeriğindeki su ve elektrolitler emilerek dışkıının normal yoğunluğu ortaya çıkmaya başlar. Oluşan bu katı kütleye gaita denir. Gaita sindirim sisteminin son ürünüdür. Su, sindirilmemiş gıdalar, safra pigmentleri, nitrojen ve yağ içerir. Günde ortalama 100-150 gr kadar gaita vücuttan atılır. Bir kişide haftada 3-12 kez defekasyon eylemi varsa normal kabul edilir (9,54).

#### **4.4. Gastrointestinal Sistem Fonksiyonlarını Etkileyen Faktörler**

Gastrointestinal sistem fonksiyonlarını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır.

Abdominal Ameliyatlar: Gastrointestinal sistemle ilgili görülen komplikasyonların çoğunluğu abdominal ameliyatlara ilişkilidir. Gastrointestinal sistem ile ilgili karşılaşılan sorunlar genellikle bulantı-kusma, abdominal distansiyon, gastrik dilatasyon ve paralitik ileusdur. Abdominal ve pelvik ameliyatlardan sonrası hem ameliyata bağlı hemde ameliyat sırasında kullanılan opioidler ve inhalasyon anesteziklerine bağlı bağırsak peristaltizmi azalabilmektedir. Peristaltizm de azalma 24 saat veya daha uzun sürebilir. Peristaltizmdeki bu azalma abdominal distansiyonun oluşmasına neden olmaktadır. Distansiyonun devam ettiği durumlarda ise paralitik ileus ve gastrik dilatasyon gibi daha riskli komplikasyonlar gelişebilir (9,62).

Peritoneal kaviteye girildiğinde ameliyat sonrası dönemde belli bir ölçüde paralitik ileus meydana gelir. Postoperatif ileus genellikle cerrahi stres yanıtının yol açtığı sempatik aktivitenin fazlaşması nedeni ile oluşur (9,63).

Sıvı Elektrolit Dengesizlikleri: GİS fonksiyonunu olumsuz etkileyebilen durumlardan biri de sıvı-elektrolit dengesinde meydana gelen durumlardır. Örneğin; hipovolemi hiponatremi, hiperkalsemi ve hipotasemi gibi sıvı elektrolit dengesizliklerinde abdominal distansiyon, karın ağrısı, konstipasyon, paralitik ileus, iştahsızlık, bulantı ve kusma oluşabilir (5).

Ağrı: Postoperatif dönemde ağrı, cerrahi işlemle başlayıp doku iyileşmesi ile sona eren ve ameliyat sonrası dönemde en çok şikayet edilen durumların başında gelen ağrı şeklidir (64). Ameliyat sonrası dönemdeki ağrı fizyolojik stres tepkisine yol

açarak sempatik sinir sistemini aktive eder. Aşırı aktive olan sempatik sinir sistemi gastrointestinal sistemin inhibasyonuna neden olur. Ağrıya yönelik uygulanan analjezi yöntemlerinin postoperatif dönemde gastrointestinal sisteme etkileri olumlu yönde değişebilmektedir. Örneğin epidural analjezi uygulandığı hastalarda artmış olan sempatik sistem aktivitesini durdurarak GİS teki yavaşlayan kan akışını olumlu yönde etkiler (4,65).

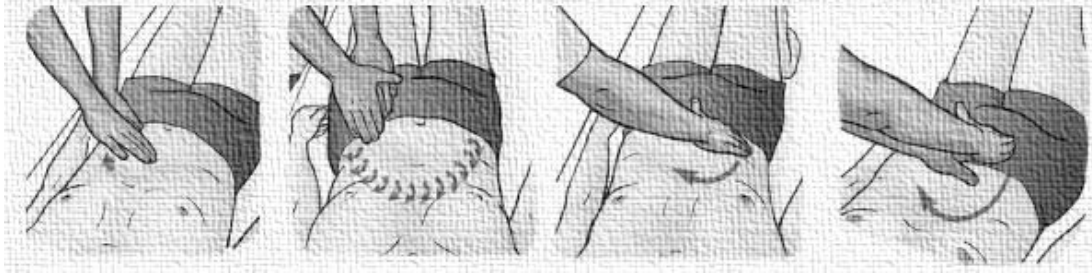
İlaçlar: Postoperatif ağrının giderilmesinde, ameliyat olan hastaların yüzde seksenine opioidler uygulanmaktadır (66). Gastrointestinal sisteme etki eden ilaçlardan biri opioidlerdir. Opioidler, mide boşalmasında gecikmeye sebep olur, aynı zamanda ince bağırsak ve kolon üzerinde genel bir baskılayıcı etkisi vardır. Bilinen yan etkilerine rağmen etkili bir analjezik olan opioidler çoğunlukla rutin olarak uygulanır. Opioidler çok etkili olmasına rağmen fazla sayıda yan etki ile ilişkilendirilmektedir. Bunlar; sersemlik ve uyuklama hali, baş dönmesi, konstipasyon, mide bulantısı ve kusma, solunum depresyonu, kaşıntı ve idrar retansiyonu gibi sorunlar olabilmektedir (67,68). Ağrı için kullanılan opioidlerin dışında diğer analjezikler midenin hareketliliğini ve HCL asit salgısını azaltmaktadır. Bu durum sonucunda mide boşalmasında gecikme olur. Bağırsaklarda da tonüs artmasına sebep olur ve peristaltik hareketleri inhibe eder. Bunun sonucunda konstipasyon meydana gelebilmektedir (5).

Bağırsak Alışkanlığı: Günde üç ile üç günde bir arasında değişen defekasyon sayısı normal kabul edilmektedir. Cerrahi girişim bağırsak boşaltımına etki eden önemli faktörlerden biridir. Ameliyat sonrası oluşan boşaltım aktivitesi ile ilgili sorunlar ameliyat öncesi dönemdeki bağırsak alışkanlığı ile bağlantısı olabilir. Seyrek dışkılama alışkanlığı olan kişilerde gaitanın bağırsak içinde kalış zamanı uzamakta ve dışkı bu nedenle sert olmaktadır. Bu durum ameliyat sonrası boşaltım aktivitesinde soruna neden olabilir. Cerrahi işlemden önce hastanın bağırsak alışkanlığı, konstipasyonla ilgili sıkıntı yaşayıp yaşamadığı değerlendirilmesi önemli olabilmektedir (4,9).

## 4.5. Gastrointestinal Sistem Fonksiyonunun Erken Başlatılabilmesi İçin Uygulanan Yöntemler

### 4.5.1. Abdominal masaj uygulaması

Abdominal masaj, birbirinden farklı fizyolojik nedenler ile konstipasyonu olan sağlıklı ya da hasta bireyleri rahatlatmak için uygulanır. Abdominal masaj birkaç yüzyıldır konstipasyon tedavisinde uygulanmıştır (69). Abdominal masajın amacı karın içinde basıncı değiştirerek peristaltizmi arttırmak ve rektuma baskı yaparak, bağırsaklara yönelik mekanik ve refleks etki oluşturmaktadır. Böylece peristaltizim artmış, besinler GİS den daha kısa sürede geçerek bağırsak hareketlerinin daha hızlı olmasını sağlamış olacaktır (70,71). Abdominal masaj bireylerde ameliyat sonrası ağrının oluşturduğu rahatsızlığı ve stresi azaltmayı sağlayarak bireylerin yaşam kalitesini artırır (71,72,73).



**Şekil 2** Abdominal Masaj Uygulaması (Fritz S. Mosby's Fundamentals of The Therapeutic Massage. 4th ed. China: Mosby Elsevier Company 2009. p.332-3 (70))

Peristaltizme yardımcı olmak ve bağırsakları mekanik olarak boşaltabilmek için yapılan masaj hareketlerinin tümü saat yönünde uygulanmaktadır. Gaita tıkanıklığından kaçınabilmek içinde yapılan manevralar saat yönünde uygulanmalıdır Abdominal masajı uygulama esnasında sağlıklı ya da hasta bireye supine pozisyon verilmeli, risk oluşturabilecek durumlar var ise hasta başı 30-45° yukarıda olacak şekilde yatak başı ayarlanmalıdır. Sağlıklı ya da hasta birey için sıkıntı oluşturacak bir durumu yoksa dizler hafifçe bükülmelidir (70).

### 4.5.2. Hastayı bilgilendirme

Ameliyat öncesi ve sonrası dönemde hastalarda oluşan belirsizlik korkusu ve süreç ile ilgili bilgi yetersizliği sebebiyle postoperatif dönemde iyileşme süreci olumsuz

yönde etkilenebilmektedir. Bundan dolayı hastaya ameliyat süreci, anesteziye bağlı oluşabilecek yan etkiler ve komplikasyonlar, ameliyat sonrası süreçte oluşabilecek problemler ve uygulanacak bakım ile ilgili bilgi vermek hastanın stresini azaltmaktadır. Hastaya verilecek bilgilendirme ile ameliyat sonrası dönemde ağrı kontrolünü sağlayarak analjezi ihtiyacının azalmasına yardımcı olunmaktadır. Böylece hastanın postoperatif döneme uyum göstererek, kendi bakımına katılması ve oluşabilecek komplikasyonları en alt düzeye indirilmiş olması sağlanmış olacaktır (4,9,74).

### **4.5.3. Sakız çiğneme**

Son zamanlarda bağırsak hareketleri için savunulan teorilerden biri gerçek olmayan, yalancı yemek yeme davranışı olarak bilinen sakız çiğnemedir. Sakız çiğnemenin, sefalik-vagal uyarı ile intestinal motilitenin etkinliğini arttırdığı düşünülmektedir (9). Sakız çiğneme, direkt olarak gastrointestinal peptidi stimüle ederek hormon salınımını, tükürük salgısının artmasını ve pankreas sıvılarını artırır. Artan salgılar ile bağırsak uyarılması başlamış olur. Uyarılmalar ile beraber gaz ve gaita eylemi gerçekleşir (36,75).

Göymek ve arkadaşlarının çalışması incelendiğinde sezaryen ameliyat sonrası hastalarda sakız çiğneyen grupta bağırsak seslerinin daha erken duyulduğu, gaz ve gaitanın daha kısa sürede çıkarıldığı buna bağlı olarak da hastanede kalış süresinin kısaldığı belirtilmektedir (76).

Utli' nin yaptığı yüksek lisans tezi çalışmasında sezaryen sonrası sakız çiğneyen deney grubunun daha kısa sürede gaz ve gaita çıkışı sağladığını belirtmektedir (54). Zhu ve ark' nın yaptığı çalışmada sakız çiğnemenin, sezaryen sonrası kadınlar için bağırsak hareketliliğinin daha erken döndüğünü tespit etmişlerdir (97).

