



**SEZARYEN SONRASI UYGULANAN YATAK İÇİ
EGZERSİZLER, ERKEN ORAL HİDRASYON VE
SAKIZ ÇİĞNEMENİN BAĞIRSAK HAREKETLERİ
İLE AĞRI VE EMZİRMEYE ETKİSİ**

Gülsüm GÜNDOĞDU
Ebelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
DoÇ. Dr. Hava ÖZKAN

Doktora Tezi-2019

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SEZARYEN SONRASI UYGULANAN YATAK İÇİ
EGZERSİZLER, ERKEN ORAL HİDRASYON VE SAKIZ
ÇİĞNEMENİN BAĞIRSAK HAREKETLERİ İLE AĞRI VE
EMZİRMeye ETKİSİ**

Gülsüm GÜNDOĞDU

**Ebelik Anabilim Dalı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Hava ÖZKAN**

**ERZURUM
2019**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

**SEZARYEN SONRASI UYGULANAN YATAK İÇİ EGZERSİZLER,
ERKEN ORAL HİDRASYON VE SAKIZ ÇİĞNEMENİN
BAĞIRSAK HAREKETLERİ İLE AĞRI VE EMZİRMEMEYE ETKİSİ**

Gülsüm GÜNDOĞDU

Tez Savunma Tarihi : 08.08.2019

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Hava ÖZKAN (Atatürk Üni.)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Serap EJDER APAY (Atatürk Üni.)

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU (Mersin Üni.)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Handan GÜLER (Cumhuriyet Üni.)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Ayşe Nur AKSOY (Sağlık Bilimleri Üni.)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Enstitü Müdürü

**Doktora Tezi
ERZURUM-2019**

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
TABLolar DİZİNİ.....	IX
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	3
1.2. Araştırmanın Hipotezleri	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Sezaryen Doğum.....	5
2.1.1. Sezaryen Doğum Tarihçesi	5
2.1.2. Sezaryen Doğum Oranları	6
2.1.3. Sezaryen Oranlarındaki Artış Nedenleri.....	7
2.1.4. Sezaryen Doğum Endikasyonları.....	7
2.1.5. Sezaryen Doğum Kontrendikasyonları	8
2.1.6. Sezaryen Doğum Sonrası Komplikasyonlar	8
2.2. Sezaryen Doğum ve Anestezi	9
2.2.1. Genel Anestezi	9
2.2.2. Spinal Anestezi	10
2.3. Sezaryen Doğum ve Gastrointestinal Sistem.....	13
2.3.1. Gastrointestinal Sistemin Anatomisi	13
2.3.2. Gastrointestinal Sistemin Fizyolojisi	18
2.3.3. Gastrointestinal Sistem Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi	21

2.4. Sezaryen ve Gastrointestinal Sistem Komplikasyonları	23
2.5. Sezaryen Sonrası Gastrointestinal Sistem ve ERAS Protokolü.....	26
2.5.1. Ambulasyon ve Mobilizasyonun Sağlanması.....	27
2.5.2. Erken Oral Besleme (Early Oral Feeding (EOF))	28
2.5.3. Sakız Çiğneme	30
2.6. Sezaryen Doğum ve Ağrı.....	32
2.7. Sezaryen Doğum ve Emzirme	35
2.8. Sezaryenli Kadınlarda Bağırsak Hareketleri İle Ağrı ve Emzirmede Ebenin Rolü. 40	
3. MATERYAL VE METOD	42
3.1. Araştırmanın Türü.....	42
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	42
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	43
3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	44
3.5. Veri Toplama Araçları	44
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	44
3.5.2. Görsel Kıyaslama Ölçeği (Visual Analogue Scale (VAS))	45
3.5.3. LATCH Emzirme Tanılama ve Ölçüm Aracı	45
3.6.1. Ön Test Verilerinin Toplanması	47
3.6.2. Kontrol Grubu Son Test Verilerinin Toplanması	47
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	51
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	51
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri	51
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellebilirliği.....	52
4. BULGULAR.....	54
5. TARTIŞMA.....	62

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	70
KAYNAKLAR	72
EKLER	95
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	95
EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU	96
EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU	97
EK-4. KURUM İZNİ	98
EK-5. KİŞİSEL BİLGİ FORMU	99
EK-6. GÖRSEL KİYASLAMA ÖLÇEĞİ (VISUEL ANALOG SKALA-VAS)...	101
EK-7. LATCH EMZİRME TANILAMA VE DEĞERLENDİRME ÖLÇÜM ARACI	102
EK-8. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	103
EK-9. KONTROL GRUBU İZLEM FORMU	104
EK-10. YATAK İÇİ EGZERSİZLER GRUBU İZLEM FORMU	105
EK-11. ERKEN ORAL HİDRASYON GRUBU İZLEM FORMU	106
EK-12. SAKIZ ÇİĞNEME GRUBU İZLEM FORMU	107
EK-13. DOKTORA TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI.....	108

TEŞEKKÜR

Lisans ve Doktora eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, anlayışlı ve yapıcı tutumuyla desteğini esirgemeyen her zaman yanımda olan değerli hocam danışmanım Sayın Doç. Dr. Hava ÖZKAN'a

Tez izleme komitesinde yer alarak değerli görüş ve önerileri ile tezimize katkıda bulunan hocalarım Sayın Prof. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU ve Doç. Dr. Serap EJDER APAY'a,

Tezim savunma sınavıma katılarak verdikleri değerli katkılarından dolayı jüri üyeleri Sayın Doç. Dr. Handan GÜLER ve Sayın Doç. Dr. Ayşenur AKSOY'a,

Erzincan Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum doktorları ve Kadın Doğum Servisi ebe, hemşire ve personeline,

Araştırmaya destek veren tüm annelere,

Her zaman yanımda olan anneme ve aileme,

Değerli arkadaşlarım Zehra Demet ÜST TAŞĞIN, Ayşe AYDIN, Safiye AĞAPINAR ŞAHİN, Dilek BULUT AŞKAR, Nurten ASLAN IŞIK ve Gülsün AYRAN'a

Bilgisi ve çalışkanlığıyla örnek bir ebe olan, çalışmamım veri toplama aşamasında çok desteğini gördüğüm, trafik kazasında hayatını kaybeden fakat ömrümce kalbimde olacak canım arkadaşım Aygül KARTAL'a teşekkür ederim.

Gülsüm GÜNDOĞDU

ÖZET

Sezaryen Sonrası Uygulanan Yatak İçi Egzersizler, Erken Oral Hidrasyon ve

Sakız Çiğnemenin Bağırsak Hareketleri ile Ağrı ve Emzirmeye Etkisi

Amaç: Araştırma; sezaryen sonrası uygulanan yatak içi egzersizler, erken oral hidrasyon ve sakız çiğnemenin bağırsak hareketleri ile ağrı ve emzirmeye etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metod: Araştırma Doğu Anadolu Bölgesi’deki bir araştırma hastanesinin Kadın Doğum Servisi’nde 29 Ağustos 2017-30 Mart 2018 tarihleri arasında ön test son test kontrol gruplu deneysel türde yapılmıştır. Araştırma örnekleme güç analizi ile belirlenmiştir. Kontrol grubu 55, yatak içi egzersiz 48, erken oral hidrasyon 49 ve sakız grubu 46 olmak üzere 198 kadından oluşan bu çalışmada üç deney ve bir kontrol grubu bulunmaktadır. Araştırma verileri “Kişisel Bilgi Formu”, “Görsel Kıyaslama Ölçeği” ve “LATCH Emzirme Tanılama ve Ölçüm Aracı” kullanılarak toplanmıştır. Deney ve kontrol grubunu oluşturan kadınlar sezaryen sonrası odaya geldikten sonraki ilk saatte ağrı, emzirme ve bağırsak sesleri değerlendirilmiştir. Kadınlar taburcu olmadan önce emzirme durumları tekrar değerlendirilmiştir. Bağırsak hareketleri tüm gruplarda saat olarak kaydedilmiş ve bağırsak hareketlerinden sonra ağrı durumları değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Shapiro Wilks testi, Ortalama, Standart sapma, Frekans, ANOVA test, post hoc testleri, Ki-Kare, Continuity (Yates) Düzeltmesi ve Fisher Kesin Ki-Kare testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Yapılan analiz sonucunda tanıtıcı özelliklerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bağırsak hareketi sonrası VAS ve taburculuk öncesi değerlendirilen LATCH puan ortalamaları gruplar arası ve grup içi değerlendirildiğinde aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Deney grupları ve kontrol grubu arasında bağırsak hareket zaman ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Sonuç: Sezaryen sonrası uygulanan yatak içi egzersizler, erken oral hidrasyon ve sakız çiğnemenin sezaryen sonrası ağrıyı azalttığı, emzirme başarısı ve bağırsak hareketlerini etkilemediği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, bağırsak hareketi, ebe, emzirme, kadın, sezaryen

ABSTRACT

The Effect of the In-Bed Exercises, Early Oral Hydration and Chewing Gum on Bowel Movements, Pain and Breastfeeding after Cesarean Section

Aim: The study was conducted to determine the effect of the in-bed exercises, early oral hydration and chewing gum on bowel movements, pain and breastfeeding in women who underwent cesarean section.

Materials and Methods: This study was conducted in experimental research design with pre-test, post-test and control group between August 29 2017 and March 30 2018 in maternity clinic of a research hospital in the Eastern Anatolia Region, Turkey. The sample size was determined by the power analysis. Consisting of three experimental groups and one control group, this study was conducted with a total of 198 women, of which 55 were in the control group, 48 in the in-bed exercise group, 48 in the early oral hydration group, and 46 were in the gum chewing group. The study data were collected using the "Personal Information Form", the "Visual Analog Scale (VAS)" and the "LATCH Breastfeeding Assessment Tool". Pain, breastfeeding and bowel sounds were evaluated in the first hour after arrival of the women in the experimental and control groups into the room following the c-section procedure. Breastfeeding status of the women were re-assessed before their discharge. Bowel movements were recorded hourly in all groups and pain conditions were evaluated after bowel movements. The Shapiro Wilks test, Mean, Standard Deviation, Frequency, ANOVA test, post hoc tests, Chi-Square, Continuity (Yates) Correction and Fisher Exact Chi-square tests were used in the evaluation of the data.

Results: As a result of the analysis, there was no statistically significant difference between the groups according to their descriptive characteristics ($p>0.05$). The intra- and inter-group differences between VAS scores after bowel movements and LATCH score averages assessed before discharge were found to be statistically significant ($p<0.05$). There was no statistically significant difference between the mean bowel movement times of the experimental groups and the control group ($p>0.05$).

Conclusion: In-bed exercises, early oral hydration and chewing gum were found to reduce pain after c-section, but they had no effect on breastfeeding success and bowel movements.

Keywords: Breastfeeding, bowel movement, cesarean section, midwife, Pain women

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AAP	: Amerikan Pediatri Akademisi
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ERAS	: Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme
GİS	: Gastrointestinal Sistem
GKÖ	: Görsel Kıyaslama Ölçeği
GR	: Gram
IV	: İntravenöz
KES	: Kauda Equina Sendromu
LATCH	: Emzirme Tanılama ve Değerlendirme Ölçeği
LT	: Litre
ML	: Mililitre
NSAİD	: Non Steroidal Antiinflatuar İlaçlar
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
POI	: Postoperatif Paralitık İleus
PDPH	: Postural Ponksiyon Baş Ağrısı
SB	: Sağlık Bakanlığı
CM	: Santimetre
SPSS	: Statistical Pachage for Social Science
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
VAS	: Visuel Analog Scala

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 3.1. Araştırmanın Uygulama Akış Şeması 53



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Grupların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	54
Tablo 4.2. VAS Puan Ortalamalarının Ölçüm Zamanlarına Göre Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması	58
Tablo 4.3. LATCH Puan Ortalamalarının Ölçüm Zamanlarına göre Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması	60
Tablo 4.4. Grupların Bağırsak Sesi, Gaz Çıkarma ve Defekasyon Zamanlarına göre Karşılaştırılması	60

1. GİRİŞ

Doğumun vajinal yolla gerçekleşmesinin mümkün olmadığı, vajinal doğumun anne ve fetuse daha fazla zarar vereceği veya doğumun bir an önce gerçekleşmesi gereken riskli durumların varlığında, yaşama kapasitesine erişmiş 500 gr ve üstü ağırlıktaki fetusun ekleriyle beraber abdomen ve uterus ön duvarına yapılacak insizyonla doğurtulması sezaryen doğum olarak tanımlanmaktadır.^{1(s.544), 2(s.1026)}

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre 1993 yılında %7 olan sezaryen doğum oranı 2013 yılında %48'e ulaşmıştır.³ Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2015 verilerine göre ise Türkiye Dünya'da en yüksek sezaryen oranlarına sahip ilk beş ülke içinde (Dominik Cumhuriyeti %56.4, Brezilya %55.6, Mısır %51.8, Türkiye %50.4, İran %48) dördüncü sırada ve 2015 yılında Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) ülkeleri içinde %53.1 oranıyla birinci sırada yer almıştır.⁴ Sağlık Bakanlığı 2018 Faaliyet Raporu'nda ise ülkemizdeki sezaryen oranı %51.7 olarak belirtilmiştir.⁵

Tıbbi, hukuki, psikososyal ve ekonomik nedenlerin etkisiyle giderek artış göstermekte olan sezaryen doğum, zorunluluk durumunda yapılması gereken bir ameliyat olup vajinal doğumla karşılaştırıldığında maternal ve fetal morbidite ve mortalite riskini yaklaşık 7 kat arttıran majör ve minör komplikasyonları beraberinde getirmektedir.⁶⁻⁸ Bu komplikasyonların büyük çoğunluğu gastrointestinal sistem (GİS) sorunlarından oluşmak olup %0.9-21.5 insidansa sahip olan paralitik ileus daha ciddi sonuçları nedeniyle bulantı, kusma, distansiyon, diyare ve konstipasyon gibi diğer GİS sorunlarından daha fazla önem arz eder.⁹⁻¹¹

Kullanılan anestezi, cerrahi süresinin artması, narkotik ilaçlar, otonom sinir sistemi değişiklikleri, kan kayıpları, elektrolit dengesizlikleri, bağırsakların manipulasyonu, cerrahi öncesi uzun açlık hali, önceki ameliyatlara bağlı adezyonlar gibi pek çok neden paralitik ileusa zemin hazırlamaktadır.¹²⁻¹⁴ Cerrahi sonrası iyileşmenin

önemli parametresi olarak kabul edilen ileusun teşhiş ve tedavisi geciktirildiğinde; distansiyon ve ağrıda artış, yara iyileşmesinde gecikme, emboli ve atalektazi gibi kardiopulmoner bozulmalar, yarada açılma, intravenöz sıvı gereksiniminde artış, hastane kaynaklı enfeksiyon riskinde artış, ambulasyon ve mobilizasyonda gecikme, anoreksia, hasta memnuniyetinde azalma, hastane yatışlarında daha fazla uzama ve tıbbi ve bakım harcamalarında artışa neden olmaktadır.¹²⁻¹⁴

Sezaryen olan her beş kadından birinde; insizyon, birden fazla kasın gerilmesi, doku ve organ travması, sinirlerde harabiyet ve uterin kontraksiyon gibi nedenlerle postoperatif dönemde orta ve şiddetli düzeyde akut ağrı beklenmektedir. Bu ağrı özellikle ilk iki gün belirgin olmaktadır. Bu ağrıya ileus ta eklenince ağrının şiddeti daha da artmaktadır.¹⁵⁻¹⁸

Anne sütü yaşamın ilk 6 ayında bebeğin tüm besin ihtiyacını karşılayan, besleyici özelliği çok yüksek olan, zahmetsiz, içeriği bebeğin ihtiyacına göre değişen, sterilitesi yüksek ideal bir besindir.^{19(s.51)} Sezaryen doğum, annenin emzirmesine engel olmamakla birlikte fiziksel ve duygusal nedenlerden dolayı vajinal doğuma göre ilk emzirme zamanı, gecikmiş emzirme başlangıcı, sadece anne sütü ile besleme oranlarının azalması hatta sürecin tamamen durdurulması ile ilişkili olabilmektedir.²⁰⁻²²

Sezaryen sonrası kontrol altına alınamayan ağrının süt yapımı ve salgılanmasını baskılaması, kullanılan anesteziğin anneyi ve bebeği uykulu yapması, annenin odaya geliş saatinin uzun olması, dren ve kateter varlığı, bulantı-kusma, konforda bozulma, annenin aç ve susuz olması, mobilizasyonda gecikme, ileus gibi komplikasyonların gelişimi gibi birçok faktör emzirmenin başlatılması ve sadece anne sütü ile beslenmeyi azaltarak mama, biberon ve emzik kullanma ile emzirmeyi erken bırakma durumlarına neden olabilmektedir.²³⁻²⁵

Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Prokoton (Enhanced Recovery After Surgery: ERAS) obstetrik cerrahide de yaygın bir kullanım alanı bulmuştur. ERAS protokolü ameliyat öncesinde, sırasında ve sonrasında olmak üzere her aşamada farklı kanıta dayalı uygulamalardan oluşmaktadır. ERAS protokolü kapsamlı, kanıta dayalı, multidisipliner tedavi ve bakım ile cerrahinin oluşturduğu stres tepkisini azaltır, hastanın fizyolojik ve psikolojik fonksiyonları iyileştirir ve postoperatif komplikasyon oranlarını düşürür.^{18, 25-27} Ayrıca ERAS protokolü ağrıyı azaltması, bağırsak hareketlerini erken başlatması ve günlük aktivitelere dönüşü hızlandırması nedeniyle annenin uygun emzirme pozisyonunu alabilme ve emzirmenin başlatılıp sürdürülmesinde etkili olmaktadır.²⁸

Sezaryen sonrası verilecek bakım ameliyat öncesi dönemden başlanarak kadının isteklerine duyarlı ve ihtiyaçlarına cevap veren, duygusal yönü ihmal edilmemiş iyileştirme ve memnuniyeti artırmaya yönelik kapsamlı ve kaliteli ebek bakımından oluşur.²⁹⁻³¹ Ebeler hastanedeki rutin postoperatif bakımın dışında kanıta dayalı multidisipliner bakımdan oluşan ERAS protokolünü uygulayarak, ağrının azaltılması, gastrointestinal fonksiyonların iyileştirilmesi, günlük yaşam aktivitelerinin normale dönüşünü hızlandırması ve buna bağlı olarak etkili emzirmenin başlatılıp sürdürülmesi ile verdikleri bakımının kalitesini artıracaklardır. Ayrıca anne memnuniyetini arttırarak lohusalıkta ortaya çıkabilecek ruhsal problemlerin daha az görülmesine katkı sağlanacaktır. Bunun yanı sıra verilen bu bakım ile kadının daha kısa sürede iyileşmesi sağlanarak hem kendi ekonomisine hem de ülke ekonomisine fayda sağlanacaktır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; sezaryen sonrası uygulanan yatak içi egzersizler, erken oral hidrasyon ve sakız çiğnemenin bağırsak hareketleri ile ağrı ve emzirmeye etkisini belirlemektir.

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Yatak içi egzersiz uygulamasının bağırsak hareketlerine etkisi vardır.

H₂: Yatak içi egzersiz uygulamasının ağrıya etkisi vardır.

H₃: Yatak içi egzersiz uygulamasının emzirmeye etkisi vardır.

H₄: Yatak içi egzersiz uygulamasının bağırsak hareketlerine etkisi yoktur.

H₅: Yatak içi egzersiz uygulamasının ağrıya etkisi yoktur.

H₆: Yatak içi egzersiz uygulamasının emzirmeye etkisi yoktur.

H₇: Erken oral hidrasyon uygulamasının bağırsak hareketine etkisi vardır.

H₈: Erken oral hidrasyon uygulamasının ağrıya etkisi vardır.

H₉: Erken oral hidrasyon uygulamasının emzirmeye etkisi vardır.

H₁₀: Erken oral hidrasyon uygulamasının bağırsak hareketine etkisi yoktur.

H₁₁: Erken oral hidrasyon uygulamasının ağrıya etkisi yoktur.

H₁₂: Erken oral hidrasyon uygulamasının emzirmeye etkisi yoktur.

H₁₃: Sakız çiğneme uygulamasının bağırsak hareketine etkisi vardır.

H₁₄: Sakız çiğneme uygulamasının ağrıya etkisi vardır.

H₁₅: Sakız çiğneme uygulamasının emzirmeye etkisi vardır.

H₁₆: Sakız çiğneme uygulamasının bağırsak hareketine etkisi yoktur.

H₁₇: Sakız çiğneme uygulamasının ağrıya etkisi yoktur.

H₁₈: Sakız çiğneme uygulamasının emzirmeye etkisi yoktur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sezaryen Doğum

Anne ve fetüsün morbidite ve mortalite riskinde artış olduğu ve doğumun vajinal yolla gerçekleşmesini engelleyen nedenlerin mevcudiyetinde; 500 gr ve daha fazla ağırlığa sahip 20 haftanın üzerindeki fetus ve eklerinin (plasenta, membranlar) abdomen ve uterusun ön duvarına yapılan insizyonla doğurtulması sezaryen doğum olarak tanımlanır. Eğer fetus dış ortamda yaşayabilecek olgunluğa sahip değilse bu sezaryen doğum değil abdominal histeretomi olarak değerlendirilir.^{1(s.544), 2(s.1026)} Kadın ilk kez sezaryen olmuşsa ise buna primer, ikinci kez sezaryen ameliyatı olursa geçirilmiş, ikiden fazla sezaryen ameliyatı olmuşsa buna mükerrer (tekrarlı) ve doğum eylemi başlamadan yapılan sezaryene ise elektif sezaryen denir. Sezaryen ameliyatında uterin alt segment transvers insizyonları daha az kan kaybına neden olması, onarımının kolay olması, daha düşük rüptür olasılığı ve daha iyi kozmetik sonuçlar sağlaması nedeniyle daha sık tercih edilir.^{1(s.545), 2(s.1026), 32}

2.1.1. Sezaryen Doğum Tarihçesi

Sezaryenin tarihçesi oldukça eski olup bu konuda tartışılmalı bilgiler mevcuttur. Sezaryenle ilgili ilk uygulamanın Romalılar zamanında yapıldığı bildirilmektedir. Operasyonun isminin Numa Pompilius'un M.Ö. 8. yy'da ortaya koyduğu bir Roma Yasası'ndan geldiği belirtilmektedir. Bu yasaya göre sezaryen operasyonu gebeliğin son birkaç haftasında ölmek üzere olan kadınlarda bebeği kurtarma umuduyla yapılmıştır. İkinci açıklamada Caesaren kelimesinin Orta Çağ'daki "Caedere (kesmek)" fiilinden türetildiği, section kelimesinin de kesmek anlamına gelen Latince seco kökünden türetildiğidir. Sezar zamanında sezaryenin annenin ölmüş anne ölmek üzere olduğu durumlarda yapıldığı ve dini kurallar gereği fetus ve annenin ayrı ayrı gömülmesinin uygun görülmesi nedeniyle keserek açmak anlamına gelen sezaryen kelimesinin de bu

dönemde kullanıldığı bilinmektedir. Hatta Julies Sezar'ın da sezaryen ile doğduğu ve annesinin doğumdan sonra yaşadığı belirtilse de o günün koşullarında bu operasyon neredeyse istisnasız ölümcül olması nedeniyle bu bilginin doğru olmadığı belirtilmektedir. Üçüncü açıklamada ise bir hayvan bakıcısı olan Nüfer'in eşinin doğumu sezaryen ile yaptığı ve hem anne hem de bebeğin yaşadığı belirtilmektedir. Modern anlamda ilk sezaryen ameliyatı 1881 yılında Alman jinekolog Ferdinand Adolf Kehrer tarafından gerçekleştirilmiştir.^{1(s.545-551), 2(s.1028), 21, 22, 33}

2.1.2. Sezaryen Doğum Oranları

TNSA 2013 yılı verilerine göre, ülkemizde sezaryen oranı %48'dir.³ Sağlık istatistikleri 2015 verilerine göre Dünya'da sezaryen oranı %17, Avrupa bölgesinde %25, üst gelir grubu ülkelerde %28, orta-üst gelir grubu ülkelerde %32, Türkiye'de %53'tür. DSÖ 2015 verilerine göre Türkiye Dünya'da en yüksek sezaryen oranlarına sahip ilk beş ülke içinde (Dominik Cumhuriyeti %56.4, Brezilya %55.6, Mısır %51.8, Türkiye %50.4, İran %48) dördüncü sırada, OECD ülkeleri arasında ise birinci sırada yer almaktadır.⁴ SB 2018 faaliyet raporunda ise sezaryen oranı %51.7 olarak belirtilmiştir.⁵

DSÖ maternal ve perinatal mortalite oranlarını dikkate alarak 1985'den beri hedeflediği ideal sezaryen doğum oranı %10-15 arasında olup; %5'in altında ve %15'in üstündeki sezaryen oranların anne ölümü açısından olumsuz olacağını açıklamıştır.⁴ DSÖ 2015 yılında yayınladığı raporda ise “%10'un üzerindeki sezaryen doğum oranlarının anne ve bebek ölüm hızlarını azaltmadığı, ülkelerin sezaryen doğum oranlarıyla ilgili olarak belirli bir hız hedeflemesinin uygun olmadığını, bu nedenle sezaryenin sadece tıbben gerekli olduğu durumlarda uygulanmasının ideal hedef olması” gerektiğini belirtmiştir.³⁴

2.1.3. Sezaryen Oranlarındaki Artış Nedenleri

Sezaryen oranlarında sürekli artışın sebepleri henüz tam olarak anlaşılamamış olsa da; elektronik fetal monitörün kullanımının yaygınlaşmasıyla fetal sağlığa ilişkin sonuçlara ulaşılabilmesi, cerrahi tekniklerin ve güvenli anestezi yöntemlerinin gelişmesi, antibiyotik ve kan transfüzyonunun kullanımı, anne adayının vajinal doğumdan korkması, sezaryen doğumun bebek için daha güvenli olduğuna dair yanlış bilgi, vajinal doğumun genital organlarda olumsuz değişiklikler yapacağı ile ilgili endişeler nedeniyle kadın ve ailesinin isteği, gebelerde vajinal doğuma yönelik eksik ve hatalı bilgiler, gebe okullarının yeterince yaygınlaşmaması, doğum ünitelerindeki alt yapı yetersizliği, doğumu takip edecek ve yaptıracak yetişmiş nitelikli ebe sayısının yetersizliği, kariyer kaygısı ve ekonomik nedenlerle doğum yaşının yükselmesi, artan obezite, yardımcı üreme tekniklerinin yaygın kullanılması sonucu oluşan çoğul gebelikler, preterm eylemler, sosyoekonomik seviyenin yükselmesi, müdahaleli vajinal doğumların daha az uygulanması, tekrarlı sezaryenlerin artması, sezaryen sonrası vajinal doğumun daha az uygulanması, hastanelerin ticari kaygıları ve artan malpraktis davaları gibi tıbbi, yasal, psikososyal ve maddi faktörler sezaryen doğum oranlarının yükselmesine neden olmaktadır.³⁵⁻³⁸

2.1.4. Sezaryen Doğum Endikasyonları

Sezaryen doğum endikasyonları maternal, fetal, doğum eylemi ve umbilikal kord ve plasenta nedenli olabilir.

