

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

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**SEZARYEN ÖNCESİ ANNENİN AÇLIK SÜRESİNİN,
KONFOR VE KAYGI DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ**

TUBA (KARAASLAN) KIZILKAYA

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. ASİYE GÜL**

**EBELİK ANABİLİM DALI
EBELİK PROGRAMI**

İSTANBUL-2017

← Adınızı soyadınızı giriniz

Tez kabul edildikten sonra yapılan **sabit ciltte sırt yazısı** bu şablona göre yazılacak. Yazılar tek satır olacak
Cilt sırtı yazıların yönü yukarıdan aşağıya
(sol yandaki gibi) olacak .

← Tez, Yüksek Lisans'sa, YÜKSEK LİSANS TEZİ;
Doktora ise DOKTORA TEZİ ifadesi kalacak

← Tez Sınavının yapılacağı yılı yazınız

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı, Ebelik Programında Yüksek Lisans öğrencisi Tuba Kızılkaya tarafından Doç. Dr. Asiye Gül'ün danışmanlığında hazırlanan "Sezaryen Öncesi Annenin Açlık Süresinin, Konfor ve Kaygı Düzeyinin Belirlenmesi" başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 30/01/2017 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı

Doç. Dr. Saadet YAZICI
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Anabilim Dalı

Jüri-Danışman

Doç. Dr. Asiye GÜL
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Anabilim Dalı

Jüri

Doç. Dr. Sevil İNAL
İstanbul Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Anabilim Dalı

BEYAN

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

Tuba KIZILKAYA



İTHAF

Bu tezi kendisine hayatta iken sunmayı dilediğim ve varlığını çok özlediğim rahmetli babama ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamda bana rehberlik ederek ilgi ve desteğini esirgemeyen, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım tez danışmanım Doç. Dr. Asiye GÜL'e,

Yüksek lisans eğitimimde bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım değerli hocam Doç. Dr. Saadet YAZICI'ya,

Akademik hayatımda rol model olarak benimsediğim ve yüksek lisans eğitimimde desteğini her zaman hissettiğim hocam Doç. Dr. Nurten KAYA'ya,

Yüksek lisans eğitimim süresince her zaman yanımda olan değerli arkadaşlarım Arş. Gör. Ayfer ESER, Arş. Gör. Elif Tuğçe ÇİTİL ve Arş. Gör. Sevda KORKUT'a,

Tez çalışmamın istatistiksel analizini yapan Arş. Gör. Afra ALKAN'a,

Tez çalışmamı destekleyen Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Başhekim Yrd. Uzm. Dr. Saide ERTÜRK'e ve başta servisin sorumlu ebisi Hüda KIR KARADERE olmak üzere servis ekibi Nur Sema MERCAN'a, Nazlı BAYRAM'a, Esmâ KESKİN'e, Saadet KAYA'ya, Melike ÖZCAN'a ve Haviye SEÇKİN'e,

Çalışmaya katılmayı kabul eden tüm gebelere,

Şefkatini, ilgisini ve desteğini bana her saniye hissettiren canım anneme,

Hayatım boyunca daima beni destekleyip bana güvenen ablama ve abime,

Beni her zaman cesaretlendiren ve çalışmalarım sırasında enerji kaynağım olan sevgili eşime teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	2
BEYAN.....	3
İTHAF.....	4
TEŞEKKÜR.....	5
İÇİNDEKİLER	6
TABLolar LİSTESİ.....	9
ŞEKİLLER LİSTESİ	11
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	12
ÖZET	13
ABSTRACT.....	14
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	15
2. GENEL BİLGİLER	18
2.1. Üreme Sağlığı	18
2.2. Sezaryen Doğum.....	18
2.2.1. Sezaryen Doğum Sıklığı	20
2.2.2. Sezaryen Endikasyonları.....	21
2.2.3. Sezaryen Türleri.....	22
2.3. Sezaryen Öncesi Hazırlık.....	23
2.3.1. Sezaryende Uygulanan Anestezi Türleri.....	24
2.3.1.1. Rejyonel (Bölgesel) Anestezi.....	24
2.3.1.2. Genel Anestezi	24
2.3.1.3. Lokal Anestezi	25
2.3.2. ASA (American Society of Anesthesiologists) Sınıflandırması	25
2.3.3. Cerrahi Öncesi Açlık.....	25
2.3.4. Aspirasyon Riski	26
2.3.5. Cerrahi Öncesi Açlıkla İlgili Kanıta Dayalı Uygulamalar	26
2.3.6. Cerrahi Öncesi Açlıkla İlgili Yayınlanan Kılavuzlar.....	28
2.3.7. Cerrahi Öncesi Açlığın Olumsuz Etkileri	29
2.4. Konfor	30
2.4.1. Konfor Kavramı	30

2.4.2. Konfor Kuramı.....	30
2.4.3. Konfor Kuramının Düzeyleri ve Boyutları	31
2.4.4. Sezaryen Öncesi Süreçte Konfor	33
2.5. Kaygı.....	34
2.5.1. Kaygı Kavramı.....	34
2.5.2. Sezaryen Öncesi Süreçte Kaygı	34
2.5.3. Kaygı Çeşitleri	35
2.5.3.1. Durumluk Kaygı.....	35
2.5.3.2. Sürekli Kaygı	35
2.5.4. Kaygı Düzeyleri	36
2.5.5. Kaygının Etkileri.....	36
2.6. Bebeğin Fiziksel Değerlendirmesi	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	38
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	38
3.2. Araştırmanın Soruları.....	38
3.3. Araştırmanın Değişkenleri	38
3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	38
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	38
3.6. Verilerin Toplanması	39
3.6.1. Veri Toplama Araçları	39
3.6.2. Araştırma Verilerinin Toplanması	42
3.7. Araştırma Sonuçlarının İstatistiksel Analizi	43
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	43
3.9. Araştırma Süresince Karşılaşılan Olumlu ve Olumsuz Durumlar	43
3.9.1. Olumlu Durumlar	43
3.9.2. Olumsuz Durumlar.....	44
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	44
4. BULGULAR.....	45
4.1. Gebelerin Bireysel Özellikleri İle İlgili Bulgular	45
4.2. Gebelerin Açlık Süresi İle İlgili Bulgular	47
4.3. Gebelerin Konfor ve Kaygı Düzeyi İle İlgili Bulgular	52
4.4. Bebeğe Ait Özellikler İle İlgili Bulgular	56
5. TARTIŞMA.....	57

5.1. Gebelerin Bireysel Özellikleri ile İlgili Bulguların Tartışılması	57
5.2. Gebelerin Açlık Süresi ile İlgili Bulguların Tartışılması	59
5.3. Gebelerin Konfor ve Kaygı Düzeyi İle İlgili Bulguların Tartışılması	61
5.4. Bebeğe Ait Özellikler ile İlgili Bulguların Tartışılması	64
KAYNAKLAR	66
FORMLAR	77
ETİK KURUL KARARI	89
ÖZGEÇMİŞ	93



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Dünyadaki sezaryen oranları.....	20
Tablo 2-2: Kategorilere göre sezaryen endikasyonları ve aciliyeti	22
Tablo 2-3: ASA sınıflandırması.....	25
Tablo 2-4: Gebelikte aspirasyon riskini arttıran faktörler	26
Tablo 2-5: Kanıt düzeyleri ve öneri sınıflaması	27
Tablo 2-6: Ameliyat öncesi açlık önerileri ve kanıt düzeyleri.....	29
Tablo 2-7: Sezaryen öncesi konfor gereksinimlerinin konforun taksonomik yapısında örneklendirilmesi	33
Tablo 3-1: Apgar skorlama sistemi.....	40
Tablo 3-2: Genel Konfor Ölçeği'nde konforun taksonomik yapısı.....	42
Tablo 4-1: Gebelerin bireysel özellikleri (N=110)	45
Tablo 4-2: Gebelerin doğurganlık ile ilgili özellikleri (N=110).....	46
Tablo 4-3: Gebelerin özgeçmişini ile ilgili özellikleri (N=110)	47
Tablo 4-4: Anestezi ile ilgili özellikler (N=110)	47
Tablo 4-5: Sezaryen öncesi açlık süresiyle ilgili özellikler (N=110)	48
Tablo 4-6: Gebelerin sezaryen öncesi açlık süresi (N=110).....	48
Tablo 4-7: Gebelerin sezaryen öncesi hayati belirtileri (N=110)	49
Tablo 4-8: Sezaryen öncesi gebenin açlık düzeyi (N=110).....	49
Tablo 4-9: Sezaryen öncesi gebenin susuzluk düzeyi (N=110).....	50
Tablo 4-10: Sezaryen öncesi gebenin ağız kuruluğu düzeyi (N=110).....	50
Tablo 4-11: Sezaryen öncesi gebenin baş ağrısı düzeyi (N=110)	51
Tablo 4-12: Açlık hissi, susuzluk hissi, ağız kuruluğu ve baş ağrısı VAS puanları (N=110).....	51
Tablo 4-13: Sezaryen öncesi gebelerin STAI ve GKÖ puanları (N=110).....	52
Tablo 4-14: Toplam katı ve sıvı gıda açlık süreleri ile STAI ve VAS puanları arasındaki ilişki (N=110).....	53
Tablo 4-15: Toplam katı ve sıvı gıda açlık süreleri ile GKÖ puanları arasındaki ilişki (N=110).....	53
Tablo 4-16: VAS ölçümleri ile STAI ve GKÖ puanları arasındaki ilişki (N=110).....	54
Tablo 4-17: STAI puanları ile GKÖ puanları arasındaki ilişki (N=110).....	55

Tablo 4-18: Açlık süreleri ile kan şekeri düzeyi ve APGAR puanı arasındaki ilişki (N=110).....	55
Tablo 4-19: Kan şekeri düzeyi ile STAI, GKÖ ve APGAR puanları arasındaki ilişki (N=110).....	56
Tablo 4-20: Bebeğe ait özellikler (N=110).....	56



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Robson sınıflaması.....	19
Şekil 2-2: Türkiye’de primer ve toplam sezaryen sıklığı	20



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AAGBI: The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland

ACOG: The American Congress of Obstetricians and Gynecologists

ASA: American Society of Anesthesiologists

BKİ: Beden Kitle İndeksi

ESA: European Society of Anaesthesiology

FKH: Fetal Kalp Atım Hızı

GKÖ: Genel Konfor Ölçeği

NICE: National Institute for Clinical Excellence

NPO: Nil Per Os

OAA: Obstetric Anaesthetists' Association

ORT: Ortalama

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

SS: Standart Sapma

STAI: State-Trait Anxiety Inventory

TARD: Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği

TDK: Türk Dil Kurumu

THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

VAS: Visual Analogue Scale

WHO: World Health Organization

ÖZET

Kızılkaya, Tuba. (2017). Sezaryen Öncesi Annenin Açlık Süresinin, Konfor ve Kaygı Düzeyinin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Amaç: Araştırma, elektif sezaryen öncesi gebenin açlık süresini, konfor ve kaygı düzeyini belirlemek amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel olarak gerçekleştirildi.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın evrenini, bir devlet hastanesinde elektif sezaryen operasyonu geçirecek gebeler oluşturdu. Örneklem 110 gebe alındı. Verilerin toplanmasında; Gebe Bilgi Formu, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI) ve Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) kullanıldı. Veriler, sezaryen öncesi hazırlık için gebelerin serviste kaldığı süreçte yüz yüze görüşülerek toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis Varyans analizi, Pearson ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalamaları $29,15 \pm 4,54$, %99,1'inin endikasyonu mükerrer sezaryendi. Spinal anestezi uygulananların oranı %65,5'di. Gebelerin açlık süreleri ortalaması katı gıda için $13,16 \pm 2,38$, sıvı gıda için $10,57 \pm 2,91$ saat, periferik kan şekeri düzeyi ortalaması $77,21 \pm 9,78$ mg/dl olarak saptandı. Annelerin GKÖ ortalaması $129,82 \pm 12,66$ olarak belirlendi. Durumluk ve sürekli kaygı puanı sırasıyla $46,72 \pm 9,37$ ve $43,65 \pm 7,95$ olarak saptandı. Sezaryen öncesi susuzluk hissi %45,5 ve ağız kuruluğu %35,5 oranı ile en yüksek seviyedeydi. GKÖ toplam puanı ile durumluk kaygı puanı arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki belirlendi. Sürekli kaygı puanı ile susuzluk hissi ve ağız kuruluğu VAS puanı arasında pozitif yönlü, zayıf bir ilişki olduğu belirlendi. Toplam katı gıda açlık süresi ile kan şekeri düzeyi ve ilk dakikadaki APGAR puanı arasında negatif yönlü çok zayıf bir ilişki olduğu belirlendi. Kan şekeri düzeyi ile APGAR puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Sonuç: Gebenin sezaryen öncesi kaygısının konforunu etkilediği saptandı. Açlık ve susuzluk süresinin azaltılması gibi kaygıyı azaltacak girişimler, konforun da artmasını sağlayacaktır.

Anahtar sözcükler: Ebelik, cerrahi öncesi dönem, kaygı, konfor, sezaryen

ABSTRACT

Kızılkaya, Tuba (2017). Determination of mothers' preoperative fasting duration, comfort and anxiety levels in elective cesarean section. İstanbul University, Institute of Health Science, Department of Midwifery. Master's Thesis. İstanbul.

Aim: The research was carried out descriptive and cross-sectional in order to determine the fasting duration, comfort and anxiety level of the pregnant women before elective cesarean section.

Material and Method: The research population consists of pregnant women undergoing elective cesarean section in a state hospital. Pregnancy Information Form, State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and General Comfort Questionnaire (GCQ) were used to collect the data from 110 pregnant women. The data were collected through face-to-face interviews as the participants are in the preoperative preparation. The collected data was analysed through Mann Whitney U Test, Kruskal Wallis Variance Analysis, Pearson and Spearman Correlation Analysis.

Findings: The average age of the participants was 29.15 ± 4.54 , and the cesarean indication of 99.1% was a recurrent cesarean. The rate of spinal anesthesia was 65.5%. The average fasting period for solid food is 13.16 ± 2.38 and for liquids is 10.57 ± 2.91 hours. The average peripheral blood glucose level was 77.21 ± 9.78 mg/dl. The average GCQ was 129.82 ± 12.66 . The state and trait anxiety score were 46.72 ± 9.37 and 43.65 ± 7.95 respectively. The sense of thirst and dryness of the mouth have the highest rate with 45.5% and 35.5% before the cesarean section. A moderate negative correlation was found between GCQ score and state anxiety score. It was determined that there was a positive correlation between thirst, dryness of mouth VAS score and trait anxiety. There was a very weak negative correlation between the total solid food fasting time with maternal blood glucose level and first minute APGAR score. There was no statistically significant correlation between maternal blood glucose level and APGAR score.

Conclusions: As a result, preoperative anxiety affects the comfort level of the pregnant women. Attempts such as reducing fasting time to reduce anxiety will also increase comfort level.

Key words: Midwifery, preoperative period, anxiety, comfort, cesarean.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Üreme sağlığı kadınlar için kritik öneme sahip konulardan biridir. Üreme sağlığına ilişkin sorunlar; gebelik ve doğum gibi kadınlara özgü durumlar nedeniyle en çok kadınları etkiler (Karanisoğlu ve Eser 2016 p. 5). Gebelik, doğum ve doğum sonu dönem kadınların yaşadığı zor süreçlerdir. Doğum sürecinin anne ve bebek açısından sağlıklı ve müdahalesiz şekilde geçirilmesi üreme sağlığı kapsamında önemli bir hedeftir. Doğum her kadın için fizyolojik bir süreç olsa da normal doğum her zaman mümkün olmaz. Eski çağlarda çeşitli doğum komplikasyonları yönetilemediği için anne ve bebeğin kaybedilmesi söz konusuydu. Sezaryen doğum tıbbi endikasyonların varlığında anne ve bebeğin hayatını kurtaran cerrahi bir operasyon olarak insanlık tarihinde önemli bir yere sahiptir (WHO 2015).

Sezaryen, çeşitli endikasyonlar nedeniyle abdomen ve uterus kesisi oluşturularak bebeğin alındığı cerrahi bir işlem olup; acil, çok acil, planlı ve elektif olmak üzere üç gruba ayrılır. Elektif sezaryen, tıbbi endikasyonlar nedeniyle gebeye ve hastane çalışanına göre planlanan sezaryen olarak ifade edilir (Eldridge 2011 p.754). İsteğe bağlı sezaryen Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı rehberine göre sezaryen endikasyonu olarak yer almamaktadır. Ancak geçirilmiş uterus cerrahisi, önceden sezaryen geçirmiş olma ve ikiz gebelik gibi tıbbi endikasyonlar nedeniyle sezaryenler elektif olarak uygulanabilir (Sağlık Bakanlığı 2010). Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2014)'na göre 2013 yılındaki sezaryenin tüm doğumlar içindeki payı % 50,4 olup primer sezaryen oranı ise %25,9'dur. 2002 yılından bu yana primer sezaryen oranının toplam sezaryen içindeki oranı 2012 yılında azalsa da ilerleyen yıllarda hem primer sezaryen oranı hem de toplam sezaryen oranı gittikçe artmaktadır (THSK 2016).

Sezaryen oranlarının günümüzde çok kritik seviyelere yükselmesi nedeniyle primer sezaryenlerin azaltılması ve belirli kriterlerin mevcut olması durumunda sezaryen sonrası vajinal doğumun denenmesi gibi çeşitli öneriler mevcuttur (ACOG 2010; Cunningham ve ark. 2010; NICE 2011; WHO 2015). Sezaryen oranlarının artmasında etkili bir çok faktör mevcuttur (Şahin 2009). Bu faktörlerden biri teknolojinin gelişmesiyle birlikte çağdaş yaşamın kadınların günlük aktivitelerini değişikliğe uğratması ve pelvik taban kaslarını daha az kullanmasına yol açmasıdır. İleri gebelik yaşı da riskli durumları ve hastalıkları beraberinde getirdiğinden sezaryenin

artma nedenlerinden biri olarak öne sürülebilir. Sezaryenin artmasının altında yatan en önemli faktör sezaryenin güvenli bir cerrahi haline gelmesidir (Odent 2004 p.23).

Sezaryen bir doğum şekli olmayıp cerrahi bir girişimdir. Cerrahi öncesi hazırlık sezaryende önemli bir konudur. Cerrahi işlem öncesinde en temel uygulamalardan biri hastanın aç bırakılmasıdır (WHO 2009). Literatürde cerrahi öncesi açlık "nil per os" (NPO) veya "nothing by mouth" olarak geçmekte olup, gecedan itibaren yeme ve içmenin bırakılması anlamına gelir (Crenshaw ve Winslow 2002; Gül ve ark. 2013; Pimenta ve deAguiar-Nascimento 2014). Oral alımını kısıtlama, gastrik içerik volümünün azaltılması ile pulmoner aspirasyon gelişmesini önlemeyi amaçlar (Brady ve ark. 2010; Sandhar 2011 p.10). Anestezi sırasında öğürme, öksürme ve yutma refleksi baskılandığından mide içeriğinin regüjite olması durumunda solunum yolunu koruyan refleksi devreye giremez ve içerik akciğerlere aspire edilebilir (Brady ve ark. 2010). Mendelson'un 1940'lı yıllarda yaptığı araştırmada genel anestezi altındaki kadınlarda katı mide içeriğini aspire edenlerde mortalite ve morbidite oranını yüksek bulması sonucu "NPO" sadece sezaryen öncesinde değil tüm cerrahi operasyonlar öncesinde de katı şekilde uygulanmaya devam etmektedir (Crenshaw ve Winslow 2002; Gül ve ark. 2013 ; Pimenta ve deAguiar-Nascimento 2014). NPO sadece mide içeriğini azaltmak için değil aynı zamanda düşük mide pH'ını önlemek için de uygulanır. Ancak düşük mide pH'ının aspirasyona neden olması sadece yapılan hayvan deneylerinde ortaya konulmuştur (Crenshaw ve Winslow 2002; Yıldız 2006). Bununla birlikte aç kalmanın boş bir mideyi ve daha az asiditeyi garanti etmeyeceği ifade edilir (Singata ve ark. 2010).

Amerikan Anesteziyologlar Derneği'nin (American Society of Anesthesiologists – ASA) yayınladığı kılavuz başta olmak üzere çok sayıda kılavuzda operasyon öncesi son iki saate kadar berrak sıvıların, altı saate kadar da katı besinlerin tüketilebileceğini bildirir (Lambert ve Carey 2015). ASA (2011), son altı saatteki katı besini hafif bir kahvaltı şeklinde tanımlar. Et ve yağ içerikli yemekler ise son sekiz saate yenilebilir. Süt gibi içecekler kesilip, katı hale gelebileceğinden katı yiyecek grubunda yer almaktadır. Berrak sıvıların yaklaşık olarak bir saate mideden boşaldığı ifade edilir (Levy 2006). Yapılan araştırmalarda operasyon öncesi iki-üç saat öncesinde berrak sıvı alınmasının regürjitasyon riskini arttırmadığı belirlenmiştir (Itou ve ark. 2012; Ghorashi 2014). Yapılan araştırmalara göre cerrahi operasyon öncesinde yüksek karbonhidratlı

berrak içeceklerin tüketilmesi daha az açlık ve susuzluğa yol açarak hasta konforunu yükseltir (Canbay ve ark. 2014 ; Imbelloni ve ark. 2015).

Rutinde uygulanan açlık protokolü güncel rehberlerde önerilen sürelerden oldukça uzundur (Crenshaw ve Winslow 2008; Brady 2010). Gül ve ark.(2013)'nın yaptığı araştırmada ortalama cerrahi öncesi açlık süresi katı gıdalar için ortalama 14 saat iken, sıvılar için ortalama süre 12 saat olarak belirlenmiştir.

Cerrahi operasyon, hastada katabolik bir sürece yol açar. Bu süreç ise vücutta katekolaminlerin artışı ve cerrahi sonrası insülin direnci şeklinde kendini gösterir. Açlık süresinin uzaması ise hastanın glikojen depolarını tüketmekle birlikte insülin direncini arttırır (Canbay ve ark. 2014) Bu sürenin uzaması aynı zamanda susuzluk, ağız kuruluğu, dehidratasyon, kaygı ve baş ağrısı gibi olumsuz sonuçlara da yol açar (Gül ve ark. 2013). Cerrahi operasyonun en olumsuz etkilerinden biri cerrahi öncesi kaygıdır. Türk Dil Kurumu (TDK) kaygı; üzüntü, endişe duyulan düşünce ve tasa olarak tanımlar. Sezaryen öncesi kaygı çok yönlüdür. Öncelikle gebelik sürecinin kaygıyı arttırdığı ifade edilir (Gunay ve Gul 2015). Yapılan araştırmalarda, sezaryen öncesi annelerin kaygı düzeyi yüksek olarak belirlenmiştir (Aydın ve ark. 2014; Maheswari ve Ismail 2015). Planlı cerrahi işlemlerde cerrahi öncesi bekleme süreci kaygıyı arttıran bir faktördür. Kaygı, hastanın hemodinamik özelliklerini olumsuz etkilediği gibi (Canbay ve ark. 2014) anestezi sürecini ve cerrahi sonrası iyileşmeyi de olumsuz olarak etkiler (Turhan ve ark. 2012).