Sakız çiğneme ameliyat sonrası dönemde uygulanan non-farmakolojik bir yöntem olmaktadır. Sakız çiğneme ucuz, güvenilir ve ulaşılabilirliği kolay bir yöntemdir. Yapılan kliniksel çalışmalarda sakız çiğnemenin herhangi bir yan etkisine rastlanılmamıştır (77,78,79,96).

#### **4.5.4. Erken oral sıvı alımı**

Bütün abdominal ameliyatlarda; bağırsakların manipülasyonu, uygulanan anestezi ve analjezikler bağırsaktaki peristaltizmi azaltabilmektedir (55). Sezaryen büyük bir abdominal ameliyat olsada, diğer abdominal ameliyatlardan farklıdır. Sezaryen ameliyatları genellikle tıbbi endikasyonlardan ziyade obstetrik endikasyonlara bağlı gerçekleştirilmektedir. Sezaryen olan kadınlar genç ve sağlıklı olmakla beraber iyi bir beslenmeye sahiptirler. Kısa bir operasyon olması nedeniyle bağırsakların manipülasyonu daha az olmaktadır. Bunun sonucunda bağırsak fonksiyonları az etkilenmekte ya da hiç etkilenmemektedir (80).

Cerrahi işlem sonrası midenin 24-48 saat, ince bağırsakların ilk 24 saat ve kolonun 48-72 saatte normal fonksiyonuna başlanması beklenmektedir (55). Postoperatif dönemde hastaların bağırsak fonksiyonlarının başladığını gösteren semptomları beklemek yerine bağırsakların daha erken aktivitesini sağlamak için erken oral hidrasyon gibi uygulamalar önerilmektedir. Ameliyat sonrası hastalar ‘2. saatte oral sıvı, 4. saatte katı besin alımına teşvik edilmesi önerilmektedir’ (kanıt düzeyi orta, öneri düzeyi güçlü) (83). Oral beslenmeye erken başlanması hem taburculuk süresini hem de enfeksiyon riskini azaltmaktadır. Sezaryenden sonra yapılan çalışmalarda erken oral alımın güvenli olduğu ve gaz çıkışı içi olan süresinin daha kısa olduğu belirtilmektedir (81,82,84,85).

Mba ve ark.’nın yaptığı çalışmada çalışmaya aldıkları gruptan birini oral beslenmeye erken başlatmışlardır. Sonuç olarak bağırsak fonksiyonlarının daha kısa sürede başladığını, hastanın erken mobilize olduğunu ve taburculuk süresinin daha kısa süre olduğu verilerine ulaşmışlardır (94). Benzer şekilde Adupa ve ark.’nın yaptığı çalışmada oral beslenmeye başlayan grubun bağırsak hareketlerine daha kısa sürede ulaştığını tespit etmişlerdir (95).

#### **4.5.5. Erken mobilizasyon**

Hastayı erken mobilize etmek, ameliyat sonrası komplikasyonları en aza indirmek için yaygın olarak uygulanan bir tekniktir (86). Ameliyat sonrası hastayı mümkün olabilecek en kısa sürede mobilize etmek komplikasyon riskini azaltmakta, iyileşme sürecini hızlandırma ve hastanede kalış süresini azaltmaktadır (87,88).

Ameliyat sonrası erken mobilizasyon, anestezi nedeniyle etkilenen gastrointestinal sistemin fonksiyonlarının daha hızlı aktive olmasını sağlar. Bu nedenle postoperatif dönemde hastaların erken dönemde mobilize edilmeleri önem oluşturmaktadır. Bağırsak distansiyonunun giderilmesinde hastanın yatak içi aktif ya da pasif harekette bulunması ve ayağa kaldırılması etkili olduğu belirtilmektedir (89). Hareketsizlik bağırsak hareketini inhibe ederek konstipasyona neden olabilmektedir. Hastanın hareketli olması derin ven trombozu riskini, respiratuvar komplikasyonları azaltır ve günlük yaşam aktivitelerine daha kısa sürede dönmelerini sağlar (90).

Hasta ilk defa ayağa kalkacağı zaman kademeli olarak kaldırılması ortostatik hipotansiyona engel olmak için önem oluşturmaktadır. İlk olarak hasta yatak içinde bir süre oturduktan sonra yatak kenarında bacakları aşağı sarkıtılarak oturtulur. Bu süre diliminde ebe/hemşire tarafından hastanın yaşam bulgularını yakından takip edilir. Hasta iyi hissediyorsa ayağa kaldırılıp bir süre dolaştırılır. Genel durumu hastanın ebe/hemşire tarafından değerlendirilerek aralıklarla mobilizasyonu desteklenir (90).

## **5. MATERİYAL VE METOT**

### **5.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma, oral sıvı alımına erken başlanılmasının ve erken mobilizasyonun sezaryen sonrası gaz çıkışına etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak yapılmıştır.

### **5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler**

Araştırma, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'nde yapılmıştır. Kadın doğum kliniği doğumhane ve gebe-lohusa olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Klinikte toplam 29 yatak bulunmaktadır. Kadın doğum kliniğinde uzman hekimler, asistan hekimler ve ebeler görev yapmaktadır. Kadın doğum kliniğinde 08:30-16:30 vardiyasında hafta içi dört ebe hafta sonu üç ebe, 16:30-08:30 vardiyasında ise hafta içi ve hafta sonu üç ebe görev yapmaktadır.

Klinikte olan sezaryen ameliyatları genel olarak elektif olarak yapılmaktadır. Sezaryen ameliyatı olan hastalar planlanan gün geldiğinde kliniğe sabah mesaisinin ilk saatlerinde yatışı yapılır. Hastalar poliklinik kontrollerinde yatış için gelmeden önce en az 8-10 saatlik açlıkla gelmesi istenir. Hasta ameliyata inmeden önce üriner kateter takılmakta ve anti-emboli çorabı giydirilmektedir. Ameliyata giderken beraberinde hastaya 2 gr ampisilin+sulbaktam etkin maddeli antibiyotik profilaktik amaçlı verilmektedir.

Ameliyat sonrası dönemde hastaya uterotonik ilaç olarak her bir mayi içine 10 UI synpitan eklenerek 3000 ml mayi laktatlı ringer takılmaktadır. Aneljezik olarak ise ameliyathanede ağrı durumuna göre 1\*30 mg aldolan yapılmaktadır. Servise alındığında ise ağrı durumu değerlendirilerek 2\*75 mg diklofenak sodyum uygulanmaktadır.

Ameliyat sonrası yaşam bulguları ilk 2 saat 15 dakikada bir, sonraki bir saat yarım saatte bir olup, postop 12. saat tamamlanana kadar da saatlik bakılmaktadır. Üriner kataterdeki idrar çıkışı saatlik olarak takip edilmekte, sorun yoksa foley sonda postop 8-10. saatleri arasında çıkarılmaktadır.

### 5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'nde sezaryen ameliyatı olan hastalar oluşturmuştur. Kadın Doğum Kliniği'nde son bir yılda (2019-2020) yapılan sezaryen doğum sayısı 759'dur. Bu doğumların 683'ü genel anestezi, 75'i spinal, 1 tanesi de epidural anestezi altında sezaryen olmuştur.

Oral sıvı alımına erken başlanılmasının ve erken mobilizasyonun gaz çıkışına etkisinin incelendiği çalışmalar değerlendirilip (9,58), çalışmanın güç analizi G\*Power 3.1.9.4 programı kullanılarak ve T-testi ile belirlenmiştir.

Yapılan Power Analize göre;

$\alpha = 0,05$  (  $1-\beta$  ) = 0,95 alınarak hesaplanmıştır. Testin gücü  $p = 0,950$  bulunmuş olup her bir gruba alınacak kadın sayısı en az 37 olarak saptanmıştır.

Araştırmanın örneklemine alınacak birey sayısı Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'nde 01.01.2021- 31.05.21 tarihleri arasında sezaryen sonrası kabul edilen, örneklem kriterlerine uyan ve araştırmanın amacı açıklandıktan sonra çalışmaya katılmaya yazılı olarak onay veren 40 deney ve 40 kontrol olmak üzere 80 kadın alınmıştır. Araştırmaya katılan gruplar iki kontrol iki müdahale olarak seçilip yapılmıştır. Müdahale ve kontrol grupları aynı odaya alınmamış olup birbirlerini görmemişlerdir.

Örneklem Seçim Ölçütleri:

- Acil ya da planlı olarak sezaryen ameliyatı olan,
- Genel anestezi ile ameliyat olan,
- 18 yaş ve üzeri,
- Kronik konstipasyon ve diyare öyküsü olmayan,
- Sezaryen sonrası süreçte mobilize olmasına engel olabilecek fiziksel engeli olmayan,
- En az ilkokul mezunu olan,
- Zihinsel anlamda araştırmaya katılması uygun olan ve iletişim problemi olmayan kadınlar dahil edilmiştir.



## **5.4. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada veri toplama amacıyla hasta tanılama formu ve sezaryen ameliyatı sonrası müdahale ve kontrol grubu hasta takip formu kullanılmıştır.

### **5.4.1. Hasta tanılama formu**

Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmış olup; kadının sosyo-demografik özellikleri, önceden geçirdiği ameliyatlar, kullandığı ilaçlar, bağırsak boşaltım sıklığı gibi tanıtıcı bilgileri içeren toplam 11 sorudan oluşmaktadır (EK1).

### **5.4.2. Sezaryen ameliyatı sonrası müdahale ve kontrol grubu hasta takip formu**

Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubu sezaryen olan kadınları takip etmek için araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanmıştır (4,5,9). Takip formu kontrol grubu ve müdahale grubu için 5 sorudan oluşmaktadır. Sorular hastanın ameliyata girdiği ve çıktığı saati, mobilizasyon saati, oral sıvıya başlama saati, ilk gaz çıkarma saatlerinin yazıldığı formdur (EK2, EK3).

## **5.5. Ön Uygulama**

Araştırmanın ön uygulaması Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Kadın Doğum Kliniği'nde 01.01.2021-01.02.2021 tarihleri arasında sezaryen olan ve araştırmacının belirlediği örneklem seçim kriterlerine uygun olan 5 kişiye yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda formların anlaşılabilirliği ve uygulaması ile ilgili sorunlar tespit edilip formlar yeniden düzenlenmiştir. İlk veri toplama formunda önceden doğum yapmamış hastalar soruyu atlamıştır. Hasta tanılama formunda yer alan daha önceki doğum şekli sorusuna abort/ kürtaj cevabı eklenmiştir.

