

← 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

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

**( YÜKSEK LİSANS TEZİ )**

**SEZARYEN DOĞUMLARDA UYGULANAN ANESTEZİ YÖNTEMLERİNİN,  
ANNENİN VE YENİDOĞANIN DOĞUM SONU DÖNEM  
KONFORUNA VE UYUMUNA ETKİLERİ**

**ESRA GÖKDAĞ BALCI**

**DANIŞMAN  
DOÇ. DR. ÜMRAN YEŞİL TEPE OSKAY**

**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI  
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**İSTANBUL-2016**

## TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında Esra Gökdağ Balcı tarafından hazırlanan Sezaryen Doğumlarda Uygulanan Anestezi Yöntemlerinin Annenin ve Yenidoğanın Doğum Sonu Dönem Konforuna ve Uyumuna Etkileri başlıklı Yüksek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

19 / 01 / 2016

### Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) \_\_\_\_\_ İmzası

1.Prof.Dr.Nevin Hotun Şahin İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



2.Doç.Dr.Ümran Oskay (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



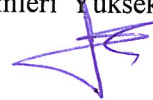
3.Doç.Dr.Ergül Aslan İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



4.Doç.Dr.İlkay Güngör İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



5.Yard.Doç.Dr.Feride Yiğit Hasan Kalyoncu Üniversitesi / Sağlık Bilimleri Yüksekokulu / Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi



**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 haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

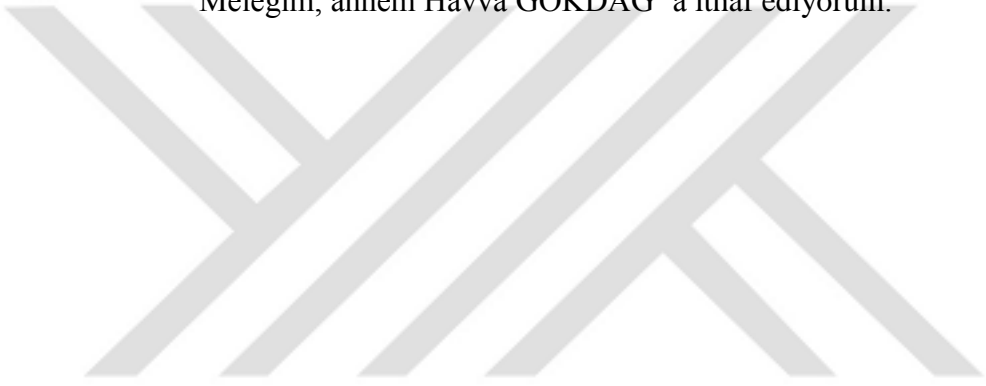
ESRA GÖKDAĞ BALCI

(İmza)



## İTHAF

‘Meleğim, annem Havva GÖKDAĞ’ a ithaf ediyorum.’



## TEŞEKKÜR

Tez çalışmam ve yüksek lisans eğitimim boyunca gösterdiği yakın ilgi ve sabır, harcadığı emek ve zaman, akademiksel geliőimimi talandırđıęı için değerli hocam Doç. Dr. Ümran YEŐİLTEPE OSKAY'a, bilimsel desteği değerli hocam Op.Dr.Sadiye EREN'e, tezimin istatistiksel değerlendirmesinde emeği geçen Dr. Melike Diősiz'e, yardımları için Hemşire Tuğbanur KATIRCI ve Ebe Betül YAZICI ÖKSÜZ'e hayatım boyunca beni hep tamamlayan aileme, her zaman yanımda olan sevgili eşim Tolga mit BALCI'ya ve araştırma kapsamına katıldıkları için tüm ANNELERE sonsuz teőekkürleri ediyorum.



## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	II
BEYAN.....	III
İTHAF.....	IV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER.....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	XII
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	XIII
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	XIV
ÖZET.....	XV
ABSTRACT.....	XVI
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Doğum Sonu Dönem.....	4
2.2. Doğum Sonu Dönem Konfor ve Uyumu.....	4
2.3. Doğum Sonu Dönemde Annenin Konforunu ve Uyumunu Etkileyen Faktörler.....	6
2.3.1. Ağrı.....	6
2.3.2. Mobilizasyon.....	8
2.3.3. Beslenme.....	8
2.3.4. Eliminasyon.....	9
2.3.4.1. Üriner Eliminasyon.....	10
2.3.4.2. Barsak Eliminasyon.....	10
2.3.5. Yaşamsal Bulgular.....	10
2.3.6. Emzirme.....	11

2.4. Doğum Sonu Dönemde Yenidoğanın Değerlendirilmesi.....	11
2.4.1. Apgar Skor.....	11
2.4.2. Yenidoğan Tartı Kaybı.....	12
2.5. Sezaryen.....	12
2.6. Sezaryende Uygulanan Anestezi Yöntemleri.....	15
2.6.1. Genel Anestezi.....	16
2.6.2. Bölgesel Anestezi.....	17
2.6.2.1. Epidural Anestezi.....	18
2.6.2.2. Spinal Anestezi.....	19
2.6.2.3. Kombine Spinal-Epidural Anestezi.....	20
2.7. Sezaryende Uygulanan Anestezi Yöntemine Göre Ebe/Hemşirelik Bakımı.....	20
2.7.1. Fiziksel Değerlendirme.....	21
2.7.2. Ağrı Kontrolü.....	21
2.7.3. Mesane ve Barsak Kontrolü.....	22
2.7.4. Mobilizasyonun Sağlanması.....	23
2.7.5. Emzirmenin Desteklenmesi.....	23
2.7.6. Anne –Bebek İlişkisinin Başlatılması.....	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	26
3.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	26
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	26
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	27
Araştırmaya katılım kriterleri.....	27
3.5. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar.....	27
3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK2).....	28
3.5.2. Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği II (EK3).....	28



3.5.3. Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Kısa Formu (EK4).....	28
3.5.4. Genel Konfor Ölçeği (EK5).....	29
3.5.5. Visual Analog Skala (VAS) (EK6).....	29
3.5.6. Apgar Skor (EK7).....	30
3.6. Araştırma Verilerinin Toplanmasında İzlenen Yol.....	31
3.7. Verilerin Değerlendirilmesinde İstatiksel Analiz.....	31
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	33
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	33
4. BULGULAR.....	34
4.1. Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	34
4.2. Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Genel Konfor Ölçeği, Doğum Sonrası Ebeveynlik Ölçeği ve Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Toplam Puanlarına İlişkin Bulgular.....	54
4.3. Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Türüne Göre Yenidoğanın Özellikleri.....	57
5. TARTIŞMA.....	59
5.1. Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	59
5.1.1. Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	60
5.1.2. Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Obstetrik-Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	61
5.1.3. Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Doğum Şekline Karar Vermelerini Etkileyen Faktörlerin Tartışılması.....	61
5.1.4. Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Anestezi Şekline Karar Vermelerini Etkileyen Faktörlerin Tartışılması.....	62
5.1.5. Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Sezaryen Sonrası Karşılaştıkları Sorunlar ve Yan Etkilerin Tartışılması.....	63

5.1.6. Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Türüne Göre Kadınların Ağrı ve fiziksel gereksinimlerin değerlendirilmesine yönelik özelliklerin Tartışması.....	64
5.1.7. Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Türüne Göre Kadınların Postoperatif Yaşamsal Bulguların Tartışılması.....	65
5.2. Genel Anestezi Ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Genel Konfor Ölçeği, Doğum Sonrası Ebeveynlik Ölçeği ve Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Toplam Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	66
5.2.1. Genel ve Bölgesel Anestezi Türüne Göre Kadınların Genel Konfor Ölçeği Alt Boyut, Alt Düzey ve Toplam Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	66
5.2.2. Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği Toplam Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	67
5.2.3. Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Toplam Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	68
5.3. Genel Anestezi Ve Bölgesel Anestezi Türüne Göre Yenidoğanın Özellikleri.....	69
5.3.1. Genel Anestezi Ve Bölgesel Anestezi Türüne Göre Yenidoğan Apgar Skoruna İlişkin Bulguların Tartışılması.....	69
5.3.2. Genel Anestezi Ve Bölgesel Anestezi Türüne Göre Yenidoğan 1.Gün ve 2.Gün Tartı Kaybına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	70
6. SONUÇLAR.....	71
7. ÖNERİLER.....	73
KAYNAKLAR.....	74
FORMLAR.....	96

Ek 1: Gönüllü Onam Formu.....	96
Ek 2: Tanıtıcı Bilgi Formu.....	97
Ek3:Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği (The Postpartum Parenting .....	102
Ek 4: Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Kısa Formu (Breastfeeding Self-Efficacy Short Form Scale).....	103
Ek 5: Genel Konfor Ölçeği ( General Comfort Questionary).....	105
Ek 6: Vas (Visuall Analog Scala).....	108
Ek 7: Apgar Skor.....	108
Ek 8: Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği kullanımı için alınan izin yazısı.....	109
Ek 9: Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Kısa Formu kullanımı için alınan izin yazısı.....	110
Ek 10: Genel Konfor Ölçeği kullanımı için alınan izin yazısı.....	111
Ek11:Kurum izin yazısı.....	112
ETİK KURUL KARARI.....	113
ÖZGEÇMİŞ.....	115

## TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1: Apgar Skor.....	30
Tablo 3-2: Verilerin İstatiksel Analizi.....	32
Tablo 4-1: Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	35
Tablo 4-2: Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Obstetrik-Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	36
Tablo 4-3: Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Doğum Şekline Karar Vermelerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular.....	37
Tablo 4-4: Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Anestezi Şekline Karar Vermelerini Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulgular.....	39
Tablo 4-5: Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Sezaryen Sonrası Karşılaştıkları Sorunlar ve Yan Etkilere İlişkin Bulgular.....	41
Tablo 4-6: Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Türüne Göre Kadınların Ağrı ve Fiziksel Gereksinimlerin Değerlendirilmesine İlişkin Bulgular.....	44
Tablo 4-7: Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Türüne Göre Kadınların Postoperatif Yaşamsal Bulguları.....	45
Tablo 4-8: Genel ve Bölgesel Anestezi Türüne Göre Kadınların Genel Konfor Ölçeği Alt Boyut, Alt Düzey ve Toplam Puanlarına İlişkin Bulgular.....	54
Tablo 4-9: Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği Toplam Puanlarına İlişkin Bulgular.....	55
Tablo 4-10: Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Toplam Puanlarına İlişkin Bulgular.....	56
Tablo 4-11: Genel Anestezi Ve Bölgesel Anestezi Türüne Göre Yenidoğan Apgar Skoruna İlişkin Bulgular.....	57
Tablo 4-12: Genel Anestezi Ve Bölgesel Anestezi Türüne Göre Yenidoğan 1.Gün ve 2.Gün Tartı Kaybına İlişkin Bulgular.....	58

**ŞEKİLLER LİSTESİ**

<b>Şekil 3-1:</b> Visual Analog Skala (VAS).....	30
--	----



**SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ**

<b>APGAR</b>	:Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration
<b>AÇSAP</b>	:Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
<b>SpO2</b>	:Periferik Oksijen Satürasyonu
<b>SPSS</b>	:Statistical Package For Social Sciences
<b>VAS</b>	:Vizüel Analog Skala



## ÖZET

GÖKDAĞ BALCI, E. (2015). Sezaryen Doğumlarda Uygulanan Anestezi Yöntemlerinin, Annenin ve Yenidoğanın Doğum Sonu Dönem Konforuna ve Uyumuna Etkileri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Araştırma, sezaryen doğumlarda uygulanan anestezi yöntemlerinin doğum sonu dönemde anne ve yenidoğana olan etkilerinin belirlenmesi amacıyla karşılaştırmalı, kesitsel niteliktedir. Araştırmanın örneklemini Ocak 2014-Haziran 2014 tarihleri arasında araştırma kriterlerine uyan 234 kadın ve 234 yenidoğan oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama araçları olarak, "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği", "Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Kısa Formu", "Genel Konfor Ölçeği", "Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği", "APGAR", "Vizüel Analog Skala" kullanıldı.

Genel anestezi ve bölgesel anestezi uygulanan kadınların yaş, çalışma ve eğitim durumu, evlilik süreleri ve gebelik sayılarına ilişkin verileri birbirine benzer bulundu.

Sezaryen ameliyatında genel anestezi uygulanan kadınlarda bebeğini görmede ve bağ kurmada gecikme, oral beslenmeye başlamada gecikme, ağrı, mide bulantısı gibi sorunların bölgesel anestezi uygulananlara göre daha yüksek düzeyde olduğu bulundu. Bölgesel anestezi uygulanan kadınlarda genel anestezi uygulanan gruba göre Genel Konfor Ölçeği, Doğum Sonrası Ebeveynlik Ölçeği ve Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi. Bölgesel anestezi uygulanan gruptaki yenidoğanların 5. dk. Apgar puanlarının daha yüksek, 1.gün ve 2.gün tartı kaybı ortalamalarının daha düşük olduğu bulundu.

Bu çalışmanın sonucuna göre sezaryen doğumlarda uygulanan bölgesel anesteziye kıyasla genel anestezinin annenin ve yenidoğanın doğum sonu dönem konforunu ve uyumunu olumsuz etkilediği saptandı.

Anahtar kelimeler: sezaryen, obstetrik anestezi, lohusa, yenidoğan.

## ABSTRACT

GÖKDAĞ BALCI, E. (2015). Effects of Anaesthesia Approaches to the Mother and New-Born's Comfort and Adaptation Period That Can Apply in the Caesarean Births. Istanbul University Institute of Health Sciences, Department of Obstetrics and Gynaecologic Nursing. Graduate Thesis. Istanbul.

The present study was planned to study effects of the anaesthesia approaches for the cesarean births in the post-partum period. The study was comparative and cross-sectional type and it was carried out with mothers and their new-born babies between January 2014 and June 2014. The sample groups were consisted of 234 women and 234 new borns. In the study, seven data collection instruments were used: "Identifier Information Form", "Parenthood Behavior Scales in the Post-Partum Period", "Short Form of the Self-Capability Scale During the Post-Partum Period", "APGAR", and "Scale of the Visual Analogue".

The findings in the general anesthesia and local anesthesia groups were similar with respect to age, profession, education, economic status and number of pregnancy birth. After the information was gathered, the results showed some differences between general anesthesia and local anesthesia groups. In the general anesthesia groups, problems like delaying to start oral feeding, misleading to face and to associate with their new borns, pain and nausea are higher than local anesthesia ones.

However, "General Comfort Scale, Parenthood Scale in the Post-Partum Period, and Self-Capability Scale in the Post-Partum Lactation Period" data collections were higher in the local anesthesia groups. There was a considerable improvement in 5 minutes of Apgar Test and downturn of weight loss in the first and second day of the post-partum period.

In conclusion, this study showed that general anesthesia affected mother and her new-born's comfort and adaptation negatively unlike to local anesthesia in the cesarean surgeries.

Key words: cesarean surgery, obstetrics anesthesia, maternity, new-born.



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kadınların yaşadıkları adölesan, cinsel olgunluk, klimakterik ve yaşlılık gibi dönemlerin kendine özgü fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunları bulunmaktadır. Kadın sağlığında, gebelik ve doğumla ilgili sorunların en yoğun yaşandığı dönem 15-49 yaş arası olan doğurganlık dönemidir. 50 yaş ve sonrası için ise postmenopozal ve daha sonrasında yaşlılık dönemi gelmektedir. Menopoz ve menopoz sonrası dönemde, osteoporoz, kardiyovasküler sorunlar ve yaşlanma sürecine bağlı rahatsızlıklar kadın sağlığını önemli ölçüde etkilemektedir (Aslan 2001).

Ancak sağlıklı bir doğurganlık dönemi yaşamın daha sonraki dönemlerinin de sağlıklı geçirilmesini sağlayabilir (Taşkın 2005). Özellikle doğum sonu dönem, fizyolojik değişikliklerin, yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği en önemli dönemlerden biridir (Lowdermilk 2000). Nugent ve Brazelton doğumdan hemen sonraki dönemi “Mükemmelliğe denk mihenk noktası” olarak tanımlamaktadırlar (Yıldız 2008).

Bu dönemlerin sağlıklı devam etmesinde ve sonlanmasında birçok etken rol oynamaktadır (Lowdermilk ve Pery 2000; Taşkın 2005). Bunlardan biri de tercih edilen doğum şeklidir (Karakaplan 2007). Annenin ve yenidoğanın sağlığını çeşitli şekillerde etkileyen sezaryen doğum günümüzde gerçek endikasyonları dışında yapılmaktadır. Son yıllarda sezaryen doğumlar en sık yapılan majör cerrahi girişimler haline gelmiştir (Hopkins ve Amaral 2006; Kiran ve Jayawickrama 2002; Thivierge 2006; Walker ve ark. 2004). Buna bağlı olarak anne ve yenidoğan anestezinin ve uygulanan cerrahi girişimlerin istenmeyen etkilerine maruz kalmaktadırlar. Anne sezaryen doğum sonrası uzun bir süre ayağa kalkamayacak, barsak hareketleri başladıktan bir süre sonra oral beslenme başlayabilecek ve çeşitli ağrılar nedeniyle doğum sonu dönemin ilk günlerini sıkıntılı geçirecektir. Sezaryen doğum sonrası karşılaşılan sorunlardan ilk sırayı “ayağa kalkma” (%98.0), “ameliyat yerinde ağrı” (%94.0), bunu “kişisel hijyen”, “gaz çıkarma”, “bebek bakımı”, “ağrı” gibi sorunlar almaktadır (Karakaplan 2007; Yılmaz 2002).

Tüm bu sorunlar yaşanırken annenin doğum sonu döneme uyumunu kolaylaştırmak için laktasyonun erken başlaması ve devam etmesi, anne bebek etkileşiminin sağlanması, iyileşme sürecinin hızlandırılması, komplikasyonların önlenmesinde ve doğum sonu dönem anne ve bebeğe verilecek bakım çok önemlidir (Mckinney ve ark. 2000; Taşkın 2005).

Doğum sonu dönemde verilecek bakım kadar sezaryen doğumda uygulanacak anestezi yöntemi de büyük önem taşımaktadır. Genel anestezi ve bölgesel anestezi çeşitleri arasından uygun anestezi türünün seçiminde, anestezi her türlü komplikasyonları, gereklilikleri, hastanın beklentilerini ve anesteziyoloji hükümlerini değerlendirmek zorundadır (Özatamer ve ark. 2002). Her anestezi türünün farklı avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Ancak son yıllarda genel anesteziye bağlı yüksek maternal mortalite nedeni ile bölgesel anestezi daha çok tercih edilir hale gelmiştir (Morgan ve ark. 2008; Okafor ve ark. 2009). Hatta bazı yazarlar bir kontrendikasyon olmadığı sürece sezaryen operasyonları için genel anestezinin “kabul edilemez” olduğunu savunmaktadırlar (Wong 2010).

Sezaryende uygulanan anestezinin yenidoğan üzerinde de pek çok etkileri bulunmaktadır. Yenidoğanların apgar skorlarının uygulanan anestezi türünün etkilediği görülmüştür (Şener ve ark. 2003; Cunningham 2001). Yine sezaryen sonrası yenidoğanlardaki artmış kilo kaybı, anne-bebek arasındaki adaptasyonun gecikmesinde anestezi türünün etkisi olmaktadır. Epidural anestezi, postnatal süt salınımı ve emzirme başarısını etkilememektedir ve genel anestezi grubuna göre yenidoğanların emme süresi ve sıklıklarının fazla olduğu gözlenmektedir (Çalışır ve ark.2009; Şener ve ark. 2003). Sezaryende uygulanan anestezi türüne göre; kadınların doğum sonu döneme ilişkin yaşadığı problemlerin saptanması ve çözümünün sağlanması ve annelerin konfor düzeylerinin belirlenmesi, hemşirelik bakım kalitesi açısından önemlidir ve annelerin yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu görülmektedir (Kolcaba 2003).

Bu çalışma yukarıdaki gerekçeler doğrultusunda sezaryen doğum sırasında uygulanan anestezi yöntemlerinin, annenin doğum sonu dönem konfor ve uyumuna, yenidoğanın genel sağlık durumuna etkilerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Doğum sonu dönemde genel anesteziyle oluşan etkilerin ortaya çıkardığı problemler, sağlık ekibinin yeterince farkında olduğu bir konu değildir.

Uygulanan anestezi yöntemlerine göre doğum sonu dönemdeki kadınların sorunlarının bilinmesi ve bakım kalitesinin artırılması yönünden önemlidir. Bu çalışma sonucunda sezaryen doğumlarda uygulanan anestezi yönteminin doğum sonu dönemde anne ve yenidoğan sağlığına ilişkin etkilerinin bilinmesinin hemşirelik literatürüne ve bakım kalitesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Doğum Sonu Dönem

Doğum sonu dönem; doğum eylemi sona erdikten, bebek, plasenta ve membranlar doğduktan sonra başlayan bir süreçtir (Taşkın 2011). Bu süreç altı hafta devam etmekle birlikte yaşanan bazı sorunlar bir yıl ya da daha uzun süre devam edebilmektedir (Shaw ve Kaczorowski 2007). Doğum sonu döneme özgü fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik açıdan bir çok değişiklikler meydana gelmektedir.

Bu dönemde kadında fizyolojik olarak gerileyici ve ilerleyici değişiklikler görülmektedir. Gerileyici değişiklikler; uterus, vajina, genital organların ve diğer sistemlerin gebelik öncesi döneme geri dönmesidir. İlerleyici değişiklikler ise laktasyon için hazırlanan memelerde meydana gelmektedir (Taşkın 2011).

Anne; yorgunluk, yeni sorumluluklarla baş edememe korkusu, uyku düzeninin bozulması, günlük planlarının değişmesi, hormonal değişimler ve fiziksel görünümün bozulması gibi problemlerle baş etmenin yanı sıra yenidoğan bakımı ve sorumluluklarını üstlenmek zorundadır (Gölbaşı 2003; Bilgin ve Potur 2010; Tezel ve Gözüm 2005). Bunlara ek olarak sezaryen doğumda anne anestezi almıştır ve abdominal insizyonu vardır (Akay 2003).

Bu hızlı yenilenme sürecinde psikososyal dengelerin bozulması ve bu değişikliklere uyumda anne ve ailenin yoğun stres yaşadığı görülmektedir (Doğaner ve Bekar 2006; Lowdermilk ve ark. 2000; Gölbaşı 2003).

### 2.2. Doğum Sonu Dönem Konfor Ve Uyumu

Konfor; huzuru sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel ihtiyaçların karşılanması şeklinde tanımlanabilmektedir (Kolcaba 2003; Kolcaba 2006). Konfor kavramı üç düzey ve dört boyuttan oluşmaktadır. Bireysel gereksinimlerin yoğunluğuna göre ferahlama, rahatlama ve üstünlük olmak üzere 3 düzey ve fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel olmak üzere 4 boyutta ele alınmaktadır (Kolcaba 2003).

**Konfor kavramının düzeyleri;**

**Ferahlama;** bireyin konfor gereksinimleri karşılanmaya başladığında sıkıntıdan kurtulması ile hissettiği durumdur (Kolcaba 2003).

**Rahatlama;** sakinlik hoşnutluk durumu, huzur ya da rahatlaktır (Kolcaba 2003).

**Üstünlük;** bireyin sorunlarının üstesinden gelebilmesidir (Kolcaba 2003).

**Konfor kavramının boyutları ise;**

**Fiziksel rahatlık;** bedensel duyar ve fizyolojik sistemlerdeki işleyişle ilgili rahatlık durumudur (Karabacak 2004; Kolcaba 2003).

**Psikospiritüel rahatlık;** mental (akılsal), emosyonel (duygusal), spiritüel (manevi) bileşenlerdir (Kolcaba 2003).

**Çevresel rahatlık;** aydınlık, gürültü, renk, ısı, koku, pencereden görülen manzara, mobilyalar ve fiziksel mekan gibi dışsal etkenler ve bunların birey üzerindeki etkileridir (Kolcaba 2003).

**Sosyokültürel rahatlık;** aile ve diğer sosyal kurumlarla etkileşimleri ve kişiler arası ilişkileri içerir (Kolcaba 2003).

Hemşirelikte konfor ise hasta, aile ya da toplumun konfor gereksinimlerinin tanılanması, önlemlerin alınması ve konfor düzeyinin değerlendirilmesi süreçlerini kapsamaktadır (Karakaplan ve Yıldız 2010; Çınar 2011). Sezaryen doğum sonrası ağrı, halsizlik, anestezinin olumsuz etkileri gibi nedenlerle annelerin doğum sonu konforunda belirgin azalma olabilmektedir. Ancak verilecek kapsamlı bir ebe/hemşirelik bakımı ile rahat, konforlu, sağlıklı bir doğum sonu dönem sağlanabilir (Akay 2003). Özellikle doğumu izleyen ilk saatlerde annenin ağrısı azaltılıp kanaması kontrol altına alınırsa, hijyenik gereksinimleri karşılanırsa, mobilizasyona ve normal beslenme düzenine geçebilmesi desteklenirse, bu döneme uyum sağlayarak konfor düzeyi yüksek olacaktır. İlk saatlerin etkin bir şekilde geçirilebilmesi için annenin bu dakikaların önemi hakkında daha önceden bilgilendirilmiş olması da önemlidir (Yılmaz 2002).

Uyum; kişinin kendisinde ve çevresinde meydana gelen değişiklikler karşısında dengeyi sağlayabilmek için kullandığı yöntemler veya süreç olarak tanımlanabilir. İnsan, sürekli değişen çevresel uyaranlarla etkileşimde bulunan, uyum gösteren bir sistemdir (Roy 2009).

Doğum sonu dönemde anneliğe uyumu etkileyen faktörleri araştıran pek çok çalışma bulunmaktadır. Anneye ait özellikler, annenin doğum sırasında yaşadığı farklı durumlar, anneliğe bakış açısı, bebeğine karşı duyduğu his, anne-bebek arasındaki temas yetersizliği, sezaryen doğum, sosyal ve ailesel faktörler, kültürel yapı, eşin desteği, eğitim eksikliği, doğum olayı ile ilgili önceki olumsuz deneyimler, sağlık profesyonellerinin desteği anneliğe uyum ve annelik rolünün kabulü etkilenmektedir (Çoban ve Saruhan 2005; Çalışır ve Başbakkal 2005; Çavuşoğlu 2008). Doğum sonu döneme uyum sağlayamayan kadınlarda çeşitli düzeylerde duygusal sorunlar gelişebilir (Marakoğlu ve ark. 2009; Ejder 2011).

### **2.3. Doğum Sonu Dönemde Annenin Konforunu Ve Uyumunu Etkileyen Faktörler**

#### **2.3.1. Ağrı**

Ağrı, vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, insanın geçmişteki tüm deneyimlerini kapsayan bir duygu durumudur (Değirmen 2006; Aslan 2006; Özyuvacı ve ark. 2003). Ameliyat sonrası dönemde hastalarda travma sonucu fizyolojik ve psikolojik tepkiler oluşabilir. Bu tepkiler arasında hastayı en çok rahatsız eden ise ağrıdır (Değirmen 2006). Postoperatif ağrı ise; cerrahi travma ile başlayan ve doku iyileşmesi ile giderek azalan akut bir ağrı olarak tanımlanabilir (Özyuvacı ve ark. 2003; Kanan 1998).

Sezaryen sonrası en erken görülen ve ilk yakınma olan insizyon ağrısının yoğunluğu; anestezinin türü, hastanın anksiyete düzeyi, ameliyat süresi, hastanın mental durumu ile ilişkilidir. Hastanın bilincini kazanması ağrı hissi ile beraberdir. Ağrı süresi ve yoğunluğu değerlendirilmelidir (Özkan 2004).

Bunların yanı sıra operasyon sonrası ağrının ortaya çıkışını, şiddetini, niteliğini ve süresini etkileyen birçok etken ortaya konmuştur. Bunlar aşağıdaki şekilde sıralanabilir;

- Hastanın farmakolojik ve psikolojik açıdan ameliyat öncesi hazırlığı,
- Hastanın fizyolojik ve psikolojik altyapısı,
- Ameliyatın yeri, niteliği ve süresi,
- Ameliyat sonrası komplikasyonların varlığı,
- Cerrahi öncesinde, sırasında ve sonrasında uygulanan anestetik yaklaşım,
- Ameliyat sonrası bakımın kalitesi,
- Anestezi uygulamaları (Esther 2007; Özyuvacı ve ark. 2003; Aslan2006).

Günümüzde cerrahi teknikler ve perioperatif bakımdaki teknolojik ilerlemelere rağmen, ameliyattan sonra hastaların birçoğu hala ağrı hissettiklerini bildirilmektedir (Esther 2007; Huang 2001; Lellan 2004; Gürler 2007; Schafheutle ve ark. 2002).

Postoperatif ağrının birçok sistem üzerine olumsuz etkileri mevcuttur. Bunlar;

- 1) Akciğer vital kapasitesinde azalma, fonksiyonel rezidüel kapasite ve zorlu ekspiratuar volümde azalma,
- 2) Katekolamin ve katabolik hormonlar artar, anabolik hormonlarda azalma,
- 3) Miyokard iskemisi ve enfarktüs riskinin artması,
- 4) Tromboembolik komplikasyon riskinin artması,
- 5) Gastrointestinal motilitesinde azalma,
- 6) Üretra ve mesanede motilite azalmasına yol açarak idrar yapmayı güçleştirir,
- 7) Psikolojik etkiler gelişebilir (Rawal ve ark. 2000; Özyuvacı 2003; Barış ve ark.1999; Huang 2001; Gürler 2007; Shea 2002).

### 2.3.2. Mobilizasyon

Doğum sonrası annenin erken mobilizasyonu önemlidir (Noble 2003). Doğumdan birkaç saat sonra mobilizasyonun başlaması uterusun involusyonunu hızlandırır ve alt ekstremitelerde kan akışını artırır, mide ve bağırsakların eski çalışma düzenine geçişi ve daha erken beslenmeyi sağlar (Köseli ve Akın 2001; Çınar 2005). Bunların yanı sıra bireyin kendini daha iyi hissetmesi ve doğum sonu dönem konforunun yükseltilmesi için de önemlidir.

Doğum sonu erken mobilizasyon ile abdominal distansiyonun direkt olarak önlenmesi sağlanır ve dolaşımı geliştirir, bağırsak tonusunu geri kazandırarak gazın dışarı atılmasını da kolaylaştırır (Taşdemir 2005).

Doğum sonrası mobilizasyona kadar geçen süre uzar ise insülin rezistansı artar, kaslarda zayıflama ve kas kütlesi kaybı, alt ekstremitelerde ağrı ve hassasiyetle karakterize olan tromboembolik hastalıkların gelişmesine neden olabilir (Kehlet ve ark. 2002; Lowdermilk 2004).

Kanıt temelli yaklaşımlarda da tromboembolizm riskini azaltmak için doğumdan sonra annenin mümkün olduğunca erken mobilizasyonun sağlanması, derin ven trombozu riski açısından değerlendirilmesi tavsiye edilmektedir. Bunların yanı sıra sezaryen sırasında kullanılan anestezi tipinin, postnatal durumu ve annenin hareketliliğini etkileyen en önemli faktörler arasında olduğu unutulmamalıdır (Akarcalı ve ark. 2001).

### 2.3.3. Beslenme

Sezaryen doğum sonrası erken dönemde oral beslenmenin başlaması, bağırsak hareketlerinin erken başlamasına, gaz çıkarma zamanını ve hastanede yatış süresini kısalttığı belirlenmiştir (Patolia ve ark. 2001; Göçmen ve ark. 2002; Mulayim ve ark. 2008). Genellikle sezaryen doğum sonrası bağırsak sesleri aktifleşinceye kadar anne oral beslenmeye başlayamaz. Bağırsak sesleri aktifleştiğinde ise annenin tolere etme durumuna göre önce sulu diyetle başlanır (Macmillan ve ark. 2000; Khı abd-el-maeboud ve ark. 2009). Ancak günümüzde sezaryen ameliyatı sonrası erken beslenmeye önem verilmektedir (Izbızky ve ark. 2008; Malhotra ve ark. 2005).



Yapılan bazı çalışmalarda oral beslenmeyi taklit etmesi açısından sakız çiğnemenin, ilk gaz ve gaita çıkarma süresinin kısaldığı belirtilirken (Kafalı ve ark. 2009; Akhlaghi ve ark. 2009; Asao ve ark. 2002; Vasquez ve ark. 2009), başka bir çalışmada ise ilk gaz ve gaita çıkarma süresini kısaltmadığı belirtilmektedir (Harma ve ark. 2009).

Özellikle bölgesel anestezi uygulanan anneler doğum sonrası dönemde uyanık olmaları avantajını kullanarak erken beslenebilirler ve anestezinin yan etkilerinden daha az etkilenmek için bol su içmeye teşvik edilirler. Fakat tüm hastalar erken beslenmeyi tolere edemeyebilir. Abdominal ve pelvik ameliyatlarından sonra hastaların % 20'sinin erken beslenmeyi tolere edemediği tespit edilmiştir (Schuster ve ark. 2006). Oral almaya bağlı olarak bulantı, kusma, aspirasyon gibi sorunlar yaşayabilmektedirler (Başaran ve Pıtkın 2009).

#### **2.3.4. Eliminasyon**

##### **2.3.4.1. Üriner Eliminasyon**

Sezaryen doğumdan sonra annenin erken dönemde idrar yapması önemlidir. Ancak anestezi, ağrı, korku, hastanın pozisyonu ve mesane sondasının olması nedeniyle idrar yapmada gecikme yaşanabilir. Mesane tonüsü ve mesanenin yeterli boşalması için gerekli iyileşme 5-7 gündür. Ancak aşırı mesane distansiyonu uzun sürerse mesane duvarı hasara uğrayabilir, mesane enfeksiyonlarının gelişebilir, doğum sonu kanamayı artırabilir, mesane tonüsünü azaltabilir ve idrar retansiyonuna neden olabilir (Taşkın 2009; Allender ve Spradley 2005; Hurt ve ark. 2010; Lund ve Mcmanaman 2010; Cunningham ve ark. 2005; Dresang ve Leeman 2012; Gordon 2010).

Bu sorunların gelişmemesi için anne doğum sonu ilk 6-8 saat içinde idrarını yapması için desteklenmelidir. Anne bu konuda desteklenerek doğum sonu dönem konforu yükseltilebilir (Akay 2003).

### 2.3.4.2. Barsak Eliminasyonu

Doğumdan sonra ilk günlerde annenin, perineal rahatsızlık ve hemoroid nedeni ile tuvalete çıkmakta güçlük çekme, doğum sonu sıvı kaybı, barsak peristaltizminin azalması, anestezi ilaçları, ameliyat sırasında bağırsakların elle tutulması gibi pek çok faktör nedeniyle boşaltım alışkanlığında bozulma oluşabilmektedir (Gülay 2005; Engin 2000; Çubukçu ve ark. 2006; Crainic ve ark. 2009; Schwartz 2003).

Özellikle genel anesteziye kullanılan ilaçların ve narkotik analjeziklerin gastrointestinal sistem hareketlerini azaltıcı etkisi vardır. Narkotik analjeziklerin gastrointestinal sistem üzerine; sekresyonları arttırıcı, özefageal sfinkter tonusunu azaltıcı, gastrik boşalmayı geciktirici ve bağırsak hareketlerini azaltıcı etkileri eliminasyonu olumsuz etkilemektedir. Tıbbi tedavideki son yaklaşımlar narkotik olmayan analjezik kullanımı yönündedir (Taşdemir 2005; Behm ve ark 2003). Bunların yanı sıra antibiyotik tedavisi barsak florasında değişikliklere yol açarak sindirim ve emilim işlevlerini etkilemektedir (Ceyhan ve ark. 2012). Genellikle barsak fonksiyonlarının doğumdan 3-4 gün sonra normale dönmesi beklenmektedir (Taşkın 2009).

### 2.3.5. Yaşamsal Bulgular

Temel yaşam bulguları olarak ifade edilen vücut sıcaklığı, arteriyel kan basıncı, nabız, solunum, oksijen saturasyon değeri ve ağrı bireyin sağlık durumunun göstergeleridir. Bireyin fizyolojik işlevlerindeki herhangi bir değişiklik, yaşamsal bulgu değerlerini mutlaka etkilemektedir. Bu sebeple yaşamsal bulgularının normal değerlerden sapması bir sorun işareti olarak kabul edilmektedir (Ulusoy ve Görgülü 1996; Akıncı 2003; Dicle ve İstan 2002; Kanan 2004).

Doğum sonu özellikle ilk 24 saatte vücut ısısının 38 dereceden yüksek olduğu durumlarda enfeksiyon varlığını düşündürebilir. En sık görülen postpartal enfeksiyonlar; endometritis, yara enfeksiyonu, mastit, üriner sistem enfeksiyonu ve septik pelvik tromboflebitir (Pillitteri 2010; Corwin ve Arbour 2007).

Normal nabız atım sayısı 50-70 atım/dk arasındadır. Ancak anksiyete, aşırı kan kaybı, heyecan, yorgunluk, ağrı, enfeksiyon gibi durumlar taşikardiye neden olabilir (Blackburn 2007).

### 2.3.6. Emzirme

Yaşamın ilk yılı, yenidoğanın tüm organlarının büyüme ve gelişimi için önemli bir dönemdir (Neyzi 2002). Anne sütü bu dönemde içerik açısından en yararlı besin olarak kabul edilmektedir. Anne sütü, diğer besinlere göre besleyicilik, temizlik ve ekonomiklik açısından en yararlısıdır.

Doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde anne ile bebek iletişiminin sağlanması ve annenin emzirmesi için desteklenmesi önemlidir. Yenidoğan ilk bir saatte uyanıktır ve emme refleksi güçlüdür. Bu dönemde emzirilmesi, emzirmenin başarılı bir şekilde başlatılmasını sağlayacaktır. İlk saat içinde emzirilen bebeklerde ölüm riskini %0.7 olarak bulurken, 1. saatten sonra emzirilen bebeklerde ölüm riski %1.4, 2. gün emzirilenlerde ise %2.3 olarak bulmuşlardır (Edmond ve ark 2006).

Erken emzirme bebeğin doğum sonrası yaşayabileceği sorunları önemli ölçüde azaltırken, anne sütünün gelmesini hızlandırır ve böylece anne sütü diğer besinlerin bebeğe verilmesini engellemektedir (Amin ve ark. 2010). Erken dönemde emzirmeye başlamayı, etkili emzirmeyi, annenin bebeğini besleme şeklini ve süresini etkileyen birçok faktör vardır. Bu faktörlerden biri de doğum süresince kullanılan analjezik ve anestezi ilaçlarıdır (Eroğlu 2007; Taşkın 2009; Dewey 2003).

## 2.4. Doğum Sonu Dönemde Yenidoğanın Değerlendirilmesi

### 2.4.1. Apgar Skor

1952 yılında Virginia APGAR tarafından geliştirilen APGAR skoru, yenidoğanın klinik durumunun hızlı bir şekilde değerlendirilmesini sağlayan bir yöntemdir (Can 1993). Apgar skorlaması, doğum sonrası 1. , 5. ve bazen 10. dakikalarda değerlendirilir. Beş objektif bulgudan oluşan 10 puan bebeğin durumunun iyi olduğunu gösterir (Koç 2003).

5. dakika Apgar skoru, yenidoğan dönemindeki ölümlerin ve ilerdeki nörolojik gelişimin değerlendirilmesi açısından bilgi verebilir (De Charney ve Nathan 2003; Morgan ve Mikhail 2008; Mirak ve ark. 2004; Erdemoğlu ve ark. 2006).

Sezaryen operasyonu süresince fetus ve yenidoğanın anesteziden az etkilenmesi için, anestezi induksiyonu en kısa sürede olmalıdır. Sezaryen doğumda uygulanan anestezi yöntemleri de Apgar skor sonucunu farklı şekilde etkileyebilir.

Genel anesteziye kullanılan ilaçların plasentayı geçerek fetusu daha fazla etkilemesi sonucunda yenidoğanın Apgar skorları daha düşük bulunurken bölgesel anestezinin neden olduğu maternal hipotansiyon ise, uteroplasental kan akımını etkileyerek düşük Apgar skorlarına yol açabilir (Lee ve ark. 2002; Petropoulos ve ark. 2003).

#### **2.4.2. Tartı Kaybı**

Doğum sonu erken dönemde yenidoğan tartı kaybı, fizyolojik bir olaydır. Yenidoğanlar ilk günlerde doğum ağırlıklarının %4-10' unu kaybedebilirler ve genellikle birkaç gün sonra tekrar kilo almaları beklenir (Rodriguez ve ark. 2000). Doğum sonu yenidoğanda tartı kaybına neden olan bir çok faktör bulunmaktadır. Sıvı ve katı maddelerin kaybı veya sıvı ve kalori alımının yetersizliği sonucu gelişebilir (Rodriguez ve ark. 2000). Doğum sonrası tartı kaybının doğum şekli ve anneye uygulanan anestezi çeşidine göre farklılık gösterdiğini bildiren çalışmalarda mevcuttur (Okumuş ve ark. 2009; Martens ve Romphf 2007).

#### **2.5. Sezaryen**

“Seksiyo” sözcüğü ilk kez Rousset tarafından yayınlanmıştır. 1598’de Guillemeau “Sezaryen Kesi” tamlamasını kullanmıştır (Fredeickson ve ark. 2001; Beksaç ve ark. 2001). Sezaryen doğum; fetus, plasenta ve membranların abdominal ve uterus duvarlarındaki insizyon yoluyla doğması şeklinde tanımlanmaktadır (Cunningham ve ark. 2001; De Cherney 2003). Tarihte karın duvarına yönelik yapılmış ilk operasyon sezaryendir. İlk kayıt milattan önce 2000 yılında Sümerlere aittir (Beksaç ve ark. 2001; Tekin 2006; Çiçek 2001).

Son yıllarda dünyada ve ülkemizde sezaryen doğum en sık yapılan majör cerrahi girişimlerden biri haline gelmiştir (Hopkins ve Amaral 2006; Kiran ve Jayawickrama 2002).

Sezaryen ile doğumların artış göstermesinin birçok nedeni bulunmaktadır. Bu artışın sebepleri kadın açısından incelendiğinde; sosyo-ekonomik durumu, geçirilmiş sezaryen, doğum yolu distosisi, ileri yaşta evlilik, ileri yaş gebelikleri, daha az sayıda çocuk sahibi olmak istemeleri, infertilite sorunlarının varlığı, paritenin azalması, vajinal doğumu uzun, ağrılı ve korkutucu bir olay olarak tanımlamaları, perine hasarı, epizyotomi, doğumda komplikasyon gelişmesi, vajinal doğuma bağlı olarak artan pelvik relaksasyon ve üriner inkontinanstan korunacağı inancı, önceden olumsuz deneyimler yaşaması yer almaktadır (Bektaş 2008; Kasai 2008; Cunnigham 2005; Afolabi 2006; Oweis 2004; Galotti 2000; Osis 2001; Sayın ve ark. 2004).

Kadınların sezaryen tercihini etkileyebilen nedenlerden bir diğeri doktorların etkisidir. Literatürde doktorların görüşlerini yansıtarak kadınların sezaryen doğumu tercih etmelerine neden olması da yer almaktadır (Hopkins ve Amaral 2006; Penna ve Arulkumaran 2003; Lo 2003).

Yenidoğan veya fetüs açısından incelendiğinde ise; normal doğumda bebeğin zarar göreceği düşüncesi, prezantasyon anomalileri, fetal distres, riskli gebelik ve kıymetli bebek, yenidoğanın doğum travmasından korunacağı inancı yer almaktadır (Galotti 2000; Osis 2001; Cunnigham 2005; Afolabi 2006).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2010 verilerine göre bazı ülkelerin sezaryen oranları; Amerika Birleşik Devletleri'nde %30.2, İtalya'da %37.4, Brezilya'da %41.3, Meksika'da %36.1, Kore'de %37.7, İsviçre'de %28.9, Almanya'da %27.8'dir. Bu ülkelerde sezaryen oranları Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilen %15 sezaryen oranından yüksektir. Sağlık bakanlığının 2012 verilerine göre sezaryen doğumların tüm doğumlar içerisindeki oranı 2009 yılında % 42.7, 2010 yılında %45.5, 2011 yılında %46.6, 2012 yılında %48.0 dir.

Sezaryen doğum; annenin iyileşmesinde ve tüm rol ve fonksiyonlarını yerine getirebilmesinde gecikme, daha uzun süre hastanede kalma zorunluluğu ve artan tıbbi bakım maliyeti, postpartum depresyon, anksiyete ve korkular, üzüntü ve suçluluk duyguları, erken dönem anne bebek ilişkisinin kurulamaması, emzirme sorunları, annenin kayıp duygusu, beden imajındaki değişiklikler, evde rol ve sorumluluklarını yerine getiremeyeceği endişesi gibi konular, bebeğe karşı olumsuz duygular, annelik rolüne uyumda zorlanma gibi sorunları da beraberinde getirmektedir (Clement 2001; Thivierge 2006; Güngör ve ark. 2012; Peterson ve ark. 2005; Şahin ve ark. 2007).

Yenidoğan sağlığı için daha avantajlı olduğuna dair bir bulgu yoktur (Köseoğlu 2006). Ancak bazı durumlarda anne ve yenidoğan için hayat kurtarıcı bir nitelik taşımaktadır.

**Sezaryen için majör endikasyonlar şunlardır;**

1) Distosi

a- Anormal fetopelvik ilişkiler

- Fetopelvik uygunsuzluk

- Fetal prezantasyon anormalliği

-Baş-pelvis uygunsuzluğu

-İri bebek

b- Uterin aktivitenin disfonksiyonu

2) Normal yolla doğumun anne ve bebek için güvensiz olması

a- Uterin rüptür riski

- Geçirilmiş sezaryen

- Geçirilmiş myomektomi veya uterusun rekonstrüksiyonu

b- Artmış maternal kanama riski

- Plasenta previa

- Plasenta dekolmanı

- Geçirilmiş vaginal rekonstrüksiyon

3) Acil veya hızlı doğum gerekliliği

a- Fetal distres

b- Umbilikal kord sarkması

c- Maternal kanama

d- Amnionitis

4) Bulaşıcı hastalıklar

a- Aktif herpes genitalis (Morgan ve ark. 2004; Çiçek ve ark. 2006).

Genel olarak sezaryen doğumların %85'inden fazlası şu nedenlerle yapılmaktadır:

- Doğum yolu distosisi,
- Geçirilmiş sezaryen doğumlar,
- Fetal distres,
- Makat prezentasyon (Cunnigham ve ark. 2001).

#### **Sezaryen için kontraendikasyonlar;**

- Endometrit,
- Geçirilmiş cerrahiye bağlı ciddi yapışıklıklar ,
- Pulmoner emboli gibi tromboembolik durumlar,
- Pıhtılaşma bozuklukları,
- Şiddetli sepsis,
- Anestezi komplikasyonları,
- Uygun ameliyathane koşulları, personel ve ekipmanın bulunmaması (Hut 2005; Kara 2004; Pernoll 2002 ).

Sezaryen için en önemli kontraendikasyon ise uygun bir endikasyonunun olmayışıdır (De Cherney ve ark. 2002).

#### **2.6. Sezaryende Uygulanan Anestezi Yöntemleri**

Obstetrik anestezi iki canlıyı birden ilgilendiren özel bir uygulama olduğu için büyük önem taşımaktadır (Şahin 2002). Günümüzde obstetrik anestezi ve analjezide önemli ilerlemeler meydana gelmiştir (McCool ve ark. 2004).

Hiçbir anestetik ajan ve teknik doğum için ideal değildir. Bu nedenle gerektiğinde en uygun anestezi seçimi için, gebelik sırasında annede oluşan fizyolojik değişiklikler, anestetik ajanların fetüs ve yenidoğanda etkileri, değişik anestezi tekniklerinin risklerini ve yararlarını, özellikle obstetrik komplikasyonlarını iyi tanımlanmalıdır. Obstetrik gerekliliklerin yanı sıra hastanın beklentileri de dikkate alınarak uygun anestezi yöntemine karar verilmesi önemlidir.

Türkiyedeki gebeliğe bağlı ölümlerde anestezi hizmetinin ve/veya anestezi personelinin olmaması % 0,7-1,2 oranındadır ve 15-49 yaş arası gebeliğe bağlı ölümlerin %0,7'si anestezi komplikasyonları sonucu meydana geldiği görülmektedir (Koç ve ark. 2005). Günümüzde sezaryen ameliyatlarında genel anestezi ve bölgesel anestezi (epidural anestezi, spinal anestezi, kombine anestezi) olmak üzere iki tip anestezi uygulanır. Her iki anestezi yönteminin çeşitli avantaj ve dezavantajları vardır.

### **2.6.1. Genel Anestezi**

Obstetrik cerrahide genel anestezi uygulaması 1847 yılında Dr. James Yong Simpson tarafından doğumda eter kullanılmasıyla başlamıştır (Atkinson ve ark. 1993). Genel anestezi acil olgularda ve kanama riski yüksek olan olgularda hızlı ve güvenilir olmasıyla avantaj sağlamaktadır (Erdem ve ark. 1996).

Dezavantajları arasında ise; indüksiyon veya uyanma sırasında görülebilecek hava yolu problemleri, hemodinamik ve dolaşimsal bozukluklar, maternal aspirasyon riski, hipertansiyon, ağrı ve bulantı-kusmaneonatal depresyon, yüzeysel anestezi sırasında annenin farkında olması, yenidoğan depresyonu, yenidoğanda katekolaminlerin ve endojenpeptitlerin kan düzeyinin artması yer almaktadır (Cunningham 2001; Birnbach ve ark. 2009; Kocamanoğlu ve ark. 2005; Purtuloğlu ve ark. 2008; Davies ve ark. 2008; Tekin ve ark. 2005).

### **Sezaryen operasyonlarında genel anestezi endikasyonları arasında;**

- Aktif kanama ve hemodinamik yönden stabil olmayan gebe,
- Maternal koagülopati,
- Aktif santral sinir sistemi enfeksiyonu veya ciddi nörolojik hastalık,
- Hastanın rejyonel anestezi tekniklerini istememesi,
- Rejyonel anestezi tekniğinin başarısızlığı,
- Anesteziyoloğun rejyonel anestezi uygulamada deneyimsiz olması,
- Makat prezentasyon,
- Transvers geliş,
- Çoğul gebelikler yer almaktadır (Cunningham 2001).



Anesteziye bağlı maternal mortalitenin %52'si genel anesteziye bağlı oluşurken, %25'i bölgesel anestezi uygulanması sırasında ortaya çıkmaktadır (Ross 2003). Genel anesteziye bağlı ölümler genellikle entübasyon başarısızlıkları gibi hava yolu problemleri, ventilasyon başarısızlığı, aspirasyon pnömonisi ve özefagus entübasyonu ile ilişkilidir (Birnbach ve ark. 2009; Morgan ve ark. 2008; Ross 2003; Tsen 2007).

### **2.6.2. Bölgesel Anestezi**

Bölgesel anestezi, bilinç kaybına yol açmadan vücudun belli bölgelerinde sinir iletiminin ortadan kaldırılması olarak tanımlanabilir (Özatamer ve ark. 2010). Genel anesteziye bağlı yüksek maternal mortalite nedeni ile bölgesel anestezi tercih edilen teknik haline gelmiştir (Morgan ve ark. 2008; Okafor ve ark. 2009). Bazı yazarlar bir kontrendikasyon olmadığı sürece elektif sezaryen operasyonları için genel anestezinin "kabul edilemez" olduğunu (Wong 2010). Ancak spinal veya epidural anestezinin genel anesteziyle kıyaslandığı zaman birbirlerinden üstün olduklarını ispatlayan kesin kanıtlar henüz mevcut değildir (Afolabi ve ark. 2012).

Son yıllarda bölgesel anestezi hastanın bilincinin açık olması, hava yolu yönetiminin daha güvenli, aspirasyon riskinin düşük olması, yenidoğanda solunum depresyonu yapmaması, uterus atonisine yol açmaması, anne mortalitesini azaltması, intraoperatif farkındalık riskinden kaçınılmasını sağlaması, kan kaybını azaltması, zor entübasyon, aspirasyon riski bölgesel anestezi yöntemlerinin uygulanmasını kolaylaştıran setlerin geliştirilmesi, anestezistlerin bu alandaki bilgi ve becerilerinin artması, annenin doğumda uyanık olması, postoperatif dönemde analjezinin daha iyi sağlanabilmesi nedeniyle tercih edilmektedir (Morgan ve ark. 2000; Kocamanoğlu 2005, Morgan 2002; Ross 2003; Paech ve ark. 2008; Cooper ve ark. 2005; McDonnell ve ark. 2008).

Ancak bazı cerrahi ekipler, bölgesel anestezi nedeniyle tekniklerin ameliyat odası kullanım süresinin uzadığını hem de bölgesel anestezi uygulaması sırasında fetal monitörizasyonun sağlanamaması nedeniyle hastalarına önermemektedir (İsmail ve ark. 2009).

Bölgesel anestezi ise kendi içerisinde 3 dala ayrılmaktadır. Bunlar;

- Epidural Anestezi
- Spinal Anestezi
- Kombine Spinal-Epidural Anestezi

### **2.6.2.1. Epidural Anestezi**

Epidural anestezi ilk kez 1895'te Cathelin tarafından sakral bölgede, 1921'de Pages tarafından lumbal bölgede yapılmış bir tekniktir (Fisher 2009). Bu tekniğin daha az hipotansiyona neden olması, postoperatif ağrı giderimi, tekrarlayan sezaryenler, doğuma annenin katılımına izin vermesi, cerrahiye stress yanıtı azaltması nedeniyle sezaryen ameliyatlarında tercih edilen bir yöntemdir (Morgan ve ark. 2002; Tüzüner 2010).

Bunlara karşın acil endikasyonla karşılaşılan sezaryen olgularında epidural anestezinin etkisinin geç başlaması, solunum ve kardiyovasküler sistem üzerine pozitif etkiler ve analjezik ihtiyacının azalmasının yanında, hipotansiyon, daha fazla miktarda lokal anestezi ve/veya opioid gereksinimi gibi dezavantajları da bulunmaktadır (Toker ve ark. 2003; Öztamer 2002; Morgan ve ark. 2002; Tüzüner 2010).

#### **Epidural anestezi endikasyonları:**

- Alt karın, pelvis ve perine ameliyatları,
- Alt ekstremité ameliyatları,
- Genel ve spinal anestezinin kontrendike olduğu durumlar,
- Ağrısız vaginal doğum,
- Preeklampsi ve eklampside tansiyonu düşürmek ve ağrıyı gidermek,
- Postoperatif analjezi,
- Kronik ağrının tedavisi,
- Periferik damar hastalıkları olarak sıralanabilir (Morgan ve ark. 2002; Mark 2006).

**Epidural anestezinin kontrendikasyonları ise:**

- Tercih edilmemesi,
- Hekim maharetten yoksunsa,
- Girişim yerinde lokalize sellulit veya dermatit varsa, veya akut jeneralize enfeksiyon ,
- Akut organik santral sinir sistemi hastalığı,
- Ciddi kan kaybı ve/ veya şoka bağlı hipotansiyon ve hemodinamik instabilite ,
- Pıhtılaşma mekanizmasında bozuklukları yer almaktadır (Morgan ve ark. 2002).

**2.6.2.2. Spinal Anestezi**

Spinal anestezi subaraknoid aralığa lokal anestetik enjeksiyonu ile yapılır. Operasyon sürecinde hasta bilincinin açık olması, spontan solunumun devam etmesi, öksürme ve yutkunma gibi reflekslerin korunması, cerrahi strese yanıtın baskılanması, postoperatif analjezi sağlamanın yanında, entübasyon başarısızlıkları gibi hava yolu problemlerinin görülmemesi, veya aspirasyon pnömonisi insidansının düşük olması ve erken dönemde oral beslenmeye olanak sağlaması spinal anestezinin en önemli avantajlarıdır (Urmey 2003; Kleinman 2004; Yavuz ve ark. 2001).

Genel anesteziyle kıyaslandığında intraoperatif daha az kan kaybı, kısa operasyon süresi, derin ven trombozu riskinin daha düşük oluşu spinal anestezinin avantajları arasındadır (Pugely 2013). Genel ve epidural anesteziye göre daha fazla hipotansiyon riski, İntrapartum bulantı-kusma, postdural delinmeye bağlı başağrısı olasılığı, sınırlı etki süresi ise dezavantajlarındandır (Yılmaz 2002).

### **Spinal anestezi endikasyonları;**

- Alt ekstremitte, kalça operasyonları, alt abdomen operasyonları ,
- Lomber spinal girişimler ,
- Perine operasyonları ,
- Ürolojik endoskopik cerrahi ,
- Üst abdominal girişimler,
- Koagulopati ve diğer kanama diatezi şeklinde sıralanabilir (Morgan ve ark. 2002).

### **Spinal anestezinin kontraendikasyonları ise;**

- Ciddi maternal hipertansiyon veya hipotansiyon ,
- Hipovolemi,
- Koagülasyon bozukluğu,
- Aktif bakteriyemi veya sepsis,
- Girişim yerinde lokal enfeksiyon, hipotansiyon oluşabilecek konjenital kardiyak bozukluklar veya sağdan sola sant vestenotik valvüler kalp hastalığı ,
- Bazı nörolojik bozukluklar,
- Uygulama yerinde bulunan lokal enfeksiyonların bulunması şeklinde sıralanabilir (Korfallı 2004; Özkan 2004; Öztamer ve ark. 2002; Bernards 2001).

#### **2.6.2.3. Kombine Anestezi**

Kombine spinal-epidural anestezide epidural iğnenin uygun şekilde yerleştirilmesinden sonra, içinden daha küçük olan spinal iğne ilerletilerek subaraknoid alana lokal anestezi enjekte edilmesiyle yapılmaktadır. Kombine spinal - epidural blok uygulaması ile her iki tekniğin dezavantajlarından korunup avantajlarından yararlanılır (Uysalel ve ark. 2006).

## **2.7. Sezaryende Uygulanan Anestezi Yöntemine Göre Ebe/Hemşirelik Bakımı Ve Önemi**

Doğum sonu dönemde kadının memnuniyetini tıbbi bakım, kaldığı oda ve çevre ile iletişimi gibi birçok faktör etkilemekle birlikte, yapılan çalışmalar ebelik ve hemşirelik bakımının büyük önem taşıdığını göstermektedir (Peterson ve ark. 2005).

Bu dönemde, hormonal değişikliklere ek olarak, uykusuzluk, endişeler, bakımda yetersizlik, yorgunluk ve bazı fiziksel rahatsızlıklar, annenin yeni sorumluluklarla baş edememe korkusu gibi faktörler annenin doğum sonu döneme uyumunu oldukça zorlaştırabilir (Bankowski 2002).

Annenin doğum sonrasına ilişkin duygularını ifade edebilmesini sağlamak, duygularını paylaşmak ve destekleyici bakım vermek, annenin kendi kendine bakım yapabilmesi için cesaretlendirilmek ve bağımsızlığı sağlamakta ebe/hemşirenin en önemli sorumlulukları arasında yer almaktadır (Taşkın 2005; Dresang ve Leeman 2012; Gordon 2010; Smith 2008; Bankowski 2002).

Anneye ve yenidoğana ait bakım sorunlarının ortaya çıkmasının önlenmesi, var olan sorunlarında anneyi ve yenidoğani etkilemeyecek veya en az etkileyecek şekilde çözümlenebilmesi annenin ve yenidoğanın ihtiyaçlarının erken dönemde karşılanması ile sağlanabilir. Bu da annenin ve yenidoğanın uygun zamanda nitelikli bir ebe/hemşirelik bakımı ile mümkündür (Lowdermilk ve ark. 2000; Taşkın 2005).

### **2.7.1. Fiziksel Değerlendirme**

Sezaryen doğumda, genel anestezi tercih edilmiş ise özellikle bilinç düzeyi, bölgesel anestezi tercih edilmiş ise hareket ve hassasiyetin geri dönüşü doğum sonu dönemde değerlendirilmesi önemlidir (İbas 2009). Ayrıca üreme ve üriner sistem, kardiyovasküler ve gastrointestinal fonksiyonların izlenmesi ve memelerin durumunun değerlendirilmesi de fiziksel değerlendirmeler arasındadır (Ejder 2011; Kılıç 2005).

Yaşamsal bulguların izlenmesi ve değerlendirilmesi önemli hemşirelik girişimleri arasında yer almaktadır (Heydari 2000; Panagiotis 2007; Asgarpour ve ark. 2010; Perry ve ark. 2006). Sezaryen doğumdan sonra vital bulgular ilk 1 saatte her 15 dakikada bir, sonraki 2 saatte 30 dakikada bir, sonraki 2 saatte ise saatte bir değerlendirilir (Taşkın 2009).

### 2.7.2. Ağrı Kontrolü

Sezaryen sonrası en erken görülen ve ilk yakınma olan insizyon ağrısının yoğunluğu; anestezinin türü, hastanın anksiyete düzeyi, ameliyat süresi, hastanın mental durumu ile ilişkilidir (Özkan 2004). Sezaryen sonrası uterus kontraksiyonlarına, insizyon yerine, meme sorunlarına, hemoroide bağlı oluşabilecek ağrılar, özellikle sıvı elektrolit dengesinden kaynaklanan baş ağrıları sık olmaktadır (Murray ve McKinney 2010). Ebe/hemşirelerin, ağrı değerlendirmesi yapmaları kadınların günlük yaşam kalitelerini arttırması bakımından önem taşımaktadır.

Bu nedenle sezaryen sonrası kadının yaşadığı ağrının mutlaka değerlendirilmesi ve uygun ebe/hemşirelik bakımı verilmesi önemlidir (Cunnigham ve ark. 2005; Dresang ve Leeman 2012; Gordon 2010; AÇSAP 2009). Böylece annenin doğum sonu döneme daha aktif katılması desteklenebilir.

Uygun pozisyon vererek anneyi rahatlatmak, koku ve gürültüyü önlemek, masaj, nefes alma, gevşeme ve dikkati başka yöne çekme teknikleri kullanılarak ağrı en aza indirilebilir (Taşkın 2009). Uygulanan anestezi türüne göre bakıldığında; postoperatif dönemde epidural anestezi uygulanan gruptaki hastalarda genel anestezi uygulananlara göre daha geç analjezi gereksinimi olduğu belirtilmektedir (Afolabi ve ark. 2006).

Ebe/hemşire, ağrı kontrolünde en önemli role sahip kişidir ve bunun için sürekli kendini eğitmeli ve farmakolojik yöntemlerin yanında nonfarmakolojik yöntemleri de kullanarak hastanın rahatlığını sağlayabilmelidir (Badır ve Aslan 2003). Ameliyat sonrası ağrının etkin biçimde rahatlatılamaması, sağlık bakım harcamaları ve ilaç kullanımının artmasına, hastanede kalış süresinin uzamasına ve hastanın memnuniyetsizliğine neden olabilmektedir (Roykulcharoen ve ark. 2004; Şahin ve ark. 2006; Gürler 2007).

### 2.7.3. Mesane ve Barsak Kontrolü

Ebe/hemşire anneye, distansiyona bağlı ağrının ve konstipasyonun önlenmesi için erken mobilizasyonun, bacak egzersizlerinin, sıvı alımının artırılmasının ve diyetle posalı yiyeceklere yer vermesinin önemi konusunda eğitim verilmeli ve defekasyon gereksinimini ertelememesi gerektiği söylenmelidir (Akay 2003; Carey ve Rayburn 2006; Eckman 2012; Taşkın 2009). Bütün bunlara rağmen annede konstipasyon gelişmesi durumunda laksatif uygulanarak rahatsızlık giderilmelidir (Taşkın 2009; Ejder 2011).

Böbreğin işlevsel fonksiyonları, mesane hasarları ve anestezi maddenin vücuttan uzaklaştığını anlamak için spontan idrar çıkışı kontrolü önemlidir (Beksaç 2001; Taşkın 2009). Dolu bir mesane uterus kontraksiyonlarını engelleyerek doğum sonu kanamayı artıracığından anne 2 saatte bir mesanesini boşaltması için teşvik edilmelidir (Ejder 2011). Bölgesel anestezi uygulanan anneler genel anestezi uygulananlara göre daha erken defekasyonunu yapmakta ve daha erken gaz çıkarmaktadır (Havas ve ark. 2013). Bu yüzden genel anestezi uygulanan anneler bu konuda daha fazla desteklenmelidir.

### 2.7.4. Mobilizasyonun Sağlanması

Anneye sezaryen operasyonundan sonra yatak içinde pasif egzersizler yapması, yoğun bakımdan çıktıktan sonra bir an önce mobilize olması konusunda eğitim verilmeli ve desteklenmelidir (Taşkın 2000). İmmobilite abdominal distansiyon, derin ven trombozu ve pulmoner embolizm riskini artırmaktadır.

Doğumdan sonra erken ambulasyon; annenin kendisini iyi hissetmesi, uterus involüsyonunun ve uterin drenajın sağlanması ve doğum sonu tromboflebitin ve konstipasyonun önlenmesi açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle ilk 8 saat içerisinde yatak içi egzersizler ve 8-10 saat sonunda ise annenin yürümesi önemlidir (Taşkın 2009; Ejder 2011). Postoperatif dönemde hastaların daha konforlu ve desteksiz ayağa kalkmalarına yol açtığı için kombine epidural spinal anestezi tekniğinin daha avantajlı olduğu belirtilmektedir (Moğol 2001).

### 2.7.5. Emzirmenin Desteklenmesi

Doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde anne ile bebek iletişiminin sağlanması ve annenin emzirmesi için desteklenmesi gereken en önemli zamandır. Emzirmenin erken dönemde başlaması sadece anne sütü ile beslenme alışkanlığını arttıracığı için büyük önem taşımaktadır (Taşkın 2005). Ancak uygulanan anestezi çeşitlerine göre emzirmeye başlama sürelerine bakıldığında bölgesel anestezi ile sezaryen doğum yapan anneler yarım saat içinde, genel anestezi ile sezaryen doğum yapan anneler ise 2 saat ve daha üzeri sürede emzirmeye başladıkları görülmektedir (Karakaplan 2007).

Emzirmenin doğumundan hemen sonra ameliyathanede, bebeğin aktif olduğu dönemde başlatılmalıdır. Bunun için ise ameliyat ortamının bebeğin beslenmesine olanak sağlayacak biçimde düzenlenmesi de önemli hususlardan biridir. Erken emzirmenin başlaması için yenidoğanın olabildiğince rahat olması gerekmektedir. Ağrılı işlemler emzirme sonrasına bırakılmalıdır.

Genel anestezi uygulanan anneler bu konuda desteklenmelidir. Ayrıca doğum sonu dönemde anneye uygun bir meme bakımının verilmesi çok önemlidir. Meme bakımında amaç enfeksiyonu önlemek, memeyi yeterince desteklemek ve anneyi rahatlatmaktır (Taşkın 2009; Ejder 2011).

### 2.7.6. Anne –Bebek İlişkisinin Başlatılması

İnsan yaşamındaki en önemli kararlardan biri olan ebeveyn olma; eşlerin gebeliğe karar vermeleri ile başlayan bir süreçtir. Ebeveyn olma yeni rol ve sorumluluk gerektiren karmaşık bir dönemdir (Özkan ve ark. 2011; Beydağ 2007). Anne bebek ilişkisi gebelikte başlayıp doğum sonu dönemde de artarak devam etmektedir (Akkoca 2009; Özkan 2010).

Doğumdan sonraki ilk karşılaşmada anne veya babanın bebeğe karşı gösterdiği davranışlar ilk ebeveynlik davranışı olarak kabul edilmektedir. Ebeveynin gösterdiği bu davranışlar; bebeğin el ve ayaklarına dokunma, okşama, bebekle konuşma, göz temasında bulunma, bebeği inceleme, annenin yüz yüze pozisyondayken bebeğine bakma, bebeğin elbiselerini giydirme/çıkarma, ona dokunma, gülümseme, konuşma, öpme, kucaklama gibi davranışlardır (Çalışır ve Başbakkal 2006; Wong and Hockenberry-Eaton 2001). Doğumdan hemen sonra bebekleri ile yakın temasta bulunan anneler yenidoğanın gereksinimlerine daha duyarlı olurlar ve olumlu duygular geliştirirler (Çoban ve Saruhan 2005).



Özellikle sezaryen ile doğum yapmış annelerin bebeklerine belirgin derecede daha az dokundukları bulunmuştur (Şeker ve Sevil 2006). Bunun yanı sıra anne ile yenidoğan arasındaki etkileşimi geciktirmekte, emzirme ve aile bağlarının sağlanmasında sorunlara neden olabilmektedir (Lewallen 2006, Beydağ 2007, Öztop 2007). Ebe/hemşire, aile-bebek etkileşimi için aileyi desteklemek ve olumlu anne-bebek ilişkisinin geliştirilmesinden sorumlu olduklarını bilmelidirler (Eriş 2007). Bu nedenle anne-bebek bağlılığını etkileyen faktörleri belirlemeli ve iletişimini sağlamaya yönelik eğitim ve danışmanlık yapmalıdırlar (Bryanton ve Beck 2010).

Ebe/hemşire annenin bebeğine bağlanma süreci ile ilgili düzenli olarak gözlem yapmalıdır. Annenin bebeğini sevmesi, kucaklaması, onunla konuşması, uygun besleme tekniklerini kullanması, göz göze temas kurması ve annenin gösterdiği uygun bağlanma davranışlarına dikkat etmelidir (Şener 2007).

Sezaryen doğumlarda uygulanan epidural anestezinin doğum anında anne ile bebeğin erken teması, derlenme süresinin çabuk olması, postoperatif dönemde uyanık, aktif ve ağrısız olması, genel anestetik ajanlara bağlı sedasyon, titreme, bulantı-kusma gibi anneyi sınırlayıcı komplikasyonların az olması gibi nedenlerle daha avantajlı olduğu görülmektedir (Şener 2000).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu çalışmada sezaryen doğumlarda uygulanan anestezi yöntemlerinin, annenin ve yenidoğanın doğum sonu dönemdeki konforuna ve uyumuna etkilerini değerlendirmek amacıyla karşılaştırmalı kesitsel olarak planlandı.

#### 3.2. Araştırmanın Hipotezleri

Sezaryen sırasında uygulanan bölgesel anestezi yönteminin;

- Kadınların ve yenidoğanın doğum sonu konforu üzerinde olumlu etkisi vardır.
- Kadınların ebeveynlik davranışı ve emzirme öz yeterliliği üzerinde olumlu etkisi vardır.
- Kadınlarda sezaryen sonrası üşüme, titreme, hipotansiyon görülme ve geç mobilizasyon gibi olumsuz etkileri vardır.

#### 3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Özellikleri

Araştırma Kavacık Medistate Hastanesi'nin doğum ve kadın hastalıkları servisinde Ocak-Haziran 2014 tarihleri arasında yürütüldü.

Doğum ve kadın hastalıkları servisi toplamda 11 yataklı olup, 6 ebe/hemşire görev yapmaktadır. Burada normal doğum, sezaryen doğum ve kadın hastalıkları takip ve tedavisi için hastalara hizmet verilmektedir. Ebe/hemşireler, fiziksel koşulların devamlılığının sağlanması, servise hasta kabulü, normal doğum takibi ve normal doğum sonrası bakımı, sezaryen öncesi ve sonrası bakım, kadın hastalıkları takip ve tedavisi, hasta eğitimi, eksik ilaç ve malzeme temininin sağlanması gibi sorumlulukları yerine getirmektedirler.

Yenidoğan bakım odasında 2 bebek hemşiresi hizmet vermektedir. Bebek hemşiresi yenidoğanın doğumdan itibaren tüm bakımlarını çocuk doktoru eşliğinde yürütmektedir. Yenidoğan bakım odası ise kadın doğum servisi ile aynı katta bulunmaktadır.

### **3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi**

Araştırmanın evrenini; 15.01.2014-15.06.2014 tarihleri arasında Kavacık Medistate Hastanesi'nde sezaryen doğum yapan lohusalar oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini ise; bu tarihler arasında, sezaryen doğum yapan, araştırmanın kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 234 anne ve 234 yenidoğan oluşturmaktadır.

#### **Annelerin araştırmaya dahil edilme kriterleri:**

- 1-Sezaryen doğum yapan,
- 2-Miadında, canlı ve sağlıklı bir bebeğe sahip olan,
- 3-Bebeği yanında olan,
- 4-Okur-yazarlığı olan,
- 5-Araştırmaya katılmayı kabul eden anneler çalışmaya dahil edildi.

#### **Annelerin araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:**

- 1- Tüp bebek olan,
- 2-Anomalili bebeği olan,
- 3- Sezaryen doğum sırasında ve sonrasında anne-bebek sağlığını etkileyecek tıbbi komplikasyonlar yaşayan,
- 4- Kronik bir sağlık sorunu olan (hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık,...),
- 5- İşitme, görme gibi herhangi bir engeli olan,
- 6- Bebeği yoğun bakımda olan anneler çalışmaya dahil edilmedi.

### 3.5.Verilerin Toplanması Ve Araçlar

Verilerin toplanmasında literatür doğrultusunda hazırlanan tanıtıcı bilgi formu, Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği, Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Kısa Formu, Genel Konfor Ölçeği, Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği, Visual Analog Skala (VAS), APGAR skor kullanıldı.

#### 3.5.1.Tanıtıcı Bilgi Formu

Literatür doğrultusunda, araştırmacı tarafından hazırlanan tanıtıcı özelliklerinin sorgulandığı bu formda demografik özellikler (yaş, evlilik süresi, eğitim durumu, aile tipi, ekonomik durum), obstetrik özellikler (toplam gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yasayan çocuk sayısı, düşük/kürtaj sayısı, ölü doğum sayısı, gebelik haftası), doğum şekli ve anestezi tercihini etkileyen etmenler, sezaryen sonrası yaşanan sorunlar, anesteziye bağlı yan etkiler, anestezinin doğum sonrası yaşamsal faaliyetlere (ilk analjezik gereksinim süresi, ilk mobilizasyon süresi, ilk beslenme süresi, ilk gaz çıkarma süresi, ilk spontan idrar yapma süresi, ilk defekasyon süresi) ve vital bulgulara olan etkilerine yönelik sorular bulunmaktadır (Ek-2).

#### 3.5.2.Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği II

Britton, Gronwaldt ve Britton (2001) tarafından gerçekleştirilen ve Çalışır, Karaçam, Akgül ve Kurnaz (2009) tarafından Türkçe güvenirlik geçerliliği yapılan "Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği"nin uygulamasında, doğumdan sonra ebeveyn ve bebeğin karşılaştığı ilk 10 dakika süresince gözlemci, ebeveynin bebeğine karşı gösterdiği davranışları gözlemleyerek, var olan davranışa artı (+) ve olmayan davranışa eksi (-) işareti koyarak kaydeder. Her bir madde, davranış gözlenmişse bir (1) puan, gözlenmemişse sıfır (0) puan olarak değerlendirilir. Orjinal ölçeğin gözlemciler arası güvenirliğinin 0.91 ve iç tutarlılık güvenirliğinin (Cronbach Alpha) 0.64 olduğu bildirilmiştir (Britton ve ark. 2001). Bu çalışmada Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği Cronbach Alpha değeri 0,70 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması ebeveynin bebeğine karşı daha olumlu ebeveynlik davranışına sahip olduğunu göstermektedir (Çalışır ve ark. 2009). Ölçek az maddeli olması ve özel eğitim gerektirmemesi nedeniyle lohusa ve doğum salonunda çalışan ebe ve hemşireler tarafından kolaylıkla kullanılabilir (Ek-3 ).

### 3.5.3. Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Kısa Formu:

Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği -kısa sekli- 2003 yılında Dennis tarafından oluşturulmuştur. Ölçek emzirme öz-yeterliliğini değerlendirilen toplam 14 maddeden oluşmuştur. Ölçek 5'li Likert tipinde olup, ölçeğin maddeleri 1= "hiç emin değilim" den 5= "her zaman eminim" e kadar derecelendirilerek değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 14, en yüksek puan 70'tir; yüksek puan daha yüksek emzirme öz-yeterliliği anlamına gelmektedir.

Aluş Tokat, Okumuş ve Dennis Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeğinin kısa seklini Türkçe güvenilirlik geçerlilik çalışmasını yapmışlar ve Cronbah alpha değerini 0.86 bularak ölçeğin Türk kültürü için uygun olduğunu saptamışlardır (Tokat ve Okumuş 2013). Bu çalışmada Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Cronbach Alpha değeri 0,77 olarak bulunmuştur. Ölçeği kişi kendisi doldurabiliyor ve uygulanma süresi 5-7 dakika gibi kısa sürede gerçekleşmektedir (Ek-4 ).

### 3.5.4.Genel Konfor Ölçeği:

1992 yılında Katharine Kolcaba tarafından, sağlıklı /hasta bireyin konfor gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu gereksinimleri karşılamaya yönelik girişimler sonrası konforun değerlendirilmesinde somut bir gösterge olarak kullanılmak üzere Genel Konfor Ölçeğini geliştirmiştir. Genel konfor ölçeği, rahatlığa ilişkin pozitif ve negatif ifadeler içeren 48 maddeden oluşmakta olup, 4'lü likert tipte bir ölçektir ve Türkçe'ye uyarlaması ve geçerlik-güvenirlik çalışması 2004 yılında yapılmıştır. Orijinal ölçekte iç tutarlılık katsayısının (Cronbach alpha değerinin) 0.88, Türkçe uyarlanmasında ise 0.85 olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada Genel Konfor Ölçeği Cronbach Alpha değeri 0,82 olarak bulunmuştur.

Çalışmaları sonucu konfor kavramını üç düzey ve dört boyutta açıklayan Kolcaba (2003), sağlıklı /hasta bireyin konfor gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu gereksinimleri karşılamaya yönelik girişimler sonrası konforun değerlendirilmesinde somut bir gösterge olarak kullanılmak üzere Genel Konfor Ölçeğini geliştirmiştir (Karabacak ve Kuşuoğlu 2008). Ölçekteki pozitif maddeler; 1, 36, 15, 29, 44, 46, 2, 7, 31, 38, 9, 17, 3, 27, 11, 47, 30, 33, 37, 4, 23, 43, 10, 16 sorularında yer almaktadır. Negatif maddeler ise 14, 19, 48, 25, 20, 28, 5, 6, 22, 40, 24, 41, 45, 12, 34, 32, 42, 18, 21, 35, 8, 13, 26, 39 sorularında yer almaktadır.

### 3.5.5. Visual Analog Skala (VAS) :

Visual Analog Skala (VAS) sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılır. 100 mm lik bir çizginin iki ucuna değerlendirilecek parametrenin iki uç tanımı yazılır ve hastadan bu çizgi üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu bir çizgi çizerek veya nokta koyarak veya işaret ederek belirtmesi istenir (Wewers ve Lowe 1990). Şekil 3-1’de gösterilmiştir. Testin bir dili olmaması ve uygulama kolaylığı önemli avantajıdır. Testin uygulandığı çizginin yatay veya dikey olmasından, uzunluğundan etkilenmediği gösterilmiştir.



Şekil 3-1: Visual Analog Skala (VAS)

### 3.5.6. Apgar Skor:

Bebeğin doğum anındaki fiziksel durumunun objektif değerlendirilmesi Apgar puanlama sistemi ile yapılabilir. Apgar puanlama sistemi 1952 yılında, anestezi Dr. Virginia Apgar tarafından, yenidoğanın yardıma gereksinimi saptamak üzere geliştirilmiştir (Letko 1996).

Apgar puanlaması 1, 5 ve 10. dakikalarda değerlendirilir. Yenidoğan kalp atım hızı, solunum, kas tonüsü, uyarıya cevap ve deri rengi göz önüne alınarak beş alanda değerlendirilir. Apgar skoru her alanda verilen 0, 1, 2 puanlarının toplamı ile elde edilir. Apgar değeri; 8-10 arasında ise, yenidoğan canlı ve güçlüdür, normal bir bakım yeterlidir. Puan 4 - 7 arasında ise bebeğin oksijene ve uyarıya gereksinimi vardır, 4 ün altında ise şiddetli oksijen yetersizliğini gösterir ve yenidoğanın acilen resüsitasyona gereksinimi vardır (Dağoğlu ve Görak 2002).

**Tablo 3-1: Apgar Skor**

Bulgu	0 Puan	1 Puan	2 Puan
<b>Cilt Rengi</b>	Tümüyle mavi-mor	Kollar ve bacaklar mor, diğer bölgeler pembe	Tüm vücut pembe
<b>Nabız ( Kalp atım sayısı)</b>	Kalp atımı	Dakikada 100 ün altında	Dakikada 100 ve üzeri
<b>Refleks ( Uyaranlara cevap)</b>	Yok	Yüz buruşturma ( zayıf cevap)	Hapşırma, öksürme, uyarana elle itme
<b>Kas Tonusu ( Aktivite)</b>	Gevşek	Kollar ve bacaklar bükülü	Aktif hareketli
<b>Solunum</b>	Yok	Yavaş ve düzensiz	Düzenli, ağlıyor

### 3.6. Araştırma Verilerinin Toplanmasında İzlenen Yol

Tanıtıcı bilgi formu, Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Kısa Formu", "Genel Konfor Ölçeği", postpartum dönemde anne oral beslenip mobilize olduktan sonra araştırmacı tarafından tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile dolduruldu. Doğum sonrası ebeveynlik davranışı ölçeği ise anne ile bebeğin karşılaştığı ilk 10 dakika içerisinde araştırmacı tarafından dolduruldu. Lohusanın vital bulguları ( ateş, nabız, kan basıncı, solunum sayısı, spO2 ) ve ağrı değerlendirmesi anne servise geldiğinden itibaren 8. saate kadar belirli aralıklarla araştırmacı tarafından dolduruldu.

Yenidoğan değerlendirmesinde Apgar skor kullanıldı. Apgar skor 1. ve 5. dakikada değerlendirildi. Apgar skorun yanı sıra birinci ve ikinci gün kilo kaybetme değerleri de araştırmacı tarafından tartılarak bulundu.

### 3.7.Verilerin Değerlendirilmesinde İstatiksel Analizi

Araştırma sonucu elde edilen verilerin analizinde SPSS for Windows (Statistical Package for Social science for Windows, Version 13.0) paket program kullanılmıştır. Çalışmadan elde edilen verilerin analizinde kullanılan yöntemler;

**Tablo 3-2: Verilerin İstatiksel Analizi**

	<b>Analiz Yöntemi</b>
Genel konfor leği, doğum sonrası ebeveynlik leği ve postpartum emzirme öz-yeterlilik leği ve alt boyutlarının iç tutarlılığı	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı</li> </ul>
Annelerin sosyo-demografik özelliklerinin, obstetrik-jinekolojik özelliklerinin, doğum şekline ve anestezi türüne karar vermelerini etkileyen faktörlerin, sezaryen sonrası ve postoperatif yaşanılan sorunların, yenidoğana ilişkin özelliklerin, postoperatif yaşamsal bulguların, uygulanan anestezi türüne göre karşılaştırılmasına ilişkin verilerin analizinde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, bağımsız gruplarda t-testi, ki-kare analizi, Fisher Kesin ki-kare analizi, Yates Düzeltmeli ki-kare analizi, Mann-Whitney U testi,</li> </ul>
Annelerin anestezi türüne göre genel konfor leği alt boyut, alt düzey ve toplam puanı, doğum sonrası ebeveynlik leği ve postpartum emzirme öz-yeterlilik leği toplam puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin verilerin analizinde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sayı, ortalama, standart sapma, median (ortanca), bağımsız gruplarda t-testi, Mann-Whitney U testi,</li> </ul>



### **3.8. Araştırmanın Etik Yönu**

Araştırmanın uygulanabilmesi için Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Etik Kuruluna yazılı olarak başvuruldu ve etik uygunluk kararı alındı. Araştırmanın yapılacağı hastanenin başhekimliğinden ise uygulama izni alındı.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın tek hastanede yapılmış olması araştırmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır.



## 4. BULGULAR

Sezaryen doğumlarda uygulanan anestezi yöntemlerinin, annenin ve yenidoğanın doğum sonu dönem konfor ve uyumuna etkilerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışma 3 bölümde ele alınmıştır.

### **Bölüm 1: Anestezi Türüne Göre Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular**

Bu bölümde katılımcıların; sosyo-demografik özellikleri, obstetrik-jinekolojik özellikleri, doğum şekline ve anestezi şekline karar vermelerini etkileyen faktörler, sezaryen sonrası yaşanan sorunlar, ilk değerlendirme özellikleri ve postoperatif yaşamsal bulgularına ilişkin bilgiler verilecektir.

### **Bölüm 2: Anestezi Türüne Göre Sezaryen Sonrası Genel Konfor Ölçeği, Doğum Sonrası Ebeveynlik Ölçeği Ve Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Değerlendirmelerine İlişkin Bulgular**

### **Bölüm 3: Anestezi Türüne Göre Sezaryen Sonrası Yenidoğanın Özellikleri**

Bu bölümde yenidoğanların apgar skorlarına ve 1. , 2.gün sonu kilo alma-kaybetme değerlerine ilişkin bulgular verilecektir.

#### **4.1. Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Özellikleri**

Bu bölümde annelerin yaşları, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu, evlilik süresi, aile tipi, çocuk sayısı, obstetrik özellikleri, doğum şekli ve anestezi tercihini etkileyen faktörler , sezaryen sonrası yaşanan sorunlar, ağrı ve fiziksel gereksinimlerin değerlendirilmesine ve postpartum yaşamsal bulgularına yönelik özelliklere yer verilmiştir.

**Tablo 4-1: Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular**

Özellikler	Genel Anestezi Grubu (n:106)		Bölgesel Anestezi Grubu (n:128)		t	p
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS		
<b>Yaş</b>	31,05 ± 4,48		31,93 ± 4,22		-1,543	0,124
<b>Eğitim Süresi</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	$\chi^2$	<b>p</b>
11 yıl ve altı	66	62,3	69	53,9	1,659	0,198
11 yıl üzeri	40	37,7	59	46,1		
<b>Çalışma Durumu</b>						
Çalışıyorum	70	66,0	85	66,4	0,004	0,953
Çalışmıyorum	36	34,0	43	33,6		
<b>Ekonomik Durum</b>						
Gelir-giderden fazla	84	79,2	99	77,3	0,037*	0,848
Gelir-gidere denk/yetersiz	22	20,8	29	22,7		
<b>Aile Tipi</b>						
Çekirdek aile	87	82,1	108	84,4	0,086*	0,769
Geniş aile	19	17,9	20	15,6		
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	Ortalama±SS	$z_{mw}$	<b>p</b>
<b>Evlilik süresi (yıl)</b>	7,76 ± 5,02		7,48 ± 4,70		-0,149	0,881

$\chi^2$ : Ki-kare testi. t: Student's-t test.  $z_{mw}$ : Mann-Whitney U testi. \* Yates düzeltilmeli ki-kare testi.

Genel anestezi uygulanan kadınlar ile bölgesel anestezi uygulanan kadınlar arasında çalışma durumu, yaş, ekonomik durum, aile tipi, evlilik süresi gibi özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ , Tablo 4-1).

**Tablo 4-2: Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Obstetrik-Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Bulgular**

Özellikler	Genel Anestezi Grubu (n:106)	Bölgesel Anestezi Grubu (n:128)	t	p
	Ortalama±SS	Ortalama±SS		
Gebelik Haftası	38,01 ± 0,67	37,82 ± 0,84	1,921	0,056
Gebelik Süresi (gün)	267,86 ± 5,29	266,55 ± 6,17	1,726	0,086
			$Z_{mw}$	P
Gebelik Sayısı	2,25 ± 1,06	2,07 ± 1,04	-1,408	0,159
Doğum Sayısı	1,01 ± 0,91	0,86 ± 0,82	-1,206	0,228
Düşük Sayısı	0,16 ± 0,41	0,19 ± 0,35	-1,328	0,184
Kürtaj Sayısı	0,06 ± 0,24	0,08 ± 0,33	-0,160	0,873
Yaşayan Çocuk Sayısı	1,01 ± 0,91	0,86 ± 0,82	-1,206	0,228

$Z_{mw}$ : Mann-Whitney U testi. t: Student's-t test.

Çalışmaya katılan kadınların uygulanan anestezi türüne göre obstetrik-jinekolojik özellikleri incelendiğinde; genel anestezi ve bölgesel anestezi uygulanan kadınlar gebelik haftası ve gebelik süresi (gün) ortalamaları açısından Student-t testi ile karşılaştırıldıklarında gruplar arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ , Tablo 4-2).

Genel anestezi ve bölgesel anestezi uygulanan kadınlar gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı ve yaşayan çocuk sayısı ortalamaları açısından Mann-Whitney- U testi ile karşılaştırıldıklarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi ( $p>0,05$ , Tablo 4-2).

**Tablo 4-3: Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Doğum Şekline Karar Vermelerini Etkileyen Faktörlerin Dağılımı (n=234)**

Özellikler	Genel Anestezi Grubu (n:106)		Bölgesel Anestezi Grubu (n:128)		Tüm Katılımcılar (n:234)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doğum Şeklini Kendisinin Belirleme Durumu*	14	13,2	22	17,2	36	15,4
Doğum Şeklini Eşinin Belirleme Durumu*	31	29,2	39	30,5	70	29,9
Doğum Şeklini Doktorun Belirleme Durumu*	60	56,6	70	54,7	130	55,5
Doğum Yırtıklarının Olması İstenilmediğinden*	6	5,7	2	1,6	8	3,4
Daha Kısa Sürdüğünden*	12	11,3	14	10,9	26	11,1
Olacakları Önceden Planlayabilme Kolaylığından*	13	12,3	23	18,0	36	15,3
Normal Doğum Ağrısı Ürkütücü Olduğundan*	33	31,1	42	32,3	75	32
Cinsel Yaşamın Etkileneceği Düşünüldüğünden*	8	7,5	15	11,7	23	9,8
İlerleyen Yaşlarda Üriner İnkontinans Yaşama Riski Düşünüldüğünden*	1	0,9	2	1,6	3	1,2
Tüpligasyon İstenildiğinden*	8	7,5	4	3,1	12	5,1
Önceki Doğum Sezaryen Olduğundan*	51	48,1	52	40,6	103	44
Yakınları Tarafından Önerildiğinden*	-	-	13	10,2	13	5,5

\*Birden fazla cevap verilmiştir.

Kadınların anestezi türüne göre doğum şekline karar vermelerini etkileyen faktörlerin dağılımı incelendiğinde; genel anestezi uygulanan kadınların çoğunluğu (%56,6) doktorunun doğum şeklini belirlediğinden, %48,1'i daha önce sezaryen olduğundan, %7,5'i tüpligasyon olmak istediğinden bu yöntemi tercih ettiğini ifade etmiştir. Bölgesel anestezi uygulanan grupta ise kadınların %17,2'si kendisinin, %30,5'i eşinin doğum şeklini belirlemesinden, %10,5'i işlem daha kısa sürdüğünden, %18'i önceden plan yapmayı kolaylaştırdığından, %10,2'si yakınlarının yöntemi önermesinden, %11,7'si cinsel yaşamı etkileyeceğini düşündüğünden ve %32,3'ü spontan doğum ağrısını ürkütücü bulduğundan bu yöntemi tercih ettiklerini belirtti.



**Tablo 4-4: Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Anestezi Şekline Karar Vermelerini Etkileyen Faktörlerin Dağılımı (n=234)**

Özellikler	Genel Anestezi Grubu (n:106)		Bölgesel Anestezi Grubu (n:128)		Genel Toplam (n:234)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
En Sağlıklı Yöntem Olduğu Düşünüldüğünden*	5	4,7	4	3,1	9	3,8
Ağrısız Yöntem Olduğundan*	25	23,6	46	35,9	71	30,3
Doğum Sonrası Dönemin Rahat Olacağı Düşünüldüğünden*	4	3,8	11	8,6	15	6,4
Doktor Tarafından Önerildiğinden*	44	41,5	43	33,6	87	37,1
Bebek İçin Daha Güvenli Olduğu Düşüldüğünden*	4	3,8	12	9,4	16	6,8
Doğum Sonu Dönemde Bebeğe Kısa Zamanda İletişime Geçilebileceğinden*	5	4,7	22	17,2	27	11,5
Doğum Anının Yaşanılması İstendiğinden*	7	6,6	55	43,0	62	26,4
Doğum Sonu Dönemde Bebeğin Kısa Zamanda Emzirilmesi İstenildiğinden*	6	5,7	32	25,0	38	16,2
Doğum Anında Hiç Birşey Hissetmemek ve Görmek İstenildiğinden*	60	56,6	13	10,2	73	31,1
Anestezi Yöntemleri Hakkında Bilgi Olmadığından*	4	3,8	2	1,6	6	2,5
Yakınları Tarafından Önerildiğinden*	3	2,8	12	9,4	15	6,4

\*Birden fazla cevap verilmiştir.

Kadınların genel ve bölgesel anestezi türüne karar vermelerini etkileyen faktörlerin dağılımı incelendiğinde; genel anestezi grubunun %5,3'ü yöntemi en sağlıklı anestezi türü olduğunu düşündüğünden, %43,5'i doktorunun bu yöntemi önermesinden, %3,1'i anestezi türleri hakkında bilgisi olmadığından ve en çok %58'i doğum anında hiç birşey görmek ya da hissetmek istemediğinden bu yöntemi tercih ettiklerini belirtmiştir. Bölgesel anestezi grubunda ise; %36,2'si ağrısız yöntem olduğundan, %8,5'i doğum sonrası dönemi rahat geçireceğini düşündüğünden, %10'u bebek için daha güvenli olduğundan, %43,8'i doğum anını yaşamak istediğinden, %9,2'si yakınlarının bu yöntemi önermesinden, %16,9'u doğum sonu dönemde bebeğiyle hemen iletişime geçmek ve %25,4'ü doğum sonu dönemde bebeğini kısa zamanda emzirmek istediğinden bu anestezi türünü seçtiklerini ifade etti.



**Tablo 4-5: Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Sezaryen Sonrası Karşılaştıkları Sorunlar ve Yan Etkilerin Karşılaştırılması**

Özellikler	Genel Anestezi Grubu (n:106)		Bölgesel Anestezi Grubu (n:128)		$\chi^2$	p
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Bebeği görmede gecikme yaşama</b>						
Evet	24	22,6	2	1,6	23,995**	<b>0,000</b>
Hayır	82	77,4	126	98,4		
<b>Bebekle bağ kurmada gecikme yaşama</b>						
Evet	12	11,3	2	1,6	8,158**	<b>0,004</b>
Hayır	94	88,7	126	98,4		
<b>Bebeği emzirmeye geç başlama</b>						
Evet	28	26,4	9	7,0	14,942**	<b>0,000</b>
Hayır	78	73,6	119	93,0		
<b>Baş dönmesi</b>						
Evet	28	26,4	22	17,2	2,415**	0,126
Hayır	78	73,6	106	82,8		
<b>Çok ağrı hissetme</b>						
Evet	41	38,7	8	6,3	34,900**	<b>0,000</b>
Hayır	65	61,3	120	93,8		
<b>Üriner kateterin rahatsızlık oluşturması</b>						
Evet	16	15,1	7	5,5	5,024**	<b>0,025</b>
Hayır	90	84,9	121	94,5		
<b>Mide bulantısı</b>						
Evet	36	34,0	26	20,3	5,547	<b>0,019</b>
Hayır	70	66,0	102	79,7		
<b>Titreme</b>						
Evet	9	8,5	23	18,0	3,647**	0,056
Hayır	97	91,5	105	82,0		
<b>Üşüme</b>						
Evet	10	9,4	25	19,5	3,888**	<b>0,049</b>
Hayır	96	90,6	103	80,5		

**Tablo'nun devamı:**

Özellikler	Genel Anestezi Grubu (n:106)		Bölgesel Anestezi Grubu (n:128)		$\chi^2$	p
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Hipotansiyon</b>						
Evet	3	2,8	19	14,8	8,465**	<b>0,004</b>
Hayır	103	97,2	109	85,2		
<b>Hipertansiyon</b>						
Evet	2	1,9	3	2,3	*	1,000
Hayır	104	98,1	125	97,7		
<b>Allerjik reaksiyon</b>						
Evet	3	2,8	9	7,0	1,329**	0,249
Hayır	103	97,2	119	93,0		
<b>Sezaryenden sonra yemek yemenin kısıtlanması</b>						
Evet	21	19,8	6	4,7	11,554**	<b>0,001</b>
Hayır	85	80,2	122	95,3		
<b>Sezaryenden sonra su içmenin kısıtlanması</b>						
Evet	34	32,1	4	3,1	33,631**	<b>0,000</b>
Hayır	72	67,9	124	96,9		

$\chi^2$ : Ki-kare testi. \*\*Yates düzeltilmeli ki-kare testi.

Kadınların anestezi türüne göre sezaryen sonrası sorunları açısından incelendiğinde; genel anestezi ve bölgesel anestezi uygulanan kadınlar sezaryen sonrası baş dönmesi, rahatsızlık hissetme, titreme, kaşıntı hissi açısından dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırıldıklarında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ , Tablo 4-5). Genel anestezi ve bölgesel anestezi uygulanan kadınlar sezaryen sonrası bebeğini görmede gecikme, bebekle bağ kurmada gecikme, yemek yeme ve su içmenin kısıtlanması, ağrı hissetme, mide bulantısı, üriner kateterden dolayı rahatsızlık, üşüme hissi açısından dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ( $p\leq 0,05$ , Tablo 4-5).

Genel ve bölgesel anestezi uygulanan kadınların sezaryen sonrası bebeğini görmede gecikme, bebeğiyle bağ kurmada gecikme, bebeğini emzirmeye geç başlama özelliklerine göre dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark olduğu saptandı ( $p\leq 0,05$ , Tablo 4-5). Her üç değişkene göre genel anestezi uygulanan grupta evet diyenlerin oranının bölgesel anestezi uygulanan gruptan daha yüksek olduğu bulundu.

Doğumda genel ve bölgesel anestezi uygulanan kadınlarda sezaryen sonrası yemek yeme ve su içmenin kısıtlanması, mide bulantısı, ağrı hissi, üriner kateterden kaynaklanan rahatsızlık hissine göre dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark olduğu belirlendi ( $p\leq 0,05$ , Tablo 4-5). Her değişkene genel anestezi uygulanan grupta sezaryen sonrası sorunlara evet diyenlerin oranının bölgesel anestezi uygulanan gruptan anlamlı olarak daha fazla olduğu gözlemlendi.

Genel ve bölgesel anestezi uygulanan kadınlar sezaryen sonrası üşüme hissine göre dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve bölgesel anestezi uygulanan grupta üşüyenlerin oranının genel anestezi uygulanan gruptan anlamlı olarak daha fazla olduğu gözlemlendi ( $p\leq 0,05$ , Tablo 4-5).

Genel anestezi ve bölgesel anestezi uygulanan kadınlar titreme, hipotansiyon dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında ise; gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark olduğu ve bölgesel anestezi uygulanan grupta titreyen ve hipotansiyonu olan kadınların oranının genel anestezi uygulananlara göre daha fazla olduğu gözlemlendi ( $p<,001$ , Tablo 4-5). Doğumda genel anestezi ve bölgesel anestezi uygulanan gruplar anesteziye bağlı yan etki yaşama durumlarına göre dağılımları ki-kare analizi ile karşılaştırıldığında; hipertansiyon ve allerjik reaksiyonları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ , Tablo 4-5).

**Tablo 4-6: Genel Anestezi Ve Bölgesel Anestezi Türüne Göre Kadınların Ağrı Ve Fiziksel Gereksinimlerin Değerlendirilmesine Yönelik Özelliklerin Karşılaştırılması**

Özellikler	Genel Anestezi Grubu (n:106)	Bölgesel Anestezi Grubu (n:128)	$Z_{mw}$	p
	Ortalama±SS	Ortalama±SS		
İlk Analjezi Gereksinim Süresi (dk.)	56,70 ± 96,38	217,38 ± 111,35	-11,792	<b>0,000</b>
İlk Mobilizasyon Süresi (dk.)	373,01 ± 72,19	419,84 ± 78,91	-5,159	<b>0,000</b>
İlk Beslenme Süresi (dk.)	293,58 ± 50,44	134,68 ± 40,88	-12,984	<b>0,000</b>
İlk Gaz Çıkarma Süresi (dk.)	1669,14 ± 586,09	1598,48 ± 569,76	-0,708	0,479
İlk Defekasyona Çıkma Süresi (dk.)	869,43 ± 1199,75	1340,35 ± 1022,24	-2,113	<b>0,035</b>
İlk Spontan İdrar Yapma Süresi (dk.)	287,78 ± 98,81	288,59 ± 96,66	-0,481	0,680

$Z_{mw}$ : Mann-Whitney U testi.

Doğumda genel anestezi ve bölgesel anestezi uygulanan kadınların sezaryen sonrası ilk fiziksel gereksinimleri Mann-Whitney U testi ile karşılaştırıldığında; bölgesel anestezi uygulanan grupta ilk analjezi gereksinimi, ilk mobilizasyon süresi ve ilk defekasyona çıkmak için geçen süre ortalamalarının genel anestezi uygulanan grubunkinden anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlendi ( $p\leq 0,05$ , Tablo 4-6). Genel anestezi uygulanan grupta ise sezaryen sonrası ilk beslenmeye kadar geçen süre ortalamasının bölgesel anestezi uygulanan gruba göre anlamlı olarak daha fazla olduğu saptandı ( $p\leq 0,05$ , Tablo 4-6). Her iki grup arasında ilk gaz çıkarma ve ilk spontan idrar yapma süre ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ , Tablo 4-6).

**Tablo 4-7: Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Türüne Göre Kadınların Postoperatif Yaşamsal Bulgularının Karşılaştırılması**

Özellikler	Genel Anestezi Grubu (n:106)	Bölgesel Anestezi Grubu (n:128)	Z <sub>mw</sub>	P
	Ortalama±SS	Ortalama±SS		
İlk Ateş (°C)	36,20 ± 0,17	36,25 ± 0,16	-2,402	<b>0,016</b>
İlk Nabız (dk.)	71,57 ± 12,21	73,78 ± 12,03	-1,363	<b>0,173</b>
İlk Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)	73,28 ± 10,44	71,24 ± 9,08	-1,233	0,218
İlk Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	117,22 ± 14,79	108,45 ± 11,59	-4,739	<b>0,000</b>
İlk Solunum Sayısı (dk.)	16,60 ± 1,10	16,63 ± 1,29	-0,063	0,950
İlk SPO <sub>2</sub> (%)	97,77 ± 1,69	98,08 ± 1,36	-1,206	0,228
İlk VAS Puanı	2,76 ± 1,12	0,73 ± 0,63	-11,410	<b>0,000</b>
<b>15. DK. Yaşamsal Bulgular</b>				
Ateş (°C)	36,32 ± 0,21	36,41 ± 0,19	-2,831	<b>0,005</b>
Nabız (dk.)	70,86 ± 11,30	74,17 ± 11,96	-1,972	<b>0,049</b>
Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)	73,33 ± 8,44	72,44 ± 9,32	-0,524	0,600
Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	116,34 ± 13,22	108,73 ± 11,32	-4,344	<b>0,000</b>
Solunum Sayısı (dk.)	16,56 ± 1,12	16,60 ± 1,43	-0,330	0,741
SPO <sub>2</sub> (%)	98,00 ± 1,41	98,22 ± 1,39	-1,170	0,242
VAS Puanı	3,02 ± 1,11	0,86 ± 0,82	-11,562	<b>0,000</b>
<b>30. DK. Yaşamsal Bulgular</b>				
Ateş (°C)	36,44 ± 0,23	36,52 ± 0,21	-2,746	<b>0,006</b>
Nabız (dk.)	72,26 ± 10,27	75,57 ± 10,94	-2,420	<b>0,016</b>
Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)	73,56 ± 8,40	73,40 ± 8,94	-0,208	0,835

**Tablo'nun devamı:**

Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	115,83 ± 12,61	110,60 ± 10,84	-3,321	<b>0,001</b>
Solunum Sayısı (dk.)	16,91 ± 1,11	17,01 ± 1,54	-0,099	0,921
SPO <sub>2</sub> (%)	97,94 ± 1,49	98,36 ± 1,35	-2,237	<b>0,025</b>
VAS Puanı	3,02 ± 1,23	0,83 ± 0,67	-11,653	<b>0,000</b>

**45. DK. Yaşamsal Bulgular**

Ateş (°C)	36,57 ± 0,25	36,66 ± 0,27	-2,668	<b>0,008</b>
Nabız (dk.)	72,67 ± 9,15	75,18 ± 10,46	-1,694	0,090
Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)	73,37 ± 7,23	74,39 ± 8,69	-1,019	0,308
Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	115,98 ± 12,64	118,81 ± 79,63	-2,389	<b>0,017</b>
Solunum Sayısı (dk.)	17,16 ± 1,11	17,35 ± 1,50	-0,815	0,415
SPO <sub>2</sub> (%)	97,91 ± 1,42	98,39 ± 1,37	-2,606	<b>0,009</b>
VAS Puanı	2,70 ± 1,10	0,85 ± 0,66	-11,277	<b>,000</b>

**1. Saat Yaşamsal Bulgular**

Ateş (°C)	36,70 ± 0,31	36,80 ± 0,30	-2,485	<b>0,013</b>
Nabız (dk.)	73,33 ± 8,99	77,25 ± 10,34	-1,716	0,086
Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)	74,18 ± 7,62	75,03 ± 9,16	-0,794	0,427
Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	115,49 ± 11,92	112,91 ± 10,81	-1,509	0,131
Solunum Sayısı (dk.)	18,09 ± 7,81	17,50 ± 1,41	-0,329	0,743
SPO <sub>2</sub> (%)	98,22 ± 1,05	98,25 ± 1,65	-1,008	0,313
VAS Puanı	2,37 ± 1,19	0,96 ± 0,90	-9,142	<b>0,000</b>

Özellikler	Genel Anestezi Grubu	Bölgesel Anestezi Grubu	$Z_{mw}$	p
	(n:106)	(n:128)		
<b>Yaşamsal Bulgular (1,5 Saat)</b>				
Ateş ( $^{\circ}C$ )	Ortalama $\pm$ SS 36,83 $\pm$ 0,40	Ortalama $\pm$ SS 37,09 $\pm$ 0,42	-1,720	0,086
Nabız (dk.)	74,84 $\pm$ 8,75	78,50 $\pm$ 9,99	-2,680	<b>0,007</b>
Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)	73,27 $\pm$ 6,78	75,64 $\pm$ 8,62	-1,963	<b>0,050</b>
Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	113,80 $\pm$ 10,93	113,68 $\pm$ 10,37	-0,028	0,977
Solunum Sayısı (dk.)	17,26 $\pm$ 1,39	17,67 $\pm$ 1,48	-1,612	0,107
SPO <sub>2</sub> (%)	98,21 $\pm$ 1,21	98,37 $\pm$ 1,29	-1,143	0,253
VAS Puanı	2,03 $\pm$ 1,01	1,14 $\pm$ 0,96	-6,768	<b>0,000</b>
<b>Yaşamsal Bulgular (2. Saat)</b>				
Ateş ( $^{\circ}C$ )	36,93 $\pm$ 0,39	37,01 $\pm$ 0,37	-1,758	0,079
Nabız (dk.)	75,64 $\pm$ 8,77	80,00 $\pm$ 10,91	-3,046	<b>0,002</b>
Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)	74,33 $\pm$ 7,75	76,07 $\pm$ 8,59	-1,509	0,131
Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	113,66 $\pm$ 13,28	112,95 $\pm$ 10,44	-0,138	0,890
Solunum Sayısı (dk.)	17,41 $\pm$ 1,10	17,88 $\pm$ 1,51	-2,076	<b>0,038</b>
SPO <sub>2</sub> (%)	98,17 $\pm$ 1,35	98,30 $\pm$ 1,31	-0,547	0,584
VAS Puanı	1,55 $\pm$ 0,99	1,39 $\pm$ 1,16	-1,797	0,072
<b>Yaşamsal Bulgular (2,5 Saat)</b>				
Ateş ( $^{\circ}C$ )	37,00 $\pm$ 0,40	37,09 $\pm$ 0,42	-1,623	0,105
Nabız (dk.)	76,99 $\pm$ 9,89	79,89 $\pm$ 10,36	-1,796	0,073
Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)	74,20 $\pm$ 8,05	75,01 $\pm$ 7,59	-0,780	0,435
Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	113,70 $\pm$ 10,16	113,82 $\pm$ 9,55	-0,040	0,968
Solunum Sayısı (dk.)	17,47 $\pm$ 1,21	17,94 $\pm$ 1,52	-2,133	<b>0,033</b>
SPO <sub>2</sub> (%)	98,06 $\pm$ 1,34	98,33 $\pm$ 1,41	-0,858	0,391
VAS Puanı	1,29 $\pm$ 0,90	1,53 $\pm$ 1,08	-1,808	0,071

<b>Yaşamsal Bulgular (3. Saat)</b>				
Ateş (°C)	37,01 ± 0,45	37,11 ± 0,40	-1,724	0,085
Nabız (dk.)	76,80 ± 9,50	78,67 ± 10,12	-0,869	0,385
Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)	73,90 ± 6,51	76,84 ± 7,65	-2,960	<b>0,003</b>
Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	114,50 ± 9,19	113,79 ± 11,60	-0,104	0,917
Solunum Sayısı (dk.)	17,52 ± 1,27	18,32 ± 1,46	-4,404	<b>0,000</b>
SPO <sub>2</sub> (%)	97,11 ± 8,14	98,06 ± 1,50	-0,398	0,690
VAS Puanı	1,04 ± 0,80	2,01 ± 1,37	-5,680	<b>0,000</b>
<b>Yaşamsal Bulgular (4. Saat)</b>				
Ateş (°C)	37,08 ± 0,41	37,15 ± 0,44	-1,090	0,276
Nabız (dk.)	76,44 ± 9,33	79,29 ± 9,54	-1,955	0,051
Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)	72,56 ± 8,22	76,67 ± 7,70	-3,901	<b>0,000</b>
Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	114,61 ± 9,66	114,78 ± 9,43	-0,204	0,838
Solunum Sayısı (dk.)	17,66 ± 1,36	18,14 ± 1,61	-2,470	<b>0,014</b>
SPO <sub>2</sub> (%)	98,24 ± 1,30	98,21 ± 1,46	-0,093	0,926
VAS Puanı	0,83 ± 0,81	2,01 ± 1,46	-6,380	<b>0,000</b>



<b>Yaşamsal Bulgular (5. Saat)</b>	<b>Ortalama±SS</b>	<b>Ortalama±SS</b>		
Ateş (°C)	37,20 ± 32,04	37,12 ± 0,41	-0,286	0,775
Nabız (dk.)	75,96 ± 8,67	79,15 ± 8,84	-2,319	<b>0,020</b>
Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)	73,43 ± 8,59	76,33 ± 9,74	-1,894	0,058
Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	114,04 ± 9,26	114,50 ± 9,44	-0,237	0,812
Solunum Sayısı (dk.)	17,64 ± 1,33	18,05 ± 1,76	-1,749	0,080
SPO <sub>2</sub> (%)	98,26 ± 1,20	98,21 ± 1,56	-0,371	0,711
VAS Puanı	0,62 ± 0,79	1,45 ± 1,20	-5,671	<b>0,000</b>

<b>Yaşamsal Bulgular (6. Saat)</b>				
Ateş (°C)	37,07 ± 0,42	37,11 ± 0,44	-0,716	0,474
Nabız (dk.)	76,84 ± 8,24	78,72 ± 9,81	-1,278	0,201
Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)	73,79 ± 7,34	76,00 ± 7,73	-1,870	0,061
Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	114,55 ± 9,04	113,48 ± 9,75	-0,891	0,373
Solunum Sayısı (dk.)	17,62 ± 1,19	17,91 ± 1,73	-0,791	0,429
SPO <sub>2</sub> (%)	98,20 ± 1,13	98,12 ± 1,54	-0,265	0,791
VAS Puanı	0,48 ± 0,75	0,98 ± 0,97	-4,486	<b>0,000</b>

<b>Yaşamsal Bulgular (7. Saat)</b>				
Ateş (°C)	37,16 ± 31,95	37,05 ± 0,41	-0,089	0,929
Nabız (dk.)	76,94 ± 8,03	78,40 ± 9,18	-0,982	0,326
Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)	73,54 ± 6,97	75,52 ± 7,25	-1,870	0,061
Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	114,48 ± 8,93	113,00 ± 9,05	-0,800	0,379
Solunum Sayısı (dk.)	17,64 ± 1,22	17,95 ± 1,74	-0,673	0,501
SPO <sub>2</sub> (%)	98,25 ± 1,23	98,00 ± 2,02	-0,706	0,480
VAS Puanı	0,38 ± 0,71	0,75 ± 0,77	-4,492	<b>0,000</b>

<b>Yaşamsal Bulgular (8. Saat)</b>				
Ateş ( <sup>0</sup> C)	37,06 ± 0,43	37,41 ± 3,99	0,099	0,921
Nabız (dk.)	78,24 ± 8,36	78,85 ± 10,15	-0,199	0,842
Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)	72,98 ± 6,37	75,70 ± 8,87	-2,205	<b>0,027</b>
Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	113,32 ± 8,18	112,75 ± 8,50	-0,525	0,599
Solunum Sayısı (dk.)	17,69 ± 1,27	18,21 ± 1,70	-1,796	0,073
SPO <sub>2</sub> (%)	98,28 ± 1,26	98,07 ± 1,60	-0,756	0,450
VAS Puanı	0,27 ± 0,57	0,66 ± 0,66	-5,207	<b>0,000</b>

$z_{mw}$ : Mann-Whitney U testi.

Doğumda genel anestezi ve bölgesel anestezi uygulanan kadınlar postoperatif dönemde ilk değerlendirilen yaşamsal bulgulara göre Mann Whitney-U testi ile karşılaştırıldıklarında; bölgesel anestezi uygulanan grupta ilk değerlendirilen yaşamsal bulgulardan vücut ısısı ortalama değerinin genel anestezi uygulanan gruptan daha yüksek olduğu ( $p \leq 0,05$ , Tablo 4-7), ilk sistolik kan basıncı değerinin ve ilk Vizüel Analog Skala (VAS) puan ortalamasının genel anestezi grubundan anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlendi ( $p \leq 0,05$ , Tablo 4-7). Her iki grup arasında nabız sayısı, diyastolik kan basıncı değeri, solunum sayısı, parsiyel oksijen basıncı ortalamaları açısından istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ , Tablo 4-7).

Genel anestezi ve bölgesel anestezi uygulanan kadınlar postoperatif dönem 15.dk. değerlendirilen yaşamsal bulgularına göre Mann Whitney-U testi ile karşılaştırıldıklarında; bölgesel anestezi uygulanan grubun 15.dk. değerlendirilen yaşamsal bulgulardan vücut ısısı ve nabız sayısı ortalama değerlerinin genel anestezi uygulanan gruptan daha yüksek olduğu, 15.dk. sistolik kan basıncı değeri ve VAS puanı ortalamasının genel anestezi grubundan anlamlı olarak daha düşük olduğu bulundu ( $p \leq 0,05$ , Tablo 4-7). Her iki grup arasında diyastolik kan basıncı, solunum sayısı, parsiyel oksijen basıncı ortalama değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p > 0,05$ , Tablo 4-7).

Doğumda genel ve bölgesel anestezi uygulanan kadınlar postoperatif dönem 30.dk. değerlendirilen yaşamsal bulgulara göre Mann Whitney-U testi ile karşılaştırıldıklarında; bölgesel anestezi uygulanan grupta 30.dk. değerlendirilen yaşamsal bulgulardan vücut ısısı, nabız sayısı, parsiyel oksijen basıncı ortalama değerlerinin genel anestezi uygulanan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu, 30.dk. sistolik kan basıncı değeri ve VAS puanı ortalamasının genel anestezi grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olduğu gözlemlendi ( $p \leq 0,05$ , Tablo-).

Her iki grup arasında diyastolik kan basıncı ve solunum sayısı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ( $p > 0,05$ , Tablo 4-7).

Doğumda genel anestezi ve bölgesel anestezi uygulanan kadınlar postoperatif dönem 45.dk. değerlendirilen yaşamsal bulgulara göre Mann Whitney-U testi ile karşılaştırıldıklarında; bölgesel anestezi uygulanan grubun 45.dk. vücut ısısı, sistolik kan basıncı ve parsiyel oksijen basıncı ortalama değerlerinin genel anestezi grubununkine göre anlamlı olarak daha yüksek, 45.dk. VAS puan ortalamasının genel anestezi grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olduğu bulundu ( $p > 0,05$ , Tablo 4-7). Her iki grup arasında 45.dk. nabız sayısı, diyastolik kan basıncı ve solunum sayısı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p > 0,05$ , Tablo 4-7).

Genel anestezi ve bölgesel anestezi uygulanan kadınlar postoperatif dönem 1. saatte değerlendirilen yaşam bulguları Mann Whitney- U testi ile karşılaştırıldığında; bölgesel anestezi uygulanan grupta 1. saat vücut ısısı ortalama değerlerinin genel anestezi uygulanan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu, 1. saat VAS puanı ortalamasının genel anestezi grubuna göre ise daha düşük olduğu saptandı ( $p > 0,05$ , Tablo 4-7). Her iki grup arasında nabız sayısı, diyastolik ve sistolik kan basıncı, solunum sayısı, parsiyel oksijen basıncı ortalama değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi ( $p > 0,05$ , Tablo 4-7).

Doğumda genel ve bölgesel anestezi uygulanan kadınlar postoperatif dönemde 90.dk. (1,5 saat) değerlendirilen yaşamsal bulgulara göre Mann Whitney-U testi ile karşılaştırıldıklarında; bölgesel anestezi uygulanan grupta 90.dk. değerlendirilen yaşamsal bulgulardan nabız sayısı ve diyastolik kan basıncı ortalamalarının genel anestezi uygulanan gruptan anlamlı olarak daha yüksek olduğu ( $p \leq 0,05$ , Tablo 4-7), 90.dk. (1,5 saat) VAS puan ortalamasının genel anestezi grubundan anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlendi ( $p \leq 0,05$ , Tablo 4-7). Her iki grup arasında vücut ısısı, sistolik kan basıncı değeri, solunum sayısı, parsiyel oksijen basıncı ortalamaları açısından istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ , Tablo 4-7).

Genel anestezi ve bölgesel anestezi uygulanan kadınlar postoperatif dönem 2. saatte değerlendirilen yaşamsal bulgulara göre Mann Whitney-U testi ile karşılaştırıldıklarında; bölgesel anestezi uygulanan grupta 2. saatte değerlendirilen yaşamsal bulgulardan nabız ve solunum sayısı ortalama değerlerinin genel anestezi uygulanan gruptan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu ( $p \leq 0,05$ , Tablo 4-7). Her iki grup arasında vücut ısısı, diyastolik ve sistolik kan basıncı, parsiyel oksijen basıncı, VAS puanı ortalama değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ( $p > 0,05$ , Tablo 4-7).

Doğumda genel ve bölgesel anestezi uygulanan gruplar postoperatif dönemde 2,5 saatte değerlendirilen yaşamsal bulgulara göre Mann Whitney-U testi ile karşılaştırıldıklarında; gruplar arasında solunum sayısı ortalaması dışında diğer bulgular açısından istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi ( $p > 0,05$ , Tablo 4-7). Bölgesel anestezi uygulanan grupta 2,5 saatte değerlendirilen yaşamsal bulgulardan solunum sayısı ortalamasının genel anestezi grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu gözlemlendi ( $p \leq 0,05$ , Tablo 4-7).

Doğumda genel anestezi ve bölgesel anestezi uygulanan kadınlar postoperatif dönem 3. saatte değerlendirilen yaşamsal bulgulara göre Mann Whitney-U testi ile karşılaştırıldıklarında; bölgesel anestezi uygulanan grupta 3. saatte değerlendirilen yaşamsal bulgulardan diyastolik kan basıncı, solunum sayısı ve VAS puanı ortalamalarının genel anestezi uygulanan gruptan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu ( $p \leq 0,05$ , Tablo 4-7). Her iki grup arasında 3. saatte değerlendirilen vücut ısısı, nabız sayısı, sistolik kan basıncı ve parsiyel oksijen basıncı ortalama değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p > 0,05$ , Tablo 4-7).

Genel anestezi ve bölgesel anestezi uygulanan gruplarda postoperatif dönem 4. saatte değerlendirilen yaşam bulguları Mann Whitney- U testi ile karşılaştırıldığında; bölgesel anestezi uygulanan grupta 4. saat diyastolik kan basıncı, solunum sayısı ve VAS puanı ortalama değerlerinin genel anestezi uygulanan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmadı ( $p \leq 0,05$ , Tablo 4-7).

Her iki grup arasında 4. saatte değerlendirilen vücut ısısı, nabız sayısı, sistolik kan basıncı, parsiyel oksijen basıncı ortalama değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi ( $p > 0,05$ , Tablo 4-7).

Doğumda genel ve bölgesel anestezi uygulanan kadınlar postoperatif dönemde 5. Saatte değerlendirilen yaşamsal bulgulara göre Mann Whitney-U testi ile karşılaştırıldıklarında; bölgesel anestezi uygulanan grubun 5. saatte değerlendirilen yaşamsal bulgularından nabız sayısı ve VAS puanı ortalamalarının genel anestezi uygulanan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi ( $p \leq 0,05$ , Tablo 4-7). Her iki grup arasında 5. saatte değerlendirilen vücut ısısı, diyastolik ve sistolik kan basıncı, solunum sayısı, parsiyel oksijen basıncı ortalama değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ , Tablo 4-7).

Genel anestezi ve bölgesel anestezi uygulanan kadınlar postoperatif dönem 6. ve 7. saatte değerlendirilen yaşamsal bulgulara göre Mann Whitney-U testi ile karşılaştırıldıklarında; gruplar arasında 6. ve 7. saatte değerlendirilen VAS puanı ortalaması dışında diğer bulgular açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p > 0,05$ , Tablo 4-7). Bölgesel anestezi uygulanan grupta 6. ve 7. saatte değerlendirilen VAS puanı ortalamasının genel anestezi grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ( $p \leq 0,05$ , Tablo 4-7).

Genel anestezi ve bölgesel anestezi uygulanan gruplar postoperative 8. saatte değerlendirilen yaşamsal bulguları Mann Whitney- U testi ile karşılaştırıldığında; gruplar arasında 8. saatte değerlendirilen diyastolik kan basıncı ve VAS puanı ortalamaları dışında diğer bulgular açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi ( $p > 0,05$ , Tablo 4-7). Bölgesel anestezi uygulanan grupta 8. saat diyastolik kan basıncı ve VAS puanı ortalama değerlerinin genel anestezi uygulanan gruptan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmadı ( $p \leq 0,05$ , Tablo 4-7).

#### 4.2. Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Genel Konfor Ölçeği Alt Boyut, Alt Düzey Ve Toplam Puanları, Doğum Sonrası Ebeveynlik Ölçeği ve Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde annelerin anestezi türüne göre genel konfor ölçeği alt boyut, alt düzey ve toplam puanları, doğum sonrası ebeveynlik davranışı ölçeğinin toplam puanları ve postpartum emzirme öz-yeterlilik ölçeği toplam puanlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir

**Tablo 4-8: Genel ve Bölgesel Anestezi Türüne Göre Genel Konfor Ölçeği Alt Boyut, Alt Düzey ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması**

Özellikler	Genel Anestezi Grubu (n:106)	Bölgesel Anestezi Grubu (n:128)	t	p
	Ortalama±SS	Ortalama±SS		
<i>Konfor Düzeyleri</i>				
<b>Ferahlama</b>	41,57 ± 6,33	42,00 ± 4,69	-0,572	<b>0,568</b>
<b>Rahatlama</b>	40,88 ± 5,31	41,89 ± 4,07	-1,608	0,110
<b>üstünlük</b>	45,82 ± 5,55	48,02 ± 4,18	-3,365	<b>0,001</b>
<i>Konfor Boyutları</i>				
<b>Fiziksel</b>	30,04 ± 4,48	30,81 ± 3,94	-1,175	0,241
<b>Psikospritiuel</b>	36,52 ± 5,85	38,25 ± 4,23	-2,531	<b>0,012</b>
<b>Çevresel</b>	35,07 ± 4,51	35,78 ± 3,71	-1,312	0,191
<b>Sosyokültürel</b>	26,63 ± 3,09	27,07 ± 2,61	-1,176	0,241
<b>Konfor Ölçeği Toplam Puanı</b>	128,28 ± 14,96	131,92 ± 10,65	-2,101	<b>0,037</b>

t: Student's-t test.

Sezaryende genel ve bölgesel anestezi uygulanan kadınlar Genel Konfor Ölçeği alt boyut, alt düzey ve toplam puanlarına göre bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında; her iki grup arasında konfor düzeylerinden ferahlama ve rahatlama düzeyleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmazken, gruplar arasında üstünlük düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark olduğu gözlemlendi ( $p \leq 0,05$ , Tablo 4-8). Bölgesel anestezi uygulanan grubun konfor düzeyi üstünlük alt boyut puan ortalamasının genel anestezi uygulanan grubunkinden anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi.

Genel anestezi ve bölgesel anestezi uygulanan kadınlar genel konfor ölçeği alt boyutlarından fiziksel alan, çevresel ve sosyokültürel alan puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı saptandı ( $p>0,05$ , Tablo 4-8). Her iki grubun genel konfor ölçeği alt boyutlarından psikospiritüel alan ve ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ( $p\leq 0,05$ , Tablo 4-8). Bölgesel anestezi uygulanan kadınların genel konfor ölçeği alt boyutlarından psikospiritüel alan ve ölçek toplam puan ortalamalarının genel anestezi uygulanan grubunkinden anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu.

**Tablo 4-9: Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği Toplam Puanlarına İlişkin Bulgular**

	Genel Anestezi Grubu (n:106)					Bölgesel Anestezi Grubu (n:128)					Test Değeri	
	Med	$\bar{X}$	$\pm SD$	Min	Max	Med	$\bar{X}$	$\pm SD$	Min	Max	$z_{mw}$	P
Doğum Sonrası Ebeveynlik Ölçeği Toplam Puanı	3,00	3,52	$\pm 1,66$	0,00	6,00	6,00	5,21	$\pm 1,16$	0,00	6,00	- 7,789	<b>0,000</b>

$z_{mw}$ : Mann-Whitney U testi.

Doğumda genel anestezi ve bölgesel anestezi uygulanan gruplarda Doğum Sonrası Ebeveynlik Ölçeği toplam puan ortalaması Mann Whitney- U testi ile karşılaştırıldığında; grupların ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı fark olduğu saptandı ( $p\leq 0,05$ , Tablo 4-9). Bölgesel anestezi uygulanan kadınların Doğum Sonrası Ebeveynlik Ölçeği toplam puan ortalamalarının genel anestezi uygulananlara göre daha yüksek olduğu belirlendi.

**Tablo 4-10: Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Toplam Puanlarına İlişkin Bulgular**

	Genel Anestezi Grubu (n:106)					Bölgesel Anestezi Grubu (n:128)					Test Değeri	
	Med	$\bar{X}$	$\pm$ SD	Min	Max	Med	$\bar{X}$	$\pm$ SD	Min	Max	$z_{mw}$	P
Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Toplam Puanı	54,00	53,90	$\pm$ 12,48	14,00	70,00	59,00	57,06	$\pm$ 11,85	14,00	70,00	-2,007	<b>0,045</b>

$z_{mw}$ : Mann-Whitney U testi.

Doğumda genel anestezi ve bölgesel anestezi uygulanan gruplarda Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalamaları Mann Whitney-U testi ile karşılaştırıldığında; grupların ortalama puanları arasında istatistiksel anlamlı fark olduğu saptandı ( $p \leq 0,05$ , Tablo 4-10). Bölgesel anestezi uygulanan kadınların Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalamalarının genel anestezi uygulananlara göre daha yüksek olduğu belirlendi.



### 4.3. Genel Anestezi Ve Bölgesel Anestezi Türüne Göre Yenidoğanın Özellikleri

Bu bölümde genel anestezi ve bölgesel anestezi türüne sezaryen sonrası yenidoğanın 1. ve 5. dakikadaki apgar skorları ve 1.gün ve 2.gün tartı kaybına ilişkin bulguların tartışmasına yer verilmiştir.

**Tablo 4-11: Genel Anestezi Ve Bölgesel Anestezi Türüne Göre Yenidoğan Apgar Skorlarına İlişkin Bulgular**

Özellikler	Genel Anestezi Grubu (n:106)	Bölgesel Anestezi Grubu (n:128)	$z_{mw}$	p
	Ortalama±SS	Ortalama±SS		
APGAR PUANI (1.DK)	8,20 ± 0,61	8,24 ± 0,81	-0,962	0,336
APGAR PUANI (5.DK)	9,35 ± 0,65	9,64 ± 0,49	-3,381	<b>0,001</b>

$z_{mw}$ : Mann-Whitney U testi.

Doğumda genel ve bölgesel anestezi uygulanan kadınlar yenidoğan özelliklerine göre Mann Whitney-U testi ile karşılaştırıldığında; yenidoğan 1. dk. Apgar puanı dışında 5.dk. Apgar puanı için istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ( $p \leq 0,05$ , Tablo-11). Bölgesel anestezi uygulanan gruptaki yenidoğanların 5. dk. Apgar puanı genel anestezi uygulanan gruptaki yenidoğanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü.

**Tablo 4-12: Genel Anestezi Ve Bölgesel Anestezi Türüne Göre Yenidoğan 1.Gün ve 2.Gün Tartı Kaybına İlişkin Bulgular**

Özellikler	Genel Anestezi Grubu (n:106)	Bölgesel Anestezi Grubu (n:128)	$Z_{mw}$	P
	Ortalama±SS	Ortalama±SS		
Yenidoğan Tartı Kaybı(1.GÜN) (gr)	-120,90 ± 37,51	- 83,60 ± 46,25	-6,944	<b>0,000</b>
Yenidoğan Tartı Kaybı (2.GÜN) (gr)	-112,29 ± 44,36	-96,27 ± 58,32	-2,461	<b>0,014</b>

$Z_{mw}$ : Mann-Whitney U testi.

Doğumda genel ve bölgesel anestezi uygulanan kadınlar yenidoğan özelliklerine göre Mann Whitney-U testi ile karşılaştırıldığında; 1.gün ve 2.gün yenidoğan tartı kaybı ortalamalarının genel anestezi uygulanan grubunkinden anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlendi.

## 5. TARTIŞMA

Sezaryen doğum sayısı son yıllarda tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hızla artmaktadır. Bununla beraber sezaryen doğum sırasında uygulanacak anestezi yöntemi önemini de beraberinde getirmektedir. Her anestezi türünün hem anne hem de yenidoğan için ayrı ayrı avantaj ve dezavantajları mevcuttur. Buradaki amaç hem annenin hem yenidoğanın sezaryen sonrası konforunun yüksek olmasını sağlamak olmalıdır.

Bu çalışma sezaryen doğum sırasında uygulanan anestezi yöntemlerinin doğum sonu dönemde annenin ve yenidoğanın konfor ve uyumuna etkilerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmamızdan elde edilen bulgular çalışma ile ilgili literatürler doğrultusunda tartışılmıştır.

### 5.1. Anestezi Türüne Göre Annelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde kadınların yaşları, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu, evlilik süresi, aile tipi, çocuk sayısı, obstetrik özellikleri, doğum şekli ve anestezi tercihini etkileyen faktörler, sezaryen sonrası yaşanan sorunlar, ağrı ve fiziksel gereksinimlerin değerlendirilmesine ve postpartum yaşamsal bulgularına yönelik özelliklerin karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

### **5.1.1. Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

30 yaş ve üstü kadınlarda sezaryen doğum sıklığının daha düşük yaş grubunda yer alan kadınlara göre anlamlı oranda yüksek olduğu görülmektedir (Leslie 2004). TNSA 2013 verilerine göre Türkiye’de doğumların % 64’ü 30 yaşından önce meydana gelmektedir. Yapılan bir çalışmada eğitim, ekonomi ve sosyal sorunlar gibi nedenlerle evlilik yaşının 35 yaş üzeri doğumlarda %4 oranında artış gözlenmiştir (Güloğlu ve ark. 2007). Karakaplan’ın (2007) çalışmasında sezaryen doğum yapan lohusaların yaş ortalamasını  $27.0 \pm 4.7$ , Çağlayan ve arkadaşları (2011) lohusaların yaş ortalamasını  $25.1 \pm 5.5$ , Eren ve arkadaşları (2007) lohusaların yaş ortalamasını ise  $26,6 \pm 3.4$  olarak bulmuştur. Bu çalışmada ise genel anestezi grubundaki kadınların yaşlarının ortalaması  $31,05 \pm 4,48$  bulunurken bölgesel anestezi grubundaki kadınların ise yaş ortalamaları  $31,93 \pm 4,22$  olarak bulundu.

Ünsal ve arkadaşlarının (2005) ve Türk’ün (2006) çalışmasında kadınların gelir durumunu gelir gidere denk olarak değerlendirmiştir. Bu çalışmada ise gelir durumu gelir giderden fazla bulunmuştur. TNSA-2013 verilerine göre Türkiye’de kentlerde yaşayan kadınların % 35’i en az lise mezunu ve kadınların (15-49 yaş) %31’inin çalışmakta olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmadaki kadınların %57,7 sinin lise ve lise altı eğitim gördüğü, %42,3 ünün ise lise üzeri eğitim gördüğü, %60,3’ünün çalıştığı belirlendi.

Bu çalışmada kadınların çoğunun çalışıyor olması, eğitim düzeylerinin iyi olması ve ekonomik durumlarının yüksek olması çalışmanın yapıldığı hastanenin özelliklerinden kaynaklandığı düşüncesindeyiz.

### **5.1.2. Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Obstetrik-Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu çalışmada genel anestezi ve bölgesel anestezi uygulanan kadınlar arasında gestesyoneel yaş, doğum sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı ve yaşayan çocuk bakımından anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Genel anestezi uygulanan kadınların doğum sayısı 1,01 iken bölgesel anestezi uygulanan kadınlarda 0,86 olarak belirlenmiştir. TNSA 2013 verilerine göre Türkiye için toplam doğurganlık hızı kadın başına 2.26 doğumdur. Bu çalışmadaki kadınların sosyo-demografik özelliklerinin yüksek olması nedeniyle doğum sayısının az olduğu düşüncesindeyiz.

Duran'nın (2008) çalışmasında yaşayan çocuk sayısı ortalamasını  $1,34 \pm 0,7$ , Yıldız ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmada yaşayan çocuk sayısı ortalamasını  $1,9 \pm 1,4$  olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada ise yaşayan çocuk ortalaması genel anestezi uygulanan kadınlarda  $1,01 \pm 0,91$  iken bölgesel anestezi uygulanan kadınlarda  $0,86 \pm 0,82$  olarak bulundu.

### **5.1.3. Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Doğum Şekline Karar Vermelerini Etkileyen Faktörlerin Tartışılması**

Türkiye'de sezaryen ile doğumlar oldukça yaygın hale gelmektedir. Sezaryen ile doğum oranları TNSA-2008'e göre % 37 olarak bulunurken son beş yılda meydana gelen tüm doğumların TNSA-2013'e göre % 48 olarak yükseldiği görülmektedir.

Çeşitli çalışmalarda maternal ve/veya fetal bir endikasyon yokken kadınların sezaryeni tercih etme nedenleri incelendiğinde anal ya da üriner inkontinans, sezaryenle doğan bebeklerin daha zeki olduğu inancı, normal doğum ağrılarından tümüyle kurtulma, doğum sırasında bebeğe zarar gelme korkusu, doktor önerisiyle veya sosyal nedenlerle sezaryeni tercih ettiklerini belirtmişlerdir (Lee ve chien 2002 ; Gözükara, 2006; Olatunbosun ve ark. 2002). Sözeri ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında sezaryen doğum tercih etme nedenlerine bakıldığında %54,3'ü doğumun daha kolay olması, %28,6'sının doğumun daha çabuk olması, %25,9'u bebeğin zarar görmemesi nedeniyle tercih edildiği bildirilmiştir.

Sayner ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında kadınların %10,8'i bebek için güvenli olduğunu düşündüğü için, %10,4'ü doktorun uygun görmesi, %7'sinin normal doğumdan korktuğu için tercih ettiği bildirilmiştir.

Kadınların kendi istekleriyle sezaryen doğum gerçekleştirme oranları azımsanmayacak kadar fazla olduğu görülmektedir. Literatürde de sezaryen oranında ki artışın başlıca sebebi olarak kadınların kendi tercihleri olduğu gösterilmiştir (Hildingsson ve ark. 2002; İnceç ve ark. 2004). Bu çalışma kadınların %15.4'ü hiçbir endikasyon yok iken kendi istekleri ile, %32 ise normal doğum ağrısının ürkütücü olduğunu düşündüğü için sezaryen doğumu tercih ettikleri görüldü.

Sezaryen doğum tercihinde etkili olan diğer bir faktör ise doktor önerisi olarak karşımıza çıkabilmektedir. Yaşar'ın çalışmasında (2007) sezaryen tercih edenlerin %45.1'inin, Çivili'nin çalışmasında (2005) %38.1'inin doktoru tarafından yönlendirildiği bildirilmiştir. Bu çalışmada ise kadınların sezaryen doğum seçmelerinin %55,5 doktorunun önerisiyle gerçekleştiği bulunmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ebeyi; gebelik sırasında, doğumda ve doğumdan sonra gerekli bakım ve danışmanlığı sağlamak, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırmak, yenidoğanın bakımını, aile planlaması danışmanlığı yapmak üzere eğitilmiş meslek grubu olarak tanımlarken Uluslararası Ebeler Konfederasyonu ise ebeyi; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kadının bakımını sağlayan, gerekli tavsiyelerde bulunan, kendi sorumluluğunda doğumu gerçekleştiren, yenidoğanın bakımını sağlayan meslek grubu olarak tanımlamaktadır. Ancak ülkemizde ebelik mesleği, kendi bağımsız rollerini uygulayamamaktadır. Bu durumun ebeleri doğum hizmetlerinden uzaklaştırarak sezaryen doğum oranlarının artmasına etkisi olduğu düşüncesindeyiz.

#### **5.1.4. Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Anestezi Şekline Karar Vermelerini Etkileyen Faktörlerin Tartışılması**

Sezaryen doğumların artmasıyla birlikte, tercih edilecek anestezi yöntemlerinin de önemi artmaktadır. Son yıllarda bölgesel anestezi genel anesteziden daha fazla tercih edilir hale gelmiştir (Güner 2005).

Gülhaş ve arkadaşlarının (2011) 2534 kadın ile yaptıkları çalışmalarında kadınların % 74'üne rejyonel anestezi yönteminin uygulandığını % 26'sına genel anestezi yönteminin uygulandığını tespit etmişlerdir.

Bukar ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada kadınların anestezi tercihleri incelendiğinde %70,1'i genel anesteziyi, % 29,9'u rejonel anesteziyi tercih ettiği bulunmuştur. Günüşen ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada kadınları %22.3'üne genel anestezi ve % 77.7'sına bölgesel anestezi uygulandığı belirtilmiştir. Bu çalışmada ise kadınların %45.3'ünün genel anestezi ve %54.7'sinin bölgesel anestezi tercih ettiği görüldü.

Yapılan bir çalışmada sezeryan operasyonlarında bebeğin doğum anını görmek isteyen, ancak yeterli bilgiye sahip olmadığı için bölgesel anesteziyi tercih etmeyen pek çok kadının yeterli bilgilendirme ile bölgesel anestezi yöntemini seçeceğini düşündüklerini bildirmişlerdir (Tekin ve ark. 2005).

Anestezi tercih nedenleri incelendiğinde ise; genel anestezi tercih eden kadınların % 56,6'sının doğum anında hiç birşey hissetmemek ve görmemek istenildiğinden, % 41,5'inin doktor tarafından önerildiğinden, bölgesel anestezi grubunda ise % 43'ünün doğum anının yaşanılması istendiğinden tercih edildiği görüldü. Bu çalışmada da kadınların çoğunluğunun sezaryende uygulanan anestezi yöntemleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve bu konuda danışmanlığa ihtiyaçları olduğu düşüncesindeyiz.

#### **5.1.5. Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Sezaryen Sonrası Karşılaştıkları Sorunlar ve Yan Etkilerin Tartışılması**

Sezaryen doğumlarda uygulanan anestezi yöntemlerine göre, doğum sonu dönemde farklı sorunlar ve yan etkilerle karşı karşıya kalınmaktadır. Kadının doğum sonu dönemi daha konforlu ve sağlıklı yaşayabilmesi için, bu sorunlar ve yan etkilerin minimize olması gerekmektedir.

Pınar ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada, doğum sonu dönemde kadınların konforunu etkileyen sorunlar incelendiğinde ameliyat bölgesinde ağrı, ayağa kalkmada zorluk, gaz çıkarmada zorluk, emzireme güçlüğü, bulantı-kusma ve kişisel hijyen eksikliği olarak bulunmuştur. Ergün'ün (2013) çalışmasında postoperatif bulantı-kusma genel anestezi grubunda bölgesel anestezi grubuna göre anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada ise genel anestezi tercih edenlerin karşılaştıkları sorunlar ve yan etkiler sırasıyla çok ağrı hissetme %38,7, oral beslenmeye başlamada gecikme %32,1, mide bulantısı %38,7 olduğu görülürken bölgesel anestezi tercih edenlerin karşılaştıkları sorunlar ve yan etkiler sırasıyla titreme % 22,7 , mide bulantısı % 20,3 ,baş dönmesi %17,2 şeklinde olduğu saptandı.

#### **5.1.6. Genel Anestezi Ve Bölgesel Anestezi Türüne Göre Kadınların Ağrı Ve Fiziksel Gereksinimlerin Değerlendirilmesine Yönelik Özelliklerin Tartışılması**

Sezaryen doğumlarda postoperatif ağrı kontrolündeki başarı yaşam kalitesini artırmaktadır (İsmail ve ark. 2012). Afolabi'nin (2006) çalışmasında postoperatif dönemdeki analjezik gereksinim süresi yönünden bölgesel anestezi uygulanan kadınların genel anestezi uygulananlara göre daha geç analjezi gereksinimi olduğunu bulmuştur. Bu çalışmanın sonucuna göre ise bölgesel anestezi uygulanan gruptaki kadınların daha geç analjeziye ihtiyaç duydukları belirlendi.

Bölgesel anestezi sonrası gastrointestinal fonksiyonların daha erken normale döndüğü bilinmektedir (Fotiadis ve ark. 2004). Hawas ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında bölgesel anestezi uygulanan kadınlarda ilk oral alım süresi anlamlı olarak kısa bulunmuştur. Bu çalışmada ise genel anestezi uygulanan kadınlarda ilk oral alımın süresi bölgesel anestezi uygulanan kadınlara göre anlamlı olarak uzun bulunmuştur. Sonucumuz diğer çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu olup, bölgesel anestezinin erken oral alıma yönelik avantajlı olduğu görüldü.

Hawas'ın (2011) çalışmasında ilk gaz çıkış ve ilk defekasyon süresinin bölgesel anestezi uygulanan kadınlarda anlamlı olarak kısa bulunmuştur. Ergün'ün (2013) çalışmasında bölgesel anestezi uygulanan kadınlarda ilk defekasyon zamanı anlamlı olarak kısa bulunurken, ilk idrar yapma zamanı genel anestezi uygulanan kadınlarda anlamlı olarak kısa bulundur.

Bu çalışmada ise diğer çalışmalardan farklı olarak genel anestezi uygulanan kadınlarda ilk defekasyon süresi anlamlı olarak kısa bulundu. Bu duruma genel anestezi uygulanan annelerin daha erken mobilize olmalarının neden olduğu, bölgesel anestezi alan kadınların ise daha geç mobilize edilerek yatakta sürgü kullanma zorunluluğunun defekasyon süresini olumsuz etkilediği düşüncesindeyiz.



Uygulanan anestezi türüne göre kas gücünün tam olarak geri dönme süresi değişmekle birlikte hastanın mobilizasyonunu geciktiren bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Fassoulaki ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmalarında bölgesel anestezi uygulanan kadınların genel anestezi uygulananlara kıyasla ilk 24 saatte mobilizasyon insidansının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ergün (2013) yaptığı çalışmada bölgesel anestezi ve genel anestezi uygulanan kadınlar arasında mobilizasyon süresi için anlamlı fark bulunmamıştır. Bu çalışmada ise ilk mobilizasyon süresi açısından incelendiğinde genel anestezi uygulanan kadınlarda sürenin anlamlı olarak daha kısa olduğu bulunulmuştur. Literatürde bölgesel anestezide uygulanan ilaçların kas gücünün geri dönme süresini uzatarak, mobilizasyonu geciktirdiği gösterilmiştir (Beaupre ve ark. 2005; Kayhan 2004). Bu çalışmanın sonucu literatür ile uyumludur.

#### **5.1.7. Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Türüne Göre Kadınların Postoperatif Yaşamsal Bulguların Tartışılması**

Bu çalışmada hastalar servise alındıktan sonra ilk saatte 15 dakikada bir, 2.saatte 30 dakikada bir, 4.saatte kadar saatte bir, sonrasında 4 saatte bir ağrı ve vital bulgular açısından gözleme alındılar.Bu uygulama sürekli hale getirilirse etkili bir ağrı kontrolü olacağı düşüncesindeyiz.

Ergün'ün (2013) çalışmasında bölgesel anestezi grubundakilerin arteriyel kan basınçlarını genel anestezi grubuna göre düşük bulmuşlardır. Şener'in (2000) çalışmasında genel anestezi alan hastaların 5., 20.dakika ve 2.saatteki VAS değerleri bölgesel anestezi uygulanan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunmuştur.Bu çalışmada ise genel anestezi uygulanan kadınlarda ilk değerlendirme, 15. dakikada, 30. dakikada, 45. dakikada, 60. dakika ve 90. dakikalardaki VAS değerleri anlamlı olarak yüksek bulundu.

Yapılan çalışmalarda genel anestezi ve bölgesel anestezi türüne göre kadınların postoperatif yaşamsal bulguları çok sınırlı olarak birkaç defa değerlendirilmiştir (Kılıç 2006; Yıldız 2012). Bu çalışmada yaşamsal bulguların 8 saat boyunca 14 kez değerlendirilmesi önemli bir bulgu olup diğer çalışmalara göre bu açıdan avantaj sağlamaktadır. Genel olarak yaşamsal bulgular değerlendirildiğinde bölgesel anestezi grubundaki kadınların genel anestezi grubuna göre sistolik kan basıncı ve vas puanları yönünden düşük, ateş yönünden yüksek olduğu bulunmuştur.

Bu sonuçlar bölgesel anestezinin kan basıncını düşürdüğü ancak daha az ağrı hissetmelerini sağladığı göstermektedir. Bölgesel anestezi yapılan kadınlarda vücut ısısının genel anestezi yapılan kadınlara göre yüksek olmasına rağmen normal sınırlar içinde bulunması, bu sonuçların göz ardı edilebileceğini göstermektedir.

## **5.2. Anestezi Türüne Göre Sezaryen Sonrası Genel Konfor Ölçeği, Doğum Sonrası Ebeveynlik Ölçeği ve Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Değerlendirmelerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde annelerin anestezi türüne göre genel konfor ölçeği alt boyut, alt düzey ve toplam puanları, doğum sonrası ebeveynlik davranışı ölçeğinin toplam puanları ve postpartum emzirme öz-yeterlilik ölçeği toplam puanlarına ilişkin bulguların tartışılmasına yer verilmiştir.

### **5.2.1. Genel ve Bölgesel Anestezi Türüne Göre Genel Konfor Ölçeği Alt Boyut, Alt Düzey ve Toplam Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu alanda yapılmış çalışmalara göre annelerin doğum sonu sorunlarının azaldıkça konforlarının yükseldiği saptanmıştır (Arslan ve Konuk 2009; Karabacak 2004; Kuğuoğlu ve Karabacak 2008; Karakaplan 2007). Bu çalışmada sezaryende genel ve bölgesel anestezi uygulanan kadınlarda Genel Konfor Ölçeği alt boyut, alt düzey ve toplam puanlarına göre karşılaştırıldığında; bölgesel anestezi uygulanan grubun konfor düzeyi üstünlük alt boyut puan ortalamasının ve psikospiritüel alan ve ölçek toplam puan ortalamalarının genel anestezi uygulanan grubunkinden anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu.

Literatürde bölgesel anestezi uygulanan lohusalarda uyanık olma, daha az ağrı yaşanması, erken beslenmenin, çevresiyle daha rahat iletişim kurabilmesinin, kendisinin ve bebeğinin bakımına aktif katılabilmesinin, anne bebek iletişiminin erken dönemde başlamasının doğum sonu konforu arttırdığı bildirilmiştir (Fassoulaki ve ark. 2010).

Genel konfor ölçeğinin üstünlük düzeyi, bireyin sorunlarla baş etme gücünü belirler. Bölgesel anestezi grubunun postoperatif dönemde uyanık olması, daha az ağrı yaşaması, erken oral beslenmesi nedeniyle üstünlük alt boyutunun daha yüksek olduğu düşüncesindeyiz.

Genel konfor ölçeğinin psikospiritüel alt boyutu ise akılsal, duygusal ve ruhsal bileşenlerden oluşmaktadır. Bölgesel anestezi uygulanan kadınların daha az ağrı hissetmeleri, bebeği ile erken iletişime geçerek erken emzirmesi, çevresiyle daha rahat iletişim kurabilmesi, kendisinin ve bebeğinin bakımına aktif katılabilmemesinin verdiği huzur nedeniyle bu alt grubun yüksek olduğu düşüncesindeyiz. Çalışma sonuçlarımız literatür ile uyumludur.

Genel konfor ölçeği toplam puanının bölgesel anestezi grubunda daha yüksek olması ağrı ve fiziksel konforu oluşturan parametrelerin, bölgesel anestezi uygulanan kadınlarda daha iyi durumda olması ve bu gruptaki kadınlarda anne-bebek iletişiminin daha erken başlaması ile ilişkili olduğu düşüncesindeyiz.

### **5.2.2. Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği Toplam Puanların İlişkin Bulguların Tartışılması**

Doğum sonu dönemin en önemli özelliklerinden biri, anne-bebek etkileşiminin sağlıklı olarak başlatılıp sürdürülerek yeni ebeveynlik rolüne uyumun sağlanmasıdır. Doğum şekilleri de bu süreci etkilemektedir. Sezaryen ile doğan bebekler annelerle buluşmadan önce temizlenmesi, kilosuna bakılması, aşı yapılması gibi süreçlerden geçtiği için ten tene temas ve emzirme gecikmektedir ( Rowe-Murray ve Fisher 2002 ). Bölgesel anestezi uygulanan kadınlarda anestezi yönteminin avantajı olarak doğum sonu dönemde uyanık olması, bebeği ile hemen iletişime geçmesinin ebeveynlik davranışını olumlu etkilediği düşüncesindeyiz.

Bu çalışmada bölgesel anestezi uygulanan kadınların Doğum Sonrası Ebeveynlik Ölçeği toplam puan ortalamalarının genel anestezi uygulananlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sezaryende uygulanan anestezi türüne göre anne bebek iletişimine bakıldığında ise bölgesel anestezi uygulanan annelerin hem uyanık olması hem de iyi analjezi sağlaması sayesinde bebekleri ile daha erken sürede buluşmaktadırlar.

Ayrıca anne-bebek arasındaki ilişkiyi başlatabilmek ve devamlılığını sağlayabilmek için doğum sonrasında bebeğin anne yanında kalması önemlidir. Sağlık Bakanlığı'nın Bebek Dostu Hastane projesine göre bebekler 24 saat anne yanında kalmalıdır. Çalışmanın yapıldığı hastane de bebek dostu hastane olduğu için anne-bebek 24 saat aynı odada kalmaktadır.

### 5.2.3. Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Uygulanan Kadınların Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Toplam Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Emzirme, hem kadın hem de bebek tarafından çaba harcanması gerektiren bir eylemdir ve doğumu sonrası en kısa süre içerisinde başlanması önemlidir. Emzirmeye ilişkin öz-yeterlilik algısı, annenin emzirip emzirmeyeceğini, bunun için göstereceği emek, emzirmeye ilişkin karşılaşacağı zorluklar ile baş etme yeteneğini göstermektedir (Dennis 2002).

Ancak emzirmeyi güçleştiren çeşitli etkenler bulunmakla birlikte, sezaryen en önde gelen nedendir. Sezaryen ile doğum anne bebek etkileşimini güçleştirdiği için anne bebek ilişkisi arasındaki bağlanmayı zorlaştığı ve emzirme başarısını düşürdüğü ve emzirme ile ilişkin daha çok desteğe gereksinim duyulduğu bildirilmiştir (Şener ve ark 2003).

Bazı çalışmalarda; bebeklerini doğumdan sonra ilk yarım saat içinde emziren annelerin daha başarılı olduğu ve bebeklerini daha uzun süre emzirdikleri bildirilmiştir (Çavuşoğlu 2000). Şener'in(2000) çalışmasında genel anestezi alan hastaların %3,6'sı, epidural anestezi alan hastaların %41,8'i ilk yarım saatte emzirdikleri belirtilmiştir. Anneyle bebeğin erken teması ve erken emzirme ile emzirme süre ve niteliğini arttırdığını göstermektedir ( Lutter ve Chaparro 2009). Yine bazı çalışmalarda epidural anestezinin postnatal süt salınımını ve emzirme başarısını etkilemediği gösterilmiştir (Wiklund ve ark. 2009; Wilson ve ark. 2010). Ashley ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmasında epidural anestezi grubundaki yenidoğanların emme süresi ve sıklıklarının genel anestezi grubundakilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Emzirme öz-yeterliliği düşük olan annelerin çocuklarını doğumdan sonra tavsiye edilen süreden çok daha kısa sürede süttten kestiği, buna karşılık emzirme öz-yeterliliği yüksek olan annelerin emzirmeyi başlatma ve sürdürme konusunda daha az sorun yaşadıkları belirtilmektedir (Campbell 1996).

Baysal ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında sezaryen ile doğumda emzirme öz yeterlilik puanı  $54.75 \pm 8.22$  bulunmuştur. Bu çalışmada ise uygulanan anestezi türüne göre bakıldığında genel anestezi uygulanan kadınların Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalamaları  $54.00 \pm 12.48$ , bölgesel anestezi uygulanan grupta ise  $59.00 \pm 11.85$  bulundu. Postpartum Emzirme Öz-Yeterliliğinin bölgesel anestezi uygulanan grupta anlamlı düzeyde iyi olması, annenin doğum sonrası dönemde bilincinin açık olması ve yenidoğanla erken dönemde iletişim kurabilmesi ve bebeğinin bakımında daha erken dönemde aktif olabilmesiyle açıklanabilir.

### **5.3. Genel Anestezi ve Bölgesel Anestezi Türüne Göre Sezaryen Sonrası Yenidoğanın Özelliklerinin Tartışılması**

Bu bölümde genel anestezi ve bölgesel anestezi türüne sezaryen sonrası yenidoğanın 1. ve 5. dakikadaki apgar skorları ve 1. gün ve 2. gün tartı kaybına ilişkin bulguların tartışmasına yer verilmiştir.

#### **5.3.1. Genel Anestezi Ve Bölgesel Anestezi Türüne Göre Yenidoğan Apgar Skoruna İlişkin Bulguların Tartışılması**

Apgar skoru subjektif bir değerlendirme yöntemi olup yenidoğan iyiliğini belirlemede sık kullanılan bir değerlendirme yöntemidir. Anestezi türüne göre yenidoğan apgar skorunun sonuçlarının değerlendirildiği bazı çalışmalarda 1. dk Apgar Skorları genel anestezi grubunda anlamlı olarak daha düşük olup, 5. dk Apgar Skorları gruplar arasında benzer olduğu belirlendi (Kayacan ve ark. 2004 ; Ünlügenç ve ark. 2002; Şener ve ark. 2003; Dyer ve ark.2003).

Kavak ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada ise genel anestezinin ve bölgesel anestezinin fetal iyilik hali üzerine etkilerini araştırdıkları çalışmalarında, 1. ve 5. dakika Apgar skorlarının her iki grupta da benzer olduğunu görmüşler.Şener ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada ise 1. dakika apgar skoru bölgesel anestezi grubunda daha yüksek bulunmuştur.

Bu çalışmada ise bölgesel anestezi uygulanan kadınların bebeklerinde, 5. dk. Apgar puanı genel anestezi uygulanan kadınların bebeklerinden anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı.

### **5.3.2. Genel Anestezi Ve Bölgesel Anestezi Türüne Göre Yenidoğan 1.Gün ve 2.Gün Tartı Kaybına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Doğum sonrası erken dönemde görülen tartı kaybında, çeşitli etlenlerin yanı sıra doğum şekli ve anestezi tipinin etkili olduğu söylenebilir (Şener 2003).

Bu çalışmada genel anestezi grubundaki bebeklerin birinci gün ortalama tartı kaybı %3,79, ikinci gün % 5,51 iken bölgesel anestezi grubunda ise birinci gün % 2,45 ,ikinci gün % 2,8 tartı kaybı olmuştur. 1. gün ve 2.gün yenidoğan tartı kaybı ortalamalarının bölgesel anestezi uygulanan kadınların bebeklerinde anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlendi.

Şener ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmada, epidural anestezi grubundaki yenidoğanların, emme süresi ve sıklıklarının, genel anestezi grubundakilere göre daha fazla olduğunu gözlemişlerdir.Bölgesel anestezi uygulanan annelerin erken dönemde bebeklerini emzirebildikleri ve bebeklerin de genel anesteziye göre bölgesel anesteziden daha az etkilenecek daha iyi emdikleri ve bunun sonucunda daha az tartı kaybettikleri düşüncesindeyiz.

## 6. SONUÇLAR

Sezaryen doğumda uygulanan anestezi yöntemlerinin doğum sonu dönemde annenin ve yenidoğanın doğum sonu dönem konfor ve uyumuna etkilerinin karşılaştırıldığı çalışmanın sonuçlarını şöyle sıralayabiliriz;

1. Anestezi türüne göre karşılaştırıldığında katılımcıların çalışma durumu, yaş, ekonomik durum, aile tipi, evlilik süresi gibi özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ( $p>0,05$ , Tablo 4-1).
2. Katılımcıların obstetrik-Jinekolojik özellikleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ( $p>0,05$ , Tablo 4-2).
3. Genel anestezi uygulanan grubun %56,6 sı doktorunun doğum şeklini belirlediği %48,1 i önceki doğumu sezaryen olduğu için tercih ettiği belirlendi (Tablo 4-3).
4. Bölgesel anestezi uygulanan grubun %54,7'si doktorum doğum şeklini belirlediği %40,6'sının önceki doğumu sezaryen olduğu için tercih ettiği belirlendi (Tablo4-3).
5. Genel anestezi tercih edilme sebebi %56,6 ile doğum anında hiç birşey hissetmemek ve görmemek için olduğu bulunduğu (Tablo 4-4).
6. Bölgesel anestezi tercih edilme sebebi %43,0 ile doğum anının yaşanılması istendiği için olduğu belirlendi (Tablo 4-4).
7. Bebeğini görmede gecikme, bebeğiyle bağ kurmada gecikme, bebeğini emzirmeye geç başlama özelliklerine göre genel anestezi grubundaki kadınlarda istatistiksel olarak daha fazla görüldüğü bulundu ( $p\leq 0,05$ , Tablo 4-5).
8. Sezaryen sonrası yemek yeme ve su içmenin kısıtlanması, mide bulantısı, ağrı hissi, ürüner kateterden kaynaklanan rahatsızlık hissini genel anestezi grubundaki kadınlarda istatistiksel olarak daha fazla görüldüğü belirlendi ( $p\leq 0,05$ , Tablo 4-5).
9. Bölgesel anestezi uygulanan grupta üşüme hissini oranının genel anestezi uygulanan gruptan anlamlı olarak daha fazla olduğu bulundu ( $p\leq 0,05$ , Tablo 4-5).
10. Bölgesel anestezi grubundaki kadınlarda doğum sonrası titreme ve hipotansiyon görülme oranının genel anestezi uygulananlara göre daha fazla olduğu belirlendi ( $p< 0,001$ , Tablo 4-5).
11. Genel anestezi grubundaki kadınlarda anesteziye bağlı bulantı-kusma oranının bölgesel anestezi grubundaki kadınlara göre çok fazla olduğu bulundu ( $p< ,001$ , Tablo 4-5).

12. Bölgesel anestezi grubundaki kadınlarda ilk analjezi gereksinimi, ilk mobilizasyon süresi ve ilk defekasyon için geçen süre ortalamalarının genel anestezi grubundaki kadınlardan anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlendi ( $p \leq 0,05$ , Tablo 4-6).
13. Genel anestezi grubundaki kadınlarda ise sezaryen sonrası ilk beslenmeye kadar geçen süre ortalamasının bölgesel anestezi uygulanan kadınlara göre anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlendi ( $p \leq 0,05$ , Tablo 4-6).
14. Bölgesel anestezi grubundaki kadınların genel anestezi grubundaki kadınlara göre sistolik kan basıncı ve VAS puanları yönünden düşük, vücut sıcaklığı yönünden yüksek olduğu bulundu (Tablo 4-7).
15. Bölgesel anestezi grubundaki kadınların genel konfor ölçeği alt boyutlarından psikospiritüel, üstünlük ve ölçek toplam puan ortalamalarının genel anestezi grubundaki kadınlardan anlamlı olarak daha yüksek bulundu ( $p \leq 0,05$ , Tablo 4-8).
16. Bölgesel anestezi grubundaki kadınların Doğum Sonrası Ebevenylik Ölçeği toplam puan ortalamalarının genel anestezi grubundaki kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlendi ( $p \leq 0,05$ , Tablo 4-9).
17. Bölgesel anestezi grubundaki kadınların Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalamalarının genel anestezi grubundaki kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlendi ( $p \leq 0,05$ , Tablo 4-10).
18. Bölgesel anestezi grubundaki yenidoğanların 5. dk. Apgar puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ( $p \leq 0,05$ , Tablo 4-11).
19. Yenidoğanlarda meydana gelen 1.gün ve 2.gün tartı kaybı ortalamalarının genel anestezi grubundaki yenidoğanlarda anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlendi ( $p \leq 0,05$ , Tablo 4-12).



## 7. ÖNERİLER

Son yıllarda sezaryen doğumların artışıyla birlikte uygulanan anestezi yöntemlerinin avantajlarının yanı sıra dezavantajları da önem kazanmaktadır. Sezaryen doğum yapacak kadınlara uygulanan anestezi yöntemlerinin doğum sonu döneme etkileriyle ilgili bilgi ve danışmanlık yapılması gereklidir. Bu nedenle ebe/hemşirelerin sezaryen doğumlarda uygulanan anestezi türleri ve yan etkileri hakkında bilgi sahibi olmaları, anne ve yenidoğanın, doğum sonu döneme uyumunu sağlamaya ve konforu artırmaya yönelik girişimleri planlamaları ve bakımın kalitesini artırması açısından büyük önem taşımaktadır.

Sezaryenle doğum yapan kadınlarda uygulanan anestezinin konfor ve uyuma etkisi ile ilgili çalışmalar kısıtlıdır. Bu nedenle gelecekte daha büyük örneklem gruplarıyla benzer çalışmaların yapılması önerilir.

## KAYNAKLAR

- Afolabi, B.B., Lesi, F.E., Merah, N.A. (2006). Regional Versus General Anaesthesia For Caesarean Section. *Cochrane Database Syst Rev*, 4:350.
- Akarcalı, İ., Akbayrak, T., Çıtak, İ., Demirtürk, F. (2001). Postnatal Fizyoterapi, “*Obstetrik/Doğum Hekimliği Maternal Fetal Tıp & Perinatoloji Ders Kitabı*. Ankara, Medikal & Nobel, 236.
- Akay, N. (2003). Sezaryen Sonrası Annenin Ve Bebegin İzlenmesi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Akhlaghi, F., Pourjavad, M., Mansouri A, Tara F, Vahedian M. (2008). Effect Of Gum Chewing On Prevention Ofpost Cesarean Ileus. *Journal Of Faculty Of Nursing And midwifery, Tehran University Of Medical Sciences*, 84, 4-2.
- Akıncı, B.S. (2001). Kritik Hastalarda Hemodinamik Monitörizasyon. *Yoğun Bakım Dergisi*; 3, 5-21.
- Akkoca, Y. (2009). Doğum Sonrasında Anne-Bebek Bağlanmasını Etkileyen Faktörler. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilimdalı. Doktora Tezi. Ankara.
- Allender, A.J., Spradley, W.B. (2005). Clients Receiving Home Health And Hospice Care, *Community Health Nursing*, London, 885–891.
- Arslan, H., Konuk, D.Ş. (2009). Stigma, spiritüalite ve konfor kavramlarının meles’in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. *52. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2, 51–58.
- Asao, T., Kuwano, H., Nakamura, J., Morinaga, N., HirayamaI, Ide M. (2002). *Gum chewing enhances early recovery frompostoperative ileus after laparoscopik coloctom JAmColl Surg*; 195, 30 – 32.
- Asgarpour, H., Yavuz, M., (2010). Vücut Sıcaklığındaki Yükselmenin (ateşin) Hemodinamik Parametrelere Etkisi. *Maltepe University Nursing Science and Art Journal*, 3, 73-79.

- Ashley, L., Szobo, MD. (2013). *Intrapartum neuroaxial analgesia and breastfeeding outcomes: Limitations of current knowledge. Anesth Analg*, 116, 399-405.
- Aslan, D. (2001). Kadının İnsan ve Sağlık Hakkı. *Aktüel Tıp Dergisi*, 6, 1-3.
- Atkinson, R., Rushman, G., Davies, Njh. (1993). *Lee's Synopsis Of Anaesthesia*. London, Butterworth-Heinemann Ltd, 512-543.
- Badır, A., Aslan, Fe. (2003). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çok Konuşulan Az Sorgulanan Bir Sorun Ağrı. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 7, 100-108.
- Bankowski, Jb., Hearne, E., Lambrou, C., Fox Eh. (2002). Postpartum Care And Breast Feeding. *The John Hopkins Manual Of Gynecology And Obstetrics*.USA,23-25.
- Bariş, S., Sarihasan, B., Tür A. (1999). Preemptif Analjezi-Postoperatif Ağrı Tedavisindeki Yeri. *Sendrom*, 1, 110-3.
- Basaran, Pıtkın. (2009).Gum Chewing To Prevent Postoperativeileus. *Anatol J Obstet Gynecol*; 1,2.
- Beaupre, LA., Jones, CA., Saunders, LD., Johnston, DW., Buckingham J, Majumdar SR.(2005). Best practices for elderly hip fracture patients.A systematic overview of the evidence. *J Gen Intern Med*, 20, 1019-25.
- Behm, B., Stollman, N. (2003). Postoperative İleus; Etiologies And Interventions. *Clin Gastroenterol Hepatol*; 1: 71–8.
- Beksaç, MS., Demir, N., Koç, A., Yüksel A. (2001). *Sezaryen. Obstetrik Maternal- Fetal Tıp & Perinatoloji*. Ankara, Nobel Kitabevi,29-36.
- Bengi Şener, E. (2000). Sezaryende Genel ve Epidural Anestezinin Anne Anestezi Konforu ve Yenidoğan Üzerine Etkileri. T.C. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Samsun.
- Bernards, CM. (2001). Epidural and spinal anesthesia. In: *Clinical Anesthesia*. (Eds): Barash PG,Cullen BF, Stoelting RK. (4. Edition.) Lippincott Williams & Wilkins, Philedelphia,36-56.

- Beydağ, D. (2007). Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum Ve Hemşirenin Rolü, Tsk Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6, 479-484.
- Birnbach, Dj., Browne, Im. (2009). Anesthesia For Obstetrics. In: Miller's Anesthesia. Miller Rd (Ed). (7.Edition.) New York: Churchill Livingstone, 68-72.
- Bryanton, J., Beck, CT. (2010). Postnatal parental education for optimizing infant general health and parentinfant relationships. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Bukar, M., Kwari, YD., Moruppa, YJ., Ndonga ND. (2010). Anesthesia for caesarean delivery: Choice of technique among antenatal attendees in North-eastern Nigeria. Journal of Obstetrics and Gynaecology; 30, 822 - 825.
- Camila M. Chaparro And Chessa K. (2009). Lutte Ncorporating Nutrition Into Delivery Care: Delivery Care Practices That Affect Child Nutrition And Maternal Health, 5, 322-333.
- Çakmak, H.(2002). Sezeryan ve normal spontan doğum yapan annelerde emzirmenin değerlendirilerek karşılaştırılması.Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Çakmak, H., Kuğuoğlu, S. (2007). Comparison Of The Breastfeeding Patterns Of Mothers Who Delivered Their Babies Per Vagina And Via Cesarean Section: An Observational Study Using The Latch Breastfeeding Charting System. International Journal Of Nursing Studies; 44, 1128-1137.
- Çalışır H., Başbakkal Z. (2003). İlk Kez Anne Olan Kadınların Annelik Rolü Başarımlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Çalışır, H., Karaçam, Z., Akgül, F., Kurnaz D. (2009). Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerliliği Ve Güvenirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 12: 1.
- Can, G. Neyzi O., Ertuğrul T. (1993). *Yenidoğanın Değerlendirilmesi*. İstanbul, Tayt Ofset, 186-201.
- Corwin EJ, & Arbour M.(2007). Postpartum fatigue and evidence-based interventions. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*,32,215-222.

- Balcı C., Toprak. D., Gül, R., Serin, S. (2005).Elektif Sezaryen Girişimlerde Genel Anestezinin Anne Ve Yenidoğan Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi.*Selçuk Tıp Dergisi*; 21, 98-103.
- Bilgin ÇN, Potur CD.(2010). Doğum Sonu Dönem Kanıt Temelli Yaklaşımlar Ve Hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3, 80-87.
- Carey, JC., Rayburn, WF. (2006). *Obstetrik&Jinekoloji*. Eds. Güner H.Ankara, Öncü Basımevi: 554-652.
- Çavuşoğlu, H. (2000). *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*. Ankara, Bizim Büro Basımevi; 45-6.
- Çavuşoğlu, H., Algier, L. (1992). Çocuk İstismarı, İhmali Ve Hemşirenin Sorumlulukları, 11.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Sivas, Esnaf Ofset Matbaacılık.
- Çavuşoğlu H. (2004). *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*. Ankara, Çağın Basın ; 36.
- Çiçek, M.N., Akyürek, C., Çelik, Ç. (2006). *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. Ankara, Güneş Kitapevi, 577-595.
- Çınar, V. (2005). Batın Ameliyatı Geçiren Hastalarda Erken Ambulasyonun Bağırsak Fonksiyonlarına Etkisinin Değerlendirilmesi, Yüksek lisans Tezi, Afyon.
- Çınar Yücel Ş. (2011). Kolcaba'nın konfor kuramı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 27, 79-88.
- Çivili, D. (2005). Kadınların Doğum Şekli Tercihleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi, İzmir.
- Ceyhan, N., Alıç, H., (2012). Bağırsak Mikroflorası Ve Probiyotikler. *Türk Bilimsel Derlemeler Dergisi*, 5, 107-113.
- Clement, S. (2001). Psychological aspects of caesarean section. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics Gynaecology*, 15(1):109-126.
- Çoban, A., Saruhan, A. (2005). Anne-Bebek Etkileşiminde Hemşirenin Rolü, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21(2):89-96

- Cooper, Gm., McClure, Jh. (2005).An Extract From Why Mothers Die 2000-2002, The Confidential Enquiries Into Maternal Deaths In The United Kingdom. *Maternal Deaths From Anaesthesia* ,94,417-23.
- Crainic, C., Erickson. K., Gardner, J., Haberman, S., Patent, P., Thomas, P.(2009). Comparison Of Methods To Facilitate Postoperative Bowel Function.*Medsurg Nursing*; 18(4).
- Çubukçu, A., Selçuk Biricik, S. (2006). *Gastrointestinal Hastalıkların Semptomları*.Ankara, Nobel Tıp Kitapevi.
- Cunningham, F.G., Gant, N.F., Leveno, K.J. (2005). Doğum Bilgisi (Çeviren: Aysegül Cengiz Akman ), İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.
- Dağoğlu, T., Görak, G. (2002). Temel Neonatoloji Ve Hemşirelik İlkeleri.İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri,150-163.
- De Charney, AH., Nathan, L. (2003). Cesarean Section In: Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment; 518-529.
- Değirmen, N. (2006). Sezaryen Ameliyatı Sonrası Ağrı Kontrolünde El Ve Ayak Masajının Etkinliği, Afyon Kocatepe Üniversitesi,Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.
- Dennis, C L. (2002). Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*; 31(1):12-32.
- Dennis, Cl., Mcqueen, K. (2007). Does Maternal Postpartum Depressive Symptomatology Influence Infant Feeding Outcomes *Acta Paediatr*; 96:590-594.
- Dewey, K., Nommsen-Rivers, La., Heinig, J., Cohen, Rj. (2003). Risk Factors For Suboptimal Infant Breastfeeding Behaviour, Delayed Onset Of Lactation And Excess Neonatal Weight Gain. *Pediatrics*; 112,607-619.
- Dyer, R.A., Els, I., Farbas, J., Torr, G.J., Schoeman, L.K., James, M.F., (2003). Prospective Randomized Trial Comparing General With Spinal Anesthesia For Cesarean Delivery In Preeclamptic Patients With A Nonreassuring Fetal Heart Trace, *Anesthesiology*, 99,561-569

- Dicle, A., İstan, P. (2002). İnvazif Hemodinamik Monitorizasyon. Ulusal Cerrahi Kongresi (Kongre Kitabı). Antalya 15-19 Mayıs, 211-230.
- Doğaner, G., Bekar, M. (2006). Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Erken Postpartum Dönemde Kendisinin ve Yenidoğanın Bakımına Yönelik Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi, *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 16 (4): 60-70.
- Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. <http://www.saglik.gov.tr/AÇSAP>, 2015
- Dresner, Mr., Freeman, Jm. (2001). Anaesthesia For Caesarean Section. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*; 15: 127-143.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2003). Integrated Management Of Pregnancy And Childbirth. Pregnancy Childbirth, Postpartum And Newborn Care: A Guide For Essential Practice.
- Duran, S. (2008). Ebe ve hemşirelerin anne sütü ve emzirme konusundaki bilgi ve tutumlarının, danışmanlık verdikleri annelerin bebeklerini anne sütü ile beslenme davranışlarına etkisi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi. Edirne
- Eckman, M. (2012). Nursing Care Planning Made Incredibly Easy!.ippincott Williams And Wilkins, 3-137.
- Edmond, Km., Zandoh, C., Quigley, M., Et Al.(2006). Delayed Breastfeeding İnitiation İncrases Risk Of Neonatal Mortality. *Pediatrics*; 117 (3): 380-386.
- Ejder, Apay S. (2011). Sezaryen İle Doğum Yapan Loğusalara Roy'un Modeline Göre Verilen Bakımın Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Erzurum.
- Engin, A. (2000). Genel Cerrahi Tanı Ve Tedavi İlkeleri. İnce Bağırsak Hastalıkları. Ankara, Atlas Kitapevi.
- Erdem, Mk., Özgen, S., Coşkun, F. (1996). Obstetrik Anestezi Ve Analjezi. Kişnişçi H, Gökşin E (Eds.) Temel Kadın Hastalıkları Ve Doğum Bilgisi. Ankara, Melisa Matbaacılık.
- Erdemoğlu, M., Kale, A., Akdeniz, N. (2006). Obstetrik Nedenlerle Acil histerektomi Yapılan 52 Olgunun Analizi. *Dicle Tıp Dergisi*; 33:227-230.

- Erdil, F., Özhan, Elbaş N. (2001). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*.Ankara, Aydoğdu Ofset Matbaacılık.
- Eriş, Ba. (2007). Ergen Annelerde Ebeveynlik Yeterliliğinin Arttırılmasında İlişkisel Gelişimsel Yaklaşım Modelinin Uygulanması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir.
- Eroğlu, K., Koç, G. (2007). Anne Sütü Ve Emzirme. 5. Uluslar Arası Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Kongresi.Ankara.
- Eryılmaz, H.Y. (1999). Dogum Sonu Hemsirelik Bakımının Degerlendirilmesinde Ölçek Gelistirilmesi ve Uygulanan Bakım Yönteminin (Pathway) Etkilerinin Belirlenmesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Doktora Tezi, İstanbul.
- Esther, M And At All, (2007). Postoperative Pain- Clinical Implications Of Basic Research, Best Practice&Research Clinical Anaesthesiology, 21(1):3-13.
- Fisher, B. (2009). Techniques Of Epidural Block. Anaesth Intensive Care; 10(11):552-6.
- Havas, F., Orhan Sungur, M., Yenigün, Y., Karadeniz, M., Kılıç, M. Özkan, T. (2013). Spinal Anesthesia For Elective Cesarean Section Is Associated With Shorter Hospital Stay Compared To General Anesthesia Ağrı, 25, 55-63
- Fassoulaki, A., Sarantopoulos, C., Andreopoulou, K. (2010). Is early mobilization associated with lower incidence of postspinal headache? A controlled trial in 69 urologic patients. Greece Anaesthesiol Reanim, 16,375-8.
- Fotiadis, R.J., Badvie, S., Weston, M.D. & Allen-Mersh T.G. (2004). Epidural analgesia in gastrointestinal surgery. British Journal of Surgery, Vol. 91, No.7, pp. 828-841, ISSN 0007-1323.
- Fredeickson HL, Wilkins MDL.(2001). *Abdominal Dogum. Jinekoloji ve Obstetrik Sırları*. Çeviren: Ata B. Ankara, Nobel Tıp Kitabevi.
- Galotti, KM et al. (2000). Midwife or Doctor: A study of pregnant woman making delivery decisions. *Journal of Midwifery & Women's Health*; 45, 320-29.



- Gölbaşı, Z. (2003). Postpartum Dönemde Erken Taburculuk, Evde Bakım Hizmetleri Ve Hemşirelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7, 15-22.
- Gordon, A., Mckechnie, Ej., Jeffrey, H. (2005). Pediatric Presence At Cesareansection: Justified Or Not? *Am J Obstet Gynecol*; 193:599–605.
- Gordon, M. (2003). Hemşirelikte Standardize Bir Dile Neden Gereksinim Vardır? Hemşirelik Sınıflama Sistemlerinin Tarihsel Gelişimine Genel Bakış, In: Erdemir F, Yılmaz E.(Eds), Hemşirelik Sınıflama Sistemleri, Başkent Üniversitesi Basın Yayın Halkla İlişkiler Bürosu, Ankara.
- Göçmen, A., Göçmen, M., Saraoğlu, M. (2002). Early Post-operative Feeding after Caesarean Delivery. *The Journal of International Medical Research*; 30: 506 – 511.
- Gözükara, F. (2006). Primigravidadaların Doğum Şekline Yönelik Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Gülay, H. (2005). *Sistemik Ve Temel Cerrahi*. Postoperatif Komplikasyonlar. Cilt 1. İzmir: Güven Kitapevi.
- Gülhaş, N., Şanlı, M., Özgül, Ü., Bergeç, Z., Durmuş, M. (2012). Sezaryenlerde Anestezi Yönetimi: Retrospektif Değerlendirme. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*; 19(3): 142 - 5.
- Güloğlu, G. (2007). Dayanıklı P, Şarman G, Balcı S., Sezaryenle Doğan Term Bebeklerde Solunum Sıkıntısı. Vkv Amerikan Hastanesi, Pediatri Ve Neonatoloji Bölümü, İstanbul.
- Güngör, I., Beji, Nk. (2012). Development And Psychometric Testing Of The Scales For Measuring Maternal Satisfaction İn Normal And Caesarean Birth. *Midwifery*; 28(3):348-57.
- Güngör, I., Gökyıldız, Ş., Nahcivan, N. (2004). Sezaryen doğum yapan bir grup kadının doğuma ilişkin görüşleri ve doğum sonu erken dönemde yaşadıkları sorunlar *İstanbul Üniversitesi Florance Nittingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 13 (53):185– 197.

- Günüşen, İ., Karaman, S., Akercan, F. (2009). Elektif sezaryenlerde farklı anestezi yöntemlerinin yenidoğan üzerine etkileri: retrospektif çalışma. *Ege Tıp Dergisi* 48 (3):189-194.
- Gürler, H. (2007). Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrıya Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları İle İlgili Görüşleri Ve Memnuniyet Durumları, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas .
- Hall, RT., Mercer, AM., Teasley, SL., McPherson, DM., Simon, SD., Santos, SR., Meyers, BM., Hipsh, NE. (2002). A breastfeeding assessmentscore to evaluate the risk for cessation of breast-feeding by 7 to10 days of age. *J Pediatr*;141:659-664.
- Harma, MI., Barut, A., Arikan II, and Harma M. (2009). Gumchewing speeds return of first bowel sounds but not firstdefecation after cesarean section. *Anatol J ObstetGynecol*, 1(1):1–3.
- Heydari, M. (2000). Monitoring Of Hemodynamic Parameters, Introduction To Critical Care Nursing. 1st ed, Tehran: Tehran Shahed Publisher, 158-214.
- Hildingsson, I., Radestad, I., Rubertsson, C., ( 2002). Few women wish to be delivered by caesarean delivery,109 (6):618-23.
- Hopkins, K., Amaral, E. (2006). The Role of Nonclinical Factors in Cesarean Section Rates in Brazil. Erişim 23.06.2015.
- Huang, N And At All. (2001). Can We Do Better With Postoperative Pain Management,American Journal Of Surgery, 182:440-448.
- Hurt, K.J., Fox, E.H. And Guile, M.W. (2010). The Johns Hopkins Manual Of Gynecology And Obstetrics, 4/E, International Edition, Lippincott Williams And Wilkins, Fourth, North American Edition, 257–265.
- Hut, F. (2005). Haseki Eğitim ve Arastırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Dogum Kliniginde 2000-2004 yıllarında gerçekleşen 6727 dogum vakasının retrospektifanalizi ve sezaryen oranları, Uzmanlık Tezi, Istanbul.

- İbas, I. (2009). Annelerin Sezaryen Olma Nedenleri ile Doğum Sonrası Sağlık Kuruluşlarına Başvurma Durumları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Lisans Tezi, İstanbul.
- İncec, M., Kumtepe, Y., Özdiller, O., Coşgun, S., Kanadalı, S., (2004). Sezeryan sonrası vajinal doğum. T Klin Jinekoloj Obst, 14: 96- 100.
- Ismail, S., Shahzad. K., Shafiq, F.(2012). Observational study to assess the effectiveness of postoperative pain management of patients undergoing elective cesarean section. J Anaesthesiol Clin Pharmacol. Jan; 28(1):36-40.
- İzbizky, GH., Minig, L., Sebastiani, MA., Otaño, L. (2008). The effect of early versus delayed post-caesarean feeding on women's satisfaction: a randomised controlled trial. Journal of Obstetrics and Gynaecology; 115: 332–338.
- Bowring, N., Fraser, S., Vause, P. (2006). Heazell. Is Regional Anesthesia Better than General Anesthesia for Caesarean Section? Journal of Obs and Gynaecology; 26 (5): 433-434.
- Kafalı, H., İltemir-Duvan, C., Gözdemir, E., Simavlı, S., Onaran, T., Keskin, E. (2009). İnfulence of Gum Chewing on Postoperative Bowel Aktivity after Cesarean Sections. Gynecologic and Obstetric İntestigation; 69:84-87.
- Kanan, N. (1998). Cerrahide Ağrı. In: Aksoy G. (Ed) Cerrahi Hastalıkları Hemsireligi Elkitabı. İstanbul, Birlik Ofset S: 11-8.
- Kanan, N. (2004). Ameliyat Sonrası Erken Dönem Bakım İlkeleri. Ulusal Cerrahi Kitabı (Kongre Kitabı). Antalya- 26-30 Mayıs, 93-104.
- Kara, F.S. (2004). Haseki Eğitim Ve Arastırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Dogum Kliniginde İki Yıllık Sürede Sezaryen Dogumların Degerlendirilmesi, Aile Hekimligi Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Karabacak, Ü., Kuğuoğlu S. (2008). Genel Konfor Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması *İstanbul Üniversitesi Florance Nigtingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*.16, 16-23.
- Karakaplan, S., Yıldız, H. (2010). Doğum Sonu Konfor Ölçeği Geliştirme Çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi*; 1, 55–65.

- Karakaplan, S. (2007). Doğum şeklinin annelerin doğum sonu konforuna ve yenidoğan üzerine etkileri. Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye.
- Kasai, KE., Nomura, RM., Benute, GR., de Lucia, MC. Ve Zugaib, M. (2008). "Women's Opinions about Mode of Birth in Brazil: a Qualitative Study in a Public Teaching Hospital", Midwifery.
- Kavak, Z., N, Basgul, A., Ceyhan, N. (2001). Short term outcome of newborn infants. Spinal versus general anesthesia for elective cesarean section. a prospective randomized study, European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology, 100,50–54.
- Kayacan, N., Bigat, Z., Yegin, A. (2004). Elektif Sezaryenlerde Epidural, Kombine Spinal-Epidural Ve Genel Anestezinin Anne ve Yenidoğana Etkileri Üzerine Randomize Prospektif Bir Çalışma, Türkiye Klinikleri J Med Sci , 24:476-482.
- Kayhan Z. (2004). Lokal / bölgesel anestezi yöntemleri. *Klinik Anestezi*. İstanbul, Logos yayıncılık, 524-89.
- Kehlet, H., Wilmore, Dw. (2002). Multimodal Strategies To Improve Surgical Outcoma. Am J Surg, 183: 630- 641
- KHI, Abd-El-Maeboud., MI, Ibrahim. DAA, Shalaby., MF, Fikry.(2009). Gum chewing stimulates early return of bowel motility after caesarean section. International Journal Of Obstetrics and Gynecology,116, 1334- 1339.
- Kılıç, A. (2005). Dorothy Orem'in Öz Bakım Modelinin Sezaryen İle Doğum Yapan Kadınların Hemşirelik Bakımına Uygulanması. Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Ankara.
- Kıran, U., Jayawickrama, N. (2002). Who is responsible for the rising caesarean section rate, Journal of Obstetrics and Gynaecology, 22,363-365.
- Kleinman, W.(2004). Spinal, Epidural ve Kaudal Bloklar. In:Morgan Ge, Editor Larson Cp, Guest Editor. Clinical Anesthesiology (Klinik Anesteziyoloji). Çeviri Editörleri: Tulunay M, Cuhruk H. 3.Baskı, Ankara, Güneş Kitabevi.

- Koç, İ., Schumacher, R., Campbell O ve ark. (2005). Üreme Sağlığı Programı, Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 51-93.
- Kocamanoğlu, İ., Sarihasan, B., Şener, B., Tür, A. ve ark. (2005). Sezaryen Operasyonlarında Uygulanan Anestezi Yöntemleri Ve Komplikasyonları: 3552 Olgunun Retrospektif Değerlendirilmesi. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* ; 25: 810-816.
- Kohlhuber, M., Rebhan, B., Schwegler, U., et al. (2008). Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study. *Br J Nutr*, 99 (5): 1127-32.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory And Practice A Vision For Holistic Health Care And Research*, New York. 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.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*, New York: Springer Publishing Co.
- Korfallı, G. (2003). *Anesteziye Temel Konular*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Köseli, A., Akın, L. (2001). Lohusalık Dönemi Ve Bakımı, “*Obstetrik/Doğum Hekimliği Maternal Fetal Tıp & Perinatoloji Ders Kitabı*. Ankara, Medikal & Nobel .S. 1377-1381, 2001.
- Kuğuoğlu, S., Karabacak, Ü. (2008). Genel konfor ölçeğinin Türkçe’ye uyarlanması. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 16 (61):16–23.
- Lee, A., Ngan Kee. Wd., Gin, T. (2002). A Quantitative, Systematic Review Of Randomized Controlled Trials Of Ephedrine Versus phenylephrine For The Management Of Hypotension During Spinal Anesthesia For Cesarean Delivery. *Anesth Analg*; 94:920-926.
- Lee, D. S., Chien, W. T. (2002). Pre-Operative Patient Teaching In An Acutecare Ward In, 23-25.

- Lellan, K. (2004). Postoperative Pain: Strategy For Improving Patients Experiences, *Journal Of Advanced Nursing*, 46(2):179-185.
- Letko M. (1996). Understanding the Apgar score, 25:299-303.
- Lewallen, P. L., Dick M. J., Flowers J., Powell W., Zickefoose K. T., Wall Y. G., Price Z. M. (2006). Breastfeeding Support And Early cessation, *Jognn*, March/April, 35 (2):166-172.
- Lowdermilk, Dl., Pery, Se., Bobok, Im.(2000). *Maternity Women's Health Care*, Mosby, London.
- Ludvigsson, Jf.(2003). Breastfeeding İn Bolivia-İnformation And Attitudes. *Bmc Pediatrics*; 3 (4);1471-1482.
- Lund, K. And Mcmanaman, J. (2010). *Puerperium* (Çeviri: E. Kuşçu), Ayhan A (Editör), Danforth's *Obstetrik Ve Jinekoloji*, Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri.
- Macmillan SLM, Kammerer-Doak D, Rogers RG, Parker KM. (2000). Early feeding and the incidence of gastrointestinal symptoms after major gynecologic surgery. *Obstet Gynecol*; 96: 604–608.
- Malhotra, N., Khanna, S., Pasrija, S., Jain, M., Agarwala, RB. (2005). Early oral hydration and its impact on bowel activity after elective caesarean section our experience. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*; 120:53–56.
- Mannel, W., Martens, S., Walker, B. (2008). *Core curriculum for lactation consultant practice*. USA, Jones and Bartlett Publishers, 195-233.
- Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S.(2009). Postpartum depresyon. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*,29: 206-214.
- Mark R. Ezekiel. Çev; Erbay RH.(2006). *Spinal ve epidural anestezi*, *Anesteziyoloji el kitabı*. Nobel tıp kitapevleri,179-185.
- Martens, PJ., Romphf, L. (2007). Factors associated with newborn inhospital weight loss: comparisons by feeding method, demographics, and birthing procedures. *J Hum Lact* ;23:233-241.

- Mccool, Wf., Packma, J., Zwerling, A. (2004). Obstetric Anesthesia: Changes And Choices. *J Midwifery Women's Health*; 49:505-13.
- Mcdonnell, Nj., Paech, Mj., Clavisi, Om., Scott, Kl.(2008). Difficult And Failed İntubation İn Obstetric Anaesthesia: An Observational Study Of Airway Management And Complications Associated With General Anaesthesia For Caesarean Section. *Int Jobstet Anesth*;17:292-7.
- Mckinney, E.S., Ashwill, J.W. And Murray, S. (2000). *Maternal-Child Nursing, Second Edition*, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 714–731p.
- Mırak, T., Özdemir, A., Güler, A., Atlı, Ö., Taner, C., Derin, G. (2004). Hypogastricartery Ligation For Life Threating Obstetric Hemorrhage. *Medicaljournal Of Kocatepe*; 5: 41-44.
- Mogol, E. B., Uçkunkaya, N. (2001). Sezaryende Tek Ve Çift Segment Teknigi İle YapılanKombine Spino-Epidural Anestezinin Anestezi Ve Analjezi Kalitelerinin Karsılaştırılması, *Bursa Devlet Hastanesi Bülteni*; 17 (2).
- Morgan, EG., Mikhail, MS., Murray, MJ., Larson, CP. (2002). *Regional Anesthesia & Pain Management İn: Morgan GE (Ed). Clinical Anesthesiology. 3 Rd ed. Los Angeles: The McGraw-Hill Companies, 253-344.*
- Morgan, EG., Mikhail, SM. (2004). *Klinik Anesteziyoloji. Tulunay M, Cuhruk H (Çev.Ed).3.baskı Ankara; Öncü Matbaası; 819-48.*
- Morgan, Ge., Mikhail, Ms., Murray, Mj. (2008). *Obstetrik Anestezi, Klinik Anesteziyoloji. Çev. Edt: Tulunay M, Cuhruk H. 4. Baskı. Öncü Basımevi, Ankara; 890-921.*
- Morgan, Jp., Halpern, S. , Mc, Culloch J.(2000). Comparison Of Maternal Satisfaction Between Epidural A.Nd Spinal Anesthesia For Elective Cesarean Section. *Con J. Anesth*, 47; 10 : 956-61.
- Mulayim, B., Celik, NY., Kaya, S., Yanik, FF. (2008). Early oral hydration after cesarean delivery performed under regional anesthesia. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*; 101, 273-276.

- Murray, S. (2002). *The Family After Birth: Foundations Of Maternal- Newborn Nursing*, Saunders Company, 424–622.
- Neyzi, O., Ertuğrul, T. (2002). Büyüme Ve Gelişme. In: Neyzi O, Editors. *Pediatric*, Cilt 1, İkinci Baskı, İzmir, Nobel Tıp Kitabevleri, 377-384.
- Noble, E. (2003). Cesarean Birth, “Essential Exercises For The Childbearing Year” (Ed. E. Noble)’Da IV. Baskı, New Life Images, Usa, S. 193-204.
- Okafor, Uv., Ezegwui, Hu., Ekwazi, K. (2009). Trends Of Different Forms Of Anaesthesia For Caesarean Section In South- Eastern Nigeria. *J Obstet Gynaecol*; 29 (5): 392-395.
- Olatunbosun, A., Ravichande, A., Turnell, RW., Edouard L. (2002). The influence of patient preferences and physician practices on caserean delivery. *Clin Exp Obstet Gynecol*; 29: 19-21.
- Orhon Ergün, M. (2013). Elektif Sezeryan Ameliyatlarında Anne Ve Yenidoğan Üzerine Etkileri Açısından Optimal Anestezi Yöntemi: Genel, Spinal Veya Epidural. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Anabilim Dalı Uzmanlı Tezi, İstanbul.
- Otsuka, K., Dennis, C-L., Tatsuoka, H., Jimba, M. (2008). The relationship between breastfeeding self efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* ; 37(5):546-555.
- Oweis, A., Abushaikha, L.(2004). Jordanian pregnant women’s expectations of their first childbirth experience. *International Journal of Nursing Practice*; 10: 264-271.
- Özatamer, O., Alkıs, N., Batiislam, Y., Yörükoğlu Küçük, D. (2002). Anesteziye Güncel Konular. Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, 510-516.
- Özkan, H., Polat, S. (2011). Maternal Identity Development Education On Maternity Role Attainment And My Baby Perception Of Primiparas. *Asian Nursing Research*; (5)2:108-7.
- Özkan, H. (2010). Anelik Kimlik Gelişimi Eğitiminin Primiparların Anelik Rolü Kazanımına Ve Bebeğim Algısına Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum.



- Özkan, S.T. (2004). Transüretal Girişimlerde Spinal Anestezi, Epidural Anestezi İle Tiva'nın Preoperatif Hemodinami Ve Postoperatif Ağrı, Bulantı, Kusma Üzerine Etkilerinin Karsılaştırılması Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Öztop B, D., Özcan Ö, Ö., Uslu, R., Erol, N. (2007). Bebeklik Ve Erkençocukluk Döneminin Ruhsal-Gelişimsel Değerlendirilmesi: *Bebek Ruhsağılığı Ünitesi İşleyişi, Çocuk Ve Gençlik Ruh Sağılığı Dergisi*, 14(3):167-176.
- Özyuvacı E, Altan A, Yücel A, (2003). Postoperatif Ağrı Tedavisi, Sendrom, 15(8):83-100 Mayıs, Antalya.
- Paech, Mj., Scott, Kl., Clavisi, O., Chua, S., Mcdonnell N.(2008). A Prospective Study Of Awareness And Recall Associated With General Anaesthesia For Caesarean Section. *Int J Obstet Anesth*; 17:298-303.
- Panagiotis K, Hero B, Evangelos M. (2007). Fever and Standard Monitoring Parameters of ICU Patients: A descriptive study. *Intensive And Critical Care Nursing*; 23(5): 281-288.
- Patolia, DS., Hilliard, RL., Toy, EC., Baker, B.(2001). Early feeding after cesarean: randomized trial. *Obstet Gynecol*; 98(1):113-6.
- Penna, L., Arulkumaran, S. (2003). Cesarean section for non-medical reasons. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 82:399-409.
- Pernoll, M.L. (2002). *Çagdas Obstetrik ve Jinekoloji El Kitabı. Ankara, Palme Yayıncılık*, 126,129.
- Perry, GA., Potter, AP. (2006). Warm and Cold Therapy. *Clinical Nursing Skills& Techniques* ; 1307-1326.
- Peterson, W.E., Charles, C., Dicenso, A., Sword, W.(2005) The Newcastle Satisfactionnwith Nursing Scale: A Valid Measure Of Maternal Satisfaction With İnpatient Postpartum Nursing Care. *Methodological Issues İn Nursing Research* 52, 672-81.
- Petropoulos, G., Siristatidis, C., Salamalekis, E., Creatsas, G. (2003). Spinal And Epidural Versus General Anesthesia For Elective Cesareansection At Term: Effect On The Acid-Base Status Of The Mother And Newborn. *J Matern Fetal Neonatal Med*; 13:260-266.

- Pınar, G., Doğan, N., Algier, L., Kaya, R., Çakmak, F.(2009). Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*; 36, No 3, 184-190.
- Pillitteri, A. (2010). Maternal Child Health Nursing: Care of Childbearin & Childbearing Family. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Company.
- Purtuloğlu, T., Özkan, S., Teksöz, E., Dere, K. (2008). Elektif Sezaryen Uygulanan Olgularda Genel Ve Spinal Anestezinin Maternal Ve Fetal Etkilerinin Karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50: 91-97.
- Rawal, N., Holnıstrom, B., Van, Zundert A.(2000). The Combined Spinalepidural Technique, İn: Brinbach Dj, Gatt Sp, Datta S, Eds, Textbook Of Obstetric Anesthesia. New York: Churchill Livingstone; 157-82.
- Rodriguez, G., Ventura, P., Samper, MP., Moreno, L., Sarria, A., PerezGonzalez, JM. (2000). Changes in body composition during the initial hours of life in breast-fed healthy term newborns. *Biol Neonate* ; 77:12-16.
- Ross, Bk.(2003). Asa Closed Claims İn Obstetrics: Lessons Learned. *Anesthesiol Clin North America*;21,183-97.
- Rowe-Murray, HJ., Fisher, JR.(2002). Baby friendly hospital practices: cesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding, 29(2):124-131.
- Roy, C. (2009). The Roy Adaptation Model.New Jersey Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall Health, 35-50.
- Roykulcharoen, V., Good, M. (2004). Systematic Relaxation To Relieve Postoperative Pain, *Journal Of Advanced Nursing*, 48(2):140-148
- Şahin, NH., Güngör, İ., Sömek, A. (2007). Kadınların doğum yöntemlerine ilişkin görüşleri ve erken postpartum dönemdeki sorunlarının belirlenmesi: Bir Özel Hastane Örnekleme, *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 21 (4):197-204.
- Şahin, S., Owen, D. (2006). Ağrısız Doğum Ve Sezaryende Anestezi.Nobel Ve Güneş Tıp Kitabevi; 125-132.

- Sayın, C., Berberoğlu, U., Varol, FG. (2004). Sezaryenle Doğum yapmış sağlık personelinde doğum sonrası memnuniyet ve takip eden gebelikte doğum şekli tercihi. *Jinekolojik ve Obstetrik Dergisi*; 18: 82-88.
- Sayiner, D., Özerdoğan, N., Giray, S. ve Özdemir, E. (2007). Kadınların doğum şekli tercihleri ve bunu etkileyen faktörler. 5. Uluslararası üreme sağlığı ve aile planlaması kongresi.19-22 Nisan.
- Schafheutle, E., Cantrill, J., Noyce, P., (2001). Why Is Pain Management Suboptimal On Surgical Wards, *Journal Of Advanced Nursing*, 33(6):728-737.
- Schuster. R., Grewal. N., Greaney, G.C., Waxman K. (2006). Gum Chewing Reduces İleus After Elective Open Sigmoid Colectomy. *Archives Of Surgery*; 141: 174-176.
- Schuster, T., Montie, J. (2002). Postoperative İleus After Abdominal Surgery. *Urology*: 59: 465- 471.
- Schwartz, S.(2003). Principles Of Surgery Companion Handbook. Gastrointestinal Hastalık Bulguları. Özçelik M (Çev). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Shaw E, Kaczorowski J (2007). Postpartum care- What's new?.*Curr Opin Obstet Gynecol*, (19):561- 567.
- Şeker, S, Sevil Ü. (2007). Doğuma Hazırlık Sınıflarının Annenin Doğum Sonu Fonksiyonel Durumuna ve Bebeğini Algılamasına Etkisi ,V. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi ,Sözel Bildiri .
- Sener, EB., Guldogus, F., Karakaya, D., Baris, S., Kocamanoglu, S., Tur, A.(2003). Comparison of Neonatal Effects of Epidural and General Anesthesia for Cesarean Section. *Gynecol Obstet Invest*; 55(1): 41-5.
- Şener, S., Karacan, E. (1999). Anne Bebek Çocuk Etkileşiminde Olumlu Ve Olumsuz Özellikler. Ed: Kişi A. Ben Hasta Değilim.Çocuk Sağlığı Ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü.Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
- Şenses, D.A. (1996). Yenidoğan Bebeğin Değerlendirilmesi. Kınışçı H, Gökşin E (Eds.) *Temel Kadın Hastalıkları Ve Doğum Bilgisi*, Ankara, Melisamatbaacılık, 214-219.

- Shea, R. (2002). Pain İntensity And Postoperative Pulmoner Complications Among The Elderly After Abdominal Surgery, *Heart&Lung*, 31(16):440-449.
- Smith, R.P. (2008). *Obstetrik Jinekoloji Ve Kadın Sağlığı*. Çeviri Edt. Mithat Erenus, Tevfik Yoldemir, Güneş Kitapevi.Basaran, Pıtkın. Gum Chewing To Prevent Postoperative İleus. *Anatol J Obstet Gynecol*.
- Sözeri,C., Şahin, S., Cevahir,R. ve Semiz, O. (2007). Sakarya Doğum Ve Çocuk Bakımevi Hastanesie Başvuran Kadınların Doğum Şekli Tercihleri Ve Tercih Nedenleri.5.Uluslararası Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Kongresi 19-22 Nisan.
- Taşdemir, N. (2005). Hastaların Cerrahi Girişim Sonrasıabdominal Distansiyona Yönelik Deneyimleri. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi; Ankara.
- Taşkın, L. (2005). Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık.
- TC, Martin., P, Bell., O, Ogunbiyi (2007). Comparison of General Anaesthesia and Spinal Anaesthesia For Caesarean Section in Antigua and Barbuda. *West Indian Med J*; 56(4): 330.
- Tc. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2009).
- Tekin, C. (2006). Y.Sezaryenle Ve Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Ve Doğum Sonrası Tecrübe Ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Afyon.
- Tekin, İ., Laçın, S., Arıcan, İ., Ok, G.(2005). Sezeryan operasyonu geçirmiş olguların “Anestezi yöntemi”nin seçimi üzerine etkileri. *Türkiye Klinikleri J Anest Reanim*;3:1-6.
- Tezel A, Gözüm S.(2005). Postpartum dönemde kadınlarda görülebilen depresif belirtiler ve hemşirelik bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2): 62-68.
- Thivierge, B.( 2006). Caesarean Section, *Encyclopedia of Medicine*,Erişim 01.10.2015
- TNSA Türkiye nüfus ve sağlık araştırmaları. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2008. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa> (Erişim tarihi: 25 Eylül 2015).

- TNSA Türkiye nüfus ve sağlık araştırmaları. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2012. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa> (Erişim tarihi: 25 Eylül 2015).
- Tokat, MA, Okumuş, H. (2013). Emzirme Öz-Yeterlilik Algısını Güçlendirmeye Temelli Antenatal Eğitimın Emzirme Öz-Yeterlilik Algısına Ve Emzirme Başarısına Etkisi *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*; 10 (1): 21-29.
- Toker, K., Yılmaz, As., Gürkan, Y., Baykara, N., Canatay, H. (2003). Sezaryen Ameliyatlarında Anestezi Uygulaması, 5 Yıllık Retrospektif Değerlendirme. *Tarcm*; 31 (1): 26-30.
- Tsen, L.(2007). General Versus Regional Anesthesia For Emergency Cesarean Delivery. In: The Sol Shnider, Obstetrical Anesthesia Meeting., San Francisco. *Obstetrical Anesthesia*: 3-33.
- Türk, R. (2006). 2-6 Aylık bebeği olan annelerin emzirmeyi aile planlaması yöntemi olarak kullanma durumları ve etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Tüzüner F.(2010). Obstetrik anestezi ve analjezi, Anestezi-Yoğun bakım-Ağrı. 1.Baskı. MN Medikal & Nobel. Ankara; 973-994.
- Urmey, Wf.(2003). Spinal Anaesthesia For Outpatient Surgery. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*; 17(3):335-46.
- Uysalel, A., Açık, İ., Çakar, Ks. (2006). Obstetrik Ve Jinekolojik Cerrahide Anestezi. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci*; 2: 81-93.
- Ünlügenç, H., Günes, Y., Balcıoğlu, O. (2002). Sezaryenlerde Kombine Spinal-Epidural Anestezi ile Genel Anestezinin Anne ve Yenidoğanda Olusturduğu Sistemik Etkilerin Karşılaştırılması, *Türk Anesteziyoloji ve Reaminasyon Cemiyeti Mecmuası*, 30 (4).
- Ünsal, H., Atlıhan, F., Özkan, H. (2005). Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 48(3):226-233.
- Vasquez, W., Hernandez, A., Garcia, J. (2009). Is gum chewinguseful for ileus after elective colorectal surgery?*J Gastrointest Surg*;13: 649–656.

- Wiklund, I., Norman, M., Uvnas-Moberg, K., Ransjö-Arvidson, AB., Andolf, E.(2009). Epidural analgesia breast success and related factors. *Midwife*; 25: 31-38.
- Wilson, MJ., MacArthur, C., Cooper, GM., Bick, D., Moore, PA., Shennan, A.,(2010). COMET Study Group UK. Epidural analgesia and breastfeeding: a randomised controlled trial of epidural techniques with and without fentanyl and a nonepidural comparison group. *Anaesthetic*; 65: 145-53.
- Walker, R., Turnbull, D., Wilkinson, C. (2004). Increasing cesarean section rates: exploring the role of culture in an Australian community. *Birth* 31:2.
- Wong C. (2010). General Anesthesia Is Unacceptable For Elective Cesarean Section. *Int J Obstet Anesth*; 9:209-212.
- Wong, D.L., Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, M., & Schwartz, P. (2001). *Whaley and Wong's Essentials of Pediatric Nursing*, 5th ed. St Louis: Mosby.
- Yalçınöz Baysal, H., Türkoğlu, N., Küçükoğlu, S. (2014). Sağlıklı ve hasta bebeği olan annelerin emzirme öz-yeterlilik algılarının karşılaştırılması *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*; 4(1):31-36.
- Yamani Zamzami, Ty. (2003). Indication Of Emergency Peripartumhysterectomy: Rewiev Of 17 Cases. *Arch Gynecol Obstet*; 268:131-135.
- Yasar Ö, Sahin FK, Coşar E, Cevrioğlu AS (2007). Primipar Kadınların Doğum Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. *J Gynecol Obstet*. 17:414-420.
- Yavuz, L., Eroğlu, F., Uçar, A., Ceylan, Bg., Özsoy. M. (2001). Günübirlik Cerrahi Ve Spinal Anestezi. *Sdü Tıp Fak Derg*; 8(4):6-9.
- Yıldız, D. (2008). Doğum sonrası dönemde annelerin bebek bakımı konusunda danışmanlık gereksinimleri ve yaklaşımlar. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50(4): 294-298.
- Yıldız, A., Baran, E., Akdur, R., Ocaktan, E., Kanyılmaz, O.(2008). Bir sağlık ocağı bölgesinde 0-11 aylık bebekleri olan annelerin emzirme durumları ve etkileyen faktörler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 61(2):61-7.

Yılmaz, G., Gürakan, B., Saatçi, Ü. (2002). Topuk Kanı Alınma Sonrası Bebeklerin Ağlama Sürelerine Etki Eden Faktörler. *Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Dergisi*; 45,232.

Yılmaz, S. (2002). Vajinal Yol ve Sezaryenle Doğum Yapan Kadınların Doğumdan Sonra Kendi ve Yeni Doğan Bakımında Yaşadığı Sorunlar, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.



## FORMLAR

### (EK 1) Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Sayın Katılımcı;

“Sezaryen doğumlarda uygulanan anestezi yöntemlerinin, annenin ve yenidoğanın doğum sonu dönem konforuna ve uyumuna etkileri” konulu bir araştırma planlamaktayım.

Bu araştırma İstanbul üniversitesi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı kapsamında yürütülen bir tez çalışmasıdır.

Vereceğiniz yanıtlar bu araştırma için çok büyük değer ve önem taşımaktadır.Bu nedenle değerlendirmelerinizi sizi yansıtacak şekilde dürüstçe ve titizlikle yapmanız, cevaplandırılmamış soru bırakmamanız,geçerli ve güvenilir sonuçlar elde etmek açısından son derece önemlidir.Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır.Cevaplarınız kesinlikle gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacına yönelik kullanılacaktır.Katılımınız için teşekkür ederim.

İstanbul Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Florance Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği ABD

Esra GÖKDAĞ

Katılımcı Beyanı;

Sayın Esra Gökdağ tarafından yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarılarak bu araştırmaya katılımcı olarak davet edildim.Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmadım ve yapılan tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım.Yukarıdaki bilgileri okudum ve bu koşullarda bu araştırmaya kendi rızamla ,gönüllü olarak ,hiçbir baskı ve zorlama altında kalmadan katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının;

Adı Soyadı/İmza



(EK 2)

### Tanıttıcı Bilgi Formu

**Adınız Soyadınız:**

**Telefon numaranız:**

**Protokol No:**

**Anket No:**

**1)Yaşınız.....?**

**2)Gebelik Haftanız.....?.....Gün?**

**3)Öğrenim Durumunuz.....(Yıl)?**

1)İlkokul +Ortaokul      2)Lise      3)ön lisans+Lisans      4)lisans üstü

**4)Çalışma Durumunuz?**

1)Çalışıyorum      2)Çalışmıyorum

**5)Aile Tipiniz?**

1)Çekirdek Aile      2)Geniş Aile

**6)Evlilik Süresi:.....Yıl?**

**7)Ekonomik Durumunuz?**

1)Gelir Giderden Az      2)Gelir Gidere Denk      3)Gelir Giderden Fazla

**8)Gebelik Sayısı:**

**9)Canlı Doğum Sayısı:**

**10)Ölü Doğum Sayısı:**

**11)Düşük Sayısı:**

**12)Kürtaj Sayısı:**

**13)Yaşayan Çocuk Sayısı:**

**14)Doğum Şeklinizi Kim Belirledi?**

1)Kendim      2)Eşim      3)Doktorum      4)Diğer.....

**15)Doğum Şeklinize Karar Vermenizi Etkileyen Faktörler Nelerdir? (Birden Fazla İşaretlenebilir.)**

1	Doğum yırtıklarının olmasını istemediğim için	6	İlerde idrarımı tutamamaktan korktuğum için
2	Daha kısa sürdüğünü düşündüğüm için	7	Tüplerimi bağlatmak istediğim için
3	Olacakların önceden planlanabilme kolaylığının olduğunu düşündüğüm için	8	Önceki doğumum sezaryen olduğu için
4	Normal doğum ağrısının ürkütücü olduğunu düşündüğüm için	9	Yakınlarımla önerisi
5	Cinsel yaşamımın etkileneceğini düşündüğüm için	10	Diğer

**16)Anestezi Şeklinize Karar Vermenizi Etkileyen Faktörler Nelerdir? (Birden Fazla İşaretlenebilir.)**

1	En sağlıklı yöntem olduğunu düşündüğüm için	7	Doğum anını yaşamak için
2	Ağrısız bir yöntem olduğu için	8	Bebeğimi hemen emzirebilmek için
3	Doğum sonrası dönemin rahat olacağını için	9	Doğum anında hiçbirşey hissetmemek/ görmemek için
4	Doktorumun tavsiyesi	10	Bütün anestezi yöntemleri hakkında bilgim olmadığı için
5	Bebeğim için daha güvenli olduğunu için	11	Yakınlarımla önerisi ile
6	Bebeğimle hemen iletişime geçebilmek için	12	Diğer

**17) Sezaryen Sonrası Hangi Sorunlarla Karşılaştınız? (Birden Fazla İşaretlenebilir.)**

1	Bebeğimi görmede gecikme yaşadım.	8	Sonda beni çok rahatsız etti.
2	Bebeğimle bağ kurmada geciktim.	9	Kendimi rahatsız hissettim.
3	Bebeğimi emzirmeye geç başladım.	10	Midem bulandı.
4	Başımın döndüğünü hissettim.	11	Çok titredim.
5	Çok acıktığım halde yemek yememe izin verilmedi.	12	Çok kaşıntı hissettim.
6	Çok ağrı hissettim.	13	Çok üşüdüğümü hissettim.
7	Çok susadığımı hissettiğim halde su içmeme izin verilmedi.	14	Diğer
		15	Herhangi bir sorun yaşamadım.

**Yenidoğan Değerlendirme**

Yenidoğan Apgar Puanı: 18) 1.dakika..... 19) 5.dakika.....

20)Yenidoğan Kilo/Gram : .....

Yenidoğan Kilo Kaybetme: 21) 1.gün sonu fark.....gr 22) 2.gün sonu fark:.....gr

## Lohusa Değerlendirme

### 26)Uygulanan Anestezi Yöntemi:

- |                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| 1)Genel Anestezi  | 2)Epidural Anestezi |
| 3)Spinal Anestezi | 4)Kombine Anestezi  |

### 27) Anesteziye Bağlı Gelişen Yan Etkiler

- |                 |                |                     |                 |
|-----------------|----------------|---------------------|-----------------|
| 1)Titreme       | 2)Hipotansiyon | 3)Alerjik Reaksiyon |                 |
| 4)Bulantı-Kusma | 5)Diğer        | 6)Yan etki yok      | 7)Hipertansiyon |

- 28) İlk Analjezik Gereksinim Süresi:..... 29) İlk Mobilizasyon Süresi:.....
- 30) İlk Beslenme Süresi:..... 31)İlk Gaz Çıkarma Süresi:.....
- 32) İlk Spontan İdrar Yapma Süresi:..... 33) İlk Defekasyon Süresi:.....

### Post-Op Yaşamsal Bulgular

NO	SAAT	Ateş (°C)	Nabız(dk)	Kan Basıncı(mmHG)	Solunum Sayısı(dk)	Spo2(%)	VAS skoru
34	İlk değer.						
35	15. dakika						
36	30. dakika						
37	45. dakika						
38	1. saat						
39	1.5 saat						
40	2. saat						
41	2.5 saat						
42	3. saat						
43	4. saat						
44	5. saat						
45	6. saat						
46	7. saat						
47	8. saat						

**(EK 3)****Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği (DSEDÖ)**

<b>Madde No. Öğeler</b>	<b>Açıklama</b>	<b>+/-</b>
1. Yakın Temas	Bebeği giysili ya da çıplak olarak mümkün olduğu kadar bedenine temas edecek şekilde yakın tutma ve koluyla sarma (ya da kucaklama)	
2. Sevgiyle Dokunma	Bakım yada inceleme amaçları dışında nazikçe okşama, öpme, öpücük gönderme, el çırpma, yanağını okşama gibi davranışlarla bebeğe sevgiyle dokunma	
3. Bebeği İnceleme	Bebeğin üzerini açarak ellerini, parmaklarını ve ayaklarını kontrol etme gibi araştırmacı davranışlarda bulunma	
4. Sevgiyle Konuşma	Bebekle sevgi sözcükleri kullanarak ve sevecen bir tonda konuşma	
5. Olumlu Yorumlar	Bebek hakkında olumsuz ya da hiç bir anlam içermeyen sözler yerine olumlu sözler söyleme (Örneğin: Tatlı , iyi, güzel ..... gibi) ya da gelecekle ilgili olumlu ifadeler kullanma (Örneğin: Büyüdüğünde baban gibi çok güçlü olacaksın).	
6. Mutluluk	Zamanın %75'inden fazlasında gülümseme ve/veya mutlu görünme	
<b>Toplam Puan:</b>		

(EK 4)

**Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği**

Emzirmek ile ilişkin kendinize ne kadar güvendiğinizi en iyi açıklayan ifadeyi bu cümlelerin her biri için seçiniz.Sizin hislerinize en yakın olan numarayı yuvarlak içine alarak cevaplayınız.Doğru veya yanlış cevap yoktur.

1=Hiç emin değilim

2=Çok emin değilim

3=Bazen eminim

4=Eminim

5=Çok eminim

1.Bebeğimin yeterli süt alıp almadığını her zaman anlayabilirim.	1	2	3	4	5
2.Diğer işlerde olduğu gibi emzirmede de her zaman başarılı olabilirim.	1	2	3	4	5
3.Bebeğimi ek olarak mama vermeden her zaman emzirebilirim.	1	2	3	4	5
4.Emzirme boyunca bebeğimin memeyi uygun şekilde kavramasını her zaman sağlayabilirim.	1	2	3	4	5
5.Emzirmeyi her zaman beni memnun edecek şekilde yürütebilirim.	1	2	3	4	5
6.Ağlasa bile bebeğimi her zaman emzirebilirim.	1	2	3	4	5
7.Emzirmek konusunda her zaman istekliyim.	1	2	3	4	5
8.Ailemin yanında her zaman bebeğimi rahatlıkla emzirebilirim.	1	2	3	4	5

9.Emzirmekten her zaman memnuniyet duyuyorum.	1	2	3	4	5
10.Emzirmenin zaman alıcı olması benim açımdan hiçbir zaman sorun olmaz.	1	2	3	4	5
11.Diğer memeye geçmeden önce bebeğimi ilk verdiğim memeden ayırabilirim.	1	2	3	4	5
12.Her öğünde bebeğimi anne sütüyle besleyebirim.	1	2	3	4	5
13.Bebeğimin emme isteğini her zaman anlayabilirim.	1	2	3	4	5
14.Bebeğimin emmeyi bitirmek istediğini her zaman anlayabilirim.	1	2	3	4	5

**Toplam Puan:**



(EK 5)

**Genel Konfor Ölçeği (GKÖ)**

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.

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 güvenebileceğim 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. Sevildiğimi bilmek beni mutlu ediyor.	4	3	2	1
11. Bulduğum ortamdan memnunum.	4	3	2	1
12. Gürültü dinlenmemi engelliyor.	4	3	2	1

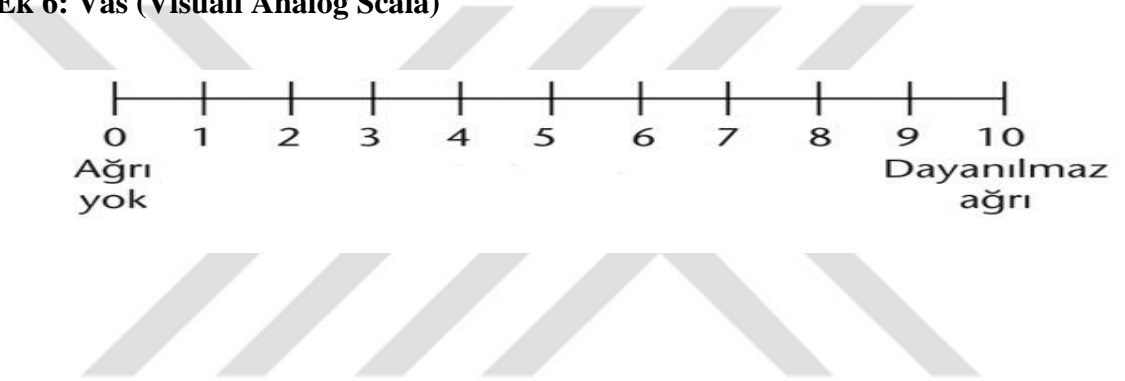
13. Kimse beni anlamıyor.	4	3	2	1
14. Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum.	4	3	2	1
15. Elimden gelenin en iyisini yapmak isterim.	4	3	2	1
16. Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum.	4	3	2	1
17. İnançım korkusuz olmama yardım ediyor	4	3	2	1
18. Burada olmaktan hoşlanmıyorum.	4	3	2	1
19. Şu anda kabızım.	4	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
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 başınayım 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

**Toplam Puan:**

**Ek 6: Vas (Visual Analog Scala)**



**Ek 7: Apgar Skor**

Bulgu	0 Puan	1 Puan	2 Puan
<b>Cilt Rengi</b>	Tümüyle mavi-mor	Kollar ve bacaklar mor, diğer bölgeler pembe	Tüm vücut pembe
<b>Nabız ( Kalp atım sayısı)</b>	Kalp atımı	Dakikada 100 ün altında	Dakikada 100 ve üzeri
<b>Refleks ( Uyaranlara cevap)</b>	Yok	Yüz buruşturma ( zayıf cevap)	Hapşırma, öksürme, uyarana elle itme
<b>Kas Tonusu ( Aktivite)</b>	Gevşek	Kollar ve bacaklar bükülü	Aktif hareketli
<b>Solunum</b>	Yok	Yavaş ve düzensiz	Düzenli, ağılıyor

**Ek 8: Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği kullanımı için alınan izin yazısı**

Sayın Esra Gökdağ,

Britton, Gronwaldt ve Britton (2001) tarafından geliştirilen ve Çalışır, Karaçam, Akgül ve Kurnaz (2009) tarafından Türkçe güvenirlik geçerliliği yapılan "Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Ölçeği"ni yüksek lisans tez çalışmanızda kullanabilirsiniz.

18-Temmuz-2013

*Z. Karacam*  
Doç. Dr. Zekiye KARAÇAM

**Ek 9: Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Kısa Formu kullanımı için alınan izin yazısı**

15-JUL-2013 12:42 From:

02324124798

To:002164259924

Page:1/1

Sayın Ümran Geşiltepe Oskay

Dennis tarafından 2003 yılında geliştirilen ve Aluş Tokat ve ark (2008) tarafından Türkçe güvenilirlik geçerliliği yapılan "Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeğinin Kısa Formunun" kullanmanızdan memnuniyet duyacağım

Yrd.Doç. Dr. Merlinda Aluş Tokat

**Postpartum Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği**

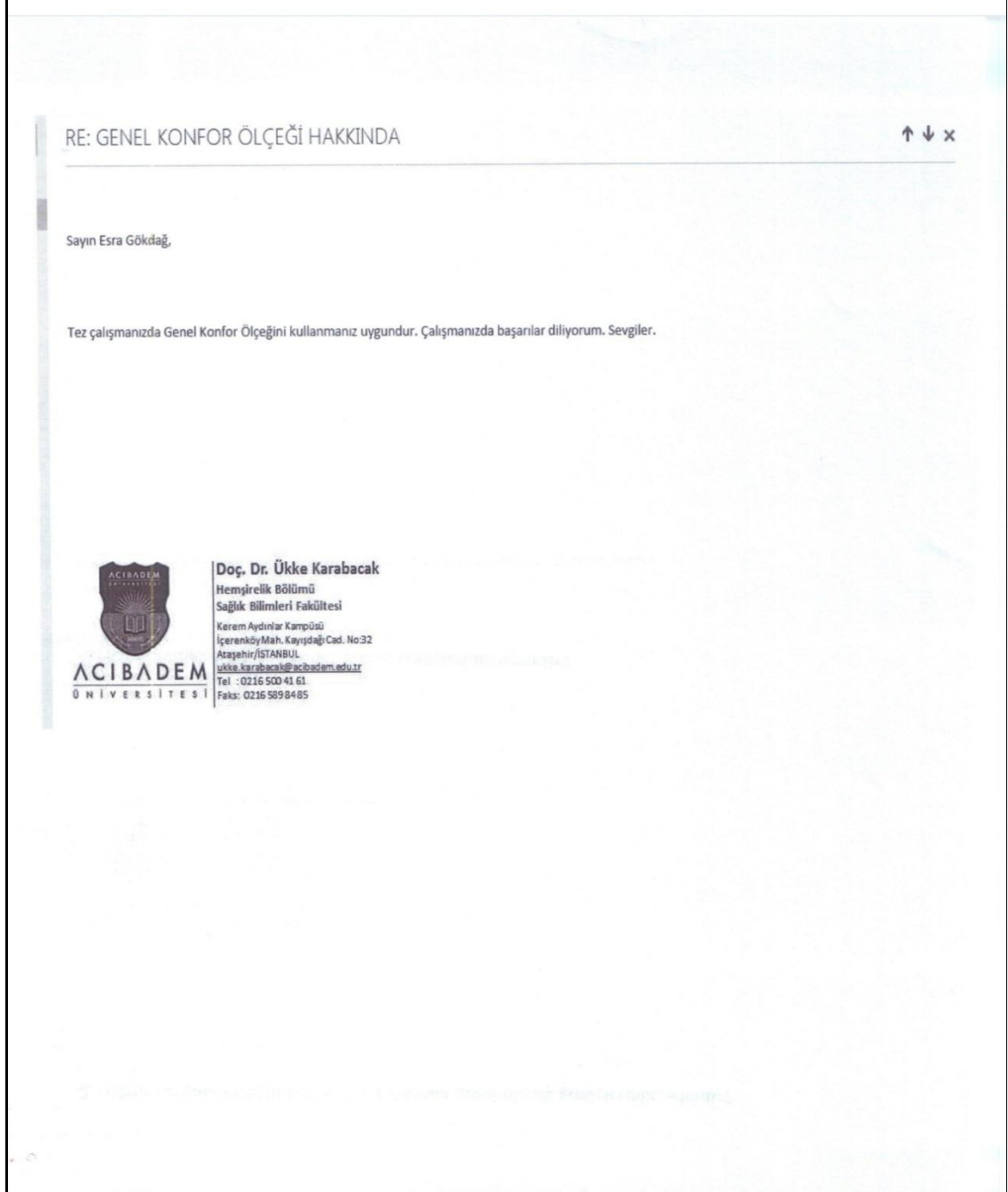
Emzirmek ile ilişkin kendinize ne kadar güvendiğinizi en iyi açıklayan ifadeyi bu cümlelerin her biri için seçiniz. Sizin hislerinize en yakın olan numarayı yuvarlak içine alarak cevaplayınız. Doğru veya yanlış cevap yoktur.

- 1= Hiç emin değilim  
2= Çok emin değilim  
3= Bazen eminim  
4= Eminim  
5=Çok eminim

Hiç emin  
değilim

Çok  
eminim

1. Bebeğimin yeterli süt alıp almadığını her zaman anlayabilirim	1	2	3	4	5
2. Diğer işlerde olduğu gibi emzirmede de her zaman başarılı olabilirim.	1	2	3	4	5
3. Bebeğimi ek olarak mama vermeden her zaman emzirebilirim	1	2	3	4	5
4. Emzirme boyunca bebeğimin memeyi uygun bir şekilde kavramasını her zaman sağlayabilirim.	1	2	3	4	5
5. Emzirmeyi her zaman beni memnun edecek şekilde yürütebilirim.	1	2	3	4	5
6. Ağlasa bile bebeğimi her zaman emzirebilirim.	1	2	3	4	5
7. Emzirmek konusunda her zaman istekliyim.	1	2	3	4	5
8. Ailemin yanında her zaman bebeğimi rahatlıkla emzirebilirim.	1	2	3	4	5
9. Emzirmekten her zaman memnuniyet duyuyorum	1	2	3	4	5
10. Emzirmenin zaman alıcı olması benim açımdan hiçbir zaman sorun olmaz.	1	2	3	4	5
11. Diğer memeye geçmeden önce bebeğimi ilk verdiğim memeden ayırabilirim.	1	2	3	4	5
12. Her öğünde bebeğimi anne sütüyle besleyebilirim.	1	2	3	4	5
13. Bebeğimin emme isteğini her zaman anlayabilirim.	1	2	3	4	5
14. Bebeğimin emmeyi bitirmek istediğini her zaman anlayabilirim.	1	2	3	4	5

**Ek 10: Genel Konfor Ölçeği kullanımı için alınan izin yazısı**

**EK11: Kavacık Medistate Hastanesi Başhekimliği'nden ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümünden alınan izin yazısı**

TC  
İstanbul Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Hastanemiz kadrosunda çalışan Esra GÖKDAĞ'ın planlamış olduğu ,“Sezaryen doğumlarda uygulanan anestezi yöntemlerinin,annenin ve yenidoğanın doğum sonu dönem konforuna ve uyumuna etkileri” başlıklı yüksek lisans tezini,etik kurallar çerçevesinde Medistate Kavacık Hastanesinde uygulayabilir.  
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

29.10.2013.  
Taraftından uygun  
görülmiştir

Özel Medistate Kavacık Hastanesi  
Op. Dr. Y. Sadiye EREN  
Dip. Tes. No: 236661  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı  
Tesis Kodu: 12343275

KAVACIK MEDİKAL  
SAĞLIK HİZMETLERİ VE ÜRÜNLERİ TİC. VE SAN. A.Ş.  
Ruzağzıbağçe Meh. Cumhuriyet Cad. No:24  
Kavacık - Beykoz / İSTANBUL  
Tel: 0216 331 40 40 Fax: 0216 413 75 15  
Beykoz V.D 528 059 7407



## ETİK KURUL KARARI

ZEYNEP KAMİL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>	ETİK KURULUN ADI	ZEYNEP KAMİL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ	Zeynep Kamil Mah. Op.Dr.Burhanettin Üstünel Sok. No:4/3 Üsküdar 34668
	TELEFON	0216 391 06 80
	FAKS	0216 343 92 51
	E-POSTA	www.etikkurulsekretarya@zeynepkamil.gov.tr

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Sezaryen doğumlarda uygulanan anestezi yöntemlerinin, annenin ve yenidoğanın doğum sonu dönem konforuna ve uyumuna etkileri”			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU				
	ARAŞTIRMA BAŞVURU TARİH/PROTOKOL NO	30.09.2013/91			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr. Ümran Oskay			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	<b>ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ</b>	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
FAZ 3		<input type="checkbox"/>			
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz:					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Karar No: 091

Tarih: 04.10.2013

**ZEYNEP KAMİL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU**

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>					
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	<b>Karar No:091</b>	<b>Tarih: 04.10.2013</b>					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.						
ZEYNEP KAMİL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İLAC DİŞİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU							
ÇALIŞMA ESASI							
Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
Araştırmann Açık Adı: "Sezaryen doğumlarda uygulanan anestezi yöntemlerinin, annenin ve yenidoğann doğum sonu dönem konforuna ve uyumuna etkileri "							

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Başkan Doç.Dr. Murat MUHCU	Kad. Hast. ve Doğum Uzmanı	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	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"/>	
Doç.Dr. Murat APİ	Kad. Hast. ve Doğum Uzmanı	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	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. Ayşenur CELAYİR	Çocuk Cerrahisi	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	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"/>	
Prof. Dr. Arif Aktuğ ERTEKİN	Kad. Hast. ve Doğ.	Üsküdar 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. Mustafa BAŞBUĞ	Perinatoloji	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Güner KARATEKİN	Neonatoloji	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	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"/>	
Uzm. Dr. Handan ÇETİNER	Patoloji	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	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"/>	
Sağ. Bak. Hizm. Müdürü Dr. Yeliz DOĞAN MERİH	Doğum ve Kadın Hastalıkları	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	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"/>	
Uzm.Dr. Aytekin KAYMAKÇI	Çocuk Cerrahisi	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	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"/>	
Doç.Dr. Hülya CABADAK	Biyofizik	Marmara 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. Fuyla İlçin GÖNENÇ	Hukuk	Marmara Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Günay CAN	Halk Sağlığı	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yard. Doç.Dr. Ahmet Özer ŞEHİRLİ	Farmakoloji	Marmara 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"/>	
Yard.Doç.Dr. Ayten ARIKAN	Tıp Tarihi ve Tıp Etiği	Yeni Yüzyıl 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"/>	
Huriye ÖLGE	Emekli	Emekli	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"/>	

\* :Toplantıda Bulunma