Cerrahi operasyon öncesi süreç aynı zamanda kişinin konforunu da olumsuz şekilde etkiler (Bopp ve ark. 2011). TDK, konforu “günlük hayatı kolaylaştıran maddi rahatlık” olarak tanımlar. Konforun, hastada beklenen pozitif bir sonuç olduğu ifade edilir (Kuğuoğlu ve Karabacak 2008).

Ebeler, sezaryen öncesi bakımdan sorumlu olmakla birlikte; kadına psikolojik açıdan da destek verir (Mwale ve ark. 2014). Böylece annenin kaygı düzeyi azaltılarak, konfor düzeyinin artırılması amaçlanır. Ayrıca ebelerin açlıkla ilgili güncel kılavuzları takip ederek, anestezi uzmanı ve kadın-doğum hekimi ile işbirliği içerisinde annelere uygun açlık süreleri önermeleri açısından önem taşır (Crenshaw ve Winslow 2006).

Bu araştırmada annelerin sezaryen öncesi açlık sürelerinin değerlendirilmesi, konfor ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi amaçlandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Üreme Sağlığı

Üreme sağlığı kadınlar için kritik bir öneme sahiptir. Üreme sağlığına ilişkin konular arasında gebelik ve doğum gibi kadına özgü önemli süreçler yer alır. Üreme sağlığına ilişkin sorunlardan en çok kadınlar etkilenir (Karanisoğlu ve Eser 2016 pp. 5-7). Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımı çerçevesinde üreme sağlığı; üreme fonksiyonlarına ve sistemine, ilişkin hastalık veya engelin olmaması değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanır (WHO 2016). Doğum sürecinin anne ve bebek açısından sağlıklı ve müdahalesiz şekilde geçirilmesi üreme sağlığı kapsamında önemli bir hedeftir. Ancak anneye ve bebeğe ait sorunlar nedeniyle vajinal doğumun mümkün olmadığı durumlarda sezaryen operasyonu uygulanır.

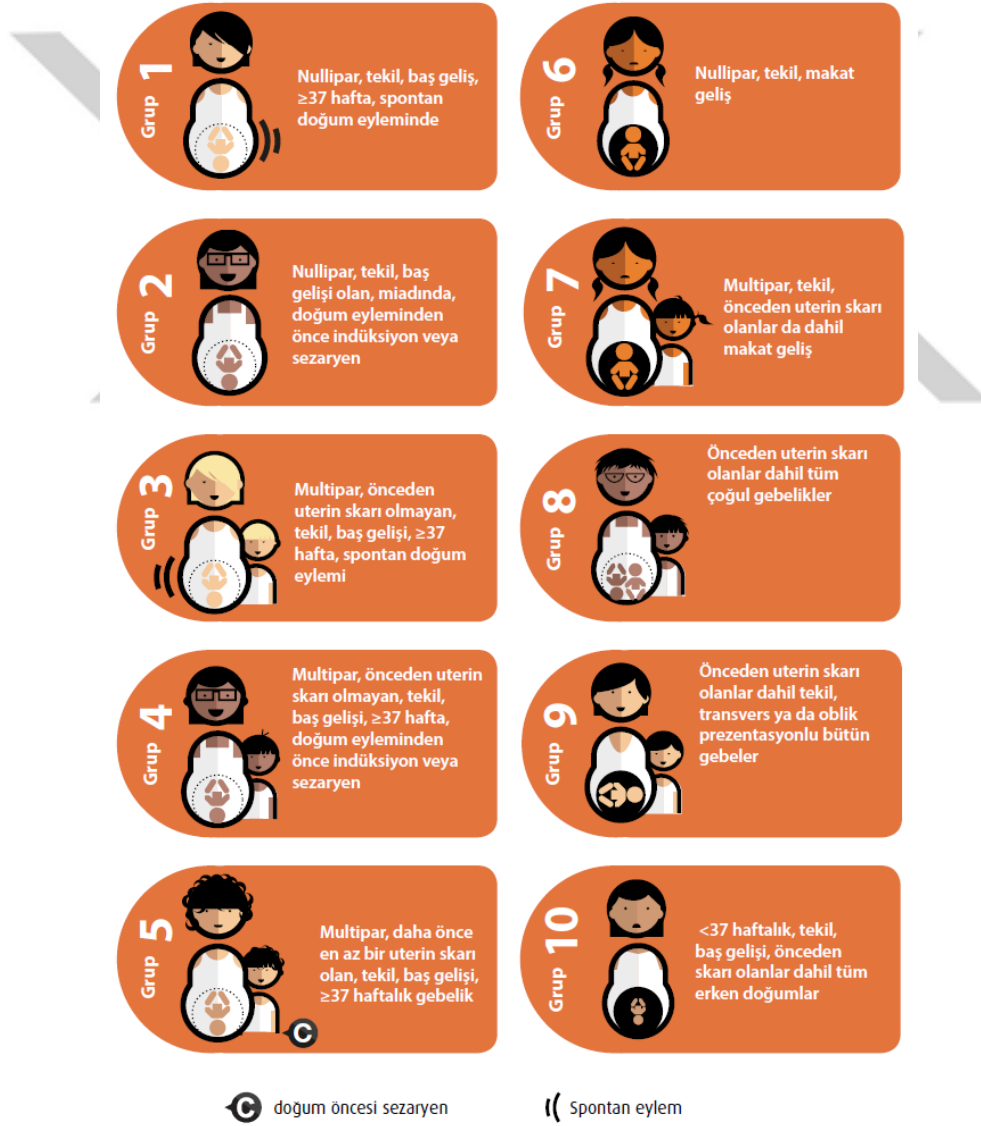
2.2. Sezaryen Doğum

Sezaryen kelimesi Latince kökenli “kesmek” anlamına gelen “caedere” kelimesinden türemiş olup literatürde “cesarean section” olarak yer alır (Ceylan 2000 p. 79; Yıldırım ve ark. 2015). Sezaryen, 500 gr ve üstündeki fetüsün çeşitli endikasyonlar nedeniyle abdomen ve uterus insizyonu oluşturularak bebeğin alındığı cerrahi bir işlemdir (Incerpi 2013 p. 515). Sezaryen isteğe bağlı bir doğum şekli olmayıp sadece tıbbi endikasyonlar nedeniyle uygulanan bir hayat kurtarma operasyonudur. Sezaryen ile anne ve bebeğin mortalite ve morbidite oranının azaltılması hedeflenir (Yıldırım ve ark. 2015). Ancak sezaryen operasyonu hem kısa hem de uzun dönemde aşırı kanama, plasenta previa ve plasenta akreta gibi çeşitli riskli durumları da beraberinde getirir (Collins ve ark. 2013 p. 308). Elektif sezaryende primer sezaryen ve sezaryen sonrası vajinal doğuma oranla uterus rüptürü ve plansız histerektomi gibi morbidite oranları en yüksek seviyededir (Curtin ve ark. 2015).

Sezaryen operasyonu tarihteki en eski ve acil ameliyatlardan biri olup geçmişte bebeğin hayatını kurtarmak için sadece ölen gebeler üzerinde uygulanırdı. Canlı bireyde uygulanan ve kayıtlara geçen ilk vaka 1500 yılında, Türkiye’de ise ilk kez 1902 yılında gerçekleştirilmiştir (Ceylan 2000 pp. 82-90). Sezaryen, vajinal doğum kontrendike olduğunda uygulanan bir kurtarma operasyonu iken son yıllarda karşımıza bir doğum tercihi olarak çıkar. Oysa sezaryen ciddi komplikasyonları içeren cerrahi bir girişimdir

ve vajinal doğumun alternatifi değildir. Sezaryen kararı da her gebenin bulguları bireyselleştirilerek verilmelidir (Betran ve ark. 2015).

Sezaryen kararı verilmesinde standart bir yol izlenmesi için Şekil 2.1’de verilen Robson Sınıflaması’nın kullanılması önerilir (WHO 2015). Bu sınıflama ile ağrının özelliği, gebenin doğurganlık durumu ve bebeğin geliş şekline göre gebeyi 1’den 10’a kadar tanımlayarak “Gebe Sınıflaması” yapılır. Böylece gruplar içinde ve gruplar arasında sezaryen hızlarının analizine olanak tanır. Sezaryen oranlarının azaltılmasına yönelik, Temmuz 2012’den itibaren aylık olarak tüm sağlık kurum ve kuruluşlarından bu sınıflamayla birlikte aylık doğum verileri toplanmaya başlamıştır (THSK 2016).



Şekil 2-1: Robson sınıflaması

(İzin alınmıştır – EK.9)

2.2.1. Sezaryen Doğum Sıklığı

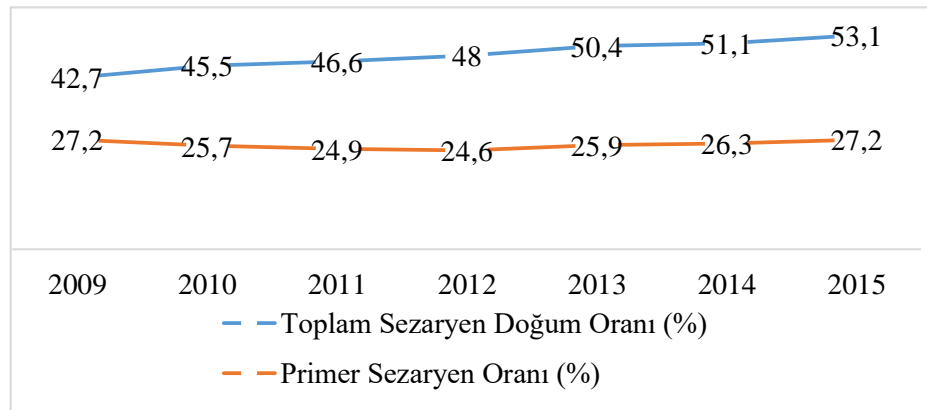
Sezaryen hem dünyada hem de Türkiye’de en çok uygulanan cerrahi operasyondur (WHO 2015; Yıldırım ve ark. 2015). Dünyada 2000-2012 yılları arasında toplam canlı doğum içerisindeki sezaryen oranları Tablo 2.1’de verilmiştir.

Tablo 2-1: Dünyadaki sezaryen oranları

Sezaryen Oranı, %	Tüm Dünya	En Az Gelişmiş Ülkeler	Az Gelişmiş Ülkeler	Gelişmiş Ülkeler	(Kaynak)
2000	12,0 (0,5–38,0)	2,0 (0,5–6,4)	13,1 (1,5–38,0)	19,5 (7,5–33,3)	(Ye ve ark. 2015)
2012	15,5 (1,4–55,6)	5,2 (1,4–17,9)	16,9 (1,7–55,6)	26,9 (13,9–38,1)	

(İzin alınmıştır – EK.9)

İdeal sezaryen doğum oranının %10-%15 arasında olması gerektiği bildirilmekte birlikte günümüzde spesifik bir orana ulaşmak yerine endikasyon olması durumunda sezaryenin uygulanması gerektiği vurgulanır. World Health Organization (WHO) tarafından yayınlanan son rapora göre; bir toplumda sezaryen oranı %10’dan fazlaysa, bunun anne ve bebek ölümünü azaltması ile ilişkisi yoktur (WHO 2015). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK)’nun yayınladığı faaliyet raporuna göre 2015 yılındaki sezaryen doğum oranının tüm doğumlar içindeki payı %53,1 olup, primer sezaryen oranı %27,2’dir. Toplam sezaryen oranının sürekli olarak arttığı görülmektedir (Şekil 2.2). Primer sezaryen oranı ise 2012 yılında düşüş gösterse de ilerleyen yıllarda artmaktadır (THSK 2016).



Şekil 2-2: Türkiye’de primer ve toplam sezaryen sıklığı

2.2.2. Sezaryen Endikasyonları

Sağlık Bakanlığı (2010) sezaryen endikasyonlarını fetal, maternal, doğuma ait ve plasenta ile umbilikal korda ait endikasyonlar olarak dört gruba ayırmaktadır. Günümüzde en yaygın sezaryen endikasyonları; tekrarlayan sezaryen, baş-pelvis uyumsuzluğu/distozi, anormal fetal yatış/malprezantasyon ve anormal fetal kalp atım hızı (FKH) olarak ifade edilir (Incerpi 2013 pp. 515-518).

Fetal endikasyonlar;

- Fetal distres
- Fetal prezentasyon anomalileri (Makat prezentasyon ve diğer prezentasyon anomalileri (Transvers, alın, yüz geliş, vb.)
- Çoğul gebelikler
- Fetal anomaliler (Hidrocefali, sakrokoksigeal teratom vb.)

Maternal endikasyonlar;

- Geçirilmiş uterus cerrahisi (Sezaryen, diğer operasyonlar)
- Sistemik hastalıklar (Diyabetes mellitus, hipertansiyon, gebeliğe bağlı hipertansiyon vb.)
- Vertikal geçişli maternal enfeksiyonlar (HIV, HSV-2, vb.)

Travay veya Doğuma Ait Endikasyonlar;

- Baş-pelvis uyumsuzluğu
- Uzamış eylem
- Fetal makrozomi

Umbilikal Kord ve Plasentaya Ait Endikasyonlar;

- Kordon sarkması
- Plasenta previa
- Ablasyo plasenta
- Vasa previa

2.2.3. Sezaryen Türleri

Sezaryen doğum, acil olup olmama durumuna göre; çok acil, acil, planlı ve elektif olarak dört kategoriye ayrılır (Tablo 2.2).

Tablo 2-2: Kategorilere göre sezaryen endikasyonları ve aciliyeti

Kategori	Endikasyonlar	Sezaryenin Aciliyeti
1	Kord prolapsusu Uterus rüptürü Uzamış fetal bradikardi Fetal skalp pH'nın 7,2'nin altına düşmesi Ablasyo plasentaya eşlik eden anormal FKH ve uterin hassasiyet	Anne veya fetüsün hayatı tehlikede olduğundan operasyon mümkün olan en kısa zamanda gerçekleştirilmeli (Çok acil, ≤ 30 dakika)
2	Patolojik kardiyotokografi değerlendirmesi ile seyreden ilerlemeyen eylem Antepartum kanama	Anne veya fetüsün hayatını tehdit eden faktörler mevcut, fakat operasyonun hemen gerçekleştirilmesini gerektirecek düzeyde bir acil durum söz konusu değil (Acil, ≤ 75 dakika)
3	Fetal fonksiyon testlerinin desteklediği intrauterin gelişim kısıtlılığı Şiddetli preeklampsi Doğum eyleminde indüksiyonun başarısız olması	Erken doğum gerekli fakat anne ve fetüsün hayatı tehlikede değil. Sezaryenin gerçekleşmesini anne ve fetüsün klinik durumu belirler (Planlı)
4	Termde tek fetüs ve makat geliş (Eksternal sefalik versiyon başarılı olmadıysa) İkiz gebelikte birinci bebeğin baş geliş olmaması 3. Trimesterde primer genital herpes görülmesi Plasenta previa Geçirilmiş uterus cerrahisi veya sezaryen (Uygun kriterler mevcutsa sezaryen sonrası vajinal doğum denenmeli)	Sezaryenle anne ve doğum ekibi için uygun zamanda planlanabilir (Elektif)

Uyarlanmıştır (Collins ve ark. 2013; TARD, 2015)

Elektif sezaryen, isteğe bağlı veya tıbbi endikasyonlar nedeniyle gebeye ve hastane çalışanına göre planlanan sezaryen olarak ifade edilir (Eldridge 2011 p. 754). İsteğe bağlı sezaryen Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı rehbere göre sezaryen endikasyonu olarak yer almamaktadır. Ancak geçirilmiş uterus cerrahisi, önceden sezaryen geçirmiş olma, ikiz gebelik ve makat prezantasyon gibi tıbbi endikasyonlar nedeniyle sezaryen elektif olarak uygulanabilmektedir (Sağlık Bakanlığı 2010). Sezaryen daha önce uygulanıp uygulanmama durumuna göre primer ve mükerrer olmak üzere iki gruba ayrılır. Primer sezaryen ilk sezaryen anlamına gelir. Mükerrer sezaryen ise birden fazla sezaryen anlamına gelmekte olup tekrarlayan sezaryen olarak da ifade edilir.

2.3. Sezaryen Öncesi Hazırlık

Ameliyat öncesi hazırlık, başta anestezi olmak üzere cerrahi ile ilgili işlemlere hastanın fizyolojik ve psikososyal olarak hazırlanması sürecidir. Bu hazırlık süreci hastanın gastrointestinal sistem hazırlığı, cilt hazırlığı, invazif girişimlere ilişkin hazırlık, premedikasyon uygulanması ve dinlenmenin sağlanması gibi temel unsurları içerir (Aksoy 2012 pp. 295-298; Chard 2013 pp. 239-254). Sezaryen öncesi hazırlıkta fetüsün sağlığı da değerlendirilir. Bu süreçte fetal kalp atım hızı (FKH) ve paterni monitörize edilmelidir (ASA 2016).

Sezaryen planlanan gebenin hazırlık sürecinde kadın-doğum hekimi ve anestezi uzmanının yanı sıra ebe de rol almaktadır (Mwale ve ark. 2014). Ameliyat öncesi hazırlık süreci disiplinler arası iş birliği gerektirir (AGBBI & OAA 2013)

Elektif sezaryen öncesi hazırlıkta öncelikle gebe, anestezi uzmanı tarafından değerlendirilir, hem kadına hem de doğum ekibine göre uygun gün planlanır. Gebe doğumun planlandığı gün sağlık merkezine gelir ve servise yatırılır. Ebe veya hemşire tarafından gebenin açlık süresi, alerjisi olup-olmadığı, kronik hastalık varlığı ve sigara içip içmemesi gibi durumları içeren anamnezi alınır ve vital bulguları değerlendirilerek kaydedilir. Sezaryen doğum için gerekli izin ve gönüllü olur formlarının gebe ve eşi tarafından imzalanması sağlanır. 18-G numaralı intravenöz kateter uygulanır. Ardından kardiyotokografi ile bebeğin kalp atım paterni ve annenin kontraksiyonları takip edilir. Gebenin üriner sistem hazırlığı çerçevesinde üriner sonda uygulanır. Doktor tarafından istem yapıldıysa premedikasyon ilaçlar uygulanır. Gebe

ameliyathane listesindeki sıraya göre sezaryen operasyonuna alınır (Incerpi 2013 p. 518; Güngör ve Oskay 2015 p. 531; TARD 2015)

2.3.1. Sezaryende Uygulanan Anestezi Türleri

Sezaryen operasyonunda rejyonel (epidural, spinal ve kombine spinal-epidural), genel ve lokal olmak üzere üç anestezi yöntemi kullanılır (McDonald ve ark. 2013 pp. 425-427).

2.3.1.1. Rejyonel (Bölgesel) Anestezi

Epidural anestezi: Lumbar epidural blokaj sezaryen analjezisi olarak kullanılır. Bu yöntemin en büyük yan etkisi sempatik liflerin bloke edilmesi ve vasküler direncin azalmasıyla venöz göllenmeye ve hipotansiyona neden olmasıdır (McDonald ve ark. 2013 p. 425).

Spinal anestezi: Elektif sezaryende en yaygın kullanılan anestezi tekniğidir. Hızlı bir şekilde etkisi başlar, kolay uygulanabilir ve güvenilir bir yöntemdir. Dezavantajı kısa süreli bir anestezi sağlamasıdır (Toledo 2015). Spinal anestezi epidural anesteziye göre daha fazla hipotansiyona sebep olur (Eldridge 2011 p. 758).

Kombine Spinal-Epidural Anestezi: Spinal ve epidural tekniğin birlikte kullanımı artmaktadır. Bu teknikle hızlı ve etkili bir anestezi sağlanır. Bu anestezi tekniğinin avantajları daha az spinal dozla hızlı bir şekilde anestezinin başlaması ve epidural anestezinin aktivasyonu ile sürenin uzatılması olarak ifade edilir (McDonald ve ark. 2013 p. 426)

2.3.1.2. Genel Anestezi

Rejyonel anestezi tekniğinin kullanılmadığı koagülopati, enfeksiyon veya hipovolemi gibi durumlarda kullanılır. Bazı hastalar uyumayı tercih ettiği için rejyonel anesteziyi reddetmektedir (McDonald ve ark. 2013 p. 426). Genellikle anne ve bebek için acil bir durum söz konusu olduğunda ve nöraksiyel anestezi için yeterli zaman olmadığında tercih edilir (Toledo 2015). Acil vakalarda batına hızlı şekilde giriş yapabilme, ventilasyonu kontrol altına alma gibi olumlu durumlar söz konusuysen; mide içeriğinin aspirasyonu ve entübasyon güçlüğü gibi riskleri de beraberinde getirir (Özçam ve ark. 2014). Rejyonel anestezinin başarısız olduğu durumlarda veya sezaryenle beraber başka bir operasyon gerçekleştirilecekse genel anestezi uygulanması da söz konusudur (Eldridge 2011 p. 764).

2.3.1.3. Lokal Anestezi

Lokal infiltrasyon anestezisi primer bir teknik olarak çok nadir kullanılır. Yetersiz spinal veya epidural blokaj uygulandığında tamamlayıcı olarak lokal anestezi uygulanır (McDonald ve ark. 2013 p. 426).

2.3.2. ASA (American Society of Anesthesiologists) Sınıflandırması

ASA Sınıflandırması ameliyat öncesi hastanın sınıflandırıldığı ve buna göre anestezi yaklaşımının ve özellikle monitorizasyon yöntemlerinin belirlenmesi için yararlı olduğu kabul edilen bir değerlendirme sistemidir (Tablo 2.3).

Tablo 2-3: ASA sınıflandırması

ASA	Bireyin özellikleri	(Kaynak)
I	Normal, sistemik bir bozukluğa neden olmayan cerrahi patoloji dışında bir hastalık veya sistemik sorunu olmayan sağlıklı bir kişi.	(TARD 2015)
II	Cerrahi girişim gerektiren nedene veya başka bir hastalığa bağlı (hafif derecede anemi, kronik bronşit, hipertansiyon, amfizem, şişmanlık, iyi kontrol edilen diyabet, asemptomatik aort stenozu gibi) hafif bir sistemik bozukluğu olan kişi.	
III	Aktivitesini sınırlayan, ancak güçsüz bırakmayan hastalığı (hipovolemi, latent kalp yetmezliği, geçirilmiş miyokard infarktüsü, ileri diyabet, sınırlı akciğer fonksiyonu gibi) olan kişi.	
IV	Gücünü tamamen yitirmesine neden olup hayatına sürekli bir tehdit oluşturan bir hastalığı (şok, dekompanse kalp veya solunum sistemi hastalığı, böbrek, karaciğer yetmezliği gibi) olan kişi.	
V	Ameliyat olsa da olmasa da 24 saatten fazla yaşaması beklenmeyen, son ümit olarak cerrahi girişim yapılan ölüm halindeki kişi.	
VI	Yukarıdaki beş gruba daha sonra bu grup eklenmiştir. Bu gruba da organ alınmaya uygun, beyin ölümü gelişmiş hastalar girmektedir.	

NOT: Acil cerrahi girişim gerektiğinde hastanın sınıflama numarasından sonra "E" harfi eklenmektedir. ASA IE gibi.