## **5.6. Araştırmanın Uygulaması**

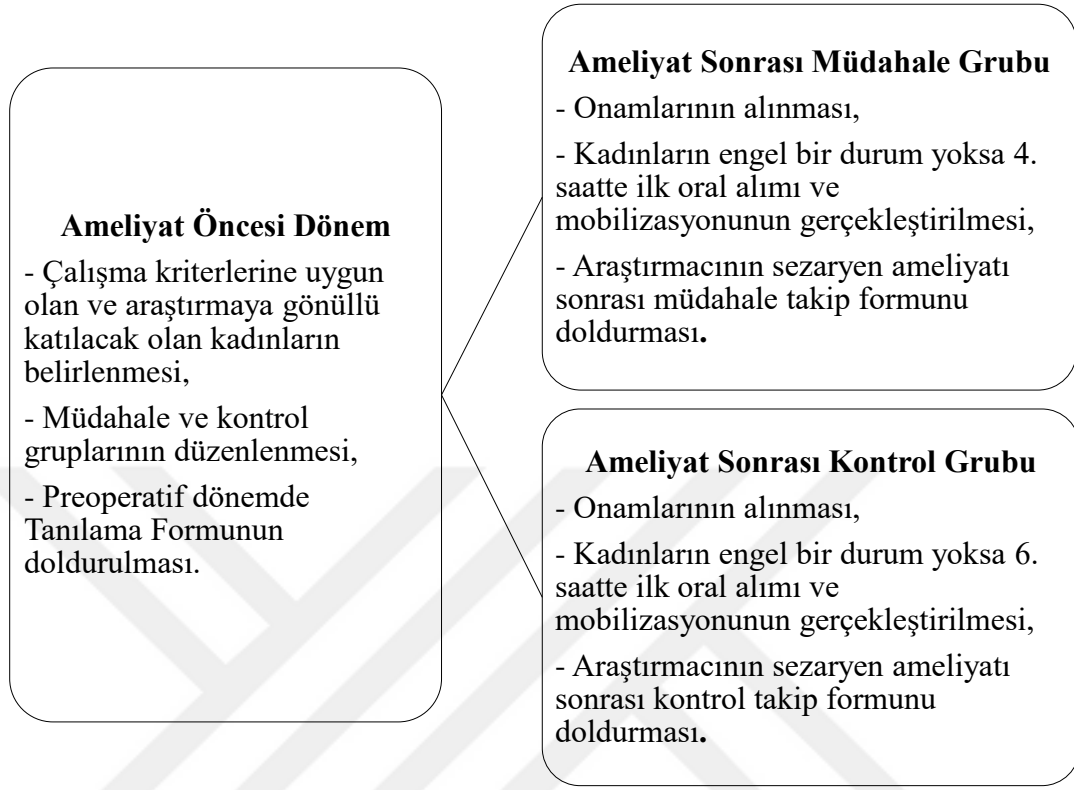
Araştırma, 01.01.2021-31.05.2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Rutin bakım olarak 6. saatte oral sıvı alımı başlanan ve beraberinde mobilize olan 40 kadın kontrol grubu olarak alınmıştır. Müdahale grubu olarak ise rutinden farklı olarak hastaların 4. saatte oral sıvı alımı başlanmış ve beraberinde mobilize edilmiş 40 kadın alınmıştır. Oral olarak ilk sıvı alımı olarak her iki grupta da 250 ml çorba ve 100 ml su olmuştur. Gün içerisinde devam eden oral alımlar R<sub>1</sub> sıvı diyet (açık

şekerli çay, tanesiz çorba) olarak düzenlenmiş olup gaz çıkışı gerçekleşene kadar böyle devam etmiştir. Mobilizasyon her iki grupta da oral alımdan 10 dk sonra gerçekleştirilmiş olup hastanın 2 saatte bir mobilize olmasının gerekliliği anlatılıp yürümesi istenmiştir. Veri toplama işlemi araştırmacı tarafından yapılmıştır.

### **5.7. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmaya başlamadan önce Medipol Üniversitesi Etik Kurul'u ve Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Kadın Doğum Kliniği için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli yazılı izinler alınmıştır (Ek 5). Araştırmaya başlamadan önce 40 müdahale ve 40 kontrol grubunda yer alan kadınlara uygulanacak olan gönüllü onam formu (Ek 4) aracılığı ile araştırmanın amacı, nasıl bir süreci izleneceğine ilişkin yazılı ve sözlü bilgiler verilmiştir. Ayrıca, kadınların istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları ve tüm bilgilerinin gizli kalacağı, çalışmanın maddi yük getirmeyeceğine ilişkin bilgiler verilmiştir.

## 5.8. Uygulama Akış Şeması



## 5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın uygulama süreci Covit-19 pandemi dönemine denk gelmesi ve bu durumdan dolayı sezaryen ameliyatı olan hastalara anestezi şeklinin spinal tercih edilmesi nedeniyle duraksamalar yaşanmıştır. Bu durum uygulama sürecinin uzamasına neden olmuş ve örneklem sayısında sınırlılığa neden olmuştur.

## 5.10. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler Python 3 Jupyter Notebook aracılığı ile Pandas, Scipy, Numpy, Seaborn kütüphaneleri aracılığı ile gerçekleştirilmiştir. Kategorik değişkenlerde Frekans tabloları adet, oransal olarak gösterilmiştir. 2x2 kategorik değişken arasındaki oransal farklar Fischers' Exact test ile gerçekleştirilirken nxn boyutlu tablolarda kategorik değişkenlerin oransal farkları Chi-square test ile gerçekleştirilmiştir. Normal dağılım gösteren sürekli değişkenlerin 2 grup arasındaki

ortalama farkları independent t test ile gerçekleştirilirken 2+ grup arasındaki ortalama farkları one way ANOVA ile gerçekleştirilmiştir. Sürekli değişkenlerin normallik testleri Kolmogorov-Smirnov test ile gerçekleştirilirken istatistiksel anlamlılık  $\alpha=0,05$  seviyesinde test edilmiştir.



## 6. BULGULAR

**Tablo 6.1** Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı (N:80)

Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Yaş	18-25	9	22,5	8	20	17	21,3	0,848
	25-35	24	60	23	57,5	47	58,8	
	35+	7	17,5	9	22,5	16	20	
Eğitim Düzeyi	İlkokul	9	22,5	7	17,5	16	20	0,876
	Ortaokul	11	27,5	10	25	21	26,3	
	Lise	10	25	13	32,5	23	28,8	
	Üniversite ve Üstü	10	25	10	25	20	25	
Kronik Hastalık	Var	12	30	9	22,5	21	26,3	0,306
	Yok	28	70	31	77,5	59	73,8	
İlaç Kullanımı	Var	10	25	7	17,5	17	21,3	0,293
	Yok	30	75	33	82,5	63	78,8	
Gebelik Sayısı	1	8	20	20	50	28	35	<b>0,016</b>
	2	13	32,5	10	25	23	28,8	
	3+	19	47,5	10	25	29	36,3	
Önceki Doğum Şekli	Normal	6	18,8	6	30	12	23,1	0,626
	Sezaryen	23	71,9	12	60	35	67,3	
	Düşük/Kürtaj	3	9,4	2	10	5	9,6	
Önceki Sezaryende Gaz Çıkarma Sorunu	Evet	6	27,3	1	7,7	7	20	0,170
	Hayır	16	72,7	12	92,3	28	80	
Toplam		40	100	40	100	80	100	

Tablo 6.1’ de Müdahale grubundaki 40 hastanın %22,5’i 18-25 yaş grubunda %60,0’ı 25-35 yaş grubunda %17,5’i 35+ yaş grubundadır. Kontrol grubundaki 40 hastanın ise %20’si 18-25 %57,5’i 25-35 ve %22,5’i 35+ yaş grubunda yer almaktadır. Farklılık istatistiksel açıdan anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

Müdahale grubunda olan hastaların %22,5’i ilkokul mezunu %27,5’i ortaokul mezunu %25’i lise mezunu ve %25’i üniversite ve üzeri mezunu olarak belirlenmiştir. Kontrol grubu hastalarda ise %17,5 ilkokul mezunu %25’i ortaokul

mezunu %32,5'i lise mezunu %25'i üniversite ve üzeri mezundur ve fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

Müdahale grubunun %30'unda kronik hastalık var olarak hesaplanırken %70 ini kronik hastalık yoktur. Kontrol grubunun %22,5'in de kronik hastalık varken, %77,5 inde kronik hastalık yoktur. Bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Müdahale grubunda olanların %25'i ilaç kullanırken, %75' i ilaç kullanmamaktadır. Kontrol grubunun %17,5'i ilaç kullanırken, %82,5' i ilaç kullanmamaktadır. Bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Araştırma da müdahale grubunda olanların %20'si gebelik sayısı 1 iken, %32,5'in gebelik sayısı 2 ve %47,5'in gebelik sayısı 3 veya daha üzeridir. Kontrol grubunda ise gebelik sayısı 1 olanlar %50, gebelik sayısı 2 olanlar %25 ve gebelik sayısı üç veya daha fazla olanlar kontrol grubunun %25'ini oluşturmaktadır. Bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Araştırmada müdahale olanların %18,8'inin önceki doğum şekli normal, %71,9'u önceki doğum şekli sezaryen ve %9,4 'ünün önceki doğumu düşük-kürtaj olarak belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise önceki doğum şekli %30 oranında normal, %60 oranında sezaryen ve %10 oranında düşük-kürtaj olarak belirlenmiştir. Bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Araştırmada müdahale grubunda olanların %27,3'ü önceki sezaryen da gaz çıkarma sorunu yaşarken, %72,7'si önceki sezaryen da gaz çıkarma sorunu yaşamamıştır. Kontrol grubunda ise bu oranlar sırasıyla %7,7 ve %92,3 olarak belirlenmiştir. Oranlar birbirinden farklı olmasına rağmen farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Bunun sebebi ise kontrol grubu olup ve gaz çıkarma sorunu olanlar da sadece bir adet kişiden olmasıdır ( $p>0,05$ ).

Araştırmaya katılan kadınların yer aldığı gruplarda yapılan istatistiksel analiz sonucunda yaş, eğitim düzeyi, kronik hastalık, ilaç kullanımı, önceki doğum şekli, önceki sezaryen da gaz çıkarmada sorun yaşama durumuna göre bakıldığında homojenliğin sağlandığı görülmüştür ( $p>0,05$ ). Araştırmada gebelik sırasına göre istatistiksel analiz yapıldığında gebelik sırasına göre homojenliğin sağlanmadığı görülmüştür ( $p<0,05$ ).

**Tablo 6.2** Doğum Öncesi Bağırsak Alışkanlıklarının Dağılımı

		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		p
		n	%	n	%	
Doğum Öncesi Bağırsak Alışkanlığı	Her Gün	27	67,5	24	60	0,730
	2 Gün	9	22,5	10	25	
	3-5 Gün	4	10	6	15	

Tablo 6.2’ de araştırmada müdahale grubunda olanların %67,5’i her gün, %22,5’i iki günde bir, %10’ u üç-beş günde bir, kontrol grubunun ise %60’ı her gün, %25’ i 2 günde bir, %15’ i üç-beş günde bir olarak hesaplanmıştır. Bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Doğum öncesi bağırsak alışkanlığına bakıldığında homojenliğin sağlandığı görülmüştür ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.3** Sezaryen Sonrası Yaşanan Sorunların Dağılımı

Sezaryen Sonrası Yaşanan Sorunların Dağılımı		Müdahale Grubu		Kontrol Grubu		p
		n	%	n	%	
Karın Bölgesinde Ağrı	Var	38	95	36	90	0,338
	Yok	2	5	4	10	
İdrar Sondası Varlığı	Var	22	55	17	42,5	0,186
	Yok	18	45	23	57,5	
Ameliyat Sonrası Gaz Çıkaramama	Var	5	12,5	8	20	0,273
	Yok	35	87,5	32	80	
Hareketlerin Kısıtlı Olması	Var	20	50	15	37,5	0,184
	Yok	20	50	25	62,5	
Sütün Geç Salınması	Var	5	12,5	8	20	0,273
	Yok	35	87,5	32	80	
Kişisel ve Bebeğin Bakımını Rahat Yapamama	Var	19	47,5	9	22,5	<b>0,017</b>
	Yok	21	52,5	31	77,5	
Diğer	Var	0	0	2	5	0,247
	Yok	40	100	38	95	
Toplam		40	100	40	100	

Tablo 6.3’ de Müdahale grubunda olanların %95’i karın bölgesinde ağrı sorunu yaşarken kontrol grubunun %90’ı ağrı yaşamıştır. Farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Müdahale grubunda olanların %55' i idrar sondası varlığını sorun olarak belirtirken kontrol grubunun %42,5' i idrar sondası varlığını sorun olarak belirtmiştir. Farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Müdahale grubunda olanların %12,5' i ameliyat sonrası gaz çıkaramama sorunu yaşarken kontrol grubunun %20'si gaz çıkaramama sorunu yaşamıştır. Farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Müdahale grubunun %50' sinin hareketlerinde kısıtlama sorunu yaşarken kontrol grubunun %37,5' unun hareketlerinde kısıtlama sorunu yaşadığını belirlenmiştir. Fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

Müdahale grubunun %12,5'i sütünün geç salınmasını problem olarak belirtirken kontrol grubunda bu oran %20'dir ve fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Müdahale grubunun %47,5'i kişisel ve bebeğin bakımını rahat yapamamayı sorun olarak belirtirken kontrol grubunun %22,5' i kişisel ve bebeğin bakımını rahat yapamamayı sorun olarak belirtmiştir. Fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Diğer şikayetlere bakıldığında müdahale ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).



**Tablo 6.4** Kontrol ve Müdahale Grubuna Göre İlk Gaz Çıkış Süresine İlişkin Bulgular

		İlk Gaz Çıkarma Süresi (Saat)			p
		Ortalama	Standard Sapma	Medyan	
Grubu	<b>Müdahale</b>	16,48	13,24	13,83	<b>0,012</b>
	<b>Kontrol</b>	23,65	11,57	23	

Tablo 6.4’ de müdahale grubunda ilk gaz çıkarma süresi 16,48 iken kontrol grubunda 23,65 olarak hesaplanmıştır. Farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).



**Tablo 6.5** Tanımlayıcı Özelliklerin Gaz Çıkarma Sürelerine Etkilerinin Dağılımı

		Grubu						p
		Müdahale			Kontrol			
		İlk gaz çıkarma süresi (saat)			İlk gaz çıkarma süresi (saat)			
		n	Ortalama	Standart Sapma	n	Ortalama	Standart Sapma	
Yaş	18-25	9	10,13	5,81	8	23,03	10,78	<b>0,008</b>
	25-35	24	17,14	13,26	23	23,06	13,18	<b>0,032</b>
	35+	7	22,39	17,83	9	25,72	8,18	0,351
Kronik Hastalık	Var	12	21,69	13,62	9	20,97	10,27	0,422
	Yok	28	14,25	12,67	31	24,43	11,96	<b>0,001</b>
İlaç Kullanımı	Var	10	22,95	14,5	7	19,96	11,27	0,601
	Yok	30	14,33	12,3	33	24,44	11,65	<b>0,001</b>
Gebelik Sırası	1	8	16,84	7,99	20	26,05	12,51	0,099
	2	13	11,46	10,25	10	20,3	12,92	0,067
	3+	19	19,77	15,98	10	22,22	7,42	0,094
Önceki Doğum Şekli	Normal	6	20,25	20,16	6	21,17	10,25	1
	Sezaryen	23	16,14	13,63	12	21,44	11,25	<b>0,037</b>
	Düşük/Kürtaj	3	10,64	6,39	2	14,75	10,25	1
Önceki C/S'de gaz çıkarmadaki sorunu	Evet	6	24,08	13,86	1	48,5	-	0,286
	Hayır	16	11,76	11,38	12	19,23	7,39	<b>0,004</b>
C/S Nedeni	Tıbbi Gereklilik	39	16,44	13,41	39	23,76	11,7	<b>0,001</b>
	Kendi İsteğimle	1	18	-	1	19,5	-	1

Tablo 6.5' de 18-25 yaş grubu incelendiğinde müdahale grubunda ortalama süre 10,13 iken kontrol grubunda 23,03 olarak hesaplanmıştır ve farklılık istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $p < 0,05$ ).

25-35 yaş grubunda müdahale grubunda ortalama süre 17,14 kontrol grubunda ise 23,06 olarak hesaplanmıştır ve farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,05$ ).

35+ yaş grubunu incelediğimizde ise müdahale grubunda ortalama süre 22,39 iken kontrol grubunda 25,72'dir ve fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ( $p > 0,05$ ).

Kronik hastalığı bulunan müdahale grubunda ortalama süre 21,69 iken kontrol grubunda 20,97 olarak hesaplanmıştır ve fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir. ( $p>0,05$ ). Kronik hastalığı olmayan müdahale grubunda ortalama süre 14,25 iken kontrol grubunda 24,43 olarak hesaplanmıştır ve fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

İlaç kullanımı olan müdahale grubundaki ortalama süre 22,95 iken kontrol grubunda 19,96 olarak hesaplanmıştır ve fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir. İlaç kullanımı olmayan müdahale grubunda ortalama süre 14,33 iken kontrol grubunda 24,44' dür ve farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Gebelik sayısı 1 olan müdahale grubundaki ortalama süre 16,84 iken kontrol grubunda 26,05 olarak hesaplanmıştır, gebelik sayısı 2 olan müdahale grubunda ortalama süre 11,46 iken kontrol grubunda 20,30 olarak hesaplanmıştır, gebelik sayısı 3 ve üzeri olan müdahale grubundaki ortalama süre 19,77 iken kontrol grubunda ortalama süre 22,22 olarak bulunmuştur ve fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

Önceki doğum şekli normal doğum olarak sonlanan müdahale grubundaki ortalama süre 20,25 iken kontrol grubunda 21,17 olarak tespit edilmiştir ve fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir. Önceki doğum şekli sezaryen doğum ile sonlanan müdahale grubundaki ortalama süre 16,14 iken kontrol grubunda 21,44 olarak hesaplanmıştır ve farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Önceki doğum şekli düşük/kürtaj olarak sonlanan müdahale grubundaki ortalama süre 10,64 iken kontrol grubundaki ortalama süre 14,75 olarak belirlenmiştir ve fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

Önceki sezaryende gaz çıkarma sorunu olan müdahale grubundaki ortalama süre 24,08 iken kontrol grubunda ortalama süre 48,52 olarak hesaplanmıştır ve fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir. Önceki sezaryende gaz çıkarma sorunu olmayan müdahale grubundaki ortalama süre 11,76 iken kontrol grubunda ortalama süre 19,23 hesaplanmıştır ve farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Sezaryen nedeni tıbbi gereklilik olan müdahale grubundaki ortalama süre 16,44 iken kontrol grubunda ortalama süre 23,76 olarak hesaplanmıştır ve farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Sezaryen nedeni kendi isteği ile olan müdahale

grubundaki ortalama süre 18 iken kontrol grubunda ortalama süre 19,5 olarak hesaplanmıştır ve fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).



## 7. TARTIŞMA

Sezaryen tüm dünyada hızlı bir şekilde artan ve en sık yapılan cerrahi girişimlerden biridir (94,101). Ülkemizdeki sezaryen oranları her beş yılda bir yayınlanan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) verilerine göre belirlenmektedir. TNSA verilerine göre sezaryen oranları 2008 yılında %37, 2013 yılında %48 ve 2018 yılında %52 olarak bildirilmiştir (7).

Sezaryen anne ve bebek için, gerekli endikasyonlarla yapıldığında hayat kurtarıcı cerrahi bir yöntem olmakla birlikte elektif olarak yapılan sezaryen ameliyatının anne ve bebek için kanıtlanmış bir faydası bulunmamıştır (102). Faydasının aksine birçok riski de beraberinde getirmektedir; enfeksiyon, kanama, emboli riski, anesteziye bağlı gastrointestinal problemler, yenidoğanda solunum sıkıntısı gibi problemler gelişebilir (103).

Abdominal yapılan cerrahi işlem sonrasında özellikle gastrointestinal sistem fonksiyonları etkilenmektedir. GİS fonksiyonlarını yavaşlatan nedenler arasında abdominal travma ile birlikte; anestezi ajanları, sıvı-elektrolit dengesizliği, ağrı, anksiyete faktörleri de yer almaktadır (75).

Sezaryen ameliyatı sonrası azalan ya da tamamen kaybolan bağırsak fonksiyonlarını geri getirmek için birçok yöntem uygulanmaktadır. Bu yöntemler arasında; abdominal masaj uygulaması, erken mobilizasyon, erken beslenmeye başlanması ve sakız çiğneme gibi bağırsak peristaltizmini arttırdığı savunulan nonfarmakolojik yöntemler yer almaktadır (9). 1900' lü yıllarda geliştirilen ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protokolünde postoperatif dönemde bu yöntemlerin uygulanmasını önerilmektedir. ERAS protokolü cerrahi işlem öncesi ve sonrası oluşabilecek komplikasyonları azaltmaya yönelik bakımları içermektedir. ERAS protokolüne göre postoperatif dönemde; 'orta trokal anestezi/analjezi uygulaması, nazogastrik tüp kullanılmaması, bulantı ve kusmanın önlenmesi, aşırı sıvı yüklemesinden kaçınılması, kataterlerin erken dönemde çıkarılması, Non steroidal antiinflamatuar ilaçlar (NSAID), erken mobilizasyon, bağırsak hareketlerinin uyarılması ve protokole uyum ve sonuçların takip ve değerlendirilmesinden' meydana gelmektedir (55).

Çalışmamız da oral sıvı alımı ve mobilizasyonun erken uygulandığı (4.saatte) müdahale grubu ve oral sıvı alımı ve mobilizasyonun 6. saatte uygulandığı kontrol grubunun gaz çıkış süreleri karşılaştırıldığında; müdahale grubunda gaz çıkarma süresi ortalama 16, 48 saat belirlenirken, kontrol grubunda ise ortalama 23,65 saat olarak belirlenmiştir. Müdahale grubu kontrol grubuna göre daha kısa sürede gaz çıkışı sağlamıştır. Kontrol ve müdahale grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0,05$ ) (Tablo 6.4). Buna göre **H0: ‘Sezaryen ameliyatı sonrası erken oral sıvı alan ve erken mobilizasyonu sağlanan grupta gaz çıkışının erken başlama zamanı açısından fark yoktur’** hipotezi kabul edilmemiştir.

Adeli ve ark’ nın (58) yaptığı çalışmada benzer şekilde iki grup ele alınmıştır. Deney grubuna 4. saatinde oral beslenmesine başlanmış, kontrol grubuna ise 12 saat boyunca intravenöz sıvı desteği sağlanmış olup oral sıvı alımına 12. saatte başlanmıştır. Ameliyattan 4 ve 12 saat sonra gaz şiddeti her iki grupta da benzer bulunmuştur ( $p = 0,856$ ,  $p = 0,392$ ). Ancak ameliyattan 24, 36 ve 48 saat sonra gaz çıkarma süresi deney grubunda daha erken olarak belirlenmiştir ( $p = 0,030$ ,  $p = 0,016$ ,  $p = 0,001$ ). Sonuç olarak, bu çalışma da erken beslenmenin sezaryen sonrası gastrointestinal komplikasyonları azalttığını göstermiştir. Mülayim ve ark’ nın (104) yaptığı araştırma da sezaryen sonrası gruplar iki şekilde ayrılmış olup birinci gruba 2. saatte ve ikinci gruba 8. saatte oral sıvı alımına başlanmıştır. Sonuçlar karşılaştırıldığında sırasıyla erken oral beslenmeye başlayan grupla ve geç oral beslenmeye başlayan gruplarda, bağırsak hareketlerinin geri dönüşü için ortalama süre  $4,4 \pm 1,9$  saate karşılık  $6,3 \pm 2,4$  saatti; ilk gaz geçişine kadar geçen ortalama süre  $12,1 \pm 5,5$  saate karşılık  $24,1 \pm 6,0$  saat bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Supattanarungsi ve ark’ nın (105) yaptığı çalışmada erken oral beslenme grubunda  $1485,29 \pm 538,15$  dakika ( $24,7 \pm 8,9$  saat) olan gazın ilk geçişine kadar geçen ortalama sürenin,  $2411,29 \pm 451,51$  dakika ( $40,1 \pm 7,5$  dakika) olan gecikmiş besleme grubuna göre anlamlı olarak daha kısa olduğunu tespit etmiştir. Erken beslenmenin bağırsak fonksiyonlarını daha kısa sürede aktive ettiğini bildiren bu çalışma olumsuz bir sonuç olarak erken beslenme uygulanan hastaların sezaryen sonrası bulantı ve kusma semptomları yaşama ihtimalinin daha yüksek olma eğiliminde olduğunu bildirmiştir. Anlamlı bulunan bu çalışmada hastaların bölgesel anestezi altında sezaryen olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. İzveren ve ark.’nın (89) yaptığı çalışmada ameliyat

sonrası mobilize olmanın etkilenen gastrointestinal sistem fonksiyonlarının daha kısa sürede döndüğünü vurgular. Hastaların bu yüzden ayağa kaldırılmasının, yatak içinde aktif ya da pasif harekette bulunmasını önermektedir. Yaptığımız çalışma ile incelediğimiz çalışmalar arasında gaz çıkışındaki sonuçlar paralellik gösterip erken oral sıvı alımı erken olan gruptaki hastaların gaz çıkışı daha erken sürede olduğu saptanmıştır.

Araştırmamızda yaş, eğitim düzeyi, kronik hastalık, ilaç kullanımı, önceki gebeliğin sonlanma şekli, doğum öncesi bağırsak alışkanlıklarına bakıldığında kontrol ve müdahale grubu homojen dağılım göstermektedir ( $p>0,05$ ) (Tablo 6.1). Gebelik sayısına bakıldığında homojenlik sağlanamamıştır ( $p<0,05$ ) fakat müdahale ve kontrol gruplarında ortalama gaz çıkarma sürelerine bakıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ )

Araştırmamızda yaş gruplarına göre kontrol ve müdahale grubunun gaz çıkışı sürelerine bakıldığında 18-25 yaş ve 25-35 yaş arası grupta ortalama süre müdahale grubunda anlamlı bir şekilde daha kısa bulunmuştur ( $p<0,05$ ). 35+ grupta ise istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Artan yaşla birlikte ortalama gaz çıkarma süresinin uzadığı görülmektedir (Tablo 6.5). Araştırmamızda 25-35 yaş arasında yoğunluk olduğu için istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Şahin' nin (9) yaşa göre gruplarda inceleme yaptığı çalışmada gaz çıkışı süreleriyle ilgili anlamlı bir fark tespit etmemiştir ( $p>0,05$ ). Göçmen ve ark' nın (107) yaptığı çalışmada erken oral beslenen grupta yaş ortalaması  $26,3\pm 3,3$ , geç beslenen grupta ise yaş ortalaması  $26\pm 4,5$  belirlenmiştir. Yapılan bu araştırmaya göre sezaryen sonrası bağırsak hareketleri daha kısa sürede duyulmuştur. Yaş bağırsak hareketlerini etkilememiştir. Mba ve ark' nın (94) yaptığı araştırmada erken beslenmeye başlayan grupta yaş ortalaması  $31,5\pm 5,2$ , geç beslenmeye başlanan grupta ise  $32\pm 5,5$  bulunmuştur ve erken beslenen grupta gaz çıkışı süresi anlamlı şekilde kısa bulunmuştur. Yaptığımız çalışma ile incelediğimiz çalışmaların sonuçları açısından paralellik göstermektedir. İlerleyen yaş ile birlikte gaz çıkarma süresinde anlamlı bir farklılık olmaması nedeniyle yaşla ilişkilendirilen araştırmaların yapılması verileri daha iyi karşılaştırmamızı sağlayabilir.

Araştırmamızda kronik hastalık varlığı ve ilaç kullanımına göre müdahale ve kontrol grubuna baktığımızda ortalama gaz çıkarma süreleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Kronik hastalığı olmayan ve ilaç kullanmayanlara göre bakıldığında müdahale grubunda ortalama gaz çıkarma süresi anlamlı şekilde kısa bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Şahin (9) araştırmasında kronik hastalığı olmayan grubu dahil etmiştir. Şahin'in çalışmasına göre gaz çıkışı süresi anlamlı şekilde kısa bulunduğu verisi elde edilmiştir. Çalışmamızla sonuçlar benzerlik göstermektedir. Yaptığımız araştırmaya göre kronik hastalık varlığı ve ilaç kullanımının olması iki grup arasında gaz çıkarma süresinde fark oluşturmamıştır (Tablo 6.5). Araştırmamız da kronik hastalık varlığı ve ilaç kullanımına sahip veri sayısının azlığı bu sonucu etkilemiş olabilir.

Araştırmada müdahale ve kontrol grubunda kadınların sezaryen sonrası zorlayan durumlara yönelik bulgularına baktığımızda karın bölgesinde ağrı, idrar sondası varlığı ve ameliyat sonrası gaz çıkarmama sorununu en çok bildirilen şikayetler olmaktadır. Şahin'in (9) çalışmasında sezaryen sonrası kadınlar en çok gaz çıkarmadan şikayetçi olduklarını bildirmiştir. İki çalışma arasındaki farkın nedeni örneklem sayısının azlığı olarak düşünülebilir. Çalışmamızda ağrının yüksek oranda olması analjezi kullanımını gereksiniminin yüksek oranda olduğunu göstermektedir. Bazı analjeziklerin bağırsak hareketlerini azalttığı bilinmektedir.



## 8. SONUÇ ve ÖNERİLER

İstanbul’ da kadın hastalıkları ve doğum kliniğinin de uygulanan, kontrol ve müdahale olmak üzere iki gruptan oluşan, sezaryen sonrası oral sıvı alımına erken başlamanın ve erken mobilizasyonun gaz çıkışına etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları aşağıda gösterildiği gibidir.

- Çalışmamızda tanıtıcı özellikler yaş, eğitim düzeyi, kronik hastalık, ilaç kullanımı, önceki gebeliğin sonlanma şekli, doğum öncesi bağırsak alışkanlıklarına bakıldığında kontrol ve müdahale grubu homojen olarak belirlenmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 6.1)
- Müdahale ve kontrol grubunun gaz çıkışı saatlerine bakıldığında anlamlı bir fark bulunduğu, müdahale grubundaki hastaların daha kısa sürede gaz çıkardığı ( $p<0,05$ )
- Araştırmada uygulamalar sırasında araştırmacının denetiminde deney grubuna yapılan girişimler sırasında hiçbir kadında komplikasyon gelişmemiştir.

Bu sonuçlar göre;

- Genel anestezi altında sezaryen olan kadınların erken mobilize ve oral alımına erken başlanması uygulaması önerilebilir.
- Araştırmadaki uygulamaların daha ayrıntılı bir şekilde özellikle yaş ve gastrointestinal sistemi etkileyen hastalık varlığı ve ilaç kullanımına göre geniş bir örnekleme ile uygulanması,
- Anestezi şeklinin spinal olduğu hastalarda da uygulamaların karşılaştırılması önerilebilir.

## 9. KAYNAKLAR

1. Bülbül T, Özen B, Çopur A, K. F. (2016). Gebelerin Doğum Korkusu ve Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 25(3), 126–130.
2. Elmalı Şimşek H. Ecevit Alpar Ş., Sezaryen Sonrası Ağrı ve Hemşirelik Bakımı. Igusabder, 11 (2020): 267-278
3. Demirbaş, M, Karabel, M, İnci, M . (2018). Türkiye’de ve Dünya’da Değişen Sezaryen Sıklığı ve Olası Nedenleri. Sakarya Tıp Dergisi, 7 (4), 158-163. DOI: 10.31832/smj.368600
4. Akalpler, Ö. (2018). Sezaryen Ameliyatı Sonrası Sakız Çiğnemenin Bağırsak Fonksiyonlarına Etkisi. Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Doktora Tezi. Lefkoşa.
5. Aydın Turan E. (2020). Sıcak Su Ayak Banyosunun Sezaryen Sonrası Gaz Çıkışı ve Ağrıya Etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Malatya.
6. WHO. World Health Statistics 2015. Erişim [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2015/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/) 15 Ekim 2018.
7. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması.TNSA-2018. [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA\\_2018\\_ana\\_Rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA_2018_ana_Rapor.pdf). 29 Ocak 2020.
8. Şahin NH. Seksio-sezaryen: Yaygınlığı ve sonuçları, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2009;2(3):93-8.
9. Şahin EG. (2013). Sezaryen Sonrası Sakız Çiğneme, Erken Oral Hidrasyon ve Erken Mobilizasyonun Bağırsak Motilitesine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı. Doktora Tezi. Ankara.
10. Dölen, D., Özdeğirmenci, Ö. (2004). Optimal Sezaryen Hızı Ne Olmalıdır? Türkiye’de ve Dünyada Güncel Nedir? TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi, 7:113-117.

11. Deneux-Tharoux, C., Carmona, E., Bouvier, MH., Breart, G. (2006). Postpartum Maternal Mortality And Cesarean Delivery, *Obstetrics& Gynecolog*, 108(3):541-548
12. Karabulutlu, Ö. (2012). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20(3), 210-218.
13. Mavi Aydoğdu ve ark., Ebelik öğrencilerinin normal vajinal doğum yapma konusundaki görüşleri, *Androl Bul* 2018;20:78–84
14. Aslan MÜ. (2016). Elektif Sezaryen Ameliyatlarında Kullanılan Anestezi Yönteminin Anksiyete ve Postoperatif Hasta Memnuniyeti Üzerine Etkisi. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul.*
15. Mylonas I, Friese K., Indications for and Risks of Elective Cesarean Section, *Dtsch Arztebl Int* 2015; 112: 489–95
16. Ananth CV, Friedman AM, Keyes KM, Lavery JA, Hamilton A, Wright JD. Primary and repeat cesarean deliveries:a population-based study in the United States, 1979-2010. *Epidemiology*. 2017;28:567–574.
17. Mpogoro FJ, Mshana SE, Mirambo MM, Kidenya BR, Gumodoka B, Imirzalioglu C: Incidence and predictors of surgical site infections following caesarean sections at Bugando Medical Centre, Mwanza, Tanzania. *Antimicrob Resist Infect Control* 2014; 3: 25
18. Ay GG. (2019). Sezaryen Yöntemi ile Doğum Yapan Kadınların Sezaryen Sonrası Vajinal Doğuma Bakış Açılarının İncelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Isparta.*
19. Cunningha, F.G.- Leveno, Kenneth J.- Bloom, Steven L.- Hauth, John C.- Rouse, Dwight J.- Spong, Catherine Y. *Williams Obstetrik*, Nobel Tıp Kitabeleri, 2020
20. Durmaz A. Doğum Eylemi. İçinde: Yeşilçiçek Çalık K, Coşar Çetin F (editörler). *Ebeler ve Ebelik Öğrencileri için Normal Doğum ve Sonrası Dönem*, 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevleri, 2018: 1-36.

21. Sayiner F.D., Özerdoğan N., Doğal Doğum, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:2, Sayı:3.2009
22. Odabaş R.K, Taşpınar A, Kadınların Sezaryen Deneyimleri ve Doğum Sonrası Dönemde Bakım Gereksinimleri: Nitel Bir Çalışma, Araştırma Makalesi Research Article Cbu-Sbed, 2021, 8(1): 1-9
23. Department of Reproductive Health and Research, Sezaryen doğum hızları ile ilgili DSÖ Açıklaması, World Health Organization, 2015.
24. Lurie S. The changing motives of cesarean section: from the ancient world to the twenty-first century. Arch Gynecol Obstet. 2005;271(4):281-5.
25. Todman D. A history of caesarean section: from ancient world to the modern era. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2007;47(5):357-61.
26. Ertunç YM. (2021). Sezaryen ile Doğan Sağlıklı Yenidoğanlarda Anneye Uygulanan Anestezi Tipine Göre Taburculuk Öncesi Kilo Kayıplarının Değerlendirilmesi. Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. İstanbul.
27. Souza, J. P., Betran, A. P., Dumont, A., de Mucio, B., Gibbs Pickens, C. M., Deneux-Tharoux, C., Ortiz-Panoso, E., Sullivan, E., Ota, E., Togoobaatar, G., Carroli, G., Knight, H., Zhang, J., Cecatti, J. G., Vogel, J. P., Jayaratne, K., Leal, M. C., Gissler, M., Morisaki, N., Lack, N., Gülmezoglu, A. M. (2016). A global reference for caesarean section rates (C-Model): a multicountry cross-sectional study. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 123(3), 427–436. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13509>
28. Aksoy H, Özyurt S, Aksoy Ü, Açmaz G, Karadağ Ö, Babayiğit M. Overview to cesarean birth in Turkey in accordance with cesarean rate and indications in our hospital. Kocaeli Med J. 2014; 3(3): 1-7
29. Jafarzadeh, A., Hadavi, M., Hasanshahi, G., Rezaeian, M., Vazirinejad, R., Aminzadeh, F., & Sarkoohi, A. (2019). Cesarean or Cesarean Epidemic?. *Archives of Iranian medicine*, 22(11), 663–670.
30. Konakçı, S. K., Kılıç, B. (2002). Sezaryen doğumlar artıyor. *STED*,11(8): 286-288
31. Tollånes M. C. (2009). Økt forekomst av keisersnitt--årsaker og konsekvenser [Increased rate of Caesarean sections--causes and

consequences]. *Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke*, 129(13), 1329–1331. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0453>

32. Mascarello KC, Horta BL, Silveira MF. Maternal complications and cesarean section without indication: systematic review and meta-analysis. *Rev Saude Publica*. 2017;51:105. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051000389. Epub 2017 Nov 17. PMID: 29166440; PMCID: PMC5697917.
33. Alshehri KA, Ammar AA, Aldhubabian MA, et al. Outcomes and Complications After Repeat Cesarean Sections Among King Abdulaziz University Hospital Patients. *Mater Sociomed*. 2019;31(2):119-124. doi:10.5455/msm.2019.31.119-124
34. Gilliam M. Cesarean delivery on request: reproductive consequences. *Semin Perinatol*. 2006 Oct;30(5):257-60. doi: 10.1053/j.semperi.2006.07.005. PMID: 17011396.
35. Başkaya Y, Sayiner FD. Sezaryen Oranını Azaltmaya Yönelik Kanıta Dayalı Ebelik Uygulamaları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2018;5: 113-119.
36. Ölmez R. (2019). Sezaryen Sonrası Sakız Çiğneme ve Rezene Çayı İçmenin Bağırsak Motilitesine Etkisi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı*. İstanbul.
37. Abadi F, Shahabinejad M, Abadi F, Kazemi M. Effect of acupressure on symptoms of postoperative ileus after cesarean section. *J Acupunct Meridian Stud* 2017, 10(2):114-9.
38. Shukure R, Mohammed H, Wudmetas A, Mohammed S. Assessment of knowledge and factors affecting utilization of postnatal care in fiche town, oromia region, ethiopia. *International J of Clinic Dermato* 2018, 1(2): 28-33.
39. Er Güneri S. Postpartum erken dönem kanıta dayalı uygulamalar. *Gümüşhane Uni J of Health Sci*. 2015, 4(3):482-96.
40. Kintu A, Abdulla S, Lubikire A, Nabukenya MT, Igaga E, Bulamba F, Semakula D, Olufolabi AJ. Postoperative pain after cesarean section: assessment and management in a tertiary hospital in a low-income country.

- BMC Health Serv Res. 2019 Jan 25;19(1):68. Doi: 10.1186/s12913-019-3911-x. PMID: 30683083; PMCID: PMC6347795.
41. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Doğum Sonu Bakım Yönetimi Rehberi, 925. Baskı, 2014:1-44.
  42. Öztürk Can H. Doğum sonrası bakım rehberlerinin kanıt temelli çalışmalarla gözden geçirilmesi. DÜSBE Derg 2015, 5 (2): 40-7.
  43. Cunha MR, Padoveze MC, Melo CRME, Nichiata LYI. Identification Of Post-Cesarean Surgical Site İnfection: Nursing Consultation. Rev Bras Enferm. 2018;71(Suppl 3):1395-1403. English, Portuguese. Doi: 10.1590/0034-7167-2017-0325. PMID: 29972540.
  44. WHO. Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care 2010. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70432/WHO\\_MPS\\_10.03\\_en\\_g.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70432/WHO_MPS_10.03_en_g.pdf). 15 Ekim 2018.
  45. Mermer A. (2012). Elektif Sezaryan Operasyonlarında Remifentanil Uygulanan Genel Anestezi ile Spinal Anestezinin Anne ve Yenidoğan Üzerine Olan Etkilerinin Karşılaştırılması. Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi. Konya.
  46. Hazar EÜ. (2017). Genel Anestezi ve Spinal Anestezi Altındaki Sezeryan Doğumları ile Normal Doğumlardaki Nlo, Plo ve Mpv Oranlarının Retrospektif Karşılatırılması. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Çanakkale.
  47. Mercan M. (2016). Genel Anestezi ve Spinal Anestezi Altında Yapılan Elektif Sezaryen Ameliyatlarında Annenin Hemodinamisi ve Yenidoğanın İyilik Halinin Karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul.
  48. American Society Of Anesthesiologists Task Force On Obstetric Anesthesia. (2007). Practice Guidelines For Obstetric Anesthesia: An Updated Report By

- The American Society Of Anesthesiologists Task Force On Obstetric Anesthesia. *Anesthesiology*. 106: 843-863.
49. Jill M. Mhyre, Pervez Sultan; General Anesthesia for Cesarean Delivery: Occasionally Essential but Best Avoided. *Anesthesiology* 2019; 130:864–866 doi: <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002708>.
50. İskender, A, Karagöz, İ. (2013). Sezaryen ile Doğurtulan Bebeklerin Apgar Skoru, Troid ve Karaciğer Fonksiyonları Üzerine Genel ve Spinal Anestezinin Etkileri. *Duzce Medical Journal* , 15 (2) , 41-45 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/dtfd/issue/48287/611355>.
51. Çalışkan A. (2012). Rejyonel Anestezi Sonrası Görülen Komplikasyonların Değerlendirilmesi. Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. Zonguldak.
52. Erdal, S. Sindirim Sistemi Fizyolojisi. Erişim: 18 Kasım 2012. <http://tipedu.cumhuriyet.edu.tr/Donem2/IV.../Fizyoloji/SenaErdal/giris1.ppt>.
53. Akyüz, F., Demir, K. (2009).Gastrointestinal Fizyopatoloji. *Klinik Gelişim*, 22(3):77-80.
54. Utli H. (2012). Sakız Çiğnemenin Sezaryen Sonrası Bağırsak Fonksiyonlarına Etkisi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
55. Gündoğdu G. (2019). Sezaryen Sonrası Uygulanan Yatak İçi Egzersizler, Erken Oral Hidrasyon ve Sakız Çiğnemenin Bağırsak Hareketleri ile Ağrı ve Emzirmeye Etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ebelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Erzurum.
56. Sürücü Ş. (2018). Sakız Çiğnemenin Sezaryen Sonrası Bağırsak Hareketlerine Başlamasına Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Sivas.
57. BİNGÖL N, SİNDİRİM SİSTEMİ, ERİŞİM: 16.05.2021  
[https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/2905/mod\\_resource/content/0/13.%20Hafta%20S%C4%B0ND%C4%B0R%C4%B0M%20S%C4%B0STEM%C4%B0.pdf](https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/2905/mod_resource/content/0/13.%20Hafta%20S%C4%B0ND%C4%B0R%C4%B0M%20S%C4%B0STEM%C4%B0.pdf)

58. Adeli, M., Razmjoo, N., Tara, F., & Ebrahimzade, S. (2013). Effect of early post cesarean feeding on gastrointestinal complications. *Nursing and midwifery studies*, 2(2), 176–181. <https://doi.org/10.5812/nms.10184>
59. Story L (2016), Patofizyoloji:Pratik Bir Yaklaşım. İkinci Baskı. Çevirenler: Ovayolu N., Ovayolu Ö., Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, S:254-261
60. Koz M, Sindirim Sistemi Fizyolojisi (Gastrointestinal Sistem (Gis), Erişim: 16.05 2021  
[https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/8356/mod\\_resource/content/1/10.sindirm-sistemi.pdf](https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/8356/mod_resource/content/1/10.sindirm-sistemi.pdf)
61. Bengi, G. (2016). Gastrointestinal Gaz-Beslenme İlişkisi, Tedavide Yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji*, 20(4), 428-436.
62. Taşdemir, N., Şenol Çelik, S. (2010). Hastaların Cerrahi Girişim Sonrası Abdominal Distansiyona Yönelik Deneyimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 26(3):23-31
63. Harnsberger, C. R., Maykel, J. A., & Alavi, K. (2019). Postoperative Ileus. *Clinics in colon and rectal surgery*, 32(3), 166–170. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1677003>
64. Kościelniak-Merak, B., Batko, I., Kobylarz, K., & Tomasik, P. (2018). Postoperative pain after spinal surgery in the paediatric population. *Anaesthesiology intensive therapy*, 50(4), 252–258. <https://doi.org/10.5603/AIT.a2018.0034>
65. Steinbrook R. A. (1998). Epidural anesthesia and gastrointestinal motility. *Anesthesia and analgesia*, 86(4), 837–844. <https://doi.org/10.1097/00000539-199804000-00029>
66. Zhao, S., Chen, F., Feng, A., Han, W., & Zhang, Y. (2019). Risk Factors and Prevention Strategies for Postoperative Opioid Abuse. *Pain research & management*, 2019, 7490801. <https://doi.org/10.1155/2019/7490801>
67. Kehlet, H., & Dahl, J. B. (2003). Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. *Lancet (London, England)*, 362(9399), 1921–1928. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14966-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14966-5)
68. Toleska, M. & Dimitrovski, A. (2019). Is Opioid-Free General Anesthesia More Superior for Postoperative Pain Versus Opioid General Anesthesia in



69. Drouin, J. S., Pfalzer, L., Shim, J. M., & Kim, S. J. (2020). Comparisons between Manual Lymph Drainage, Abdominal Massage, and Electrical Stimulation on Functional Constipation Outcomes: A Randomized, Controlled Trial. *International journal of environmental research and public health*, 17(11), 3924. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113924>
70. Turan N, Atabek Aştı T. Konstipasyon Yönetiminde Abdominal Masajın Önemi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015; 18(2): 148-154.
71. Turan, N. (2012). Abdominal Masajın Konstipasyon ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları ABD. Doktora Tezi. İstanbul.
72. Resedence, T.L., Brocklehurst, J.C. ve O'Neil, P.A. (1993). A Pilot Study On The Effect Of Exercise And Abdominal Massage On Bowel Habit İn Continuing Care Patients. *Clinical Rehabilitation*, 7, 204-209.
73. Scinlair, M. (2011). The use of abdominal massage to treat chronic Constipation. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, 15: 436-445.
74. Erdil F., Elbaş, N. (2001). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Genişletilmiş IV. Baskı, Ankara, Aydoğdu Ofset; 9:117-120.
75. Aydın H. (2019). Jinekolojik Cerrahi Sonrası Sakız Çiğneme ve Sıcak Uygulamanın Hastaların Bağırsak Fonksiyonlarına Etkisinin Karşılaştırılması. Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Bursa.
76. Göymen A, Şimşek Y, Özkaplan ŞE, Özdurak Hİ, Akpak YK, Semiz A, Oral S. Effect of Gum Chewing and Coffee Consumption on Intestinal Motility in Caesarean Sections. *J Clin Anal Med* 2017;8: 411-5.
77. Vasquez W, Hernandez A, Garcia J. Is gum chewing useful for ileus after elective colorectal surgery? A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Gastrointest Surg*. 2009;13: 649–656.

78. Kafalı H, İltemir-Duvan C, Gözdemir E, Simavlı S, Onaran T, Keskin E. Influence of Gum Chewing on Postoperative Bowel Activity after Cesarean Sections. *Gynecologic and Obstetric Investigation*. 2009; 69:84-87.
79. Shang, H., Yang, Y., Tong, X., Zhang, L., Fang, A., & Hong, L. (2010). Gum chewing slightly enhances early recovery from postoperative ileus after cesarean section: results of a prospective, randomized, controlled trial. *American journal of perinatology*, 27(5), 387–391. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1243313>.
80. Kathpalia S. K. (2017). Early Maternal Feeding Versus Traditional Delayed Feeding After Cesarean Section: A Pilot Study. *Journal of obstetrics and gynaecology of India*, 67(3), 178–182. <https://doi.org/10.1007/s13224-016-0949-0>.
81. Jalilian, N., & Ghadami, M. R. (2014). Randomized clinical trial comparing postoperative outcomes of early versus late oral feeding after cesarean section. *The journal of obstetrics and gynaecology research*, 40(6), 1649–1652. <https://doi.org/10.1111/jog.12246>.
82. Hsu YY, Hung HY, Chang SC, Chang YJ. Early oral intake and gastrointestinal function after cesarean delivery: A systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*, 2013; 6: 1327–1334.
83. Birlikbaş S, Bölükbaş N. (2019). ERAS Rehberleri cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolleri Ordu University Journal of Nursing Studies, 2(3), 194-205.
84. Teoh WHL, Shah MK, Mah CL. A randomised controlled trial on beneficial effects of early feeding post-caesarean delivery under regional anaesthesia. *Singapore Med J*, 2007; 2: 152-157.
85. Huang, H., Wang, H., & He, M. (2016). Early oral feeding compared with delayed oral feeding after cesarean section: a meta-analysis. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 29(3), 423–429. <https://doi.org/10.3109/14767058.2014.1002765>.

86. Kenyon-Smith, T., Nguyen, E., Oberai, T., & Jarsma, R. (2019). Early Mobilization Post-Hip Fracture Surgery. *Geriatric orthopaedic surgery & rehabilitation*, 10, 2151459319826431. <https://doi.org/10.1177/2151459319826431>.
87. Vermişli, S., Çam, K. (2015). Ürolojik Radikal Cerrahi Sonrası Erken Mobilizasyonun Etkinliği. *Bulletin of Urooncology*;14:324-326.
88. Castro, E., Turcinovic, M., Platz, J., & Law, I. (2015). Early Mobilization: Changing the Mindset. *Critical care nurse*, 35(4), e1–e6. <https://doi.org/10.4037/ccn2015512>.
89. İzveren, A., Dal, Ü. (2011). Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Görülen Erken Dönem Sorunları ve Bu Sorunlara Yönelik Hemşirelik Uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 36-46.
90. Çınar, V. (2005). Batın Ameliyatı Geçiren Hastalarda Erken Mobilizasyonun Bağırsak Fonksiyonlarına Etkisinin Değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Afyon.
91. Orji, E. O., Olabode, T. O., Kutu, O., & Ogunniyi, S. O. (2009). A randomised controlled trial of early initiation of oral feeding after cesarean section. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 22(1), 65–71. <https://doi.org/10.1080/14767050802430826>.
92. Abd Rabbo, S. (1995). Early Oral Hydration: a novel regimen for management after elective cesarean section. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, 21(6): 563-567.
93. <https://www.msxlab.org/forum/tip-bilimleri/200039-sindirim-sistemi-nedir-sindirim-sisteminin-yapisi-ve-gorevleri.html>.
94. Mba, S. G., Dim, C. C., Onah, H. E., Ezegwui, H. U., & Iyoke, C. A. (2019). Effects of early oral feeding versus delayed feeding on gastrointestinal function of post-caesarean section women in a tertiary hospital in Enugu,

- Nigeria: A randomized controlled trial. *Nigerian journal of clinical practice*, 22(7), 943–949. [https://doi.org/10.4103/njcp.njcp\\_353\\_16](https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_353_16).
95. Adupa, D., Wandabwa, J., & Kiondo, P. (2003). A randomised controlled trial of early initiation of oral feeding after caesarean delivery in Mulago Hospital. *East African medical journal*, 80(7), 345–350. <https://doi.org/10.4314/eamj.v80i7.8716>.
  96. Roslan, F., Kushairi, A., Cappuyns, L., Daliya, P., & Adiamah, A. (2020). The Impact of Sham Feeding with Chewing Gum on Postoperative Ileus Following Colorectal Surgery: a Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *Journal of gastrointestinal surgery : official journal of the Society for Surgery of the Alimentary Tract*, 24(11), 2643–2653. <https://doi.org/10.1007/s11605-019-04507-3>.
  97. Zhu, Y. P., Wang, W. J., Zhang, S. L., Dai, B., & Ye, D. W. (2014). Effects of gum chewing on postoperative bowel motility after caesarean section: a meta-analysis of randomised controlled trials. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 121(7), 787–792. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12662>.
  98. Liu, S., Liston, R. M., Joseph, K. S., Heaman, M., Sauve, R., Kramer, M. S., & Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System (2007). Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 176(4), 455–460. <https://doi.org/10.1503/cmaj.060870>.
  99. AlSheeha M. A. (2018). Epidemiology of Cesarean Delivery in Qassim, Saudi Arabia. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 6(5), 891–895. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.213>.
  100. Azami-Aghdash, S., Ghojzadeh, M., Dehdilani, N., Mohammadi, M., & Asl Amin Abad, R. (2014). Prevalence and Causes of Cesarean Section in Iran: Systematic Review and Meta-Analysis. *Iranian journal of public health*, 43(5), 545–555.
  101. Villar, J., Valladares, E., Wojdyla, D., Zavaleta, N., Carroli, G., Velazco, A., Shah, A., Campodónico, L., Bataglia, V., Faundes, A., Langer, A.,

- Narváez, A., Donner, A., Romero, M., Reynoso, S., de Pádua, K. S., Giordano, D., Kublickas, M., Acosta, A., & WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group (2006). Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet (London, England)*, 367(9525), 1819–1829. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)68704-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68704-7).
102. Bülbül, M. (2021). Primer Sezaryen Doğum Oranını Etkileyen Faktörler. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 47 (1), 111-115. DOI: 10.32708/uutfd.884418.
103. Özer Yurdal, N, Gercek, E. (2021). Sezaryen Doğuma Etik İlkeler Kapsamında Hemşirelik Yaklaşımı. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 7 (1), 97-119. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/kashed/issue/62207/792931>.
104. Mulayim, B., Celik, N. Y., Kaya, S., & Yanik, F. F. (2008). Early oral hydration after cesarean delivery performed under regional anesthesia. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 101(3), 273–276. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2007.11.023>.
105. Supattanarungsi W. Chullapram.T. (2021). Returning of Bowel Function in Early Versus Delayed Oral Feeding after Cesarean Delivery. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*,29,92-99.
106. Polat, İ. (2018). Obstetrik ve Perinatolojik Girişimler ve ERAS. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*, 10:33-40.
107. Gocmen A, Gocmen M, Saraogolu M. Early post-operative feeding after caesarean delivery. *J Int Med Res* 2002;30:506-11.

## 10. EKLER

### Ek: 1.

#### Hasta Tanılama Formu

Adı Soyadı :

Tarih :

Anket No :

1.Yaşınız: .....

2.Eğitim düzeyiniz: a) İlkokul b) Ortaokul c)Lise d) Üniversite ve ↑

3. Kronik hastalığınız varmı ?(şeker,tansiyon vb.) a) Var ise .....

b) Yok

4. Kullandığınız ilaç ya da ilaçlar var mı? a) Var ise.....

b) Yok

5.Kaçıncı gebelik : a) İlk b) İki c) Üç ve üzeri

6.Önceki gebeliklerinizin doğum şekli nedir?( ilk gebelikse 9. soruya geçiniz)

a) Normal b) Sezaryen c) Düşük/ Kürtaj

7.Önceki doğumunuz sezaryen ise ameliyattan sonra gaz çıkarma ya da bağırsaklarınızla ilgili sorun yaşadınız mı?

a) Evet b) Hayır

8. Bu doğumunuz da sezaryen olma nedeniniz nedir?

a) Tıbbi gereklilik b) Kendi isteğimle

9. Doğum öncesi bağırsak alışkanlığınız nasıldır?

a)Her gün b)İki günde bir c)3-5 günde bir d)değişken

10. Sezaryen sonrası sizi zorlayan durumlar nelerdir? Birden fazla seçeneği

işaretleyebilirsiniz.

a) Karın bölgesinde ağrının olması,

b) İdrar sondasının olması,

c) Ameliyat sonrası gaz çıkaramama,

d) Hareketlerinin kısıtlı olması,

e) Sütün geç salınması,

f) Kişisel ve bebeğin bakımını rahat yapamama,

g) Diğer.....

**Ek: 2**

**Sezaryen Ameliyatı Sonrası Müdahale Grubu Hasta Takip Formu**

Hastanın Ameliyata İndiği Saat	
Hastanın Ameliyat Sonrası Servise Kabul Edildiği Saat	
Hastanın İlk Oral Sıvı Beslenmesinin Başlandığı Saat	
Hastanın İlk Mobilizasyonunun Yapıldığı Saat	
İlk Gaz Çıkarma Saati	



**Ek: 3**

**Sezaryen Ameliyatı Sonrası Kontrol Grubu Hasta Takip Formu**

Hastanın Ameliyata İndiği Saat	
Hastanın Ameliyat Sonrası Servise Kabul Edildiği Saat	
Hastanın İlk Oral Sıvı Beslenmesinin Başlandığı Saat	
Hastanın İlk Mobilizasyonunun Yapıldığı Saat	
İlk Gaz Çıkarma Saati	

**Ek: 4**

## **Müdahale ve Kontrol Grubu Gönüllü Onam Formu**

### **GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

Sayın katılımcı,

Bu araştırma da; erken oral beslenmenin ve erken mobilizasyonun sezaryen sonrası gaz çıkışına etkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Araştırma da size konuyla ilgili sorulardan oluşan anket formu ve çalışmayı yapanın takibimden oluşan ‘Sezaryen Ameliyatı Sonrası Hasta Takip Formu’ formu doldurulacaktır. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için araştırmacıya ~~05366913994~~ numaralı telefonda ulaşabilirsiniz. Tamamen akademik amaçlı olan bu araştırma için herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve katılımcıya herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Anket formunu doldurmak yaklaşık 5 dk. sürecektir.

Bu çalışmaya katılıp katılmama konusunda hiçbir zorunluluğunuz bulunmamaktadır. Çalışmaya katılmak istemezseniz ya da çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılmak isterseniz araştırmacıyı haberdar ederek, çalışmadan çekilebilirsiniz. Bu çalışmaya katılmada kayıtlar yasaların öngördüğü şekilde ve araştırmacı tarafından toplanacak, veriler güvenli bir şekilde saklanacaktır. Araştırmanın sonuçları kongrelerde sunulabilir veya bilimsel amaçlı yayınlanabilir. Ancak bu durumda kimlik bilgileriniz hiçbir şekilde açıklanmayacaktır.

#### **Çalışmaya Katılma Onayı**

Sayın Ebe Meliha Baş tarafından Prof. Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi’nde akademik bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim.)

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir dūřünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğınının bir kopyası bana verilecektir.

#### GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih: .....

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)


Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-soyadı, İmzası

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı-soyadı, İmzası, Görevi


Ek 5.

## Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi İçin İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İzni



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA MERKEZİ  
2021/02/16/2021-E-15916306-604.01-11



00135465048

Sayı : E-15916306-604.01.01  
Konu : Meliha BAŞ'ın Çalışması Hk.

**GÖZTEPE PROF. DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİNE**

İlgi : 16.02/2021 tarihli ve 23898784-604.01.01-01-11 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazı ile Hastaneniz Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde Ebe olarak görev yapan Meliha BAŞ'ın, Dr. Öğr. Üyesi Asiye KOCATÜRK danışmanlığında, '*Sezaryan Ameliyatı Sonrası Oral Svc. Alımına Erken Başlanılmasının ve Erken Mobilizasyonun Gaz Çıkışına Etkisi*' başlıklı çalışması, Müdürlüğümüze bağlı kurumda yayına talebi birbirinize iletilmiş olup, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu 09.03.2021 tarih ve 2021/08 sayılı kararına uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (Başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması ve araştırmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğini başvuru sahibine tebliği hususunda;


Gereğini bilgilerinize rica ederiz.

**Uz. Dr. Hasan Basri VELLOGLU**  
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 01a276d7-44ee-413b-9bdc-e03d19b7fed | Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ehys>  
İstanbul Cad. Generali Kani Fırtın Sok. no 8/1 Bakırköy/İstanbul  
Telefon: Faks No  
e-Posta: [leyla.ozelik.2@saglik.gov.tr](mailto:leyla.ozelik.2@saglik.gov.tr) | İnternet Adresi:

Bilgi için: Leyla ÇELİK  
TIBBİ SEKRETER  
Telefon No: [REDACTED]



## 11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : E-10840098-772.02-2662  
Konu : Etik Kurulu Kararı

27/01/2021

**Sayın Meliha BAŞ**

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Sezaryan Ameliyatı Sonrası Oral Sıvı Alımına Erken Başlanılmasının ve Erken Mobilizasyonun Gaz Çıkışına Etkisi" isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu karar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurulu Başkanı

Ek:  
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrakınızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 01A9FB2CX9 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi (Ana Yerleşke Rektörlük)  
Kavacık Mah. Ekinçiler Cad. No: 19, Kavacık Kireççi, 34810 Beykoz, İstanbul  
T: 444 85 44 F: 0212 531 75 55  
E-Posta: [iletisim@medipol.edu.tr](mailto:iletisim@medipol.edu.tr) İnternet Adresi: [www.medipol.edu.tr](http://www.medipol.edu.tr)  
Kep Adresi: medipoluniversitesi@h03.kep.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin: Bilge KAYA  
Tel: 0212 531 75 55 E-Posta: [iletisim@medipol.edu.tr](mailto:iletisim@medipol.edu.tr)



İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sezaryan Ameliyatı Sonrası Oral Sıvı Alımına Erken Başlanılmasının ve Erken Mobilizasyonun Gaz Çıkışına Etkisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADISOYADI	Melih BAŞ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Yüksek Lisans Öğrencisi/Ebelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU**

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	<b>Karar No:98</b>	<b>Tarih: 21/01/2021</b>				
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

**BAŞKANIN UNVANI/ ADI/ SOYADI** Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilgili		Katılım *		İmza
Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ	Tıp Tarihi ve Etik	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Prof. Dr. Mete ÜNGÖR	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Doç. Dr. Mehmet Kemal ÖZDEMİR	Elektrik ve Elektronik	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Doç. Dr. İknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Dr. Öğr. Üyesi Neziha HACİHASANOĞLU ÇAKMAK	Biyokimya	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Dr. Öğr. Üyesi Neriman İpek KIRMIZI	Tıbbi Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur

\* :Toplantıda Bulunma

COVID-19 (Pandemi) nedeniyle etik kurulumuz sanal olarak toplanmış olup kurul üyelerimizden uygunluk kararı sanal ortamda alınmıştır. Araştırmacı tarafından talep edilirse, COVID-19 (Pandemi) sonrası ıslak imzalı karar formu ayrıca hazırlanabilir.

Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sekreteri  
Bilge KAYA