- Maternal nedenler; geçirilmiş uterus cerrahisi, önceden yapılan vajinal rekonstruktif tedaviler, eski vajinal doğumdan sonra şiddetli pelvik taban hasarın bulunması, servikal kanser, servikal distosi, uterin segmentte tümör ya da myom nedenli mekanik obstruksiyon, sistemik hastalıklar, vertikal geçişli maternal hastalıklar

- Fetal nedenler; prezantasyon ve pozisyon bozuklukları, çoğul gebelikler, fetal makrosomia, hidrosefali, fetal anomaliler, doğum eyleminden kaynaklı; zarların erken yırtılması ile amniyonitis, doğum eyleminin indüksiyonun başarısız kaldığı durumlarda, yeterli müdahaleye rağmen travayın ilerlememesi, başarısız forseps veya vakum denemesi, başarısız sezaryen sonrası vajinal doğum
- Doğum eylemine ait nedenler; baş-pelvis uyumsuzluğu, uzamış eylem, müdahaleli doğumda başarısızlık
- Umbilikal kord veya plasental nedenler; umbilikal kordon sarkması, plasenta previa ve dekolman plasentadır.^{35, 36, 39(s.308)}

2.1.5. Sezaryen Doğum Kontrendikasyonları

Karın duvarında piyojenik enfeksiyon, intrauterin anomalili fetus, intrauterin ex ve ameliyat için uygun koşulların bulunmaması kontrendikasyonu oluşturur. Sezaryen için geçerli neden olmadığı her durum kontrendikasyon nedenidir.⁴⁰

2.1.6. Sezaryen Doğum Sonrası Komplikasyonlar

Sezaryen gebelik ve doğum eylemi sırasında belirli komplikasyonlar ortaya çıktığında hayat kurtarıcı bir cerrahi işlem olmasına rağmen, vajinal doğum yapan kadınlarla karşılaştırıldığında daha fazla ve daha ciddi fiziksel ve psikososyal sorunları beraberinde getirmektedir. Sezaryen doğumda üreter, mesane ve bağırsak gibi komşu organ yaralanmaları, cerrahiye bağlı organ yapışıklıkları, anestezi komplikasyonları, kardiopulmoner problemler, uterin atoni, plasental yapışma bozuklukları, uterin rüptür⁴¹ kan transfüzyon gereksinimleri, emboli, yara yeri hematomu, yara yeri enfeksiyonu, tromboemboli,⁴² endometrit, idrar yolu enfeksiyonları, bulantı-kusma, paralitik ileus, ağrı, yorgunluk, tekrarlı sezaryenlerde artış, annede psikolojik problemler,⁴³ yenidoğanda solunum problemleri, düşük APGAR skorları, yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatış oranlarında artış, yenidoğanda nekrotizan enterekolit, anne-bebek bağlanmasında

yetersizlikler, yenidoğanda kilo kayıpları, emzirmede başarısızlık, yenidoğan sarılığında artış, sepsis, ilerleyen yıllarda alerjiye yatkınlık, taburculuk zamanının uzaması ve daha fazla ekonomik harcamaya neden olmaktadır.^{2, 39(s.39-40), 44}

2.2. Sezaryen Doğum ve Anestezi

Analjezi lokal olarak uygulanan, vücudun daha büyük bir kısmını etkileyebilen ve acı ve ağrı hissini azaltan uygulamalardır. Anestezi ise ağrı ve acı algısını yok eder ve bazı durumlarda zihinsel farkındalığı da ortadan kaldırır.⁴⁰ Gebelikte kardiovasküler, pulmoner ve gastrointestinal sistemlerin fizyolojik değişiklikleri, kullanılan ilaçların anne ve fetuse etkileri, operasyonun aciliyeti, kontrendike olan durumların varlığı ve annenin istemi sezaryende kullanılacak anestezi yöntemini etkilemektedir.⁴⁵

Bütün analjezi ve anestezi uygulamalarından önce anneye ait kişisel ve obstetrik bilgiler, fizik muayenesi, laboratuvar bulguları, enfeksiyon durumu, mevcut hastalıkları, son yemek yeme zamanı, doğum öncesi eğitim alma durumu, psikolojik problemlerin mevcudiyeti ve ağrı ile baş edebilme durumu sorgulanır.^{46 (s.376-377), 47}

2.2.1. Genel Anestezi

Yüksek konsantrasyonlardaki inhalasyon ajanları, opioid ve kas gevşeticiler kullanılarak hastanın yaşam bulguları kaybedilmeden merkezi sinir sisteminin duyarsızlaştırılmasıyla, motor ve duyu hissini ortadan kaldıran ve geri dönüşlü bilinç kaybı oluşturan anestezi şeklidir.^{46(s.379), 48(s.855), 49}

Genel Anestezinin Avantajları

Genel anestezi bölgesel anestezinin kontrendike olduğu, hastanın bölgesel anesteziyi istemediği, uzun süreli anestezi gereken major cerrahiler ile anne ve fetusun yaşamı risk altında olduğu acil durumlarda süratli bir şekilde doğumun gerçekleşmesini sağlama avantajlarına sahiptir.^{1(s.559), 50(s.2320)}

Genel Anestezinin Dezavantajları

Genel anestezinin entübasyon başarısızlığı, aspirasyon, bilinç kaybı oluşturma yetersizliği, hipoksemi, hipertansiyon, aritmi gibi hemodinamik bozulmalar, atoni kanamaları, bulantı kusma, ileus, üriner retansiyon, fetus santral sinir sisteminde depresyon, fetal apgar skoru düşüklüğü ve anne-bebek etkileşimini erken dönemde başlatamama gibi dezavantajları bulunmaktadır. Bu nedenle genel anestezi kullanılarak yapılan cerrahilerde sürecin hızla tamamlanması gerekir.^{39, 48(s.856), 50(s.2350-2351), 51}

2.2.2. Spinal Anestezi

Spinal anestezielektif veya acil sezaryenlerde lokal anesteziğin spinal aralıktaki beyin omurilik sıvısı içine verilmesiyle bilinç kaybı oluşturmada, vücudun bazı bölgelerindeki sinir iletilerinin ve ağrı duyusunun ortadan kaldırılmasını sağlar. Abdominal bölge, perine ve alt ekstremitelerde cerrahilerinde kullanılır. Sinir köklerini subaroknid aralıktan geçtikleri bölgede bloke eden spinal anestezi ilk olarak 1899 yılında Alman cerrah August Bier tarafından uygulanmıştır.^{18, 48(s.855), 52(s.304), 53(s.170-171), 54}

Spinal Anestezi Avantajları

Spinal anestezide; toksite riski azdır, düşük yoğun blok etkisi gösterir^{55, 56}, anne ve fetus daha az anestezige maruz kalır, hızlı, etkili, güvenilir, teknik olarak daha kolaydır⁵⁷, yerleştirilecek bir kateterle gerektiğinde uygulama belli aralıklarla tekrar edilebilir, solunum sorunları daha az görülür, hasta tok olsa bile aspirasyon riski düşüktür, fazla kan kaybı riskini azaltır, hasta daha hızlı mobilize olur, derin ven tromboz riski daha düşüktür, cerrahinin oluşturduğu stres tepkisi daha azdır^{50(s.2355)}, fetal etkilenme minimaldir ve annenin uyanık olması nedeniyle anne-bebek etkileşimini erken başlatılabilmesi önemli avantajlarındandır.⁵⁸

Spinal Anestezi Kontrendikasyonları

Spinal anestezide; ponksiyon bölgesinde enfeksiyon, kanama bozuklukları, bakteriyemi, hipovolemi, dirençli tansiyon düşüklüğü, kardiyak yetmezlik, antikoagülan tedavi, nörolojik problemler ve hastanın reddetmesi kesin kontrendikasyonları; umblikus üzerinde büyük insizyon, kronik baş veya sırt ağrısı, üç kez denenmesine rağmen uygulamada başarısızlık, vertebral kolonda deformite, kardiyak lezyon, dermatolojik hastalıklar, cerrahın deneyimsiz olması, hastaya uygun pozisyon verilememesi ve ameliyatın ne kadar süreceğinin bilinmemesi ise göreceli kontrendikasyonları oluşturmaktadır.^{48(s.947-948), 51, 53(s.170-172)}

Spinal Anestezinin Sistemlere Etkisi

Kardiyovasküler Sisteme Etkileri: Sempatik blok seviyesinin yüksekliği ve vagus sinirinin etkilenmesine bağlı olarak kalp atım hızı ve arterial kan basıncı azalır. Venöz sistemde daha fazla olmak üzere hem venöz hem de arterial sistemde dilatasyona neden olur. Periferik vasküler dirençte %18'e varan azalmaya neden olurken kardiyak debide değişme yapması beklenmez fakat yüksek seviyeli blokajlarda kalp atım hızında azalmaya neden olmaktadır. Hastaya göre değişmekle beraber kan basıncı ve koroner kan akımında düşme miyokardın oksijen tüketimini azaltır.^{48(s.947-948), 53(s.174-179)}

Solunum Sistemine Etkileri: Spinal anestezi torakal dört seviyesinin yukarısını etkilemediği sürece sağlıklı hastalarda solunum sisteminde ciddi değişimler yapması beklenmez. Yüksek spinal blokta vital kapasite azalır. Spinal anestezinin frenik sinir, abdominal ve interkostal kaslarda paralizisi, insipiratuvar disfonksiyon ve solunum merkezini hipoperfüzyona uğrattığı durumlarda ekspiratuvar rezerv volümde azalma, öksürememe, sekresyon çıkaramama, dispne, apne ve solunum arresti görülür.^{48(s.947-948),}

53(s.174-179)

Gastrointestinal Sisteme Etkileri: Spinal anestezide parasempatik aktivitenin oluşturduğu hiperperistaltizm, hastalarda bulantı ve kusmaya neden olmaktadır. Bu artmış hiperperistaltizm bağırsaklarda kasılmaları artırır, sfinkterleri gevşetir ve bağırsak problemlerini azaltır. Spinal kan basıncını azaltması paralel olarak hepatik kan akımında azalmaya neden olur.^{48(s.947-948), 53(s.174-179)}

Renal Sisteme Etkileri: Yüksek spinal anestezi renal kan akımında azalma, mesane fonksiyonunun kontrolünü bloke eder ve üriner retansiyona neden olur. Bu durum hastada kataterin uzun süre takılı kalmasına neden olarak üriner sistem enfeksiyonlarına yatkınlığı artırır.^{48(s.947-948), 53(s.174-179)}

Endokrin Sisteme Etkileri: Spinal anestezi cerrahi bölgedeki afferent impulsların bloğu ve adrenal yanıtı azaltarak cerrahiye bağlı stres yanıtını geçici olarak baskılar. Spinal bloğun katekolamin salınımını azaltması cerrahi süresince ritm bozuklukları ve iskemi olasılığını düşürür.^{48(s.947-948), 53(s.174-179)}

Termoregülasyon Üzerine Etkileri: Spinal bloğun oluşturduğu vazodilatasyon, santral ısıнын periferine yeniden dağılımına neden olur. Hastanın yaşıyla ilişkili olarak vücut ısısında 1-2 derece düşme yapar. Spinal anestezi vazokonstrüksiyon ve titreme gibi hipotermiye yönelik savunma mekanizmaları baskılar.^{48(s.947-948), 53(s.174-179)}

Nörolojik Sisteme Etkileri: Spinal anestezide lokal anesteziklerin sefale yayılımı ve afferent uyarıların baskılaması nedeniyle hastada bilinç zayıflığı ve uykuya eğilim görülür. Spinal anestezinin kalıcı nörolojik sorunlar oluşturması genellikle beklenmez.^{48(s.947-948), 53(s.174-179)}

Spinal Anestezinin Komplikasyonları

Spinal anestezi hipotansiyon, bradikardi, kardiyak arrest, bulantı-kusma, başarısız blok, yüksek spinal blok (total spinal anestezi), subdural enjeksiyon, dispne, solunum arresti, postspinal baş ağrısı (postural ponksiyon baş ağrısı, (PDPH)), sırt ağrısı, üriner

retansiyon, anksiyete, korku ve nörolojik komplikasyonlara neden olmaktadır.^{52(s.317-321),}

57-60

2.3. Sezaryen Doğum ve Gastrointestinal Sistem

2.3.1. Gastrointestinal Sistemin Anatomisi

Gastrointestinal sistem (GİS) ya da sindirim sistemi alınan besinlerin sindirim kanalı boyunca ilerlemesini sindirim salgıları ile büyük moleküllerin daha küçük yapı taşlarına parçalanmasını, yapı taşlarının su ve elektrolitlerin emilerek kan dolaşımına geçişini sağlar.^{46(s.473)}

Bir yetişkinin sindirim borusu yaklaşık 7.5 metre (m) uzunluğunda olup ağız, dil, yutak, yemek borusu, mide, ince bağırsak, kalın bağırsak, rektum ve anüsten oluşur. Pankreas ve karaciğer sindirime ve sindirim kanalındaki organların çalışmasına yardımcı olur.^{61(s.275)}

Ağız: Ağız boşluğu önde dudaklar, yanlarda yanaklar ve altta ağız tabanı ile çevrili olup dil, dişler, submandibular ve sublingual ve parotis bezi olmak üzere üç çeşit salgı bezinden oluşmuştur. Bu bezlerin çalışmasını paramempatik sistem artırır sempatik sistem ise azaltır. Ağız, kimyasal ve mekanik sindirimin ilk yeri olarak görev yapar. Ağız mukozası 12 santimetre (cm) uzunluğunda çizgili kas yapısındaki farinksle devam eder.^{61(s.275), 62(s.369), 63(s.384)}

Farenks: Ağızdan gelen yiyecek, içecek ve havanın geçtiği, mukus üreten mukozadan oluşmuş ve kaslı bir organdır. Buradaki kasların kasılmasıyla besin maddeleri özafagusa doğru ilerler.^{61(s.275), 62(s.369), 63(s.384)}

Özafagus (Yemek borusu, Gullet): Farinksten kardiyaya kadar devam eden, 25 cm uzunluğunda, toraksın orta hattında yer alan ve sfinkter sistemi ile çalışan, çizgili ve düz kaslardan oluşmuş bir yutma organıdır. Yutma büyük ölçüde istemli olarak başlatılır daha sonra istemsiz devam eder. Besinler üst özafagus sfinkterini geçtikten sonra peristaltizm

olarak bilenen bir takım koordineli kas kasılmaları ile mideye kadar devam ederler. Özafagusun mideye açıldığı kısma kardia denir. Normalde kapalı olan alt özafagus sfinkteri besin maddesi gelince gevşer ve besinin mideye girmesine izin verir.^{61(s.275), 62(s.369), 63(s.387)}

Mide: Abdomenin sol yukarı bölgesinde, diyafragmanın sol üzerinde yer alan mide üstte özafagus altta duodenum ile birleşir. Özafagus ile birleşim yerinde kardiyak (özafagial sfinkter), duodenum ile birleşim yerinde pilorik sfinkter bulunur. Mide içten dışa doğru mukozaya, submukozaya, kas tabakası ve serozaya tabakalarından oluşur. Kardiyak, fundus, antrum ve pilor bölgelerinden oluşan mide boş iken 15-16 cm uzunluğunda ve 1.5 litre (L) hacmindeydir. Mide mukozasında ekzokrin ve endokrin fonksiyonları olan salgı bezleri bulunur.^{61(s.275), 62(s.369), 63(s.388)}

İnce Bağırsaklar: Yaklaşık 5-6 m uzunluğunda ve 4 cm çapında olup üç anatomik bölümden oluşmuştur. Üst bölümüne duodenum, orta bölümüne jejunum ve alt bölümüne ileum denir. Duodenum 20-30 cm, jejunum 2-8m ve ileum 4m uzunluğundadır. İnce bağırsaklar içten dışa doğru mukozaya, submukozaya, muskularis ve serozaya tabakalarından oluşur. İnce bağırsaklar emilim alanını genişleten villus denen yapılardan ve sindirim enzimi içeren bezlerden oluşmuştur.^{46(s.473), 61(s.275-276), 62(s.369-370), 63(s.392)}

Kalın Bağırsaklar (Kolon): İnce bağırsaklar ileoçekal sfinkter ile kalın bağırsaklara açılır. İleoçekal sfinkter kalın bağırsak içeriğinin geçişini kontrol eder ve bakterilerin ince bağırsağa geçişini engeller. Kalın bağırsak mukozaya, submukozaya, muskularis ve serozaya tabakalarından oluşmuştur. Kalın bağırsak ortalama 150 cm uzunluğunda olup asendan, transvers, desendan, sigmoid kolon ve rektumdan oluşur. Kalın bağırsaklar mukus üretimi, iyon taşınması, vitamin ve suyun emilimi, B12 ve K vitaminleri sentezinde görevlidir. Rektum anüsle sonlanır ve kas yapısında olan internal ve eksternal sfinkterler anal çıkışı kontrol eder.^{61(s.276), 62(s.370), 63(s.399)}

Anus: Anüs internal ve eksternal olmak üzere iki sfinkterden oluşur. Defekasyon enterik ve somatik sinir sistemi düzenlemesiyle gerçekleşir. Kalın bağırsaktaki feçes rektumdan anuse doğru ilerletilir, internal sfinkter daha sonra bu alandaki düz kasın kasılmasının inhibisyonu ile gevşer, eksternal sfinkter istemli olarak gevşetildiğinde defekasyon gerçekleşir.^{61(s.276)}

GİS'in Otonomik Kontrolü: Gastrointestinal sistem otonom sinir sisteminin (OSS) kontrolü altında parasempatik (PSS), sempatik (SSS) ve enterik sinir sistemi (ESS) tarafından uyarılır veya inhibe edilir.^{62(s.369-370), 63(s.377-383)}

Parasempatik Sinir Sistemi (PSS): Hem duyuşal hem de motor bileşenleri bulunan parasempatik innervasyonun kaynağı vagus ve sakral spinal sinirlerdir. Parasempatik sistemin uyarılması özafagus, mide, bağırsak duvarı ve intrinsek sinirsel reflekslerin aktivitesini artırarak peristaltizm ve salgı aktivitesine neden olur. Parasempatik sistem bağırsağın özellikle rektal ve anal bölgelerini daha iyi innerve eder ve enterik sistem genelinde aktivite artışına neden olur. Parasempatik sinir sistemi tarafından doğrudan ya da dolaylı olarak kullanılan nörotransmitterler asetilkolin, gastrin serbestleştirici peptit ve p maddesidir.^{62(s.369-370), 63(s.379)}

Sempatik Sinir Sistemi (SSS): Sempatik torasik ve lomber bölgelerden kaynaklanır ve GİS kanalın tümünü innerve eder. Sempatik sinir sistemi ileoçekal, internal ve anal sfinkter düz kas liflerinde etki gösterir. Sempatik sinir sisteminin uyarılması ile mide, bağırsak hareketleri, gastrin sekresyonları azalır, sfinkterler uyarılır ve besinlerin hareketi engellenir. Sempatik sinir sistemi genel olarak GİS hareketlerinde baskılanmaya neden olur. Başlıca nörotransmitterleri norepinefrin ve nöropeptitdir.^{62(s.369-370), 63(s.377-383)}

Enterik Sinir Sistemi (ESS): Parasempatik sinir sistemi ve SSS'nin sinirleri genellikle ESS'nin bileşenleri ile sinaps yaparlar. ESS miyenterik ve submukozal

pleksuslar şeklinde düzenlenmiştir. Her ne kadar ESS bu dış kaynaklı (ekstrensek) sinir girdileri tarafından düzenleniyor olsa da iç düzenleme (intrensek) ve duyuşsal refleksler aracılığıyla kendi başına da çalışabilmektedir. Enterik sinir sistemi özafagusta başlar anüste sonlanır. Anüste yaklaşık 100 milyon nöron bulunur. Enterik sinir sistemi longitudinal ve sirküler kas tabakaları arasında yer alan dış ağ (aurbach) veya submukozada yer alan iç ağ (meissner) temel olarak GİS salgıları ve lokal kan akımını kontrol eder. Enterik sinir sisteminde; SSS ve PSS kontrolüyle uyarılma veya baskılanma görülür. Bağırsaklardaki motor aktivite, bağırsağın ritmik kasılmalarını ve peristaltik dalgalarının hızını artırır.^{62(s.369-370), 63(s.380)}

Pleksuslar: Miyenterik pleksus yoğun paralel bir nöron düzenlemesi oluşturarak ince bağırsak düz kaslarının etkinliğini düzenler, tonik ve fazik kasılmaların oluşumunda yer alır. Submukozal pleksus öncelikle bağırsak salgıları ve bölgesel emilim ortamını düzenler.^{62(s.369-370), 63(s.377-383)}

Refleksler: Gastrointestinal sistem refleksleri tümüyle sinirsel devrelerden oluşur. Mukozada bir mekanoreseptör veya kemoreseptör uyarılıp sinyali geriye submukozal plekstaki nöronlara iletir. Bu durum submukozal veya miyenterik plekstaki başka pleksus nöronlarını uyarak endokrin veya salgı yapıcı hücreleri düzenler.^{62(s.369-370), 63(s.399)}

Nörotransmitterler: Enterik sinir sistemi iletişimde asetilkolin, norepinefrin, adenozin trifosfat, serotonin, dopamin, kolesistokin, p maddesi ve vazoaktif intestinal polipeptit kullanılan nörotransmitterlerdendir. Bunların çoğunun işlevi bilinmemektedir.^{63(s.379)}

Sinirsel Olmayan Haberleşme Molekülleri: Nörotransmittere ek olarak hormonlar ve parakrin etkili haberleşme molekülleri de GİS işlevi düzenler ve kontrol ederler.^{62(s.369-370), 63(s.381)}

Gastrointestinal sistem peptit hormonları arasında kolesistokinin, gastrin, glikoz bağımlı insülinotropik peptit, motilin ve sekretin sayılır.

Gastrointestinal sistem motilitesinin hormonlar tarafından kontrolü; ^{63(s.381)}

- Gastrin midenin antrum bölgesinden besin alımı ile ilgili uyaranlara cevap olarak salgılanır, midede asit salgısını ve mide mukozasının büyümesini uyarır ve ince bağırsaklara geçer.
- Kolesitokinin duodenum ve jejunum mukozasından salgılanır, safra kesesinin kasılmasını artırarak safranın ince bağırsağa boşalmasını sağlar, yağların sindirim ve emiliminde önemli rol oynar.
- Sekretin asit içerikli mide sıvısına cevap olarak duodenumdan salgılanır, GİS kanalın her tarafında motiliteyi hafifçe baskılayıcı özelliği vardır.
- Gastrik inhibitor peptit ince bağırsaktan salgılanır, ince bağırsağın üst kısmı besin ile dolduğunda midenin motor aktivitesini ve boşalmasını yavaşlatır.
- Motilin açlık sırasında yukarı duodenumdan salgılanır ve GİS motilitesini artırır.

GİS Hareketleri: Gastrointestinal kanalda iki tip hareket meydana gelir. Bunlar sindirim ve emilim için kanal içindeki gıdaları uygun hızla ileriye doğru hareket ettiren ilerletici hareketler ve bağırsak içeriğinin birbiriyle karışmasını sağlayan karıştırıcı hareketlerdir. ^{62(s.369), 63(s.379-380)}

İlerleyici (Peristaltik) Hareketler: Gastrointestinal sistem temel ilerletici hareketi peristaltizm olup bağırsak etrafında kasılan halkalar meydana gelir ve ileriye doğru hareket ederler. Peristaltizmin başlaması için bağırsakların gerilmesi, epitelde kimyasal ve fiziksel irritasyon oluşması gerekir. Peristaltik hareketlerin anüse doğru ilerlemesine bağırsak kanunu denir. Parasempatik sinir sistemi bağırsaklarda güçlü peristaltik kasılmalar oluşturur.

Karıştırıcı Hareketler: Karıştırıcı hareketler sindirim kanalının farklı bölgelerinde farklı şekilde çalışır. Bazı bölgelerde karıştırma görevini peristaltizm gerçekleştirir.

2.3.2. Gastrointestinal Sistemin Fizyolojisi

Sindirim sisteminin başlıca üç fonksiyonu vardır. Bunlar; yiyecek maddelerini sindirim için moleküler hale dönüştürmek, küçük moleküllere ayrılmış bu maddelerin kana absorpsiyonunu sağlamak ve sindirilmeyen ve absorbe edilmeyen yiyecek maddelerinin ve atık ürünlerin vucüttan atılmasını sağlamaktır.^{61(s.275)}

Çiğneme ve Yutma: Ağız; besinlerin vucüda girdiği ve sindirimin başladığı yerdir. Besinleri dişler parçalar, salgı bezleri ıslatır ve dil hareket ettirilmesini sağlar. Tükürük salgısı besinlerin tadı ya da kokusuna bağlı refleks olarak yaklaşık günde 1.5 L kadar salgılanır. Mukus sekresyonu ağız sürekli ıslak tutar, besin atıkları ile üreyen bakterilere karşı dişleri korur ve besinleri ıslatarak kolay yutulmasını sağlar. Besinler çiğnendikten sonra, ıslanır ve parçalanmış halde yutulur. Yutma santral sinir sisteminde medulla oblongataki yutma merkezi tarafından düzenlenir.^{62(s.371), 63(s.385-386)}

- *İstemli Faz:* Oral faz olarak ta bilinir ve ağızdaki lokmanın dil üzerinde yuvarlanıp farinkse doğru itilmesiyle gerçekleşir.
- *İstemsiz Faz:* Faringeal ve özafagial fazdan oluşur.
- *Faringeal Faz:* İstemsiz olarak gelişir, besinin farinksten özafagusa geçişini sağlar. Besinler farinks duvardaki kasların kontraksiyonu ile özafagusa itilir. Bu evrede yumuşak damak çekilir ve burun boşluğunu kapatır, larenks ses tellerini birbirine yaklaştırır. Daha önce larinksin açık olan ağız bu sırada epiglot tarafından kapatılır ve besinlerin larenkse geçmesi engellenir.
- *Özafageal Faz:* Bu evre istemsiz olarak gelişir ve besinlerin mideye iletilmesi ve gastroduodenol içeriğin geri akımının önlenmesidir. Özafagusta normal primer ve sekonder olmak üzere iki tip peristaltik hareket görülür. Primer peristaltizm

yutmanın farinks evresinde farinkste başlayan ve özafagusa yayılan peristaltik dalganın devamıdır. Eğer primer peristaltik dalga özafagustaki besini mideye göndermezse özafagusta kalan besinin özafagus duvarını gerdirmesi sonucu sekonder peristaltik dalgalar gelişir ve besinin tamamı mideye boşalıncaya kadar bu dalgalar devam eder. Peristaltik dalga özafagusa geçtiği zaman kardialar gevşer ve besin mideye iner.^{62(s.371), 63(s.386-387)}

Mide Fonksiyonu: Özafagusun peristaltik dalgası mideyi geçtiği zaman miyenterik inhibitör nöronlarla taşınan bir gevşeme dalgası peristaltizmin önüne geçer. Daha sonra bu dalga özafagusun alt ucuna ulaştığında midenin tamamı, duodenumun bir kısmı gevşer ve böylece özafagusun alt kısmına iletilen besini almak için hazır hale gelirler. Midenin üç fonksiyonu vardır. Bunlar besinlerin duodenumda işlenebilecek duruma gelinceye kadar depo edilmesi, bu besinlerin kimus adı verilen yarı sıvı hale gelinceye kadar gastrik sekresyonlarla karıştırılması, ince bağırsaklarda sindirim ve absorpsiyon için yeterli süreyi sağlamak amacıyla besinlerin yavaş bir şekilde mideden bağırsağa boşaltılmasıdır. Midede günde 2500 ml'ye yakın salgı oluşur ve bu salgıda mukus, bikarbonat, hidroklorik asit, pepsinojen ve intrinsek faktör bulunur.^{62, 63(s.388-390)}

İnce Bağırsak Fonksiyonu: Mideden ince bağırsaklara geçen besinler mekanik ve kimyasal olaylar sonucu sindirilir. Kimusun sindirimi bağırsaktaki mukus, safra ve pankreas enzimleri tarafından; absorpsiyonu ise bağırsağın peristaltik hareketleri sonucu villuslarla temasıyla gerçekleşir. Bağırsak motilitesi sadece peristaltik dalgalarla kimüsü bağlamakla kalmaz aynı zamanda pankreas ve safradan gelen enzimlerle diğer sekresyonların karışmasını sağlar. Parasempatik sinirler bu dalgaları artırırken sempatik sinir uçları ise azaltır.^{62(s.371-372), 63(s.392-395)}

Bağırsak Sekresyonları: Bağırsak sekresyonları hem sulu çözeltiler hem de mukus içerirler. Mukus bağırsağı korumak üzere kimusun kayganlaştırılması için önemlidir. Bu

sayede peristaltik kasılmalar kimüsü daha iyi ilerletebilir. Karbonhidrat, protein, lipidlerin sindirimi ve emilimi, vitamin ve mineraller ve suyun emilimi de ince bağırsaklarda gerçekleşir.^{62(s.372), 63(s.389)}

Kalın Bağırsak Fonksiyonu: Kalın bağırsak mukozasındaki epitel hücrelerinde bol miktarda bikarbonat içeren mukus salgılanır. Bu mukus bakteriyel kaviteden bağırsak duvarını korur ve fekal maddeyi bir arada tutarak yapışkanlığı sağlar. İnce bağırsağa göre sindirimde daha az görevi olan kolon su ve iyon emiliminde yer alır.

Kalın bağırsakta segmentasyon, peristaltizm ve kütle hareketi ile motilite sağlanır. Segmentasyon kasılmaları lümen içeriği ile bağırsak epiteli arasındaki teması artırarak iyonların ve suyun emilimini sağlar. Segmentasyon kütle hareketi kasılması gerisinde birkaç kere oluşur ve kalın bağırsak boyunca bağırsağın hareketine yol açan peristaltik dalga oluşturur. İleoçekal sfinkter kalın bağırsaktan ince bağırsağa geri akışı engelleyerek distansiyon ve irritasyon ileumda peristaltizmi başlatır, sfinkteri gevşetirken çekum distansiyonu ve irritasyon peristaltizmi inhibe eder ve sfinkterde kasılmaya yol açar. Kalın bağırsaklar kimus ince bağırsakları terk ettiği zaman sindirim tamamlanmış olur.^{62(s.372), 63(s.398-399)}

Defekasyon: Kalın bağırsakta bulunan bakteriler feçesin ağırlığının %20-25'ini, K12 ve B12 vitamin sentezini ve intestinal gazların oluşumunda rol oynar. Sindirim sisteminin son ürünü olan feçes su, bakteri, sindirilmemiş gıdalar, safra pigmentleri, yağ ve nitrojen içerir. Defekasyon normalde birbirini izleyen dört faaliyetten oluşan rektal distansiyon ile stimüle olur. Bunlar inhibitor ve rektoanal reflekslerin stimülasyonu, iç sfinkter kasının gevşemesi, dış sfinkter kasının gevşemesi, pelvik bölgedeki kasların gevşemesi ve karın içi basıncında artmadır. Feçes rektuma geldiğinde refleks uyarı ile rektum genişler, bu reseptörler defekasyon refleksini başlatır, dış anal sfinkter gevşer ve feçesi dışarı atmak için rektum kasılır.

Günde yaklaşık 150 gr kadar feçes vucuttan atılır. Bir kişinin haftada 3-12 kez defekasyonu varsa bu normal kabul edilir. Defekasyon kontrolünü sempatik ve parasempatik sinir sistemleri GİS sistemi uyarır. Sempatik sistem aktivitesi sistemi yavaşlatırken parasempatik sinir sistemi hızlandırır.^{62(s.370-378)}

Gaz: Gastrointestinal kanalda normal olarak portal dolaşım tarafından emilen ve karaciğer tarafından detoksifiye edilmesi beklenen veya rektumdan atılan 150 ml kadar gaz bulunur. Gastrointestinal kanalda gaz yutulan hava, GİS kanal bakterilerin faaliyetleri ve kanalda difüze olan gazdır. Midedeki gazın çoğunluğu yutulan havadan kaynaklanan azot ve oksijenin bir karışımıdır. Normalde ince bağırsaklarda çok az miktarda gaz bulunur bu gazın büyük bir kısmı mideden bağırsaklara geçen havadan oluşur. Kalın bağırsaklardaki gazın büyük bir bölümü özellikle karbondioksit, metan ve hidrojen birleşiminden ve bakterilerin işlevlerinden kaynaklanmaktadır. Kalın bağırsağa giren veya oluşan gaz miktarı günde 7-10 L kadardır. Bağırsaklarda biriktiği zaman hastada şişkinlik ve gerginlik oluşturan gaz geğirme ya da rektum yoluyla dışarı atılır.^{62(s.370-378)}

2.3.3. Gastrointestinal Sistem Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi

Gastrointestinal sistem sorunlarını tanılama yöntemleri anamnez, fizik muayene ve laboratuvar incelemesi şeklindedir.^{62(s.370-378)}

Anamnez: Hastanın şikâyetleri, özgeçmişi, soy geçmişi, alışkanlıkları, kullandığı ilaçlar ve sistem değerlendirmesinden oluşur.^{62(s.370-378)}

Fizik Muayene: İnspeksiyon, palpasyon, perküsyon ve oskültasyondan oluşur.

İnspeksiyon: Hastanın cilt rengi, venöz dolgunluk durumu, şişlik, ödem ve karın duvarı değişiklikleri olup olmadığına bakılır.^{62(s.370-378)}

Palpasyon: Karın palpasyonu ile ağrılı noktalar tespit edilir, defans kontrolü yapılır, organ büyüklükleri, karında asit durumu kontrol edilir. Palpasyon yüzeysel ve derin olmak üzere iki şekilde yapılır. Palpasyon genellikle tek elle yapılır.^{62(s.370-378)}

Perküsyon: Karnın ön duvarına ses çıkaracak şekilde vurularak yapılan muayenedir. Normalde mide, ince bağırsaklar ve kalın bağırsaklar içerisinde bulunan gaz nedeniyle sonor-timpan sesleri alınır. Karında kitle, sıvı toplanması gibi patolojik durumlarda o bölgeden mat sesler duyulur.^{62(s.370-378)}

Oskültasyon: Normalde ince bağırsaklarda dakikada 4-6 defa tekrarlanan pırtırtı şeklinde sesler duyulur. İnce bağırsaklarda peristaltizm sıklaşır ve derinleşirse bu seslerin sıklığı ve şiddeti artar. İshalde ve mekanik ileuslarda başlangıçta bağırsak sesleri sık ve şiddetli iken paralitik ileusta ise bağırsak sesleri kaybolur. Bunu saptamak için karın 5 dakika boyunca dinlenmelidir. Normal bağırsak sesleri intermittant, düşük veya orta şiddetli fokurtular şeklindedir. Bazen yüksek tonlu gürültüler şeklinde de duyulabilir. İnce bağırsak içindeki sıvı ve gaz gurlama (borborygmus) veya garguyma adı verilen dışarıdan bile duyulacak kadar şiddetli olabilir. Bağırsak sesleri azaldığında veya durduğunda peristaltik sesler hiç duyulmayabilir.^{62(s.370-378), 64(s.157)}

Bağırsak sesleri dinlenirken hasta supine pozisyona alınır, dizler bükülür, karın sternumdan başlayıp göbek çukurunu içine alan ve pubiste sonlanan dikey ve yatay çizgi ile kendi içinde 4 ya da 9 parçaya bölünür. Önce inspeksiyon ile ciltte herhangi bir değişiklik ve asimetri durumuna bakılır. Daha sonra stetoskopun diyafragması ile her kadranda dinlenir. Normalde her 5-20 sn de 1 ya da bir dakika 5-35 arasında ses duyulur. Eğer 2 dakika içinde 1-2 ses duyulursa hipoaktif, 30 sn içinde 5-6 ses duyulursa hiperaktif olarak değerlendirilir. Timpanik sesler bağırsak içindeki havayı gösterirken mat sesler solid bir kitle ya da büyümüş organları gösterir. Bağırsak seslerini etkilememesi için palpasyon oskültasyondan sonra yapılmalıdır.^{62(s.370-378), 64(s.157-158)}

Labaratuvar İncelemeleri: Tam kan, tam idrar, sedim, rutin biyokimya, kültür, direkt ve indirekt gaita incelemesi, serolojik ve immünolojik tetkikler, düşünülen ön tanı

ilgili markırlar istenmektedir. Daha sonra radyolojik incelemeler, ilgili özel tetkikler ve gerekli ise histopatolojik inceleme için biyopsi alınır.^{62(s.370-378)}

2.4. Sezaryen ve Gastrointestinal Sistem Komplikasyonları

Batın ameliyatları takiben motilitenin yavaşlaması, beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikler, anestezi, ilaçlar ve bağırsaklara dokunulması nedeniyle hastada en fazla bulantı, kusma, hıçkırık, distansiyon ve ileus sorunları görülür.^{9, 46(s.438), 65, 66}

Bulantı–Kusma: Cerrahi sonrası yaygın bir komplikasyon olan bulantı ve kusma hastada sıvı elektrolit dengesizliğine, stres yaraları, gastrointestinal kanama ve hastanede kalış süresini anlamlı ölçüde artırmaya neden olduğu için multimodal bir yaklaşım gerektirir. Özellikle ilk saatler anesteziklerin de etkisiyle görülen bulantı ve kusma için cerrahi öncesi kombine antiemetikler uygulanması, preoperatif açlık süresinin kısa tutulması ve karbonhidrat yüklemesi, yeterli hidrasyon, opioid kullanımından kaçınılması, ameliyat süresinin bir saat ile sınırlı tutulmaya çalışılması ve uterusun dışarıya çıkartılarak işlem yapılmaması önerilir. Ayrıca kusma, ameliyat öncesi hastanın aç bırakılması, ilaçlar, anestezi, terleme gibi durumlar nedeniyle ağız kuruluğu görüleceğinden ağız bakımı gerekli olabilir.^{46(s.434), 67-70}

Hıçkırık: Yutulan hava, bağırsak manipulasyonu, bağırsaktaki sekresyonlar, hastada gaz ve distansiyon, diyafragmayı irrite eden frenik siniri uyarması nedeniyle geçici olarak hıçkırık görülebilir. Bu durumda bağırsak sesleri takip edilmeli, durumu uygun olanlarda erken oral hidrasyona başlanmalı, nazogastrik sonda varsa gelen sıvının miktarı ve niteliği kontrol edilmeli ve aspirasyon sorunlarını önlemek için yarı oturur pozisyonlar verilmelidir.^{70(s.357)}

Postoperatif Paralitık İleus (POI): Cerrahi sonrası gastrointestinal sistemdeki motilite değişikliklerinin 2-3 gün içinde normale dönmesi beklenir. Postoperatif paralitık ileus ise hastada ameliyat sonrası 3-5 günden fazla süren; oral gıda alımını tolere

edememe, mide ekşimesi, karın ağrısı, bulantı, kusma, abdominal distansiyon, karında kramp, rahatsızlık, gaz/gaita çıkaramama, bağırsak seslerinin azalması ve kaybolması ve zamanla artan konstipasyon şikâyetleri ile kendini gösteren bağırsak peristaltizminin geçici olarak kısmı ya da tam şekilde felce uğradığı fonksiyonel motilite bozukluğudur.¹⁰⁻

13, 70(s.356), 71

Sezaryen sonrası akut dönemde fonksiyonel bağırsak tıkanıklığının en yaygın nedenlerinden biri olan paralitik ileus abdominal cerrahi sonrası %0.9-21.5 arasında değişen insidansa sahiptir.^{10, 11, 72} Postoperatif paralitik ileus abdominal ağrı, narkotik analjezi, anestezi, cerrahi sırasında bağırsak manipulasyonu, elektrolit bozuklukları ve sıvı dengesizlikleri, GİS hastalıkları, jinekolojik tümörler gibi karın içi nedenler, metabolik bozukluklar, elektrolit dengesizlikleri, hormonal dengesizlikler, spazmolitik ajanlar ve sepsis enfeksiyonları gibi nedenlerden gelişebilir.¹²⁻¹⁴

Postoperatif paralitik ileus 'un patogenezi net olarak bilinmese de üç mekanizma ile açıklanmıştır. Bunlar;¹²⁻¹⁴

- Abdominal ağrı GİS motiliteyi baskılayan bir spinal bir refleksi tetikleme ve sempatik hiperaktiviteye neden olan cerrahi stresin motilite inhibisyonunu arttırması,
- İntralüminal absorpsiyon azalması, lümen içi sıvının artması, artan sıvıyla yükselen lümen içi basıncı obstrüksiyonun proksimalinde bağırsak peristaltizmi ve bağırsak distansiyonunda artışı neden olarak kapiller venöz basınç ve lenfatik drenaj azaltır. Gelişen bu kısır döngüde, obstrüksiyonun zamanla bağırsak iskemisi, nekroz, perforasyon ve sepsisle sonuçlanması,
- Bağırsak duvarının tunica muscularis eksternasinda bulunan makrofajların cerrahi travma ile aktivasyonu pro-enflamatuar hücreleri aktive ederek bunların

yaralanma bölgesine göçlerini indükleyen sitokinleri serbestleştirir. Tunika eksternanın inflamasyonu ile ileus ortaya çıkarır.

Postoperatif ileusun genellikle kendiliğinden düzelmesi beklense de geç fark edildiğinde morbidite ve mortalitede artışa neden olmaktadır. İleus oral alımda gecikme, artmış ağrı düzeyi, hasta konforunda bozulma, insizyonun iyileşmesinde gecikme, ambulasyonda ve mobilizasyonda güçlük, artmış derin ven trombozu, atelektazi, pnömoni ve aspirasyon pnömonisi gibi pulmoner komplikasyonlara neden olur. Ayrıca bakım ve tedavi giderlerini artırarak cerrahi sonrası maliyeti artırır.⁷⁴⁻⁷⁷

Postoperatif paralitik ileus tanısında dikkatli bir öykü, fizik muayene, laboratuvar değerlendirmesi, radyolojik muayene, elektrokardiyografi, ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi tarama görüntüleme gibi birçok tanı değerlendirme işleminin yapılması gerekebilir. Cerrahi sonrası POI'yu önlemek ve postoperatif GİS motilitesinin normal fonksiyona dönmesi için gereken süreyi azaltmak için çeşitli stratejiler uygulanmıştır ve/veya halen araştırılmaktadır.¹⁴

Ameliyat sonrası ileus yönetim stratejileri önleme ve destekleyici bakım olarak ayrılabilir. Önleme için, anestezi seçimi, cerrahi teknik ve ağrı kesici araçların kullanımı değiştirilebilir. Destek tedavisi olarak; gastrointestinal kanalda biriken gaz nazogastrik dekompresyon ile boşaltılarak bulantı, kusma, abdominal gerginlik, ağrı, solunum sorunları ve aspirasyon riski azaltılabilir. Hastada malnütrisyon problemleri yaşanmaması ve intravasküler volumu dengelemek için parenteral beslenmeye geçilir, kan elektrolit düzeyleri takip edilir, enfeksiyona özgü antibiyotikler parenteral olarak başlanır ve postoperatif dönemde opioid içermeyen analjezi kullanımı önerilir. Bu müdahalelere ek olarak son zamanlarda postoperatif dönemde erken oral beslenme, sakız çiğneme, erken ambulasyon ve mobilizasyon gibi multimodal hızlı iyileşme protokolleri önerilmiştir.^{13,}

2.5. Sezaryen Sonrası Gastrointestinal Sistem ve ERAS Protokolü

Sezaryen sonrası bakımın amacı ameliyat sonrası iyileşmeyi sağlamak, komplikasyonları önlemek, annenin rahatını temin etmek, anne bebek etkileşimini başlatmak, bebeğin bakımını, beslenmesini ve laktasyonu geliştirmektir.⁸⁰⁻⁸³

ERAS Protokolü: Bu protokol 1990'lı yıllarda Henrik Kehlet'in öncülüğünde uygulanmaya başlanmış genel cerrahi, jinekoloji ve obstetrik cerrahi gibi birçok tıbbi alanda kullanılmaya devam edilen multimodal bir perioperatif yaklaşımdır. ERAS protokolünün cerrahi öncesi, sırası ve sonrasında hastanın kapsamlı, kanıta dayalı ve multidisipliner tedavi ve bakımı ile cerrahinin oluşturduğu stres tepkisi azalmakta, fizyolojik ve psikolojik fonksiyonlar iyileşmekte, postoperatif komplikasyon oranları düşmekte, hasta memnuniyeti artmakta, hastanede kalış süresi kısaltılmakta, yaşam kalitesi artmakta ve sağlık hizmet maliyetleri düşmektedir.^{84, 85}

ERAS protokolü;

- Ameliyat öncesi; hastaneye kabulden önce danışmanlık verilmesi, cerrahi öncesi sıvı ve karbonhidrat yüklemesi yapılması, açlık süresinin kısa tutulması, bağırsak hazırlığının ancak zorunlu durumlarda yapılması, profilaktik antibiyotik uygulaması, trombozu önleme, premedikasyon yapılmaması,
- Ameliyat sırası; etkisi kısa analjezik kullanılması, orta trokal epidural anestezi ve analjezi uygulanması, aşırı sıvı yüklemesinden kaçınılması, normotermiinin korunması,
- Ameliyat sonrası dönemde ise; orta trokal anestezi/analjezi uygulaması, nazogastrik tüp kullanılmaması, bulantı ve kusmanın önlenmesi, aşırı sıvı yüklemesinden kaçınılması, kataterlerin erken dönemde çıkarılması, Non steroidal antienflamatuar ilaçlar (NSAID), erken mobilizasyon, bağırsak

hareketlerinin uyarılması ve protokole uyum ve sonuçların takip ve değerlendirilmesinden oluşmaktadır.⁸⁶

2.5.1. Ambulasyon ve Mobilizasyonun Sağlanması

Abdominal cerrahi sonrası erken ambulasyon ile ilgili uygulamalar ilk olarak 1817 yılında McDowell tarafından uygulanmıştır. Daha sonra birkaç hekim tarafından cerrahi sonrası ilk birkaç günde ambulasyon uygulanmıştır. 1940'lı yıllardan sonra erken ambulasyon hastada metabolik, mental ve ekonomik dezavantajları ortadan kaldıran yaygın bir pratik uygulama haline gelmeye başlamıştır. Erken ambulasyon ve mobilizasyon sezaryen sonrası kadınların fiziksel ve zihinsel olarak olumsuz etkileyen hareketsizliği önlemeyi hedefler. İskelet kasında hareketsizliğe bağlı atrofik süreçler 72 saat içinde başlar. Fiziksel hareketsizlik sağlıklı, iyi beslenmiş kişilerde bile protein sentezini yavaşlatarak, protein parçalanmasını hızlandırır ve güç azalmasıyla beraber kas kaybını neden olur.⁸⁷⁻⁸⁹

Postoperatif hastanın yatak içi alt ekstremitelerinin pasif ve aktif hareketleri, sık pozisyon değişimi, erken ambulasyon ve mobilizasyon ile; kan dolaşımı hızlanır, anestezinin olumsuz etkileri, hissedilen ağrı, idrar yolu enfeksiyon riski azalır, uterus involusyonu hızlanır, meme engorjman ve emzirme problemleri azalır, anne bebek etkileşimi desteklenir, bağırsak problemlerinin çözümü kolaylaşır, venöz tromboz ve pulmoner emboli riski azalır ve bilişsel fonksiyonlarda iyileşme artar. Ayrıca erken ambulasyon ve hızlı mobilizasyon ile taburculuk zamanını hızlandırarak hastanede kalış süresini kısaltmaktadır.^{46 (s.330-331), 90- 95}

Bu nedenle sezaryen sonrası yaşam bulguları stabilleşip, bulantı, kusma ve ağrı kontrolü sağlandıktan her iki saatte bir aşamalı olarak yatak içi egzersizler yaptırılmalı, sık pozisyon değiştirilmeli ve ameliyat sonrası 4-6 saat içinde hasta ayağa kaldırılmalıdır. İlk ambulasyonda önce hastanın başı yükseltilmeli, sonra yatakta oturtulmalı sonra

yavaşça kaldırılmalı, tolere edemeyenler yatağına tekrar alınarak ambulasyon daha sonra tekrar denenmelidir. Ambulasyon tolere edildikçe önce oda içi sonra oda dışında yürümesi için hasta desteklenmeli ve motive edilmelidir. Erken iyileşme protokolü; hastanın cerrahi sonrası ilk gün 2 saat, takip eden diğer günlerde ise taburcu oluncaya kadar günde 6 saat yatak dışında kalmasını önermektedir.^{46(s.330-331), 70, 96-98}

2.5.2. Erken Oral Besleme (Early Oral Feeding (EOF))

Sezaryen dahil tüm karın iç ameliyatlarda; kullanılan anestezi ve analjezikler, cerrahi sırasında bağırsakların manipülasyonu, cerrahinin oluşturduğu stres ve travma nedeniyle ileus kaçınılmaz bir gastrointestinal komplikasyon olarak görülmektedir.⁹⁹ İleus karın içi basıncı arttırarak gecikmiş yara epitelizasyonuna, yaranın açılmasına, venöz tromboza, taburculuk süresinin uzamasına, hastanın yaşam kalitesinde bozulmaya ve artan maliyete neden olmaktadır. Ayrıca gecikmiş intestinal aktivite hastanın ilgisini bağırsak aktivitesiyle meşgul etmesine, stres ve korkuya neden olabilmektedir.^{12, 13, 71}

Sezaryen bir abdominal ameliyat olmasına rağmen, diğer karın ameliyatlardan farklıdır. Sezaryen olan kadınlar genç ve sağlıklıdır, çoğu sezaryen, tıbbi endikasyonlardan ziyade obstetrik endikasyonlar için yapılmaktadır. Sezaryen ameliyatları mesane ve bağırsak gibi çevre organların yaralanması ile daha az ilişkili olup genel olarak minimal bağırsak manipülasyonunu içeren veya içermeyen kısa operasyon olması nedeniyle bağırsak fonksiyonunu hiç bozmayabilir. Buna rağmen postoperatif bulantı, kusma, distansiyon, konstipasyon, anastomoz kaçağı, postoperatif ileus, aspirasyon ve pnömoni gibi komplikasyonlar gelişebilir.¹⁰⁰⁻¹⁰²

Bağırsak hareketlerinin geri dönüşü olmadan postoperatif oral alım verilmesinin kadında mide bulantısı, kusma ve abdominal distansiyona neden olabileceğine inanılmaktadır.¹⁰³ Bu nedenle sezaryen sonrası en az 8 saate kadar oral gıda verilmemekte, besleme ilk 12-24 saatte 2-4 L venöz sıvılarla sağlanmaktadır. Cerrahi

sonrası bağırsak sesinin varlığı, açlık hissi ve gaz veya dışkı geçişi gibi bağırsak motilitesinin başladığını gösteren işaretler görülünce önce berrak sıvılar almasına izin verilmekte, ardından yumuşak diyetle geçilmekte ve kadınlar yumuşak diyeti tolere edebiliyorsa katı diyetle geçilmektedir. Bu uygulamayla gastrointestinal komplikasyonların önlenerek iyileşmenin hızlanacağı düşünülmektedir.^{78, 104, 105}

Ameliyat sonrası midenin 24-48 saat, ince bağırsakların ilk 24 saat ve kolonun 48-72 saatte normal fonksiyonuna geri dönmesi beklenmektedir. Bağırsak ameliyatlarından sonra bile bağırsak seslerinin karakterlerinin değiştiği, ancak bağırsak fonksiyonunun kesintisiz olarak devam ettiği ileri sürülmüştür. Bu nedenle hastaların ameliyattan sonra bağırsak aktivitesinin başladığını gösteren bulguları beklemek yerine bağırsakların daha erken çalışmasını sağlamak için erken oral hidrasyon gibi girişimler önerilmektedir. Erken oral alımın, postoperatif ileus üzerindeki etkinliğinin kesin mekanizması hala bilinmemekle birlikte, gıda alımının, sefalik-vagal yanıtın uyarılmasını sağlayarak koordineli itici aktivite üreten ve bağırsak hareketliliği artıran nitrik oksit, vazoaaktif bağırsak peptidi ve p maddesi gibi gastrointestinal hormonların salgılanmasını ortaya çıkaran bir refleksi uyarmasıdır.^{106, 107}

Cerrahi sonrası 24 saat içerisinde oral beslenmeye başlama; hastanın uyumunu artırır, güvenli, yararlı, iyi tolere edilir, sistemik bakteriyel translokasyon olasılığını azaltır, mukozal villusun yenilenmesini desteklemesi nedeniyle gastrointestinal sistemin mukozal bütünlüğünü korur, stres ülserlerine karşı profilaksi sağlar, bakteriyel kolonizasyon azaltır ve sepsis riskinin azalmasına neden olur.^{68, 108} Bu nedenle gastrointestinal semptomlarda veya paralitik ileus riskinde artışa neden olması beklenmez. Ayrıca erken beslenme; protein depolarını korur, yara iyileşmesini hızlandırır, annenin sıvı dengesini koruması, ambulasyonu kolaylaştırır, açlık ve susuzluğu azaltır^{109, 110} anne memnuniyetini artırmasıyla başarılı bir emzirmeyi

destekler¹⁰⁶, postoperatif stresi azaltır, IV hidrasyon süresini kısaltarak anneyi IV kanül değişikliklerinden, ekstrevasasyon, flebit, anastomoz sızıntısı ve septik komplikasyonlardan korur. Ayrıca daha az maliyetlidir, daha az ebelik bakımı gerektirir ve hastanede kalış süresini azaltır.^{28, 102, 113-116}

Literatürde erken oral beslemeye başlama zamanı net olarak belirtilmemiş olsa da sezaryen sonrası 2-12 saat içinde genellikle ilk 4 saat içinde arasındaki oral beslemeye başlanması tavsiye edilir. Yapılan bazı çalışmalar sezaryenden 1-2 saat sonra erken başlamanın dahi güvenli olduğunu ve GİS komplikasyonların insidansı üzerinde önemli derecede zararlı bir etkisi olmadığını belirtmektedir.^{96, 106, 109, 111, 115, 117}

2.5.3. Sakız Çiğneme

Sakız: Sakız, tat/lezzet vericiler, aromatik ajanlar ve sakız mayasından oluşur ve 1990'lı yıllardan beri yaygın şekilde tüketilmektedir. İçerik ve potansiyel yararlarına göre şekerli ve şekersiz sakızlar olmak üzere 2 gruba ayrılabilir.¹¹⁸

Şekerli Sakızlar: Sukroz, fruktoz, glukoz ve laktoz gibi doğal şekerlerden oluşur, hepsi kalorilidir ve karyojeniktir. Sakızın ağırlığına önemli olmaksızın, şekerli sakızların içindeki şekerin ağız içi sıvıya salınması 18-20 dakikalık zaman alır.¹¹⁹

Şekersiz Sakızlar: Şekersiz sakızlar, sukrozun ya da diğer fermente edilebilir karbonhidratların yerine doğal ya da yapay tatlandırıcıların kullanıldığı sakızlardır. Bu şekersiz tatlandırıcılar; kalorili/besleyici (bulk) ve kalorili/besleyici olmayan (intense) tatlandırıcılar olarak ikiye ayrılırlar. Sakızlarda en yaygın kullanılan tatlandırıcılar sorbitol ve xylitoldür. Şekerli sakızların şekersiz sakızlardan ayırt edebilmesini sağlamak amacıyla, ürünler üzerinde "Uluslararası Diş Dostu Tatlandırıcılar Birliği" lisansı altında "diş dostu", "çürüğe neden olmaz", "dişler için güvenilirdir", "mutlu diş" logoları bulunmaktadır.¹¹⁹

Sorbitollü Sakızlar: Sorbitol nonkaryojenik değil düşük karyojenik tatlandırıcıdır, %60 sukroz kadar tatlıdır. Solusyon içerisindeki sorbitol streptococcus mutans tarafından çok yavaş fermente edilir. Bu nedenle asit kolaylıkla tükürük tarafından uzaklaştırılır. Çürük kontrolünde xylitolden daha az etkili olmasına rağmen daha düşük maliyetinden dolayı gıda üreticilerince daha çok tercih edilir.¹¹⁹

Xylitollü Sakızlar: Xylitol, muz, mantar, marul, çilek, kestane gibi pek çok yiyecekte bulunur ve sukrozla benzer bir tada sahiptir. Xylitolün antimikrobiyal etkisi, metabolik reaksiyonlar yoluyla bakteri üremesini engeller. Xylitollü sakızların düzenli kullanımının ağızda streptococcus mutans bakterilerin büyümesi üzerinde spesifik bir inhibisyon etkisi vardır. Bu etkisi sayesinde anneden çocuğa S. mutans geçişini azaltır. Xylitol günde 4-5 defa tüketildiğinde yan etki olarak ozmotik diyareye neden olabilmektedir.¹¹⁹⁻¹²¹

Abdominal, obstetrik ve jinekolojik ameliyatlardan sonra ileusu önlemenin olası bir diğer yolu sakız çiğnemedir. Sakız çiğneme, bağırsak miyoelektrik aktivitesini uyaran sefalik-vagal refleksin doğrudan uyarılması ve dolaylı olarak gastrointestinal peptit hormonu gastrin, alkalın, nöropeptid nörotensin ve pankreas polipeptidinin hormonların salınımını tetikleyerek duodenum, mide ve rektosigmoidin hareketliliğini uyardığı bildirilmiştir. Ayrıca şekerli sakızlarda kullanılan geleneksel tatlandırıcıların, müshil etkisinden dolayı bağırsak fonksiyonunun geri kazanılmasında rol oynayabileceği öne sürülmüştür.¹²² Sakız çiğneme aslında bir tür “sahte beslenme” şeklindedir. Çünkü burada bir gıda maddesi çiğnenir ancak mideye girmez. Buradaki düşünce, sakızların vücudu yemek yediğini düşündürerek kandırması ve sindirim sistemini tekrar çalışmaya başlatmasıdır.^{122, 123}

Sezaryenden sonraki 24 saat içinde sakız çiğneme orta derecede kanıtlara sahip olup cerrahi sonrası özellikle xylitol içeren sakızlar için daha fazla geçerli olmak üzere

POI önlemede etkili, kolay uygulanabilen, güvenli, ucuz bir noninvaziv ve nonfarmakolojik uygulamadır. Sakız çiğneme sindirim fonksiyonunun daha hızlı bir şekilde geri kazanmasını sağlayarak ileusu daha erken çözer, kişiyi oral beslemeye hazırlayarak ilk oral beslemeyi tolere etmeyi kolaylaştırır, analjezik ihtiyacını azaltır, maternal konforunu artırır, iyileşmeyi hızlandırır, kendi ve bebeğinin bakımına katılımını artırır ve emzirmeyi olumlu etkiler ve hastanede kalış süresinde azalmaya neden olmaktadır. Ayrıca sakız çiğneme, erken beslenmenin anestezi sonrası tolere edilemediği durumlarda daha az bulantı kusma ve aspirasyon riski nedeniyle alternatif bir yöntem olarak tercih edilebilir.¹²³⁻¹²⁸

Sakız çiğnemenin genel olarak güvenli olduğu ve ileusu çözdüğü düşünülmese de rağmen bazı risklere sahip olabilir. Bazı hastalar sakız çiğnemeyi kabul etmeyebilir, çiğneme sırasında yutulan hava, şişkinlik, hazımsızlık ve geçirmeler gibi bazı risklere sahip olabilir, sakız çiğnemesi bazı insanlarda alerjik bir reaksiyona neden olabilir, çene yorgunluğu, baş ağrısı, diyare, hasta tarafından aspire edilmesi solunum yolu tıkanıklığına ve kalp durmasına neden olabileceği belirtilmektedir.^{120, 123} Postoperatif sakız çiğnemenin başarısı söz konusu ameliyatın türüne bağlı olarak değişmekte olup sakız çiğnemenin sıklığı ve süresi ile ilgili net bir protokol bulunmamaktadır. Genellikle günde 3 kez ve 15-30 dakika çiğnenmesi önerilmektedir.^{97, 127, 129}

2.6. Sezaryen Doğum ve Ağrı

Sezaryen doğumdan sonra anne özellikle ilk iki gün boyunca hareketle artan orta ile şiddetli ağrı çekmektedir.^{130,131} Sezaryen ameliyatı sonrası hissedilen ağrı visseral ve somatik olmak üzere iki farklı bileşenden oluşur.¹³² Visseral ağrı uterin insizyondan ve kasılmalardan kaynaklanır. Somatik ağrı ise, cerrahi yara içindeki nosiseptörlerden (reseptörlerden) kaynaklanır. Nosiseptörler vücudun çevresinden korunmasına, doku hasarı, kimyasal etki, ısınma ve soğutma gibi zararlı faktörlere tepki vermeyi sağlar.

Beyindeki ağrı sinyalleri, periferik ağrı reseptörleri uyarıldığında başlatılır. Bu stimülasyon doğrudan doku hasarıyla veya dolaylı olarak doku hasarına cevap olarak salınan inflamatuvar faktörlerin etkisiyle gerçekleşir.¹³³

Ameliyat sırasında doku lezyonları ürettiği ve serbest sinir uçlarında algenik maddelerin birikmesine neden olan mekanik ve/veya termal noziseptif uyarılar duyarlılaştırıldıktan sonra, nöronal membran depolarize edilir ve ağrılı bilgi, bilişsel ve bilinçli olarak merkezi sinir sistemine taşınmış olur. Bunun dışında ağrı dokunun ameliyat nedeniyle gerilmesi, uygun olmayan pozisyonlar, pansuman, dren varlığı, perinedeki ağrı, involusyon nedeniyle uterusun kontraksiyon yapması, emzirme sırasında salgılanan endojen oksitosinlerin oluşturduğu kontraksiyonlar, gebelik döneminden devam eden bel ve pelvik ağrıları, stres ve anksiyete nedenli de olabilir.¹⁸

Ağrı, anne üzerinde kısa ve uzun vadeli olumsuz etkilere sahiptir. Ameliyat sonrası kontrol edilmeyen yüksek ağrı iyileşmeye zarar verir, erken mobilizasyonu güçleştirir, trombotik riski artırır, gastrointestinal sorunlara neden olur,^{134,135} günlük fonksiyonel aktivitelere dönmesini engeller, anne bebek etkileşimini bozar, ağrı, anksiyete, uygun pozisyon alma, kalkma, oturma ve yürümede güçlük oluşturur, yenidoğana bakım yapma becerisini ve emzirmeyi olumsuz etkiler.^{136, 137} Sezaryen sonrası kontrol altına alınmamış ciddi postoperatif ağrı %2-10'unda ağrı kronikleşmekte ve şiddetli ağrı travma sonrası stres bozukluğu riskinde artışa neden olmaktadır.^{138, 139} Sezaryen doğumundan sonraki günlerde şiddetli ağrı çeken kadınlarda doğum sonrası depresyon riski yaklaşık 3 kat artmaktadır. Ayrıca maternal depresyon ilerde çocukta davranışsal bozuklukları tetikleyebileceği de belirtilmektedir.¹⁴⁰

Fizyolojik olayların da sonucu olarak beklenen postoperatif ağrının zararlı etkileri azaltmak ve daha hızlı postoperatif iyileşme sağlamak için uygun nonfarmakolojik ve farmakolojik yöntemlerle giderilmesi gerekir. Ağrı algısını etkileyen kişisel farklılıklar,

ağrıya karşı bireysel duyarlılık, bireyin duygusal, motivasyonel, bilişsel, sosyal ve kültürel koşulları, yaş, genetik, annede sistemik ve kronik hastalıklar ve cerrahinin süresi prediktif gibi faktörler dikkate alınarak her iki saatte bir hastanın ağrısı değerlendirilmelidir. Ağrının şiddetini belirleme de hastanın sözel ve sözel olmayan ifadeleri ve ağrı skalası kullanılmalıdır.¹⁴¹

Sezaryen sonrası ideal ağrı azaltma yöntemi düşük maliyetli, anne ve yenidoğan için güvenli, minimal izlem gerektirmeli ve annenin hareketine ve yenidoğan bakımına engel oluşturmamalıdır.¹⁴² Multimodal analjezi ile bu hedeflere ulaşma olasılığı yüksektir. Ameliyat sırasında kullanılan spinal anestezi gerektiğinde epidural kateter sezaryen sonrası ağrının etkin bir şekilde giderilmesinde kullanılabilir fakat epidural analjezi; periferik vazodilatasyona sekonder hipotansiyona, üriner kateterin çıkarılmasını geciktirmeye, yoğun epidural bloklar nedeniyle mobilizasyon kabiliyetini sınırlandırmaya ve bulantı nedeniyle erken oral beslenmeyi geciktirmeye neden olabilir.^{48, 143, 144}

Sezaryen hastalarının çoğunda parasetamol ve steroidal olmayan antienflamatuar ajanların kombinasyonu yetersizdir. Opioidler sezaryen sonrası ağrının giderilmesinde çok etkili olsa da mide bulantısı, kusma, kaşıntı, titreme, idrar retansiyonu, kabızlık, postoperatif ileus, erken beslenme ve mobilizasyonu geciktirmesi, uyuşukluk, konfüzyon, bradipne, bebekte uyuşukluk, toksisite ve özellikle geç başlayan fakat daha ciddi komplikasyon olan solunum depresyonuna neden olması nedeniyle önerilmez. Bunun yerine parasetamol 4 mg/gün ve NSAID kullanımı tavsiye edilmektedir.^{145, 146} Hasta kontrollü analjezi genel anestezi ile sezaryen geçiren veya opioidlere kontrendikasyon olan hastalarda analjezi etkisini hızlı gösterir, hasta ağrısına göre dozu ayarlar, daha az ilaç tüketimi ve artan hasta memnuniyeti ile daha güvenilir olsa da bu pompalar pahalıdır,

programlanması için profesyoneller gerektirir ve hasta bunu kullanabilecek yetide olmalıdır.¹⁴²

Kanıt düzeyi sınırlı olmasına rağmen, transversus abdominis düzlemi (TAP) blokları kullanılabilir. Transversus abdominis düzlemi, iç oblik ile transversus abdominis kasları arasına uygulanır, torakolombar sinirleri anestezi altına alır. Karın duvarı için analjezi sağlar, multimodal bir yaklaşımın parçası olarak kullanılır, daha az invaziv olup genel anestezi alan hastalar için de uygundur, narkotik gereksinimini azaltır, ağrı anlamlı olarak düşer ve cerrahi sonrası daha az bulantı-kusma görülür.^{147, 148}

İliohypogastric ilioinguinal sinir bloğu iliohypogastric ve ilioinguinal sinirler tarafından sağlanan lomber dermatomdaki sinirlerin bloğu analjezik gereksinimini azaltmaktadır.¹⁴² Multimodal analjezi kapsamındaki bu yöntemlerin her biri postoperatif ağrıyı azaltmak, opioid ile ilişkili advers etkileri en aza indirmek, cerrahi sonrası iyileşmeyi hızlandırmak ve hastanede kalış süresini azaltmayı hedefler.¹⁴⁹

2.7. Sezaryen Doğum ve Emzirme

Anne sütü yenidoğanlarda ve bebeklerde ideal besin kaynağıdır. DSÖ, AAP ve UNICEF en iyi büyüme, gelişme ve sağlığı sağlamak için bebeklerin, ilk 6 ayda rutin olarak kullanılan mineral ve vitaminlerin dışında, su dâhil tüm besin maddelerinin hariç tutulmasıyla yalnızca anne sütü ile beslenmelerini ve altıncı aydan sonra ise ek besinlerle birlikte anne sütü ile iki yaşın sonuna kadar sürdürülmesinin önemli olduğunu vurgulamıştır. Bir yaşının sonuna kadar süt kaynağı olarak sadece anne sütü almaları tavsiye edilmiştir.¹⁵⁰

DSÖ verilerine göre küresel olarak anne sütüyle yetersiz beslenmeye bağlı olarak 5 yaşındaki 155 milyon çocuğun yaşıtlarına göre çok kısa olduğu ve 52 milyon çocuğun yine yaşıtlarına göre çok zayıf olduğu görülmüştür. Ayrıca 2017 rakamlarına göre çocuk ölümlerinin %45'inin sebebinin yetersiz anne sütü beslenmesi olduğu tespit edilmiştir.¹⁵⁰

Türkiye Sağlık İstatistikleri 2016 Raporu'nda yer alan anne sütüyle beslenme oranına göre; 0-6 ay arası bebeklerin %30.8'inin, 7-12 ay arası bebeklerin ise yalnızca %22'sinin anne sütüyle beslendiği ve bu oranın oldukça düşük seyrettiği gözlenmektedir.¹⁵¹ Sağlıklı İnsan 2020 Hedefleri, her biri hedeflerden biri sağlığı teşvik etmek ve hastalıkları önlemek için, bebeklerin yalnızca altı aylıkken anne sütüyle beslenmesini hedeflemektedir.¹⁵² Emzirme sadece ulusal bir hedef değil, aynı zamanda küresel bir hedeftir. Emzirme oranları evrensel bir seviyeye getirilirse, her yıl 823.000 çocuk ölümü ve 20.000 meme kanseri ölümü önlenebilecektir.¹⁵³

Emzirmenin Yenidoğana Yararları: Emzirme, çocuğun hayatta kalmasının, beslenmesinin ve gelişmesinin ve anne sağlığının temel taşıdır. Emzirmenin bebek sağlığı için bildirilen faydaları arasında otitis media, alt solunum yolu enfeksiyonları, atopik dermatit, astım, gastroenterit, ishal, tip 1 ve tip 2 diyabet, sarılık, crohn hastalığı ani bebek ölümü sendromu (SIDS), çocukluk çağında obezite,^{154, 155} lösemi ve lenfomalar ile ilerleyen yaşlarda yüksek tansiyon, yüksek toplam kolesterol düzeyleri, kardiyovasküler hastalık, miyokard enfarktüsü, metabolik sendrom gibi hastalıkların görülme riskini azaltmaktadır. Yaşamın ilk yıllarında ve çocukluk döneminde bronşit, pnömoni, ishal ve yenidoğan sepsisi nedeniyle hastaneye yatma riski anne sütü almayan bebeklerde daha yüksektir. Yaşamın ilk 6 ayında sadece anne sütü alma bebeklik ve çocukluk dönemindeki morbidite ve mortaliteyi azaltmaktadır. Besin maddeleri ve antikorlar açısından son derece zengindir. İmmün sistemi gelişmemiş yenidoğanı hastalıklara karşı korur. Sıvı altın da denilen ve ilk birkaç gün içinde salgılanan kolostrumda bulunan antikorlar immün sistemi gelişmemiş yenidoğanı enfeksiyonlardan korur.^{19(s.53-55), 156} Kolostrum aynı zamanda bağırsak florasının gelişmesini sağlar. Anne sütü içeriğinde bulunan lökositler, büyüme faktörleri, sitokinler ve antimikrobiyal maddeler gibi zengin bir bağışıklık kaynağı ile yenidoğan için daha iyi bir nörogelişimsel, bilişsel ve fiziksel

gelişim sağlar. Ayrıca anne sütü uygun ısıda olması ve emzirme sırasındaki ten tene temas yenidoğanı hipotermiden korumaktadır. Yine olası durumda emzirme, bebekleri kirli su kaynakları risklerinden korur.^{19(s.53-55), 158, 159}

Emzirmenin Anne İçin Yararları: Emzirme ile salgılanan oksitosin uterusun daha hızlı küçülmesine ve normal boyutlarına dönmesine yardımcı olarak doğum sonu kanamayı kontrol altına alır. Emziren annelerde kanama ve kan kaybı daha az olacağından anemiye bağlı halsizlik, çarpıntı, çabuk yorulma gibi yakınmalar daha seyrek görülür. Emzirme anneleri meme ve over kanseri, tip 2 diyabetes mellitus'a, romatoid artrit, osteoporoz ve kardiyovasküler hastalıkları riskine karşı korur. Çocuklarını altı ay ve daha uzun süre besleyen annelerin postpartum kilo kaybı, yağ dokusu kaybı ve deri altı kıvrım kalınlığındaki azalma bebeklerini mama ile besleyenlere göre daha belirgin olmaktadır.^{19(s. 97-101), 156, 160}

Emzirme ile salgılanan oksitosin, sempatik sinir tonusunu ve kan basıncını azalttığı, anne sütünün üretiminin artmasının yanı sıra anneyi pozitif yönde rahatlattığı ve annenin kendisini iyi hissetmesini sağladığı belirtilmiştir. Annenin emzirme niyetinin olması ve bebeğini emzirmesi, annelik duygusunun gelişmesini ve anne-bebek arasındaki bağlanmayı olumlu yönde etkilediği bilinmektedir. Emzirme, anne ile bebek arasında yakın, sevgi dolu bir ilişki kurulmasını kolaylaştırır. Bebeğin teması, kokusu ve sıcaklığı annede somatosensoriyel uyarı sağlayarak gevşeme ve antistres etkisi oluşturur. Bu da anneyi duygusal olarak tatmin eder. Dolayısıyla, emzirme, anne için doğal bir sakinleştiricidir. Annede psikolojik rahatlığa yol açar ve annenin kendini daha iyi hissetmesini sağlar. Dolayısıyla emzirme, annenin iyilik halini pozitif yönde etkileyerek doğum sonrası depresyon, şizofreni, bipolar bozukluk riskini azalttığı bildirilmektedir. Anne sütünün kontraseptif etkisiyle aile planlaması yöntemi olarak etkisi vardır.^{19(s.102-103), 161}

Emzirmenin Ekonomik Yararları: Anne sütü ve emzirme bireysel sağlık yararının yanı sıra önemli sosyal ve ekonomik yararlar da sağlamaktadır. Emzirmenin ekonomik yönden aile bütçesine katkısı göz ardı edilemez. Aynı zamanda yapay beslenmeye göre anne sütü atık içermediğinden çevre kirliliğini de azaltmaktadır.^{156, 161}

Sütün Oluşumu ve Emzirme: Emzirme, karmaşık fizyolojik ve psikolojik faktörleri içerir. Süt memedeki alveoler dokusu tarafından salgılanır ve sırasıyla hipofiz bezinin ön ve arka lobları tarafından salgılanan hormonlar olan prolaktin ve oksitosin ile düzenlenir. Ön hipofizin ürettiği prolaktin seviyesi hamilelik boyunca düzenli olarak artar, ancak memenin süt üreten hücreleri üzerindeki etkisi plasental hormonlar (özellikle östrojen) tarafından inhibe edilir. Doğum ile plasental hormonlar azaldıkça, prolaktinin hareket etmekte serbest kaldığı ve süt üretimi 3-4 güne kadar başlamış olur.^{19(s.109-116)}

Memedeki salgı hücreleri tarafından üretilen süt her bir memenin 15-20 lobunun alveollerinde depolanır. Annenin bebeğini görmesi, dokunması, sesini duyması veya kokusu bile, posterior hipofizi uterin kas üzerindeki etkilerine ek olarak miyoepitelyal hücrelere neden olan oksitosini serbest bırakmaya teşvik eder. Meme ucu uyarımı, oksitosinin her emzirme sırasında sayısız defa hipofiz bezinden pulsatil bir şekilde salınmasını sağlar. Oksitosin, alveolleri çevreleyen miyoepitelyal hücre ağının büzülmesini sağlayarak süt akışını sağlar, anneyi sakinleştirir, stresi önler, ağrıya duyarlılığı azaltır, inflamasyonu azaltır ve büyüme ve iyileşme hızlandırır. Ayrıca oksitosin sosyal olarak etkileşimli davranışları uyarmakta ve bu etkilerin yaşamın erken dönemlerinde uyarıldığı takdirde uzun süre kalıcı olabilmektedir.^{19(s.109-116), 160, 161}

Sezaryen Doğumun Emzirmeye Etkisi: Sezaryenle doğum, annenin emzirmesine engel olmamakla birlikte; fiziksel ve duygusal nedenlerden dolayı vajinal doğuma kıyasla ilk emzirme zamanı, gecikmiş emzirme başlangıcı, sadece anne sütü ile besleme oranları kesilmesi veya hatta sürecin tamamen durdurulması ile ilişkili olmaktadır.^{21, 22}

Doğum sonrası ilk saatler anne-bebek etkileşimi ve emzirme başarısı için çok önemlidir. Küresel emzirme önerileri, tüm yenidoğanların doğumdan hemen sonra anneleri ile cilt-cilt temasına geçmelerini, doğumun ilk saatinin bitiminden önce (ancak iki saatten uzun değil) emzirmeye desteklenmektedir.^{162, 163}

Yeterli süt üretiminin düzenli emzirmeye bağlı olduğu bir gerçektir. Özellikle anestezinin etkisi, sezaryen prosedürü, maternal yorgunluk, maternal uyanıklığın azaltılması ve emzirmeye başlamak için yetersiz maternal becerilerin sezaryen doğumlarında emzirmenin geciktirilmesinin sebeplerinden bazılarıdır.^{154, 164, 165}

Doğumdan sonraki ilk iki saat yenidoğan dokunma ve anne kokusuna duyarlıdır. Yenidoğanda bu saatlerde yüksek olan katekolaminler koku duyusunu duyarlı hale getirmesi ve ten tene temas bebeğin memeyi bulmasına kolaylaştırır. Bu iki saatten sonra katekolamin seviyesi azalır ve bebeği uykulu hale getirir.¹⁶⁶ Normal vajinal doğumdan sonra, anne çocuğunu hemen tutabilir. Öte yandan sezaryen doğumlu annelerin yorgunluk, rahatsızlık, ağrı, korku, stres, konforda bozulma, emzirme için uygun bir pozisyona sahip olamama ilk emzirmeye başlama ve ten tene temas genellikle geciktirir. Bu durumlarda emzik, biberon kullanımı ve yenidoğana mama verilmesi yenidoğanın emme kapasitesini ve dolayısıyla annenin laktasyon sürecini olumsuz etkilemektedir. Yenidoğan biberonla (formül) beslenmeye alışır, emzirmeye alışmakta zorluk çekebilir.^{43, 167, 168}

Sezaryen doğumlarda anne, insizyon ve doğum sonu genel ağrılar nedeniyle özellikle ilk 24 saatte vajinal doğuma kıyasla daha yoğun ağrı yaşamaktadır. Yaşanan bu ağrı nörotransmitter-katekolamin salınımını uyararak prolaktin ve oksitosin salgılanmasını baskılamaktadır.¹⁶⁹ Bu nedenle sezaryen geçiren annelerin ameliyat sonrası ağrı kesici ilaçlara daha fazla ihtiyacı vardır. Ağrı kesici ilaç, annenin rahatı için de önemlidir. Bununla birlikte, ameliyat sırasında ve sonrasında alınan ağrı kesici ilaçlar anne sütüne geçebilmekte ve emzirmeyi bastırabilmektedir.^{170, 171}

Sezaryen doğumların ameliyat vajinal doğumlu annelere göre daha fazla komplikasyon riskinin olması, sezaryen doğumlarda kullanılan anestezi ilaçlarının anne ve yenidoğana olumsuz etkileri, daha zor ve uzun süren iyileşme zamanı nedeniyle kendi öz bakımlarında, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede, yenidoğanın bakımı karşılamada ve emzirme sorunlarını çözmede zorluklar yaşamaktadırlar. Sezaryen ameliyatından sonraki psikolojik uyum süreci, bir kadının annelik ve bebek bakımı becerilerini öğrenmesine engel olur ve onu emzirmede yetersiz hissetmesine neden olur. Düşük oksitosin salgılanması veya maternal stresin bir sonucu olarak sezaryen doğum yapan kadınlarda laktogenez bozulabilir, bu da süt üretiminin azalmasına neden olabilir. Anneler teşvik edilmediği ve destek verilmediği sürece emzirmeyi yeniden sağlamak zorlaşmaktadır.^{168, 172-174.}

2.8. Sezaryenli Kadınlarda Bağırsak Hareketleri İle Ağrı ve Emzirmede Ebinin Rolü

Sezaryen en sık yapılan abdominal cerrahiler içinde yer almakta olup dünya genelinde bazı bölgelerde %30'u aşan dramatik bir artma eğilimi göstermektedir. Sezaryen ameliyatı ister planlı ister acil olsun fiziksel, psikolojik, fizyolojik faktörlerin etkisi altında her kadın için strese neden olan ve çoğunluğunda görülen postpartum ağrı, tromboemboli, bağırsak hareketlerinde yavaşlama ve emzirmeye başlama ve devam ettirme güçlüklerini de içeren pek çok komplikasyonu beraberinde getirir. Bu komplikasyonlar anne ve yenidoğan morbiditesini artırarak iyileşmeyi geciktirmekte, hastanede kalış süresini uzatmakta ve maliyeti artırmaktadır.^{3, 30, 101} Annenin sağlığının korunması ve ailenin sağlığının devamı için anneye verilecek bakımın kalitesini artırmak sağlık politikalarının önemli amaçlarını oluşturmaktadır. Sezaryen sonrası verilecek bakım ameliyat öncesi dönemden başlanarak kadının isteklerine duyarlı ve ihtiyaçlarına cevap veren, duygusal yönü ihmal edilmemiş, iyileştirme ve memnuniyeti artırmaya yönelik kapsamlı ve kaliteli ebelik bakımından oluşur.²⁹⁻³¹ Sezaryen sonrası verilecek

ebelik bakımı genel olarak ağrı yönetimi, yeterli ve dengeli beslenme, düzenli boşaltım, hareket ve egzersizleri başlatma, anne bebek ilişkisinin başlatılması, laktasyonun erken başlatılması ve sürdürülmesi ile yeni yaşam biçimine uyumu içerir.¹⁷⁵

Son yıllarda birçok tıp alanı gibi obstetride de yaygın kullanım alanı bulan ERAS protokolü kanıta dayalı bulgular dahilinde cerrahinin getireceği psikolojik ve fizyolojik problemleri engelleyerek en iyi tedavi ve bakım ile bireyin günlük yaşam aktivitelerine sağlıklı dönüşünü hızlandırarak hastanede kalış süresini kısaltma ve sağlıklı taburculuğunu hedeflemektedir.²⁶ Bu nedenle postpartum periyotta kaliteli bir ebelik bakımı annenin yeni yaşam dönemine sağlıklı uyumunda çok önemlidir. Ebeler preoperatif dönemden itibaren ameliyat sırasında gelişebilecek komplikasyonlar, taburculuk kriterleri, laktasyon süreci, ağrı yönetimi hemde erken oral hidrasyon, yatak içi egzersiz konularını içeren ve kanıta dayalı bir uygulama olan ERAS protokolü hakkında gebelere görsel ve işitsel materyaller kullanarak eğitim ve danışmanlık hizmeti vermelidirler.⁶⁸ Postoperatif süreçte ise ebeler GİS problemlerini önlemek için bağırsak seslerini düzenli takip etmeli, bağırsak hareketlerini artıracak yatak içi egzersiz, erken oral hidrasyon ve sakız çiğneme gibi ERAS protokolünde bulunan girişimleri uygulayarak bağırsak fonksiyonlarını normale dönüşü ile iyileşme sürecini hızlandırılmalıdır.⁹ Ayrıca postoperatif dönemde etkili emzirmenin başlatılıp sürdürülmesi ve emzirme sürecindeki problemleri önlemede aktif rol oynamalıdır.⁶⁸

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, ön test-son test kontrol gruplu deneysel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Doğu Anadolu Bölgesi'nde bulunan Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesinin kadın doğum servisinde 02 Mayıs 2017- 08 Ağustos 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın yapıldığı hastane il merkezindeki özel bir hastanenin dışında kadın hastalıkları ve doğum hizmetinin verildiği tek hastane olması nedeniyle seçilmiştir. 2010 yılında hizmet vermeye başlayan hastane 235 yatak kapasitesine sahiptir. Kadın Doğum Servis'inde bulunan 13 hasta odasının 8'i çift 5'i ise tek kişiliktir. Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda 9 hekim ve 2 asistan görev yapmaktadır. Serviste 3 hemşire, 8 ebe, 1 sekreter ve 7 personel görev yapmaktadır. Gündüz mesaisinde sorumlu hemşire ve bebek hemşiresinin dışında 3 ebe çalışmakta; geceleri ise iki ebe çalışmaktadır. Kadın Doğum Servisi'nde ebeler 08-16, 16-08 ve 08-24 saat olmak üzere üç vardiya ile çalışmaktadır. Sezaryen doğumlardan sonra kadın 48 saat hastanede kalmaktadır. Hastane 2014 yılında "Bebek Dostu Hastane" ünvanını almış olup bir bebek hemşiresi tüm doğumlardan sonra anneye emzirme danışmanlığı vermektedir. Ayrıca nonstres testi (NST) odası ve gebe okulunda emzirme danışmanlığı verilmektedir.

Araştırmanın yapıldığı hastanede sezaryen olacak gebeler, servise kadın doğum poliklinikleri ve acil kadın doğum polikliniğinden gelmektedir. Servise gelen gebenin anamnezi alınır, anestezi ekibi tarafından değerlendirilir. Anestezi ekibi elektif sezaryen ameliyatlarında hastanın önceki gün gece yarısından sonra bir şey yiyip içmesini istememekte, gebe ameliyat öncesi ortalama 8 saat aç kalmaktadır. Sezaryen olmak üzere servise gelen gebenin önlüğü giydirilir, sondası takılır ve 1 gram (gr) antibiyotiği IV

yapılarak ebe/hemşire eşliğinde ameliyathane gönderilir. Ameliyattan çıktıktan sonra kadın bir ebe/hemşire tarafından ameliyathaneden teslim alınır, odasına götürülür, 75 miligram Dikloran intramüsküler yapılır, yaşam bulguları ve kanama kontrolü ilk iki saat 15 dakikada bir, 4. saate kadar yarım saatte bir ve 6. saate kadar saat başı olacak şekilde takip edilir ve 1000 cc dekstroze, 1000 cc ringer laktat ve 1000 cc izotonik mai 24 saatte gidecek şekilde dönüşümlü olarak başlanır. Kadın doğum uzmanları genellikle ameliyattan 6-8 saat sonra kadının Rejim I ve Rejim II diyeti ile oral beslenmesini başlatarak, sondasını çektirir ve mobilize ettirir. Kadın gazını çıkardıktan sonra ise normal diyetle geçilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini verilerin toplandığı zaman aralığında sezaryen doğum yapmak üzere hastanenin obstetri servisine başvurmuş gebe kadınlar oluşturmaktadır. Kadın Doğum Servisi'nde son bir yılda yapılan sezaryen doğum sayısı 1131'dir. Çalışmaya alınması gereken minimum örneklem büyüklüğü Güç analizi 3.1 programında hesaplanmıştır. Daha önce yapılan benzer çalışmalar da baz alınarak yapılan Güç analizi (G*Power 3.1.9.2) sonucunda; gaz çıkarma zamanına göre yapılan değerlendirmede D: 0.47 olarak alındığında Power: 0.80, β : 0.20 ve α : 0.05 için tespit edilen örneklem sayısı 3 grup için minimum 45 olmak üzere saptanmıştır.¹⁷⁶⁻¹⁷⁹ Araştırmanın örneklemi, evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilen ve araştırma kriterlerini taşıyan sezaryen doğum yapmış kadınlar oluşturmuştur. Araştırma 3 deney ve 1 kontrol gruplu olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışma kontrol grubu 55, yatak içi egzersiz 48, erken oral hidrasyon 49 ve sakız grubu 46 olmak üzere 198 kadın ile yürütülmüştür. Araştırmada verilerin toplanmasına kontrol grubuyla başlanmış olup bir grubun verileri tamamlandıktan sonra diğer grubun verileri toplanmaya başlanmıştır.

3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Spinal anestezi uygulanarak sezaryen doğum yapan
- İletişim sorunu olmayan
- Sistemik ve kronik hastalığı bulunmayan
- Herhangi bir bağırsak hastalığı veya bağırsak ameliyatı geçirmemiş olan
- Kronik konstipasyonu olmayan ve herhangi bir laksatif türü ilaç kullanmamış olan
- Diş, çene cerrahisi ya da diş hastalığı öyküsü bulunmayıp sakız çiğneyebilen
- Ameliyat sonrası dönemde yatak içi egzersizleri yapmasına engel durumu olmayan
- Emzirilmesine engel bir durum olmayan, miadında doğmuş tek ve sağlıklı yenidoğana sahip olan
- Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar örnekleme alınmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri 29 Ağustos 2017-30 Mart 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu (EK-5), Görsel Kıyaslama Ölçeği (EK-6), LATCH Emzirme Tanılama ve Ölçüm Aracı (EK-7), Kontrol Grubu İzlem Formu (EK-9), Yatak İçi Egzersizler Grubu İzlem Formu (EK-10), Erken Oral Hidrasyon Grubu İzlem Formu (EK-11) ve Sakız Çiğneme Grubu İzlem Formu (EK-12) kullanılmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-5)

Araştırmacı tarafından ilgili literatür^{176- 178} tarandıktan sonra hazırlanan bu form kadınların sosyodemografik (1-5.sorular), obstetrik (6-12.sorular), bebeğin doğum kilosu (13.soru), bebeğin 1. ve 5. dakika APGAR skor puanı (14-15. sorular), ilk emzirme zamanı (16.soru), ilk emzirme süresi (17.soru), gebelik öncesi ve gebelikteki bağırsak alışkanlıkları (18-20.sorular) ve doğumdan sonra bağırsak aktivitesini (21.soru) içeren

toplam 21 sorudan oluşmaktadır. Form araştırmacı tarafından kadın ameliyathaneden odasına geldikten sonraki ilk saatte yüz yüze görüşme tekniğiyle yaklaşık 5-10 dakikalık sürede uygulanmıştır.

3.5.2. Görsel Kıyaslama Ölçeği (Visual Analogue Scale (VAS)) (EK- 6)

Ölçek, ağrı derecesini hızlı bir şekilde belirlemede yaygın olarak kullanılan ölçme araçlarından biri olup 1966 yılında Bond ve Pilowsky tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde ilk olarak Aslan Eti¹⁸⁰ tarafından cerrahi sonrası ağrıyı değerlendirmede kullanılmıştır. Tek boyutlu ölçeklere göre daha duyarlı, güvenilir ve ağrı geçirme yönteminin etkinliğini değerlendirmede başarılı olup beş yaşından büyük bireylerde kullanılabilir. Yaşlı, iş birliği yapılamayan, kronik ağrısı olan hastalarda, düzenli aralıklarla uygulanmadığında ve hasta geçmiş işaretlemesini gördüğünde yanılgılara neden olmaktadır.

Visual Analogue Scale 10 cm veya 100 mm uzunluğunda, bir ucunda ağrısızlık (0, sıfır) diğer ucunda olabilecek en yüksek ağrı (10, on) yazan bir cetvel yatay veya dikey olarak kullanılabilir. Ölçeğin dikey kullanımının hızlı sonuç vermesi ve kolay uygulanabilir olması nedeniyle dikey kullanımının daha uygun olduğu belirtilmektedir. Bu araştırmada ölçeğin dikey formu kullanılmıştır. Cline MA ve ark.¹⁸¹ VAS sonuçlarının değerlendirilmesinde 0 cm “ağrı yok”, 0.5-3 cm “hafif ağrı” yı, 3.5-6.5 cm “orta şiddette ağrı”yı, 7-10 cm “şiddetli ağrı” yı göstermektedir. Kadının önceki ağrı puanını görüp bundan etkilenmemesi için her uygulamada yeni bir VAS formu kullanılmıştır.

3.5.3. LATCH Emzirme Tanılama ve Ölçüm Aracı (EK-7)

Jensen, Wallace ve Kelsay¹⁸² tarafından 1994 yılında geliştirilen LATCH Emzirme Tanılama ve Değerlendirme Ölçeği apgar skorlama sistemine benzer özellikte oluşturulmuştur. Yenal ve Okumuş¹⁸³ tarafından 2003 yılında yapılan Türkçe geçerlikte

Cronbach's Alfa değeri 0.95 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada, LATCH Emzirme Tanılama ve Değerlendirme Ölçeği Cronbach's Alfa değeri 0.79 olarak bulunmuştur.

LATCH Emzirme Tanılama ve Değerlendirme Ölçeği ortalama 5-10 dakika içinde uygulanır, kesim noktası yoktur, beş kriterden oluşmuş olup her kriter için 0, 1, 2 puan verilir. Puanların toplanması ile emzirme değerlendirilir. Alınabilecek en düşük puan sıfır en yüksek puan ondur. Alınan puan arttıkça emzirme başarısı artmaktadır. Aynı anda farklı gözlemciler tarafından uygulanabilir, emzirmeyi objektif tanımlar ve emzirme sorunlarını saptar ve araştırmalarda emzirme başarısını değerlendirmek için kullanılmak üzere geliştirilmiştir. LATCH Emzirme Tanılama ve Değerlendirme Ölçeği beş kriterin İngilizce karşılığının ilk harflerinden oluşmuştur. Bunlar:

- L: (Latch on Breast) Bebeğin memeyi kavrama/tutma
- A: (Audible Swallowing) Bebeğin yutkunma sesinin görülmesi/duyulmasını
- T: (Type of Nipple) Meme ucu tipini
- C: (Comfort of Breast/Nipple) Annenin meme/meme ucu ile ilgili rahatlığı
- H: (Hold/Position) Bebeği tutuş pozisyonu/annenin bebeği memeye yerleştirmek için ihtiyacı olan yardımı ifade etmektedir.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmaya Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan onay ve ilgili hastaneden yazılı izin alındıktan sonra başlanmıştır. Araştırmaya katılan kadınlara araştırmanın amacı ve uygulama yöntemi hakkında gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (EK-8). Grupların birbirinden etkilenmelerini önlemek için veri toplamaya kontrol grubuyla başlanılmış tamamlandıktan sonra sırasıyla yatak içi egzersiz, erken oral hidrasyon ve sakız çiğneme gruplarının verileri toplanmıştır.

3.6.1. Ön Test Verilerinin Toplanması

Ön test verilerinin toplanması sırasında kontrol ve deney grupları (Yatak İçi Egzersizler Grubu, Erken Oral Hidrasyon Grubu, Sakız Çiğneme Grubu) Şekil 3.1.'de gösterildiği gibi aynı prosedüre tabi tutulmuşlardır. Kadın ameliyathaneden servisteki odasına geldikten, yatağına alındıktan ve kanama kontrolü yapıldıktan sonra araştırma hakkında bilgi verilmiş, çalışmaya katılmak isteyenlerin sözlü ve yazılı onamları alınmış, kişisel bilgi formu doldurulmuştur. Ağrı düzeyleri rutin analjezik uygulamasından sonraki 15 dakika içinde VAS ile değerlendirilmiştir. Emzirme başarısını değerlendirmek için LATCH Emzirme Tanılama ve Ölçüm Aracı kadının ameliyathaneden odasına geldikten sonraki ilk saatte ve ilk emzirmede uygulanmıştır. LATCH Emzirme Tanılama ve Ölçüm Aracı gündüz mesaisinde bebek hemşiresi, gece nöbetlerinde ise nöbetçi ebelerden birisi ile birlikte doldurulmuştur.

Ameliyat sonrası ilk saatte kontrol ve deney gruplarındaki kadınların bağırsak sesleri hayali olarak dörde bölünen abdomenin her bir kadranından bir dakika süresince, erişkinlere uygun özellikteki steteskop ile araştırmacı tarafından dinlenilmiştir. Araştırmacı, kontrol ve deney gruplarındaki kadınlara ilk bir saatte herhangi bir girişim uygulamamış olup sadece ön test için formları doldurmuştur. Tüm gruplardaki kadınlar serviste ilk bir saatte sezaryen sonrası rutin ebelik bakımı almışlardır.

3.6.2. Kontrol Grubu Son Test Verilerinin Toplanması (EK-9)

Kontrol grubu verileri “Kontrol Grubu İzlem Formu” ile takip edilmiştir. Kontrol grubunu oluşturan kadınların ağrı düzeyleri bağırsak sesleri duyuluncaya kadar takip edilmiştir. Bağırsak sesi duyulduktan sonra ağrı düzeyi VAS ile ölçülmüştür. Gaz çıkarma ve defekasyon zamanı tahmin edilemeyeceğinden kadınlar gaz çıkarma ve defekasyon zamanlarını saat/tarih olarak; ağrılarını ise VAS ölçeğine göre kendileri kaydetmiştir. Hastanenin rutin prosedürü olarak kadın rektal yoldan gaz çıkardıktan sonra

taburcu edildiği için gaz çıkarma zamanı hastanede değerlendirilmiştir. Defekasyon zamanı ise genellikle taburculuk sonrası kadınla telefonla görüşülerek forma kayıt edilmiştir.

3.6.3. Yatak İçi Egzersizler Grubu Son Test Verilerinin Toplanması (EK-10)

Yatak içi egzersiz grubunun verileri “Yatak İçi Egzersiz Grubu İzlem Formu” ile takip edilmiştir. Yatak içi egzersizler grubunu oluşturan kadınların odaya geliş saati esas alınarak **ikinci saatte** egzersizlere başlanmıştır. Egzersizler yatak içinde dizlerini göğsüne çekme uzatma, ayak bileğini sağa-sola çevirme ve dairesel şekil yapma, vücudu sağa ve sola çevirme şeklindedir. Araştırmacı egzersiz öncesi her bir egzersizin nasıl yapılacağını kadına göstermiştir. Tüm egzersizler 10 kez tekrar ettirilerek uygulanmış ve toplamda 5 dakikalık sürede tamamlanmıştır. Kadının egzersizleri yapamadığı durumlarda araştırmacı destek vermiştir. Egzersizler kadın ameliyathaneden odasına geldikten sonraki **2. saat, 4. saat ve 6. saatte olmak üzere üç kez** araştırmacı tarafından yaptırılmıştır.^{46(s.330-331), 70, 96-98} Hastanenin rutin prosedürü doğrultusunda kadınlar ameliyatın 6. saatinden sonra mobilize edilmiştir.

Yatak içi egzersizler grubunun bağırsak sesleri araştırmacı tarafından bağırsak sesleri duyulana kadar saatlik olarak takip edilmiş ve egzersiz uygulamalarına denk gelen bağırsak sesi dinleme zamanı ise her defasında egzersiz öncesinde dinlenilmiştir. Bağırsak sesi duyulduktan sonra ağrı düzeyi VAS ile ölçülmüştür. Gaz çıkarma ve defekasyon zamanı tahmin edilemeyeceğinden kadınlar gaz çıkarma ve defekasyon zamanlarını saat/tarih olarak; ağrılarını ise VAS ölçeğine göre kendileri kaydetmiştir. Hastanenin rutin prosedürü olarak kadın rektal yoldan gaz çıkardıktan sonra taburcu edildiği için gaz çıkarma zamanı hastanede değerlendirilmiştir. Defekasyon zamanı ise genellikle taburculuk sonrası kadınla telefonla görüşülerek forma kayıt edilmiştir.

3.6.4. Erken Oral Hidrasyon Grubu Son Test Verilerinin Toplanması (EK-11)

Erken oral hidrasyon grubu verileri “Erken Oral Hidrasyon Grubu İzlem Formu” ile takip edilmiştir. Erken oral hidrasyon grubunu oluşturan kadınların ameliyathaneden servisteki odasına geliş saati esas alınarak **2. saatte 50 cc, 4. saatte 100 cc ve 6. saatte 200 cc su** içirilmiştir. Hastanenin rutin prosedürü doğrultusunda kadınlar ameliyatın 6. saatinden sonra oral beslenmeye başladıkları için uygulama **2 saatte bir 3 kez olacak şekilde** oral beslenme başlayıncaya kadar devam ettirilmiştir. Her kadın için markası aynı olan su kullanılmış, suyun oda ısısında olması, su içerken başın yüksekte tutulması ve suyun yudumlanarak içilmesi istenmiştir.^{96, 106, 109, 111, 115, 117} Kadın suyu içinceye kadar araştırmacı kadının yanında bulunmuş ve suyun içilme zamanına denk gelen bağırsak sesleri su içilmeden önce dinlenilmiştir. Hastane protokolü olarak postoperatif ilk gün; su, çay, meyve suyu, gaz yapmayan çorbalardan oluşan Rejim I ve Rejim II diyeti karışık uygulanmıştır. Kadın gazını çıkardıktan sonra ise normal diyete geçilmiştir.

Erken oral hidrasyon grubunun bağırsak sesleri duyuluncaya kadar araştırmacı tarafından saatlik olarak takip edilmiş ve erken oral hidrasyona denk gelen bağırsak sesi dinleme zamanı ise her defasında oral hidrasyon öncesinde dinlenilmiştir. Bağırsak sesi duyulduktan sonra ağrı düzeyi VAS ile ölçülmüştür. Gaz çıkarma ve defekasyon zamanı tahmin edilemeyeceğinden kadınlar gaz çıkarma ve defekasyon zamanlarını saat/tarih olarak; ağrılarını ise VAS ölçeğine göre kendileri kaydetmiştir. Hastanenin rutin prosedürü olarak kadın rektal yoldan gaz çıkardıktan sonra taburcu edildiği için gaz çıkarma zamanı hastanede değerlendirilmiştir. Defekasyon zamanı ise genellikle taburculuk sonrası kadınla telefonla görüşülerek forma kayıt edilmiştir.

3.6.5. Sakız Çiğneme Grubu Son Test Verilerinin Toplanması (EK-12)

Sakız çiğneme grubu verileri “Sakız Çiğneme Grubu İzlem Formu” ile takip edilmiştir. Sakız grubunu oluşturan kadınlara odaya geliş saati esas *alınarak 2. saatte, 4. saatte ve 6. saatte sakız* çiğnetilmiştir. Literatür bilgisi esas alınarak sakız çiğneme süresi 15 dakika ile sınırlı tutulmuş ve her çiğnemede yeni bir sakız verilmiştir. Bütün kadınlara aynı marka, kolay çiğnenebilen, sorbitol ve xylitol içermeyen şekersiz sakız verilmiştir. Her uygulamada kadın yeni bir sakız çiğnemiştir. Sorbitol içeren sakızların yutulması durumunda GİS problemleri, xylitol içeren sakızların ise fazla tüketildiğinde diyare yapıcı riskini göz ardı etmemek için şekersiz sakız tercih edilmiştir.^{97, 120, 123, 127, 129} Kadın sakızı çiğneyinceye kadar araştırmacı kadının yanında bulunmuştur. Sakız çiğnenirken aspire etme ihtimali göz önüne alınarak kadının başı yüksekte olacak şekilde pozisyon verilmiştir. Hastanenin rutin protokolu olarak kadınların 6. saatten sonra oral beslenmelerine izin verilmesi nedeniyle sakız çiğneme iki saat aralıklarla üç kez uygulanmış ve 6. saatte sonlandırılmıştır.

Sakız çiğneme grubunun bağırsak sesleri duyuluncaya kadar saatlik olarak araştırmacı tarafından takip edilmiş ve sakız çiğneme uygulamalarına denk gelen bağırsak sesi dinleme zamanı ise her defasında sakız çiğneme öncesinde dinlenilmiştir. Bağırsak sesi duyulduktan sonra ağrı düzeyi VAS ile ölçülmüştür. Gaz çıkarma ve defekasyon zamanı tahmin edilemeyeceğinden kadınlar gaz çıkarma ve defekasyon zamanlarını saat/tarih olarak; ağrılarını ise VAS ölçeğine göre kendileri kaydetmiştir. Hastanenin rutin prosedürü olarak kadın rektal yoldan gaz çıkardıktan sonra taburcu edildiği için gaz çıkarma zamanı hastanede değerlendirilmiştir. Defekasyon zamanı ise genellikle taburculuk sonrası kadınla telefonla görüşülerek forma kayıt edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Kadınların sezaryen sonrası bağırsak seslerinin duyulma zamanı, gaz çıkarma zamanı, defakasyon zamanı, algılanan ağrı düzeyi ve emzirme başarısı.

Bağımsız Değişkenler: Yatak içi egzersizler, erken oral hidrasyon ve sakız çiğneme.

Kontrol Değişkenleri: Yaş, öğrenim durumu, gebelik sayısı, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, önceki doğum şekli, beden kitle indeksi değerleri ve sezaryen sırasında uygulanan anestezi şekli.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 16 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi, tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, Frekans) yanı sıra niceliksel verilerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında normal dağılım gösterenler için Tek Yönlü ANOVA test, anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak amacıyla post hoc testleri, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare, Continuity (Yates) Düzeltmesi ve Fisher Kesin Ki-Kare testleri kullanılmıştır. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

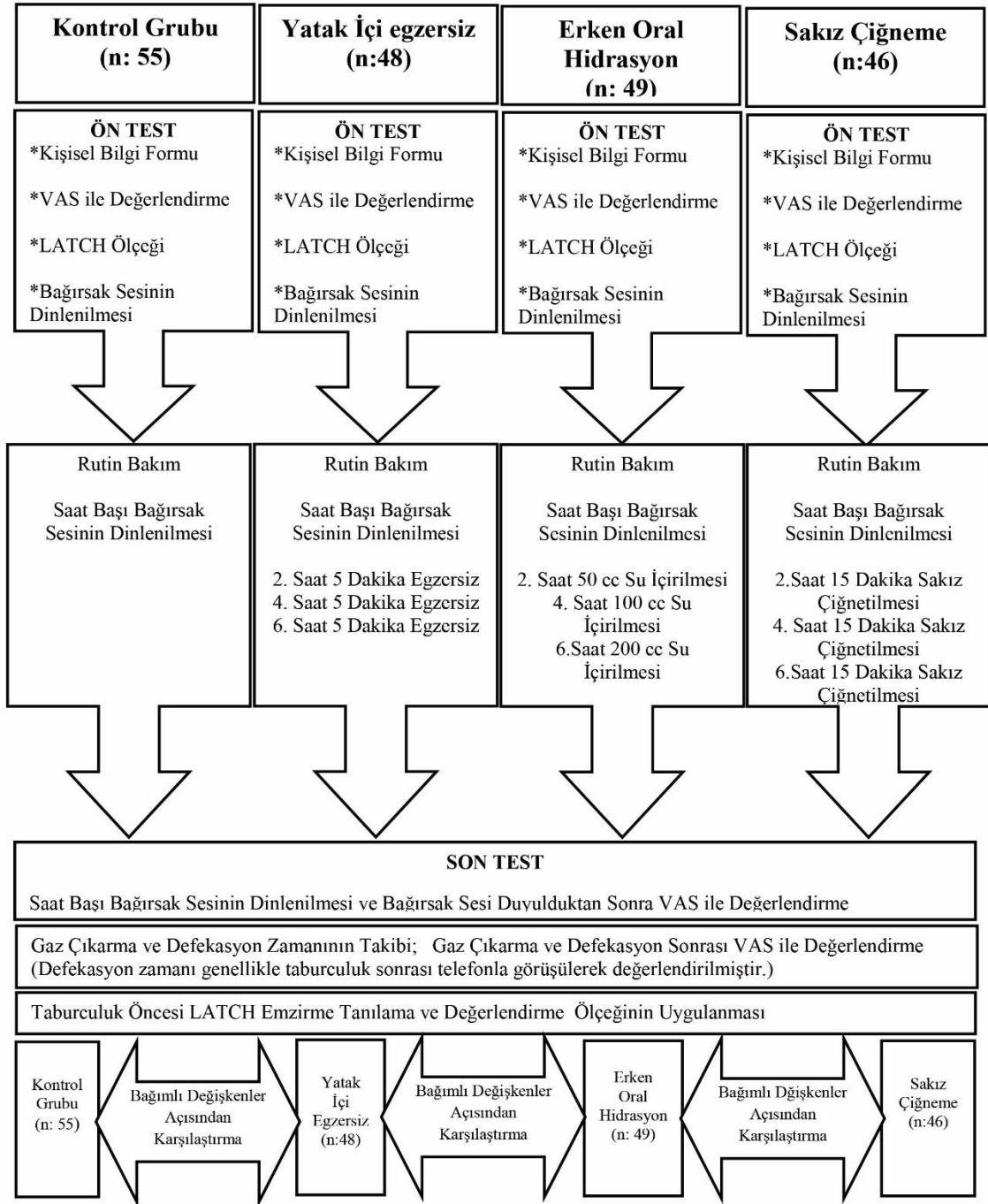
Araştırmanın yapılabilmesi için önce Etik Kurul Başkanlığı'ndan 02/05/2017 tarihli ve 2017/05/01 sayılı etik kurul izni (EK-3) alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı hastaneden 13/06/2017 tarihli ve 62639109/719 sayılı kurum izni (EK-4) alınmıştır.

Araştırmaya başlamadan önce araştırma kriterlerine uyan kadınlara araştırma hakkında bilgi verilmiş, soruları yanıtlanmış ve araştırmaya kabul eden katılımcıların

sözlü ve yazılı onamları alınarak “Bilgilendirilmiş Onam İlkesi”, çalışmaya katılıp katılmama ve istedikleri zaman çalışmadan çıkabilecekleri konusunda özgür oldukları belirtilerek “Özerkliğe Saygı İlkesi”, elde edilen kişisel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek “Gizlilik ve Gizliliğin korunması İlkesi”, elde edilen bilgilerin ve katılımcının kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek “Kimliksizlik ve Güvensizlik İlkesi” yerine getirilmiştir.¹⁷⁹

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellebilirliği

Bu araştırmanın tek merkezli olarak bir hastanede yapılması ve araştırmanın yapıldığı hastanede zorunluluk dışında genel anestezinin tercih edilmemesi nedeniyle sadece spinal anesteziyle sezaryen olmuş kadınların çalışmaya alınması, kadının oral beslenmeye başladıktan sonraki tükettikleri besinlerin ve mobilize olduktan sonraki hareketlilik düzeyinin aynı olmaması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.



Şekil 3.1. Araştırmanın Uygulama Akış Şeması

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Grupların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	GRUPLAR								Test ve p değeri
	Kontrol (n=55)		Yatak İçi Egzersiz (n=48)		Erken Oral Hidrasyon (n=49)		Sakız Çiğneme (n=46)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yaş									
19-25	17	30.9	14	29.2	14	28.6	18	39.1	X ² =9.98 p=0.12
26-32	27	49.1	22	45.8	20	40.8	10	21.8	
33 ve üstü	11	20.0	12	25.0	15	30.6	18	39.1	
Eğitim									
İlkokul	19	34.5	6	12.5	19	38.8	9	19.6	X ² =15.56 p=0.07
Ortaokul	16	29.1	11	22.9	11	22.4	12	26.1	
Lise	11	20.0	18	37.5	12	24.5	17	37.0	
Üniversite	9	16.4	13	27.1	7	14.3	8	17.3	
Gebelik Öncesi BKİ									
Zayıf (18.5 ve altı)	3	5.5	1	2.1	3	6.1	1	2.2	X ² =5.50 p=0.78
Normal (18.6-24.9)	29	52.7	23	47.9	27	55.1	28	60.9	
Fazla Kilolu (25-29.9)	16	29.1	17	35.4	10	20.4	12	26.1	
Obez (30 ve üstü)	7	12.7	7	14.6	9	18.4	5	10.9	
Doğum Öncesi BKİ									
Normal (18.6-24.9)	8	14.5	2	4.2	6	12.2	9	19.6	X ² =8.03 p=0.23
Fazla Kilolu (25-29.9)	29	52.7	23	47.9	21	42.9	23	50.0	
Obez (30 ve üstü)	18	32.8	23	47.9	22	44.9	14	30.4	
Gebelik Sayısı									
1	14	25.5	9	18.8	10	20.4	5	10.9	X ² =13.64 p=0.13
2	21	38.2	21	43.8	21	42.9	16	34.8	
3	15	27.2	6	12.5	11	22.4	11	23.9	
4 ve↑	5	9.1	12	25.0	7	14.3	14	30.4	
Yaşayan Çocuk Sayısı									
0	17	30.9	10	20.8	12	24.5	9	19.6	X ² =6.20 p=0.71
1	22	40.0	22	45.8	23	46.9	19	41.3	
2	13	23.6	10	20.8	9	18.4	15	32.6	
3 ve↑	3	5.5	6	12.5	5	10.2	3	6.5	
Abortus Sayısı									
0	47	85.5	38	79.2	39	79.6	29	63.5	X ² =9.18 p=0.16
1	6	10.9	7	14.6	9	18.4	12	26.1	
2	2	3.6	3	6.2	1	2.0	5	10.9	
Önceki Doğum Şekli									
Doğum yapmayanlar	14	25.5	8	16.7	10	20.4	5	10.9	X ² =9.31 p=0.15
Vajinal doğum	11	20.0	3	6.3	9	18.4	7	15.2	
Sezaryen	30	54.5	37	77.1	30	61.2	34	73.9	

Tablo 4.1. (Devamı)

Özellikler	GRUPLAR								Test ve p değeri
	Kontrol (n=55)		Yatak İçi Egzersiz (n=48)		Erken Oral Hidrasyon (n=49)		Sakız Çiğneme (n=46)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Gebeliğin Sonlanma Haftası									
38	20	36.4	16	33.3	22	44.9	15	32.6	X ² =14.92
39	18	32.7	25	52.1	14	28.6	24	52.2	p=0.09
40	13	23.6	4	8.3	8	16.3	7	15.2	
41	4	7.3	3	6.3	5	10.2	-	-	
Yenidoğanın Kilosu(gr)									
2500-3000	21	38.2	10	20.8	19	38.8	13	28.3	X ² =6.62
3001-3500	24	43.6	22	45.8	18	36.7	19	41.3	p=0.35
3501 ve ↑	10	18.2	16	33.4	12	24.5	14	30.4	
1.Dk APGAR Skoru									
7 puan	5	9.1	4	8.3	5	10.2	3	6.5	X ² =0.43
8 puan	50	90.9	44	91.7	44	89.8	43	93.5	p=0.93
5. Dk APGAR Skoru									
9 puan	21	38.2	20	41.7	10	20.4	19	41.3	X ² =6.53
10 puan	34	61.8	28	58.3	39	79.6	27	58.7	p=0.08
Doğum Sonu İlk Emzirme Zamanı									
0-30 dk	44	80.0	36	75.0	36	73.5	32	69.6	X ² =1.50
31-60 dk	11	20.0	12	25.0	13	26.5	14	30.4	p=0.68
İlk emzirme süresi									
1-5 dk	27	49.1	15	31.3	19	38.8	16	34.8	X ² =5.44
6-10 dk	11	20.0	9	18.8	12	24.5	11	23.9	p=0.48
11 ve ↑	17	30.9	24	50.0	18	36.7	19	41.3	
Gebelik Öncesi Bağırsak Alışkanlığı									
Günlük	48	87.3	40	83.3	39	79.6	36	78.2	X ² =3.42
2 günde bir	3	5.5	6	12.5	6	12.2	5	10.9	p=0.75
3 günde bir	4	7.2	2	4.2	4	8.2	5	10.9	
Gebelikte Bağırsak Alışkanlığı									
Günlük	47	85.4	46	95.8	41	83.7	35	76.1	X ² =10.94
2 günde bir	4	7.3	1	2.1	5	10.2	3	6.5	p=0.09
3 günde bir	4	7.3	1	2.1	3	6.1	8	17.4	
Gebelikte Kabızlık Yaşama Durumu									
Yaşamayan	24	43.6	28	58.3	24	49.0	27	58.7	X ² =3.31
Ara-sıra yaşayan	31	56.4	20	41.7	25	51.0	19	41.3	p=0.34

Grupların tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1’de gösterilmiştir. Buna göre kontrol grubundaki kadınların %49.1’inin 26-32 yaş aralığında olduğu, müdahale gruplarından yatak içi egzersizler grubunun %45.8’nin 26-32 yaş aralığında, erken oral hidrasyon

grubunun %40.8'nin 26-32 yaş aralığında ve sakız çiğneme grubunun %39.1'nin 19-25 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir.

Eğitim durumuna bakıldığında kontrol grubundaki kadınların %34.5'nin ilkokul mezunu, yatak içi egzersizler grubunun %37.5'nin lise mezunu, erken oral hidrasyon grubunun %38.8'nin ilkokul mezunu ve sakız çiğneme grubunun %37.0'nin lise mezunu olduğu saptanmıştır.

Gebelik öncesi BKİ'ne göre kontrol grubundaki kadınların %52.7'sinin, yatak içi egzersizler grubundakilerin %47.9'nun, erken oral hidrasyon %55.1'nin ve sakız çiğneme grubundaki kadınların %60.9'nun normal BKİ'ne sahip olduğu bulunmuştur. Doğum öncesi BKİ değerlendirildiğinde kontrol grubundaki kadınların %52.7'si, yatak içi egzersizler grubunun % 47.9'nun ve sakız çiğneme grubundakilerin %50.0'nin fazla kilolu ve erken oral hidrasyon grubunun %44.9'nun obez olduğu saptanmıştır.

Gebelik sayısına göre kontrol grubunun %38.2'si, yatak içi egzersizler grubunun %43.8'nin erken oral hidrasyon grubunun %42.9'nun ve sakız çiğneme grubunun %34.8'nin ikinci gebeliği olduğu belirlenmiştir.

Yaşayan çocuk sayısına bakıldığında; kontrol grubunun %40'ı yatak içi egzersizler grubunun %45.8'i, erken oral hidrasyon %46.9'u ve sakız çiğneme grubunun %41.3 yaşayan bir çocuğun olduğu ve ölen çocuk sayısının olmadığı bulunmuştur.

Abortus sayısı değerlendirildiğinde; kontrol grubunun %85.5'i, yatak içi egzersizler grubunun %79.2'si, erken oral hidrasyon grubunun %79.6'sının, sakız grubunun %63.5'inin abortus yapmadığı ve gruplarda ölü doğum yapan kadın bulunmadığı görülmüştür.

Önceki doğum şekline bakıldığında; kontrol grubunun %54.5'i, yatak içi egzersizler grubunun %77.1'i, erken oral hidrasyon grubunun %61.2'si ve sakız çiğneme grubunun %73.9'unun sezaryenle doğum yaptığı belirlenmiştir.

Gebeliğin sonlanma haftasına bakıldığında; kontrol grubunun %36.4'ü, erken oral hidrasyon grubunun %44.9'u gebeliğin 38. haftasında; yatak içi egzersizler grubunun %52.1'i ve sakız çiğneme grubunun %52.2'si gebeliğinin 39. haftasında doğum yapmıştır.

Yenidoğanın doğum kilosu değerlendirildiğinde kontrol grubunun %43.6'sının, yatak içi egzersizler grubunun %45.8'inin, sakız çiğneme grubunun %41.3'nün 3001-3500 gr arasında olduğu; erken oral hidrasyon grubunun ise %38.8'inin 2500-3000 gr arasında kiloya sahip oldukları belirlenmiştir.

Apgar skoruna bakıldığında; kontrol grubunun %90.9'unun, yatak içi egzersizler grubunun %91.7'sinin, erken oral hidrasyon grubunun % 89.8'i ve sakız çiğneme grubunun %93.5'inin birinci dakika apgar skorunun 8 olduğu görülmüştür. Kontrol grubunun %61.8'inin, yatak içi egzersizler grubunun %58.3'ünün, erken oral hidrasyon grubunun %79.6'sı ve sakız çiğneme grubunun %58.7'sinin beşinci dakika apgar skorunun 10 olduğu belirlenmiştir.

Doğum sonu ilk emzirme zamanına bakıldığında; kontrol grubunun %80'i, yatak içi egzersizler grubunun %75'i, erken oral hidrasyon grubunun %73.5'i ve sakız çiğneme grubunun %69.6'sı doğumdan sonraki ilk yarım saatte bebeklerini emzirmiştir. Bebeğin ilk emzirme süresine bakıldığında; kontrol grubunun %49.1'i ve erken oral hidrasyon grubunun %38.8'inin 1-5 dakika arasında; yatak içi egzersizler grubunun %50'si ve sakız çiğneme grubunun %41.3'ü bebeğini 11 dakikadan fazla süre emzirdiği görülmüştür.

Gebelik öncesi bağırsak alışkanlığına bakıldığında kontrol grubunun %85.4'ü, yatak içi egzersizler grubunun %95.8'i, erken oral hidrasyon grubunun %83.7'si ve sakız çiğneme grubunun %76.1'i günlük bağırsak alışkanlığına sahip olduğu belirlenmiştir.

Gebelikte bağırsak alışkanlığı incelendiğinde kontrol grubunun %85.4'ü yatak içi egzersizler grubunun %95.8'i, erken oral hidrasyon grubunun %83.7'si ve sakız çiğneme

grubunun %76.1'i günlük bağırsak alışkanlığına sahip olduğu tespit edilmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda tanıtıcı özelliklerine göre grupların homojen olduğu belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Tablo 4.2. VAS Puan Ortalamalarının Ölçüm Zamanlarına Göre Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması

Ölçüm Zamanları	GRUPLAR				Test ve p değeri
	Kontrol (n=55)	Yatak İçi Egzersiz* (n=48)	Erken Oral Hidrasyon (n=49)	Sakız Çiğneme (n=46)	
1. Ölçüm (Ameliyat Sonrası İlk Saat)	4.58±3.07	4.39±3.33	4.11±3.36	5.59±3.12	F=1.87 p=0.13
2. Ölçüm (Bağırsak Hareketi İlk Duyulunca)	4.84±2.58	4.32±2.58	4.63±2.32	5.80±2.89	F=2.79 p=0.04
3. Ölçüm (İlk Gaz Çıkarınca)	4.60±3.05	3.07±2.23	3.71±2.09	4.07±2.73	F=3.16 p=0.02
4. Ölçüm (İlk Defekasyon Sonrası)	3.70±3.01	2.19±2.19	3.18±2.05	3.44±2.49	F=3.47 p=0.01
Test ve p değeri	F=2.47 p=0.07	F=11.48 p=0.001	F=3.48 p=0.02	F=17.51 p=0.001	

* Anlamlılığın kaynaklandığı deney grubu

VAS puan ortalamalarının ölçüm zamanlarına göre grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.2’de verilmiştir. Buna göre birinci ölçümde (ameliyat sonrası) VAS puan ortalamasının kontrol grubunda 4.58±3.07, yatak içi egzersizler grubunda 4.39±3.33, erken oral hidrasyon grubunda 4.11±3.36, sakız çiğneme grubunda ise 5.59±3.12 olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p=0.13$).

İkinci ölçümdeki (bağırsak hareketi ilk duyulduğu zaman) VAS puan ortalamasının; kontrol grubunda 4.84±2.58, yatak içi egzersizler grubunda ise 4.32±2.58 olduğu, erken oral hidrasyon grubunda 4.63±2.32, sakız çiğneme grubunda 5.80±2.89 olduğu gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (**$p=0.04$**).

İkinci ölçümde VAS için yapılan ileri analiz sonucuna göre farklılığın yatak içi egzersizler grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Üçüncü ölçümdeki (gaz ilk kez çıktığı zaman) VAS puan ortalamasının; kontrol grubunda 4.60 ± 3.05 , yatak içi egzersizler grubunda ise 3.07 ± 2.23 , erken oral hidrasyon grubunda 3.71 ± 2.09 , sakız çiğneme grubunda 4.07 ± 2.73 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (**p=0.02**). Üçüncü ölçümde VAS için yapılan ileri analiz sonucuna göre farklılığın yatak içi egzersizler grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Dördüncü ölçümdeki (ilk defekasyon sonrası) VAS puan ortalamasının; kontrol grubunda 3.70 ± 3.01 , yatak içi egzersizler grubunda ise 2.19 ± 2.19 , erken oral hidrasyon grubunda 3.18 ± 2.05 , sakız çiğneme grubunda 3.44 ± 2.49 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (**p=0.01**). Dördüncü ölçümde VAS için yapılan ileri analiz sonucuna göre farklılığın yatak içi egzersizler grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 4.2’de yapılan grup içi VAS puan ortalamaları değerlendirme sonucuna göre kontrol grubundaki ölçümler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı (**p=0.07**), fakat yatak içi egzersizler grubu (**p=0.001**), erken oral hidrasyon grubu (**p=0.02**) ve sakız çiğneme grubunda (**p=0.001**) anlamlı olduğu saptanmıştır.

LATCH puan ortalamalarının ölçüm zamanlarına göre grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.3’te verilmiştir. Buna göre birinci ölçümde (ameliyat sonrası) LATCH puan ortalamasının kontrol grubunda 7.40 ± 1.01 , yatak içi egzersizler grubunda ise 7.18 ± 1.31 , erken oral hidrasyon grubunda 7.22 ± 1.21 , sakız çiğneme grubunda 7.60 ± 0.93 olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (**p=0.25**).

Tablo 4.3. LATCH Puan Ortalamalarının Ölçüm Zamanlarına göre Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırılması

Ölçüm Zamanları	GRUPLAR				Test ve p değeri
	Kontrol (n=55)	Yatak İçi Egzersiz (n=48)	Erken Oral Hidrasyon* (n=49)	Sakız Çiğneme (n=46)	
1. Ölçüm (Ameliyat Sonrası İlk Saat)	7.40±1.01	7.18±1.31	7.22±1.21	7.60±0.93	F=1.38 p=0.25
2. Ölçüm (Taburculuk Öncesi)	8.54±0.83	8.18±0.91	7.93±1.04	8.56±0.80	F=5.49 p=0.001
Test ve p değeri	t=8.03 p=0.001	t=4.52 p=0.001	t=3.69 p=0.001	t=8.89 p=0.001	

* Anlamlılığın kaynaklandığı deney grubu

İkinci ölçümdeki (taburculuk öncesi) LATCH puan ortalamasının kontrol grubunda 8.54±0.83, yatak içi egzersizler grubunda 8.18±0.91, erken oral hidrasyon grubunda 7.93±1.04, sakız çiğneme grubunda ise 8.56±0.80 olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (**p=0.001**). İkinci ölçümde LATCH için yapılan ileri analiz sonucuna göre farklılığın erken oral hidrasyon grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo 4.3'te verilen LATCH puan ortalamalarının farklı ölçüm zamanlarında karşılaştırılmasına göre grup içi ölçümler arasındaki farkın tüm gruplarda anlamlı olduğu saptanmıştır (**p=0.001**).

Tablo 4.4. Grupların Bağırsak Sesi, Gaz Çıkarma ve Defekasyon Zamanlarına göre Karşılaştırılması

Parametreler	GRUPLAR				Test ve p değeri
	Kontrol (n=55)	Yatak İçi Egzersiz (n=48)	Erken Oral Hidrasyon (n=49)	Sakız Çiğneme (n=46)	
Bağırsak Sesi*	2.53±0.42	2.19±1.37	1.89±1.21	1.82±0.83	F=2.09 p=0.10
Gaz Çıkarma*	13.13±7.97	10.89±5.15	11.90±6.64	10.89±6.34	F=1.31 p=0.27
Defekasyon*	40.03±25.26	35.24±22.33	35.80±23.24	39.02±28.84	F=0.45 p=0.71

* Değerlendirme saat olarak yapılmıştır.

Grupların bağırsak sesi, gaz çıkarma ve defekasyon zamanlarına göre karşılaştırılması Tablo 4.4'te verilmiştir. Buna göre bağırsak sesi duyulma zamanının kontrol grubunda 2.53 ± 0.42 , yatak içi egzersizler grubunda 2.19 ± 1.37 , erken oral hidrasyon grubunda 1.89 ± 1.21 , sakız çiğneme grubunda ise 1.82 ± 0.83 olduğu ve yapılan istatistiksel analiz sonucunda gruplar arasında farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p=0.10$).

Gaz çıkarma zamanının kontrol grubunda 13.13 ± 7.97 , yatak içi egzersizler grubunda 10.89 ± 5.15 , erken oral hidrasyon grubunda 11.90 ± 6.64 , sakız çiğneme grubunda ise 10.89 ± 6.34 olduğu ve yapılan istatistiksel analiz sonucunda gruplar arasında farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p=0.27$). Defekasyon zamanının ise kontrol grubunda 40.03 ± 25.26 , yatak içi egzersizler grubunda ise 35.24 ± 22.33 , erken oral hidrasyon grubunda 35.80 ± 23.24 , sakız çiğneme grubunda 39.02 ± 28.84 olduğu ve istatistiksel olarak gruplar arasında farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=0.27$).

5. TARTIŞMA

Sezaryen oranı dünya genelinde 2000 yılında %12.1 iken 2015 yılında nerdeyse iki kat artış göstererek %21.1 oranına ulaşmıştır. TNSA 2013 yılı verilerine göre %48 olan sezaryen oranı SB 2018 yılında yayınladığı faaliyet raporuna göre %51.7 olarak belirtilmiştir.^{3,4} Sezaryen oranlarının artışında tıbbi, hukuki, psikososyal ve ekonomik birçok faktör etkili olmaktadır. Zorunlu durumlarda anne ve fetusun hayatını kurtaran bu cerrahi girişim kısa ve uzun dönemde birçok komplikasyonu da beraberinde getirmektedir.⁶⁻⁸ Bu komplikasyonların büyük çoğunluğu bulantı, kusma, distansiyon, ileus gibi gastrointestinal problemlerden oluşmaktadır.⁹⁻¹¹ Ayrıca kadınlar sezaryen sonrası daha şiddetli ve daha uzun süre ağrı yaşama ve emzirmeye başlama ve devam ettirme ve süt üretiminde azalma gibi emzirme sorunları da yaşamaktadır.^{15-18, 20-22}

Bu araştırmada sezaryen sonrası uygulanan yatak içi egzersizler, erken oral hidrasyon ve sakız çiğnemenin bağırsak hareketi ile ağrı ve emzirmeye etkisi ele alınmış olup elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Araştırma kapsamına alınan kontrol ve deney gruplarının tanıtıcı özellikleri bakımından benzer oldukları belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.1).

Araştırmada kontrol ve deney grubunu oluşturan kadınların servisteki odaya geldikten sonraki bir saat içindeki ağrılarının tüm gruplarda orta düzeyde olduğu ve aralarında istatistiksel olarak fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.2). Araştırmada kontrol grubundaki kadınların bağırsak sesleri, gaz ve defekasyon sonrası ağrılarındaki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) deney gruplarının VAS skorlarında ise istatistiksel olarak anlamlı şekilde azalma olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Gruplar arası bağırsak sesleri, gaz ve defekasyon sonrası VAS ağrı skoru değerlendirildiğinde deney gruplarında istatistiksel olarak anlamlı azalma olduğu ($p<0.05$) bunun da yatak içi egzersizler grubundan kaynaklandığı saptanmıştır. Bu

sonuçlar ile “**H₅: Yatak içi egzersiz uygulamasının ağrıya etkisi yoktur.**”, “**H₁₁: Erken oral hidrasyon uygulamasının ağrıya etkisi yoktur.**” ve “**H₁₇: Sakız çiğneme uygulamasının ağrıya etkisi yoktur.**” hipotezleri reddedilmiş olup; “**H₂: Yatak içi egzersiz uygulamasının ağrıya etkisi vardır.**”, “**H₈: Erken oral hidrasyon uygulamasının ağrıya etkisi vardır.**” ve “**H₁₄: Sakız çiğneme uygulamasının ağrıya etkisi vardır.**” hipotezleri doğrulanmıştır.

Değirmen’in¹⁸⁴ sezaryen ameliyatı sonrası ağrı kontrolünde uyguladığı el ve ayak masajının etkinliğini değerlendirmek için yaptığı çalışmada sezaryen sonrası ilk 24 saatte hasta analjezik aldıktan sonraki 1-4 saat arası bakılan ağrı düzeylerinde kontrol ve deney grubundaki kadınların orta düzeyde ağrılarının olduğu tespit edilmiştir. Elsous ve ark.¹⁸⁵ sezaryen doğum sonrası postoperatif ağrıyı değerlendirdikleri çalışmalarında ve hastaların ilk 24 saatte VAS’a göre orta ve şiddetli düzeyde ağrılarının olduğu tespit edilmiştir. Işık ve ark.¹³⁶ doğum şekline göre annelerin postpartum ağrı, yorgunluk düzeyleri ve emzirme öz-yeterliliklerini belirlemek için yaptıkları çalışmalarında sezaryen doğum yapmış hastaların ilk 24. saatteki ağrı puan ortalamaları VAS’a göre orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Borges ve ark.¹⁸⁶ sezaryen sonrası postoperatif akut ve şiddetli ağrının nedenlerini belirlemek için yaptıkları çalışmalarında hastaların %78.4’ünün sezaryen sonrası orta ve şiddetli düzeyde ağrı yaşadıkları saptanmıştır. Özlü ve ark.¹⁸⁷ sezaryen ameliyatı olan kadınlarda progresif gevşeme egzersizlerinin ağrı kontrolü üzerine etkisi belirlemek için yaptıkları çalışmalarında kadınların odalarına geldikten ve analjezik uygulandıktan en az 4 saat sonraki ağrı puanlarının deney ve kontrol grubunda şiddetli ve çok şiddetli arasında değiştiğini ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını saptamışlardır ($p>0.05$). Sağkal’ın¹⁸⁸ sezaryen ameliyatı sonrası uygulanan reiki dokunma terapisinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisini

belirlemek için sezaryenli kadınlarda yaptığı çalışmasında reikiye başlamadan önce kadınların VAS'a göre ağrısını 4.13 ± 1.39 orta puan olarak tespit etmişlerdir.

Yapılan çalışmalarda genel olarak cerrahi sonrası hastaların %30-97'sinin orta ya da şiddetli akut ağrı deneyimledikleri,^{149, 189} sezaryen gibi karın ameliyatları ve acil cerrahilerde algılanan ağrının yüksek olduğu ve ameliyat günü daha yoğun olmak üzere ağrının giderek azalan şekilde 1-4 gün daha sürdüğü ifade edilmektedir.^{24, 186, 189} Bu araştırmada hastaların akut dönem ağrısına bakıldığında hafif ve şiddetli arasında değişen ve genellikle orta düzeylerde ağrısının olması literatür ile benzerlik göstermektedir.

Pereira, De Souza ve Beleza'nın¹⁹⁰ doğum şekli ve pariteye göre postpartum dönemde ağrının fonksiyonel aktivite etkisini belirlemek için yaptıkları çalışmalarında sezaryen ile doğum yapan annelerin hareket esnasında ağrıyı daha şiddetli yaşadıkları bildirilmiştir. Yılmaz ve Gürler'in¹⁹¹ hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımlarına hasta görüşlerini belirlemek için kardiyovasküler, jinekolojik ve GİS ameliyatı olan hastalarla yaptıkları çalışmasında yataktan kalkarken, hareket etme ve solunum sırasında ve yürürken hastaların daha çok ağrı yaşadıklarını tespit etmişlerdir ($p < 0.05$). Borges'in¹⁸⁶ sezaryen sonrası orta ve şiddetli akut ağrının nedenlerini belirlemek için yaptıkları çalışmalarında kadınların %74.1'inin hareket sırasında ağrısının arttığını saptamışlardır. Babacan'ın¹⁹² sezaryen sonrası ağrı kontrolünde ilaç dışı farklı iki yöntem olan masaj/dokunma ve müzik/gevşeme etkililiğinin karşılaştırdığı çalışmasında kontrol grubunu oluşturan hastalar dolaştıklarında %40, pozisyon değiştiklerinde ise %66.7 oranında ağrılarının azaldığını belirtmişlerdir. Dube ve Kshirsagar'ın⁹⁰ sezaryen sonrası erken ambulasyon tekniklerinin biyofizyolojik sağlık parametrelerine etkisini belirlemek için yaptıkları çalışmada deney grubundaki kadınların insizyon ağrısını istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha az yaşadıkları tespit etmişlerdir ($p < 0.05$).

Egzersiz hareketi kan akımını arttırarak kas spazmlarını ve kontraktürlerini önleyerek ağrıyı hafifletip hastanın konforunun sağlanmasına yardımcı olur.^{177, 193} Bu araştırmada yatak içi egzersizler grubunun VAS ağrı skalasına göre daha düşük ağrıya sahip olmaları yapılan egzersizlerin hastanın iyilik halini artırdığı ve ambulasyon ve mobilizasyon sırasında daha az hissetmesini sağlamasından kaynaklanmış olabilir.

Araştırmada ameliyat sonrası ilk LATCH puanları gruplar arası karşılaştırıldığında kontrol grubu ve deney grupları arasında istatistiksel olarak fark olmadığı ($p>0.05$) hastaneden taburcu olmadan önceki LATCH puanlarına bakıldığında tüm gruplarda grup içi ve gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0.05$) bu farkın da erken oral hidrasyon grubundan kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 4.3). Bu sonuçlara göre **“H₃: Yatak içi egzersiz uygulamasının emzirmeye etkisi vardır.”**, **“H₉: Erken oral hidrasyon uygulamasının emzirmeye etkisi vardır.”** ve **“H₁₅: Sakız çiğneme uygulamasının emzirmeye etkisi vardır.”** hipotezleri reddedilmiş olup **“H₆: Yatak içi egzersiz uygulamasının emzirmeye etkisi yoktur.”**, **“H₁₂: Erken oral hidrasyon uygulamasının emzirmeye etkisi yoktur.”** ve **“H₁₈: Sakız çiğneme uygulamasının emzirmeye etkisi yoktur.”** hipotezleri doğrulanmıştır.

Çetişli ve ark.¹⁹⁴ doğum sonrası dönemde doğum türüne göre anne bağlanma ve emzirme davranışlarını inceledikleri çalışmasında sezaryenden 48-72 saat sonraki LATCH puanlarının sezaryen doğum ile vajinal doğum arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0.05$) sezaryen doğumla vajinal doğuma göre daha düşük LATCH puanı olduğu tespit edilmiştir. Cangöl ve Şahin’in¹⁹⁵ emzirmeyi etkileyen faktörler ve emzirme danışmanlığı çalışmasında belirlenmesi için yaptıkları araştırmada sezaryenle doğumun annenin emzirmesine engel olmamakla birlikte annenin anestezinin etkisinde kalması, ameliyat yerinin ağrısı, bebeğin kucakta tutulma güclüğü gibi faktörlerin emzirmeyi etkilediğini belirtmiştir. Hsien CF ve ark.¹⁵⁹ sezaryen doğum sonrası emziren

kadınlarda meme problemlerini etkileyen faktörler araştırdıkları çalışmalarında emzirmede konfor önemli olduğunu, sezaryen doğumlarda hastanın ameliyata bağlı rahatsız olması, ağrı, fiziksel rahatlıkta bozulma ve kadının beslenme durumunun emzirmeyi olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Bu araştırmada kontrol grubunun da taburculuk öncesi LATCH puanının yükselmesi hastanede gebelik öncesi kadın doğum polikliniği ve gebe eğitim sınıfında emzirme danışmanlığı verilmesi, anne odaya gelir gelmez emzirmesi için yardım edilmesi ve serviste bebek hemşiresinin emzirme durumunu takip etmesinden kaynaklanmış olabilir.

Araştırmamızda yatak içi egzersiz grubunun bağırsak sesi duyulma zamanı 2.19 ± 1.37 , gaz çıkarma zamanı 10.89 ± 5.15 ve defekasyon zamanı 35.24 ± 22.33 saat olarak bulunmuştur. (Tablo 4.4). Araştırmamızda yatak içi egzersiz uygulaması saat olarak bağırsak sesi, gaz çıkarma ve defekasyon zamanını hızlandırırsa da bu etki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) Bu nedenle “**H₁: Yatak içi egzersiz uygulamasının bağırsak hareketlerine etkisi vardır.**” hipotezi reddedilmiş ve “**H₄: Yatak içi egzersiz uygulamasının bağırsak hareketlerine etkisi yoktur.**” hipotezi doğrulanmıştır.

Çevik’in¹⁷⁷ yatak içi egzersizleri ve sakız çiğnemenin sezaryen sonrası erken dönemde bağırsak sesleri, gaz çıkarma ve erken taburculuğa etkisi çalışmasında egzersiz grubunun bağırsak sesi duyulma zamanı 2.2 ± 1.4 , gaz çıkarma 15.6 ± 11.5 ve defekasyon zamanını egzersiz grubunda 31.7 ± 15.7 saat olarak tespit etmişler ve istatistiksel olarak anlamlılık bulmamışlardır. ($p > 0.05$) Mevcut çalışmada spinal anestezi grubunda yapılan analizde ise bağırsak seslerinin başlama zamanı 1.8 ± 1.2 , gaz çıkarma zamanı 14.1 ± 9.9 ve defekasyon zamanı 29.0 ± 16.7 saat olarak istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Araştırmamızda sadece spinal anestezinin kullanılması gaz çıkarma ve defekasyon zamanlarını etkilemiş olabilir.

Araştırmamızda erken oral hidrasyon grubunun bağırsak sesi 1.89 ± 1.21 , gaz çıkarma 11.90 ± 6.64 ve defekasyon zamanı 35.80 ± 23.24 saat olarak bulunmuştur (Tablo 4.4). Araştırmamızda erken oral hidrasyon uygulaması saat olarak bağırsak sesi, gaz çıkarma ve defekasyon zamanını hızlandırırsa da bu etki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) Bu nedenle “**H₇: Erken oral hidrasyon uygulamasının bağırsak hareketine etkisi vardır.**” hipotezi reddedilmiş ve “**H₁₀: Erken oral hidrasyon uygulamasının bağırsak hareketine etkisi yoktur.**” hipotezi doğrulanmıştır.

Al-Ghareeb’un¹⁰² sezaryen sonrası erken oral hidrasyonun etkisini belirlemek için yaptıkları çalışmalarında bağırsak seslerinin duyulma zamanını deney gruplarında 3 saat kontrol grubunda 6.5 saat olarak tespit etmişlerdir. Çalışmada hem epidural hem de spinal anestezinin kullanılmış olması bağırsak seslerinin duyulma zamanını etkilemiş olabilir. Mohamed ve Guida’nın¹⁹⁶ sezaryen sonrası erken ve geç oral hidrasyona maternal uyum ve sonuçlarını belirlemek için yaptıkları çalışmalarında deney gruplarının ilk bağırsak sesi 3.7 ± 0.9 kontrol grubunda ise 6.9 ± 1.1 ; gaz çıkışı 6.3 ± 1.0 kontrol grubunda ise 13.2 ± 1.4 saat olarak ($p < 0.05$) bulunmuştur. Bizim araştırmamızda kontrol grubu 6. saatte oral alıma başlarken mevcut çalışmada 12-24 saat arasında başlaması anlamlılığın nedeni olabilir. Nıazı ve ark.¹¹³ rejonel anestezisi ile sezaryen olmuş hastalarda erken ve geç beslemenin etkisini belirlemek için yaptıkları çalışmalarında bağırsak sesleri 7.82 ± 1.30 , ilk gaz çıkarma zamanını 13.50 ± 2.64 olarak tespit edilmiştir. Araştırmamızda hastanenin rutin prosederü gereği kadınlar sezaryen sonrası 6. saatte oral beslemeye başlamaları bağırsak hareketlerinin saat olarak daha erken duyulmasını sağlamış olabilir. Mohammed ve ark.²⁸ sezaryen sonrası erken ve geç beslemeyi karşılaştırdıkları çalışmalarında erken beslenen grupta hastaların %42.5’inin bağırsak sesinin 4 saat önce başladığı, %22.5’inin gazının 4-12 saat arasında çıktığı ve % 30’unun ilk defekasyona 12-24 saat arasında çıktığı tespit edildiği ve sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir

($p<0.05$). Kontrol grubunun ise hiçbir hasta 4 saatten önce bağırsak sesi duyulmamış % 2.5’u 4-12 saat arasında gazını çıkarmış , %5’i ilk defekasyonunu 12-24 saat arasında yapmıştır. Araştırmamız bağırsak seslerinin başlama zamanı saat olarak esas alındığında mevcut çalışma ile benzerdir.

Bu araştırmada sakız çiğneme grubunun bağırsak hareketlerinin başlama zamanı ortalama 1.82 ± 0.83 saat, bağırsak sesleri 10.89 ± 6.34 ve defekasyon zamanı 39.02 ± 28.84 saat olarak bulunmuştur (Tablo 4.4). Araştırmamızda sakız çiğneme uygulaması saat olarak bağırsak sesi, gaz çıkarma ve defekasyon zamanını hızlandırırsa da bu etki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) Bu nedenle “**H₁₃: Sakız çiğneme uygulamasının bağırsak hareketine etkisi vardır.**” hipotezi reddedilmiş ve “**H₁₆: Sakız çiğneme uygulamasının bağırsak hareketine etkisi yoktur.**” hipotezi doğrulanmıştır.

Randa ve Baker’in¹⁹⁷ sezaryen sonrası bağırsak hareketlerinin geri dönmesinde sakızın etkisine baktıkları çalışmalarında hastaların % 62.5’sinin bağırsak hareketlerinin geri dönmesi 5 saatten önce %37’si, %40’ı 5 saat ve sonrasında gaz çıkarmış ve % 73’si 5 saatten daha sonra defekasyona çıkmıştır. El-Hamid Rashad ve Yousef’in¹⁹⁸ sezaryen sonrası bağırsak hareketlerinde şekeriz sakızın etkisine baktıkları çalışmalarında bağırsak sesi 3.47 ± 1.38 ve gaz çıkarma 5.33 ± 1.71 olduğunu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu tespit etmişlerdir. Araştırmamızın mevcut çalışmalara göre saat olarak bağırsak seslerinin erken duyulmasının nedeni spinal anesteziye bağlı olabilir.

Çevik’in¹⁷⁷ yatak içi egzersizleri ve sakız çiğnemenin sezaryen sonrası erken dönemde bağırsak sesleri, gaz çıkarma ve erken taburculuğa etkisi çalışmasında sakız çiğneme grubunun bağırsak sesi 1.9 ± 1.6 , gaz 13.9 ± 7.9 ve defekasyon zamanı 26.7 ± 12.5 saat olarak saptanmıştır. Araştırmamızda bağırsak hareketlerinin başlama zamanları saat bazında mevcut çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Mansour’un¹⁹⁹ sezaryenden sonra

sakız çiğnemenin bağırsak fonksiyonlarına etkisini belirlemek için yaptıkları çalışmada bağırsak seslerinin duyulma zamanı 3.93 ± 1.02 , gaz çıkarma zamanı 6.54 ± 1.37 ve defekasyon zamanını 10.25 ± 2.15 saat olarak saptanmıştır. Araştırmamızın mevcut çalışmaya göre defekasyon zamanının daha uzun olması mevcut çalışmada sakız çiğneme süresinin 30 dakika; araştırmamızda ise 15 dakika ile sınırlı tutulmasından kaynaklanmış olabilir.

Bu araştırmada gruplararası bağırsak sesleri, gaz çıkarma ve defekasyon zamanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.4). Bu sonuç Çevik'in¹⁷⁷ yatak içi egzersizleri ve sakız çiğnemenin sezaryen sonrası erken dönemde bağırsak sesleri, gaz çıkarma ve erken taburculuğa etkisini belirlemek için yaptıkları çalışmasında da sayısal olarak deney gruplarının kontrol grubuna göre bağırsak sesi, gaz ve defekasyon süreleri daha kısa olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) tespit edilmiş olup çalışmamızın sonucu mevcut çalışma benzerlik göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Doğu Anadolu Bölgesi'nde bulunan bir araştırma hastanesinin Kadın Doğum Servis'inde sezaryen sonrası uygulanan yatak içi egzersizler, erken oral hidrasyon ve sakız çiğnemenin bağırsak hareketleri ile ağrı ve emzirmeye etkisini belirlemek amacıyla ön test-son test kontrol gruplu deneysel düzende yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Deney ve kontrol gruplarının ameliyat sonrası ilk ağrı algılamalarında fark olmadığı ($p>0.05$) kadınların bağırsak sesi duyulduktan, gaz ve defekasyon sonrası ağrıların istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azaldığı ($p<0.05$)
- Deney gruplarından yatak içi egzersiz grubunun diğer gruplara göre ağrısının istatistiksel olarak daha düşük olduğu ($p<0.05$)
- Deney ve kontrol gruplarının ilk emzirmede LATCH emzirme başarı puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) taburculuk öncesi tüm gruplarda LATCH emzirme başarı puanının istatistiksel olarak anlamlı şekilde yükseldiği ($p<0.05$) ve erken oral hidrasyon grubunun emzirme başarı puanı artmasına rağmen istatistiksel olarak bu artışın daha düşük olduğu ($p<0.05$) ve girişimlerin emzirme başarısını etkilemediği
- Deney ve kontrol gruplarının bağırsak sesi, gaz çıkarma ve defekasyon zamanlarının arasında istatistiksel olarak fark anlamlı olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir.
- Yapılan uygulamalar sırasında araştırmacının gözlemi ve taburculuk sonrası kadının verdiği bilgilere göre deney gruplarına yapılan girişimler hiçbir kadında komplikasyon oluşturmamıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Araştırma sonuçlarının 6 ay içinde araştırmanın yapıldığı hastanede hizmet veren sağlık çalışanları ile paylaşılması
- Spinal anestezi ile sezaryen olan kadınların ağrılarını azaltmak için yatak içi egzersiz, erken oral hidrasyon ve sakız çiğneme uygulamaların kullanılması
- Araştırmadaki tüm uygulamalarının bir arada uygulanabileceği daha büyük örneklem grubuyla çalışılması
- Araştırmada kullanılan uygulamaların genel anestezi ile sezaryen ameliyatı olan kadınlara da uygulanarak karşılaştırma yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Cunningham GF, Leveno JK, Bloom LS, Hauth CJ, Rouse JD, Spong YC. *Williams Obstetrics*, 23rd Edition. New York, McGraw-Hill, 2010: 544.
2. Durukan G, Desteli A. Operatif Doğum. İçinde: Günalp S, Yüce K (Editörler). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, 3.Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitapevleri, 2014: 1028.
3. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Nüfus ve Sağlık Araştırma Raporu,
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf.3
Nisan 2018.
4. WHO statement On Caesarean Section Rates. Reprod Health Matters.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf;jsessionid=2F0611BFF79740E20DFE305E3222C1E3?sequence=1. 10 Mayıs 2019.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı 2018 Faaliyet Raporu
<https://sgb.saglik.gov.tr/Dkmanlar/TC%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Bakanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20Faaliyet%20Raporu%202018.pdf>. 24 Haziran 2017.
6. Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, Gibbons D, Kelly NM, Kennedy HP, Kidanto H, Taylor P, Temmerman M. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet*, 2018; 18: 1349-1357
7. Şahin NH. Seksio - sezaryen: yaygınlığı ve sonuçları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009; 2: 93-98.

8. Quinlan DJ. Cesarean Delivery: Counseling issues and complication management. *Am Fam Physician*, 2015; 3:178-184
9. Çevik Akküz S. The effect of gum chewing on bowel sounds, passing intestinal gas, and early discharge from hospital in early post-caesarean period: A systematic review. *IJERN*, 2016;1: 323-332.
10. Field A, Haloob R. Complications of caesarean section. *TOG*, 2016; 18: 265-272.
11. Vather R, Trivedi S, Bissett I. Defining postoperative ileus: Results of a systematic review and global survey. *J Gastrointest Surg*, 2013; 5: 962-972.
12. Venaraa A Neunlist M, Slimd K, Barbieuxa J, Colasa PA, Hamya A, Meurette G. Postoperative ileus: Pathophysiology, incidence, and prevention. *J Visc Surg*, 2016; 6: 1-8.
13. Johnson MD, Walsh RM. Current therapies to shorten postoperative ileus. *Cleve Clin J Med*, 2009; 11: 641-648.
14. Behm B, Stollman N. Postoperative ileus: etiologies and interventions. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2003;2: 71-80.
15. Ain QU, Waqar F, Bashir A. Ease in pain and functional activities following caesarean delivery by post natal exercises. *JIIMC*, 2018; 1: 32-35.
16. Jasim HH, Sulaiman SBS, Khan AH, Rajah UA. Factors affecting post caesarean pain intensity among women in the northern peninsular of Malaysia. *J Clin Diagn Res*, 2017; 9: 7-11.
17. Bonnet MP, Mignon A, Mazoit JX, Ozier Y, Marret E. Analgesic effect and adverse effects of epidural morphine compared to parenteral opioids after elective caesarean section: A systemic review. *Eur J Pain*, 2010; 9: 894-899.
18. Keçik Y. *Temel Anestezi*, 2. Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitapevleri, 2016: 1049-1054.

19. Turfan Çeber E, Akçiçek E, Ekşioğlu Başgün A. *Anne Sütü ve Emzirme*, 1.Baskı. Ankara, Vize Yayıncılık, 2017.
20. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi. Emzirme ve anne sütü ile ilgili sık sorulan sorular. <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/7713,emzirmeveannesutuileilgisikisoriulanorularpdf.pdf?0>. 15 Haziran 2019.
21. Takahashi K, Ganchimeg T, Ota E, Vogel JP, Souza JP, Laopaiboon M, Castro CP, Jayaratne K, Ortiz-Panoso E, Lumbiganon P, Mori R. Prevalence of early initiation of breastfeeding and determinants of delayed initiation of breastfeeding: secondary analysis of the WHO Global Survey. *Scientific Reports*, 2017: 1-10.
22. Shrooti S, Prativa D, Devkumari S. Knowledge and practice related to breastfeeding among caesarean section mothers of BPKIHS, Dharan, Nepal. *IJHSR*, 2016: 3: 213-218.
23. Hobbs AJ, Mannion CA, McDonald SW, Brockway M, Tough SC. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2016: 16:2-9.
24. Brock H, Gamez BS, Habib AS. Predicting severity of acute pain after cesarean delivery: a narrative review of this article is prohibited. *Anesth Analg*, 2018: 5: 1-9.
25. Wrench IJ, Allison A, Galimberti A, Radley S, Wilson MJ. Introduction of enhanced recovery for elective caesarean section enabling next day discharge: A tertiary centre experience. *Int J Obstet Anesth*, 2015: 2: 124–130.
26. Çilingir D, Candaş B. Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü ve hemşirenin rolü. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017: 20: 137-143.

27. Scott MJ, Baldini G, Fearon KC, Feldheiser A, Feldman LS, Gan TJ, Ljungqvist O, Lobo DN, Rockall TA, Schricker T, Carli F. Enhanced Recovery After Surgery(ERAS) for gastrointestinal surgery, part 1: Pathophysiological considerations. *Acta Anaesthesiol Scand*, 2015; 10: 1212-1231.
28. Mohammed MZ, Marzouk T, Barakat R, El-Nemer A. Early versus late oral feeding on selected post cesarean section outcomes. *IOSR-JNHS*, 2016; 4: 43-47.
29. Abdelati IH, Saadoon OHM, Mostafa ARA. Quality of cesarean section nursing care and its reflection up-on women's satisfaction with labor experience. *IJANS*, 2019; 1: 11-18.
30. Mukonka PS, Mukwato PK, Kwaleyela CN, Maimbolwa MC. Understanding midwives perspective on care of post cesarean section women at the university teaching hospital-women and newborn, Lusaka. *OJN*, 2018; 8: 918-939.
31. Pınar G, Doğan N, Algier L, Kaya N, Çakmak F. Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Derg*, 2009; 3: 184-190.
32. Dutta DC. Operative Gynecology. In: Konar H (Ed). *Textbook of Gynecology*. Sixth Edition. India, Jaypee Brothers Medical Publishers Ltd, 2013: 599.
33. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. Sezaryen Doğum. İçinde: Tanır M, Şener T (Editör). *Obstetrik: Normal ve Sorunlu Gebelikler*, 50. Baskı, İstanbul, Nobel ve Güneş Tıp Kitapevleri, 2009: 486.
34. Karabel MK, Demirbaş M, İnci BM. Türkiye’de ve Dünya’da değişen sezaryen sıklığı ve olası nedenleri. *Sakarya Tıp Dergisi*, 2018; 7: 158-163.
35. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi, 2010
<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/318> 03 Nisan 2018.

36. Sayın NC, Erzincan SG, Çilingir IU. Sezaryen: kanıta dayalı bilgiler. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 2018, 11: 76-81.
37. Begum T, Rahman A, Nababan H, Hoque DME, Khan AF, Ali T, Anwar I. Indications and determinants of caesarean section delivery: Evidence from a population-based study in Matlab, Bangladesh. *PLoS One*, 2017; 12: 1-16.
38. Gözükara F, Eroğlu K. Sezaryen doğum artışını önlemenin bir yolu: “Bir Kez Sezaryen Hep Sezaryen” yaklaşımı yerine sezaryen sonrası vajinal doğum ve hemşirenin rolleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2011; 18: 89-100.
39. Collins S, Arulkumaran S. Sezaryen Doğum. İçinde: Buyru F, Baştu E (Editörler). *Obstetrik ve Jinekoloji El Kitabı*, Nobel Tıp Kitapevi, 1. Baskı. Ankara, 2016.
40. Decherney AH, Nathan L. Operative Delivery. In: Ainbinder S.(Ed). *Obstetric&Gynecologic*, 11. Edition, America, Mc Graw-Hill Companies, 2003: 521.
41. Melman S, Schoorel NCE, Dirksen C, Kwee A, Smits L, De Boer F, Jonker M, Woiski MD, Mol BWJ, Doornbos JPR, Visser H, Huisjes AJM, Porath MM, Delemarre FMC, Kuppens MIS, Aardenburg R, Van Dooren IMA, Vrouwenraets FPJM, Lim FTH, Kleiverda G, Van Der Salm PCM, De Boer K, Sikkema MJ, Nijhuis JG, Hermens RPMG, Scheepers CJH. SIMPLE: implementation of recommendations from international evidence-based guidelines on caesarean sections in the Netherlands. Protocol for a controlled before and after study. *Implementation Science*, 2013; 8: 1-8.
42. Liu TC, Chen CS, Lin HC. Does elective caesarean section increase utilization of postpartum maternal medical care?. *Medical Care*, 2008; 4: 440-443.

43. Callahan T, Caughey AB. Blueprints Obstetrics & Gynecology. In: Rhyner S(Ed). *Lippincott Williams & Wilkins*, Sixth Edition, China, Wolters Kluwer Business, 2013: 53.
44. Bal Demirgöz M, Yılmaz Dereli S, Beji Kızılkaya N. Kadınların sezaryen doğum tercihleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2013; 21: 139-146.
45. Hacker N, Moore JG, Gambone JC. Normal Travay Doğum ve Postpartum Bakım: Anatomik İlişkiler, Obstetrik Analjezi ve Anestezi ve Yenidoğanın Resusistasyonu. İçinde: Atabekoğlu CS, Çetinkaya E.(Editörler), *Obstetrik ve Jinekolojinin Temelleri*. 4. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2009: 128-129.
46. Aslan Eti F. *Cerrahi Bakım Vaka Analizleri ile Birlikte*, 1.Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi, 2016.
47. Millî Eğitim Bakanlığı. Anestezi ve Reanimasyon. Obstetrik ve jinekolojik girişimlerde anestezi, 2012
http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Obstetrik%20Ve%20Jinekolojik%20Giri%C5%9Fimlerde%20Anestezi.pdf 10 Temmuz 2019.
48. Butterworth JF, Mackey DC, Wasnik JD. Rejyonel Anestezi. İçinde: Cuhruk FH.(Ed), *Morgan & Mikhail Klinik Anestiyoloji*, 5. Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitapevleri, 2015.
49. Coşkun A. *Kadın ve Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*, 1. Baskı. İstanbul, Koç Üniversitesi Yayınları, 2012: 232.
50. Miller RD. Obstetrik Anestezi. İçinde: Katırcıoğlu K. *Miller Anestezi*, 6. Baskı. İzmir, İzmir Güven Kitapevleri, 2010.
51. Mesci Haftacı S, Haftacı E. Anestezi şeklinin (genel ve lokal) sezaryen sonuçlarına etkisi ve karşılaştırılması. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg*, 2013; 3: 26-29.

52. Edward GA, Mikhail MMS, Murray MJ. Rejyonel Anestezi ve Ağrı Tedavisi. İçinde: Tulunay M, Cuhruk H.(Ed), *Klinik Anestiyoloji*, 4.Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitapevleri, 2008.
53. Erdine S. *Rejyonel Anestezi*, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2008.
54. Sarıkaya E. Doğum, Ebelik ve Nüfus Politikaları Tarihçesi. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı, Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü 2017 https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/ekitap/tarihce/son_ebelik_tarihcesi.pdf 10 Haziran 2019.
55. Gogarten W. Spinal anaesthesia for obstetrics. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*,2003;3: 377–392.
56. Morgan PJ, Halpern S, Lam-McCulloch J. Comparison of maternal satisfaction between epidural and spinal anesthesia for elective cesarean section. *Can J Anesth*, 2000; 10: 956–961.
57. Kessous R, Weintraub AY, Wiznitzer A, Zlotnik A, Pariente G, Polachek H, Press F, Aricha-Tamir B, Leizerovich A, Sheiner E. Spinal versus general anesthesia in cesarean sections: the effects on postoperative pain perception. *Arch Gynecol Obstet*, 2012;1: 75–79.
58. Cobb B, Liu R, Valentine E, Onuoha O. A review for anesthesia providers regarding the transfer of medications into breast milk. *Transl Perioper Pain Med*, 2015; 2: 1–7.
59. El Haj Ibrahim S, Fridman M, Korst LM, Gregory KD. Anesthesia complications as a childbirth patient safety indicator. *Anesth Analg*, 2014; 4: 911–917.
60. Doğru S, Kaya Z, Yılmaz Doğru H. Spinal anestezi komplikasyonları. *Contemporary Medicine*, 2012; 2: 127-134.

61. Karadeniz G. *İç Hastalıkları Hemşireliğinde Teoriden Uygulamaya Temel Yaklaşımlar*. Ankara, Göktuğ Basım ve Yayıncılık, 2008.
62. Mollaoğlu M. Gastrointestinal Sistem. İçinde: Durna Z.(Editör), *İç Hastalıkları Hemşireliği*, 1.Baskı. İstanbul, Kayhan Akademi Basın ve Yayıncılık, 2013.
63. Preston RR. Gastrointestinal Sistem. İçinde: İsoğlu Alkaç Ü.(Editör), *Lippicott Görsel Anlatımlı Çalışma Kitabı: Fizyoloji*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2014.
64. Korkmaz M. Gastrointestinal Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi. İçinde: Ovayolu N, Ovayolu Ö. (Editör). *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutları ile Kronik Hastalıklar*, 2. Baskı. Adana, Nobel Tıp Kitapevi, 2017.
65. İzveren AÖ, Dal Ü. Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik uygulamaları. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2011; 18: 36-46.
66. Çilingir D, Bayraktar N. Gününbirlik cerrahi süreci ve hemşirelik bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006; 13: 69-81.
67. Melnyk M, Casey RG, Black P, Koupparis AJ. Enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols: Time to change practice?. *CUAJ*, 2011; 5: 342-348.
68. Ituk U, Habib AS. Enhanced recovery after cesarean delivery [version 1; peer review: 2 approved]. *F1000 Research*, 2018: 1-11.
69. Macones GA, Caughey AB, Wood SL, Wrench IJ, Huang J, Norman M, Pettersson K, Fawcett WJ, Shalabi MM, Metcalfe A, Gramlich L, Nelson G, Wilson RD. Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations (Part 3). *AJOG*, 2019; 19: 1-9.

70. Aksoy G. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı. İçinde: Aksoy G, Kalkan N, Aksoy N.(Editör), *Cerrahi Hemşireliği*, İstanbul, 2012.
71. Zeinali F, Stulberg JJ, Delaney CP. Pharmacological management of postoperative ileus. *CJS*, 2009; 2: 153-157.
72. Wronski S. Chew on this: Reducing postoperative ileus with chewing gum. *Nursing*, 2014; 1: 19 -23.
73. Gökçe İE, Gülkan S, Dural Hİ, Özgehan G, Akın T, Küçük B, İmamoğlu İ, Bilgin BÇ, Güzel H, Kargıcı H. Ramazan orucu ve ileus. *Kafkas J Med Sci*, 2014; 3: 111–114.
74. Ge W, Chen G, Ding YT. Effect of chewing gum on the postoperative recovery of gastrointestinal function. *Int J Clin Exp Med*, 2015; 8: 11936-11942.
75. Ledari FM, Barat S, Delavar MA. Chewing gums has stimulatory effects on bowel function in patients undergoing cesarean section: A randomized controlled trial. *Bosn J Basic Med Sci*, 2012; 4: 265-268.
76. Blumenfeld YJ, El-Sayed YY, Lyell DJ, Nelson LM, Butwick AJ. Risk factors for prolonged postpartum length of stay following cesarean delivery. *Am J Perinatol*, 2015; 9: 825–832.
77. Kehlet H, Holte K. Review of postoperative ileus. *Am J Surg*, 2001; 5: 3-10.
78. Huang H, Wang H, He M. Early oral feeding compared with delayed oral feeding after cesarean section: a meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2016; 3: 423–429.
79. Kehlet H. Postoperative ileus-an update on preventive techniques. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 2008; 10: 552-558.
80. Şimşek Ç, Yılmaz Esencan T. Doğum sonu dönemde hemşirelik bakımı. *ZKTB*, 2017; 4: 183-189.

81. Ahmed HM, Najib, BM. Effect of implementing nursing process on women's health after cesarean birth at the maternity teaching Hospital/Erbil city. Proceedings of the World Medical Conference.<http://www.wseas.us/e-library/conferences/2010/Malta/MEDICAL/MEDICAL-13.pdf>. 10 Temmuz 2019.
82. Quinlan JD, Murphy NJ. Cesarean delivery: counseling issues and complication management. *AAFP*, 2015; 3: 178-184.
83. Perinatal services bc obstetrics guideline 20 postpartum nursing care pathway. [PostpartumNursingCarePathwaypdf](#). 19 Temmuz 2019.
84. Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome. *Am J Surg*, 2002; 6: 630–641.
85. Cestonaro T, Madalozzo Schieferdecker M, Thieme RD, Cardoso JN, Ligocki Campos AC. The reality of the surgical fasting time in the era of the ERAS protocol. *Nutr Hosp*. 2014; 2: 437-443.
86. Kehlet H. Fast-track surgery-an update on physiological care principles to enhance recovery. *Langenbecks Arch Surg*, 2011; 5: 585-90.
87. Carli F. Physiologic considerations of Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) programs: Implications of the stress response. *J Can Anesth*, 2015; 2: 110–119.
88. Stuempfle KJ, Drury DG. The physiological consequences of bed rest. *JEPonline*, 2007; 3: 30-41.
89. Harmanjyot K, Sukhjit K, Pooja S. A quasi-experimental study to assess the effectiveness of early ambulation in post-operative recovery among post-caesarean mothers admitted in selected areas of Nehru Hospital, PGIMER, Chandigarh. *Nursing and Midwifery Research Journal*, 2015;1: 33-44.
90. Dube JV, Kshirsagar NS. Effect of planned early recommended ambulation technique on selected post caesarean biophysiological health parameters. *JKIMSU*, 2014;1: 41-48.

91. Dolgun E, Yavuz M, Giersbergen V, Aslan A, Altınbaş Y. The investigation of mobilization times of patients after surgery. *Asian Pac J Health Sci*, 2017; 1: 71-75.
92. Liebermann M, Awad M, Dejong M, Rivard C, Sinacore J, Brubaker L. Ambulation of hospitalized gynecologic surgical patients a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*, 2013; 3: 533-537.
93. Andrade RJ, Mathias A. A study to assess the impact of early and late ambulation on maternal outcome of mothers with caesarean birth in a selected hospital in mangalore. *IJDR*, 2017; 10: 15780-15800.
94. Karlström A, Engström-Olofsson R, Norbergh KG, Sjöling M, Hildingsson I. Postoperative pain after cesarean birth affects breastfeeding and infant care. *JOGNN*, 2007; 5: 430-440.
95. Dube JV, Kshirsagar NS, Durgawale PM. Effect of Planned Early Ambulation on Selected Postnatal Activities of Postcaeserean Patients. *IJHSR*, 2013; 12: 110-118.
96. Demirhan İ, Pınar G. Postoperatif iyileşmenin hızlandırılması ve hemşirelik yaklaşımları. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2014; 2: 43-53.
97. Aarts MA, Okrainec A, Wood T, Pearsall EA, McLeod RS. Enhanced recovery after surgery guideline.
https://anesthesiology.queensu.ca/sites/anesthesiology/files/inline-files/iERAS_GUIDELINE_April_2013.pdf. 12 Mayıs 2019.
98. Enhanced recovery after surgery a guide for patients undergoing colorectal surgery, saint francis hospital department of surgery
https://www.stfranciscare.org/documents/StFrancis/ERAS_Book_7_25_17.pdf. 12 Mayıs 2019.

99. Göçmen A, Göçmen M, Saraoğlu M. Early Post-operative feeding after caesarean delivery. *JIMR*, 2002; 5: 506–511.
100. Chantarasorn V, Tannirandorn Y. A comparative study of early postoperative feeding versus conventional feeding for patients undergoing cesarean section; A randomized controlled trial. *J Med Assoc Thai*, 2006; 4: 11-16.
101. Kaur H, Kaur S, Sikka P. A quasi-experimental study to assess the effect of early ambulation in post-operative recovery among post-cesarean mothers admitted in selected areas of Nehru Hospital PGIMR Chandigarh. *IJNMR*. 2015; 2: 33-42.
102. Al-Ghareeb SA, Ahmad ER, Turki HA. Effect of early oral hydration on post cesarean outcomes. *Journal of American Science*, 2013; 9: 70-78.
103. Ghafouri A, Soroush AR, Moini N, Hedayat A, Khorgami Zh. The study of effect of sugar free chewing gum on peristalsis activity in post- caesarean patients. *PIJR*, 2008; 3: 79-96.
104. Adeli M, Razmjoo N, Tara F, Ebrahimzade S. Effect of early post cesarean feeding on gastrointestinal complications. *Nurs Midwifery Stud*, 2013; 2: 176-178.
105. Malhotra N, Khanna S, Pasrija S, Jain M, Agarwala RB. Early oral hydration and its impact on bowel activity after elective caesarean section--our experience. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2005; 1: 53-56.
106. Hsu YY, Hung HY, Chang SC, Chang YJ. Early oral intake and gastrointestinal function after cesarean delivery: Asystematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*, 2013; 6: 1327–1334.
107. Kumar A, Kumari R, Kumar S, Raj P. Effect of chewing gum on bowel motility in post operative patients following abdominal surgery: a clinical outcome based study. *Int Surg J*, 2018; 8: 2808-2812.

108. De Leon-Casasola OA, Karabella D, Lema MJ. Bowel function recovery after radical hysterectomies: Thoracic epidural bupivacaine-morphine versus intravenous patient-controlled analgesia with morphine: A pilot study. *J Clin Anesth*, 1996; 8: 87-92.
109. Jalilian N, Ghadami MR. Randomized clinical trial comparing postoperative outcomes of early versus late oral feeding after cesarean section. *JOGR*, 2014; 6: 1649–1652.
110. Ahmed HA, El-Shahawy AA, Sammour HM. Effect of immediate versus early oral hydration on caesarean section postoperative outcomes: a randomized controlled trial. *Egypt J Hosp Med*, 2018; 10: 5409-5415.
111. 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.
112. Kathpalia SK. Early maternal feeding versus traditional delayed feeding after cesarean section: A pilot study. *J Obstet Gynaecol India*, 2017; 3: 178-182.
113. Niazi S, Tariq R, Naz F. Comparison of early versus delayed feeding after caesarean section under regional anaesthesia. *Pak Postgrad Med J*, 2014; 4: 121-123.
114. Hussein EE. Early postoperative oral hydration on reducing paralytic ileus among abdominal surgery patients. *IOSR-JNHS*, 2019; 2: 52-57.
115. Guo J, Long S, Li H, Luo J, Han D, He T. Early versus delayed oral feeding for patients after cesarean. *Int J Gynaecol Obstet*, 2015; 2: 100–105
116. Masood SN, Siddiqui IA, Masood MF, Masood Y, Mumtaz SN. To assess the practices about initiation of oral maternal feeding after cesarean section under regional anesthesia. *Pak J Med Sci*, 2011; 5: 996-1000.

117. Mulayim B, Çelik NY, Kaya S, Yanik FF. Early oral hydration after cesarean delivery performed under regional anesthesia. *Int J Gynaecol Obstet*, 2008; 3: 273–276.
118. Onay A, Yıldırım H, Altınkut Uncuoğlu A, Özden Çiftçi Y. Sakız Ağacı (*Pistacia lentiscus* L.) yetiştiriciliği ve reçinesi. *Batman Üniversitesi Yaşam Bilimleri Dergisi*, 2016; 6: 133-144.
119. Müjdecı A, Koç U. Sakızlar ve dental sağlık üzerine etkileri. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 2011; 12: 123-131.
120. Keenahan M. Does gum chewing prevent postoperative paralytic ileus. *Copyright Wolters Kluwer Health, Lippincott, Williams & Wilkins*. 2014: 1-2. https://docksci.com/queue/does-gum-chewing-prevent-postoperative-paralytic-ileus_5adbaecad64ab22e25160686.html. 12 Mayıs 2019.
121. Wen Z, Shen M, Wu C, Ding J, Mei B. Chewing gum for intestinal function recovery after caesarean section: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2017; 1: 1-10.
122. Noble EJ, Harris R, Hosie KB, Thomas S, Lewis SJ. Gum chewing reduces postoperative ileus? A systematic review and meta-analysis. *World J Surg*, 2009; 2: 100-105.
123. Lepore M, Fitzgerald JE. Gum chewing is associated with early recovery of bowel motility and shorter length of hospital stay for women after caesarean section. *Evid Based Med*, 2015; 1: 22-23.
124. Morais EPG, Riera R, Porfirio GJM, Macedo CR, Sarmento Vasconcelos V, De Souza Pedrosa A, Torloni MR. Chewing gum for enhancing early recovery of bowel function after caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016; 10: 1-59.

125. Jakkaew B, Charoenkwan K. Effects of gum chewing on recovery of bowel function following cesarean section: a randomized controlled trial. *Arch Gynecol Obstet*, 2013; 2: 255-260.
126. Darwish AM, Farghly TA, Gad BT, Abbas AM. Does gum chewing affect the timing of return of intestinal motility after elective cesarean section?. *IJRCOG*, 2019; 1: 290-294.
127. Ciardulli A, Saccone G, Di Mascio D, Caissutti C, Berghella V. Chewing gum improves postoperative recovery of gastrointestinal function after cesarean delivery: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2018; 14: 1924-193
128. Najdi N, Kamali A, Eslami Pegah. Comparison of the effect of misoprostol and chewing gum on intestinal movements after cesarean delivery. *Gastroenterology Insights*, 2018;1:10-12.
129. Zhang L, Heng Y, Hu H, Yangtze XL. Effect of gum-chewing after cesarean section on gastrointestinal function recovery: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Medicine*, 2019; 3: 79-89.
130. Jasim HH, Sulaiman SBS, Khan AH, Rajah UA. Factors affecting post caesarean pain intensity among women in the Northern Peninsular of Malaysia. *J Clin Diagn Res*, 2017; 9: 7-11.
131. Bonnet MP, Mignon A, Mazoit JX, Ozier Y, Marret E. Analgesic effect and adverse effects of epidural morphine compared to parenteral opioids after elective caesarean section: A systemic review. *Eur J Pain*, 2010; 9: 894-899.
132. McDonnell NJ, Keating ML, Muchatuta NA, Pavy TJ, Paech MJ. Analgesia after caesarean delivery. *Anaesth Intensive Care*, 2009; 4: 539-551.

133. Málek J, Ševčík P.(Editör), Postoperative Pain Management. Magdaléna Nováková 2017.
https://www.wfsahq.org/components/com_virtual_library/media/125136f77e1b7daf7565bd6653026c35-Postoperative-Pain-Management-170518.pdf.10 Mayıs 2019.
134. Lee JT, Hsieh MH, Cheng PJ, Lin JR. The role of xylitol gum chewing in restoring postoperative bowel activity after cesarean section. *Biol Res Nurs*, 2016; 2: 167-172.
135. Naghshineh E, Shiari S, Jabalameli M. Preventive effect of ilioinguinal nerve block on postoperative pain after cesarean section. *Adv Biomed Res*, 2015; 4: 229.
136. Işık G, Çetişli Egelioğlu N, Başkaya VA. Doğum şekline göre annelerin postpartum ağrı, yorgunluk düzeyleri ve emzirme öz-yeterlilikleri. *DEUHFED*, 2018; 3: 224-232.
137. Yang MMH, Hartley RL, Leung AA, Ronksley PE, Jetté N, Casha S, Riva-Cambrin J. Preoperative predictors of poor acute postoperative pain control: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 2019; 9: 1-11
138. Jin J, Peng L, Chen Q, Zhang D, Ren L, Qin P, Min S. Prevalence and risk factors for chronic pain following cesarean section: A prospective study. *BMC Anesthesiology*, 2016; 16: 1: 1-11.
139. De Brito Cançado TO, Omais M, Ashmawi HA, Abramides Torres ML.Chronic pain after cesarean section. influence of anesthetic/surgical technique and postoperative analgesia. *Rev Bras Anesthesiol*, 2012; 6: 762-774.
140. Pan PH, Tonidandel AM, Aschenbrenner CA, Houle TT, Harris LC, Eisenach JC. Predicting acute pain after cesarean delivery using three simple questions. *Anesthesiology*, 2013; 5: 1-17.

141. Chooi CS, White AM, Tan SG, Dowling K, Cyna AM. Pain vs comfort scores after caesarean section: a randomized trial. *Br J Anaesth*, 2013; 5: 780-787.
142. Sujata N, Hanjoora VM. Pain control after cesarean birth – what are the options?. *J Gen Pract*, 2014; 4: 1-4.
143. Ismail S. Multimodal analgesia for cesarean section: evolving role of transversus abdominis plane block. *J Obstet Anaesth Crit Care*, 2012; 2: 67-68.
144. Marcus H, Gerbershagen HJ, Peelen LM, Aduckathil S, Kappen TH, Kalkman CJ, Meissner W, Stamer UM. Quality of pain treatment after caesarean section: Results of a multicentre cohort study. *Eur J Pain*, 2015; 7: 929–939.
145. Beiranvand S, Noaparast M, Eslamizade N, Saeedikia S. The effects of religion and spirituality on postoperative pain, hemodynamic functioning and anxiety after cesarean section. *Acta Med Iran*, 2014; 12: 909-915.
146. Lie SA, Mok MUS. Peri-operative management of caesarean section for the occasional obstetric anaesthetist-an aide memoire. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 2017; 3: 180-188.
147. Champaneria R, Shah L, Wilson MJ, Daniels JP. Clinical effectiveness of transversus abdominis plane (TAP) blocks for pain relief after caesarean section: A meta-analysis. *Int J Obstet Anesth*, 2016: 45-60.
148. McDonnell JG, Curley G, Carney J, Benton A, Costello J, Maharaj CH, et al. The analgesic efficacy of transversus abdominis plane block after cesarean delivery: A randomized controlled trial. *Anesth Analg*, 2008; 1: 186-91.
149. Şenyü Yılmaz K, Koçaşlı S. Cerrahi sonrası ağrıda multimodal analjezi ve hemşirelik yaklaşımı. *Sağ Aka Derg*, 2017; 2: 90-95.

150. World Health Organization, Infant and young child feeding. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding> . 05 Temmuz 2018.
151. Türkiye İstatistik Kurumu, Bebeklerin Anne Sütü İle Beslenme Sürelerinin Cinsiyete Göre Dağılımı. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095. 02 Temmuz 2017.
152. Healthy People 2020: Breastfeeding Objectives. <http://www.usbreastfeeding.org/p/cm/ld/fid=221>. 10 Temmuz 2019.
153. Wu X, Gao X, Sha T, Zeng G, Liu S, Li L, Chen C, Yan Y. Modifiable individual factors associated with breastfeeding: A cohort study in China. *Health Int J Environ Res Public Health*, 2019; 5: 1-11.
154. Ahluwalia IB, Li R, Morrow B. Breastfeeding practices: does method of delivery matter?. *Matern Child Health J*, 2012; 2: 231–237.
155. Gür E. Anne sütü ile beslenme. *Türk Ped Arş*, 2007; 1: 11-15.
156. Why breastfeeding is important. <https://www.womenshealth.gov/files/documents/your-guide-to-breastfeeding.pdf>. 10 Mayıs 2019.
157. McClatchey AK, Shield A, Cheong LH, Ferguson SL, Cooper GM, Kyle GJ. Why does the need for medication become a barrier to breastfeeding?. A narrative review. *Women Birth*, 2018; 5: 362-366.
158. Darwent KL, Kempenaar LE. A comparison of breastfeeding womens, peer supporters and student midwives breastfeeding knowledge and attitudes. *Nurse Educ Pract*, 2014; 3: 319-325.

159. Hsien CF, Fu JC, Long CY, Lin HS. Factors influencing breast symptoms in breastfeeding women after cesarean section delivery. *Asian Nurs Res*, 2011; 2: 88–98.
160. Topal S, Çınar N, Altinkaynak S. Emzirmenin anne sağlığına yararları. *J Hum Rhythm*, 2017; 1: 25-31
161. Why breastfeeding is important breastfeeding protects bab
https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594783_Slides02.pdf?ua=118 Mayıs 2019.
162. Guala A, Boscardini L, Visentin R, Angellotti P, Grugni L, Barbaglia M, Chapin E, Castelli E, Finale E. Skin-to-skin contact in cesarean birth and duration of breastfeeding: A cohort study. *Scientific World Journal*, 2017: 1-6.
163. Boyd MM. Implementing skin-to-skin contact for cesarean birth. *AORN J*, 2017; 6: 1-14
164. Vieira TO, Vieira GO, Giugliani ERJ, Mendes CMC, Martins CC, Silva LR. Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian population: cross-sectional study. *BMC Public Health*, 2010, 10: 1-6.
165. Khanal V, Scott JA, Lee AH, Karkee R, Binns CW. Factors associated with early initiation of breastfeeding in Western Nepal. *Int J Environ Res Public Health*, 2015; 8: 9563-9574.
166. Widström AM, Brimdyr K, Svensson K, Cadwell K, Nissen E. Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatr*, 2019; 7: 1192-1204.
167. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: A systematic review and meta-analysis of world literature. *J Clin Nutr*, 2012; 5: 1113-1135.

168. Günay İ. Sezaryen sonrası emzirme. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2011: 1: 28-30.
169. Lin SY, Lee JT, Yang CC, Gau ML. Factors related to milk supply perception in women who underwent cesarean section. *J Nurs Res*, 2011: 2: 94-101.
170. Davanzo R, Bua J, De Cunto A, Farina ML, De Ponti F, Clavenna A, Mandrella S, Sagone A, Clementi M. Advising mothers on the use of medications during breastfeeding: a need for a positive attitude. *J Hum Lact*, 2016: 1: 15-19.
171. Chapman DJ. Maternal perception of breastfeeding challenges after cesarean delivery. *J Hum Lact*, 2014: 4: 394 –395.
172. Kling D, Haile ZT, Francescon J, Chertok I. Association between method of delivery and exclusive breastfeeding at hospital discharge. *J Am Osteopath Assoc*, 2016: 7: 430-439.
173. Azzeh FS, Alazzeh AY, Hijazi HH, Wazzan HY, Jawharji MT, Jazar AS, Filimban AM, Alshamrani AS, Labani MS, Hasanain TA, Obeidat AA. Factors associated with not breastfeeding and delaying the early initiation of breastfeeding in mecca region, Saudi Arabia. *Children*, 2018:1: 1-11.
174. Cohen S, Alexander DD, Krebs NF, Young BE, Cabana MD4, Erdmann P, Hays NP, Bezold CP, Levin-Sparenberg E, Turini M, Saavedra JM. Factors associated with breastfeeding initiation and continuation: a meta-analysis. *J Pediatr*, 2018: 190-196.
175. Erkal-İlhan S. Perioperatif Bakım. İçinde: Akbayrak N, Erkal İlhan S, Akçel G. *Hemşirelik Bakım Planları (Dahiliye-Cerrahi Hemşireliği ve Psiko-sosyal Boyutu*, Ankara, Alter Yayıncılık, 2007: 631-647.
176. Şahin Gabalcı E. Sezaryen sonrası sakız çiğneme, erken oral hidrasyon ve erken mobilizasyonun bağırsak motilitesine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-

- Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 2013.
177. Akköz Çevik S. Yatak içi egzersizleri ve sakız çiğnemenin sezaryen sonrası erken dönemde bağırsak sesleri, gaz çıkarma ve erken taburculuğa etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri, 2014.
178. Utli H. Sakız çiğnemenin sezaryen sonrası bağırsak fonksiyonlarına etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara, 2012.
179. Karataş N. Araştırmada Örneklem. İçinde: Erefe İ (Editör). *Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri*. İstanbul, Odak Ofset, 2004: 125-138.
180. Aslan Eti F. Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2002: 6: 9-16.
181. Clina ME, Herman J, Shaw ER, Morton RD. Standardization of the visüel analogue scale, *Nursing Research*, 1992, 41: 378-380.
182. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: A breastfeeding charting system and documentation tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 1994: 23: 27-32.
183. Yenil K, Okumuş H. LATCH Emzirme Tanılama Aracının güvenilirliğini inceleyen bir çalışma. *Hemarge*, 2003: 1: 38-44.
184. Değirmen N. Sezaryen ameliyatı sonrası ağrı kontrolünde el ve ayak masajının etkinliği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir, 2006.
185. Elsous A, Mohsen S, Ouda M, Al-Sheikh M. Post-operative pain after caesarean delivery: Initial assessment for quality improvement. *International Journal of Caring Sciences*, 2018: 1: 136-144.

186. Borges NDC, Pereira LV, Moura LAD, Silva TC, Pedroso CF. Predictors for moderate to severe acute postoperative pain after cesarean section. *Pain Research and Management*, 2016: 1-6.
187. Özlü Karaman Z, Soydan S, Çapık A, Apay Ejder S, Avşar G, Özer N, Arslan S. Sezaryen ameliyatı olan kadınlarda progresif gevşeme egzersizlerinin ağrı kontrolü üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016: 1: 58-64.
188. Sağkal T. Sezaryen ameliyatı sonrası uygulanan reiki dokunma terapisinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir, 2012.
189. Aslan Eti F, Kula Şahin S, Seçginli S, Bülbüloğlu S. Hastaların, ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin hemşirelik uygulamalarından memnuniyet düzeyleri: Bir sistematik derleme. *Ağrı*, 2018: 30: 105–115.
190. Pereira TRC, De Souza FG, Beleza AC. Implications of pain in functional activities in immediate postpartum period according to the mode of delivery and parity: An observational study. *Braz J Phys Ther*, 2017: 21: 37-43.
191. Yılmaz M, Gürlü H. Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları: Hasta görüşleri. *Ağrı Dergisi*, 2011: 23: 71-79.
192. Babacan S. Sezaryen sonrası ağrı kontrolünde ilaç dışı farklı iki yöntemin (masaj/ dokunma ve müzik/ gevşeme) etkililiğinin karşılaştırılarak incelenmesi. *Hemarge*, 2016: 13, 146-150.
193. Arslan S, Çelebioğlu A. Postoperatif ağrı yönetimi ve alternatif uygulamalar. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2004: 1-7.

194. Çetişli Egelioglu N, Arkan G, Top ED. Maternal attachment and breastfeeding behaviors according to type of delivery in the immediate postpartum period. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2018; 2: 164-169.
195. Cangöl E, şahin N. Emzirmeyi etkileyen faktörler ve emzirme danışmanlığı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 2014; 45: 100-105.
196. Mohamed AH, Kamel Gudia AD. The effect of early versus delayed oral hydration on post cesarean maternal outcome and satisfaction. *MJN*, 2018; 9: 3-10.
197. Randa M, Baker B. Effect of Chewing gum on bowel motility in women undergoing post-operative cesarean section. *IJIRMS*, 2018; 6: 2064-2072.
198. El-Hamid Rashad WA, Yousef SAA. Effect of sugarless gum chewing on intestinal movement after cesarean section. *Life Science Journal*, 2013; 4: 3257-3261.
199. Mansour SE, Elnegeri MA, İbrahim AA. Chewing gum after cesarean section: It's effect on regaining intestinal function. *IOSR-JNHS*, 2016; 5: 75-83.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı:	Gülsüm GÜNDOĞDU
Doğum tarihi:	04.05.1987
Doğum Yeri:	Erzincan
Medeni Hali:	Bekâr
Uyruğu:	T.C.
Adres:	Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, 24000 ERZİNCAN
Tel:	0446 226 58 61
Faks:	0446 226 58 62
E-mail:	ggundogdu@erzincan.edu.tr
Eğitim	
Lise:	Ulalar Lisesi (2004)
Lisans:	Atatürk Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (2005-2009)
Yüksek lisans:	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği (2010-2013)
Doktora	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı (2013-2019)
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce:	ÜDS 71.25, Aralık 2011
Almanca:	-
Rusça:	-
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği, Kültürlerarası Hemşireler Derneği, Türk Ebeler Derneği	
İlgi Alanları ve Hobiler	
Müzik dinlemek, seyahat etmek	

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

DOKTORA Tezi olarak *Danışmanın Doç. Dr. Hava ÖZKAN* danışmanlığında sunulan “Yatak İçi Egzersizler, Erken Oral Hidrasyon ve Sakız Çiğnemenin Sezaryenli Lohusalarda Bağırsak Hareketleri ile Ağrı ve Emzirmeye Etkisi” başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	9	15
Genel Bilgiler	12	30
Materyal ve Metod	17	35
Bulgular	8	10
Tartışma	14	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 09 / 07 / 2019

Gülüm KUNDUOĞLU
Öğrenci Adı-Soyadı
İmza

Doç. Dr. Hava ÖZKAN
Danışman Adı-Soyadı
İmza

* Tez ile ilgili YÖKTEZ’de yayınlamasına ilişkin bir engelleme var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.

☐ Tezle ilgili patent başvurusu yapılması / patent alma sürecinin devam etmesi sebebiyle Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 2 (iki) yıl süreyle engellenmiştir.

☐ Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 6 (altı) ay süreyle engellenmiştir.

EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU



SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU



Sayı:2017/05/01

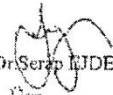
Tarih: 02/05/2017

Araştırmanın Adı: "Yatak İçi Egzersizler, Erken Oral Hidrasyon ve Sakız Çiğnemenin Sezaryenli Lohusalarda Bağırsak Hareketleri ile Ağrı ve Emzirmeye Etkisi"

Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur (X)
Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur ()
Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir ()

Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 02.05.2017 tarihinde yapılan toplantısında "Yatak İçi Egzersizler, Erken Oral Hidrasyon ve Sakız Çiğnemenin Sezaryenli Lohusalarda Bağırsak Hareketleri ile Ağrı ve Emzirmeye Etkisi" konulu Yrd.Doç.Hava ÖZKAN ve Öğr.Gör.Gülşim GÜNDOĞDU'nun çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.


Prof.Dr. Mevlüt KAŞIKÇI
Başkan


Doç.Dr. Serap İJDER APAY
Üye


Doç.Dr. Esen TAŞGIN
Üye

Yrd.Doç.Dr.Hava ÖZKAN
Katılmadı


Yrd.Doç.Dr. Ayla ÇAPIK
Sekreter/Raportör

EK-4. KURUM İZNİ



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.

SAĞLIK BAKANLIĞI

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU

Erzincan İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ERZİNCAN MENGÜCEK GAZİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ - ERZİNCAN MENGÜCEK
GAZİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İDARİ VE
MALİ HİZMETLER MÜDÜRLÜĞÜ (Şafla TAŞ)
18/07/2017 08:47 - 62639109 - 719 - E.7449



00049137805

Sayı : 62639109-719
Konu : Uygulama İzni
(Gülsüm GÜNDOĞDU)

ERZİNCAN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİNE
(İdari Hizmetler Başkanlığı)

İlgi : 13/06/2017 tarihli ve 43527969-605.99-1088 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Birimleri Enstitüsü Doktora Programı öğrencisi Gülsüm GÜNDOĞDU' nun " Yatak İçi Egzersizler, Erken Oral Hidrasyon ve Sakız Çiğnemenin Sezeryanlı Lohusalarda Bağırsak Hareketleri ile Ağrı ve Emzirmeye Etkisi " konulu tez çalışmasını 20.06.2017 - 30.03.2018 tarihleri arasında kurumumuzda yapması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.

Yrd. Doç. Dr. Ufuk KUYRUKLUYILDIZ
Hastane Yöneticisi

Faks No:

e-Posta: aysenur.cankaya@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden fd1c418a-c65d-413b-a656-36c787544cb5 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Ayşe Nur ÇANKAYA

Unvan: MEMUR

Telefon No:

EK-5. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Anket numarası:

Telefon numarası:

BKİ:

1) Kaç yaşındasınız?.....

2) Eğitim durumunuz nedir?.....

a) İlkokul b) Ortaokul c) Lise d) Üniversite ve üstü

3) Gebelik öncesi kilonuz nedir?.....

4) Boy uzunluğunuz kaç cm?.....

5) Ameliyata girmeden önceki kilonuz?

6) Gebelik sayısı

a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 ve üstü

7) Yaşayan çocuk sayısı

a) Yok b) 1 c) 2 d) 3 ve üstü

8) Ölen çocuk sayınız nedir?

a) Yok b) 1 c) 2 d) 3 ve üstü

9) Düşük sayınız nedir?

a) Yok b) 1 c) 2 d) 3 ve üstü

10) Ölü doğum sayınız nedir?

a) Yok b) 1 c) 2 d) 3 ve üstü

11) Bundan önceki doğumunuz nasıl sonlandı?

a) Doğum yapmadım b) Vajinal doğum c) Sezaryen doğum

12) Bu doğum gebeliğinizin kaçınıcı haftasında gerçekleşti?.....

13) Bebeğin doğum kilosu nedir?.....

14) Bebeğin doğum sonrası 1. dk apgar puanı?(Dosyasından bakıldı)

15) Bebeğin doğum sonrası 5. dk apgar puanı?(Dosyasından bakıldı)

16) Annenin ameliyathaneden odaya geldikten sonra bebeğin ilk kez emzirmeye başladığı zaman dakika olarak ne kadar?.....

17) Bebeğin ilk kez emzirilmesi dakika olarak ne kadar sürdü?

18) Gebelik öncesi bağırsak alışkanlığınız nasıldır?

- a) Günlük b) İki günde bir c) Üç günde bir

19) Gebelikte bağırsak alışkanlığınız nasıldır?

- a) Günlük b) İki günde bir c) Üç günde bir

20) Gebelikte kabızlık yaşadınız mı?

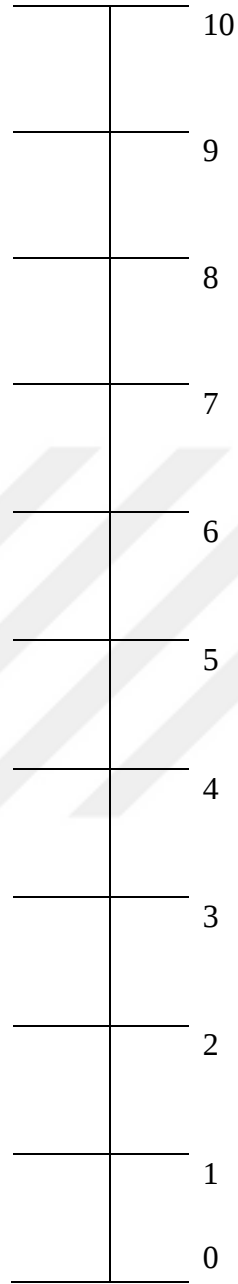
- a) Hiç yaşamadım b) Arada sırada c) Sürekli

21) Doğumdan önceki günlerde kabızlık yaşadınız mı?(Son üç gün dahil değil)

- a) Evet b) Hayır



**EK-6. GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ (VISUEL ANALOG
SKALA-VAS)**



EK-7. LATCH EMZİRME TANILAMA VE DEĞERLENDİRME ÖLÇÜM ARACI

Değerlendirme Kriterleri	Puanlar		
	0	1	2
L: LATCH Memeyi Tutma/kavrama	*Çok uykulu ve isteksiz *Memeyi tutamıyor	* Memeyi tutmayı deniyor *Sadece meme başını tutuyor * Emme için uyanmak istiyor	*Dudakları açık * Dudakları dışa dönük *Düzenli bir şekilde emiyor
A:AUDİBLE SWALLOWING Bebeğin yutma hareketinin görülmesi	*Yok	*Uyarı ile birkaç yutkunma hareketi sesi duyuluyor	*24 saatten önce kendiliğinden belli aralıklarla yutkunma sesi duyuluyor *Kendiliğinden ve sık yutkunma sesi duyuluyor
T: TYPE OF NIPPLE Meme başının tipi (Emzirmeden sonra)	*İçe çökük	*Düz	* Dışa dönük
C:COMFORT Breast/Nipple Annenin Meme/Meme Başı İle İlgili Rahatlığı	*Tıkanma * Çatlama, kanama, eziklik, morluk *Ciddi rahatsızlık	*Doluluk *Kırmızılaşma/küçük kabarıklar *Hafif/orta derecede rahatsızlık	*Yumuşak * Hassaslık yok
H: HOLD (Help needed to position baby) Bebeği tutuş pozisyonu	*Tam yardım gerekiyor (Anne bebeğini hemşirenin tam yardımıyla tutabiliyor)	*Az yardım gerekiyor (Yastık vb.) *Hemşire başta anneye yardım ediyor ve daha sonra anne kendisi tutabiliyor	*Yardımsız *Anne bebeği memeye yerleştirebiliyor/tutabiliyor

Toplam Puan:.....

EK-8. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın katılımcı,

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Doktora Tezi olarak planlanan bu çalışmanın amacı “Sezaryen sonrası uygulanan yatak içi egzersizler, erken oral hidrasyon ve sakız çiğnemenin bağırsak hareketleri ile ağrı ve emzirmeye etkisini” belirlemektir.

Araştırmaya katılımınız tamamen sizin isteğinize bağlıdır ve araştırmaya katılmayı ret etme hakkınız vardır. İstedığınız anda araştırmadan çıkabilirsiniz. Anket araştırmasına katılmamanız durumunda tedavi ve bakımınızda herhangi bir aksama olmayacaktır. Bu araştırmaya katılmakla herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Ayrıca size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Sizden alınacak bilgiler yalnızca adı geçen çalışmada kullanılacaktır. Kimlik bilgileriniz ve verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

Öğr. Gör. Gülsüm GÜNDOĞDU

Gönüllünün Adı- Soyadı:

İmzası:

EK-9. KONTROL GRUBU İZLEM FORMU

ANKET NUMARASI:			TELEFON NUMARASI:	
Tarih	Saat	Bağırsak Sesleri	Gaz Çıkarma	Defekasyon Zamanı



EK-10. YATAK İÇİ EGZERSİZLER GRUBU İZLEM FORMU

ANKET NUMARASI:			TELEFON NUMARASI:	
Tarih	Saat	Bağırsak Sesleri	Gaz Çıkarma	Defekasyon Zamanı



EK-11. ERKEN ORAL HİDRASYON GRUBU İZLEM FORMU

ANKET NUMARASI:			TELEFON NUMARASI:	
Tarih	Saat	Bağırsak Sesleri	Gaz Çıkarma	Defekasyon Zamanı



EK-12. SAKIZ ÇİĞNEME GRUBU İZLEM FORMU

ANKET NUMARASI:			TELEFON NUMARASI:	
Tarih	Saat	Bağırsak Sesleri	Gaz Çıkarma	Defekasyon Zamanı



EK-13. DOKTORA TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



DOKTORA TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI (Tez başlığı değişiklik önerisi olanlar için) (FORM: 22)

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı ve Soyadı : Gülşim GÜNDOĞDU Danışmanı : Doç. Dr. Hava ÖZKAN
Programı (Fakülte/Y.Okul) : Sağlık Bilimleri Fakültesi Ortak Danışman :
Anabilim Dalı : Ebelik

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 19.02.2019 ve 19.02.11.6.63 sayılı kararıyla oluşturulan tez savunma sınavı jürisi, Yatak İçi Egzersizler, Erken Oral Hidrasyon ve Sakız Çiğemenin başlıklı doktora tezini incelemiş ve aday 08/08/2019 tarihinde, saat 10 : 00 da tez savunma sınavına tabi tutmuştur.

DEĞERLENDİRME VE SONUÇ:

- ☒ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda **başarıyla** savunulan tezin **KABUL EDİLMESİNE**,
☐ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda, ay ek süre verilerek tezin **DÜZELTİLMESİNE**,
☐ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda tezin **REDDEDİLMESİNE**,

☒ ancak konu ve içeriği değişmeksizin tez başlığının Sezaryen Sonrası Uygulanan Yatak İçi Egzersizler, Erken Oral Hidrasyon ve Sakız Çiğemenin başlıklı doktora tezini incelemiş ve aday 08/08/2019 tarihinde, saat 10 : 00 da tez savunma sınavına tabi tutmuştur.

☒ OY BİRLİĞİ

☐ OY ÇOKLUĞU ile karar verilmiştir.

Tez Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	: Doç. Dr. Handan GÜLER	
Üye	: Prof. Dr. Ayda GELEBİOĞLU	
Üye	: Doç. Dr. Ayşe Nur AKSOY	
Üye	: Doç. Dr. Serap EYDER APAY	
Üye	: Doç. Dr. Hava ÖZKAN	
Üye	:	
Üye	:	