2.3.3. Cerrahi Öncesi Açlık

Ameliyat öncesi hazırlık sürecinde en temel konulardan biri gastrointestinal sistem hazırlığı dahilinde operasyon öncesi hastanın aç kalmasıdır (WHO 2009).

Rutinde hala geçerli olan “nil per os” (NPO) yani “geceden itibaren aç kalma” uygulamasının kökeni Mendelson’un 1940’larda yaptığı araştırmaya dayanır. Bu araştırmanın sonucuna göre; genel anestezi altında sezaryen operasyonu geçiren 44016 gebede 66 aspirasyon vakası görülmüş ve katı besin aspirasyonuna bağlı beş kişide mortaliteye neden olmuştur (Mendelson 1946). Bunun sonucunda da hem sezaryenin hem de diğer operasyonların öncesinde NPO, anestezi öncesinde katı bir kural haline gelmiştir (Crenshaw ve Winslow 2002).

2.3.4. Aspirasyon Riski

Anestezik ilaçlar; bilincin kapalı hale gelmesine, kasların gevşemesine ve geçici duyu kaybına yol açar (Jolliffe 2009; Brady ve ark. 2010). Anestezi sırasında aspirasyon riski sezaryende çok düşük oranda görülse de aspirasyon geliştiğinde morbidite ve mortaliteyi artırır (Kurban ve ark. 2014). Mendelson, sezaryende aspirasyon riskini %0,15 olarak bulmuştur (Mendelson 1946; Levy 2006). Mendelson’un araştırmayı yaptığı zamandan bu yana anestezi tekniklerinin ve ilaçlarının gelişmesiyle birlikte bu risk azalmıştır. Søreide ve ark. (1996) yaptıkları araştırmada sezaryende perioperatif aspirasyon riskini %0,11 olarak belirlemiştir. Lesage (2014) sezaryende aspirasyon gelişme riskinin %0,06, bu riske bağlı maternal mortalite riskinin de %0,001 olduğunu ifade eder. Anestezi sırasında gebelerde aspirasyon riskine yol açan faktörler Tablo 2.4’te kategorize edilmektedir (Ersoy ve Gündoğdu 2005; Yıldız 2006; Tasch ve Langeron 2013)

Tablo 2-4: Gebelikte aspirasyon riskini arttıran faktörler

Risk faktörleri
Karın içi basıncın artması
Progesteronun etkisiyle alt özofagiyal sfinkter tonusunun azalması
Gastrin hormonunun artması
Gastro-özofagiyal reflünün artması
Plasentanın gastrik asit sekresyonunu arttırması
Mide boşalmasının gecikmesi

2.3.5. Cerrahi Öncesi Açlıkla İlgili Kanıtı Dayalı Uygulamalar

Kanıtı dayalı tıp, hasta bakımı ile ilgili kararlarda sistematik araştırmalardan elde edilen en iyi kanıtların açık ve doğru bir şekilde kullanılmasıdır (Kocaman 2003).

Bilimsel araştırmalarda kanıt düzeylerini belirleyen, tüm dünyada yaygın olarak kullanılan, ülkemizde de T.C. Sağlık Bakanlığı'nın tanı ve tedavi rehberinde yer alan Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) sınıflaması kullanılmaktadır (Açıkel 2009). Önerileri desteklemek için kanıt düzeyleri ve öneri sınıflaması Tablo 2.5'te gösterilmiştir (Smith ve ark. 2011).

Tablo 2-5: Kanıt düzeyleri ve öneri sınıflaması

Kanıt düzeyi	
1++	Yüksek kalitede meta-analizler, randomize kontrollü deneylerin sistematik derlemeleri veya çok düşük yanılma riski içeren randomize kontrollü deneyler
1+	İyi uygulanmış meta-analizler, sistematik derlemeler veya düşük yanılma riski olan randomize kontrollü deneyler
1-	Meta-analiz, sistematik derleme ve yüksek yanılma riski olan randomize kontrollü deneyler
2++	Vaka kontrol veya kohort çalışmalarının yüksek kalitedeki sistematik derlemeleri
2+	İyi uygulanmış, düşük yanılma veya çelişki riski düşük ve orta düzeyde nedensel ilişki olasılığı içeren, vaka kontrol veya kohort araştırmaları
2-	Yüksek yanılma veya çelişme riski olan ve nedensel olmayan ilişki olasılığı içeren vaka kontrol veya kohort araştırmaları
3	Analitik olmayan çalışmalar, vaka raporları, vaka serileri
4	Uzman görüşleri
Öneri sınıflaması	
A	1++ düzeyinde en az bir meta-analiz, sistematik derleme veya randomize kontrollü deneyler ve hedef topluma doğrudan uygulanabilir veya 1+ düzeyinde çalışmalardan elde edilmiş hedef topluma doğrudan uygulanabilirlik ve tüm sonuçların tutarlılığını gösteren kanıtların varlığı,
B	2++ düzeyinde çalışmalardan elde edilmiş kanıtların varlığı, hedef topluma doğrudan uygulanabilir ve tüm sonuçların tutarlılığının gösterimi veya 1++ ve 1+ düzeyinde çalışmalardan yapılan çıkarımlara dayalı kanıtlar
C	2+ düzeyinde çalışmalardan elde edilmiş kanıt varlığı, hedef topluma doğrudan uygulanabilirlik ve tüm sonuçların tutarlılığının gösterimi veya 2++ düzeyinde çalışmalardan yapılan çıkarımlara dayalı kanıtlar
D	3 ve 4 düzeyde kanıtlar veya 2+ düzeyinde çalışmalardan yapılan çıkarımlara dayalı kanıtlar

2.3.6. Cerrahi Öncesi Açlıkla İlgili Yayınlanan Kılavuzlar

Amerikan Anesteziyologlar Derneği (American Society of Anesthesiologists – ASA) 1999 yılında yayınladığı kılavuzda yetişkinler için ameliyat öncesi açlık sürelerinin hafifletilmesine ilişkin öneriler yer alır. ASA'nın 2011 yılında yayınladığı rehberde operasyon öncesi son iki saate kadar berrak sıvıların, altı saate kadar da katı besinlerin tüketilebileceği belirtilir. Son altı saat önce tüketilebilecek katı besin, hafif bir kahvaltı olarak tanımlanır. Tam bir öğün ise son sekiz saatte yenilebilir. Tam öğün içinde et gibi sindirimi uzun süren besinler yer alır (ASA 2011). Su, meyve suyu, çay ve kahve gibi berrak sıvılar yaklaşık olarak bir saatte mideden boşalmaya başlar ve sıvının mideden tamamen uzaklaşması iki saat sürer (Levy 2006). Katı besinler ise sıvılara göre daha geç sindirilir. Yağlı ve etli yemekler sekiz saat veya daha uzun sürede sindirilirken; süt gibi içecekler kesilip, katı hale gelebileceğinden katı besin grubunda yer alır (Sandhar 2011).

Son yayınlanan obstetrik anestezi kılavuzuna göre elektif operasyon geçirecek ve herhangi bir komplikasyon bulunmayan gebeler son iki saate kadar berrak sıvı tüketebilir. Doğum yapacak kadınlarda aspirasyon açısından risk faktörleri (diyabet, morbid obezite ve zor havayolu vb.) bulunması durumunda kişiye özel bir yol izlenmelidir (ASA 2016). Obstetrik Anestezi Komitesi, genel anestezi altında sezaryen yapılacak hastalar için sekiz saat öncesinde katı gıda tüketilebileceğini, son iki saatte sadece berrak sıvı alınabileceğini belirtir (TARD 2015). Büyük Britanya ve İrlanda Anestezistler Derneği ve Obstetrik Anestezistler Derneği'nin yayınladığı ortak kılavuzda; planlı sezaryen operasyonu geçirecek kadınların uzun süreli açlığa maruz kalmamaları, ameliyat öncesi iki saate kadar berrak sıvı alımlarının desteklenmesi gerektiği belirtilir (AAGBI & OAA 2013). European Society of Anaesthesiology (ESA) yine benzer önerilerde bulunurken bu önerilerin gastro-özefagiyal reflüsü olanlara, obez olanlara ve diyabet hastalarına uygulanabileceğini ancak acil vakalara uygulanamayacağını belirtir (Smith ve ark. 2011).

Lambert ve Carey (2015), ameliyat öncesi açlık süresi ile ilgili önerileri ve kanıt düzeylerini tablo halinde vermiştir (Tablo 2.6). Ameliyat öncesi açlıkla ilgili yayınlanan kılavuzların incelendikleri sistematik derlemede iki saat öncesinde berrak sıvı alımının güvenli olduğu, ameliyat öncesi açlık süresinin azaltılması gerektiği ve çoğu hasta için aç kalmanın gereksiz olduğu A kanıt düzeyi olarak belirlenmiştir.

Tablo 2-6: Ameliyat öncesi açlık önerileri ve kanıt düzeyleri

Öneriler	Kanıt düzeyi
Cerrahi öncesi açlık süresi en aza indirilmelidir ve çoğu hasta için gece yarısından itibaren aç kalmak gereksizdir.	A
Hastalar anesteziden iki saat öncesine kadar berrak sıvı ve sınırsız miktarda su içebilirler.	A
Hastalar anesteziden altı saat önce katı yiyecek tüketebilirler.	C
Çay ve kahve içindeki sütün kesilme ihtimalinin kontrol edilmesi güç olduğundan katı olarak değerlendirilmelidir. Katılarla aynı süre uygulanmalıdır.	C
Kıvartılmış veya yağlı yiyecekler daha uzun süreli bir açlık gerektirebilir (Sekiz saat ya da daha fazla).	E
Operasyon, anesteziden hemen önce sakız çiğneme, şeker yalama veya sigara içme gibi durumlardan dolayı iptal edilmemeli ya da geciktirilmemelidir.	C
Elektif operasyon gecikirse, aşırı susuzluk ya da dehidratasyonu önlemek için hastanın su içmesinin desteklenmesi gerekir.	E

(İzin alınmıştır-EK.8)

2.3.7. Cerrahi Öncesi Açlığın Olumsuz Etkileri

Ameliyat öncesi açlık süresinin uzaması, cerrahi işlemlerin vücutta yol açtığı katabolik süreci olumsuz yönde etkiler. Olumsuz etkilere bakıldığında; hastanın glikojen depolarının tükenmesiyle birlikte insülin direncinin artışı söz konusudur (Canbay ve ark. 2014). Açlık süresinin uzaması bulantı-kusma, hipovolemi, kaygı, baş ağrısı ve hipoglisemi gibi olumsuz sonuçlara yol açmaktadır (Gül ve ark. 2013; Demirdağ ve Karaöz 2015). Özellikle hipoglisemi, uzun açlık sürelerinden sonra sık karşılaşılan bir komplikasyondur. Ayrıca, üriner ozmolaritenin yükselmesine ve dehidratasyona neden olabilmektedir (Mackenzie ve ark. 2010). Açlık süresinin uzaması kişinin kaygısının daha da artmasına (Gillis ve Carli 2015) ve konforunun olumsuz şekilde etkilenmesine neden olur (Bopp ve ark. 2011).

2.4. Konfor

2.4.1. Konfor Kavramı

Türk Dil Kurumu (TDK) konforu “günlük hayatı kolaylaştıran maddi rahatlık” olarak tanımlar. Oxford İngilizce Sözlüğü’nde konfor; güçlendirme, cesaretlendirme ve destekleme anlamına gelen, eski Fransızca “confort” ve eski Latince “confortare” olarak geçer. 17. yüzyılda fiziksel rahatlama anlamında kullanılmıştır. Konforun isim ve sıfat haliyle birlikte çeşitli anlamları mevcuttur. Literatürde konforlu, rahatlatıcı, rahatsızlık, konforlanmış ve konfor önlemleri gibi çeşitli şekilde ifade edilmektedir (Kolcaba 1991 ; Kuşuoğlu ve Karabacak 2008). Konfor kavramı bireye özgü, karmaşık ve bütüncül bir kavram olup temel insan ihtiyacı olarak nitelendirilir (Kolcaba ve Kolcaba 1991 ; Kolcaba 2003; Schuiling 2013). Aynı zamanda rahatlama ve ergonomi kavramları ile de bağlantılıdır (Arslan ve Konuk Şener 2009)

Konfor; ferahlama, rahatlama ve üstünlük düzeylerine ulaşmak için temel insan ihtiyaçlarının karşılanması durumudur. Burada ferahlama hastanın özel bir ihtiyacının karşılanması durumunu, rahatlama sakinliği ve üstünlük ise problemlerin veya ağrının üstesinden gelme durumunu ifade eder (Kolcaba 1991; Çınar Yücel 2011; Karabacak ve Acaroğlu 2011).

2.4.2. Konfor Kuramı

Kuramlar ve modeller meslekî disiplinlerin gelişmesini sağlar. Ayrıca sağlık bakımı uygulamalarında kullanılarak bireylere verilen sağlık hizmeti kalitesini de artırır (Karabacak ve Acaroğlu 2011; Alligood 2014 p. 8). Konfor kavramı, Florence Nightingale başta olmak üzere Orlando, Paterson, Henderson ve Zderad gibi kuramcılarının araştırmalarında yer almaktadır. 1988 yılından bu yana Katharine Kolcaba konfor kavramı ile ilgili çeşitli araştırmalar yürütmüş; bu kavramı alt boyutları ve düzeyleri ile ortaya koyarak “Konfor Kuramı” nı geliştirmiştir (Kolcaba 1994; Kolcaba 2001; Kolcaba 2003). Konfor Kuramı, hemşirelik kuramı olarak geliştirilse de ebelik alanında da önemli bir yere sahiptir (Schuiling ve Sampselle 1999; Schuiling 2013). Ebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonu süreçlerde konfor önlemleri alması temel ebelik yeterlilikleri arasında yer almaktadır (ICM 2013).

Kolcaba, konforun kavramsal çerçevesini ortaya koyduğu ve ardından taksonomik yapısını açıkladığı araştırmaları yayınlanmış (Kolcaba ve Kolcaba 1991;

Kolcaba 1991) ve ardından 1994 yılında orta düzey Konfor Kuramı'nı geliştirmiştir. Konfor Kuramı'nın önerileri şu şekilde sıralanır (Kolcaba 2001):

- Hemşireler var olan destek sistemleri tarafından karşılanamayan konfor ihtiyaçlarını tanımlar.

- Hemşireler bu ihtiyaçlara yönelik girişimleri planlar.

- Aradaki değişkenler, girişimlerin tasarlanmasında dikkate alınır ve acil olarak karşılıklı makul bir anlaşma (geliştirilmiş konfor) sağlanır.

- Geliştirilen konfor başarılı olursa hastalar sağlık arama davranışlarına uyum sağlamada güçlenirler.

- Konforu arttıran girişimler sonucu hastalar sağlık arama davranışlarına uyum sağlamada güçlenince, hemşireler ve hastalar sağlık bakımından daha çok memnun kalır.

- Hastalar spesifik bir kurumda sağlık bakımından memnun kalırsa, bu kurum bütünlüğünü korur; kurumsal bütünlüğün normatif ve tanımlayıcı bir bileşeni vardır.

Konfor Kuramı'nı destekleyen varsayımlar ise aşağıdaki şekildedir (Kolcaba 2001):

- İnsanlar karmaşık uyaranlara karşı holistik yanıtlar verir.

- Konfor hemşirelik disiplinde bakımın beklenen holistik bir sonucudur.

- İnsanlar, temel konfor ihtiyaçlarını karşılamaya ya da karşılamaya çalışır ve bu aktif bir çabadır.

- Kurumsal bütünlüğün normatif ve tanımlayıcı bir bileşeni vardır ve bu hasta odaklı bir değer sistemine dayanır.

2.4.3. Konfor Kuramının Düzeyleri ve Boyutları

Kolcaba konforun kavramsal çerçevesini oluşturduktan sonra üç düzeyini ve dört boyutunu ortaya koyarak konfor kavramının taksonomik yapısını oluşturmuştur. Bu yapıyı öncelikle iki aşamada incelemiştir. İlk aşamada konfor; ferahlama, rahatlama ve üstünlük olmak üzere üç düzeyi ile ele alınır. İkinci aşama ise holizm ile ilişkilidir ve bu aşamada konforun boyutları ele alınır. Bu boyutlar ise fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve

çevresel boyut olmak üzere dört gruba ayrılır (Kolcaba 1994). İnsanın temel gereksinimlerini ele alan konfor düzeyleri aşağıda açıklanmaktadır;

Ferahlama (Relief): Bireyin özel bir ihtiyacının karşılanması sonucu hissettiği durumdur. Aynı zamanda bireyin eski fonksiyonlarını yerine getirebilmesi veya huzurlu bir ölüm için gereklidir. Ferahlama düzeyi Orlando'nun araştırmasından sentezlenmiştir. (Kolcaba 1991; Kolcaba 1994; Kolcaba 2001; Karabacak ve Acaroğlu 2011).

Rahatlama (Ease): Sakinlik, hoşnutluk ve memnuniyet durumudur. Ferahlama düzeyi aynı zamanda çevre ile insan uyumunu kapsayan ergonomi disiplini ile ilişkilidir. Bu düzeyde konfor sadece rahatsızlığa yol açan faktörlerin olmaması değil, pozitif bir durumu ifade eder. Konforun ölçülmesinin temelini oluşturur. (Kolcaba 1991; Kolcaba 1994; Karabacak ve Acaroğlu 2011)

Üstünlük (Transcendence): Bu düzey Paterson ve Zderad'ın araştırmalarından sentezlenmiştir. Yenilenme olarak adlandırılır. Sorunların ve ağrıların üstesinden gelme olarak ifade edilir. Üstünlük düzeyini diğer düzeylerden ayıran en önemli özelliği bireyin potansiyelinin ve gösterdiği performansın vurgulanmasıdır (Kolcaba 1994; Kolcaba 2001). Holizm kavramı çerçevesinde açıklanan Konfor Kuramının boyutları dört grupta incelenir;

Fiziksel konfor: Bedensel hislerle ve homeostatik mekanizmalarla ilgilidir. Bireyin bütün fizyolojik ve homeostatik boyutlarıyla tanılanır. Tıbbi tanılarla ilişkili konular, ağrı/konfor yönetimi, algılanan veya potansiyel diğer rahatsızlıklar ve duyuşsal ihtiyaçlar bu boyut içerisinde yer alır (Kolcaba 2003; Çınar Yücel 2011)

Psikospiritüel konfor: Benliğin mental, emosyonel ve spiritüel bileşenlerinin kombinasyonudur. Benlik saygısı, kendinin farkında olma, kimlik, cinsellik ve bireyin hayatındaki anlam bu boyutu ifade eder. Ameliyat öncesi dönemde psikospiritüel konforu azaltan en önemli faktör kaygıdır (Kolcaba 2003; Kolcaba Tilton ve Drouin 2006; Ünülü 2014).

Çevresel konfor: Bireyin deneyimlerinin dış arka planını oluşturur. Bu arka plan ısı, ışık, ses, koku, renk, mobilya ve manzara gibi özellikleri kapsar. Günümüzde çevresel konfor bireyin bilişsel ve fiziksel fonksiyonlarını yükseltir (Kolcaba 1991; Kolcaba 2003).

Sosyokültürel konfor: Kişilerarası, aile ve sosyal ilişkileri içerir. Sosyal ilişkiler içinde finans, eğitim ve destek yer alır. Sosyal konforu sağlamak için bireyin hastanedeyken kendini evde gibi hissetmesi sağlanır. Kültürel faktörler sosyal konfora sonradan eklenmiştir. Kültürel faktörler; aile öyküsünü, gelenekleri, dili, kıyafetleri ve alışkanlıkları kapsar (Kolcaba 2003).

2.4.4. Sezaryen Öncesi Süreçte Konfor

Konfor verilen bakımın bir sonucu olarak nitelendirilir (Kolcaba 1991). Konfor kavramı ameliyat öncesi süreçte önemli bir yere sahiptir. Bu dönemde konforun en üst düzeyde tutulması anestezi ve cerrahi olumlu yönden etkiler.

Webster sözlüğüne göre Eski İngilizce’de ebe “mid wif” şeklinde geçmekte olup “with wife/woman” anlamına gelmektedir. Yani ebe kadın ile birlikte olan ve onu destekleyen kişi anlamına gelir (Hunter 2002). Ebe normal doğum öncesi bakımda olduğu gibi sezaryen öncesi bakımda da önemli rol oynar. Ebe doğum ve doğum öncesi süreçte kadının konforunu ve mahremiyetini en üst düzeyde tutmalıdır (Hoop-Bender ve ark. 2016). Sezaryen öncesi süreçte ebe, kadının konfor gereksinimlerini ve konforu engelleyen faktörleri tespit etmelidir. Ardından uygun girişimleri planlayarak konfor düzeyini yükseltmeye yönelik ebelik bakımı vermelidir. Elektif sezaryen öncesi kadınların konfor düzeyini düşüren durumlar genellikle üriner kateter uygulanması, operasyonun gecikmesi durumunda bekleme süresinin artması, aile ve üyelerinden uzak kalması şeklinde ifade edilebilir. Sezaryen öncesi dönemde kadınların konfor gereksinimleri Kolcaba’nın taksonomisine göre değerlendirilmesi Tablo 2.7’de yer alır.

Tablo 2-7: Sezaryen öncesi konfor gereksinimlerinin konforun taksonomik yapısında örneklendirilmesi

Boyut \ Düzey	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
Fiziksel	Susuzluk	Buz parçası yalaması veya birkaç yudum su içmesi	Bireyin “Susuzlukla baş edebiliyorum” şeklinde ifade etmesi
Psikospiritüel	Kaygı	Üriner kateter ve anestezi türü	Spiritüel desteğe ihtiyaç duyma
Çevresel	Gürültü	Tek kişilik oda ve mahremiyet	Sakinlik ihtiyacı
Sosyokültürel	Kültürel hassasiyet olmayan bakım	Eşin ve çocukların yokluğu	Aile desteğine ihtiyaç duyması

NOT: Sezaryen öncesi kadınlarda sık görülen konfor gereksinimleri ele alındı.

2.5. Kaygı

2.5.1. Kaygı Kavramı

Türk Dil Kurumu (TDK) kaygıyı; üzüntü, endişe duyulan düşünce ve tasa olarak açıklamaktadır. Literatürde anksiyete (anxiety) olarak da geçmekte olup “sıkıca bastırmak, boğazını sıkıkmak, sıkıntı ve tasa” anlamına gelen Hint-Germen kökenli “angh” sözcüğünden türemiştir (Barlow 2004 p. 7). Kaygı, bireyin tehdit olarak algıladığı ve nedeni belli olmayan bir duruma karşı içsel olarak geliştirdiği bir tepkidir (Özer 2006 p. 3-4). Freud kaygıyı “temel bir fenomen ve nevrozun merkezi sorunu” olarak ifade eder ve “tehlikeye karşı psişik bir tepki” olarak görür (Barlow 2004 p. 10; Spielberger ve Reheiser 2009).

Kaygı, bireyin kendini güvensiz hissettiği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir tepki olup evrensel bir duygu olarak tanımlanır (Towsend 2015 p. 17-18). Kaygının temelinde güvensizlik ve belirsizlik yatar. Korku, kaygı kavramı ile ilişkili bir kavramdır. Ancak korkuyu kaygıdan ayıran bazı özellikler mevcuttur. Korkunun kaynağı belirli iken; kaygının kaynağı belirsizdir. Ayrıca korku akut ve kısa süreli iken, kaygı kronik ve uzun süreli olabilmektedir (Öz 2004 p. 157)

Kaygının özellikleri;

- Evrenseldir.
- Psikospiritüel konfor düzeyini düşürür.
- Rahatsızlık, huzursuzluk ve gerilime yol açan bir histir.
- Otonom sinir sisteminin aktif hale gelmesiyle kaygının fizyolojik belirtileri ortaya çıkar.
- Bilinmeyene olan korku olarak ifade edilebilir.
- Üzüntü, kızgınlık, utanç, suçluluk ve heyecanlanma gibi birden fazla duyguyu içerir (Barlow 2004 pp. 41-42; Öz 2004 p. 164).

2.5.2. Sezaryen Öncesi Süreçte Kaygı

Cerrahi operasyon birey tarafından sağlığını tehdit eden bir unsur olarak algılanır. Bireyin sağlığını tehdit eden herhangi bir durumla karşılaşması durumunda vereceği en doğal tepkidir ve tüm organizmayı kapsar (Aksoy 2012 p. 271). Gebelik sürecinde zaten annenin kaygı hissetmesi söz konusudur (Gunay ve Gul 2015).

Sezaryen ise annenin bebeği ve kendisi ile ilgili kaygılarını arttıran bir durumdur (Hepp ve ark. 2016).

Sezaryen öncesi kaygının hazırlayıcı faktörleri arasında;

- Planlı cerrahinin gecikmesi ve bekleme sürecinin uzaması
- Hangi anesteziyi alacağını bilmemesi
- Bebeğin sağlığından endişe duyması
- Sezaryen sonrası ağrının şiddetinden endişe duyması
- Sezaryen sırasında uyanık olmaktan endişe duyması

•Ailesinden ve çocuklarından uzak olması gibi çeşitli faktörler yer alır (Blüml ve ark. 2012).

Ameliyat öncesi kaygı cerrahiye, anesteziyi ve ameliyat sonrası iyileşmeyi olumsuz olarak etkilemektedir (Pritchard 2009; Turhan ve ark. 2012). Ameliyat öncesi kaygısı çok olan bireylerin daha çok ameliyat sonrası ağrı yaşadığı bildirilmektedir (Powell ve ark. 2016). Wilson ve Kolcaba (2004) cerrahiye ilişkin kaygının psikospiritüel konforu azalttığını bildirmişlerdir.

2.5.3. Kaygı Çeşitleri

Spielberger kaygıyı durumluk (state) ve sürekli (trait) olmak üzere ikiye ayırmıştır;

2.5.3.1. Durumluk Kaygı

Bireyin içinde bulunduğu mevcut duruma özgü hissettiği kaygıdır. Fiziksel değişiklikler, gerginlik, kalp atım hızının yükselmesi gibi belirtiler görülür. Kaygıya neden olan faktörler ortadan kalkınca bireyin durumluk kaygı düzeyi azalır (Yiğit ve ark. 2011).

2.5.3.2. Sürekli Kaygı

Hayatın her dönemini kapsayan ve bireyin genel olarak hissettiği kaygıdır. İçsel kökenli bir kaygıdır (Öz 2004). Bireyin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılamaya olan yakınlığıdır (Yiğit ve ark. 2011). Sürekli kaygıda gösterilen tepkiler bireysel farklılıklar içerir (Wetsch 2009).

2.5.4. Kaygı Düzeyleri

Birey kaygıyı farklı düzeylerde yaşar. Peplau'ya göre kaygının hafif, orta, şiddetli ve panik olmak üzere dört düzeyi vardır (Towsend 2015 pp. 17-18).

Hafif kaygı durumunda bireyde çok az gerilim vardır. Hafif düzeyde kaygı duyuları keskinleştirir ve üretkenlik açısından bireyin motivasyonunu artırır (Towsend, 2015 pp. 17-18). Algılama ve öğrenme düzeyi en üst seviyededir. Sıkıntı, gerginlik, huzursuzluk, korku ve baş ağrısı görülebilir (Öz 2004 pp. 164-165; Hotun Şahin 2015 p. 52)

Orta düzey kaygıda birey daha dikkatli ve gergindir. Çevresel ayrıntıların ve olayların daha az farkındadır. Sorun çözmede desteğe ihtiyaç duyabilir. Belirtileri kas sisteminde gerginlik ve yorgunluk şeklindedir (Towsend 2015 pp. 17-18).

Şiddetli kaygıda birey ayrıntılara odaklandığından dolayı algılama düzeyi belirgin şekilde azalmıştır (Öz 2004 p. 165). Dikkat süresi çok sınırlıdır. Birey bu durumda sorun çözmek için dikkatini toplayamaz. Profesyonel bir yardım gerektirir. Fiziksel belirtiler (baş ağrısı, çarpıntı, uykusuzluk vb.) ve emosyonel belirtiler (kafa karışıklığı, korku, dehşet vb.) görülebilir (Towsend 2015 pp. 17-18).

Panik, kaygının en yoğun halidir. Bireyin algılama alanı tamamen parçalanmıştır. Birey ayrıntılarla ilgilenir ancak olaylar arasında bağlantı kurmayı başaramaz. Yanlış anlama sık karşılaşılan bir durumdur. Gerçeklikle bağlantının kaybedilmesi söz konusudur. Panik kaygı; daha çok dehşet duygusu ile ilgilidir. Yaşamı tehdit eden bir hastalığa sahip olduklarına inanma ya da "delirmiş olma" korkusu, kontrolü kaybediyor olma ya da duygusal zayıflıktan korkma durumları görülebilir. Uzun süreli panik kaygı fiziksel ve emosyonel problemlere yol açabilir (Towsend 2015 pp. 17-18).

2.5.5. Kaygının Etkileri

Kaygı bireyler üzerinde farklı etkilere neden olur (Öz 2004 pp. 166-167);

Kaygının fizyolojik etkileri: Sempatik sinir sisteminin aktif hale gelmesiyle birlikte kalp atım hızının ve solunum sayısının artması, kan basıncının yükselmesi ve kan glukoz düzeyinin yükselmesi söz konusudur. Pupillalarda dilatasyon görülür. Gastrointestinal ve genitoüriner sistem hızı yavaşlar. Bunun sonucunda kusma, iştah kaybı, diyare, konstipasyon ve ağız kuruluğu gelişir (Öz 2004 p. 166)

Kaygının algısal etkileri: Hafif düzey kaygı dışında kaygı yükseldikçe algılama düzeyi azalır (Öz 2004 p. 166).

Kaygının psikolojik etkileri: Huzursuzluk, yoğunlaşmama ve aşırı duyarlılık gibi sorunlara yol açar (Öz 2004 p. 167).

Kaygının bilişsel düzeye etkileri: Kaygı düzeyi yükseldiğinde bireyin okuma, anlama, öğrenme ve problem çözme yeteneği olumsuz etkilenir (Öz 2004 p. 167).

2.6. Bebeğin Fiziksel Değerlendirmesi

Sezaryen sonrası bebeğin öncelikle temel bakımı yapılır. Bu bakım kapsamında ilk olarak bebeğin solunumu ve dolaşımı değerlendirilerek canlandırma ihtiyacının olup olmadığı belirlenir. Ardından eğer canlandırma gerekli değilse rutin bakıma geçilir. Rutin bakım içerisinde bebeğin havayolu açıklığı sağlanır. Radyant ısıtıcılı yatağa alma, kurulama ve ıslak olan havluları/örtüleri uzaklaştırma gibi vücut ısısını korumaya yönelik girişimler uygulanır. Bu süreçte bebeğin 1. ve 5. dakikadaki APGAR skoru değerlendirilir. APGAR skoru, bebeğin durumunu belirleyen objektif bir değerlendirme yöntemidir. Yeni doğmuş bebeğin doğumdan hemen sonraki durumunu gösterir. Bebeğin fizik muayenesi ve bakımı yapılır. K vitamini ve Hepatit-B aşılı uygulanır. Ardından bebeğin boyunun, kilosunun ve baş çevresinin ölçülmesi ile fiziksel değerlendirilmesi gerçekleştirilir. Normal bir yenidoğanın fizyolojik özelliklerine bakıldığında vücut ağırlığı 2500-4000 gr; boyu ortalama 48-52 cm ve baş çevresi 33-37 cm'dir (THSK 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma sezaryen öncesi annenin açlık süreleri ile birlikte konfor ve kaygı düzeyini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırma olarak gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Soruları

- 1) Sezaryen öncesi açlık süresi kadının konfor düzeyini etkiler mi?
- 2) Sezaryen öncesi açlık süresi kadının kaygı düzeyini etkiler mi?
- 3) Kadının kaygı düzeyi konfor düzeyini etkiler mi?

3.3. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmada tanımlanan bağımlı değişkenler; açlık, susuzluk, ağız kuruluğu ve baş ağrısı VAS puanları, kaygı ve konfor düzeyleridir.

Araştırmada tanımlanan bağımsız değişkenler ise; bireysel ve doğurganlık ile ilgili özellikleridir.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul Avrupa yakasında bulunan Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde Mayıs – Ağustos 2016 arasında yapıldı.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul'da Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde elektif sezaryen operasyonu geçirecek gebeler oluşturdu. Hastanede yıllık canlı doğum sayısı 3562'dir. Kurumdaki 2015 yılı verileri incelendiğinde; toplam sezaryen doğum sayısı 1362 iken primer sezaryen sayısı 361 ve mükerrer sezaryen sayısı 1001 olarak belirlendi. Sezaryen şekli, hastane kayıtlarında primer ve mükerrer olmak üzere iki gruba ayrıldığından elektif sezaryen sayısı ile ilgili bilgi mevcut değildi. Bu nedenle örneklem hesabı için güç (power) analizi yapıldı. On sekiz gebede yapılan pilot araştırmada alfa=0,05, beta=0,20 alındığında örneklem 108 kişi olarak belirlendi. Olası kayıplar düşünülerek araştırmaya 114 gebe dahil edildi. Bir gebeye intravenöz mayi (%5 dekstrozlu laktatlı ringer) verilmesi ve üç gebenin de veri toplama esnasında ameliyathane sırasına göre acilen sezaryene alınması nedeniyle verileri eksik

kaldığından, toplam dört gebe araştırmaya dahil edilmedi ve araştırma 110 gebe ile tamamlandı.

Örnekleme seçiminde; literatür doğrultusunda (Crenshaw ve Winslow 2006; Aydın ve ark. 2014; Maheswari ve Ismail 2015) araştırma kapsamına alınacak gebelerde;

- Elektif sezaryen doğum olması,
- Psikiyatrik bir hastalığının bulunmaması,
- İletişim kurmayı engelleyen herhangi bir sorununun bulunmaması
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması gerekmektedir.

Araştırma dışında tutulma ölçütleri ise;

- Acil sezaryene alınması,
- Kronik bir hastalığının olması,
- Sezaryen öncesi intravenöz mayi almış olması,
- Gestasyonel diyabet veya diabetes mellitus öyküsü olması,
- Gebeliğe bağlı hipertansiyon veya preeklampsi/eklempsi öyküsünün bulunmasıdır.

3.6. Verilerin Toplanması

3.6.1. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında;

- Gebe Bilgi Formu
- Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri
- Genel Konfor Ölçeği kullanıldı.

Gebe Bilgi Formu (EK.1)

Verilerin toplanmasında kullanılan bilgi formu literatür taraması sonucu oluşturuldu (Crenshaw ve Winslow 2006 ; Aydın ve ark. 2014; Maheswari ve Ismail 2015). Formda gebenin yaşı, boyu, kilosu, doğurganlık öyküsü, mevcut gebelik öyküsü, hastalık öyküsü, eğitim durumu ve sigara kullanma durumu, ayrıca cerrahi operasyon öyküsü, mevcut sezaryen endikasyonu, anestezi türü, açlık süresi ve kan şekeri düzeyi gibi parametreler yer aldı.

Visual Analogue Scale (VAS), sezaryen öncesi açlık, susuzluk, ağız kuruluğu ve baş ağrısını değerlendirmek için kullanıldı. VAS sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılır. Skala 0'dan 10 cm'ye kadar yatay bir çizginin iki ucuna değerlendirilecek parametrenin iki uç tanımı yazılır ve hastadan bu çizgi üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu işaretlemesi istenir. Test çok uzun süreden beri kendini kanıtlamış ve tüm dünya literatüründe kabul görmüş, güvenli ve kolay uygulanabilir bir testtir (Wewers ve Lowe, 1990).

Bebeğe ait veriler; boyu, kilosu ve baş çevresi bu formda yer alır. APGAR skorlama sistemi Tablo 3.1'de verildi.

Tablo 3-1: Apgar skorlama sistemi

Bulgu	0	1	2	1. Dk	5. Dk
Renk	Mor ya da soluk	Akrosiyanoz	Tümüyle Pembe		
Kalp atım hızı	Yok	<100/dk	>100/dk		
Refleks iritabilite	Yanıt yok	Yüz buruşturma	Ağlama		
Kas tonusu	Gevşek	Hafif fleksiyon	Aktif hareket		
Solunum	Yok	Zayıf ağlama, hipoventilasyon	İyi, ağlama		
T O P L A M					

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri/State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (EK.2)

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Spielberger ve ark. tarafından (1970) geliştirilmiştir. Öner ve Le Compte tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik araştırması yapılmıştır (1985). Envanter durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçen ve her biri 20 sorudan oluşan iki bölümden oluşmaktadır. Bu bölümler durumluk kaygı ve sürekli kaygı olmak üzere ikiye ayrılır. Durumluk kaygı bireyin belli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini belirler. Sürekli Kaygı Ölçeği, bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, genellikle kendini nasıl hissettiğini ifade eder.

Durumluk Kaygı Ölçeğinin yanıtlanmasında ; maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre “hiç”, “biraz”, “çok” ve “tamamıyla” ifadelerinden birinin seçilmesi, Sürekli Kaygı Ölçeğinin yanıtlanmasında ise maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların sıklık derecesine göre “hemen hiçbir zaman”, “bazen”, “çok zaman” ve “ hemen her zaman” ifadelerinden birinin seçilmesi istenir.

Maddelerin derecelendirmesi 4’lü likert tipinde, her bir alt ölçekten elde edilen toplam puan 20 ile 80 arasında değişmektedir. Ölçekten elde edilen, 20-39 puanın “hafif”, 40-59 puanın “orta derecede” 60-79 puanın “ağır kaygı”, 80 puanın ise “panik” olarak değerlendirildiği belirtilir (Öner ve Le Compte 1985).

Genel Konfor Ölçeği (EK.3)

Kolcaba konforun kuramsal bileşenlerini ve taksonomisini geliştirdikten sonra taksonomik yapıyı test etmek için Genel Konfor Ölçeği (General Comfort Questionary-GCQ)’ni geliştirme çalışmalarına başladı ve 1992 yılında yayınladı. Kuşuoğlu ve Karabacak (2008) tarafından Türkçeye uyarlanmış olup geçerlilik ve güvenilirlik araştırması yapıldı. Konfor gereksinimlerinin belirlenmesini sağlamak ve konfor sağlayan girişimlerin etkinliğini ölçmek için kullanılmaktadır. Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) 48 maddeden oluşur ve dörtlü likert tipindedir (Kolcaba 2003). Ölçekte 24 pozitif, 24 negatif soru yer almaktadır (Tablo 3.2).

Tablo 3-2: Genel Konfor Ölçeği'nde konforun taksonomik yapısı

Boyut \ Düzey	Ferahlama		Rahatlama		Üstünlük		(Kaynak)
Fiziksel	14- 48-	19- 25-	1+ 20-	36+ 28-	15+ 5-	29+ 6-	(Kolcaba, 2003)
Psikospiritüel	44+ 22-	46+ 40-	2+ 38+	7+ 24-	31+ 41-	9+ 17+ 45-	
Çevresel	3+ 12-	27+ 34-	3+ 12-	27+ 34-	30+ 18-	33+ 21- 35-	
Sosyokültürel	37+ 13-	8- 26-	4+ 43+	23+ 39-	10+ 16+		

Ölçekte pozitif ve negatif ifadeler karışık verilmiştir. Pozitif ifadelerde yüksek puan (4) yüksek konfora, düşük puan (1) düşük konfora işaret eder. Ölçeğin değerlendirilmesinde, elde edilen negatif puanlar ters kodlanarak pozitif maddelerle toplanır. Elde edilen toplam puan ölçek maddelerinin sayısına bölünerek ortalama değer saptanır ve sonuç 1-4 dağılımında belirtilir. Böylece düşük konfor bir puan, yüksek konfor dört puan olan bir aralıkta ifade edilir. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 192, en düşük toplam puan ise 48'dir. GKÖ'nün Cronbach's alfa katsayısı 0,85 olarak bulunmuş olup ölçeğin güvenilirliği yüksektir (Kuğuoğlu ve Karabacak 2008).

3.6.2. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırmada sezaryen ve jinekolojik operasyon geçirecek kadınların yer aldığı listeden, yalnızca sezaryen uygulanacak kadınlar belirlendi. Araştırmanın yapıldığı kurumda gebeler sezaryen öncesi 27 yataklı, ameliyathanenin yakınında bulunan bir servise kabul edilmektedir. Araştırmacı kendini tanıttıktan sonra araştırmayı ve amacını açıkladı, katılmaya gönüllü olan kadınlar Gönüllü Olur Formu'nu (EK.4) imzaladı. Daha sonra yüz yüze görüşme tekniği ile Gebe Bilgi Formu araştırmacı tarafından dolduruldu. Durumluk Kaygı Ölçeği, Sürekli Kaygı Ölçeği ve Genel Konfor Ölçeği uygulananarak veriler elde edildi. Durumluk-sürekli kaygı düzeyini ve konfor düzeyini etkilememesi için periferik kan şekeri düzeyi en son aşamada değerlendirildi. Bebeğe ait veriler ise doğum sonrasında anneye ait dosyadan kaydedildi.

3.7. Araştırma Sonuçlarının İstatistiksel Analizi

Araştırmada yer alan yaş, beden kitle indeksi, toplam katı/sıvı gıda açlık süresi gibi sürekli değişkenlerin dağılımı Shapiro Wilk testi ile incelendi. Veriler sayı, yüzde, ortalama \pm standart sapma, ortanca ve minimum-maksimum ile ifade edildi. Gruplar arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis varyans analizi ile değerlendirildi.

Toplam katı/sıvı gıda açlık süreleri ile VAS, STAI ve GKÖ puanları arasındaki ilişkiler incelenirken değişkenlerin dağılımına bağlı olarak Pearson korelasyon katsayısı (r) veya Spearman rho katsayısı hesaplandı. Korelasyon katsayıları 0,00-0,25=çok zayıf, 0,26-0,49=zayıf, 0,50-0,69=orta, 0,70-0,89=yüksek ve 0,90-1,00=çok yüksek ilişki olarak değerlendirildi. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi (Coşansu 2014 pp. 235-279). İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı, grafik çizimi için Microsoft Office Excel 2016 kullanıldı.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma süresince Helsinki Bildirgesi'ne sadık kalındı. Örneklemeye alınan gebelere araştırmanın amacı açıklandı. Araştırmaya katılma konusunda özgür oldukları belirtildi. Araştırma sonuçlarının kimlik bilgileri gizli tutularak yayınlanabileceği anlatıldı ve bilgilendirilmiş olur alındı.

Araştırmanın yürütülmesi için Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan ve Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nden (EK.7) yazılı izin alındı.

3.9. Araştırma Süresince Karşılaşılan Olumlu ve Olumsuz Durumlar

3.9.1. Olumlu Durumlar

- Araştırmanın yapıldığı servisin ekibi ile uyum içerisinde çalışıldı.
- Serviste çalışan ebe ve hemşirelerin sezaryene girecek liste sıralaması ile ilgili araştırmacıyla bilgi paylaşımları veri toplama sürecini kolaylaştırdı.
- Kadınlar sezaryen öncesi süreçte kendisiyle yüz yüze görüşme yapıldığından dolayı veri toplama sırasında veya sonrasında kendilerini çok iyi hissettiklerini ifade ettiler.

- Araştırma için teşekkür eden gebeler oldu.

3.9.2. Olumsuz Durumlar

- Ameliyathanede bebeğin umbilikal kord kan şekeri düzeyinin değerlendirilmesi planlandı. Ancak ameliyathane koşullarından dolayı yapılamadı.
- Doktorların yoğun programları nedeniyle ameliyathane listesindeki sıralama değişikliğe uğradı. Bazı gebeler beklenenden erken sezaryene alınırken bazı gebelerin bekleme süresi çok uzadı. Ameliyathaneye erken çağrılan gebeler verileri eksik kaldığı için araştırma dışı bırakıldı.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma bir kadın-doğum ve çocuk hastalıkları hastanesinde elektif sezaryen operasyonu geçirecek kadınlarla gerçekteştirildi. Bu yüzden araştırma sadece araştırmanın yapıldığı kuruma hastaneye genellenebilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde sezaryen öncesi gebenin açlık süresinin, konfor ve kaygı düzeyinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular dört ana başlık altında toplandı.

- 1.Gebelerin bireysel özellikleri
- 2.Gebelerin açlık süresi ile ilgili bulgular
- 3.Gebelerin konfor ve kaygı düzeyi ile ilgili bulgular
- 4.Bebeğe ait özellikler ile ilgili bulgular

4.1. Gebelerin Bireysel Özellikleri İle İlgili Bulgular

Araştırma kapsamına alınan 110 gebenin yaşları 19 ile 43 arasında değişmekte olup yaş ortalaması $29,15 \pm 4,54$ ve beden kitle indeksi ortalaması $30,49 \pm 4,57 \text{ kg/m}^2$ olarak belirlendi. Gebelerin %44,5'i (n=49) ilkokul mezunu, %27,5'i (n=30) ortaokul mezunu ve %17,4'ü (n=19) lise mezunudur. Gebelerin %9,1'inin (n=10) sigara kullandığı belirlendi (Tablo 4.1).

Tablo 4-1: Gebelerin bireysel özellikleri (N=110)

Özellikler	n	%
Yaş	Ort±SS 29,15±4,54	Ortanca (Min – Maks) 29,0 (19 – 43)
Kilo (kg)	78,9±11,9	77,5 (54 – 119)
Boy (m)	1,61±0,06	1,60 (1,49 – 1,85)
BKI (kg/m²)	30,49±4,57	30,45 (21,44 – 44,00)
Eğitim durumu n %		
Okur-yazar değil	5	4,5
Okur-yazar	6	5,5
İlkokul	49	44,5
Ortaokul	30	27,3
Lise	19	17,3
Üniversite ve üstü	1	0,9
Sigara kullanım durumu		
Evet	10	9,1
Hayır	100	90,9

Katılımcıların ortalama gebelik sayısı ortalama $2.7 \pm 0,91$ (Min=2, Maks=7) olarak saptandı. Gebelerin %59,1'inin (n=66) bir çocuğa sahip olduğu, %80,9'unun (n=89) hiç düşük yapmadığı belirlendi. Sezaryen endikasyonlarına bakıldığında gebelerin %99,1'inin (n=109) mükerrer sezaryen endikasyonu olduğu belirlendi (Tablo 4.2).

Tablo 4-2: Gebelerin doğurganlık ile ilgili özellikleri (N=110)

Özellikler	n	%
Gebelik sayısı (Ort±SS) $2,78 \pm 0,91$		
2	50	45,5
3	42	38,2
4	13	11,8
5 ve üzeri	5	4,5
Yaşayan çocuk sayısı		
1	65	59,1
2	37	33,6
3	6	5,5
4	2	1,8
Düşük Sayısı		
0	89	80,9
1	17	15,5
2	3	2,7
3	1	0,9
Küretaj		
Var	8	7,3
Yok	102	92,7
Sezaryen Endikasyonu		
Primer Sezaryen*	1	0,9
Mükerrer Sezaryen	109	99,1

*Makat prezantasyon

Araştırmada gebelerin birinde tiroid, birinde ise alt ekstremitelerde varis olduğu (%1,8), 23 (%20,9) gebeye daha önce cerrahi işlem uygulandığı belirlendi. En fazla uygulanan cerrahi işlem %5,4 (n=6) batın ve %4,5 (n=5) estetik cerrahisiydi (Tablo 4.3).

Tablo 4-3: Gebelerin özgeçmiş ile ilgili özellikleri (N=110)

Özellikler	n	%
Mevcut hastalık durumu		
Evet *	2	1,8
Hayır	108	98,2
Daha önce cerrahi işlem uygulanma durumu		
Uygulanmadı	91	82,7
Batın cerrahisi	6	5,5
Estetik cerrahi	5	4,6
Günübirlik cerrahi	4	3,6
Tonsillektomi	3	2,7
Lomber disk hernisi	1	0,9

*Bir gebede tiroid hastalığı, bir gebede alt ekstremitelerde varis mevcuttu.

4.2. Gebelerin Açlık Süresi İle İlgili Bulgular

Araştırmada 72 gebeye (%65,5) spinal anestezi uygulandığı saptandı. ASA sınıflandırmasına göre 98 gebenin (%89,1) ASA I ve %10,9 (n=12)'unun ASA II olduğu belirlendi (Tablo 4.4)

Tablo 4-4: Anestezi ile ilgili özellikler (N=110)

Anestezi Özellikleri	n	%
Anestezi türü		
Spinal	72	65,5
Genel	38	34,5
ASA sınıflandırması		
I	98	89,1
II	12	10,9

Gebelerin %84,6'sına (n=93) doktorun aç kalma süresini belirttiği belirlendi. Bir gebeye ebe öneride bulunurken, iki gebeye aç kalma süresi konusunda bir öneride bulunulmadığı saptandı. Aç kalma nedenini bilmeyen gebelerin oranı %80 (n=88)'di. Aç kalma nedenini bilen gebelerin %7,3'ü (n=8) ameliyat sırasında bulantı-kusma olmaması, %4,6'sı (n=5) ameliyatta sorun olmaması için aç kaldıklarını belirttiler (Tablo 4.5).

Tablo 4-5: Sezaryen öncesi açlık süresiyle ilgili özellikler (N=110)

Açlık Özellikleri	n	%
Açlık süresini öneren kişi (n=108)		
Doktor	93	84,6
Anestezi uzman	12	10,9
Doktor ve anestezi uzmanı	2	1,8
Ebe	1	0,9
Öneride bulunulmayan	2	1,8
Aç kalma nedenini bilme		
Bilmeyen	88	80
Bulantı – kusmayı önlenmesi	8	7,3
Mide içeriğinin akciğerlere aspire edilmemesi	1	0,9
Ameliyatta sorun olmaması	5	4,6
Anestezinin etkili olması	4	3,6
Bağırsakların boş olması	4	3,6

Gebelerin toplam katı gıda için açlık süreleri ortalaması $13,16 \pm 2,38$ (min=8, maks=19,58) ve sıvı gıda için $10,57 \pm 2,91$ saat (min=3,25, maks=15,58) olarak saptandı (Tablo 4.6).

Tablo 4-6: Gebelerin sezaryen öncesi açlık süresi (N=110)

Açlık Süresi	Ort±SS	Min–Maks
Katı gıda	13,16±2,38	8 – 19,58
Sıvı gıda	10,57±2,91	3,25 – 15,58

Araştırmada gebelerin ameliyat öncesi vücut ısılarının ortalaması $36,52 \pm 0,31$ C⁰, dakikadaki nabız sayısının ortalama $90,50 \pm 12,90$, solunum sayısının ortalama $19,01 \pm 1,66$ olduğu hesaplandı. Gebelerin kan basıncı ölçümlerinde ise sistolik değer ortalamasının $115,10 \pm 11,08$ mmHg, diyastolik değer ortalamasının $63,75 \pm 8,41$ mmHg olduğu belirlendi. Ameliyat öncesi periferik kan şekeri düzeyinin ise ortalama $77,21 \pm 9,78$ mg/dl olduğu saptandı.

Tablo 4-7: Gebelerin sezaryen öncesi hayati belirtileri (N=110)

Fizyolojik Parametreler	Ort±SS	Min– Maks
Vücut ısı	36,52±0,31	36,00 – 37,40
Nabız	90,50±12,90	54 - 120
Solunum	19,01±1,66	16 - 24
Kan basıncı		
Sistolik	115,10±11,08	94 - 145
Diastolik	63,75±8,41	50 - 88
Kan Şekeri Düzeyi	77,21±9,78	57- 108

Sezaryen öncesi açlık, susuzluk, ağız kuruluğu ve baş ağrısı VAS ile değerlendirildi. Açlık düzeyi 20 gebede (%18,2) en yüksek düzeyde, 25 gebede ise (%22,7) beş değerinde olduğu belirlendi. On dört gebenin (%12,7) hiç açlık hissetmediği saptandı (Tablo 4.8).

Tablo 4-8: Sezaryen öncesi gebenin açlık düzeyi (N=110)

Açlık Hissi VAS değeri	n	%
0	14	12,7
1	3	2,7
2	2	1,8
3	4	3,6
4	6	5,5
5	25	22,8
6	14	12,7
7	9	8,2
8	9	8,2
9	4	3,6
10	20	18,2

Sezaryen öncesi susuzluk düzeyi 50 (%45,5) gebede en yüksek seviyedeydi. Altı gebe (%5,5) hiç susuzluk hissetmediklerini belirtti (Tablo 4.9)

Tablo 4-9: Sezaryen öncesi gebenin susuzluk düzeyi (N=110)

Susuzluk hissi VAS değeri	n	%
0	6	5,5
1	2	1,8
2	1	0,9
3	7	6,4
4	4	3,6
5	15	13,6
6	4	3,6
7	4	3,6
8	10	9,1
9	7	6,4
10	50	45,5

Sezaryen öncesi gebelerin ağız kuruluğu değerlendirildiğinde, gebelerin 39 (%35,5)'u en yüksek düzeyde ağız kuruluğu hissettiklerini belirtti. Gebelerin 19 (%17,3)'unun açlık düzeyinin 5 değerinde olduğu saptandı. On gebe (%9,1) hiç ağız kuruluğu hissetmediğini belirtti (Tablo 4.10).

Tablo 4-10: Sezaryen öncesi gebenin ağız kuruluğu düzeyi (N=110)

Ağız kuruluğu VAS değeri	n	%
0	10	9,1
1	3	2,7
2	2	1,8
3	3	2,7
4	6	5,5
5	19	17,3
6	6	5,5
7	11	10,0
8	8	7,3
9	3	2,7
10	39	35,4

Sezaryen öncesi 94 (%85,5) gebenin baş ağrısının hiç olmadığı, yalnızca üç (%2,7) gebenin en yüksek düzeyde baş ağrısı olduğu belirlendi (Tablo 4.11).

Tablo 4-11: Sezaryen öncesi gebenin baş ağrısı düzeyi (N=110)

Baş ağrısı VAS değeri	n	%
0	94	85,5
1	1	0,9
2	1	0,9
3	3	2,7
4	0	0
5	2	1,8
6	4	3,7
7	0	0
8	2	1,8
9	0	0
10	3	2,7

Sezaryen öncesi açlık hissi, susuzluk hissi, ağız kuruluğu ve baş ağrısı ortalamaları değerlendirildiğinde susuzluk hissi ortalaması $7,37 \pm 3,14$, ağız kuruluğu ortalaması ise $6,63 \pm 3,30$ olarak belirlendi. Susuzluk hissi için ortanca değer 9 olarak belirlendi (Tablo 4.12).

Tablo 4-12: Açlık hissi, susuzluk hissi, ağız kuruluğu ve baş ağrısı VAS puanları (N=110)

VAS Puanları	Ort±SS	Ortanca
Açlık hissi	$5,66 \pm 3,15$	6,0
Susuzluk hissi	$7,37 \pm 3,14$	9,0
Ağız Kuruluğu	$6,63 \pm 3,30$	7,0
Baş Ağrısı	$0,84 \pm 2,30$	0,0

4.3. Gebelerin Konfor ve Kaygı Düzeyi İle İlgili Bulgular

Cronbach alfa değeri STAI için 0,884 ve GKÖ için 0,768 olarak belirlenmiştir. Durumluk kaygı puanı $46,72 \pm 9,37$, sürekli kaygı puanı $43,65 \pm 7,95$, genel konfor puanı ise $129,82 \pm 12,66$ olarak saptandı (Tablo 4.13).

Tablo 4-13: Sezaryen öncesi gebelerin STAI ve GKÖ puanları (N=110)

	Ort±SS	Min–Maks	Ortanca
STAI Puanları			
Durumluk Kaygı	$46,72 \pm 9,37$	20 – 74	47,0
Sürekli Kaygı	$43,65 \pm 7,95$	27 – 66	42,5
GKÖ Boyutları			
Fiziksel	$30,11 \pm 5,13$	18 – 42	31,0
Psikospiritüel	$35,67 \pm 4,83$	22 – 48	35,0
Çevresel	$36,00 \pm 4,85$	23 – 48	36,0
Sosyal	$28,04 \pm 2,75$	19 – 34	28,0
GKÖ Düzeyleri			
Ferahlama	$43,25 \pm 5,12$	29 – 54	43,5
Rahatlama	$47,78 \pm 5,42$	34 – 62	48,0
Üstünlük	$38,79 \pm 5,15$	27 – 54	39,0
Toplam Puan	$129,82 \pm 12,66$	93 - 160	130
GKÖ Değerlendirme	$2,70 \pm 0,26$	1,94 – 3,33	2,71

Gebelik sayısı, anestezi şekli ve daha önce cerrahi operasyon uygulanma durumu ile gebelerin STAI ve GKÖ ölçeklerinden ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmedi ($p > 0,05$).

Toplam katı ve sıvı gıda açlık süreleri ile STAI ve VAS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (Tablo 4.14).

Tablo 4-14: Toplam katı ve sıvı gıda açlık süreleri ile STAI ve VAS puanları arasındaki ilişki (N=110)

	Katı Gıda Açlık Süresi		Sıvı Gıda Açlık Süresi	
	r	p	r	p
Durumluk Kaygı	-0,143 ^a	0,135	-0,147 ^b	0,125
Sürekli Kaygı	0,027 ^a	0,783	0,023 ^b	0,815
Açlık hissi	0,020 ^b	0,834	0,055 ^b	0,567
Susuzluk hissi	0,107 ^b	0,264	0,128 ^b	0,182
Ağız Kuruluğu	-0,060 ^b	0,536	-0,028 ^b	0,768
Baş Ağrısı	-0,087 ^b	0,367	0,057 ^b	0,552

^a Pearson korelasyon katsayısı, ^b Spearman rho korelasyon katsayısı

GKÖ'nün fiziksel, sosyal ve ferahlama puanları ile toplam katı gıda açlık süresi arasında pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki olduğu belirlendi ($r \sim 0,20$, $p < 0,05$, Tablo 4.15). Toplam katı açlık süresi ile GKÖ'nün diğer boyutları arasında ve toplam sıvı açlık süresi ile GKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (Tablo 4.15).

Tablo 4-15: Toplam katı ve sıvı gıda açlık süreleri ile GKÖ puanları arasındaki ilişki (N=110)

	Katı Gıda Açlık Süresi		Sıvı Gıda Açlık Süresi	
	r	p	r	p
GKÖ Boyutları				
Fiziksel	0,208 ^a	0,029	0,073 ^b	0,448
Psikospiritüel	0,096 ^a	0,316	0,076 ^b	0,429
Çevresel	0,034 ^a	0,724	-0,115 ^b	0,233
Sosyal	0,209 ^a	0,028	0,145 ^b	0,132
GKÖ Düzeyleri				
Ferahlama	0,212 ^a	0,026	0,02 ^b	0,829
Rahatlama	0,168 ^a	0,080	0,057 ^b	0,552
Üstünlük	0,054 ^a	0,576	-0,015 ^b	0,888
Toplam	0,179 ^a	0,061	0,035 ^b	0,713

^aPearson korelasyon katsayısı, ^b Spearman korelasyon katsayısı

Açlık VAS puanı ile durumluk kaygı puanı ($r=0,189$), GKÖ'nün ferahlama düzeyi ve GKÖ toplam puan arasında negatif yönlü çok zayıf bir ilişki olduğu belirlendi ($r\sim-0,200$, $p<0,05$). Susuzluk VAS puanı ile sürekli kaygı ($r=0,295$) arasında zayıf, GKÖ'nün psikospiritüel boyutu ve GKÖ toplam puan arasında çok zayıf negatif yönlü bir ilişki olduğu saptandı. Ağız kuruluğu VAS puanı ile sürekli kaygı puanı ($r=0,334$) arasında pozitif yönde, GKÖ'nün psikospiritüel ($r= -0,309$) ve sosyal boyutu ($r= -0,303$) arasında negatif yönde çok zayıf bir ilişki olduğu belirlendi. Ayrıca GKÖ'nün ferahlama ($r=-0,243$), rahatlama ($r=-0,238$) ve GKÖ'nün toplam puanı arasında çok zayıf negatif yönde bir ilişki belirlendi (Tablo 4.16).

Tablo 4-16: VAS ölçümleri ile STAI ve GKÖ puanları arasındaki ilişki (N=110)

	Açlık Hissi		Susuzluk Hissi		Ağız Kuruluğu		Baş Ağrısı	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Durumluk Kaygı	0,189	0,048	-0,038	0,694	0,081	0,397	0,099	0,303
Sürekli Kaygı	0,037	0,704	0,295	0,002	0,334	<0,001	-0,013	0,889
GKÖ Boyutları								
Fiziksel	-0,177	0,064	-0,168	0,079	-0,180	0,060	-0,154	0,109
Psikospiritüel	-0,130	0,177	-0,259	0,006	-0,309	0,001	-0,094	0,329
Çevresel	-0,154	0,109	0,031	0,745	0,045	0,639	-0,059	0,542
Sosyal	-0,139	0,147	-0,166	0,083	-0,302	0,001	-0,178	0,063
GKÖ Düzeyleri								
Ferahlama	-0,228	0,017	-0,133	0,165	-0,243	0,011	-0,187	0,051
Rahatlama	-0,116	0,228	-0,148	0,122	-0,238	0,012	-0,117	0,223
Üstünlük	-0,167	0,082	-0,135	0,161	-0,090	0,348	-0,077	0,422
Toplam	-0,212	0,026	-0,193	0,044	-0,237	0,013	-0,175	0,068

r=Spearman rho korelasyon katsayısı

GKÖ toplam puanı ile Durumluk kaygı puanı arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki belirlendi. Durumluk kaygı puanı ile GKÖ'nün psikospiritüel ($r=-0,615$) ve çevresel ($r=-0,522$) boyutu ile ferahlama ($r=-0,523$) ve rahatlama ($r=-0,529$) düzeyleri arasında orta seviyede negatif bir ilişki saptandı. Sürekli kaygı puanı ile GKÖ'nün psikospiritüel puanı arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu görüldü (Tablo 4.17).

Tablo 4-17: STAI puanları ile GKÖ puanları arasındaki ilişki (N=110)

	Durumluk Kaygı		Sürekli Kaygı	
	r	p	r	p
GKÖ Boyutları				
Fiziksel	-0,434	<0,001	-0,370	0,001
Psikospiritüel	-0,615	<0,001	-0,432	0,001
Çevresel	-0,522	<0,001	-0,134	0,162
Sosyal	-0,047	0,624	-0,005	0,955
GKÖ Düzeyleri				
Ferahlama	-0,523	<0,001	-0,388	0,001
Rahatlama	-0,529	<0,001	-0,298	0,002
Üstünlük	-0,449	<0,001	-0,203	0,033
Toplam	-0,621	<0,001	-0,367	0,001

r=Pearson korelasyon katsayısı

Toplam katı gıda açlık süresi ile kan şekeri düzeyi arasında ($r=-0,197$) ve 1. dakika APGAR puanı arasında ($r=-0,203$) negatif yönlü çok zayıf bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 4.18).

Tablo 4-18: Açlık süreleri ile kan şekeri düzeyi ve APGAR puanı arasındaki ilişki (N=110)

	Toplam Katı Gıda Açlık Süresi		Toplam Sıvı Gıda Açlık Süresi	
	r	p	r	p
Kan Şekeri Düzeyi	-0,197	0,040	-0,065	0,501
Apgar Puanı				
1. dk	-0,203	0,034	-0,085	0,376
5. dk	-0,010	0,917	-0,115	0,230

r=Spearman rho korelasyon katsayısı

Kan şekeri düzeyi ile sürekli kaygı puanı arasında zayıf yönde pozitif bir ilişki saptandı ($r=0,278$, $p=0,003$). Kan şekeri düzeyi ile GKÖ'nün ferahlama düzeyi arasında negatif yönde zayıf ($r=-0,324$) ve fiziksel boyutu ($r=-0,190$) arasında negatif yönde çok

zayıf bir ilişki belirlendi. Kan şekeri düzeyi ile APGAR skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (Tablo 4.19).

Tablo 4-19: Kan şekeri düzeyi ile STAI, GKÖ ve APGAR puanları arasındaki ilişki (N=110)

	Kan Şekeri Düzeyi	
	r	p
STAI		
Durumluk Kaygı	0,098	0,306
Sürekli Kaygı	0,278	0,003
GKÖ Boyutları		
Fiziksel	-0,190	0,047
Psikospiritüel	-0,117	0,225
Çevresel	-0,017	0,858
Sosyal	-0,155	0,107
GKÖ Düzeyleri		
Ferahlama	-0,324	0,001
Rahatlama	-0,099	0,202
Üstünlük	0,035	0,716
Toplam	-0,181	0,059
APGAR		
1.dk	0,094	0,330
5.dk	0,050	0,607

r=Spearman rho korelasyon katsayısı

4.4. Bebeğe Ait Özellikler İle İlgili Bulgular

Sezaryen öncesi fetüs kalp atımı ortalaması $139,27 \pm 5,01$ (min=125, maks=150) olduğu saptandı. Bebeklerin ortalama doğum ağırlığı $3328,86 \pm 380,91$ olarak belirlendi. Bebeklerin 1.dakikadaki APGAR skoru ortalama $8,17 \pm 0,44$ iken 5.dakikadaki ortalama $9,94 \pm 0,28$ olarak belirlendi (Tablo 4.20).

Tablo 4-20: Bebeğe ait özellikler (N=110)

Özellikler	Ort±SS	Min-Maks
Doğum ağırlığı	3328,86±380,91	2400 - 4780
Boy	50,17±1,64	46 - 54
Baş çevresi	34,90±1,05	32 - 37
1.dakika APGAR puanı	8,17±0,44	6 - 9
5. dakika APGAR puanı	9,94±0,28	8 - 10

5. TARTIŞMA

Sezaryen öncesi annelerin açlık süresi ile birlikte konfor ve kaygı düzeyini belirlemek amacıyla yapılan araştırmaya toplam 110 gebe alındı. Sezaryen öncesi periferik kan şekeri, anksiyete ve konfor düzeyi belirlendi. Araştırmada bulgular dört ana başlık altında ele alındı. Bunlar;

- 1.Gebelerin bireysel özellikleri ile ilgili bulguların tartışılması
- 2.Gebelerin açlık süresi ile ilgili bulguların tartışılması
- 3.Gebelerin konfor ve kaygı düzeyleri ile ilgili bulguların tartışılması
- 4.Bebeğe ait özellikler ile ilgili bulguların tartışılması

5.1. Gebelerin Bireysel Özellikleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

Bu bölümde; kadınların bireysel özellikleri, doğurganlık öyküleri, hastalık öyküleri ve sezaryen öncesi açlık özellikleri ile ilgili bulgular tartışıldı.

Bu araştırmada gebelerin yaşları 19 ile 43 arasında değişmekte olup yaş ortalaması $29,15 \pm 4,54$ yıl olarak belirlendi (Tablo 4.1). TNSA'nın 2013 yılında yayınladığı ana rapora göre doğurganlık çağındaki kadınlar arasından 15-29 yaş grubunda olanlar son beş yılda doğurganlık düşüşü gösterirken, 30 yaş ve üzerinde bir artış eğilimi vardır. En yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubunda görülmektedir (TNSA 2013; TÜİK 2015). Aslan ve ark. (2014) gebelerin sezaryen öncesi kaygı düzeylerini belirledikleri araştırmada yaş ortalamasını $28,56 \pm 15$ yıl olarak belirlemişlerdir. Elektif sezaryen öncesi kaygı düzeyine bakılan bir başka araştırmada yaş ortalaması $30,56 \pm 5,15$ yıl bulunmuştur (Hobson 2006). Crenshaw ve Winslow'un 51 kadında açlık süresini değerlendirdikleri bir araştırmada yaş ortalaması 31 ± 5 yıl bulunmuştur. Arzola ve ark.'nın (2015) yaptıkları araştırmada elektif sezaryen olacak gebelerin yaş ortalaması 35 ± 5 olarak saptanmıştır. Araştırma sonuçlarını diğer araştırma sonuçları ile karşılaştırdığımızda benzer olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin kilo ortalaması $78,9 \pm 11,9$ kg; boy ortalaması $1,6 \pm 0,1$ m ve BKİ'leri $30,49 \pm 4,57$ kg/m² olarak bulundu. Yapılan bir araştırmada gebelerin kilo ortalaması $80 \pm 17,0$ kg; boy ortalaması $163 \pm 8,0$ cm ve BKİ'leri $30 \pm 6,0$ kg/m² olarak saptanmıştır (Arzola ve ark. 2015). Gebelerde beden kitle indeksini

belirlemek için gebelik öncesi kilonun bilinmesi gerekir. Beden kitle indeksi 18,5'in altında yaklaşık 12,5-18 kg, normal ağırlıkta (BKİ=18,5-24,9) yaklaşık 11,5-16 kg ve hafif kilolu olanlarda ise (BKİ=25-29,9) 7-11,5 ve obezlerde (BKİ=30 ve üzeri) 5-9 kg alımın normal olduğu belirtilmektedir (Titapant ve ark. 2013). Yapılacak araştırmalar için konunun içeriğine göre, bu durumun göz önüne alınması ve gebelik öncesi kadının kilosunun sorgulanması gerektiği söylenebilir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin %44,5'inin ilköğretim mezunu olduğu saptandı. Sezaryen uygulanacak 100 gebe kadının kaygı düzeylerinin değerlendirildiği bir araştırmada gebelerin %47'sinin eğitim düzeyi ilköğretim olarak belirlenmiştir (Aydın ve ark. 2014). TNSA 2013 raporuna göre Türkiye'de kadınların %34,6'sının ilköğretim mezunu olup okuma-yazma oranı % 93,4'tür. Araştırmadaki bulgular literatür ile benzer niteliktedir.

Araştırmada kadınların %9,1'nin sigara kullandığı tespit edildi. Koh ve ark. (2014) araştırmalarında gebelerin sigara kullanım oranını %12,7 olarak saptamışlardır. TNSA 2008 verilerinde gebe kadınların %11'inin sigara kullandığı belirtilmektedir. Sigaranın anne ve bebek sağlığına etkileri düşünüldüğünde, bu oranın yüksek olduğu, sigarayı bırakma çabalarının önemli olduğu görülmektedir.

Türkiye için toplam doğurganlık hızı kadın başına 2,26 olarak gebelik olarak bildirilmektedir (Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013). Araştırmada ortalama gebelik sayısı 2,78 olarak belirlendi (Tablo 4.2). Gebelerin %45,5'inin ikinci gebeliğidir. Aydın ve ark.'nın (2014) yaptığı araştırmada gebelerinin %54,0'ının doğum sayısının 2 ile 3 arasında olduğu bulunmuştur. Yüz elli dört gebe ile yapılan başka bir araştırmada gebelerin % 46,7'sinin ilk gebeliği olduğu saptanmıştır (Maheswari ve Ismail 2015). Diğer bir araştırmada gebelerin gebelik sayısı ortalaması 2±1,0 olarak saptanmıştır (Arzola ve ark. 2015). Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 verilerine göre kırsal alandaki toplam doğurganlık hızının 2,73 olduğu ve doğurganlık düzeyindeki kent-kır farkının kapanmakta olduğu bildirilmektedir. Araştırmanın bulguları da bu sonucu desteklemektedir.

Araştırmada sezaryen endikasyonu neredeyse tüm gebelerde (%99,1) maternal endikasyonu kapsamında yer alan "daha önce sezaryen geçirmiş olması"ydı. Bu durumun en önemli nedenlerinden biri araştırma kapsamına sadece elektif sezaryen olacak gebelerin alınmasıdır. Ayrıca diğer bir neden Sağlık Bakanlığı'nın sezaryen

oranlarını azaltma hedefi doğrultusunda öncelikle primer sezaryen oranlarını azaltmaya yönelik araştırmalar yürütmesidir (THSK 2016).

Gebelerin %98,2'sinin herhangi bir hastalığı yoktu. Bir gebede alt ekstremitede varis, bir gebede ise tiroid olduğu görüldü (Tablo 4.3). Araştırma sonucunu etkileyebileceği düşünüldüğünden kronik hastalığı olan gebelerin örnekleme alınmaması bu sonuca katkı sağlamıştır.

5.2. Gebelerin Açlık Süresi ile İlgili Bulguların Tartışılması

Spinal anestezi genellikle L4 ve L5 arasında lomber düzeydeki subaraknoid boşluk içine lokal anestezi verilmesidir (Eldridge 2011 p. 758). Spinal anestezi, elektif cerrahi operasyonlar için sıklıkla tercih edilen bir yöntemdir. Araştırmada gebelerin %65,5'ine spinal anestezi uygulandığı ve çoğunluğunun ASA I grubunda yer aldığı belirlendi (Tablo 4.4). Crenshaw ve Winslow (2006) yaptıkları araştırmada gebelerin %86'sı ASA II grubunda, %14'ü ASA III grubunda yer almakta iken; %98'i epidural anestezi, %2'si hem epidural hem de genel anestezi almıştır. Türkiye'de gebeliğe bağlı mortalite nedenlerinin %0,07'si en sık genel anestezi sırasında başarısız entübasyon ve gastrik içeriğin aspirasyonu olmak üzere anestezi komplikasyonları sonucu oluşmaktadır (Özçam ve ark. 2014). Spinal anestezinin, bu komplikasyonları engellemesi ve anne-fetüs için güvenli olması nedeniyle daha yaygın kullanılması sevindiricidir.

Cerrahi kliniklerine hastanın ameliyattan kısa bir süre önce kabul edilmesinin ameliyat öncesi eğitim için sürenin oldukça kısalmasına neden olduğu bildirilmektedir (Aksoy ve ark. 2012). Araştırmada gebelerin %84,6'sına aç kalma konusunda bilgi aldığını ve bu bilginin çoğunluğuna doktor tarafından verildiği, iki gebeye ise bilgi verilmediği belirlendi (Tablo 4.5). Dolgun ve ark.'nın (2011) araştırmasında doktorun %40,7; hemşirenin ise %35,9 oranında hastaya ameliyat öncesinde aç kalma konusunda bilgi verdiği saptanmıştır. Sezaryenden birkaç gün önce ameliyat hazırlığında gebelerin anestezi uzmanı ile iletişime geçmeleri nedeniyle bilginin doktordan alındığı düşünölmektedir. Ancak, araştırmada gebelerin %80'i neden aç kaldığını bilmemektedir. Demirdağ ve Karaöz'ün (2015) araştırmasında hastaların %72'sinin ameliyat öncesi neden aç kaldıklarını bilmedikleri saptanmıştır. Ameliyat öncesi dönemde hasta açısından yaşamsal önemi olan bilginin hastaya ulaşmasını sağlayan bir planlama ile eğitimin gerçekleştirilmesi gerektiği bildirilmektedir (Aksoy 2012 p. 282).

Sezaryen öncesi planlanmış bir eğitimin hem gebeye hem de yenidoğana olumlu katkıları olacağı açıktır. Güncel kılavuzlara göre, obstetrik anestezi öncesi son altı saate kadar katı gıda, son iki saate kadar da berrak sıvı alımı önerilmektedir (ESA 2011; ASA 2016). Ancak günümüzde sezaryen öncesi annelere hala gecedan itibaren aç kalmalarının önerilmesi söz konusudur (Lambert ve Carey 2015). Sezaryen öncesi konforu olumsuz etkileyen açlık, susuzluk, baş ağrısı ve kaygı gibi durumların en az indirilmesi ve cerrahi sonrası iyileşmenin hızlandırılması için cerrahi öncesi beslenme ve metabolik bakım kilit noktadır (Gillis ve Carli 2015; Ljungqvist 2015).

Araştırmada gebelerin toplam katı gıda için açlık süreleri ortalaması 13,16 saat ve sıvı gıda için 10,57 saat olduğu belirlendi (Tablo 4.6). Sezaryen ve diğer cerrahi girişimlerin öncesinde açlık süresinin azaltılması ile ilgili literatürde çeşitli araştırmalar yer alsa da günümüzde NPO yaygın şekilde uygulanır (Crenshaw 2011). ASA ve ESA sezaryen öncesi annenin son iki saat ağızdan sıvı alımına izin verilmesini ve açlık süresinin uzaması durumunda anneye ağızdan sıvı almasının desteklenmesini önerir (ESA 2011; ASA 2016). Ghorashi ve arkadaşlarının (2014) yaptığı randomize-kontrollü bir araştırmada elektif sezaryen ameliyatına girecek ve gecedan itibaren aç kalan 411 gebenin yer aldığı deney grubuna, sezaryenden bir saat önce 150 ml %10 karbonhidrat içeren berrak sıvı verilmiştir. Deney ve kontrol gruplarının her ikisinde de bir kişide regurjitasyon görülmüş, aspirasyon vakası gelişmemiştir. Levy ve Webster (2004) elektif sezaryen öncesi 2340 gebeye son iki saate kadar berrak sıvı verdiklerini ve hiç aspirasyon vakasının gelişmediğini ifade eder. Robson ve ark. (2013) planlı sezaryen operasyonu öncesi açlık süresini azaltmanın üriner ozmolalite ve açlık hissi üzerindeki etkilerini incelediği araştırmasında 100 gebeyi örnekleme dahil etmiştir. Önce 50 gebeye rutin olarak önerilen NPO önerilmiş ve değerlendirmeleri yapılmıştır. Katı ve sıvı gıdalar için açlık süreleri ortalama 13,7 ve 11,3 saat olarak bulunmuştur. Açlık hissi 10 üzerinden ortalama 7,5 olarak değerlendirilmiştir ve oldukça yüksektir. Bulantı-kusma, hipovolemi, kaygı ve baş ağrısı gibi olumsuz sonuçlara yol açan açlık süresinin uzaması hipoglisemiye de yol açabilir (Gül ve ark. 2013; Demirdağ ve Karaöz 2015; Tauhid-Ul-Mulk ve ark. 2010). Ayrıca, üriner ozmolaritenin yükselmesine ve dehidratasyona neden olabilmektedir. Açlık süresinin uzaması konforun olumsuz bir şekilde etkilenmesine neden olur (Mackenzie ve ark. 2010; Bopp ve ark. 2011). Bu bulgular ışığında hala sezaryen öncesi açlık süresinin uzun olduğu ve güncel bilgiler doğrultusunda açlık süresinin kısaltılması gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmada gebelerin ameliyat öncesi vücut ısısı, nabız, solunum, kan basıncı gibi parametrelerinde herhangi bir anormal durum saptanmadı (Tablo 4.7). Ancak periferik kan şekeri değerlerinin bazı gebelerde daha düşük olduğu belirlendi ($77,21 \pm 9,78$). Koh ve ark. (2014) kord kanı glukoz seviyeleri ile annenin glukoz seviyelerini karşılaştırmışlar ve pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Açlık süresi uzadığında, plazma glukoz seviyeleri de kademeli olarak azalır (Shrayyef ve Gerich 2010 pp. 19-35). Bu nedenle ameliyat öncesi açlık süresi protokolleri gözden geçirilmeli ve güncellenmelidir. İleride yapılacak araştırmalarda annenin periferik kan glukoz değerlerinin yanısıra kord kanından da bebeğin kan şekere bakılması, herhangi bir ilişkinin var olup olmadığının kanıtlanmasına katkıda bulunabilir.

Araştırmada gebelerin açlık düzeyi %18.2'sinde (Tablo 4.8), susuzluk düzeyi %45,5 inde (Tablo 4.9), ağız kuruluğu %35,5'inde (Tablo 4.10) ve baş ağrısı %2,7'sinde (Tablo 4.11) 10 düzeyindeydi. Sezaryen öncesi annenin açlık hissi, susuzluk hissi, ağız kuruluğu ve baş ağrısı ortalamaları değerlendirildiğinde; en yüksek düzeyde yaşadıkları rahatsızlıkların susuzluk ve ağız kuruluğu olarak belirlendi (Tablo 4.2). Gebelerin orta düzeyde susuzluk yaşadığı, baş ağrısı yaşamadıkları saptandı. Crenshaw ve Winslow (2006) yaptıkları araştırmada susuzluk hissini orta düzeyde bulmuştur. Dolgun ve ark. (2011) hastaların %47,6'sının susuzluk, %30,3'ünün açlık hissettiğini, 0-10 puan arasında değerlendirdiklerinde %20,3'ünün sekiz seviyesinde susuzluk, %25'inin ise beş seviyesinde açlık hissettiklerini belirlemişlerdir. Susuzluk ve açlık puan ortalamalarını ise sırasıyla $6,6 \pm 2,4$ ve $5,9 \pm 2,1$ olarak bulmuşlardır. Susama sıvı dengesinin sürdürülmesinde ve dehidratasyonun önlenmesinde önemlidir. Çok az miktarda sıvı kaybı bile susama hissi oluşturur (Eckman ve Comerford 2012). Araştırmalarda açlıktan daha fazla susuzluk hissini hastaları etkilediği görülmektedir. Bu sonuçlar göz önüne alınarak ameliyattan iki saat öncesine kadar sıvı verilmesi önerilmektedir (Ljungqvist 2015 p. 47). Bu konuda daha fazla karşılaştırmalı araştırmalar yapılarak kanıt temelli bulgular elde edilebilir.

5.3. Gebelerin Konfor ve Kaygı Düzeyi İle İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırmada durumluk kaygı puanı daha fazla olmak üzere, katılımcıların orta düzeyde kaygılarının olduğu belirlendi (Tablo 4.13). Birey tarafından sağlığa bir tehdit gibi algılanan cerrahi girişim, ölüm riski, ağrı ve beden üzerinde denetimi kaybetme

gibi kaygıları da beraberinde getirir (Aksoy 2012; Aslan ve ark. 2014; Gunay ve Gul 2015). Sezaryen doğum aynı zamanda bebek ile ilgili kaygılarını da arttırır (Hepp ve ark. 2016). Hobson ve ark. (2006) gebelerin durumluk kaygı puanı ortalamasını 44,6 ve sürekli kaygı puanını ise 36,6 olduğunu saptamışlardır. Aydın ve ark. (2014) sezaryen öncesi gebelerin %66'sının kaygı düzeyinin yüksek olduğunu; Hepp ve ark. (2016) da gebelerin kaygılarının yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Demirdağ ve Karaöz (2015) hastalardaki kaygının susuzluktan daha fazla olduğunu belirlemişlerdir. Yapılan araştırmaların sonucunda sezaryen öncesi gebelerin kaygılarının arttığı görülmektedir. Ebelik girişimleri sırasında gebenin kaygısının azaltılması konforun da artmasını sağlayacaktır. Ağrı fiziksel konfor düzeyini azaltan en önemli faktördür (Wilson ve Kolcaba 2004). Yapılan araştırmalarda kaygının cerrahi operasyon sonrası ağrı üzerinde etkisi olduğu saptanmıştır (Raichle ve ark. 2015; Powell ve ark. 2016) Kaygının azaltılması sezaryen öncesi ve sonrası konfor düzeyini arttırır.

Gebelerin sezaryen öncesi GKÖ puan ortalaması $129,82 \pm 12,66$ olarak belirlendi. Araştırmada konfor düzeyinin orta düzeyden yüksek bulunması, araştırmanın yapıldığı hastanenin yeni olması ve fiziksel şartlarının iyi olmasından kaynaklanabilir. Sezaryen öncesi kadınların konforunun incelediği araştırmalara literatürde rastlanmadı. Araştırmalarda daha çok annelerin doğum sonrası konfor düzeyi (Karapaplan ve Yıldız 2010; Aksoy Derya ve Pasinlioğlu 2015) incelenmiştir. Doğum sonu konfor düzeyini azaltan faktörlerden biri sezaryen sonrası ağrıdır. Aksoy Derya ve Pasinlioğlu'nun (2015) yaptığı araştırmada sezaryen sonrası annelere konfor kuramına göre bakım verilmiştir ve konfor düzeyi bu grupta anlamlı olarak daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Doğum sonu annenin konforunu etkileyen faktörlerin incelendiği ve 150 annenin dahil edildiği bir araştırmada sezaryen doğum yapan annelerin normal oğum yapanlara oranla doğum sonu sorun yaşama düzeyinin anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır (Pinar ve ark. 2009). Ameliyat öncesi dönemde de konforun önemli olması nedeniyle bu konuda araştırmaların yapılması ve literatüre kazandırılması önerilmektedir.

Araştırmada toplam katı ve sıvı gıda açlık süreleri ile STAI ve VAS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı (Tablo 4.14). Ancak GKÖ'nün fiziksel, sosyal ve ferahlama puanları ile toplam katı gıda açlık süresi arasında pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 4.15). Ameliyat

öncesi süreç, kişinin konforunu olumsuz şekilde etkiler (Bopp ve ark. 2011). Operasyon öncesinde karbonhidratlı berrak sıvıların verilmesinin daha az açlık ve susuzluk hissine neden olarak hasta konforunu arttırdığı belirtilmektedir (Canbay ve ark. 2014; Imbelloni ve ark. 2015). Hasta konforunu arttırarak hastanın iyileşmesine olumlu yönde katkı sağlanabilir.

Araştırmada açlık hissi VAS puanı ile durumluk kaygı puanı arasında pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 4.16). Açlık hissi VAS puanı ile GKÖ'nün ferahlama düzeyi ve GKÖ toplam puan arasında negatif yönlü çok zayıf bir ilişki olduğu belirlendi. Susuzluk hissi VAS puanı ile GKÖ'nün psikospiritüel boyutu ve GKÖ toplam puan arasında negatif yönlü çok zayıf bir ilişki olduğu saptandı. Özellikle ağız kuruluğunun sürekli kaygının yanı sıra, GKÖ'nün bir çok boyutu ve düzeyi ile pozitif yönde ilişkisi olduğu bulundu. Fizyolojik ihtiyaçların, kaygıyı ve konforu etkilediğini söyleyebiliriz. Ameliyat öncesi var olan kaygı, hem ameliyat sırasında anestezi gereksinimini, hem de ameliyat sonrası ağrı ve analjezik gereksinimini artırır (Fındık ve Yıldızeli Topçu 2012). Araştırmada kadınların sezaryen öncesi durumluk ve sürekli kaygı puanları ile GKÖ'nün çoğu boyutunda ve düzeyinde orta seviyelerde negatif yönlü bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 4.17). Bireyde var olan kaygı, konfor düzeyini de etkiler (Wilson ve Kolcaba 2004). Kaygının azaltılması ile ilgili girişimler konfor düzeyinin artmasını sağlar. Yapılacak çalışmalarla kaygı ve konfor ilişkisinin desteklenmesi, bireyin kaygısını azaltacak uygun girişimlerin belirlenmesi literatüre katkı sağlayacaktır.

Memnuniyet konforun ferahlama düzeyi ile ilişkili bir kavramdır (Kolcaba, 1991). Hobson ve ark. (2006)'nın yaptığı araştırmada kaygı düzeyinin azalmasıyla daha yüksek anne memnuniyeti sağlandığı belirlenmiştir. Normal ve sezaryen doğum yapan toplam 600 kadının memnuniyet düzeylerinin "Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (Normal Doğum/Sezaryen Doğum)" ile incelendiği bir araştırmada normal doğum yapan kadınların rahatlama yönünden memnuniyet düzeyi anlamlı olarak sezaryen doğum yapan kadınlara göre daha yüksektir (Özcan ve Aslan 2015). Aynı araştırmada sezaryen doğum yapan kadınların normal doğum yapan kadınlara kıyasla bilgilendirme memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu ve toplam ölçek puanının normal doğum yapanlara kıyasla daha fazla olduğu saptanmıştır. Kadınların

doğum sonu memnuniyetlerinin sağlanması gerektiği gibi sezaryen öncesinde de memnuniyet düzeyi yükselttilerek konfor düzeyleri de artırılmış olur.

Hipoglisemi gebelikte oluşabilen ve korkulan bir komplikasyondur. Fetal kan şekeri değerinin, anne kan şekeri seviyesi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Fetal kan şekeri seviyesinin, anne kan şekeri seviyesinin yaklaşık %70-80'i olduğu bildirilmektedir. Bu uterusu kan akışına bağlıdır. Açlık süresi uzadığında, azalan perfüzyon basıncı hipotansiyona, böylece fetal hipoglisemiye neden olabilir (Tauhid-UI-Mulk ve ark 2010). Araştırmada katı gıdalar için açlık süresi ile gebenin kan şekeri ve yenidoğanın 1. dakika APGAR puanı arasında negatif yönlü çok zayıf bir ilişki belirlendi (Tablo 4.18). Ayrıca kan şekeri düzeyi ile sürekli kaygı puanı arasında pozitif, GKÖ'nün ferahlama düzeyi arasında negatif yönde zayıf ve fiziksel boyutu arasında negatif yönde çok zayıf bir ilişki belirlendi (Tablo 4.19). Açlık süresi ve anne ve yenidoğan kan şekeri düzeyleri ile ilgili az sayıda çalışma vardır (Tauhid-UI-Mulk ve ark 2010). Tauhid-UI-Mulk ve ark, sekiz saatten fazla açlık süresinin olduğu annelerde, yenidoğan kan şekeri düzeylerinin de azaldığını saptamışlardır. Boskabadi ve ark. Ramazan süresince oruç tutan kadınların bebeklerinin APGAR (1. ve 5. dakikalarda) puanları arasında fark olmadığını belirlemişlerdir. Aynı şekilde Karateke ve ark. (2015) Ramazan ayında oruç tutan ve tutmayan gebeleri karşılaştırdıkları çalışmalarında, her iki grup arasında da oruç tutmanın fetüs üzerinde olumsuz bir etkisinin olmadığını saptamışlardır. Gebenin açlık süresi ve fetüse etkileri konusunda daha fazla randomize kontrollü çalışmalar yapılması önerilmektedir.

5.4. Bebeğe Ait Özellikler ile İlgili Bulguların Tartışılması

Bebeklerin ortalama doğum ağırlığı normal aralıklarda saptandı (Tablo 4.20). Bebeklerin 1. ve 5. dakikadaki Apgar skoru ortalaması 7'nin üstündeydi. Annenin toplam katı gıda açlık süresi ile bebeğin 1. dakika Apgar puanı arasında negatif yönlü zayıf ($r=-0,203$) bir ilişki olduğu belirlendi. Bebeğin Apgar puanı, anestezi ve gestasyonel haftası gibi çeşitli faktörlerden etkilenebilse de (Watterberg ve ark. 2015), bu bulgunun değerlendirilmesi gerektiği ve bu konuda araştırmalar yapılması önerilmektedir.

Sonuç olarak;

- Gebelerin yaşları 19 ile 43 arasında değişmekte olup yaş ortalaması $29,15 \pm 4,54$ olduğu,

- %99,1'inin daha önce en az bir kez sezaryen ile doğum yaptığı,

- %80'inin niçin aç kaldığını bilmediği,

- Toplam katı gıda için açlık süreleri ortalaması $13,16 \pm 2,38$ ve sıvı gıda için $10,57 \pm 2,91$ saat olduğu ve güncel kılavuzlara göre önerilen sürelerden oldukça fazla olduğu,.

- GKÖ puan ortalamasının $129,82 \pm 12,66$; durumluk kaygı puanı $46,72 \pm 9,37$ ve sürekli kaygı puanı $43,65 \pm 7,95$ olduğu,

- Gebelerin en yüksek düzeyde yaşadıkları rahatsızlıkların; susuzluk ve ağız kuruluğu olduğu,

- Periferik kan şekeri değerlerinin bazı gebelerde düşük olduğu (Ort. SS= $77,21 \pm 9,78$).

- Açlık hissi VAS puanı ile durumluk kaygı puanı arasında ($r=0,189$), sürekli kaygı puanı ile susuzluk hissi ($r=0,295$) ve ağız kuruluğu ($r=0,334$) VAS puanı arasında pozitif yönlü, zayıf bir ilişki olduğu ($p<0,05$),

- GKÖ toplam puanı ile durumluk kaygı arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu ($p<0,001$),

- Annenin toplam katı gıda açlık süresi ile bebeğin 1. dakika Apgar puanı arasında negatif yönlü çok zayıf ($r=-0,203$) bir ilişki olduğu belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Sezaryen öncesi konfor önlemlerinin alınarak annenin konfor düzeyinin artırılması

- Sezaryen öncesi annenin kaygı düzeyinin azaltılması için cerrahi öncesi standart bir protokol geliştirilmesi

- Gebelerin sezaryen öncesi açlık süresinin azaltılması,

- Bu konuda vaka-kontrol veya randomize kontrollü araştırmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- AAGBI & OAA. (2013, Haziran). *OAA / AAGBI Guidelines for Obstetric Anaesthetic Services*. The Association of Anaesthetists of Great Britain & Ireland and the Obstetric Anaesthetists' Association Erişim 08.01.2017, https://www.aagbi.org/sites/default/files/obstetric_anaesthetic_services_2013.pdf
- ACOG (2010, Ağustos) *ACOG Today: New Vbac Guidelines* Erişim 02.01.2017, <https://www.acog.org/-/media/ACOG-Today/acogToday0810.pdf?dmc=1&ts=20170101T1705017668>
- Açıklık, C. (2009). Meta-analiz ve Kanıta Dayalı Tıp'taki Yeri. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 19(2), 164-172.
- Aksoy Derya, Y. & Pasinlioğlu, T. (2015). The effect of nursing care based on comfort theory on women's postpartum comfort levels after caesarean sections. *International journal of nursing knowledge*.
- Aksoy, G. (2012). Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı. İçinde G. Aksoy, N. Akyolcu, & N. Kanan. *Cerrahi Hemşireliği*. Nobel Tıp Kitabevleri; 271-298.
- Alligood, M.R. (2013). The Nature of Knowledge Needed for Nursing Practice. İçinde Alligood, M. R.(ed), *Nursing theory: utilization & application*. (5th ed.) USA: Mosby, an imprint of Elsevier Inc; 8-9.
- Arslan, H. & Konuk Şener, D. (2009). Stigma, spiritüalite ve konfor kavramlarının Meleis'in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(1), 51-58.
- Arzola, C., Perlas, A., Siddiqui, N. T. & Carvalho, J. C. (2015). Bedside gastric ultrasonography in term pregnant women before elective cesarean delivery: a prospective cohort study. *Anesthesia & Analgesia*, 121(3), 752-758.
- ASA (2011). Practice guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Committee on Standards and Practice Parameters. *Anesthesiology*, 114 (3), 495.
- ASA. (2016). Practice guidelines for obstetric anesthesia: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia. *Anesthesiology* 124(2), 270-300.

- Aslan, B., Arıkan, M., Gedikli, A. & Horasanlı, E. (2014). Gebe Hastalarda Preoperatif Anksiyete Sebepleri ve Değerlendirilmesi: STAI Skorlarının Karşılaştırılması. *Ortadoğu Medical Journal/Ortadoğu Tıp Dergisi*, 6(3).
- Aydın, M., Şenol, D. K. & Erdoğan, S. (2014). Sezaryen ile doğum yapacak kadınların ameliyat öncesi anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*,5(1), 54-58
- Barlow, D.H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford press.
- Betran, A.P., Torloni, M.R., Zhang, J. J. & Gülmezoglu, A.M. (2015). WHO Statement on caesarean section rates. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 123(5): 667-670
- Blüml, V., Stammer-Safar, M., Reitingner, A.K., Resch, I., Naderer, A. & Leithner, K. (2012). A qualitative approach to examine women's experience of planned cesarean. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 41(6), E82-E90.
- Bopp, C., Hofer, S., Klein, A., Weigand, M. A., Martin, E., & Gust, R. (2011). A liberal preoperative fasting regimen improves patient comfort and satisfaction with anesthesia care in day-stay minor surgery. *Minerva anesthesiologica*, 77(7): 680-686.
- Boskabadi, H., Mehdizadeh, A. & Alboumiri, Z. (2014). Effect of the number of Ramadan fasting days on maternal and neonatal outcomes. *Journal of Fasting and Health*, 2(2), 84-89.
- Brady, M. C., Kinn, S., Stuart, P. & Ness. V. (updated 2010) Preoperative fasting for adults to prevent perioperative complications. [Cochrane review]. In Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Canbay, Ö., Adar, S., Karagöz, A.H., Çelebi, N., & Bilen, C.Y. (2014). Effect of preoperative consumption of high carbohydrate drink (Pre-Op®) on postoperative metabolic stress reaction in patients undergoing radical prostatectomy. *International Urology And Nephrology*, 46(7), 1329-1333.
- Ceylan, Y. (2000). Bir Uygurluk Serüveni: Doğum ve Doğum Yardımının Tarihi. İstanbul: Weyth İlaçları A.Ş.
- Chard, R. (2013). Care of preoperative patients. İçinde Ignatavicius DD, Workman ML, eds. *Medical-Surgical Nursing: Patient-Centered Collaborative Care*, 7th ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 239-254.

- Collins, S., Arulkumaran, S., Hayes, K., Jackson, S., & Impey, L. (2013). *Oxford handbook of obstetrics and gynaecology*. (3rd ed.). Oxford UK: Oxford University Press.
- Coşansu, G. (2014). Verilerin analizi ve yorumlanması. Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik. Ed. S. Erdoğan, N. Nahçıvan, M.N. Esin, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul.
- Crenshaw, J.T. & Winslow, E.H. (2002). Preoperative fasting: Old habits die hard. *The American Journal of Nursing*, 102(5), 36-43.
- Crenshaw, J.T. & Winslow, E.H. (2006). Actual versus instructed fasting times and associated discomforts in women having scheduled cesarean birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 35(2), 257-264.
- Crenshaw, J.T., & Winslow, E.H. (2008). Preoperative fasting duration and medication instruction: are we improving?. *The Official Voice of Perioperative Nursing Journal*, 88(6), 963-976.
- Crenshaw, J.T. (2011). Preoperative fasting: will the evidence ever be put into practice?. *The American Journal of Nursing*, 111(10), 38-43.
- Cunningham, F. G., Bangdiwala, S. I., Brown, S. S., Dean, T. M., Frederiksen, M., Rowland Hogue, C. ve ark. (2010). NIH consensus development conference draft statement on vaginal birth after cesarean: new insights. NIH consensus and state-of-the-science statements. *Obstetrics & Gynecology*, 27(3), 1-42.
- Curtin, S.C., Gregory, K.D., Korst, L. M. & Uddin, S.F. (2015). Maternal morbidity for vaginal and cesarean deliveries, according to previous cesarean history: new data from the birth certificate, 2013. *National vital statistics reports: from the Centers for Disease Control and Prevention, National Center(CDC) for Health Statistics, National Vital Statistics System*, 64(4), 1.
- Çınar Yücel, Ş. (2011). Kolcaba'nın konfor kuramı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 27(2): 79-88.
- Demirdağ, H., & Karaöz, S. (2015). Ameliyat öncesi besin/sıvı kısıtlamasına ilişkin hastaların deneyimleri ve hemşirelerin konu ile ilgili bilgi ve uygulamaları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 1-10.
- Dolgun, E., Taşdemir, N., Ter, N., & Yavuz, M. Cerrahi hastalarının ameliyat öncesi aç kalma sürelerinin incelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 25 (1):

- Eckman, M. ve Comerford, K. (Eds.). (2012). *Medical-surgical nursing made incredibly easy!*, (3rd ed.). Philadelphia: Wolter Klumer Lippincott Williams & Wilkins.
- Eker, A. Yurdakul, M. (2008). Sezaryen sonrası verilen bakımın hasta memnuniyetine etkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 36(3), 184-190.
- Eldridge, J. (2011). Obstetric anaesthesia and analgesia. İçinde K. G. Allman, & I.H. Wilson (Eds.), *Oxford handbook of anaesthesia* (3rd ed.). New York: Oxford university press; 754-764
- Ersoy, E. & Gündoğdu, H. (2005). Preoperatif açlıkta değişen kavramlar. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 21(2), 096-101.
- Fındık, Ü. Y. & Yıldızeli Topçu, S. Y. (2012). Cerrahi Girişime Alınış Şeklinin Ameliyat Öncesi Anksiyete Düzeyine Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 19(2), 22-33
- Ghorashi, Z., Ashori, V., Aminzadeh, F. & Mokhtari, M. (2014). The effects of oral fluid intake an hour before cesarean section on regurgitation incidence. *Iranian Journal Of Nursing And Midwifery Research*, 19(4), 439.
- Gillis, C., & Carli, F. (2015). Promoting Perioperative Metabolic and Nutritional Care. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 123(6), 1455-1472.
- Gul, A., Andsoy, I.I. Ustundag, H. Ozkaya, B.Ö. (2013). Assessment of preoperative fasting time in elective general surgery. *The journal of macrotrends in health and medicine*, 1(1): 1-8.
- Gunay, E.Y., & Gul, A. (2015). Reliability and validity of the Cambridge Worry Scale in pregnant Turkish women. *Midwifery*, 31(3), 359-364.
- Güngör, İ. & Oskay, Ü. (2015). Riskli Doğum Eylemi. İçinde N. Kızılkaya Beji (ed.). *Kadın Sağlığı ve Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 531.
- Hepp, P., Hagenbeck, C., Burghardt, B., Jaeger, B., Wolf, O. T., Fehm, T. & Schaal, N. K. (2016). Measuring the course of anxiety in women giving birth by caesarean section: a prospective study. *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 1.
- Hobson, J. A., Slade, P., Wrench, I. J. & Power, L. (2006). Preoperative anxiety and postoperative satisfaction in women undergoing elective caesarean section. *International journal of obstetric anaesthesia*, 15(1), 18-23.

- Hoope-Bender, P., Lopes, S. T. C., Nove, A., Michel-Schuldt, M., Moyo, N. T., Bokosi ve ark. (2016). Midwifery 2030: A woman's pathway to health. What does this mean?. *Midwifery*, 32, 1-6.
- Hotun Şahin, N. (2015). Kadın Sağlığıyla İlgili Temel Kavramlar. İçinde Kızılkaya Beji (ed.). *Kadın Sağlığı ve Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; p. 52
- Hunter, L.P. (2002). Being with woman: a guiding concept for the care of laboring women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 31(6), 650-657.
- ICM. Essential competencies for basic midwifery practice 2010 Revised 2013. Erişim 07.01.2017,
<http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>
- Imbelloni, L.E., Pombo, I. A. N., & Morais Filho, G.B.D. (2015). Reduced fasting time improves comfort and satisfaction of elderly patients undergoing anesthesia for hip fracture. *Revista Brasileira De Anestesiologia*, 65(2), 117-123.
- Incerpi, M.H. (2013). Operative delivery. İçinde A. DeCherney, L. Nathan, T.M. Goodwin, & N. Laufer (eds.). *Current diagnosis and treatment obstetrics and gynecology*. McGraw-Hill Medical; 515-518
- Itou, K., Fukuyama, T., Sasabuchi, Y., Yasuda, H., Suzuki, N., Hinenoya, H. ve ark. (2012). Safety and efficacy of oral rehydration therapy until 2 h before surgery: a multicenter randomized controlled trial. *Journal of anesthesia*, 26(1), 20-27.
- Jolliffe, D. M. (2009). Practical gastric physiology. *Continuing education in anaesthesia, Critical Care & Pain*, 9(6), 173-177.
- Karabacak, Ü. & Acaroğlu, R. (2011). Konfor kuramı. *Maltepe Üniversitesi Bilim ve Sanat Dergisi*, 4(1), 197-202.
- Karakaplan, S. & Yıldız, H. (2010). Doğum sonu konfor ölçeği geliştirme çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1), 55-65.
- Karanisoğlu, H. & Eser, A. (2016). Kadın sağlığı ve ebenin rolü. İçinde H. Karanisoğlu, S. Yazıcı & T. Yılmaz (Eds.), *Doğum Öncesi Dönem ve Bakım*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 5-9.
- Karateke, A., Kaplanoglu, M., Avcı, F., Kurt, R. K. & Baloglu, A. (2015). The effect of Ramadan fasting on fetal development. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 31(6), 1295–1299.

- Kocaman, G. (2003). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2(4), 61-69.
- Koh, D., Hume, R., Eisenhofer, G., Ogston, S., Watson, J., & Williams, F. (2015). Maternal and fetal factors which influence cord blood glucose levels in term infants delivered by cesarean section. *Journal of perinatal medicine*, 43(3), 339-346.
- Kolcaba, K.Y. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 237-240.
- Kolcaba, K.Y., & Kolcaba, R.J. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of advanced nursing*, 16(11), 1301-1310.
- Kolcaba, K. Y. (1992). Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*, 15(1), 1-10.
- Kolcaba, K.Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of advanced nursing*, 19(6), 1178-1184.
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing outlook*, 49(2), 86-92.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K., Tilton, C. & Drouin, C. (2006). Comfort theory: A unifying framework to enhance the practice environment. *Journal of Nursing Administration*, 36(11), 538-544.
- Kuğuoğlu S, Karabacak Ü. (2008). Genel konfor ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 16 (61), 16-23.
- Kurban, Y., Uyar, İ., Günakan, E., & Babayiğit, M. (2014). Demonstratif bir sezaryen komplikasyonu ve yönetimi: aspirasyon pnömonisi. *İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 24 (2), 147-150
- Lambert, E. & Carey, S. (2015). Practice guideline recommendations on perioperative fasting a systematic review. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 20(10): 1-8.
- Lesage, S. (2014). Cesarean delivery under general anesthesia: Continuing Professional Development. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, 61(5), 489-503.
- Levy, D. M. (2006). Pre-operative fasting—60 years on from Mendelson. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*, 6(6), 215-218.

- Levy, D. M. & Webster, V. L. (2004). Unrestricted sips of water before caesarean section. *British journal of anaesthesia*, 92(6), 910-910.
- Ljungqvist, O. (2015) İçinde Feldman, L. S., Delaney, C. P., Ljungqvist, O., & Carli, F. (Eds.). *The SAGES/ERAS® Society Manual of Enhanced Recovery Programs for Gastrointestinal Surgery*. Springer.
- Mackenzie, M., Yentis, S., Woolnough, M. & Johnson, M. (2010). Fasting periods and dehydration before elective caesarean section. *Anaesthesia*, 65(1), 99-99.
- Maheshwari, D. & Ismail, S. (2015). Preoperative anxiety in patients selecting either general or regional anesthesia for elective cesarean section. *Journal of anaesthesiology, clinical pharmacology*, 31(2), 196.
- Mcdonald, C.S. Chen, B.J. & Kwan, W.F. İçinde A. DeCherney, L. Nathan, T.M. Goodwin, & N. Laufer (eds.). *Current diagnosis and treatment obstetrics and gynecology*. McGraw-Hill Medical; 425-427
- Mendelson, C.L. (1946). The aspiration of stomach contents into the lungs during obstetric anesthesia. *Obstetrical & gynecological survey*, 1(6), 837-839.
- Mwale, R., Maluwa, A., & Odland, J. (2014). Midwives' adherence to preoperative care guidelines prior to emergency caesarean section at bwaila maternity hospital in malawi. *Open journal of nursing*, 4(11), 754.
- NICE (2011, Kasım). *Caesarean section*. NICE Clinical Guideline. Erişim: 05.01.2017, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/evidence/full-guideline-184810861>
- Odent, M. (2004). *Sezaryen*. (Z. Koltukçuoğlu, Çev.) İstanbul: Kuraldışı Oxford Dictionary. Comfort definition. Erişim 16.12.2016 <https://en.oxforddictionaries.com/definition/comfort>
- Öner, N., & Le Compte, A. (1985). Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. *İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları*, 233.
- Öz, F. (2004). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş; 157-167
- Özcan, Ş. & Aslan, E. (2015). Normal Doğumda ve Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetinin Belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 41-48.
- Özçam, H., Çimen, G., Var, A., Gültaş, A., Uzunçakmak, C., Özcan, B. & Özyurt, R. (2014). Sezaryenlerde genel ve spinal anestezinin maternal etkileri. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(3), 146-152

- Özer, Ş. (2006). Anksiyete ve Anksiyete Bozukluklarının Kısa Tarihçesi. İçinde R. Tükel & T. Alkın (Eds.). *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Pınar, G., Doğan, N., Algier, L., Kaya, N., & Çakmak, F. (2009). Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(3).
- Pimenta, G.P. & de Aguilar-Nascimento, J.E. (2014). Prolonged preoperative fasting in elective surgical patients why should we reduce it? *Nutrition in clinical practice*, 29(1), 22-28.
- Powell, R., Bruce, J., Johnston, M., Vögele, C., Scott, N., Shehmar, M., & Roberts, T. (2010). Psychological preparation and postoperative outcomes for adults undergoing surgery under general anaesthesia. *The Cochrane Library*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 5. Art. No.: CD008646.
- Pritchard, M.J. (2009). Managing anxiety in the elective surgical patient. *British Journal of Nursing*, 18(7).
- Raichle, K. A., Osborne, T. L., Jensen, M. P., Ehde, D. M., Smith, D. G. & Robinson, L. R. (2015). Preoperative state anxiety, acute postoperative pain, and analgesic use in persons undergoing lower limb amputation. *The Clinical Journal Of Pain*, 31(8), 699-706.
- Robson, E. J., Tanqueray, T. A., Mackenzie, M. J., & Yentis, S. M. (2013). The effect of reducing fluid fasting times on thirst and urine osmolality in women undergoing elective caesarean delivery. *International Journal Of Obstetric Anesthesia*, 22(2), 165-167.
- Sağlık Bakanlığı (2010). *Doğum ve sezaryen eylemi yönetim rehberi*. Erişim 06.01.2017, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap27.pdf>
- Sağlık Bakanlığı (2014). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. Erişim 06.01.2017, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-97020/h/saglik-istatistik-yilligi-2013.pdf>
- Sandhar, B. (2011). General considerations. İçinde K. G. Allman, & I. H. Wilson (Eds.), *Oxford Handbook of Anaesthesia* (3rd ed.). New York: Oxford University Press; 10
- Schuling, K. D. (2013). Promoting Comfort: A Conceptual Approach. *Supporting a Physiologic Approach to Pregnancy and Birth*, 77-89.
- Schuling, K.D. ve Sampsel, C. M. (1999). Comfort in labor and midwifery art. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 31(1), 77-81.

- Shrayyef, M. Z., Gerich, J. E. (2010). Normal Glucose Homeostasis. İçinde L. Poretsky (Ed.). *Principles of Diabetes Mellitus*. (2nd ed.). New York: Springer Science, Business Media; 19-35
- Singata, M. Tranmer, J. & Gyte, G.M.L. (updated 2010). Restricting oral fluid and food intake during labour. [Cochrane review]. In Cochrane Database Of Systematic Reviews
- Smith, I., Kranke, P., Murat, I., Smith, A., O'Sullivan, G., Søreide, E., & Spies, C. (2011). Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *European journal of anaesthesiology*, 28(8), 556-569.
- Søreide, E., Bjørnstad, E., & Steen, P.A. (1996). An audit of perioperative aspiration pneumonitis in gynaecological and obstetric patients. *Acta anaesthesiologica scandinavica*, 40(1), 14-19.
- Spielberger, C. D., & Reheiser, E. C. (2009). Assessment of emotions: Anxiety, anger, depression, and curiosity. *Applied psychology: health and well-being*, 1(3), 271-302.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R.L. and Lushene. R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press
- Şahin, N. H. (2009). Seksio-sezaryen: Yaygınlığı ve sonuçları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 93-98.
- TARD, Obstetrik Anestezi. (2015). Komitesi Sezaryen Ameliyatlarında Genel Anestezi Uygulama Kılavuzu. Erişim 22.08.2016, <http://www.tard.org.tr/assets/kilavuz/9.pdf>
- Tasch, M. D. and Langeron, O. (2013). In Aspiration prevention and prophylaxis: preoperative considerations. Hagberg, C. A. (ed), Benumof And Hagberg's Airway Management (3rd ed.). Philadelphia: Elsevier Saunders; 265-268
- Tauhid-Ul-Mulk, M., Rahman, S.M.F., Ali, N. P., Haque, M. & Chaudhary, M.R.A. (2010). Influence of Preoperative Fasting Time on Maternal and Neonatal Blood Glucose Level in Elective Caesarean Section under Subarachnoid Block. *Journal of Armed Forces Medical College, Bangladesh*, 6(2), 21-24.
- TDK. Kaygı tanımı. Erişim 05.01.2017, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.586ecd40e43617.63779295
- TDK. Konfor tanımı. Erişim 02.01.2017, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=KONFOR

- THSK (2015) Temel Yenidoğan Bakımı. Erişim 07.01.2017, http://www.istanbulhalksagligi.gov.tr/data/content/cekush_dosyalar/8-%20temel_yenidogan_bakimi.pdf
- THSK (2016, Şubat). *2015 Faaliyet Raporu*. THSK Raporları. Erişim 02.01.2017, https://www.thsk.gov.tr/dosya/birimler/strateji_db/dokumanlar/faaliyet_raporu/THSK_2015_Faaliyet_Raporu.pdf
- Titapant, V. & Lertbunnaphong, T. (2013). Is the US Institute of Medicine recommendation for gestational weight gain suitable for Thai singleton pregnant women. *Journal of Medical Association of Thailand*, 96(1), 1-6.
- TNSA (2008). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Erişim 05.01.2017, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>
- TNSA (2013). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013*. Erişim 05.01.2017, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2013_sonucular_sunum_2122014.pdf
- Toledo, P. (2015). Anesthesia for Cesarean Section and Postoperative Analgesia. İçinde A.C. Santos, J.N. Epstein & K. Chaudhuri. *Obstetric anesthesia*. McGraw Hill Professional.
- Tosun, B., Yava, A. & Açıkkel, C. (2015). Evaluating the effects of preoperative fasting and fluid limitation. *International journal of nursing practice*, 21(2), 156-165.
- Townsend, M. C. (2014). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice* (8th ed.). Philadelphia: FA Davis; 17-18
- Turhan Y, Avcı R, Özcengiz D. (2012). Elektif cerrahi hazırlığında preoperatif ve postoperatif anksiyetenin hasta memnuniyeti ile ilişkisi. *Anestezi Dergisi*, 20 (1): 27-33.
- TÜİK (2015). *Türkiye İstatistik Kurumu, Doğum İstatistikleri 2015*. Erişim 21.12.2016, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21514>
- Ünülü, M. (2014). *Perikardiyum 6 Noktasına Bilek Bandı İle Akupresürün Ameliyat Sonrası Bulantı Kusma Ve Konfor Düzeyine Etkisi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Watterberg, K. L., Aucott, S., Benitz, W. E., Cummings, J. J., Eichenwald, E. C., Goldsmith, J. ve ark. (2015). The apgar score. *Pediatrics*, 136(4), 819-822.
- Wetsch, W. A., Pircher, I., Lederer, W., Kinzl, J. F., Traweger, C., Heinz-Erian, P., & Benzer, A. (2009). Preoperative stress and anxiety in day-care patients and inpatients undergoing fast-track surgery. *British journal of anaesthesia*, 103(2), 199-205.

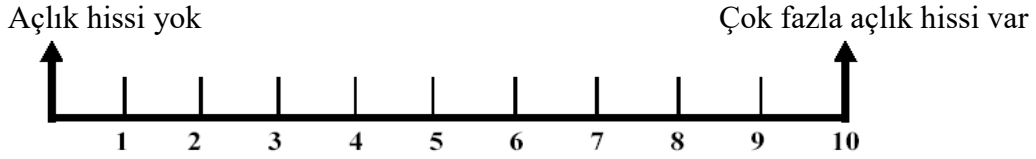
- Wewers, M. E. & Lowe, N. K. (1990). A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in nursing & health*, 13(4), 227-236.
- WHO (2009). *Guidelines for safe surgery: Safe surgery saves lives*. Erişim 29.12.2016, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/1/9789241598552_eng.pdf
- WHO (2015, Nisan). *WHO Statement on Cesarean Section Rates*. Erişim 02.01.2017, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?ua=1
- WHO Health topics: Reproductive health. Erişim 29.12.2016, http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/
- Wilson, L. & Kolcaba, K. (2004). Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 19(3), 164-173.
- Ye, J., Zhang, J., Mikolajczyk, R., Torloni, M. R., Gülmezoglu, A. M., & Betran, A. P. (2015). Association between rates of caesarean section and maternal and neonatal mortality in the 21st century: a worldwide population-based ecological study with longitudinal data. *BJOG*, 123(5): 649–847
- Yıldırım, S., Keskin, E. A., Onaran, Y., Kalem, M. N., & Duvan, C. İ. (2015). Sezaryen Operasyonuna Genel Bir Bakış. *Yeni Tıp Dergisi*, 32(1), 10.
- Yıldız, H. (2006). Preoperatif açlık sürecinde yeni yaklaşımlar. *The Eurasian Journal Of Medicine*, 38: 1-5
- Yiğit, R., Dilmaç, B., Deniz, M. E. ve Hamarta, E. (2011). Sürücülerin sürekli ve durumluk kaygılarının bazı değişkenler açısından incelenmesi, *Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(4), 37-44

FORMLAR

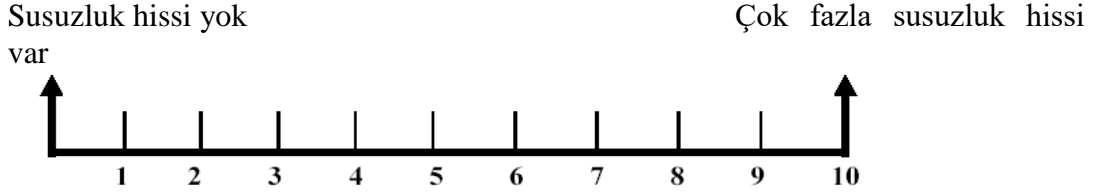
EK.1. Gebe Bilgi Formu

1. Yaş:.....
2. Kilo: Boy: BKİ:
3. Gebelik sayısı: Parite: Abortus sayısı:
Yaşayan çocuk sayısı: D&C:
4. Eğitim durumunuz: Okuryazar İlkokul Ortaokul Lise
 Üniversite ve üstü
5. Kronik bir hastalığınız var mı? Evet Hayır
6. Cevabınız evet ise lütfen belirtiniz:
 Diyabet Hipertansiyon Kalp hastalığı Diğer:.....
7. Sigara kullanıyor musunuz: Evet Hayır
8. Sezaryen endikasyonu:
 Eski C/S Mükerrer Baş-pelvis uygunsuzluğu Makat geliş
 Fetal makrozomi Diğer:.....
9. Daha önce geçirdiğiniz cerrahi bir operasyon var mı?
 Evet:..... Hayır
10. Anestezi türü:
 Genel Spinal Epidural Kombine spinal-epidural
11. ASA sınıflaması:
12. Ameliyat öncesi açlık süresini kim önerdi?
 Ebe Hemşire Doktor Hiç kimse Diğer:.....
13. Neden aç kaldığınızı biliyor musunuz?
 Evet ise nedenini yazınız.....
 Hayır
14. Saat kaçtan itibaren katı gıda yemediniz?
15. Saat kaçtan itibaren sıvı gıdalar içmediniz?.....

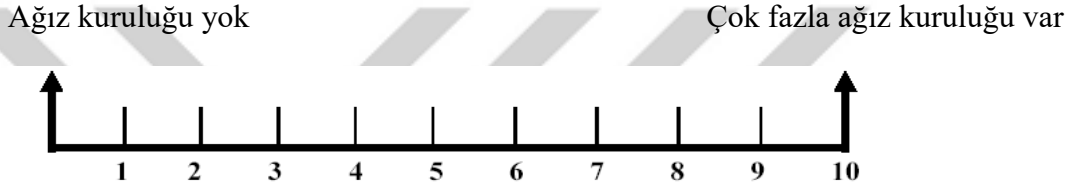
16. Şu an yaşadığımız açlık hissini aşağıdaki cetvelde işaretleyiniz.



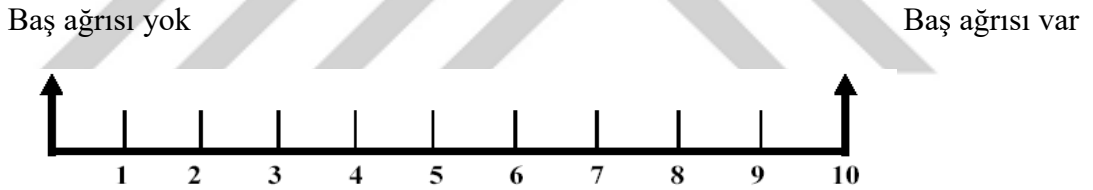
17. Şu an yaşadığımız susama hissini aşağıdaki cetvelde işaretleyiniz.



18. Şu an yaşadığımız ağız kuruluşunu aşağıdaki cetvelde işaretleyiniz.



19. Şu an yaşadığımız baş ağrısını aşağıdaki cetvelde işaretleyiniz.



20. Kan basıncı:..... Nabız:..... Vücut ısısı:..... Solunum:....

21. Kan şekeri düzeyi: Ölçüm Saati:

22. Bebeğin ortalama kalp atım hızı:

23. Son adet tarihine göre gebelik haftası:

24. Ameliyattan önce sıvı aldı mı?

Evet ise cinsi:..... miktarı:..... Hayır

25. Ameliyatın başlama saati:

26. Bebeğin doğum saati:

27. Kilo: Boy: Baş çevresi:.....

28. İlk 1. ve 5. dakikada APGAR skoru:

EK.2. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duyguları anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi, herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman kaybetmeksizin, uygun olanını belirtin.

	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1. Şu anda sakinim	()	()	()	()
2. Kendimi emniyette hissediyorum	()	()	()	()
3. Şu anda sınırlarım gergin	()	()	()	()
4. Pişmanlık duygusu içindeyim	()	()	()	()
5. Şu anda huzur içindeyim	()	()	()	()
6. Şu anda hiç keyfim yok	()	()	()	()
7. Başıma geleceklere endişe ediyorum	()	()	()	()
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum	()	()	()	()
9. Şu anda kaygılıyım	()	()	()	()
10. Kendimi rahat hissediyorum	()	()	()	()
11. Kendime güvenim var	()	()	()	()
12. Şu anda asabım bozuk	()	()	()	()
13. Çok sinirliyim	()	()	()	()
14. Sınırlarımın çok gergin olduğunu hissediyorum	()	()	()	()
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum	()	()	()	()
16. Şuan halimden memnunum	()	()	()	()
17. Şu anda endişeliyim	()	()	()	()
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	()	()	()	()
19. Şu anda sevinçliyim	()	()	()	()
20. Şu anda keyfim yerinde	()	()	()	()

	Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok Zaman	Hemen her zaman
21. Genellikle keyfim yerindedir	()	()	()	()
22. Genellikle çabuk yorulurum	()	()	()	()
23. Genellikle kolay ağlarım	()	()	()	()
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim	()	()	()	()
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	()	()	()	()
26. Kendimi dinlenmiş hissedirim	()	()	()	()
27. Genellikle, sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	()	()	()	()
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	()	()	()	()
29. Önemsiz şeyler için endişelenirim	()	()	()	()
30. Genellikle mutluyum	()	()	()	()
31. Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	()	()	()	()
32. Genellikle kendime güvenim yoktur	()	()	()	()
33. Genellikle kendimi emniyette hissedirim	()	()	()	()
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	()	()	()	()
35. Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	()	()	()	()
36. Genellikle hayatımdan memnunum	()	()	()	()
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	()	()	()	()
38. Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam	()	()	()	()
39. Aklı başında ve kararlı bir insanım	()	()	()	()
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder	()	()	()	()

EK.3. Genel Konfor Ölçeği

GENEL KONFOR ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Aşağıda şu andaki rahatlık durumunuzu tanımlayan bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifade için "tamamen katılıyorum" dan "kesinlikle katılmıyorum" a kadar giden dört seçenek vardır.

Lütfen **şu andaki** rahatlık durumunuzu en iyi ifade eden numarayı daire içine alarak belirtiniz.

Rahatlığuma ilişkin doldurduğum bu anketten memnunum	Tamamen Katılıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
	4	3	2	1
1.Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum	4	3	2	1
2.Çok sıkı çalıştığım için kendimi yararlı hissediyorum	4	3	2	1
3.Mahremiyetimi yeterince sürdürebiliyorum	4	3	2	1
4.Yardıma gereksinim duyduğumda güvенеbileceğim kişiler var	4	3	2	1
5. Egzersiz yapmak istemiyorum	4	3	2	1
6. Durumum beni bunaltıyor	4	3	2	1
7. Kendimi güvende hissediyorum	4	3	2	1
8. Başkalarına bağımlı olduğumu hissediyorum	4	3	2	1
9. Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum	4	3	2	1
10. Sevdiğimi bilmek beni mutlu ediyor	4	3	2	1
11. Bulduğum ortamdan memnunum	4	3	2	1
12. Gürültü dinlenmemi engelliyor	4	3	2	1
13. Kimse beni anlamıyor	4	3	2	1
14. Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum	4	3	2	1
15. Elimden gelenin en iyisini yapmak isterim	4	3	2	1
16. Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum	4	3	2	1
17. İnançım korkusuz olmama yardım ediyor	4	3	2	1
18. Burada olmaktan hoşlanmıyorum	4	3	2	1
19. Şu anda kabızım	4	3	2	1
20. Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum	4	3	2	1
21. Bu oda beni ürkütüyor	4	3	2	1
22. Bundan sonra olacıklardan korkuyorum	4	3	2	1

	Tamamen Katılıyorum		Kesinlikle Katılmıyorum	
23. Önemli olduğumu bana hissettiren kişi(ler) var	4	3	2	1
24. Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığımı hissediyorum	4	3	2	1
25. Açım	4	3	2	1
26. Doktorumu daha sık görmek istiyorum	4	3	2	1
27. Bu odanın ısısı iyi	4	3	2	1
28. Çok yorgunum	4	3	2	1
29. Ağrıyla başa çıkabiliyorum	4	3	2	1
30. Bulduğum ortam beni rahatlatıyor	4	3	2	1
31. Memnunum	4	3	2	1
32. Bu sandalye/yatak rahatsız	4	3	2	1
33. Bu manzara bende iyi duygular uyandırıyor	4	3	2	1
34. Özel eşyalarım burada değil	4	3	2	1
35. Kendimi buraya ait hissetmiyorum	4	3	2	1
36. Kendimi yürüyecek kadar iyi hissediyorum	4	3	2	1
37. Arkadaşlarım telefon ederek ya da elektronik posta/ kart atarak beni hatırlıyor	4	3	2	1
38. İnançlarım bana huzur veriyor	4	3	2	1
39. Sağlığım hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum	4	3	2	1
40. Kendimi kontrol edemiyorum	4	3	2	1
41. Çıplak olduğum için kendimi garip hissediyorum	4	3	2	1
42. Bu oda berbat kokuyor	4	3	2	1
43. Tek başıyım ama yalnızlık hissetmiyorum	4	3	2	1
44. Kendimi huzurlu hissediyorum	4	3	2	1
45. Kederliyim	4	3	2	1
46. Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim	4	3	2	1
47. Burada yaşamak kolay	4	3	2	1
48. Kendimi yeniden iyi hissetmek istiyorum	4	3	2	1

EK.4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bu araştırma, hizmet aldığımız doğumhane biriminde, sezaryen öncesindeki açlık sürenizi, kaygı düzeyinizi ve konfor(rahatlık) düzeyinizi belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Araştırmada, yaş, cinsiyet ve eğitim durumu gibi bilgileriniz, kan şekeriniz, hissettiğiniz açlık, susuzluk, ağız kuruluğu ve baş ağrısı düzeyiniz değerlendirilecektir. Şuan yaşadığınız ve genelde yaşadığınız kaygı düzeyi ile rahatlık durumunuz da değerlendirilecektir. Sezaryen sonrasında bebeğinizin kilosu, boyu, fiziksel değerlendirmesi ile ilgili bilgiler de kayıtlı edilecektir.

Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katıldığınız için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırmanın başında ya da herhangi bir aşamasında araştırmadan çıkma hakkınız bulunmaktadır. Araştırmadan çıktığınız için bakım ve tedavi işlemleriniz ihmal edilmeyecektir. Araştırmadan elde edilen tüm bilgiler sadece bilimsel amaçlı kullanılacak, kimliğiniz ve kişisel bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul ederek vereceğiniz bilgiler için teşekkürlerimi sunarım.

Doç. Dr. Asiye GÜL

İmza

Arş. Gör. Tuba KARAASLAN

İmza

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını tamamen anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. “Sezaryen öncesi annenin açlık süresinin, konfor ve kaygı düzeyinin belirlenmesi” için alınan bilgilerin kimliğimi ortaya çıkaracak şekilde açıklanmadan, sadece yukarıda bahsi geçen araştırmada kullanılmasına izin veriyorum. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:.....

İmzası:

Tarih:

Araştırmacıların İletişim Bilgileri: Demirkapı Cad. Karabal Sk. Bakırköy Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Bahçesi içi 34740 Bakırköy / İstanbul

Telefon: 0212 414 15 00 (40144)

EK.5. Prof. Dr. Necla Öner'den Yazılı İzin Belgesi

/01/2016 16:30 90-212-2872958 EUREM PAGE 01
 İMGEN: FAKS NO.: 11 TEM. 2011 9:32 51

Sn. Seda Aydın
 (Prof. Dr. Necla ÖNER'e ileilmek üzere)

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalında yüksek lisans yapabilmek için Prof. Dr. Asiye GÜL'ün danışmanlığında yürüttüğüm "Sezaryen Öncesi Annenin Açlık Süresinin, Konfor ve Kaygı Düzeyinin Belirlenmesi" konulu tezime "Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri" ni kullanmam hususunda izninizi talep ediyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

Arş. Gör. Tuba KIZILKAYA

19.12.2016

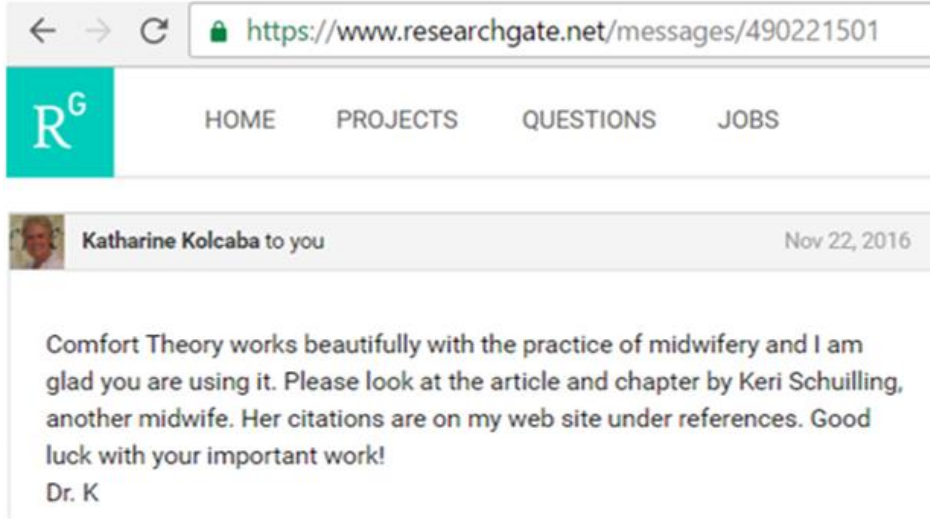


Adres: Demirkapı Cad. Karabal Sk. Bakırköy
 Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi
 Bahçesi içi PK 34740 Bakırköy/İSTANBUL/TÜRKİYE
 Fax: 0(212) 414 15 15 (İstanbul Üniversitesi, SABİF)
 Tel: 0(212) 414 15 00 (40144)
 Cep Tel: 0551 405 18 04
 E-posta: tuba.karaaslan@istanbul.edu.tr

26/12/16

Sayı: Tuba
 Mesleki
 Zulmelerin
 Baranlar
 envanteri
 Kızılkaya

**EK.6. Prof. Dr. Katharine Kolcaba'dan ve Doç. Dr. Ükke Karabacak'tan
Yazılı İzin Belgesi**



Ocak 12, 2016

Sayın Tuba KARAASLAN ,

“Sezaryen öncesi annenin açlık süresinin, konfor ve kaygı düzeyinin belirlenmesi” isimli yüksek lisans tezinizde, “Genel Konfor Ölçeği” ni kullanmanız uygundur.

Hemsirelik Bakımında konfor kavramına ilginizden dolayı teşekkür eder, çalışmanızda başarılar dilerim.

Sevgi ve Saygılarımla,

Prof. Dr. Sema KUGUOĞLU, Ph.D., RN
INACSL-CAE Healthcare Simulation Fellow
&

Acibadem Üniversitesi , Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemsirelik Bölümü,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemsireliği
Öğretim Üyesi

EK.7. Kurum İzni Yazısı

İSTANBUL İLİ BAKIRKÖY BÖLGESİ KAMU
HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ -
BAKIRKÖY İDARİ HİZMETLER BAŞKANLIĞI
28/03/2016 07:26 - 95273397 - 772.02 - E.7641



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 95273397/772.02
Konu : Araştırma İzni Hk (Tuba
KARAASLAN)

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi: 04/02/2016 tarihli ve 16530 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazımız ile, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Tuba KARAASLAN'ın, "Sezaryan Öncesi Annenin Açlık Süresinin, Konfor ve Kaygı Düzeyinin Belirlenmesi" başlıklı çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde uygulama talebi, başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, 21.03.2016 tarihinde gerçekleştirilen 2016/2. sayılı Bilimsel Araştırmalar Komisyonu Toplantısında araştırmanın; amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemleri, yürürlükte bulunan "İyi Klinik Uygulama Kılavuzu" dikkate alınarak incelenmiş olup araştırmanın yürütülmesinde sakınca olmadığına karar verilmiştir.

Gereğini arz ederim.

Doç.Dr. Kadriye KART YAŞAR
Genel Sekreter

Zuhuratbaba Mah. Dr. Tevfik Sağlam Cad. 25/2 Bakırköy Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
A★ tılı bilgi için: 0212 4091600-4162

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 134d2220-4360-4def-8909-66f64a55e45c kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK.8. Sharon Carey'den Tablo Kullanım İzni

23.12.2016

Gmail - Permission about the article



Tuba Kızılkaya <tuba.karaaslan44@gmail.com>

Permission about the article

2 ileti

Tuba Karaaslan <tuba.karaaslan44@gmail.com>
 Alıcı: Sharon.Carey@sswahs.nsw.gov.au

11 Ağustos 2016 04:04

Dear author,

I'm research assistant Tuba Kızılkaya from Istanbul University and I'm writing my Master's thesis about Preoperative Fasting time at Caesarean Section. And I'm really interested in your article named "Practice Guideline Recommendations on Perioperative Fasting: A Systematic Review" and I found it excellent. Could you let me use the table.3 Summary of Recommendations about preoperative fasting in my article and thesis?

Kind regards

—

Tuba KIZILKAYA Research assistant, Midwife
 Istanbul University, Faculty of Health Sciences, Midwifery
Address: Demirkapı Cad. Karabal Sk. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Bahçesi içi 34740 Bakırköy-Istanbul /Turkey
Telephone: +90 (212) 414 15 00 (40144)
Fax: +9 0(212) 414 15 15
E-mail: tuba.karaaslan@istanbul.edu.tr

Sharon Carey <Sharon.Carey@sswahs.nsw.gov.au>
 Alıcı: Tuba Karaaslan <tuba.karaaslan44@gmail.com>

12 Ağustos 2016 05:09

Hi Tuba,

Of course happy for you to use it, best of luck with the PhD,

Sharon

Dr. Sharon Carey (PhD)

Head of Nutrition & Dietetics | **Royal Prince Alfred Hospital**

Gastrointestinal Specialist Dietitian

Churchill Fellow & Adjunct Senior Lecturer (USyd)

Missenden Road, CAMPERDOWN NSW 2050

Tel 02 9515 7863 | Fax 02 9515 5047 | sharon.carey@sswahs.nsw.gov.au

EK.9. Ana Pilar Betran Lazaga'dan Tablo Kullanım İzni

12.12.2016

İstanbul Üniversitesi Posta - permission about using table from your research article



TUBA KARAASLAN <tuba.karaaslan@istanbul.edu.tr>

permission about using table from your research article

BETRAN LAZAGA, Ana Pilar <betrana@who.int>
 Alıcı: TUBA KARAASLAN <tuba.karaaslan@istanbul.edu.tr>

12 Aralık 2016 11:11

Dear Tuba,

Thank you very much for your interest in this work.

The whole manuscript is available and you can use any Table or Figure that you need as long as you reference the source.

Regarding your question: the denominator for CS rates is all live births.

Just in case it can be useful, I am attaching a few more published manuscripts on caesarean section.

See also the 2015 WHO Statement on Caesarean Section rates: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/








Kind wishes and all the best for your thesis!

Ana Pilar

From: TUBA KARAASLAN [mailto:tuba.karaaslan@istanbul.edu.tr]
Sent: 10 December 2016 07:11
To: BETRAN LAZAGA, Ana Pilar
Subject: permission about using table from your research article

[Alıntılanan metin gizlendi]

7 eklenti

-  **21st century association BJOG 2015.pdf**
376K
-  **C-Model BJOG.pdf**
175K
-  **Commentary CS Statement BJOG 2015.pdf**
78K
-  **CS SR Classifications PLoS one 2011.pdf**
154K
-  **CS SR experiences 2014.pdf**
568K
-  **Robson trends GS MCS Lancet GH.pdf**
432K
-  **Optimal CS Systematic review 2015.pdf**
654K

ETİK KURUL KARARI



MEDİPOL
UNV

İSTANBUL
MEDİPOL
ÜNİVERSİTESİ

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.3871
Konu : Etik Kurulu Kararı

24/11/2015

Sayın Doç. Dr. Asiye GÜL

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Sezaryen öncesi annenin açlık süresinin, konfor ve kaygı düzeyinin belirlenmesi” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

EK:

-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Doc. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 24.11.2015 tarihinde e-imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu: <http://cbys.medipol.edu.tr/e-imza/confirmationCodeDocumentViewer.aspx?Code=A7213530X2>

Kavacık Mahallesi Ekinciler Caddesi No: 19 Beykoz / İSTANBUL
Tel: (216) 681 5100 Faks: (212) 531 7555

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU






BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sezaryen öncesi annenin açlık süresinin, konfor ve kaygı düzeyinin belirlenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Asiye Gül Tuba Karaaslan			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	09.11.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	09.11.2015		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
Karar Bilgileri	Karar No: 535		Tarih: 18/11/2015		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.				

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Tangül MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlnur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK	Kulak-Burun Boğaz	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma



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

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.5441
Konu : Etik Kurulu Hk.

14/04/2016

Sayın Tuba KARAASLAN

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 18.11.2015 tarihli ve 535 sayı ile onay verilen “Sezaryen Öncesi Annenin Açlık Süresinin, Konfor ve Kaygı Düzeyinin Belirlenmesi” isimli araştırma başvurumuzu Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nde yürütme talebiniz uygun bulunmuş olup, kayıt altına alınmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Doc. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 14.04.2016 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağınızı <http://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 632BCADFX1 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi

Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr