



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI

**SEZARYEN SIRASINDA İLİOİNGUİNAL-
İLİOHİPOGASTRİK SİNİRE LİDOKAİN
UYGULAMASININ VE CİLT ALTI DOKUYA DİSEKSİYON
YAPILMASININ POSTOPERATİF AĞRI
DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Gül Dilan BOSTAN
UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL
Haziran, 2019

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI

**SEZARYEN SIRASINDA İLİOİNGUİNAL-
İLİOHİPOGASTRİK SİNİRE LİDOKAİN
UYGULAMASININ VE CİLT ALTI DOKUYA
DİSEKSİYON YAPILMASININ POSTOPERATİF AĞRI
DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Gül Dilan BOSTAN
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç.Dr.Abdulkadir TURGUT

İSTANBUL
Haziran, 2019

ONAY

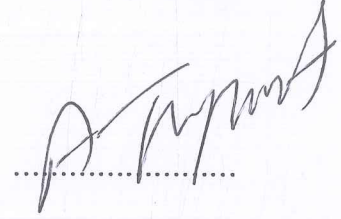
İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde asistan hekim olan Dr. Gül Dilan BOSTAN'ın hazırladığı ve jüri önünde savunduğu "SEZARYEN SIRASINDA İLIOİNGUİNAL-İLİOHİPOGASTRİK SİNİRE LİDOKAİN UYGULAMASININ VE CİLT ALTI DOKUYA DİSEKSİYON YAPILMASININ POSTOPERATİF AĞRI DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI" başlıklı uzmanlık tezi başarılı kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

İMZA

Tez Danışmanı:

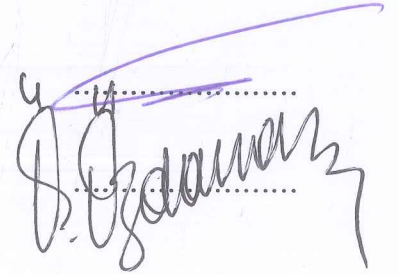
Doç.Dr.Abdulkadir TURGUT



Üyeler:

Doç. Dr.Niyazi TUĞ

Doç. Dr. Özkan ÖZDAMAR



Tez Savunma Tarihi: 31/05/2019

Yazar Bildirimi

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği bünyesinde hazırladığım bu uzmanlık tezinin bizzat tarafımdan ve kendi sözcüklerimle yazılmış orijinal bir çalışma olduğunu ve bu tezde;

- Çeşitli yazarların çalışmalarından faydalandığımda bu çalışmaların ilgili bölümlerini doğru ve net biçimde göstererek yazarlara açık biçimde atıfta bulunduğumu;
- Yazdığım metinlerin tamamı ya da sadece bir kısmı, daha önce herhangi bir yerde yayımlanmışsa bunu da açıkça ifade ederek gösterdiğimi;
- Alıntılanan başkalarına ait tüm verileri (tablo, grafik, şekil vb. de dahil olmak üzere) atıflarla belirttiğimi;
- Başka yazarların kendi kelimeleriyle alıntıladığım metinlerini kaynak göstererek atıfta bulunduğum gibi, yine başka yazarlara ait olup fakat kendi sözcüklerimle ifade ettiğim hususları da istisnasız olarak kaynak göstererek belirttiğimi,

beyan ve bu etik ilkeleri ihlal etmiş olmam halinde bütün sonuçlarına katlanacağımı kabul ederim.

Haziran, 2019

İmza: _____

- Bu tez kabulünden önce hiçbir yerde yayınlanmamıştır.
- Bu tezle ilgili herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Dr. Gül Dilan BOSTAN



Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde olan 4 yıllık asistanlık eğitim süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, her konuda bilimsel ve manevi desteğini gördüğüm eğitimim süresince yol gösteren, gelecekteki meslek hayatımda bana yardımcı olacak deneyimleri kazanmamda büyük emeği olan değerli hocam Prof. Dr. Ateş KARATEKE'ye,

Asistanlık eğitimim boyunca bilgi tecrübelerinden faydalandığım ve her an manevi desteğini hissettiğim, akademik ve klinik tecrübelerini bizden esirgemeyen değerli tez hocam Doç. Dr. Abdulkadir TURGUT'a,

Asistanlık sürecinde beraber çalışma fırsatı bulduğum, tezimin oluşmasında da bana çok yardımcı olan, cerrahi tecrübelerini her an bizimle paylaşan değerli ağabeyim Doç. Dr. Baki ŞENTÜRK'e,

Zorlu tez yazım döneminde, akademik görüşlerini benimle paylaşan ve her an destek olan tez danışmanım Op. Dr. Meryem HOCAOĞLU'na,

Cerrahi olarak gelişmemizde çok emekleri olan gelecekteki uzmanlık dönemim için deneyim kazanmamda emekleri olan, mesleğin temellerini, hastaya yaklaşımı öğrendiğim değerli ağabeylerim Doç. Dr. Mesut POLAT'a, Doç. Dr. Özkan ÖZDAMAR'a, Doç. Dr. Mehmet KÜÇÜKBAŞ'a,

Klinikte destek ve tecrübelerini hiç esirgemeyen mesleği öğreten tüm uzmanlarıma,

Asistanlık süresinde hep yanımda olan hem çalışma arkadaşı hem de kardeş saydığım, birbirimize hep destek olduğumuz canım arkadaşlarım Dr. Nihan MUTLU ve Dr. Dilara KARABİBER'e,

Beraber çalıştığım diğer asistan arkadaşlarıma, bizlere çalışma ortamında çok yardımcı olan, hemşire, ebe ve personel arkadaşlarıma,

Kadın doğum hekimi, doktor olmamda en büyük emeğe sahip olan beni hep destekleyen, rahmetli canım babam Halis BOSTAN'a, emeğini hiç esirgemeyen hep arkamda olduklarını hissettiğim canım annem Ülker BOSTAN ve canım kardeşim Murat BOSTAN'a,

En mutlu zamanlarımı geçirdiğim, sevgi ve desteğini her zaman hissettiğim hayat arkadaşım değerli Furkan ŞENDOĞAN'a

Sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Gül Dilan BOSTAN

Özet

SEZARYEN SIRASINDA İLİOİNGUİNAL-İLİOHİPOGASTRİK SİNİRE LİDOKAİN UYGULAMASININ VE CİLT ALTI DOKUYA DİSEKSİYON YAPILMASININ POSTOPERATİF AĞRI DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

AMAÇ. Sezaryen sırasında ilionguinal-iliohipogastrik sinire lokal anestezi uygulanmasının ve cilt altı dokuya diseksiyon yapılmasının postoperatif ağrı düzeylerine etkisinin karşılaştırılması

MATERYAL METOD. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde, Kasım 2016-Mart 2019 tarihleri arasında sezaryen ile doğum yapan 165 hasta prospektif olarak incelendi. Çalışmaya katılmak istenen hastalar araştırmaya alındı. Sezaryen ile doğum yapan hastalar önceden pf insizyonu olmayan, bir kez pf insizyon uygulanan ve birden çok pf insizyon uygulanan olmak üzere üç gruba ayrıldı. Hastaların yaş, gebelik haftaları, önceki gebelik sayıları, önceki sezaryen öyküleri, sezaryen endikasyonları, boy, kilo, maternal hastalık, postoperatif 6. saat, 12.saat,24.saat ve postoperatif 1. 10.gün ağrı düzeyleri gibi parametreler prospektif olarak karşılaştırıldı. İstatistik analizler IBM SPSS versiyon 21.0 (IBM Corp. Released 2012. Armonk, NY, USA) paket programı ile yapıldı

BULGULAR. Çalışma gruplarının ameliyat sonrası ağrı skorları karşılaştırıldığında, postop 6. Saat ve postop 10.gün ağrı skorlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Postop 6. saatte lidokain grubundaki hastalar diseksiyon ve kontrol grubundaki hastalardan istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek ağrı skorlarına sahiptir. Postop 10,gün karşılaştırmasında ise diseksiyon grubundaki hastalar diğer iki gruptaki hastalardan istatistiksel olarak anlamlı daha düşük değerlere sahip bulunmuştur. Postop 12.saat ve postop 24.saat ağrı skoru karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

SONUÇ. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, postoperatif ağrı yönetiminde diseksiyon uygulaması, lidokain enjeksiyonuna göre daha üstün bulunmuştur. Özellikle uzun dönem postoperatif ağrı kontrolünde diseksiyon uygulaması daha etkilidir. BKİ ve önceden pf insizyonu olanlar karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Anahtar Kelimeler: Sezaryen, Lidokain, Postoperatif Ağrı



Abstract

SEZARYEN SIRASINDA İLİOİNGUİNAL-İLİOHİPOGASTRİK SİNİRE LİDOKAİN UYGULAMASININ VE CİLT ALTI DOKUYA DİSEKSİYON YAPILMASININ POSTOPERATİF AĞRI DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

AIM. Comparison of the effect of local anesthesia on the iliinguinal-iliohipogastric nerve during the cesarean section and the effect of subcutaneous tissue dissection on postoperative pain levels

MATERIALS and METHOD. We analyzed prospectively patients who were delivered by cesarean section between November 2016 and March 2019 at Istanbul Medeniyet University, Göztepe Training and Research Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology. 165 patients were included into the study. Patients were divided into three groups who had a cesarean section; without pf incision, have 1 pf incision and multiple pf incision. Patients' age, gestational weeks, previous pregnancy counts, previous cesarean history, cesarean indications, height, weight, maternal disease, postoperative 6. hour, 12th hour, 24th hour and postoperative 10th day pain levels were compared prospectively. Statistical analyzes were performed with IBM SPSS version 21.0 (IBM Corp. Released 2012. Armonk, NY, USA).

FINDINGS. When the postoperative pain scores of the study groups were compared, a statistically significant difference was found in the postoperative 6th hour and 10th day pain scores ($p < 0,05$). Patients with lidocaine at postoperative 6th hour had significantly higher pain scores than patients in the dissection and control group. In the comparison of the postoperative 10th day, the patients in the dissection group had significantly lower values than the patients in the other two groups. There was no statistically significant difference between the groups at postoperative 12th hour and postoperative 24th hour pain score ($p > 0.05$). There was no statistically significant difference between the groups at postoperative 12th hour and postoperative 24th hour pain score ($p > 0.05$).

RESULTS. According to the results of this study, dissection application in postoperative pain management was found superior to lidocaine injection. Especially in long-term postoperative pain control, dissection is more effective. No significant difference was found between the BMI and pf incision.

Key Words: Cesarean section, Lidocaine, Postoperative Pain



İçindekiler

Şekil Listesi	xi
Tablo Listesi	xii
Kısaltmalar	xiii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 DOĞUM İLE İLGİLİ BİLGİLER.....	3
2.2 SEZARYEN İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER.....	3
2.2.1 Sezaryen Tanımı.....	3
2.2.2 Sezaryen Tarihi.....	4
2.2.3 Sezaryen Sıklığı.....	5
2.2.4 Sezaryen Endikasyonları.....	6
2.2.5 Sezaryen Kontraendikasyonları.....	8
2.2.6 Sezaryen Doğum Tekniği.....	8
2.2.6.1 Preoperatif Hazırlık.....	8
2.2.7. Sezaryen İçin Peripartum Yönetim.....	9
2.2.7.1 Cilt İnsizyonları.....	9
2.2.7.2 Uterus Kesileri.....	10
2.2.7.3 Fetus Ve Plasentanın Doğumu.....	11
2.2.7.4 Uterin İnsizyonun Kapatılması.....	12
2.2.8. Sezaryen Sonrası Postoperatif Bakım.....	14
2.3 AĞRI İLE İLGİLİ BİLGİLER.....	14
2.3.1 Ağrı Tanımı.....	14
2.3.2. Ağrının Tarihi.....	15
2.3.3. Ağrı Teorileri.....	15
2.3.3.1. Kapı Kontrol Teorisi (KKT).....	15
2.3.3.2. Endojen Analjezik Mekanizma.....	16
2.3.4. Ağrı Sınıflaması.....	16
2.3.4.1. Süresine Göre Ağrı Sınıflaması.....	16
2.3.4.2. Mekanizmaya Göre Ağrı Sınıflaması.....	16
2.3.4.3. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrı Sınıflaması.....	17
2.3.5. Ağrılı Hasta Değerlendirmesi.....	17
2.3.5.1. Ağrının Değerlendirilmesinde Kullanılan Tek Boyutlu Ölçekler:.....	18
2.3.5.2 Ağrının Değerlendirilmesinde Kullanılan Çok Boyutlu Ölçekler.....	19
2.3.6 Postoperatif Ağrı.....	20
2.3.7 Ağrıyı Etkileyen Faktörler.....	21
2.3.8 Postoperatif Ağrı Kontrolü.....	21
2.3.9 Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Yöntemler.....	21
2.3.9.1 Non-steroid Antienflamatuvar İlaçlar (NSAİİ).....	22
2.3.9.2 Opioidler.....	22

2.3.9.3 Lokal Anestezikler.....	23
2.3.9.4 Multimodal Yöntemler	23
2.3.9.5 İlaç Dışı Yöntemler	23
3. GEREÇ ve YÖNTEM	24
3.1 ÇALIŞMANIN TASARIMI.....	24
3.2 VERİLERİN TOPLANMASI.....	25
3.3 İSTATİKSEL ANALİZ	26
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	34
5.1 TARTIŞMA	34
5.2 SONUÇ.....	37
Kaynaklar	38
EK A. Etik Kurul Onay Formu	48

Şekil Listesi

2.1:	Sözel Kategori Ölçeği.....	18
2.2:	Sayısal Ağrı Ölçeği.....	18
2.3:	Yüz İfadesi Ölçeği.....	19
2.4:	Burford Ağrı Termometresi	19
2.5:	Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu	20
3.1:	Wong-Baker Ağrı Skalası	26
4.1:	Çalışma Gruplarının Postoperatif 6.Saat Ağrı Skorları	31
4.2:	Çalışma Gruplarının Postoperatif 10.Gün Ağrı Skorları	32

Tablo Listesi

4.1:	Çalışma Gruplarının Bazı Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	27
4.2:	Hasta Gruplarının Obstetrik Özellik Gruplarına Göre Karşılaştırılması	28
4.3:	Çalışma Gruplarındaki Kadınların Maternal Hastalık Sayısının Karşılaştırılması	29
4.4:	Hasta Gruplarının Pfannesteil İnsizyonu Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması	29
4.5:	Çalışma Gruplarının Postoperatif Ağrı Skorlarının Karşılaştırılması	30
4.6:	Pfannesteil İnsizyonu Sayısına Göre Postoperatif Ağrı Skorlarının Karşılaştırılması	32

BKİ	Beden kitle indeksi
C/S.....	Sezaryen
D/C	Dilatasyon ve Küretaj
HPV	Human papilloma virus
HSV	Herpes simpleks virus
IV.....	İntravaskuler
NSAİİ	Non steroid antiinflamatuvar ilaç
NSD	Normal spontan doğum
PO	Postoperatif
USG.....	Ultrasonografi



GİRİŞ ve AMAÇ

Ağrı tüm insanların hayatları boyunca birçok kez karşılaştıkları bir şikayettir. Bu nedenle bu konuyla ilgili çok sayıda çalışma ve tanımlama yapılmıştır. Ağrı kişiye göre değişiklik gösterdiğinden, herkesin kabul ettiği tek bir ağrı tanımlaması kabul edilemez, ağrı birçok kez farklı şekilde tanımlanmıştır.

Kabul gören tanımlamalardan birine göre ağrı; vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan bir doku hasarına bağlı olan ya da olmayan, insanın geçmiş deneyimleriyle ilgili hoş olmayan duysal ve emosyonel bir duyumdur (86,87). Ağrı çok boyutlu bir deneyimdir. Nörofizyolojik, biyokimyasal, psikolojik, dinsel, bilişsel, ruhsal ve çevresel bir durum olarak kabul edilir. Ağrının bir diğer tanımı ise; doku hasarının bilinçsiz olarak farkına varılması şeklindedir (88). Ağrı vücudumuzda yolunda gitmeyen bir sorun olduğunu bildiren bir alarm sistemidir, koruyucu bir mekanizmadır. Herhangi bir doku hasarı olduğunda bizim bunu algılayıp bizi uyararak tepki vermemizi sağlamaktadır (89).

Ameliyat sonrası ağrı hastaların en kötü ağrı deneyimlerinden sayılmaktadır. Cerrahi girişim etkisiyle oluşan postoperatif ağrı cerrahi travma ile başlar ve dokuların iyileşmesiyle giderek azalır (126).

Günümüzde sezaryen en sık uygulanan operasyonlardan biridir. Uygulama oranları %20-25 oranında değişmektedir (7).

Sezaryen ile doğum, gebenin karın duvarına ve uterusu kesilerek fetus, plasenta ve membranlarının abdominal yol ile doğurtulması olarak tanımlanmaktadır (4). Anne ve bebek için vajinal doğumun riskli olduğu olgularda, hayati bir operasyondur.

Çalışmamız sezaryen sonrası postoperatif dönemdeki ağrıya etki eden etkenleri belirlemek ve postoperatif ağrı düzeyini azaltacak yöntemleri ortaya koymak ve hastaların daha az ağrı deneyimlemesine olanak sağlamak amacıyla yapılmıştır.



GENEL BİLGİLER

2.1 DOĞUM İLE İLGİLİ BİLGİLER

Doğum insanlığın var olduğu zamandan beri devam eden doğal bir olaydır (1). Doğum sürecinin, sağlıklı olarak devam edip sonlanmasında en önemli etkenlerden biri doğum süreci kadar da doğum şeklidir (2).

Gebelik ve doğum fizyolojik bir olay olmakla birlikte kadın için büyük bir stres oluşturur. Doğum tercihi, kadına verilecek destek ve bilgilendirme sayesinde daha sağlıklı ve doğru olacaktır (3).

Sezaryen ile doğum, gebenin karın duvarına ve uterusu kesi yapılarak fetus, plasenta ve membranlarının abdominal yol ile doğurtulması olarak tanımlanmaktadır (4).

2.2 SEZARYEN İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

2.2.1 Sezaryen Tanımı

Sezaryen ile doğum, gebenin karın duvarına ve uterusu kesi yapılarak fetus, plasenta ve membranlarının abdominal yol ile doğurtulması olarak tanımlanmaktadır (4). Anne ve bebek için vajinal doğumun riskli olduğu olgularda, hayati bir operasyondur. Sezaryen önceden ölmek üzere olan gebe kadından, canlı olarak fetusu alabilmek için kullanılsa da günümüzde bu durum çeşitli tekniklerin gelişmesi sonucu diğer durumlarda da uygulanabilmektedir (5). Ancak fetusun uterin ruptur nedeniyle abdominal boşluktan abdominal insizyon ile alınması sezaryen tanımına girmemektedir (6).

Günümüzde sezaryen en sık uygulanan operasyonlardan biridir. Uygulama oranları %20-25 oranında değişmektedir (7).

2.2.2 Sezaryen Tarihçesi

Sezaryen teriminin nereden geldiği hala tartışmalı ve bununla ilgili farklı teoriler mevcuttur. Bu teorilerden, en eski olanı Yunan efsanesi Apollo, Bamlhus ve Jüpiter tarafından annesinin karnından kesilerek çıkarılan Aesculapios'un doğumu hakkındadır (8).

Yaygın olarak bilinen bir inanışa göre M.Ö. 100 yılında Antik Roma İmparatoru Julius Sezar, sezaryen doğuma ismini vermiştir. Sezaryen doğum yönteminin Sezar'ın doğduğu tarihte çıkmış olduğu sebebiyle bu inanış ortaya atılmış olmakla birlikte, bu söylentinin bir gerçek bir yanı olmadığı düşünülmektedir. (9-10). Diğer bir teoriye göre, Noma Pampilius'un ortaya koyduğu bir Roma kanunundan kaynaklandığıdır, Buna göre gebeliğinin son haftalarında olup ölmek üzere olan kadınlardan bebeği kurtarma amacıyla operasyon yapılabilir. Kralın kanunu olarak bilinen bu yasa imparatorların etkisiyle "lex caesarea" olmuş ve operasyonun adı da sezaryen operasyonu olarak anılmaya başlanmıştır (11).

Başka teoriye göre ise, aslında en mantıklı olanı budur. Sezaryen kelimesinin latince "caedere" yani kesmek anlamına gelen kelimedenden geldiğidir. M.Ö. 1. yy'ın sonlarında "a caeso matris utero" kelimesinin ise "annenin rahminden çocuğun kesilip alınması" anlamında sezaryen için kullanıldığı başka kaynaklarda belirtilmiştir operasyonla doğan çocuklara da "caesones" denildiği bilinmektedir (9).

Batın duvarın yapılan ilk operasyon tarihte sezaryendir. Sezaryene ait ilk kayıt M.Ö. 2000 yılında Sümerlere aittir (12). Karın duvarı kesilip Sezaryen ile canlı bir bebeğin doğurtulduğu ilk onaylanmış olgu M.Ö. 508'de Sicilya'dadır. M.S. 1500'de bir hayvan bakıcısı olan Nufer, doğumda sıkıntıya giren gebe eşine bu cerrahiye uygulamış, daha sonra hem anne hem de bebek hayatta kalmıştır, bu cerrahi sezaryen olarak kayıt altına alınmış ve hekim olmayan birinin başarılı bir şekilde yaptığı ilk onay almış ilk sezaryen vakasıdır (13,14).

Lebas 1769 yılında kesilen uterusu dikiş atarak sezaryendeki yüksek mortaliteyi düşürebilmiştir. Bu dönemde cerrahlar, hem sütürlerin

enfeksiyon riskini arttıracığına dair korkuları, hem de uterusun kapatmadan en iyi şekilde iyileşeceği inanışları nedeniyle, uterusu kapatmadan sezaryeni tamamlamaktaydılar. Bu prosedür kanama ve enfeksiyon sebebiyle bir çok hastanın kaybedilmesine neden olmuştur. Operasyonun mortalitesi %70 ile %90 arasında seyrederken, 1876 yılında Porro, sezaryende subtotal histerektomi prosedürünü uygulamaya başlamıştır ve bu sayede kanama ve enfeksiyon gibi komplikasyonların azalması sonucu ile maternal mortalite %30'a inmiştir (4-5).

1882'de Sezaryen için en önemli gelişme 28 yaşında bir asistan olan Max Sanger'in Leipzig'de üniversite kliniğinde uterus duvarının dikilmesini ortaya atmasıyla yaşandı. Öncesinde hastalar kanama ya da sepsisten ölmekteyken uterin kesiye sütür konulması mortaliteyi azalttı. Sanger operasyonu, günümüzde klasik sezaryen yani korporeal sezaryen olarak da bilinir (9).

1908'de Pfannenstiel, uterin serozasını açarak mesaneyi uzaklaştırdı. 1912'de Krönig, aşağı uterus segmentinde vertikal insizyon ile uterusu açıp fetusu forcepsi ile çıkardığı transperitoneal yaklaşımı ortaya attı ve 1912'ye kadar sadece bir anne ölümü içeren 33 olgu bildirmiştir. Munro Kerr 1926 senesinde, transvers uterus insizyonu önerdi. 1935'te yine Kerr, transvers kesinin aşağı uzayarak mesaneye zarar vermesini önlemek için kesinin uçlarının yukarı bakan hilal şeklinde yapılmasını önermiştir. Günümüzde bu Kerr tekniği, en sık uygulanan sezaryen tekniğidir (6,16).1940 yılında penisilin kullanılmaya başlanması ile doğumdan kaynaklanan enfeksiyon riski de dramatik olarak azaldı (17,18). Peroperatif tekniklerinin gelişmesi ile sezaryen bugün en güvenilir ve en sık uygulanan cerrahi işlemlerden biri haline gelmiştir (6).

1902 yılında ise ülkemizde anne ve bebeğin hayatta kaldığı ilk başarılı sezaryen operasyonu Cemil Topuzlu Paşa tarafından İstanbul'da bir konakta gerçekleştirilmiştir (19,20).

2.2.3 Sezaryen Sıklığı

Sezaryen, doğum eylemi sırasında belirli komplikasyonlar göz önüne alındığında hayat kurtarıcı bir operasyondur. Ancak sezaryenin gerekli

olmadığı durumlarda, uygulamanın anne veya bebeğe yararlarını gösteren bildirilmiş çalışmalar yoktur.

Sezaryen, dünyada en sık yapılan cerrahilerden biridir. World Health Organization (WHO), 1985'ten beri ideal sezaryen oranlarının tüm doğumlar içinde % 10-15 olması gerektiğini öngörmektedir. Ancak bulunduğumuz dönemde sezaryen sıklığı tüm dünya genelinde hızla artış göstermektedir (21,22).

2016 yılında Ana Pilar Betran ve arkadaşları tarafından yapılan geniş çaplı bir çalışmada, dünyada yaklaşık olarak her beş kadından birinin sezaryen ile doğum yaptığı görülmüştür (22).

Türkiye'nin de içinde bulunduğu birkaç ülkede son 24 yılda CS oranlarında %30'un üzerinde artış izlenmiştir (22). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine baktığımızda, 1993'te yaklaşık %7 olarak belirtilen sezaryen oranlarının 2013'te %48 olarak belirtilmesi bu hızlı artışı açıkça göstermektedir. 2015 yılında Türkiye OECD ülkeleri arasında sezaryen doğum oranlarında birinci sırada yer almıştır. Primer sezaryen doğumlar, tüm doğumların %26,4'ünü oluşturmuştur (23).

2015 yılında Cenevre'deki konferansta Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı güncel raporda, %10'un üzerinde olan sezaryen doğum oranlarının, anne ve bebek ölüm hızlarındaki azalmayla ilişkili olmadığını belirtmiştir. Bunun sonucunda sezaryenin sadece endikasyon durumunda uygulanması gerektiği sonucuna varmıştır (24).

Sezaryen oranlarında olan bu artışın muhtemel bazı sebepleri; daha önce doğum yapmamış olan nullipar kadınların çoğalması, çiftlerin çocuk sahibi olma yaşlarının ilerlemesi, sancı korkusu, fetal monitörizasyonun yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanması, vajinal doğumlarla ilgili hekime açılan davaların artması ve özel hastane hizmetinin giderek artması olarak düşünülmektedir (15).

2.2.4 Sezaryen Endikasyonları

Sezaryen endikasyonları anneye bağlı maternal, bebeğe bağlı olarak fetal endikasyonlar olarak iki ana bölümde incelenmektedir. (25,26). Bu endikasyonlar kesin endikasyonlar olarak kabul edilmemekte, vakanın

özelliklerine göre kadın doğum hekiminin bulunan bireyselleştirebileceği durumlardır (27).

1. Fetal Endikasyonlar

Fetal distres

Fetal anomali

Prezentasyon, situs anomalileri

Çoğul gebelikler

Prematurite

2. Maternal Endikasyonlar

Geçirilmiş uterin cerrahi

Sistemik maternal hastalık

Ağır preeklampsi veya eklampsi

Vertikal geçişli maternal enfeksiyonlar (HPV,HSV-2,HIV)

Doğum yolunun neoplastik hastalığı

Uterus kontraksiyonları yetersizliği

Anne isteği (sosyal endikasyon)

3. Travay ve doğuma ait Endikasyonlar

Baş-pelvis uyumsuzluğu

Uzamış eylem

Fetal makrozomi

4. Umbilikal kord ve plasentaya ait Endikasyonlar

Plasenta previa

Ablasyo plasenta

Vasa previa

Kordon sarkması (4)

2.2.5 Sezaryen Kontraendikasyonları

Sezaryen doğumun en önemli kontraendikasyonu sezaryen için uygun bir endikasyon olmamasıdır (6). Diğer bilinen kontraendikasyonlar ise; anormal veya ölü fetus, karın duvarı pyojenik enfeksiyonu, sezaryen için uygun şartların sağlanamaması olarak kabul edilmektedir (28,29).Ancak; konvülziyon geçirmekte olan eklampsi, anormal fetuslarda veya hidrosefali olgularında ölü bebek varlığında bile sezaryen endikedir (30).

2.2.6 Sezaryen Doğum Tekniği

2.2.6.1 Preoperatif Hazırlık

Bilgilendirilmiş Onam: Sezaryen öncesinde hasta ve eşine, neden sezaryen olacağı, nasıl anestezi verileceği ve oluşabilecek komplikasyonlar ile ilgili detaylı bilgi verilmeli ve bilgi verildiğine dair yazılı onam alınmalıdır (31).

Cerrahi Alandaki Kılların Temizliği: Suprapubik ve abdominal alandaki kılların temizliği, hastalar tarafından operasyon öncesi genelde uygulanmaktadır. Randomize kontrollü çalışmalarda enfeksiyonu önlemek için yapılan bu işlemin yapılıp yapılmaması, jilet kullanılması veya tüy dökücü krem kullanılması arasında fark saptanmamıştır (32).

Mesane Sondası: Cerrahi sonrası idrar çıkışını takip etme ve hastaya kolaylık sağlamak açısından operasyon öncesi uygulanmaktadır. Uygulama süresi 12-24 saat olduğundan üriner enfeksiyon açısından risk bulunduğu dair kanıt bulunmamaktadır (33,34).

Antiseptikle Temizleme: Operasyon öncesi cilt için kullanılan antiseptik ile boyanmasının postoperatif yara yeri enfeksiyonunu azaltılmasına katkıda bulunmaktadır (35,37).

Cildin antiseptikle temizlenmesi sırasında vajinanın da temizlenmesinin postoperatif endometrit riskini %45'e kadar azalttığına dair kanıtlar bulunmaktadır. Erken membran rüptürü olan vakalarda bu risk %85'e kadar azalmaktadır. Bu nedenle vajinal temizlemenin de rutine yapılması faydalı olacaktır (36).

Antibiyotik Profilaksi: Chelmow ve arkadaşlarının yaptıkları randomize kontrollü bir çalışmada; membran rüptürü olmayan risk olarak düşük

kabul edilebilecek hastalarda bile post operatif enfeksiyon riskini azalttığını belirtmişlerdir (38).

Yapılan çalışmalarda sezaryen sırasında umbilikal kordun klemlenmesinin ardından tek doz antimikrobiyal ajan uygulanması enfeksiyon oluşmasını belirgin derecede azalttığı gösterilmiştir. Çoğu klinisyen sezaryenin başlangıcından 60 dakika önce tek doz intravenöz 2 gram betalaktam kullanımını önermektedir. Randomize kontrollü çalışmalar artık cilt insizyonundan önce de antibiyotik profilaksi yapılabileceğini kanıtlamaktadır (39,40).

Gebenin Pozisyonu: Hafif Trendelenburg pozisyonuna almak, mesane peritonu diseksiyonuna ve bebeğin başının kolay doğurtulmasına yardımcı olur. Ancak kafa angaje olmuşsa kafanın vajinadan bir asistan tarafından el ile yukarı doğru itilmesi gerekebilir (41).

Sezaryenden en az 8 saat önce hastanın oral alımı kesilir. Operasyondan önce tüm laboratuvar testleri hazır olmalıdır (42). Aktif kanama, anemi, preeklampsi, koagülopati, oksitosin stimülasyonu ve uterusun aşırı gergin olduğu, atoni riski olan durumlarda en az iki ünite eritrosit süspansiyonu operasyona başlamadan önce hazır olmalıdır (43).

2.2.7. Sezaryen İçin Peripartum Yönetim

2.2.7.1 Cilt İnsizyonları

Pfannensteil İnsizyon: Sezaryende en sık kullanılan, alt transvers insizyondur. Simfizis pubisin yaklaşık 2-3 cm üzerinden yatay olarak lateral uçları yukarı bakacak şekilde hafif eğim verilerek uygulanmaktadır. Cilt altı yağ dokusu künt veya keskin diseksiyonlarla açıldıktan sonra rektus ön yaprağa ulaşana kadar insizyon cilt hattına paralel olarak kesilir. Fasyanın üst ve alt kenarları klemlerle tutulup elave edilir ve fasya künt ya da keskin diseksiyon ile altındaki kas dokudan ayrılır (44). Rektus kasları lateral yönler çekilerek peritona ulaşılır. Orta hattan peritona giriş mesaneyi korumak amacıyla üst taraftan yapılmalı, umbilikusa yakın yerden karşılıklı iki pensetle tutularak orta hatta yükseltilir, hemen altında mesane veya barsağın olmadığı anlaşıldıktan sonra makasla açılır. İnsizyon, mesane civarına kadar uzatılır (45).

Joel-Cohen insizyonu: PF insizyonunun biraz üzerinden düz bir çizgi olarak uygulanmaktadır. Phannenstiel'den farkı fasya seviyesine gelindikten sonra insizyona künt olarak devam edilmesidir. PF insizyona göre batına daha hızlı bir girişe olanak sağlamaktadır (45).

Maylard İnsizyonu: 1907'de Ernest Maylard tarafından ilk kez uygulanmıştır, Radikal pelvik cerrahi gereken durumlarda kullanılmıştır. İnsizyon simfisis pubisin yaklaşık 3-8 cm üzerinden uygulanır. Cilt, cilt altı ve rektus kılıfı transvers insizyonla kesilir. Ancak fasya ve rektus kası arası diğerlerindeki gibi disseke edilmez. Rektus kasının lateralindeki inferior epigastrik arterler parmakla kibarca disseke edilerek kalıcı sütürle bağlanır ve kesilir. Ardından rektus kası insizyon ile ortadan kesilebilir (46). Kesi kapatılırken rektus kasının retraksiyonunu engellemek ve ölü boşluğu engellemek için kas rektus ön kılıfına dikilmektedir. Cerrahi sonrası ilk 1 hafta çok ağrılı olması bu insizyonun en önemli dezavantajıdır (47).

Cherney insizyonu: Simfisis pubisin 3 cm üzerinden spina iliaca anterior superiorların 2 cm medialine kadar transvers kesi yapılır. Fasya kesildikten sonra rektus kası yukarıya doğru parietal peritondan eleve edilerek periton insizyonla kesilir (45).

Vertikal İnsizyonlar: Umbilikus seviyesinin altından fetusun çıkabileceği genişlikte yapılan insizyonlardır. Belirli durumlar dışında pek uygulanmamaktadır. Transvers insizyonun yeterli görüş alanı sağlayamayacağı durumlarda, kanama bozukluğu olan ve fasya altı hematoma gelişme riski olan gebelerde uygulanmaktadır (48). Cilt ve ciltaltı yağ dokusu ön rektus kılıfına kadar kesilir. Fasya, longitudinal olarak cilt hattı boyunca açılır ardından piramidal kaslar ve rektus disseke edilir, fasya transversalis peritona ulaşınca kadar disseke edilir. Periton umblikusa yakın yerden iki hemostat klemple veya pensetle tutulup yükselttilip kesilir (44,49).

2.2.7.2 Uterus Kesileri

Alt Segment Transvers Kesi (Monroe-Kerr veya Kerr insizyonu): Histerotomilerin %90'ında bu kesi kullanılmaktadır (50). Uterovezikal bileşkenin yaklaşık 2-3 cm üzerinden transvers bir kesi yaparak başlanır. Ardından myometriuma, orta hatta 1-2 cm genişlikte fetal membran

seviyesine kadar bir insizyonla kesilir (51). Myometrium laterallere doğru disseke edilir. Uterin kesi tamamlanana kadar fetal membranların intakt kalması fetusun yaralanma riskini azalttığı düşünülmektedir (52). Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda keskin uterin insizyonun, küt insizyona göre fazla kan kaybına ve damar yaralanmasına sebep olduğu daha sık olduğu gösterilmiştir (53).

Kerr insizyonun diğer insizyonlara oranla sık tercih edilmesinin nedenleri; kolay onarılabilmesi, sonraki gebelikte rüptür gelişimi ihtimali en az olan yer olması ve bu bölgeye barsak yapışma riskinin en az olması kabul edilmektedir (54). Laterallerdeki damar yaralanması ve üreter yaralanması ise bu insizyonu uygularken dikkat edilmesi gereken durumlardır (55).

Alt Segment Vertikal İnsizyon: Malprezentasyon olan fetusleri çıkarmak için kullanılabilir. Alt segment vertikal insizyonda dikkat edilmesi gerek en önemli durum, kesinin mesane veya servikse doğru ilerleyip uzama ihtimalidir. Özel durumlar dışında çok tercih edilmemektedir (56,57).

Klasik İnsizyon: Klasik sezaryen insizyonunda mesane disseke edildikten sonra, myometrium aşağı segmentten başlanarak fundusa doğru kesi şeklinde uygulanır. Myometriumun kalın olması ve kanlanması fazla olması sebebiyle bu insizyonu kapatmak zor olduğundan günümüzde tercih edilmemektedir (58,59).

2.2.7.3 Fetus Ve Plasentanın Doğumu

Fetusu yapılan kesiden hasar görmeden bir an önce çıkarmak en önemli amaçtır. Baş geliş olan fetuslarda, parmaklar fetal başı kavrayarak kesi içine doğru yerleştirilir, hafifçe fundal basınç uygulanarak fetus doğurtulur. Doğum eyleminin uzun sürdüğü ve ardından CS'ye alınan hastalarda, fetal baş pelvise tam oturmuş ise fetal başı vajinadan asistan yarımıyla yukarı yönde itmek gerekir. Fetus başı çıktıktan sonra fetusun aspirasyonunu önlemek için ağız ve burnunu silmek gerekir. Önce arkada bulunan omuz sonra önde olan omuz hafif bir kuvvet uygulanarak çıkarılır (54).

Fetus solunuma başladıktan, doğumdan 30-60 sn sonra kordon klemplenmesi önerilmektedir. Bekleyerek kordonun geç kalmpnenmesi yenidoğan hemoglobin düzeyinin daha yüksek olmasını sağladığı

düşünülmektedir (60). Ardından plasenta çıkarılmalıdır. Plasentayı ayırırken el ile çıkartmak yerine, oksitosin ile desteklenerek oluşturulan uterus kontraksiyonları ve kordon traksiyonu uygulayarak spontan ayrılmanın sağlanması önerilmektedir (61,62).

2.2.7.4 Uterin İnsizyonun Kapatılması

Sezaryende dikkat edilmesi gerek en önemli işlemlerden biridir. Sonraki gebelik veya sezaryenin akıbetini belirler. Uterusun ekstraabdominal veya intraabdominal, tek kat veya çift kat kapatılması konusunda ortak bir görüş belirlenememiştir. Randomize kontrollü çalışmalarda ekstrabdominal veya intraabdominal kapatılmasının operasyon süresi, kanama ve komplikasyonlar açısından anlamlı bir fark olmadığı gösterilmiştir (63).Diğer bir randomize kontrollü çalışmada uterusu dışarıda kapatmanın daha az kanama, daha az postoperatif ağrı ve kısa yatış süresi sağladığı ortaya konulmuştur (64). Fakat uterusun dışarıda kapatılması, rejyonel anestezi altındaki hastalarda kusma ve bulantıya sebep olmaktadır (63).Sonuç olarak ekstraabdominal veya intraabdominal kapatma tercihi cerrahındır.

Uterus onarımında kullanılan yöntemler tek kat kilitlemeli veya kilitlemesiz kontinü, çift kat kilitlemeli veya kilitlemesiz kontinü sütür teknikleri olarak kabul edilir. Uterin insizyonun her iki ucuna köşe sütürleri atılır. Kanamaya neden olmamak için iğneyi, myometriumu hasarlandırmayacak şekilde kullanmak gerekir. Uterin insizyon tek tabaka halinde kapatılırken endometriumda içine alınarak tam kat olarak geçilir ve kontinü kapatılır (65).Genel olarak kilitli olarak suture etmenin kanama kontrolünü daha iyi sağladığı düşünülmektedir. Fakat kilitli ve kilitsiz tekniği karşılaştıran bir çalışma yoktur. Uterin kesi 0 ve ya 1 nolu emilebilen sütür ile kapa 2008'de yapılan Cochrane derlemesinde uterin insizyonu tek veya çift kat kapatma teknikleri karşılaştırılmış, tek kat kapama; daha az kanama riski,az postoperatif ağrı ve kısa operasyon süresi olarak daha üstün bulunmuştur (66). On çalışmayı içeren bir meta-analiz, tek kat kapatmanın operasyon süresini kısalttığını ve postoperatif ağrıyı belirgin olarak azalttığını göstermiştir (60).Tek ve çift kat kapamayı karşılaştıran çalışmalar, erken

dönem sonuçlarda tek kat kapatmayı avantajlı gösterse de uzun dönemdeki sonuçlar bilinmemektedir.

Kilitli ve kiltsiz kapamanın karşılaştırıldığı başka bir çalışmada, uterusun kilitli olarak kapatılmasının kiltsiz yöntemle göre skar zayıflığı ve uterin rüptür riskinin daha yüksek oranlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (67,68).

Periton onarımı:

Peritonun kapatılıp kapatılmamasıyla ilgili ortak bir görüş sağlanamamıştır. Randomize kontrollü çalışmalarda periton sutürasyonun, maliyeti arttırdığı, operasyon süresini uzattığı, postoperatif olarak üriner sistem şikayetlerine neden olduğu için önerilmemektedir (69-71). Ancak son yıllarda yapılan diğer çalışmalarda periton onarımı önerilmektedir. Anatomik bütünlüğü sağlaması, yara ayrılmasına engellenmesi, adhezyon oluşumunu azaltması ve kanama riski yüksek olan hastalarda hemoperitoneum oluşturarak kanamanın fark edilmesini kolaylaştırdığı düşünüldüğü için önerilmektedir (72,73). 2012 yılında yapılan bir randomize kontrollü çalışmada ise, ilk sezaryenini olan gebelerde peritonun onarılmamasının, ikinci gebelikte daha az adezyona neden olduğunu göstermiştir (74).

Rektus kas sutureasyonu postoperatif ağrıya neden olacağı için önerilmemektedir (75). Fasya onarımında geç emilen 0 veya 1 vicryl suture kulanılarak tek kat kitlemeden kontinü suture edilmesi önerilmektedir. Fasya onarımının amacı karşılıklı fasya kenarlarını yaklaştırmadır. (75,76). Fasyadan sutureleri 1 cm genişlikte ve 1 cm aralıklarla fasyanın kanlanmasını bozmayacak şekilde geçilmelidir (77).

Cilt altı yağ dokusu kalınlığı 2cm ve üzerinde olan hastalarda aralarda boşluk kalmayacak şekilde sutureasyonun, hematoma seroma oluşumunu, buna bağlı yara yeri enfeksiyonu gelişimini azalttığı için ve yara ayrılmasını belirgin derecede engellediği için önerilmektedir (78,79).

Cilt sutureasyonu için, 3-0 veya 4-0 rapid vicryl ya da monocryl subkutan olarak uygulanır. Ayrıca stapler veya nonabsorbabl monofilaman polypropylen de kullanılabilir (80). Stapler ile kapatmanın avantajı daha az operasyon süresi ve postoperatif dönemde daha az ağrıdır (81). Yapılan bir çalışmada, stapler, subkutan ve intrakutan sutureasyon karşılaştırılmış ve kozmetik sonucun en iyi subkutan suturele olduğunu göstermiştir (82).

2.2.8. Sezaryen Sonrası Postoperatif Bakım

Sezaryen sonrası vital takibi çok dikkatli şekilde uygulanmalıdır. Vital bulgular ilk 2 saatte 15 dakikada bir, 2-4. Saat arası 30 dakikada bir, 4-5. Saat arasında saatte bir kez daha sonra 4 saatte 1 kez bakılmalıdır. Nabız, tansiyon, vücut sıcaklığı, uterus tonusu, idrar çıkışı, vajinal kanama miktarına dikkat edilmelidir. Postoperatif 1. Gün tam kan sayımı bakılmalıdır (83).

Hastanın kilosuna göre, analjezi ihtiyacı meperid veya morfin sülfat ile kontrollü olarak sağlanabilir.

Sezaryen sonrası genel olarak ilk 24 saat içinde 3000 cc intavenoz sıvı replase edilir. Gebelik boyunca sıvı artışı nedeniyle hasta sıvı kaybını kolaylıkla tolere eder (84).

Sezaryen insizyonu, postoperatif 24. saatte açılıp pansuman yapılmalıdır. Sütürler, genelde 4. günde alınabilir fakat bu obez hastalarda postoperatif 7-10. günde alınabilir (84).

Komplikasyon gelişmediyse taburculuk için önerilen postoperatif 2. Veya 3.gündür.

2.3 AĞRI İLE İLGİLİ BİLGİLER

2.3.1 Ağrı Tanımı

Yüzyıllardır insanoğlu tarafından açıklanmaya çalışılan ve ağrı kavramının günümüzde en kabul gören tanımını Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (International Association for the Study of Pain [IASP]) tarafından tanımlanmıştır (85). Bu tanıma göre ağrı; vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan bir doku hasarına bağlı olan ya da olmayan, insanın geçmiş deneyimleriyle ilgili hoş olmayan duysal ve emosyonel bir duyumdur (86,87). Ağrı çok boyutlu bir deneyimdir. Nörofizyolojik, biyokimyasal, psikolojik, dinsel, bilişsel, ruhsal ve çevresel bir durum olarak kabul edilir. Ağrının bir diğer tanımı ise; doku hasarının bilinçsiz olarak farkına varılması şeklindedir (88).

Ağrı vücudumuzda yolunda gitmeyen bir sorun olduğunu bildiren bir alarm sistemidir, koruyucu bir mekanizmadır. Herhangi bir doku hasarı

olduğunda bizim bunu algılayıp bizi uyararak tepki vermemizi sağlamaktadır (89).

2.3.2. Ağrının Tarihi

Günümüzde insanların ağrıyı algılama şekilleri ve tedavi etmek için kullandığı yöntemler eski uygarlıklarla benzerlik göstermektedir. Ağrı analjezisinde bugün kullanılan bir çok yöntem, insanları uzun yıllar önce kullandığı yöntemleri içermektedir (90).

İlk defa Hipokrat ağrının sebebi ruhlar olmadığını ve insanın kendisinde bulunan bir şeyin ağrıya sebep olduğu fikrini savunmuş, Ağrının nedeni bulmak ve onu tedavi etmek için insan vücuduna incelemek gerektiğini savunmuştur (91).

İkinci dünya savaşı döneminde Bonica ve Alexander kronik ağrılı hastaların ağrılarını farklı disiplinlerden uzmanların organize bir ekip oluşturması ile çözüleceğini bildirmişlerdir. Bunun üzerine 1960'lı yıllardan itibaren ağrı klinikleri kurulmaya başlanmıştır (92). “ 1974 yılında International Association For The Study Of Pain kurulmuş ve bugün de birçok üyesi olan bu dernek Dünya Sağlık Örgütü'nden sonra gelen ikinci büyük sağlık kuruluşudur. Türkiye 'de 1990 yılında ilk ağrı kliniği İstanbul Üniversitesi Tıp fakültesi Anestezi ve Algoloji Anabilim Dalı olarak kurulmuştur (90,93).

2.3.3. Ağrı Teorileri

2.3.3.1. Kapı Kontrol Teorisi (KKT)

1988 yılında Melzack ve Wall tarafından ortaya atılan kapı kontrol teorisine göre ağrı kontrolünde spinal kordun en önemli özelliği ağrıyı kendi kendine kontrol etmede yer almasıdır.

Yapılan çalışmalar spinal korda iletilen her ağrı uyarısının kortekse iletilmediğini ve ağrı kontrolünün sağlandıktan sonra iletilmediğini göstermiştir (94,95). Bu teoriye göre ağrı duyusunun azaltılması üç yol ile gerçekleşmektedir; ağrının şiddeti nörolojik uyarıların geçişine bağlıdır ve sinir sistemimizde bulunan kapı mekanizmaları ağrı geçişini kontrol eder, bu kapılar açık ise, ağrı duyusu ile sonuçlanan uyarılar bilinç düzeyine ulaşır, ağrı hissedilir (96).

2.3.3.2. Endojen Analjezik Mekanizma

1970 yılında endorfinler vücudun kendisi tarafından salgıladığı narkotiklere benzer maddeler olarak tanımlanmıştır. Endorfin terimi endojen ve morfin kelimelerinin birleşiminden gelmektedir. Beyinde meydana gelen bir uyarının vücuda endorfin salgılatığına inanılmaktadır. Endorfinler, ağrı uyarısının geçişini engellemek ve uyarıların bilinç düzeyine ulaşmasının önlemek için reseptörlerde tutulurlar. Endorfin azaltan durumlar; uzun süredir devam eden ağrı, morfin ya da alkolün uzun süre kullanımıdır. (95,97,98).

2.3.4. Ağrı Sınıflaması

Ağrıyı farklı şekillerde sınıflandırabiliriz

Süresine göre ağrı sınıflaması

Mekanizmaya göre ağrı sınıflaması

Kaynaklandığı bölgeye göre ağrı sınıflaması

2.3.4.1. Süresine Göre Ağrı Sınıflaması

Ağrı başlama süresine göre akut veya kronik olarak ikiye ayrılmaktadır:

1. Akut Ağrı: Doku hasarı sonucu ani başlayan, ağrıya neden olan lezyon ile arasında ilişki olan ve iyileşme sürecinde de hissi giderek kaybolan bir ağrı şeklidir. Hekime başvurmayı sağlayan bir sinyal görevi görür (99,100).

2. Kronik Ağrı: Akut ağrıya göre aylar, yıllardır aralıklarla devam eden ağrı şeklidir. 6 aydan fazla sürer. Kronik ağrıyı kişisel ve çevresel faktörler etkiler. Hastanın kendisine, ailesine fiziksel ve duygusal yüke neden olur. Yanığa bağlı ağrı, kanser ağrısı kronik ağrılara örnektir (101)

2.3.4.2. Mekanizmaya Göre Ağrı Sınıflaması

Ağrıyı oluşum mekanizmasına göre sınıflamak ve ağrı kesicilerin mekanizmasını bilmek ağrı tedavisinin daha etkili bir biçimde yapılmasını sağlamaktadır (102).

1. Nositseptif Ağrı: Dokularda bulunan özelleşmiş ağrı reseptörleri tarafından algılanıp santral sinir sistemine iletilerek hissedilen ağrı tipidir. Fiziksel ağrı, kas ağrısı gibi lokal ağrılar buna örnektir (103).

2. Nöropatik Ağrı: Periferik sinirlerde olan hasarlanma sonucu ağrı reseptörlerinin etki altında kalması sonucu oluşan ağrıdır. Disk hernisinde oluşan ağrı, diabete bağlı sinir hasarında oluşan ağrı nöropatik ağrılardan sayılır (103,104). Kısa süren, aralıklarla oluşan batıcı ağrı olarak hissedilir. Tekrarlayan uyarılar ağrının daha çok hissedilmesine neden olur, patoloji ortadan kalksa bile ağrı hissi devam eder (105,106).

3. Deafferantasyon Ağrısı: Sinir sistemindeki lezyonlara bağlı olarak uyarıların merkezi sinir sisteminde iletiminin kesilmesine bağlı olarak ortaya çıkar. Fantom ağrısı buna örnektir. Yanıcı özellikte ağrı oluşur ve duysal kaybın olduğu bölgede hissedilir (102,107,109).

4. Psikosomatik Ağrı: Ağrıya sebep olabilecek herhangi bir patoloji olmadan ortaya çıkan, anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik sorunlarda hissedilen ağrıdır (108,109).

2.3.4.3. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrı Sınıflaması

1. Somatik Ağrı: İyi lokalize olan, keskin, somatik sinir liflerinden kaynaklanan ve perierik sinirler boyunca hissedile ağrıdır. Cerrahi insizyonun neden olduğu yüzeysel doku hasarından kaynaklanan ağrı kutanoz somatik ağrı olarak, faysa ligament ve kemikten kaynaklanan zonklayıcı ağrı ise derin somatik ağrı olarak tanımlanmaktadır (110,111).

2. Visseral Ağrı: Yavaş başlayan, künt, kramp veya kolik tarzda iç organlardan kaynaklanan ağrıdır. Yansıyan ağrı olarak da karşımıza çıkabilmektedir (112,113).

3. Sempatik Ağrı: Sempatik sinir sisteminin aktive olması ile ortaya çıkan yanma tarzında olan ağrılardır. Primer hastalık geçtikten bir süre sonra başlar ve şiddeti gittikçe artmaktadır (114,115).

2.3.5. Ağrılı Hasta Değerlendirmesi

Ağrıyı kontrol altına alabilmek için ağrının değerlendirilmesi gerekir. Ağrı ölçüm yöntemleri kullanmak ağrısı olan hastanın başlangıçtaki ağrısını tanımlamanın yanı sıra tedavi sonrası değerlendirme için de kolaylık sağlamaktadır (116).

Ağrıyı değerlendirmede en basit yol ağrının var olup olmadığını sormaktır. McCaffery nin ağrıyı tanımlaması, "hasta her ne zaman ağrısının varlığından söz ediyorsa ağrısı vardır" şeklindedir (117). Ağrının olup olmaması ağrıyı değerlendirmek için yeterli bulunmamıştır (118,119). Ağrı değerlendirilmesinde ölçek kullanmak, hastanın sayılar ya da kelimelerle bildirdiği ağrı şiddetinin objektif şekilde yorumlanmasını sağlamaktadır. Ağrı ölçümünde tek vey çok boyutlu ölçekler kullanılmaktadır (120).

2.3.5.1. Ağrının Değerlendirilmesinde Kullanılan Tek Boyutlu Ölçekler:

Hastanın değerlendirmesini kendisinin yaptığı, ağrı şiddetini ölçmek için kullanılır. Akut ağrı tedavisini izlemeye sağlık çalışanlarına kolaylık sağlamaktadır (120).

Sözel Kategori Ölçeği: Hasta ağrı şiddetini kelime ile tanımlamaktadır. Ağrı şiddeti hafiften dayanılmaz dereceye kadar sıralanır. Diğer adıyla basit tanımlayıcı ölçek olarak kullanılır (119).



Şekil 2.1: Sözel Kategori Ölçeği

Sayısal Ölçekler: Hasta ağrısını sayılarla 0 - (10-100) arasında değerlendirmektedir (119).



Şekil 2.2: Sayısal Ağrı Ölçeği

Yüz İfadesi Ölçeği: Hastanın yüz ifadesine yakın görüntü belirlenerek puanlama yapılır. İkişer puan artarak puanlama yapılmaktadır. Wong Baker yüz ölçeği olarak da adlandırılmaktadır (121).



Şekil 2.3: Yüz İfadesi Ölçeği

Burford Ağrı Termometresi: Kolay anlaşılır, numaralarla birleştirilmiş sözlü ifadeleri içerir. Bu ölçekte 0-1 ağrısızlığı, 2-3 hafif, 4-5 rahatsız edici, 6-7 şiddetli, 8-9 çok şiddetli, 10 ise dayanılmaz ağrıyı bildirmektedir. Türkiye 'de yaygın olarak kullanılmamaktadır. Ayrıca hemşirenin ve hastanın ağrı şiddeti ve uygulanan tedavinin etkinliğine ilişkin yorumlarına yer vermesi diğer ölçeklere göre bir üstünlük olarak kabul edilmektedir (122).

Burford Ağrı Termometresi

İsminiz:

Kullanılan ağrınızı en iyi tanımlayan rakamın karşısına "x" işareti koyunuz.

Tarih									
Saat									
10									
9									
8									
7									
6									
5									
4									
3									
2									
1									
0									
Analjezik:	Zamanı,								
ismi,	dozu,								
veriliş	yolu								
Ağrının yeri									
Hemşirenin yorumu									
Hastanın yorumu *									

* Yürüme, uyku, banyo, yeme ve içme gibi aktivitelerle ağrı ilişkisini içerebilir.

Şekil 2.4: Burford Ağrı Termometresi

2.3.5.2 Ağrının Değerlendirilmesinde Kullanılan Çok Boyutlu Ölçekler

Araştırmacılar tek boyutlu ölçeklerden kaynaklanan eksiklikleri gidermek için ağrının değişik yönlerini ortaya koyan çok boyutlu ölçekler geliştirmişlerdir. Tek boyutlu ölçeklere göre daha uzun uygulama süresinin olması akut ağrı durumlarının da kullanımını kısıtlamaktadır (123).

Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu

Dört bölümden oluşmaktadır. Formun girişinde hastanın adı, soyadı, yaşı, tıbbi tanı-sorun, analjezik kullanıyorsa tipi ve dozu, ayrıca hastanın

algılaması ile ağrının yeri, özelliği, zamanla ilişkisi ve şiddetini belirlemeye yönelik tanıtıcı bilgiler yer almaktadır (124,125).

McGill-Melzack PAIN QUESTIONNAIRE

Patient's name _____ Age _____
Ht/Mt: _____ Date _____
Clinical category (e.g. cardiac, neurological, etc.) _____
Diagnosis: _____

Analgic (if already administered):
1. Type _____
2. Dosage _____
3. Time given in relation to this test _____

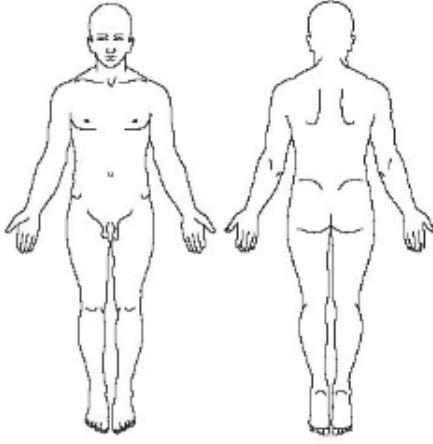
Patient's intelligence: circle number that represents best estimate
1 (low) 2 3 4 5 (high)

This questionnaire has been designed to tell us more about your pain. Four major questions we ask are:
1. Where is your pain?
2. What does it feel like?
3. How does it change with time?
4. How strong is it?
It is important that you tell us how your pain feels now. Please follow the instructions at the beginning of each part.

© R. Melzack, Oct. 1970

Part 1: Where is your pain?

Please mark, on the drawings below, the area or areas you feel pain. Part 1: if external, or if internal, near the area which you mark. Part 2: if both internal and external.



Part 2: What does your pain feel like?

Some of the words below describe your present pain. Circle only those words that best describe it. Leave out any category that is not suitable. Use only a single word in each appropriate category - the one that applies best.

1 Fluering Quivering Pulsing Throbbing Beating Rounding	2 Jumping Flashing Shooting	3 Pricking Boring Drilling Stabbing Lancinating	4 Sharp Cutting Lacerating
5 Fingling Pressing Gravelling Cramping Crushing	6 Tugging Pulling Wrenching	7 Hot Burning Scalding Searing	8 Tingling Itchy Smarting Stinging
9 Dull Sore Hurting Aching Heavy	10 Tender Taut Ragging Splitting	11 Tiring Exhausting	12 Screaming Suffocating
13 Piercing Mightful Terrible	14 Fusling Gravelling Cruel Vicious Killing	15 Wretched Blinding	16 Annoying Troublesome Miserable Intense Unbearable
17 Spreading Radiating Penetrating Fleeting	18 Tight Numb Drooping Squeezing Locking	19 Cool Cold Freezing	20 Nagging Nauseating Agonying Cruel Torturing

Part 3: How does your pain change with time?

1. Which word or words would you use to describe the pattern of your pain?

1 Continuous Steady Constant	2 Rhythmic Periodic Intermittent	3 Brief Momentary Transient
---------------------------------------	---	--------------------------------------

2. What kind of things relieve your pain?
3. What kind of things increase your pain?

Part 4: How strong is your pain?

People agree that the following 5 words represent pain of increasing intensity. They are:

1 Mild	2 Discomforting	3 Distressing	4 Horrible	5 Brutalizing
-----------	--------------------	------------------	---------------	------------------

In a separate question below, write the number of the most appropriate word in the space beside the question.

1. Which word describes your pain right now? _____
2. Which word describes it at its worst? _____
3. Which word describes it when it is least? _____
4. Which word describes the worst toothache you ever had? _____
5. Which word describes the worst headache you ever had? _____
6. Which word describes the worst stomach-ache you ever had? _____

Şekil 2.5: Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu

2.3.6 Postoperatif Ağrı

Postoperatif ağrı, önceden tahmin edilebilir ve önlenabilir olmasına ve ağrının fizyopatolojisi konusundaki bilgilerin gelişmesine rağmen, günümüzde önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Ameliyat sonrası dönemde hastaların yaklaşık %30-70'ının yetersiz ağrı tedavisi gördüğü, tedaviye rağmen orta veya şiddetli derecede ağrıdan yakındıkları bildirilmiştir (126). Akut ağrıların en yaygın nedenleri, cerrahi girişim ve diğer travma olarak kabul edilmektedir.

Amata ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ameliyat sonrası hastaları %61'nin şiddetli, %30'unun daha hafif ve sadece %9'unun katlanılabilir düzeyde çok hafif ağrı yaşadıklarını belirtmişlerdir (127).

2.3.7 Ağrıyı Etkileyen Faktörler

Ağrı algısı sadece uyaran yoğunluğuna bağlı değildir. Hastanın cinsiyeti, yaşı, kültürü ve kişisel özelliklerinin yanı sıra, ağrının bireysel yorumu, anksiyete, yorgunluk, önceki deneyimler, kullanılan baş etme yöntemleri, aile ve sosyal destek bireyin ağrı algısını etkileyen faktörler olarak kabul edilir (128). Ağrı algısı bireyden bireye, kültürden kültüre farklılık gösterir. Bir bireyde tolere edilemez ağrı oluşturan bir uyaran diğer birey tarafından rahatlıkla tolere edilebilir (129).

2.3.8 Postoperatif Ağrı Kontrolü

Postoperatif ağrı yönetimi; hastanın rahatsızlığını en aza indirerek veya ortadan kaldırarak, ağrının oluşturacağı yan etkilerden korumak, iyileşmeyi kolaylaştırmak amacıyla önemlidir. Ancak ağrı kontrolünde her hasta için uygulanabilecek standart bir yöntem yoktur. Farmakolojik yöntemlerin yanı sıra uyaranların ortadan kaldırılması, pozisyon değişimi, dokunma ve konuşma gibi farmakolojik olmayan yöntemlerin de ağrı kontrolünde etkili olduğu düşünülmektedir. (130,131). Ağrı genel olarak farmakolojik (ilaçlı) ve nonfarmakolojik (ilaç dışı) yöntemler olmak üzere iki grupta kontrol edilmektedir.

2.3.9 Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Yöntemler

Günümüzde ağrının kontrolünde yaygın olarak farmakolojik yöntem olarak ilaçlar kullanılmaktadır. Analjezi tedavisi, çabuk etki göstermesi ve kolay uygulanabilir olması nedeniyle ağrının giderilmesinde en çok tercih edilen tedavi yöntemidir. Analjeziklerin bilinçsiz ve fazla şekilde kullanılmasının birey ve ülke ekonomisine getirdiği yük, bazı fizyolojik fonksiyonlara olumsuz etkisi ve özellikle narkotiklerin kullanıldığı durumlarda her defasında dozun artırılması nedeniyle tolerans gelişmesi gibi olumsuz yönleri vardır (132,133).

Ağrı kontrolünde önemli olan, ağrı duyulmaya başlandıkça ilaç verilmesi değil, ilacın kan düzeyinin belirli bir değerde tutulmasıdır. Hastanın ağrı duymaya başlamasından sonra verilecek dozlar, stresin artmasıyla beklenen etkiyi daha güç sağlayacaktır (134).

Analjezi sağlamada kullanılan ilaçlar;

- Nonsteroid antiinflatuvar ilaçlar (NSAİİ),
- Opioidler,
- Lokal anestezipler,

olarak üç grupta toplanabilir

2.3.9.1 Non-steroid Antiinflatuvar İlaçlar (NSAİİ)

Kimyasal yapıları, farmakolojik ve terapötik etkileri farklı, karışık bir gruptan oluşur. Değişik derecelerde analjezik, antipiretik ve antiinflatuvar etkilere sahip bu ajanlar opioidlerden farklı olarak bağımlılığa ve toleransa neden olmazlar. Bu gruptaki ilaçlar ya tek başlarına hafif ile orta şiddetli ağrılarda ya da adjuvanlarla beraber veya opioidler ile kombine edilerek şiddetli postoperatif ağrı tedavisinde kullanılırlar (135).

Nonopioid analjezikler olarak da anılan NSAİİ'ler, analjezik ve antiinflatuvar etkilerini, siklooksijenaz enzim inhibisyonu sonucu prostaglandin sentezini inhibe ederek oluştururlar. NSAİİ'lerin çoğu selektif olmayan bir biçimde COX-1 ve COX-2 izoformlarını inhibe ederler ya da COX-1 için hafif bir selektifliğe sahiptirler. (136).

Asetilsalisilik asit, asetaminofen, ibuprofen, indometazin, dipiron ve ketorolak trometamin gibi analjezik ajanları içeren narkotik olmayan analjezik sistemi, reçete gerektirmediği için elde edilme kolaylığı, ciddi yan etkilerinin azlığı ve ağrı gidermede etkili olmaları nedeniyle en çok kullanılan narkotik olmayan analjeziklerdir (137,138).

2.3.9.2 Opioidler

Opiat kelimesi, opiumdan elde edilen her bir farmakolojik ajanı ifade eder. Opioid kelimesi ise morfin benzeri özelliklere sahip tüm endojen ve

eksojen, doğal veya sentetik maddeleri belirtir (139). Opiumdan elde edilen alkaloidler iki farklı kimyasal sınıfa ayrılırlar:

1. Fenantren'ler: Morfin, kodein, tebain gibi
2. Benzilizokinolon'lar: Papaverin ve noskapindir. Bu gruptakilerin analjezik etkisi yoktur.

2.3.9.3 Lokal Anestezikler

Elektriksel uyarılabilen membranlarda hızlı depolarizasyon ve aksiyon potansiyeli oluşmasını geçici olarak bloke eden, ester veya amid tipi yapıya sahip anesteziklerdir. Yaygın olarak Amid tipi lokal anestezikler (lidokain, prilokain, mepivakain, bupivakain, kartikain) kullanılmaktadır. Bu grup lokal anestezikler karaciğerde mikrozomal enzimler ile metabolize olmaktadır. Ester tip lokal anestezikler prokain, tetrakain, klorprokain şeklindedir. Postoperatif analjezide kullanılması için; uzun süreli analjezi sağlamalı, motor blok yapmamalı, doz-toksisite ilişkisi yüksek olmalı, potansi, proteine bağlanması, yağda eriyebilirliği yüksek olmalı, yarılma süresi etki süresinden kısa olmalıdır (140). Lokal anestezikler; toksik Merkezi Sinir Sistemi reaksiyonu, kardiyovasküler sistemin inhibisyonu, allerji, immün sistem inhibisyonu gibi sistemik yan etkilere neden olabilirler (141).

2.3.9.5 Multimodal Yöntemler

Akut postoperatif ağrı tedavisinde multimodal ağrı tedavisi yaklaşımına göre NSAİİ' ler, nonopioid analjezikler, asetaminofen, COX inhibitörleri, lokal anestezi infiltrasyonu ilk aşamada beraber veya ayrı ayrı kullanılması önerilmektedir (143).

2.3.9.4 İlaç Dışı Yöntemler

Farmakolojik yöntemlere ek olarak nonfarmakolojik yöntemler de analjezi sağlar ve tek başına kullanıldığı gibi farmakolojik yöntemlerle birlikte de kullanılabilirler. Nonfarmakolojik yöntemler ağrıyı gidermek, ağrıyı kontrol etmek için gerekli olan analjezik dozunu dolayısıyla ilaç tedavisinin yan etkilerini azaltır (143). Bu nedenle hastanın rahatsızlığını azaltmak için bu yöntemlerin de kullanılması gerekmektedir (144).

GEREÇ ve YÖNTEM

3.1 ÇALIŞMANIN TASARIMI

Çalışmada İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde, Kasım 2016- Mart 2019 tarihleri arasında sezaryen ile doğum yapan 165 hasta prospektif olarak incelendi. Çalışmaya katılmak istenen hastalar araştırmaya alındı. Sezaryen ile doğum yapan hastalar önceden pf insizyonu olmayan, bir kez pf insizyon uygulanan ve birden çok pf insizyon uygulanan olmak üzere üç gruba ayrıldı.

Çalışmada hastaların yaş, gebelik haftaları, önceki gebelik sayıları, önceki sezaryen öyküleri, sezaryen endikasyonları, boy, kilo, maternal hastalık, postoperatif 6. saat, 12. saat, 24. saat ve postoperatif 1. 10. gün ağrı düzeyleri gibi parametreler prospektif olarak incelenmiştir. Kliniğimize tüm hastalara rutin olarak uygulanan postoperatif analjezi uygulanmaktadır. Çalışmaya dahil ettiğimiz hastalara da postoperatif aynı gün ve 1. Gün parasetamol ve NSAİD aynı doz olarak uygulanmıştır.

Çalışmadan Dışlama Kriterleri

Plasenta anomalileri (plasenta previa, plasenta akreata, plasenta inkreata, plasenta perkreata) nedeniyle sezaryen ve histerektomi yapılan hastalar

18 yaş altındaki hastalar

Gam insizyonu bulunan hastalar

Çalışmada sezaryene alınan 165 gebeye genel anestezi veya epidural anestezi ayırımı yapılmadan 3 gruba ayrılarak, 55 hastaya lidokain enjeksiyonu ve 55 hastaya da adipoz dokuyu disseke ederek uygulandı. Çalışmadaki tüm hastalara operasyon sırasında aynı sıvı tedavisi ve analjezi tedavisi uygulandı. Sezaryen sırasında fasya sütürü uygulandıktan sonra, yaklaşık olarak anterior superior iliak spine seviyesinden 2cm üst ve iç kısma doğru, ilioinuginal-iliohipogastrik seviyesinde, fasya köşe sütürlerine yakın şekilde 22G iğne ile 1 ml lidokain bilateral olarak enjekte edilerek uygulandı. Ardından cilt insizyonu sütüre edildi. Çalışmadaki diğer grup hastaya ise fasya sütüre edildikten sonra, fasya köşe sütürlerinin üzerinde kalan adipoz doku künt olarak disseke edildi ve cilt insizyonu kapatılarak işleme son verildi.

3.2 VERİLERİN TOPLANMASI

Bu çalışmada verilerin toplanmasında Wong-Baker ağrı skalasının da bulunduğu form araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak oluşturulmuştur. Hastalara uygulanan bu formda obstetrik öyküsü, sosyodemografik özellikler, vücut-kitle indeksi, son adet tarihi, özgeçmiş, geçirilmiş sezaryen ve cerrahi öyküsü, önceden pf insizyon bulunup bulunmama durumu ve Wong-Baker ağrı skalasına ait sorular yer almaktadır.

İletişim Kurulabilen Hastalar İçin Ağrı Ölçekleri-2



Wong-Baker Yüzler Ağrı Derecelendirme Ölçeği (Wong -Baker Faces Pain Rating Scale)

Wong D and Whytey L.1986. Clinical handbook of pediatric nursing;nd2:p37351 Louis C.V. Mosby Company

Şekil 3.1: Wong-Baker Ağrı Skalası

3.3 İSTATİKSEL ANALİZ

İstatistik analizler IBM SPSS versiyon 21.0 (IBM Corp. Released 2012. Armonk, NY, USA) paket programı ile yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, frekans, yüzde olarak verildi. Kesikli değişkenlerin karşılaştırmasında Pearson ki-kare testi kullanıldı. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildi. Sürekli değişkenlere ait gruplar arası karşılaştırmalar tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Kruskal Wallis, Mann Whitney U testi ile yapıldı. Gruplar arasında BKİ ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğundan ağrı skorları karşılaştırmasında BKİ'nin olası etkisini arındırmak için kovaryans analizi (ANCOVA) yapılmıştır. İki den fazla grup karşılaştırmalarında istatistiksel anlamlı fark bulunduğu zaman farkın hangi grup veya gruplardan kaynaklandığını belirlemek için ikili grup karşılaştırmaları posthoc Tukey veya Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi ile gerçekleştirildi. İstatistiksel önemlilik için $p < 0,05$ değeri kabul edildi.

BULGULAR

Hasta grupları arasında yaş ve gebelik haftası karşılaştırmalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). İki özelliğe ait karşılaştırmada da diseksiyon grubu en yüksek ortalamalara sahip olmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. BKİ karşılaştırmasında ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Diseksiyon grubundaki hastalar diğer iki gruptaki hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düşük ortalamaya sahiptir ($p<0,05$). Hasta gruplarının obstetrik öykülerine ilişkin özellikler karşılaştırıldığında kontrol grubuna ait gravida, parite, abortus ve NSD ortalamaları diğer iki gruptan yüksek bulunmuştur. D/C ortalaması lidokain grubunda, sezaryen öykü ortalaması ise diseksiyon grubunda en yüksektir. Bununla birlikte gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Ayrıntılar Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.1: Çalışma Gruplarının Bazı Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Lidokain (n=55) Ortalama \pm SS	Diseksiyon (n=53) Ortalama \pm SS	Kontrol (n=59) Ortalama \pm SS	P
Yaş	29,2 \pm 5,2	30,4 \pm 5,7	29,8 \pm 5,6	0,517*
Gebelik Haftası	37,5 \pm 3,2	38,5 \pm 2,6	38,2 \pm 2,0	0,103*
BKİ	30,3 \pm 4,8 ^a	27,2 \pm 5,8 ^b	30,3 \pm 5,0 ^a	0,002*
Gravida	2,7 \pm 1,7	2,4 \pm 1,2	2,9 \pm 1,5	0,169**
Parite	1,1 \pm 1,1	1,1 \pm 1,0	1,4 \pm 1,0	0,244**
Abortus	0,2 \pm 0,6	0,2 \pm 0,4	0,3 \pm 0,6	0,236**
Küretaj	0,4 \pm 1,2	0,1 \pm 0,4	0,2 \pm 0,4	0,279**
Vajinal dogum	0,3 \pm 0,8	0,3 \pm 0,5	0,5 \pm 0,9	0,091**
Sezaryen	0,8 \pm 0,9	0,9 \pm 0,9	0,8 \pm 0,8	0,633**

*Tek Yönlü Varyans Analizi. **Kruskal Wallis testi SS=Standart Sapma Posthoc Tukey a>b

Bulgular

Çalışma grubundaki kadınlar obstetrik öykülerine göre gruplanarak da karşılaştırılmıştır. Sezaryen ile doğum sayısı 2 ve üzerinde olanlar diseksiyon grubunda diğer 2 gruptan fazladır. Normal doğum sayısına göre karşılaştırıldığında ise 2 ve üzerinde normal doğumu olanlar kontrol grubunda en büyük paya sahiptir. Abortus öyküsü olması kontrol grubunda diğer 2 gruptan fazla bulunmuştur. Küretaj öyküsü incelendiğinde ise lidokain grubunda en fazla saptanmıştır. Bununla birlikte gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.2: Hasta Gruplarının Obstetrik Özellik Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	Lidokain (n=55) n (%)	Diseksiyon (n=53) n (%)	Kontrol (n=59) n (%)	p*
Sezaryen sayısı				
0	26 (47,3)	21 (39,7)	25 (42,4)	
1	20 (36,4)	20 (37,7)	23 (39,0)	
2 ve üzeri	9 (16,4)	12 (22,6)	11 (18,6)	0,910
Normal doğum say:				
0	17 (30,9)	17 (32,1)	13 (22,0)	
1	22 (40,0)	20 (37,7)	21 (35,6)	
2 ve üzeri	16 (29,1)	16 (30,2)	25 (42,4)	0,526
Abortus				
Yok	47 (85,5)	44 (83,0)	43 (72,9)	
Var	8 (14,5)	9 (17,0)	16 (27,1)	0,200
Küretaj				
Yok	44 (80,0)	48 (90,6)	49 (83,1)	
Var	11 (20,0)	5 (9,4)	10 (16,9)	0,298

* Pearson ki-kare testi

Çalışma gruplarındaki kadınlar maternal hastalık sayısı yönünden karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kontrol grubundaki kadınlar diğer iki gruptaki kadınlardan daha fazla maternal hastalığa sahiptir. Ayrıntılar Tablo 4.3'te gösterilmiştir.

Tablo 4.3: Çalışma Gruplarındaki Kadınların Maternal Hastalık Sayısının Karşılaştırılması

	Lidokain (n=55) Ortalama ± SS	Diseksiyon (n=53) Ortalama ± SS	Kontrol (n=59) Ortalama ± SS	p*
Maternal Hastalık	0,3±0,6 ^a	0,3±0,6 ^a	0,6±0,7 ^b	0,003

*Kruskal Wallis testi SS=Standart Sapma Posthoc Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi a<b

Çalışma gruplarındaki hastalar Pfannesteil insizyonu sayılarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,910). Diseksiyon grubunda PF insizyon varlığı diğer gruplardan yüksek olmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ayrıntılar Tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4: Hasta Gruplarının Pfannesteil İnsizyonu Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması

1PF insizyon Sayısı	Lidokain (n=55) n (%)	Diseksiyon (n=53) n (%)	Kontrol (n=59) n (%)	p*
0	26 (47,3)	21 (39,7)	25 (42,4)	0,910
1	20 (36,4)	20 (37,7)	23 (39,0)	
2 ve üzeri	9 (16,4)	12 (22,6)	11 (18,6)	

* Pearson ki-kare testi

Çalışma gruplarının ameliyat sonrası ağrı skorları karşılaştırıldığında, postop 6. Saat ve postop 10.gün ağrı skorlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,05). Postop 6.saatte lidokain grubundaki hastalar diseksiyon ve kontrol grubundaki hastalardan istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek ağrı skorlarına sahiptir. Postop 10. gün karşılaştırmasında ise diseksiyon grubundaki hastalar diğer iki gruptaki hastalardan istatistiksel olarak anlamlı daha düşük değerlere sahip bulunmuştur. Postop 12.saat ve postop 24. saat ağrı skoru karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Ayrıntılar Tablo 4.5'te sunulmuştur.

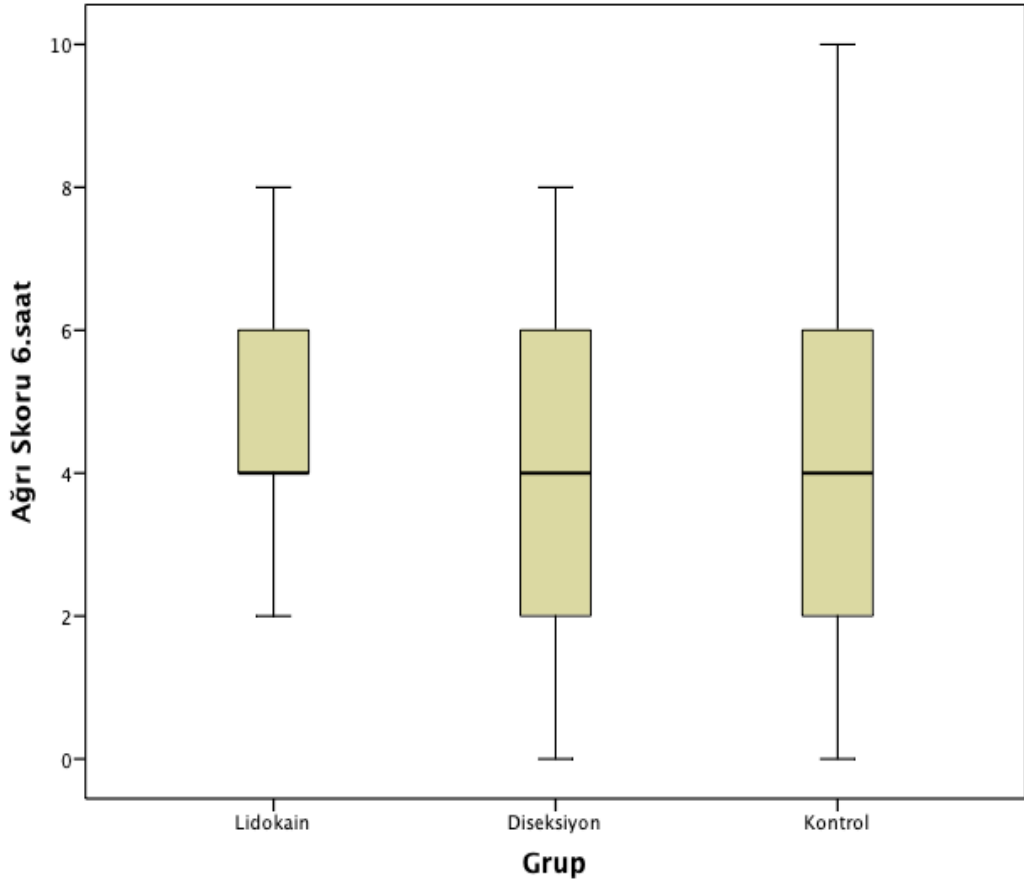
Tablo 4.5: Çalışma Gruplarının Postoperatif Ağrı Skorlarının Karşılaştırılması

	Lidokain (n=55) Ortalama ± SS	Diseksiyon (n=53) Ortalama ± SS	Kontrol (n=59) Ortalama ± SS	p*
Postop 6.saat	5,1±1,4 ^b	3,9±1,9 ^a	4,1±2,4 ^a	0,004
Postop 12.saat	2,9±1,3	2,6±1,8	2,6±1,9	0,422
Postop 24.saat	1,6±1,3	1,5±1,4	1,7±1,8	0,733
Postop 10.gün	1,0±1,2 ^b	0,3±0,7 ^a	1,1±1,5 ^b	0,001

*Kruskal Wallis testi SS=Standart Sapma Posthoc Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi a<b

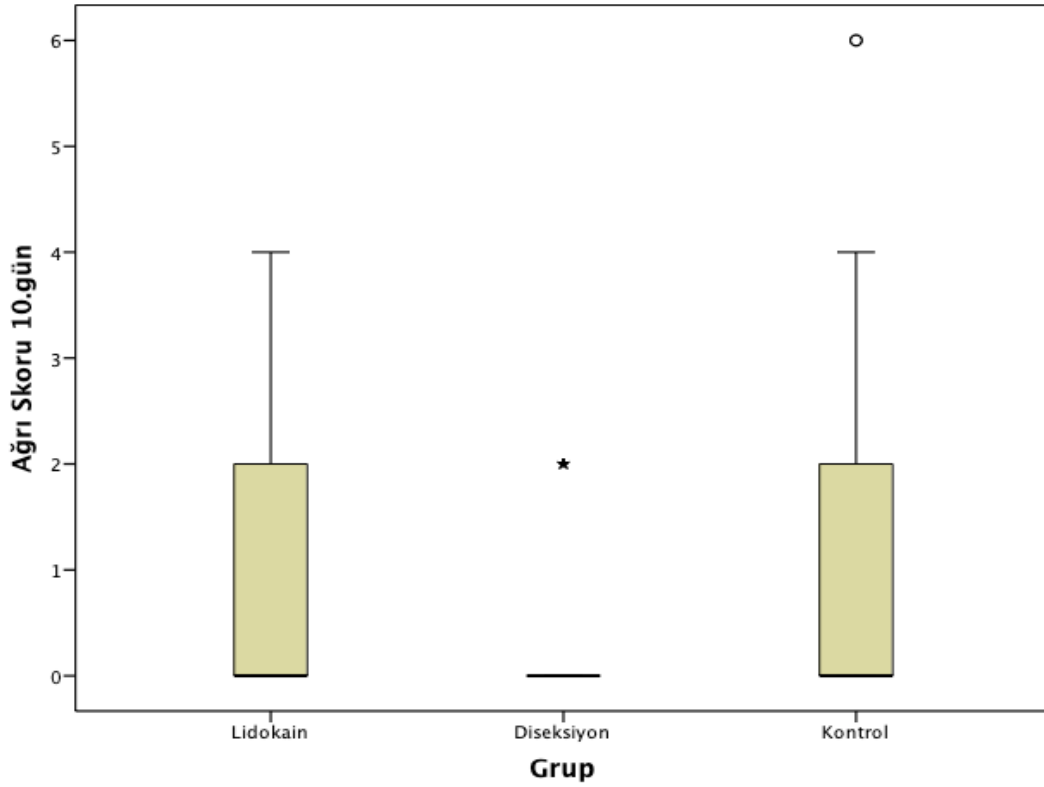
Çalışma gruplarında BKİ ortalamaları karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu için, ağrı skorlarında BKİ'den kaynaklanabilecek olası etkiyi arındırmak için kovaryans analizi ile BKİ için düzeltme yapılarak ağrı skorları yeniden hesaplanmıştır. Kovaryans analizinde BKİ için yapılan düzeltmeden sonra da ağrı skorlarında postop 6. Saat ve postop. 10 gün için bulunan istatistiksel anlamlı farklılıkların devam ettiği bulunmuştur (p<0,05). Kovaryans analizi ile BKİ için yapılan düzeltmeden sonra da gruplar arasında postop 12. ve postop 24. saatteki ağrı skorlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05). BKİ< 25 normal, BKİ= 25-30 arası kilolu, BKİ= 30-40 arası obez, BKİ> 40 morbid obez olarak değerlendirildi.

Çalışma gruplarının postoperatif 6. saatteki ağrı skorlarına ait grafik Şekil 4.1'de sunulmuştur.



Şekil 4.1: Çalışma Gruplarının Postoperatif 6.Saat Ağrı Skorları

Çalışma gruplarının postoperatif 10. günündeki ağrı skorlarına ait grafik ise Şekil-2'de sunulmuştur.



Şekil 4.2: Çalışma Gruplarının Postoperatif 10.Gün Ağrı Skorları

Hastaların Pfannesteil insizyonu sayılarına göre ameliyat sonrası ağrı skorları karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ayrıntılar Tablo 4.6'da sunulmuştur.

Tablo 4.6: Pfannesteil İnsizyonu Sayısına Göre Postoperatif Ağrı Skorlarının Karşılaştırılması

PF İnsizyon	0 (n=72) Ortalama \pm SS	1 (n=63) Ortalama \pm SS	>1 (n=32) Ortalama \pm SS	p
Postop 6.saat	4,5 \pm 2,1	4,3 \pm 2,0	4,4 \pm 2,1	0,843
Postop 12.saat	2,6 \pm 1,9	2,8 \pm 1,6	2,7 \pm 1,4	0,567
Postop 24.saat	1,6 \pm 1,5	1,7 \pm 1,6	1,4 \pm 1,3	0,839
Postop 10.gün	0,7 \pm 1,2	1,0 \pm 1,4	0,6 \pm 1,1	0,352

*Kruskal Wallis testi SS=Standart Sapma

*PF insizyon: Pfannesteil İnsizyon

Çalışmanın başında bir örnek büyüklüğü hesaplaması yapılmamıştır. Çalışma sonunda diseksiyon ve kontrol grubunda elde edilen postop ağrı

Bulgular

skorları ve gruplara ait örnek büyüklükler kullanılarak ve alfa hata 0,05 kabul edilerek yapılan güç (power) analizinde

Postoperatif 6. saat için power değeri 0,07

Postoperatif 12. saat için power değeri 0,05

Postoperatif 24. saat için power değeri 0,09

Postoperatif 10. gün için power değeri 0,80 bulunmuştur.



TARTIŞMA ve SONUÇ

5.1 TARTIŞMA

Ağrı hissi, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilişkilidir. Ağrının algılanmasındaki kişisel farklılıklar, cerrahinin kaynağı ve travmanın derecesinden daha önemlidir. Hastanın, yapılacak ameliyatla ilgili bilginin tipi ve derecesi, kültürel, sosyoekonomik faktörler, ailesel ve kişisel faktörler ve bunların dışında ameliyat süresi de postoperatif ağrıyı arttırmaktadır.

Sezaryen kadın doğum hekimleri tarafından uygulanan bir cerrahidir ve postoperatif dönemdeki önemli amaçlardan biri ise annenin bebeği ile ilgilenmesini en erken dönemde sağlamaktır. Bu nedenle cerrahi sonrası dönemde en önemli uygulama ağrı kontrolüdür.

Randomize kontrollü yaptığımız bu çalışmanın ilk kısmında önceden geçirilmiş sezaryen öyküsü ve pfnesteil insizyon sayısının postoperatif ağrı üzerine etkisini, ikinci kısmında ise postoperatif olarak uygulanan lokal anestezi ve diseksiyonun postoperatif ağrı üzerine etkileri incelenmiştir.

Çalışmaya alınan hastalar sezaryen durumları incelendiğinde, Lidokain uygulanan hastaların %47,3'ünün ilk sezaryeni olduğu, %52,8'inin ise önceden sezaryen geçirdiği gözlenmiştir. Diseksiyon yapılan grupta ise, %39,7'nin önceden sezaryen geçirmediği, %60,3'ün sezaryen geçirdiği gözlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların ise %42,4'ünün ilk sezaryeni ve %57,6'nın da önceden sezaryen geçirdiği saptanmıştır. Çalışmaya alınan hastaların pf insizyonları olup olmamasına göre ağrı değerlendirilmesi postoperatif 6. saat, 12. saat, 24. saat ve 10.gün olarak karşılaştırılmıştır. İstatiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Postoperatif 6. Saat bulgularında önceden pf insizyonu olmayan yani ilk kez cs olan hastalarda

ağrı daha fazla hissedilmiştir. Postoperatif 12. Saat değerlerinde ise hasta tarafından hissedilen ağrının en fazla tek pf insizyonu olan hastalarda olduğu saptanmıştır. Postoperatif 24. saat olan değerlendirme de postop.12. saat ve postop. 10. gün değerlerinin benzer olduğu görülmüştür (Tablo 4.6).

Lidokain uygulanan, diseksiyon uygulanan ve kontrol grubu olarak çalışma gruplarının apri skorları karşılaştırıldığında postoperatif 6. saat ve 10. gün anlamlı fark bulunmuştur ($p>0,05$).

Postoperatif 6. Saat diseksiyon grubu en düşük ağrı skoruna sahip bulunmuştur. Literatürde benzer çalışmalarda lidokain yapılan grup en düşük ağrı skoruna sahip, postoperatif en az ağrı hisseden grup olduğu izlenmiştir.

Göçmen ve ark.larının 50 hasta üzerinde yaptığı bir çalışmada, bir gruba postoperatif olarak lidokain uygulayarak postoperatif ağrıyı ve analjezi ihtiyacını değerlendirmişlerdir. Çalışmada lidokain yapılan grupta postop dönemde 6. Saate kadar hissedilen ağrı ölçülen saatler içinde anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Postoperatif 24. Saatte ise lidokain yapılan grupta dokunmakla hissedilen ağrı da anlamlı olarak düşük bulunmuştur. (102). Yaptığımız çalışmada postoperatif 6 saat değerlerinde lidokain grubu en yüksek ağrı skoruna sahiptir. Bunun nedenin lidokain uygulama tekniği veya lidokain dozundan kaynaklanabileceği düşünmekteyiz.

Çalışmamızda postoperatif 12. Saat, 24. Saat ve 10. Günlerde ağrı değerlendirmesinde, diseksiyon grubu kontrol ve lidokain uygulanan gruba göre üstün bulunmuştur. En düşük ağrı skoru diseksiyon grubuna aittir. Diseksiyon uygulanmasının anlamlı olarak farklı bulunmasının nedenin, cilt altı yağ dokuyu diseksiyon sırasında künt olarak sinir hasarına neden olup postoperatif ağrının az hissedilmesinde etkili olabileceğini düşünmekteyiz. Çalışmamızda postoperatif 10.günde diseksiyonun, lidokain grubuna göre üstün olmasının bir nedeni de lidokainin yarılanma ömrünün kısa olmasından kaynaklanabilir.

Alataş 'ın yaptığı çalışmada, hastalara postoperatif olarak bupivakain uygulanmış, postoperatif ağrı ve analjezi ihtiyacını incelenmiştir. Hastaların yarısına insizyon bölgesine 20ml %0,5 Bupivakain uygulanmış, diğer yarısına da serum fizyolojik uygulanmıştır. Çalışmada bu uygulamanın

postoperatif ağrı hissini anlamlı şekilde azalttığı bulunmuştur (103). Literatürde Covino ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada ise bupivakain ile yapılan periferik sinir blokları sonucu anestezik etkinin 12 saate kadar devam edebileceği bildirilmiştir (108). Bunun bupivakainin yarılanma ömrünün daha uzun olması ile bir ilgisinin olduğu düşünülmektedir. Cerrahi sonrası analjezi kontrolünde bupivakain ve lidokainin birlikte kullanımı ile daha uzun etki ve daha güçlü analjezi sağlanabileceğini düşünmekteyiz, bununla ilgili çalışma yapılabilir.

Bourne, yaptığı çalışmada cerrahi sonrası insizyonu kapamadan önce lokal anestezi olarak 5 ml %0,5 bupivakain uygulamıştır. Bu uygulamanın postoperatif ilk 24 saat içinde ağrıyı belirgin olarak azalttığını bildirmiştir (104). Çalışmamızda ilk 24 saat değerleri arasında, postoperatif 6. saat ve 12. saat değerlerinde lokal anestezi uygulaması için anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak lidokain uygulanan grupta bakılan ağrı skoru belirgin olarak düşük bulunmuştur. 24. Saat postoperatif ağrıyı azalttığını söyleyebiliriz.

Sinclair ve arkadaşları, 1996 yılında yaptıkları çalışmada, histerektomi sonrası uygulanan topikal lidokain uygulamasının 24. Saat için bakılan ağrı düzeyini anlamlı olarak azalttığını saptamışlardır. Bizim çalışmamızda da lidokain uygulanan grupta ilk 24. Saat ağrı düzeylerinde belirgin azalma görülmektedir (105).

Gibbs ve arkadaşları literatürden farklı olarak (106), cerrahi sonrası insizyona lokal anestezi olarak bupivakainin uygulamasının, salin solusyonu uygulamasına göre anlamlı bir fark tespit etmemişlerdir. Bu uygulamanın postoperatif olarak ağrıyı azaltma bakımından bir fark olmadığını belirtmişlerdir. Bu çalışmaya benzer olarak biz de bu yaptığımız bu çalışmada lokal anestezi uygulaması sonrası 6. saat ve 12. Saatlerde postoperatif ağrı skorlarında kontrol grubuna göre bir fark tespit edemedik.

Genel anesteziye lokal anestezi ilavesinin postoperatif dönemde ilk analjezi için gerekli süreyi bir saatten on saate kadar çıkarttığı yapılan çalışmalarda bildirilmektedir (107).

Kırdemir ve arkadaşlarının, postoperatif ağrı ve analjezi ihtiyacını etkileyen faktörler üzerine yaptıkları çalışmada, BKİ değerlerindeki farklılıkların ağrı

eşığı ve postoperatif ağrı düzeyi üzerine anlamlı bir fark olmadığını tespit etmişlerdir (109). Chung ve ark. ise BKİ'si yüksek olanların postoperatif daha çok ağrı hissettiklerini bildirmişlerdir. Bunu anestezi uzmanlarının operasyon sırasında hastaların ağırlıklarına göre daha fazla opioid vermelerine karşın, yine de yetersiz kalabildiği ile ilgili olabildiğini düşünmekteydiler (110). Bizim çalışmamızda da BKİ postoperatif olarak bakılan ağrı düzeylerinde 6.saat ve 10.gün değerlerinde belirgin fark bulunmaktadır. Yüksek BKİ sahip olanlar 6.saat ve 10. Günde düşük BKİ sahip hastalara göre daha fazla ağrı hissetmektedirler. Fakat postoperatif 12. Saat ve 24. Saat baktığımız ağrı düzeylerinde ise BKİ ile ilişkili bir fark saptanamamıştır.

Cremeans- Smith ve ark yaptıkları çalışmada ikinci veya daha fazla cerrahi girişim ile ilk kez ameliyat olan hastaların ağrı puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanamamışlardır (111). Karayurt, daha önce cerrahi geçirme durumunun postoperatif ağrıyı etkilemediğini, Eti-Aslan ise postoperatif ağrıyı artırdığını göstermiştir (112). Özer'in çalışmasında da hastaların ameliyat deneyimleri ile ağrı puan ortalaması arasındaki fark incelendiğinde her iki skalada da aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (113). Yapılan çalışma sonuçları farklılık göstermekle birlikte genel literatürle çalışmamız uyumludur. Geçirilmiş cerrahi sayısının postoperatif ağrı durumuyla bir ilişkisi olmadığını gösterdik.

5.2 SONUÇ

Sezaryen ameliyatı dünya çapında en sık yapılan cerrahi müdahalelerden biri olarak kabul edilmektedir, fakat kronik ağrı ile ilişkisini araştıran az sayıda çalışma bulunmaktadır. Sezaryen sonrası gelişen postoperatif ağrının, fonksiyonel kısıtlılığa neden olduğunda anne-bebek ilişkisini etkilediği düşünülürse, postoperatif ağrının incelenmesi oldukça önemlidir.

Yaptığımız bu gözlemsel prospektif çalışmada sezaryen sonrası postoperatif ağrıyı kontrol altına almak için yapılan cilt altı lidokain enjeksiyonu ve diseksiyonu karşılaştırdık. Hasta tarafından postoperatif ağrı yönetiminde diseksiyon uygulamasının, lidokain enjeksiyonuna üstün olduğunu tespit edilmiştir. Ağrı skoru olarak anlamlı fark saptanmıştır. Sezaryen sonrası postoperatif ağrı yönetiminde yeni çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Kaynaklar

1. Gorrie TM, McKinney ES, Murray SS. Foundations of Maternal-Newborn Nursing. 2nd ed. Philadelphia W: Saunders Company; 1998. p.12-3.
2. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 13. Basım. Özyurt Matbaacılık; 2016
3. Yaşar Ö, Şahin F, Coşar E ve ark. (2007). Primipar kadınların doğum tercihleri ve bunu etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst. 17:414-420.
4. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ. Cesarean section and postpartum hysterectomy In: Williams Obstetric,2001
5. Cunnigham F.G, Mac Donald P.C, Gant N.F., (1997) Williams Obstetrics, 20 th ed. Apyleton& Lange, Stamford, Connecticut. 509- 531
6. De Cherney AH, Nathan L. Cessarian Section In: Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment 9th Ed 2003 p: 518-29
7. uran B.: Sezeryan ile doğum, www.genetikbilimi.com., 11-08- (2005)
8. Gabert HA & Bey M. History and development of cesarean operation. Obstet Gynecol Clin North Am 1988; 15: 591
9. Himmetoğlu Ö, Demirtürk F. Sezaryen: Güncel değerlendirme ve kabul edilebilir sezaryen oranlarının sağlanması yönünde öneriler. Klinik Bilimler & Doktor 2003;4 (9): 516-23
10. Özkar, F., Gaziantep-Nizip Zerde Gümlü Ayşe Çapan Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Normal Doğum ve Sezaryen ile Doğum Yapan Kadınların, Erken Postpartum Dönemde Bir Sonraki Gebelik ve Doğum Hakkındaki Duygu ve Düşünceleri, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar, 2011

11. Grundsell H.S., Rizk D.E.E., Kumar R.M., Randomized study of nonclosure of peritoneum in lower segment caesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998; 77: 110-5
12. Durfee R. Cesarean section. In: Nichols HN (Ed) *Gynecologic and Obstetrik Surgery*. St. Louis, Missouri: Mosby-Year Book Inc., 1993; 1075-1122.
13. Boley JP. The history of caesarean section. *CMAJ* 1991; 145: 319
14. Fetal tıp & perinataloji çalışma grubu, *Beksac*; 2001, 1322
15. Cunnigham FG, Gant NF, Leveno KJ: Cesarean Section and Postpartum Hysterectomy In: *Williams Obstetrics* 21st Ed. 2001; 537- 565.
16. Betran, A.P., Merialdi, M., Lauer, J.A., Bing-Shun, W., Thomas, J., Van Look, P., & Wagner, M. 2007. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 21, (2) 98-113.
17. N. J. Eastman, "The rôle of frontier america in the development of cesarean section," *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 24, no. 6, pp. 919-929, 1932
18. J. M. M. Kerr, "The technic of cesarean section, with special reference to the lower uterine segment incision," *Am. J. Obstet. Gynecol.*, vol. 12, no. 5, pp. 729-734, 1926
19. Sezaryenin Tarihi.Op.Dr. Yavuz Ceylan- mevcut yayın baskıda
20. Şevket O., *Primer Sectio Ceasarea Abdominalis Olgularında Per-operatuar Servikal Dilatasyon İle Erken Uterin İnsizyon Stabilitesi Arasında ki İlişki*. (Uzmanlık Tezi, İstanbul)
21. Souza JP, Betran AP, Dumont A, De Mucio B, GibbsPickens CM, Deneux-tharoux C, et al. A global reference for caesarean section rates (C-Model): a multicountry cross-sectional study. *BJOG*, 2016;123 (3):427-36
22. Betran AP, Ye J, Moller A, Zhang J, Gulmezoglu AM, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLOS ONE* 2016 11 (2):
23. OECD (2017), *Caesarean sections* (indicator). doi: 10.1787/ adc3c39f-en (Accessed on 13 December 2017)

24. Department of Reproductive Health and Research, Sezaryen Doğum Hızları ile ilgili DSÖ Açıklaması, World Health Organization 2015 WHO/RHR/15.02
25. Tita AT. When is primary cesarean appropriate: maternal and obstetrical indications. *Semin Perinatol* 2012;36:324-7.
26. Simpson LL. When is primary cesarean appropriate: fetal indications. *Semin Perinatol* 2012;36:328-35
27. Coutinho I.C., de Amorim M.M.R., MD, PhD, Leila Katz L., de Ferraz A.A.B., Uterine Exteriorization Compared With In Situ Repair at Cesarean Delivery A Randomized Controlled Trial, *Obstetrics & Gynecology*, 111, (3), 2008, 639-647
28. Duman Z., Sağlık Çalışanlarının Normal Doğum Ve Sezaryen İle ilgili Düşünceleri (Yüksek Lisans Tezi) Afyonkarahisar 2006
29. Osis M.J.D., Padua K.S., Duarte G.A. et al (2001) The Opinion of Brazilian Women Regarding Vajinal Labor And Cesarean Section. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75, 59 - 66.
30. Genç Hekimler, (1996) Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Sezaryen. Türkiye Klinikleri Yayınevi Ders Notları Serisi, Genişletilmiş 5.Bask
31. ACOG Committee on Ethics, "Informed Consent*," ACOG, vol. 439, 2009
32. Tanner J, Woodings D, Moncaster K. Preoperative hair removal to reduce surgical site infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue3.
33. Griffiths R, Fernandez R. Strategies for the removal of short-term indwelling urethral catheters in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Apr 18; (2):CD004011. Review.
34. Schumm K, Lam TBL. Types of urethral catheters for management of short-term voiding problems in hospitalised adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD004013.
35. Edwards P, Lipp A, Holmes A. Preoperative skin antiseptics for preventing surgical wound infections after clean surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3. Art. No.: CD003949

36. Haas DM, Morgan AI, Darei S, Contreras K. Vaginal preparation with antiseptic solution before cesarean section for preventing postoperative infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010
37. O'Grady JP, Gimovsky ML: "Operative Obstetrics" 1995;s:239-237
38. *Am. J. Obstetric and Gynecology* March 2001;184:656-61
39. Kaimal AJ, Zlatnik MG, Cheng YW, Thiet MP, Connatty E, Creedy P, Caughey AB. Effect of a change in policy regarding the timing of prophylactic antibiotics on the rate of postcesarean delivery surgical-site infections. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 Sep;199 (3):310.e1-5.
40. Owens SM, Brozanski BS, Meyn LA, Wiesenfeld HC. Antimicrobial prophylaxis for cesarean delivery before skin incision. *Obstet Gynecol.* 2009 Sep;114 (3):573-9.
41. Çağdaş "Obstetrik ve jinekolojik teşhis ve tedavi" Cilt 1,s:694-71
42. Kara F., (2004) Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde İki Yıllık Sürede Sezaryen Doğumların Değerlendirilmesi, İstanbul
43. Tahilramaney MP, Boncher M, Eglinton GS, Begli M, Phelon JP: Previous cesarean section and trial of labor. *The Journal of Reproductive Medicine*,1984;
44. Hofmeyr JG, Novikova N, Mathai M, Shah A. Techniques for cesarean section. *Am J Obstet Gynecol.* 2009 Nov;201 (5):431-44.
45. Franchi M, Ghezzi F, Raio L et al: Joel-Cohen or Pfannenstiel incision at cesarean delivery: does it make a difference? *Acta Obstet Gynecol* 81: 1040-1046,2002
46. Cherney LS: Modified transverse incisions for low abdominal operations. *Surg Gynecol Obstet* 1945; 72: 92-96
47. Maylard AE: Directions of abdominal incisions *Br Meds* 1907;2:95-900
48. Story L Paterson-Brown S: Cesarean deliveries: indications, techniques and complications. Chapter 10: *Best practise in labor and delivery*, ed. R.Warren and S.Arukumaran. Published by Cambridge University Press 2009

49. Joel-Cohen S: Abdominal and vaginal Hysterectomy; 2nd ed. Philadelphiaia; JB Lippincott 1977;18-2
50. Pandit S.N., Khan R.J., Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 27 (2013) 179-195
51. Dodd JM, Anderson ER, Gates S, Grivell RM. Surgical techniques for uterine incision and uterine closure at the time of caesarean section. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jul 22; (7):CD004732
52. Williams Obstetrics eighteenth edition s 1081-1105
53. Boyle JG, Gabbe SG: T and J Vertical Extensions in low transverse cesarean births. Obstet and Gynecol1996; 87: 238
54. Hofmeyr JG, Novikova N, Mathai M, Shah A. Techniques for cesarean section. Am J Obstet Gynecol. 2009 Nov;201 (5):431-44.
55. Boyle JG, Gabbe SG: T and J Vertical Extensions in low transverse cesarean births. Obstet and Gynecol1996; 87: 238
56. Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Births: preliminary data for 2012
57. O'Grady JP, Gimovsky ML: "Operative Obstetrics" 1995; s:239-237
58. Hohlagschwandtner M, Ruecklinger E, Husslein P, Joura EA. Is the formation of a bladder flap at cesarean necessary? A randomized trial. Obstet Gynecol. 2001 Dec;98 (6):1089-92.
59. Halperin MR, Moore OC: Classical versus low segment transverse incisions for preterm cesarean sections; Maternal complications and outcome of subsequent pregnancies. British Journal of Obstetrics and Gynecology 1988; 95: 990-996
60. Dodd JM, Anderson ER, Gates S, Grivell RM. Surgical techniques for uterine incision and uterine closure at the time of caesarean section. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jul 22; (7):CD004732.
61. J.P. Phelan and S.L. Clark. Cesarean Delivery. Pp 201-218. New York: Elsevier, 1998

62. J. D. Dahlke, H. Mendez-Figueroa, D. J. Rouse, V. Berghella, J. K. Baxter, and S. P. Chauhan, "Evidence-based surgery for cesarean delivery: An updated systematic review," *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 209, no. 4. pp. 294-306, 2013
63. Ahmed B, Abu Nahia F, Abushama M. Routine cervical dilatation during elective cesarean section and its influence on maternal morbidity: a randomized controlled study. *J Perinat Med*. 2005;33 (6):510-3
64. Koifman A, Harlev A, Sheiner E, Press F, Wiznitzer A. Routine cervical dilatation during elective cesarean delivery - Is it really necessary? *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2009 Jul; 22 (7):608-11
65. Yazıcıoğlu F, Gökdoğan A, Kelekçi S, et al incomplete healing of the uterine incisions after cesarean section: Is it preventable? *Eur J Obstet Gynecol* 2009;114:221
66. Dodd JM, Anderson ER, Gates S. Surgical techniques for uterine incision and uterine closure at the time of cesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; (3):CD004732
67. Roberge S. et al., Single- versus double-layer closure of the hysterotomy incision during caesarean delivery and risk of uterine rupture *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 115 (2011)
68. S. Yasmin, J. Sadaf, and N. Fatima, "Impact of methods for uterine incision closure on repeat caesarean section scar of lower uterine segment," *J. Coll. Physicians Surg. Pakistan*, vol. 21,
69. Wilkinson CS & Enkin MW. Peritoneal non-closure at cesarean section (Cochrane Review). In *The Cochrane Library*, Issue 2. Oxford: Update Software, 2000
70. Gyamfi C, Juhasz G, Gyamfi P, Blumenfeld Y, Stone JL. Single- versus double-layer uterine incision closure and uterine rupture. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2006 Oct;19 (10):639-43.

71. Kapustian V, Anteby EY, Gdalevich M, Shenhav S, Lavie O, Gemer O. Effect of closure versus nonclosure of peritoneum at cesarean section on adhesions: a prospective randomized study. *Am J Obstet Gynecol*. 2012 Jan;206 (1):56.e1-
72. Malvasi A, Tinelli A, Farine D, Rahimi S, Cavallotti C, Vergara D, Martignago R, Stark M. Effects of visceral peritoneal closure on scar formation at cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009 May;105 (2):131-5.
73. Shahin AY, Hameed DA. Does visceral peritoneal closure affect post-cesarean urinary symptoms? A randomized clinical trial. *Int Urogynecol J*. 2010 Jan;21 (1):33-41.
74. Kapustian V, Anteby EY, Gdalevich M et al.: Effect of closure versus nonclosure of peritoneum at cesarean section on adhesions: a prospective randomized study. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 206:56
75. Cheong YC, Premkumar G, Metwally M, Peacock JL, Li TC. To close or not to close? A systematic review and a meta-analysis of peritoneal non-closure and adhesion formation after caesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2009 Nov;147 (1):3-8.
76. Malvasi A, Tinelli A, Hudelist G, Vergara D, Martignago R, Tinelli R. Closure versus non-closure of the visceral peritoneum (VP) in patients with gestational hypertension--an observational analysis. *Hypertens Pregnancy*. 2009;28 (3):290-9.
77. N. N. Rahbari et al., "Current practice of abdominal wall closure in elective surgery ? Is there any consensus?," *BMC Surg.*, vol. 9, no. 1, 2009
78. Dahlke JD, Mendez-Figueroa H, Rouse DJ, Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based surgery for cesarean delivery: an updated systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2013 Oct;209 (4):294-306.
79. Chelmow D, Rodriguez EJ, Sabatini MM, Suture closure of subcutaneous fat and wound disruption after cesarean delivery: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2004;CD004663

80. Hellums EK, Lin MG, Ramsey PS. Prophylactic subcutaneous drainage for prevention of wound complications after cesarean delivery--a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2007 Sep;197 (3):229-35.
81. Rousseau JA, Girard K, Turcot-Lemay L, Thomas N. A randomized study comparing skin closure in cesarean sections: staples vs subcuticular sutures. *Am J Obstet Gynecol.* 2009 Mar;200 (3):265.e1-4.
82. Lindholt JS, Moller-Christensen T & Steel RE. The cosmetic outcome of the scar formation af ter Cesarean section: percutaneous or intracutaneous suture? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1994; 73:832-835
83. Sağlık Bakanlığı Yönetim Rehberi,2018
84. Gholitabar M, Ullman R, James D, Griffiths M; Guideline Development Group of the National Institute for Health and Clinical Excellence. Caesarean section: summary of updated NICE guidance. *BMJ.* 2011 Nov 23;343:d710
85. Güldoğuş F, Dilek M, Arık N. Kronik Böbrek Hastalığında Ağrı Tedavisi. Güneş Kitabevi. Ankara 2007; 1-17.
86. Erdine S. Ağrı, İstanbul. Logos Yayıncılık 2004; 12-90.
87. Raj PP (2000) Ağrı taksonomisi, S Erdine (Ed) Ağrı, İstanbul, Alemdar Ofset, s.12-18.
88. Morgan GE, Mikhail MG. Pain Management. In: *Clinical Anesthesiology*, 2 ed. New Jersey: PrenticeHall International, Inc., 1996: 274-316.
89. Değirmen N, Sezaryen Ameliyatı Sonrası Ağrı Kontrolünde El Ve Ayak Masajını Etkinliği (Yüksek Lisans Tezi) ESKİŞEHİR 2006
90. Yılmaz M. İleri Evre Kanser Hastalarında Bilgilendirme Odaklı Ağrı Ve Depresyon Değerlendirmesi
91. Çilingiroğlu N, Ankara İli Batıkent 2 No'lu Sağlık Ocağı'na Başvuran 18-64 yaş grubu bireylerin Kronik Ağrı Yönünden Araştırılması Ve Beck Depresyon envanteri ile değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı 2002
92. Bonica, J.J, Introduction to pain. Pain s:1-1

93. Chung J, Lui J, (2003), Postoperative Pain Management: Study of Patients' Level of Pain and Satisfaction with Health Care Provisers' Responsiveness to Their Reports of Pain, *Nursing and Health Sciences*, 5:13-2
94. Scherer JC, Timby BK. *Introductory Medical Surgical Nursing*. 6th Ed. Philadelphia: J.B.Lippincott Company, 1995:
95. Yücel A. Ağrı mekanizmaları. In: Aslan FE, editör. Ağrı: Doğası ve Kontrolü.1.Basım. İstanbul. Avrupa Tıp Kitapçılık 2006; 39-47.
96. Erdine S. Ağrı mekanizmaları. In: Ağrı sendromları ve tedavisi. Erdine S, ed.,İstanbul 2004;
97. Aslan FE, Karaçay P, Badır A, Kuğuoğlu S, Olgun N, Hacıoğlu M. Özel Durumlarda Ağrı. Aslan FE (Editör), Ağrı Doğası ve Kontrolü'de. 1. Basım. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti.; 2006.
98. Perlman RL, Finkelstein FO, Liu L, Roys E, Kiser M, Eisele G et al. Quality of life in chronic kidney disease. A Cross-sectional analysis in the renal research institueCKD study. *Am J Kidney Dis* 2005;
99. Varlı K, Çeliker R, Özer S, ORER H, Ağrıya Multidisipliner Yaklaşım, *Hacettepe Tıp Dergisi* 2005; 36:111-128
100. Shipton E.A; *Pain Acut and Chronic*, Oxford University Pres Inc.1999 US
101. Ceylantekin Y.Sezaryenle Ve Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Ve Doğum Sonrası Tecrübe Ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi) Afyon 2006
102. A.Göçmen, Sezaryen Sonrası Ağrı Kontrolünde Postoperatif Lidocaine İnfiltrasyonu,1998
103. Alataş, Sezaryen Sonrası Ağrı Kontrolünde Rektus Kılıfı Altına Uygulanan Tek Doz Bupivakainin etkinliği
104. Bourne Mh, Johnson KA. Postoperative pain relief using local anesthetic instillation. *Foot Ankl e* 1988; 8:350-1.
105. Sinclair R, Cassuto J, Hogstrom S, et al. Topical anesthesia with lidocaine aerosol in the control of postoperative pain. *Anesthesiology* 1988; 68:895-901.

106. Gibbs P, Purushotham A, Auld J, Cushieri RJ. Continuous wound perfusion with bupivacaine for postoperative wound pain. *Br J Surg* 1988; 75:923-4.
107. Tverskoy M, Cozaco v C, Ayache M, et al. Postoperative pain after inguinal herniorrhaphy with different types of anesthesia. *Anesth Analg* 1990; 70:29-35.
108. Covino BG, Vassallo HG. Local anesthetics. Mechanism of action and clinical use. New York: Grunc and Stratton, 1976.
109. Kırdemir P., Postoperatif Ağrı ve Analjezik İhtiyacı Preoperatif Dönemde Tahmin Edilebilir mi?, 2011
110. Chung F, Ritchie E, Su J. Postoperative pain in ambulatory surgery. *Anesth Analg* 1997; 85 (4):808-16.
111. Cremeans-Smith, JK., Millington, K., Sledjeski, E., Green, K. & Delahanty, D.L. (2006)
112. Karayurt, Ö, (1998) Ameliyat öncesi uygulanan farklı eğitim programlarının hastaların anksiyete ve ağrı düzeylerine etkisi, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2 (1):20-26.
113. Özer N, Bölükbaşı N.; Postoperatif Dönemdeki Hastaların Ağrısı Tanılamaları. *Atatürk üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2000; 3 (2): 54 - 55



S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
KARAR FORMU

Tarih: 14.02.2017

SAYI:

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sezeryan Sonrası Postoperatif İnguinal-İliohipogastrik Sinirlere Bağlı Kasık Ağrısının Kontrolünde Lokal Lidokain İle Sinir Disseksiyonunun Karşılaştırılması
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	TELEFON	216 570 91 90
	FAKS	216 565 55 26
	E-POSTA	etik@sbgoztepehastanesi.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Uzm. Dr. Mehmet Baki Şentürk				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Kadın Hastalıkları ve Doğum				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi				
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI					
	DESTEKLEYİCİ					
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)					
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ					
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	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"/>				
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>				
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>				
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>				
Retrospektif		<input type="checkbox"/>				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER		TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input 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 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	Karar No: 2016/0235	Tarih: 14.02.2017				
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.					

Etik Kurul Başkanı

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Derya Büyükkayhan

İmza:

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
KARAR FORMU

Tarih: 14.02.2017

SAYI:

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sezeryan Sonrası Postoperatif İnguinal-İliohipogastrik Sinirlere Bağlı Kasık Ağrısının Kontrolünde Lokal Lidokain İle Sinir Disseksiyonunun Karşılaştırılması
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe 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. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe 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. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe 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. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe 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. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe 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"/>	
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe 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. Sebahat Dilek Torun	Halk Sağlığı	Özel Kuruluş	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sıdıka Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe 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"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe 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"/>	
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Gönen Hukuk Bürosu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Saliha Şahin	İşçi		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

Karar: Onaylandı Reddedildi

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Derya Büyükkayhan
İmza: