

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**SEZARYEN SONRASI “PAULA YÖNTEM
EGZERSİZLERİNİN” POSTOPERATİF DİSTANSİYON
VE DİSTANSİYONA BAĞLI AĞRININ ÖNLENMESİNE
ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

Rabiye DEMİR IŞIK

DOKTORA TEZİ

2024-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

SEZARYEN SONRASI “PAULA YÖNTEM EGZERSİZLERİNİN”
POSTOPERATİF DİSTANSİYON VE DİSTANSİYONA BAĞLI AĞRININ
ÖNLENMESİNE ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

Rabiye DEMİR IŞIK

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Emine KOL

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2024-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼ne;

Bu alışma j¼rimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Esasları Programında Doktora tezi olarak kabul edilmiştir. 05/04/2024

İmza

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Emine KOL

.....

Akdeniz niversitesi

ye : Prof. Dr. Kamile KABUKCUOğLU

.....

Akdeniz niversitesi

ye : Prof. Dr. Dilek ÖZDEN

.....

Dokuz Eyl¼l niversitesi

ye : Prof. Dr. Esra AKIN

.....

Katip elebi niversitesi

ye : Doç. Dr. Serpil İNCE

.....

Akdeniz Üniversitesi

Bu tez, Enstit¼ Y¼netim Kurulunca belirlenen yukarıdaki j¼ri yeleri tarafından uygun g¼r¼lm¼ř ve Enstit¼ Y¼netim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Enstit¼ M¼d¼r¼

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Öğrencinin
Rabiye DEMİR IŞIK
İmza

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Emine KOL
İmza

TEŞEKKÜR

- Tez çalışmamın her aşamasında; ilgi ve desteğini esirgemeyen, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, bilgi ve yönlendirmeleriyle çalışmamı bilimsel temeller ışığında şekillendiren, ihtiyaç duyduğumda yanımda olan danışmanım Doç. Dr. Emine Kol'a;
- Doktora araştırma sürecinde ve tez izlem jürimde bilgi ve desteğini esirgemeyen Doç. Dr. Banu TERZİ'ye;
- Tez izlem jürimde yer alarak bilgi ve katkısını esirgemeyen, kendisini bu süreçte tanımaktan onur duyduğum Doç. Dr. İlkin YERAL'a;
- Yıllarca aynı anabilim dalında görev yaptığımız, arkadaşım, dostum, meslektaşım Doç. Dr. Serpil İNCE'ye;
- İlgi ve desteklerini hissettiğim ve her zaman hissedeceğim Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nın öğretim elemanlarına;
- Bu süreci kolaylaştıran Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına ve Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığına ve çalışanlarına;
- Tezime koşulsuz şartsız video ve resimlerle katkı veren kuzenim Özgül MERİÇ'e
- Araştırmaya dahil olarak katkı veren, özel anlarında onlarla birlikte olmaktan, çok değerli bir süreç geçirdiğim sezaryen olan değerli katılımcılara ve çalışmama verdikleri katkıya;
- Kendimi ekibin bir üyesi gibi hissettiren Akdeniz Üniversitesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği sorumlu hemşire Özlem TOY başta olmak üzere gündüz ve nöbetlerde birlikte çalıştığım tüm hemşire meslektaşlarıma,
- Doktora eğitimimin ilk gününden son güne kadar desteklerini hep yanımda hissettiğim dostlarım Dr. Öğr. Üye. Ebru KARAZEYBEK ve Öğr. Gör. Dr. Gülşen AK SÖZER'e;
- Her zaman beni destekleyen, güç veren, motive eden sevgili eşim Hüseyin IŞIK'a, en değerli duygu anneliği tattıran canım kızlarım Asya ve Pelin'e, her zaman örnek aldığım abim Adil DEMİR'e, kardeşten öte kuzenim Fatma ÇETİNER'e;
- Kız çocuklarının okumasının önünü açıp okumamız için her türlü zorlukları aşan, tüm çocukların okuması için çaba veren beş çocuğunu zorlu şartlara rağmen okutan, bu günlere gelmemi sağlayan, aramızda olmasada kızı olmaktan gurur duyduğum dünyanın en iyi babası Hasan DEMİR'e; Her zaman ve her koşulda yanımda olan özverili bilge kadın canım annem Ayşe DEMİR'e sonsuz teşekkür ederim. Sevgi ve saygılarımla.

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, sezaryen sonrası “Paula Yöntem Egzersizlerinin” postoperatif distansiyon ve distansiyona bağlı ağrının önlenmesine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma, tek kör, randomize kontrollü deneysel çalışma olarak Kasım 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde sezaryen ameliyatı geçiren kadınlarla gerçekleştirildi. Sezaryen olan kadınlar basit randomizasyon yöntemi ile girişim (n=35) ve kontrol (n=35) gruplarına atanmıştır. Girişim ve kontrol grubundaki kadınlar postoperatif dönemde kliniğin standart bakımını almaya devam etmişlerdir. Girişim grubundaki kadınlara araştırmacı tarafından postoperatif 0. gün, 1. gün ve 2. gün 10-15 (hastalardan kaynaklanan bireysel özelliklerden dolayı zaman değişimi yaşanmış) dakika eğitim planı doğrultusunda Paula Yöntem Egzersizleri uygulanmıştır. Veriler “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Postoperatif İzlem Formu” ve “McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu” ile toplanmıştır.

Bulgular: Girişim grubu kadınlarda girişim sonrası bağırsak sesleri sayısında önemli oranda artış olduğu saptanmıştır. Girişim grubunda sezaryen sonrası 6-8 saatlerde bağırsak sesleri sayısı dakika $6,69 \pm 2,92$, Paula Yöntem Egzersiz uygulama sonrası ise $9,66 \pm 3,73$ olduğu bulunmuştur. Sezaryen sonrası ilk bağırsak seslerini hissetme girişim grubunda $7,74 \pm 3,09$ kontrol grubunda $9,31 \pm 6,06$ saattir. Sezaryen sonrası ilk gaz çıkarma zamanı girişim grubu kadınlarda $13,09 \pm 4,67$ kontrol grubu kadınlarda ise $14,94 \pm 6,01$ saattir. Sezaryen sonrası ilk defekasyon gerçekleşme girişim grubunda $39,94 \pm 21,64$, kontrol grubunda ise $49,03 \pm 29,36$ saattir olduğu bulunmuştur. Postoperatif distansiyon ağrısı düzeyi girişim grubunda $3,34 \pm 2,69$ kontrol grubunda ise $2,94 \pm 2,75$ bulunmuştur.

Sonuç: Sezaryen sonrası postoperatif dönemde Paula Yöntem Egzersizleri uygulamanın sezaryen sonrası bağırsak motilitesini arttırmada etkili olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: abdominal ağrı, distansiyon, hemşirelik bakımı, paula yöntem egzersizi, sezaryen, sezaryen sonu gaz.

ABSTRACT

Objective: This research was conducted to determine the effect of "Paula Method Exercises" on preventing postoperative distension and distension-related pain after cesarean.

Method: The research was conducted as a double-blind, randomized controlled experimental study with women who underwent cesarean surgery at Akdeniz University Hospital Gynecology and Obstetrics Clinic between November 2021 and February 2022. Women who had a cesarean were assigned to intervention (n=35) and control (n=35) groups by simple randomization method. Women in the intervention and control groups continued to receive the standard care of the clinic in the postoperative period. The women in the intervention group were made to perform Paula Method Exercises by the researcher for 10-15 (time has changed due to individual characteristics of the patients) minutes on postoperative day 0, day 1 and day 2, in line with the training plan. Data were collected with the "Introductory Information Form", "Postoperative Monitoring Form" and "McGill Pain Scale Short Form".

Results: It was determined that there was a significant increase in the number of bowel sounds after the intervention in the women in the intervention group. In the intervention group, the number of bowel sounds per minute was found to be 6.69 ± 2.92 at 6-8 hours after cesarean, and 9.66 ± 3.73 after Paula Method Exercise application. Feeling the first bowel sounds after cesarean was 7.74 ± 3.09 hours in the intervention group and 9.31 ± 6.06 hours in the control group. The time for the first burping after cesarean was 13.09 ± 4.67 hours in women in the intervention group and 14.94 ± 6.01 hours in women in the control group. The first defecation after cesarean was found to occur at 39.94 ± 21.64 hours in the intervention group and at 49.03 ± 29.36 hours in the control group. Postoperative distention pain level was found to be 3.34 ± 2.69 in the intervention group and 2.94 ± 2.75 in the control group.

Conclusion: It was determined that applying Paula Method Exercises in the postoperative period after cesarean section was effective in increasing intestinal motility after cesarean.

Key Words: abdominal pain, distension, nursing care, paula method exercise, cesarean section, post-cesarean gas.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
SİMGELER ve KISALTMALAR	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Araştırmanın Önemi	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Sezaryen Doğum	3
2.1.1. Sezaryen Doğum Tanımı ve Sıklığı	3
2.1.2. Sezaryen Doğumda Uygulanan Anestezi Şekilleri	5
2.1.2.1. Genel Anestezi	5
2.1.2.2. Lokal/bölgesel anestezi	6
2.2. Sezaryen Sonrası Gastrointestinal Sistem Fonksiyonları	7
2.2.1. Gastrointestinal Sistem Anatomi ve Fizyolojisi	7
2.2.2. Gastrointestinal Sistemin Çalışması	8
2.2.3. Bağırsak Motilitesi ile İlgili Problemler	9
2.2.4. Sezaryen Sonrası Bağırsak Motilitesi ve İlişkili Faktörler	10
2.2.5. Sezaryen Sonrası Bağırsak Motilite Bozukluğu Sonuçları	12
2.2.6. Sezaryen Sonrası Bağırsak Motilitesine Yönelik Hemşirelik Uygulamaları	13
2.3. Sezaryen Sonrası Ağrı	14
2.3.1. Sezaryen Sonrası Ağrı Türleri ve Özellikleri	15
2.3.2. Ağrının Fizyolojisi	16
2.3.3. Ağrı Kontrol Teorileri	18
2.3.4. Sezaryen Sonrası Ağrı Yönetimi	19
2.4. Paula Yöntem Egzersizleri	21
2.4.1. Paula Yöntem Egzersizleri Tanımı ve Tarihçesi	21

2.4.2. Paula Yöntem Egzersizleri Özellikleri	23
2.4.3. Paula Yöntem Egzersizlerinin Avantajları ve Kullanıldığı durumlar	25
2.4.4. Literatürde Paula Yöntem Egzersizleri Araştırmaları	27
3. GEREÇ ve YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Amacı	29
3.2. Araştırmanın Hipotezleri	29
3.3. Araştırmanın Şekli	29
3.4. Araştırmanın Protokolü	29
3.5. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	29
3.6. Araştırma Yerinin Özellikleri	30
3.7. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	30
3.7.1. Çalışma Grubuna Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri	30
3.7.2. Örneklem Büyüklüğü ve Güç Analizi	32
3.8. Randomizasyon ile Araştırma Gruplarının Belirlenmesi	33
3.9. Araştırmada Körleme ve Tasarımı	35
3.10. Veri Toplama Araçları	35
3.10.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	36
3.10.2. Postoperatif İzlem Formu	36
3.10.3. McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu	36
3.11. Veri Toplama (Girişim) Gereçleri	37
3.11.1. Paula Egzersiz Kartı	37
3.11.2. Paula Yöntem Egzersizleri Eğitim Planı	38
3.11.3. Paula Yöntem Egzersizleri Uygulama Protokolü	38
3.11.4. Paula Yöntem Egzersizleri Uygulama Flipcard	38
3.11.5. Paula Yöntem Egzersizleri Video	38
3.12. Veri toplama Araçları için Uzman Görüşlerinin Alınması	39
3.13. Araştırmanın Ön Uygulaması	39
3.14. Araştırmanın Aşamaları	40
3.14.1. Hazırlık Aşaması	40
3.14.2. Uygulama Aşaması	41

3.14.3. Değerlendirme Aşaması	45
3.15. Araştırmanın Etik Yönü	45
3.16. Araştırmanın Sınırlılıkları	46
3.17. Araştırmanın Değişkenleri	46
3.18. Verilerin Değerlendirilmesi	47
4. BULGULAR	48
4.1. Sezaryen Olan Kadınların Demografik Özellikleri	48
4.2. Sezaryen Olan Kadınların Gebelik Süreçleri	41
4.3. Sezaryen Olan Kadınların Postoperatif Klinik Süreçleri	60
4.4. Sezaryen Olan Kadınların Postoperatif Dönem Distansiyon Ağrısı	61
4.5. Paula Yöntem Egzersizlerinin Bağırsak Motilitesi Üzerine Etkisi	66
5. TARTIŞMA	70
5.1.Girişim Ve Kontrol Grubu Kadınlarda Sezaryen Sonrası İlk Gaz Çıkarma Süreleri Ve Bağırsak Seslerini Hissetme Zamanları	70
5.2.Girişim Ve Kontrol Grubu Kadınlarda Sezaryen Sonrası Postoperatif Dönemde Bağırsak Ses Sayısı	71
5.3.Girişim Ve Kontrol Grubu Kadınlarda Sezaryen Sonrası İlk Defekasyona Çıkma Süreleri	72
5.4.Girişim Ve Kontrol Grubu Kadınlarda Sezaryen Sonrası Distansiyona Bağlı Ağrı Değerlendirilmesinde VAS Sonuçları	72
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	75
6.1. Sonuç	75
6.2. Öneriler	76
KAYNAKLAR	77

EKLER

EK 1. Araştırma Zaman Çizelgesi

EK 2. Girişim ve Kontrol Gruplarının Randomizasyon ile Belirlenmesi

EK 3. Tanıtıcı Bilgi Formu

EK 4. Postoperatif İzlem Formu

EK 5. McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu

EK 6. Paula Yöntem Egzersizleri Eğitim Planı

EK 7. Paula Yöntem Egzersizleri Uygulama Protokolü

EK 8. Paula Yöntem Egzersizleri Kartı

EK 9. Flipcard Paula Eğitim Materyali

EK 10. Paula Egzersizi Yazılı Video

EK 11. Paula Yöntem Egzersizleri Uygulamasından Görüntüler

EK 12. Veri Toplama Araçları İçin Görüşleri Alınan Uzmanlar

EK 13. Etik Kurul İzni

EK 14. Kurum İzni

EK 15. Online Bilgilendirilmiş Onam Formu

EK 16. McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formunun Kullanım İzni

EK 17. Exercises Type İn Paula Method” “Paula Yönteminde Egzersiz Türü” Adlı Rehber Ve Görseller İngilizce-Türkçe Olarak Edit

EK 18. Girişim Ve Kontrol Grubu Kadınlarla İlk Çalışma Planı

EK 19. Paula Egzersiz Video ve Resimler İçin Etik Onam Formu

ÖZGEÇMİş

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1.	Giriş ve kontrol grubundaki kadınların demografik özellikleri	48
Tablo 4.2.	Giriş ve kontrol grubundaki kadınların parite ve sezaryen süreci	49
Tablo 4.3.	Giriş ve kontrol grubundaki kadınların gebelik sürecinde yaşadığı problemler	51
Tablo 4.4.	Girişim ve kontrol grubundaki kadınların gebelik sürecindeki sıvı tüketimi ve aktivite alışkanlıklarına ilişkin veriler	53
Tablo 4.5.	Girişim ve kontrol grubundaki kadınların gebelik sürecindeki beslenme alışkanlıkları	56- 57
Tablo 4.6.	Girişim ve kontrol grubundaki kadınların postoperatif oral alım ve mobilizasyon zamanı	60
Tablo 4.7.	Girişim ve kontrol grubundaki kadınların postoperatif analjezik tüketimi	61
Tablo 4.8.	Giriş ve kontrol grubundaki kadınların postoperatif ağrı ortamları	63
Tablo 4.9.	Paula Yöntem Egzersizleri uygulanan kadınlar ile kontrol grubu kadınların postoperatif süreçte bağırsak sesleri	66
Tablo 4.10.	Girişim ve kontrol gruplarında sezaryen sonrası bağırsak motilitesi (saat)	68

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1.	Population Intervention Comparison Outcome Setting/Study Design (PICOS)	32
Şekli 3.2.	Araştırmanın CONSORT iş akış diyagramı	34
Şekil 3.3.	Ölçüm araçları uygulama takvimi	43
Şekil 3.4.	Çalışma uygulama planı	44
Şekil 4.1.	Sezaryen sonrası girişim ve kontrol grubunda distansiyona bağlı ağrı düzeyleri	64
Şekil 4.2.	Girişim ve kontrol grubu kadınların postoperatif distansiyona bağlı ağrı niteliği	65
Şekil 4.3.	Girişim ve kontrol grubu kadınların bağırsak sesleri sayısı (1 dakika)	68
Şekil 4.4.	Girişim grubu kadınların paula yöntem egzersizleri öncesi ve sonrası bağırsak sesleri ile kontrol grubu kadınların bağırsak sesleri sayısı (1 dakika)	69

SİMGELER ve KISALTMALAR

ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists
C/S	: Sezaryen doğum
CONSORT	: Consolidated Standards of Reporting Trials
D	: Delta
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ERAC	: Enhanced Recovery After Cesarean
ERAS	: Enhanced Recovery After Surgery
ERAS-CD	: Enhanced Recovery After Surgery-Cesarean Delivery
ESS	: Enterik Sinir Sistemi
GİS	: Gastrointestinal Sistem
GI	: Gastrointestinal
HKEA	: Hasta Kontrollü Epidural Analjezi
HKİVA	: Hasta Kontrollü İntravenöz Analjezi
MSS	: Merkezi Sinir Sistemine
NSAİİ	: Nonsteroidal Antiinflatuar İlaçlar
PGD	: Postoperatif Gastrointestinal Disfonksiyon
PICOS	: Population, Intervention, Comparison, Outcomes, Setting/Study
PO	: Postoperatif
PRM	: Paula Ring Muscle (Paula Halka Kası)
PRM	: Paula Ring Muscle (Paula Halka Kası)
PYE	: Paula Yöntem Egzersizleri
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Araştırmanın Önemi

Tıbbi nedenlere bağlı yapıldığında anne ve yenidoğan ölümlerinin önemli ölçüde önleyebilen sezaryen oranları son yıllarda dünya genelinde artış göstermektedir (Kırılmaz ve Ulusinan, 2021). Ülkemizde sezaryen ameliyatının canlı doğumlar içindeki oranı %60,1 ve primer sezaryen ameliyatının canlı doğumlar içindeki oranı %31,1 olduğu görülmekte, Akdeniz bölgesinde ise sezaryen ameliyatının canlı doğumlar içindeki oranı %68,4 ve primer sezaryen ameliyatının canlı doğumlar içindeki oranı %34,1 olduğu belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023).

Sezaryen sonrası dönem hastalar için fiziksel (kanama, enfeksiyon, anemi) ve duygusal (emzirme ve anne-bebek ilişkisinde gecikme) sorunların meydana geldiği bir süreçtir. Sezaryen sonrası kadınlarda abdomene yapılan cerrahilerde olduğu gibi bağırsak hareketlerinde azalma sıklıkla görülmekte ve bu durum 24 saat veya daha uzun sürebilmektedir (Goymen ve ark., 2017; Taşdemir ve Şenol Çelik, 2011). Ameliyat sonrası bağırsak hareketlerinin başlaması, ilk gaz çıkarma zamanı ve defekasyon ameliyat sonrası hasta konforunu belirleyen önemli faktörlerdendir (Goymen ve ark., 2017). Sezaryen sonrası ağrı ve gaz çıkışına yönelik çeşitli tıbbi tedavi ve hemşirelik uygulamaları yapılmakta, ilaç tedavileri dışında erken mobilizasyon, sakız çiğneme, sıcak uygulama, abdominal masaj, müzik yoluyla terapi, vb uygulamalar kullanılmaktadır. Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) protokollerinde yer alan “gastrointestinal motilitenin uyarılması” ameliyat sonrası dönemdeki en temel uygulamalardandır. Bu kapsamda postoperatif erken dönemde gastrointestinal motilitenin uyarılması ya da motiliteyi olumsuz etkileyecek ajanların kullanılmaması, erken dönemde hastanın yakından takip edilmesi vurgulanmaktadır (<https://eras.org.tr/page.php>, Erişim tarihi: 20 Şubat 2024).

Sezaryen sonrası yaşanan bir başka sorun ağrı, bireyi fiziksel ve ruhsal olarak olumsuz yönde etkilemektedir. Sezaryen sonrası ağrıyı nedenlerine göre üç şekilde ele almak mümkündür. Postoperatif sıfıncı günde karşılaşılan *ağrı insizyon* bölgesinde ağrı; akut, keskin şiddetli bir ağrıdır. İnsizyona bağlı ağrı sıklıkla opioidler ve nonsteroid anti-

inflatuar ajanlarla kontrol edilebilmektedir. Sezaryen sonrası uterusun involüsyonuna bağlı yaşanan *visseral ağrı* ise daha zonklayıcı tarzdadır ve uterusun doğum öncesi haline dönme sürecinde kontraksiyonlarla artmaktadır. Postoperatif birinci günden başlayarak intestinal motilitenin geri dönüşü ile ilişkili *distansiyon ağrısı* ise distansiyona bağlı gerginliğin yarattığı uyarılarla artış göstermekte, bu ağrı için gastrik aktivitenin başlaması ve gaz çıkışı olması gerekir (Macintyre ve Schug, 2021; Potter ve ark., 2021).

Paula Yöntem Egzersizleri (PYE); vücuttaki tüm dairesel kasların birbirine bağlı olduğu, bir dairesel kasın kasılıp gevşemesi, bağırsak kasları da dahil olmak üzere diğer istem dışı tüm dairesel kasların harekete geçmesine neden olduğu ilkesine dayanan bir egzersiz olduğu belirtilmektedir (<https://paula.org.il/en/about-the-method/the-principles/>; Erişim tarihi:27 Eylül 2022; <https://www.paulamethod.com/> Erişim tarihi: 28 Şubat 2024;). PYE'nin; stres inkontinansında, stres inkontinansı olan kadınlarda cinsel fonksiyon ve yaşam kalitesinde, sezaryen sonrası gastrointestinal aktivitenin yeniden başlatılmasında etkili bir yöntemdir (Liebergall-Wischnitzer ve ark., 2005; Liebergall-Wischnitzer ve ark., 2009; Liebergall-Wischnitzer ve ark., 2012; Liebergall-Wischnitzer ve ark., 2013; Michal Liebergall-Wischnitzer ve ark., 2020; Liebergall-Wischnitzer ve ark., 2021). Sezaryen sonrası gastrointestinal sistem (GİS) aktivitesinin yeniden başlaması üzerine etkili non-invaziv bir tedavi yöntemi olan PYE'nin, öğrenilmesi ve uygulanması kolay, güvenli, yan etkisi olmayan, ucuz ve etkili bir yöntem olduğu vurgulanmaktadır (Liebergall-Wischnitzer ve ark., 2020).

Doğum sonrası dönemde kadının iyileşmesini sağlamak, kadın sağlığı hemşiresinin görev ve sorumlulukları arasındadır. Hemşireler, kadının normal aktivitesini sürdürme ve bebeğine bakımını engelleyen ağrı, gaz çıkışı ve ilk defekasyon yapma ile ilgili sorunları belirlemeli, bu sorunların en erken dönemde giderilmesine katkı sağlayacak önlemleri alması gerekmektedir. PYE egzersizlerinin etkilerinin sezaryen sonrası postoperatif GİS motilitesinde, distansiyon ve distansiyona bağlı ağrının önlenmesine etkisini araştıran randomize kontrollü çalışmaya rastlanmıştır. Bu konuda kanıt düzeyi oluşturabilecek, iyi tasarlanmış randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu araştırma, sezaryen sonrası “Paula Yöntem Egzersizlerinin” postoperatif distansiyon ve distansiyona bağlı ağrının önlenmesine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sezaryen Doğum

2.1.1. Sezaryen Doğum Tanımı ve Sıklığı

Doğum, anne ve baba adaylarının yaşamlarındaki en özel deneyimlerden biridir ve normal gebelik süreci sonunda fetüs ve eklerinin dış ortama atılmasıyla meydana gelen bir süreçtir (Ayhan ve ark., 2008; Taşkın ve Akan, 2020; Taşkın, 2020). Doğum fizyolojik bir durum olmasına karşın uygun müdahalede bulunulmadığı takdirde anne ve bebek açısından tehlike oluşturabilmektedir. Sezaryen (Cesarean Section C/S) doğum ise, doğum eylemi vajinal spontan yolla gerçekleşmediği zaman başvuru, anne ve bebeğin yaşamını kurtarmak amacıyla karın duvarı ve uterus açılarak bebeğin doğması amacıyla yapılan laparotomik/operatif bir doğum şeklidir (Kırılmaz ve Ulusinan, 2021; Sahin ve Terzioğlu 2015; T.C.Sağlık Bakanlığı, 2022; T.C. Sağlık Bakanlığı 2023; Turamanlar ve Songur, 2014; Wally ve ark, 2022). Birincil sezaryen, daha önce sezaryen doğumu olmayan bir kadındaki C/S'yi ifade ederken, tekrarlı sezaryen, önceki hamileliğinde sezaryen doğum yapmış bir kadındaki C/S'yi ifade etmektedir (Taşkın, 2020). Eski zamanlarda, ölmek üzere olan anneden fetüsü canlı bir şekilde kurtarmak amacıyla sezaryen operasyonu yapıldığı bildirilmektedir (Turamanlar ve Songur, 2014). Günümüzde C/S, sağlıklı anne ve bebek için bazı avantajları nedeniyle cazip hale gelen ve sıklıkla kullanılan bir yöntem olarak bilinmektedir. Sezaryen, hayati ve hayat kurtarıcı bir ameliyat olsa da tıbbi ihtiyaç olmadan yapıldığında kadınları ve bebekleri kısa ve uzun vadeli sağlık sorunları açısından gereksiz riske sokabilen bir girişim olduğu bilinmelidir (Wally ve ark., 2022). Riskli durumlarda yapılan sezaryen, anne ve bebek ölümlerini azaltmakta, vajinal doğum mümkün iken yapılan sezaryen operasyonları ise hem kısa hem de uzun vadeli sağlık sorunlarına neden olabilmektedir (Şimşek ve Ecevit, 2020).

Sezaryen endikasyonları maternal ve fetal olmak üzere iki şekilde ele alınmaktadır. Maternal endikasyonlar: Geçirilmiş uterus operasyonları, gebeliğin hipertansif hastalıkları, anneden fetusa geçebilecek enfeksiyonlar, uzamış eylem, baş-pelvis uyumsuzluğu, fetal makrozomi, kordon sarkması, plasenta previa ve akreata, ablasyo plasenta, vasa previa gibi nedenlerdir. Fetal endikasyonlar: Fetal distres, fetal prezentasyon anomalileri, çoğul gebelikler, fetal anomaliler gibi nedenlerdir. Sezaryen ile doğum genel olarak belirtilen durumlarda tercih edilmekle birlikte, bu endikasyonlar kesin

olmayıp, olgunun özelliklerine göre doğum şekli bireyselleştirilebilir (ACOG, 2019; T.C.Sağlık Bakanlığı, 2022). Sezaryen komplikasyonları olarak maternal ve fetal komplikasyonlar görülebilmektedir. Maternal komplikasyonlar: Maternal mortalite, intraoperatif (atoni, cerrahi yaralanma, uterin rüptür v.b) ve postoperatif morbiditelerdir (kesi yeri enfeksiyonu, fertilité kaybı, psikolojik değişiklikler, tromboemboli, cinsel disfonkiyon v.b.). Sezaryen doğumun fetal/yenidoğan ve çocukluk dönemi ile ilgili komplikasyonları: Doğum travması, yenidoğanın geçici takipnesi, respiratuar distres sendromu, kemik kırıkları, hafif kesiler, astım, besin alerjisi v.b. (ACOG, 2019; T.C.Sağlık Bakanlığı, 2022). Sezaryen doğum, cerrahi bir işlem olduğu için tıbbi nedenlerle yapılması esastır ve vajinal doğumun alternatifi değildir (T.C.Sağlık Bakanlığı, 2022). Tıbbi nedenlere bağlı yapıldığında anne ve yenidoğan ölümlerini önemli ölçüde önleyebilen sezaryen oranları son yıllarda dünya genelinde istikrarlı bir biçimde artış göstermektedir (Kırılmaz ve Ulusinan, 2021). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre bu artış %10'a kadar uygulandığında fayda sağlarken bu oranın üzerindeki oranların yenidoğan ve anne ölüm hızlarındaki azalma ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir (Duman ve Gölbaş, 2023; Kırılmaz ve Ulusinan, 2021). DSÖ'ne göre, sezaryen kullanımı dünya çapında artmaya devam ederek ve tüm doğumların beşte birinden (%21) fazlasını oluşturmaktadır. Araştırma, bu sayının önümüzdeki on yılda artmaya devam edeceğini ve 2030 yılına kadar tüm doğumların neredeyse üçte birinin (%29) sezaryenle gerçekleşeceğini göstermektedir (WHO, 2021). DSÖ, sezaryen oranının %10-15 olması gerektiğini belirtmiş olmasına rağmen, bu oran hızla artmaktadır. DSÖ'nün 2021 verilerine göre dünyada, sırasıyla en yüksek sezaryen oranının verildiği ülkelerin tamamında (Dominik Cumhuriyeti, Brezilya, Kıbrıs, Mısır ve Türkiye), sezaryen doğum sayısı artık vajinal doğumlardan fazladır ve Türkiye bu sıralamada beşinci sıradadır (WHO, 2021). Ülkemizde sağlık bakanlığının verilerine göre 2022 yılında doğumların %97,3'ü hastanelerde gerçekleşmiştir. Sezaryen ameliyatının canlı doğumlar içindeki oranı %60,1 ve primer sezaryen ameliyatının canlı doğumlar içindeki oranı %31,1 olduğu görülmektedir. Akdeniz bölgesinde ise; doğumların %99,6'sı hastanelerde gerçekleşmekte, sezaryen ameliyatının canlı doğumlar içindeki oranın %68,4 ve primer sezaryen ameliyatının canlı doğumlar içindeki oranın %34,1 olduğu belirtilmektedir (T.C.Sağlık Bakanlığı, 2023).

2.1.2. Sezaryen Doğumda Uygulanan Anestezi Şekilleri

Sezaryen, gebelik veya doğum sırasında komplikasyonlar geliştiğinde acil bir prosedür olarak veya ameliyatın önceden planlandığı elektif (planlı) bir prosedür olarak yapılabilir. Türk Dil Kurumu göre anestezi; canlı vücudunun tümünde veya bir bölgesinde ağrı, ısı, ışık ve dokunma gibi tüm duyuların ortadan kaldırılması, duyu yitimi olarak tanımlanmaktadır (<https://sozluk.gov.tr/> Erişim tarihi:30 Kasım 2023). Yani anestezi duyunun olmaması olarak tanımlanabilir. Anestezi teknik olarak lokal, bölgesel ve genel anestezi olmak üzere üç kategoriye ayrılır (Erdem, 2008). Sezaryen ise, annenin uyanık olduğu ve vücudun alt bölgelerinde uyuşukluğun olduğu lokal anestezi (epidural ya da spinal anestezi), annenin doğum sırasında bilinçsiz olduğu genel anestezi yöntemlerinden bir ya da her ikisi de seçilerek uygulanır (Gee ve ark, 2020; Sema, 2023). Sezaryen ameliyatı gebenin özelliklerine göre genel ya da bölgesel anestezi ile yapılabilir. Ancak nöroaksiyel anestezi sezaryen doğum için altın standart yöntem olmuştur ve olmaya da devam etmektedir (T.C.Sağlık Bakanlığı, 2023).

2.1.2.1. Genel Anestezi

Anestezik ajanların intravenöz yol ile enjekte edilmesi veya inhalasyonla meydana getirdiği bilinç kaybından sonra vücutta duyu kaybı meydana gelmektedir. Genel anestezik ilaçlar Santral Sinir Sisteminde (SSS) selektif olmayan genel bir depresyon oluştururlar ve bu durum geri dönüşümlüdür. Genel anesteziklerin çoğu uçucu sıvı veya gaz halindeki maddelerdir. Anesteziklerin inhalasyon yoluyla uygulandıklarında “*inhalasyon anestezikleri*” olarak adlandırılır. Bir kısmı katı genel anesteziklerdir ve intravenöz yolla uygulandıklarından “*intravenöz genel anestezikler*” olarak adlandırılır (Erdem, 2008). Genel anestezinin riskleri lokal anesteziye bağlı risklere oranla çok daha büyüktür. Bu nedenle sezaryende genel anestezi, lokal anestezinin kullanılmadığı ya da kontrendikasyona neden olacak bir durum öngörüldüğünde kullanılmaktadır (Gee ve ark., 2020; Sema, 2023). Obstetrik Anestezi ve Perinatoloji Derneği sezaryen doğumlar için genel anestezi oranının %5'ten düşük olması gerektiğini belirtmektedir (T.C.Sağlık Bakanlığı, 2022). Genel anestezinin avantajları arasında hızlı indüksiyon, kan basıncının ve solunumun daha kolay ve güvenli kontrolü yer alırken dezavantajları arasında entübasyon ve/veya tüpün yerleştirilmesinde zorluk ya da ventilasyon başarısızlığı yer almaktadır. Bununla birlikte genel anestezinin anneye ilişkin komplikasyonları ise;

aspirasyon ve uyanma sırasında görülebilecek hava yolu problemleri, pnömoni (Mendelson sendromu), bilincin tam kaybolmama durumu, hipertansiyon ve hemodinamik dengesizlik, ağrı, bulantı-kusma olarak sıralanmaktadır. Genel anestezinin bebekte oluşturabileceği komplikasyonlar ise fetal apgar skoru düşüklüğü ve solunum depresyonu olarak bilinmekte ve görülmektedir (Erdem, 2008; Gee ve ark., 2020).

2.1.2.2. Lokal/bölgesel anestezi

Lokal anestezi, lokal olarak bir anestetik maddenin uygulanmasından sonra uygulanan alanda duyumların kaybedilmesidir. Lokal anesteziye sinir lifleri boyunca elektriksel impulslarda geri döndürülebilen, engelleme meydana getirebilen ilaçlar ile uygulanır.

Lokal/bölgesel anestezi, sinir impluslarının bloke edilmesi yolu ile vücudun büyük bir bölümünde duyu kaybı olmasıdır. Bu tür anestezi ile hastalarda bilinç kaybı yaşamadan, vücut bölgesinde analjezi, refleks kaybı ve kasların gevşemesi sağlanmaktadır. Sezaryende en yaygın bölgesel anestezi teknikleri spinal (subaraknoid) ve epidural blokajdır (Erdem, 2008).

a) Spinal anestezi

Spinal anestezi sezaryen doğumlarda, bölgesel yöntemler arasında en yaygın kullanılanıdır (Ozden ve ark 2023). Spinal anestezi veya spinal blok, hem acil hem de elektif prosedürler için kullanılan yaygın bir anestezi şeklidir. Bir iğne kullanılarak omurilik etrafındaki sıvıya tek doz bölgesel anestetik madde enjekte edilmektedir. Bu, vücudun alt kısmındaki, belden ayak parmaklarına kadar olan sinirleri yaklaşık iki ile üç saat boyunca anestezi altında bırakmaktadır. Spinal anestezinin yararı, yalnızca küçük bir doz anestetik madde kullanılarak ağrıyı hızla bloke etmesidir. Spinal anesteziye solunum depresyonu ve postoperatif sedasyon olmadığı gibi, epidural anesteziye göre daha kolay ve ekonomiktir. Daha derin bir blok ve tam gevşeme sağlar. Dezavantajları ise hipotansiyon ve tedavi edilmez ise fetal asidoz, duranın delinmesine bağlı baş ağrısı ve nadiren nöral hasar gelişebilmektedir (Erdem, 2008).

b) Epidural anestezi: Bel bölgesinde, vertebralar arasındaki boşluktan, epidural boşluğa steril bir kılavuz iğne ve bir kateter yerleştirilmesi, lokal anestezinin (çoğu zaman az miktarda opioid ile birlikte) sinir uçlarının uyuşturulmasıdır (Doğru Kaya ve Yılmaz Doğru, 2012). Bölgesel anestezi yöntemi olarak uygulanan epidural anestezi, spinal

sinirlerin duradan çıkıp, intervertebral foramenlere uzanırken epidural aralıkta anestezize edilmesiyle meydana gelen bir tür anestezi yöntemidir. Başlıca sensoriyal semptomatik lifler bloke olurken, motor sinirler de kısmen veya tamamen bloke olabilirler. Anestezik solüsyonun verilme yerine göre, torakal, lumbal vb epidural bloktan söz edilebilir. Ancak klinik uygulamada, epidural anestezi dendiğinde lumbal epidural anestezi anlaşılmaktadır. Sonuç olarak, epidural anestezi özellikle alt abdomen ve ekstremité girişimlerinde, doğum analjezisinde ve postoperatif ağrı tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir anestezi tekniğidir (Capogna, 2020; Özdamar, 2014).

Çoğu CD, genellikle genel anesteziden daha güvenli bir seçenek olan lokal veya bölgesel anestezi altında gerçekleştirilmektedir (Sema, 2023). Anesteziden sonra bebeğin doğumu yaklaşık 5 ila 10 dakika sürmekte ve tüm prosedür genellikle 40 veya 50 dakika içinde tamamlanmaktadır (Özçam ve ark., 2014). Hem spinal hem de epidural anesteziyi içeren bölgesel anestezi, etkili bir anestezi sunmanın yanı sıra annenin sezaryen süresince uyanık olması ve bebeğini görmesine de izin vermektedir. Kateterin yerleştirilmesi biraz zaman almakla birlikte ilacın tekrar tekrar veya sürekli olarak uygulanmasına olanak sağlaması açısından avantajlı bir yöntemdir. Aynı zamanda bölgesel teknikler operasyon sonrası ağrı kontrolü için bazı avantajlarda sunabilmektedir (Balcı Gökdağ, 2020; Çetin, 2023; Erdem, 2008; Gee ve ark., 2020; Sema, 2023). Anestezi sonrası annede uyanıklık durumu devam ettiği için aspirasyon riski taşımaması, doğum süresince gebenin uyanık olması, annede ve yenidoğanda solunum depresyonuna neden olmaması, doğumdan sonraki süreçte annenin daha erken mobilizasyonunun gerçekleşmesi de diğer avantajları olarak belirtilmektedir (Balcı Gökdağ, 2020; Sema, 2023). Spinal anestezinin gastrointestinal iyileşmeyi daha hızlı sağladığı ve böylece hastanede kalış süresini kısalttığı belirtilmektedir (Abd El ve ark., 2014).

2.2. Sezaryen Sonrası Gastrointestinal Sistem Fonksiyonları

2.2.1. Gastrointestinal Sistem Anatomi ve Fizyolojisi

Gastrointestinal sistem (GİS) ya da sindirim sistemi, ağızdan başlayarak anüse kadar devam eden sindirim ve yardımcı sindirim organlarından oluşan karmaşık bir yapıdır. Sindirim kanalı; ağız, farenks, özofagus, mide, ince bağırsak ve kalın bağırsak (kolon, çekum ve rektum) ve anüs gibi organlardan oluşmaktadır. Yardımcı sindirim organları

ise dişler, dil, safra kesesi, karaciğer, tükürük bezleri ve pankreas olarak sıralanmaktadır. Gastrointestinal sistem yetişkin bir bireyde yaklaşık 7-8 metre (m) uzunluğunda bir yapıdır. Gastrointestinal sistem; yer çekimi ve istemli kas hareketiyle (Ağız hareketi ve özefagus) ve peristaltizm ile alınan besinlerin sindirim kanalı boyunca ilerlemesini ve sindirim salgıları ile büyük moleküllerin daha küçük yapı taşlarına parçalanmasını sağlamaktan sorumludur. Aynı zamanda GİS parçalanmış küçük yapı taşlarının yanı sıra bu yapı taşlarındaki su ve elektrolitlerin emilerek kan dolaşımına geçişini sağlamaktadır (Guyton ve Hall, 2013). Gastrointestinal sistem boyunca düz dairesel ve uzunlamasına kaslar peristaltizmin sürdürülmesinde önemli rol oynamaktadır. Düz dairesel kaslar peristaltik hareketleri başlatırken, uzunlamasına kaslar bağırsak içeriğinin intestinal kanaldan anüse doğru hareketini kolaylaştırmaktadır. Bilindiği gibi intestinal sistemde yer alan düz dairesel kaslar nöral uyarımdan bağımsız çalışırlar ve bir dairesel kasın çalışması paralel olarak diğer dairesel kaslarında senkron biçimde çalışmasını inerve etmektedir (Guyton ve Hall, 2013).

2.2.2. Gastrointestinal Sistemin Çalışması

Motilite kelime anlamı olarak hareket edebilme yeteneği, hareket gücü, hareketlilik şeklinde tanımlanır. Gastrointestinal motilite ise mide ve bağırsak ile ilgili hareketlilik olarak açıklanır. Motilite gastrointestinal sistemin fonksiyonu için gereklidir. Motilite; yutma, mide mekanik sindirim, mide boşalması, besinlerin ve suyun bağırsakta emilimi aynı zamanda dışkılamada rol oynar (Said, 2018). Enterik sinir sistemi, birçok intestinal fonksiyonunun lokal sinir kontrolünü sağlayan 100 milyondan fazla nörondan oluşur ve hareketliliği, sekresyonu, bağırsağı etkileyen 20'den fazla nörotransmitter içerir. Enterik sinir sistemi, merkezi sinir sistemine parasempatik ve sempatik sinirlerle bağlanır. Parasempatik lifler bağırsağa vagus siniri ve sakral çıkış yollarından ulaşır. Vagus siniri, gastrointestinal sistemin organlarıyla farenksten proksimal kolona kadar bağlantılara sahip olsa da başlıca motilite etkileri yemek borusu ve mide üzerindedir. Vagus sinirinin çıkıntıları, yemek borusunun farenksini ve çizgili kasını doğrudan inerve eder (Hirano ve Brenner, 2014; Said, 2018; Shinohara, 2020).

Özofagus motilitesi, dairesel kasın sıralı (peristaltik) kasılmaları ile karakterizedir. **Mide motilitesi**, mide korpus ve fundus isimli iki fonksiyonel alana ayrılabilir. Her ikisi de yemek sırasında aktif olarak rahatlar. Gastrik fundus, yutulan yiyecekleri yavaş yavaş antruma aktaran tonik ve kısa süreli fazik kasılmalar üretir. Bu kasılmalar, mide ile duodenum arasında bir basınç gradyanı oluşturarak mide boşalmasını destekler (Hirano ve Brenner, 2014; Powley ve ark., 2020; Said, 2018). **İnce bağırsak motilitesi**, ince bağırsak kas kasılmaları, sindirilmiş yiyecekleri pankreas enzimleri, safra ve bağırsak salgılarıyla karıştırır ve daha fazla sindirilip emilebileceği bağırsak mukozası boyunca iter. **Kolon motilitesi**, enterik içerikleri sürekli olarak kalın bağırsağa verilir. Kolon, dışkıyı uygun şekilde tahliye edilene kadar depolar. Dışkı depolaması, suyun, elektrolitlerin ve bakteriyel metabolitlerin maksimum emilimini kolaylaştırır. Kolon hareketliliği mide ve ince bağırsak hareketliliği gibi Enterik Sinir Sisteminin istemsiz kontrolü altındadır (Shinohara, 2020). Dışkılama, karın ve pelvik taban kaslarının ve iç ve dış anal sfinkterlerin koordinasyonu ile karakterize karmaşık bir süreçtir. Normal dışkılama, karın içi basıncını artıran bir valsalva manevrası ile başlar. Basınç pelvise iletilir, bu da puborektalis kasının gevşemesine, anorektal açının genişlemesine ve iç anal sfinkterlerin gevşemesine neden olur. Pelvik tabana iner ve dış anal sfinkter gönüllü olarak gevşetilir. Rektumdaki basınç, anal sfinkterlerdeki basınçlardan (yani pozitif bir basınç gradyanı) daha büyükse dışkı boşaltılır (Hirano ve Brenner, 2014; Powley ve ark., 2020).

2.2.3. Bağırsak Motilitesi ile İlgili Problemler

Şişkinlik ve distansiyon: Bu iki terim çoğunlukla birbirinin yerine kullanılabilmeyle birlikte değerlendirmede objektif ve sübjektif bulgulara odaklandığında birbirinden farklı durumlar olduğu görülmektedir. **Şişkinlik**, karın bölgesinde dolgunluk ve gerginlik hissi veya hacim artışı hissini ifade ederken **distansiyon** gözle görülür şekilde veya ölçülebilir şekilde karın çevresinin arttığı hacim artışını ifade etmektedir (Göktürk, 2017; Hernández, 2011; Seo ve ark., 2013). Bir diğer deyişle şişkinlik belirti iken distansiyon bir fizik muayene bulgusudur. Geçmişte ikisinin birlikte var olduğuna inanılırken yakın tarihli çalışmalar sonucunda distansiyonun sadece %50 olguda şişkinliğe eşlik edebildiği gösterilmiştir (Göktürk, 2017; Páramo Hernández, 2011; Seo ve ark., 2013). Şişkinlik ve distansiyonun nedeni, gastrointestinal sisteme dışardan giren ya da gastrointestinal sistemin içinde fermentasyon sonucu oluşan gazdır. Gaz olduğu yerde kalmaz ya geçirti

ya da flatulans ile çıkarılır, bakterilerce tüketilir veya kana diffüze olarak akciğerlerle atılır. Midedeki gaz geçirti ile atılamazsa, peristaltik dalgalarla bağırsaklara doğru itilir (Gülşen, 2010).

Gaz (Flatus): *Gaz (Flatus)* gastrointestinal sistemin işleyiş sürecinde bulunan normal bir bulgu olarak değerlendirilen bir oluşumdur. Ancak gazın oluşumu, dağılımı, atılımı ve miktarı ile ilgili *değişiklikler ve bozukluklar* birtakım semptomlara yol açabilmektedirler. Bireyler gazı; aşırı geçirti, karında gözle görülür derecede veya görülmeyen şekilde şişkinlik hissi ve aşırı flatus şikayetlerinden biri ya da birkaçı ile tanımlamaktadırlar (Böhn ve ark., 2015; Göktürk, 2017). Normal bir insanın bağırsaklarında 200ml'den fazla gaz bulunur. Günde ortalama 6-20 kez ve 500-1500 ml normal gaz volümü olmaktadır. Rektumdan atılan intestinal gazın oranı ve volümü değişkenlik göstermektedir. İntestinal gaz iki şekilde, yutulan hava ve sindirilmemiş karbonhidratların bakteriyel fermentasyonu sonucu ortaya çıkmaktadır. Geğirmeyle çıkarılamayan, yutulan hava bağırsak boyunca ilerleyerek gaz olarak atılır (Balcı, 2019; Erdil ve Elbaş, 2001; Guyton ve Hall, 2013). Artmış flatulansın yaygın beslenme ile bağlantılı nedenleri arasında kötü sindirim ve yetersiz absorpsiyon sonucu karbonhidratların malabsorpsiyonu yer almaktadır. Yine kolon geçişini değiştiren hastalıklar (irritabl bağırsak sendromu gibi) kolondaki bakteri üretiminde değişikliklere yol açabilirler. Aynı şekilde gazlı içeceklerin içilmesi özellikle de pipetle içilmesi, hızlı yemek yeme sonucu hava yutma, bazı yiyeceklerin gaz yapıcı özelliği (lahana, fasulye gibi), hareketin azalması, antibiyotik kullanımı, bağırsak temizlenmesi (lavman gibi) ve ameliyat sırasında uygulanan anestezi maddeleri (opioid vb.) de gaz üretiminde değişime sebep olabilir (Kaya, 2011).

2.2.4. Sezaryen Sonrası Bağırsak Motilitesi ve İlişkili Faktörler

Distansiyonun bir diğer nedeni cerrahi girişimler sırasında müdahalelerdir. Özellikle abdomene yapılan cerrahi müdahale sonrası, yapılan girişim ve uygulama şekline göre farklılık göstermekle birlikte gastrointestinal sisteme ilişkin diğer sorunlara ek, gastrik dilatasyon, abdominal distansiyon ve paralitik ileus gibi oldukça önemli sorunlar şeklinde karşımıza çıkmaktadır (Kamalak ve ark., 2009; Taşdemir ve Şenol Çelik, 2011; Wally ve ark., 2022). Cerrahi sonrası gastrointestinal sistemi etkileyen, şişkinlik ve distansiyona neden olan faktörler şu şekilde sıralamak ve açıklamak mümkündür. Cerrahi sonrası

şışkinlik ve distansiyona neden olan faktörler ile sezaryen da abdomene yapılan bir cerrahi girişim olduğu için sezaryen sonrası şışkinlik ve distansiyona neden olan faktörler aynıdır.

Stres; şışkinlik ve distansiyon etkileyen en etkili faktörlerden biri olarak kabul edilmektedir. Biyolojik, psikolojik ve sosyal bir varlık olan insanın yaşadığı stres gibi olumsuz durumlar vücutta fizyolojik sorunlar oluşturabilir. Stres tepkisinde ortaya çıkan sempatik aktivite ve genel/narkotik anestetik kullanımı gastrointestinal motiliteyi azaltmaktadır (Kehlet ve Wilmore, 2008). Stres tepkisinde ortaya çıkan sempatik aktivite artışı ile şışkinlik ve distansiyon semptomları arasındaki ilişkiyi etkileyen bazı mekanizmalar bulunmaktadır. Bunlar, stresle birlikte visseral sinir sisteminde ortaya çıkan hipersensitivite, bağışıklık sisteminin etkilenmesi ve hipotalamus-hipofiz-adrenal ekseninde katekolaminlerin salınımı sonucu GİS motilitesinin baskılanmasıdır (Çam ve Nur, 2015; Kehlet ve Wilmore, 2008; Kesebir ve ark 2012; Lacy ve ark, 2011).

Ameliyat sırasında kullanılan anestezi maddeler (opiooidler) ve inhalasyon anestezi; ameliyat sırasında kullanılan bu maddeler bağırsak peristaltizmini azaltabilmekte, peristaltizmin azalması da abdominal distansiyona yol açmaktadır. Peristaltizm ile dışarıya atılan gazın atılamaması en belirgin distansiyon nedeni olarak gösterilmektedir. Distansiyon giderilmediğinde paralitik ileus ve gastrik dilatasyon gibi önemli bir soruna dönüşebilmektedir (Erden ve Çelik, 2013; Kaya, 2011; Wally ve ark., 2022).

Abdominal bölgeye yapılan cerrahi girişim; abdomen bölgeye yapılan cerrahi girişim ve abdominal girişime ait prosedürler sırasında, diğer vücut yapılarına ulaşmak için bağırsakların manipüle edilmesi ile gastrointestinal sistemin etkilendiği, şışkinlik ve distansiyona neden olduğu öne sürülmektedir (Sahin ve Terzioglu 2015; Wally ve ark., 2022).

Postoperatif ağrı; yeterli olmayan postoperatif ağrı yönetimi ve artan ağrı nedeniyle kullanılan opiooidler bağırsaklarda tonüsü arttırmakta ve peristaltik hareketleri inhibe etmektedir. Bu inhibisyon bağırsakta oluşan gazın atılamaması sonucunda şışkinlik ve distansiyona neden olmaktadır. Ağrı yönetimi için kullanılan opiooidlerin dışında diğer analjezikler midenin hareketliliğini ve hidroklorik (HCL) asit salgısını azaltmaktadır.

Böylece mide boşalması gecikmektedir. Opioidler dışındaki bu tür analjezikler aynı zamanda bağırsaklarda tonüs artışına sebep olmakta ve peristaltik hareketleri inhibe etmektedir (Erden ve Çelik, 2013; Wally ve ark., 2022; Wu ve Raja, 2011). Dolayısı ile anestezi ve narkotik analjezik kullanımı GİS'e ait diğer sorunların yanı sıra gastrointestinal motiliteyi azaltmaktadır. Böylece distansiyon ve konstipasyon görülebilmektedir.

Hastada sıvı-elektrolit dengesini etkileyen bazı durumlar; hastada sıvı-elektrolit dengesini etkileyen bazı durumlar GİS fonksiyonunu olumsuz etkileyebilmektedir. Operasyon sürecinde ya da sonrasındaki sıvı ve elektrolit kayıpları gastrointestinal fonksiyon bozuklukları ortaya çıkabilmektedir. Örneğin; hiponatremi, hipopotasemi, hiperkalsemi ve hipovolemi gibi sıvı elektrolit dengesizlikleri abdominal distansiyona neden olabilmektedir (Kaya, 2011).

Uzun süre yatakta kalma ve yatak istirahati; uzun süre yatakta kalma ve yatak istirahati abdominal cerrahi sonrası abdominal distansiyona ve şişkinliğe neden olan diğer bir faktör olarak ifade edilmektedir (Kaya, 2011).

2.2.5.Sezaryen Sonrası Bağırsak Motilite Bozukluğunun Sonuçları

Cerrahi sonrası bağırsak motilitesini etkileyen tüm faktörler sezaryen doğum sonu anneyi de aynı şekilde etkileyebilmektedir. Abdominal distansiyon ve şişkinlik cerrahi sonrası dönemde hastada birçok istenmeyen durumlara neden olmaktadır. Bu sorunlar; mobilizasyonda gecikme ve buna bağlı olarak distansiyon ve şişkinliğin daha da artması, mide krampları, abdomende ağrı (distansiyon kendisi abdomende ağrıya neden olmakla birlikte aynı zamanda distansiyonun insizyon bölgesine uyguladığı bası nedeniyle), insizyon bölgesine bası yara iyileşmesinin gecikmesine neden olmaktadır. İdrar retansiyonu, bulantı ve kusma (bulantı/kusma oral beslenmesin gecikmesine), diyaframa olan bası, solunumda güçlük ve zorluk (solunum güçlüğü mobilizasyonun gecikmesine ve distansiyonun daha da artmasına) yaşanmasına neden olmaktadır. Şişkinlik, abdominal ve gastrik dilatasyon uzun süre devam ettiği durumda da Postoperatif Paralitik İleus (POİ) gelişmesine, ağrı için kullanılan ilaçlarda POİ bir başka etiyolojisidir. Tüm bunlarla ek olarak hastanın hastanede de yatış sürecinin uzaması, ekonomik, fizyolojik ve psiko-sosyal sorunlara neden olabilmektedir (Andersen ve ark., 2020; Erdil ve Elbaş, 2001;

İzveren ve Dal, 2011; Story ve Chamberlain, 2009; Sahin ve Terzioğlu 2015; Taşdemir ve Şenol Çelik, 2011).

2.2.6. Sezaryen Sonrası Bağırsak Motilitesine Yönelik Hemşirelik Uygulamaları

Cerrahi Sonrası Hızlı İyileşme Protokolü (Enhanced Recovery After Surgery ERAS), hastaların normal ameliyat öncesi işleve dönüşünü hızlandırmayı amaçlayan, ameliyat öncesi planlamadan ameliyat ve ameliyat sonrası döneme kadar bakımını içeren kanıta dayalı, standart ve multidisipliner bir yaklaşımdır. Ameliyat sonrası erken mobilizasyon ve ağrı yönetimi sağlama ERAS protokolünün ana bileşenleri içerisinde yer almaktadır (Huang ve ark., 2019). Çeşitli genel, jinekolojik ve ortopedik cerrahilerde uygulanan ERAS protokollerinin hastaların hastanede kalış süresini ve opioid tüketimini azalttığı, anne memnuniyetini artırdığı bildirilmiştir (Kleiman ve ark., 2020). Sezaryen sonrası şişkinlik ve distansiyona yönelik uygulamaları, problemleri önleme ve giderme şeklinde ele almak mümkündür.

Şişkinlik ve distansiyonu önemek için; ameliyattan sonraki saatlerde gaz çıkarmanın olup olmadığını, özellikle de ameliyat öncesi bağırsak hazırlığı (dışkıyı bağırsaklardan temizleme) yapılan hastalarda uygulama dışkılamanın birkaç gün sonra oluşmasına neden olabileceği için daha da dikkatli takip gerektirmektedir. Gaz çıkarma yeteneği, gastrointestinal sistemin uyandığının veya iyileşmekte olduğunun, gastrointestinal sistemdeki organlarının normal duruma döndüğünün bir işaretidir. Ameliyat sonrası gaz tahliyesinin olup olmadığının kontrolü kolay, etkin ve yan etkisiz hemşirelik uygulamalarındandır. Bireyde bağırsak hareketlerini hissetme, gaz çıkarmanın olup olmadığı sorgulanmalı ve bağırsak sesleri oskültasyonla dinlemeli. Aynı zamanda abdominal distansiyon ve distansiyona bağlı ağrı kontrollün yapılmalıdır. Yine ağrı kontrolünün sağlanması ile bağırsak hareketlerinin geri dönmesine katkı sağlanabilmektedir (Kamalak ve ark., 2009). Gastrik ve intestinal motiliteyi hızlandırmak için abdominal masaj uygulaması, erken mobilizasyon, erken oral hidrasyon ve besleme, ılık su içirme gibi uygulamalara yer verilmesinin uygun olduğu belirtilmektedir (Barlow ve ark., 2011; Choi ve ark., 2011; Taşdemir ve Şenol Çelik, 2011; Yunianingrum ve ark., 2018). Fiziksel egzersiz abdominal ve pelvik alandaki kasların tonüsünü koruyarak bağırsak hareketlerinde artışa neden olur. Tüm bunlara ek abdominal cerrahide işlem

öncesinden itibaren her aşamada hastaların bilgilendirilmesi, işlemlere dahil edilmesi ve desteklenmesiyle hastaların erken ayağa kalkma ve egzersizlere katılımı artıracığından komplikasyon görülme oranlarını azaltacaktır (Çelik, 2017).

Gastrointestinal sistem fonksiyonlarını iyileştirmek için; gastrointestinal sistem fonksiyonlarını iyileştirmeye yönelik tedavi kılavuzunda çeşitli tedavi seçenekleri yer almaktadır. Mevcut klinik iyileştirme müdahaleleri arasında fiziksel aktiviteyi artırma ve laksatif kullanımı yer almaktadır (Ahn ve ark., 2013; Choi ve ark., 2011). Bağırsak hareketlerini arttıran diğer tedavi yöntemleri arasında akupunktur ve elektro akupunktur olduğu belirtilmektedir (Abadi ve ark., 2017; Chen ve ark., 2003; Choi ve ark., 2011). Ayrıca bu uygulamaların verilen tıbbi bakım kalitesini artırdığı, fiziksel ve psikolojik iyileşmeye katkı sağladığı belirtilmektedir (Chang ve ark., 2006). Yine akupresin postoperatif ileus semptomlarını iyileştirmede noninvaziv hemşirelik bakımı olarak uygulanabileceği bildirilmektedir (Abadi ve ark., 2017; Chang ve ark., 2006; Chen ve ark., 2003; Choi ve ark., 2011; Kanza ve Şolt Kırcı, 2021). Hastanın mobilize edilmesi, fiziksel egzersiz, abdominal ve pelvik alandaki kasların tonüsünü arttıran egzersizleri yaptırmak, şişkinlik ve distansiyon durumunda, şişkinlik ve distansiyonu önleme etkisinin yanı sıra, hareketlerin bağırsak motilitesini arttırıcı etkisi nedeniyle tedavide kullanılabilecek yöntemler arasındadır (Andersen ve ark., 2020; Çelik, 2017). Çalışmalarda abdominal cerrahi sonrasında sakız çiğneme ve mobilizasyonun hastalarda postoperatif ileus süresinde bir azalmaya, ileusun daha hızlı normale döndürmesine katkı sağladığı ve semptomların şiddetini azalttığı, yani şişkinlik ve distansiyonu hem önlemeye hem de gidermeye yönelik uygulamalar olduğu belirtilmektedir. Bu uygulamalar aynı zamanda hastaların hastanede kalış süresini de azaltarak iyileşmeye katkı sağlamaktadır (Altraigey ve ark., 2020; Andersen ve ark., 2020; Jang ve ark., 2012; Sahin ve Terzioğlu 2015; Terzioğlu ve ark., 2013).

2.3. Sezaryen Sonrası Ağrı

Sezaryen sonrası oluşan ağrı, postnatal ve postoperatif ağrı özellikleri taşıması sebebi ile akut ağrı grubunda yer almaktadır ve genellikle ilk 24-48 saat içinde hafiflemektedir. Sezaryen sonrası ağrı sistemik ve ruhsal olarak bireyi olumsuz yönde etkilemektedir. Sezaryen sonrası ağrıya bağlı olarak sistemik sorunlar oluşabileceği gibi günlük yaşam

aktivitelerini yerine getirememe, beden imajında bozulma, uykusuzluk, sıkıntı, konforun azalması, anksiyete, depresyon yenidoğanla yeterince ilgilenememe, etkin emzirememe gibi sorunlarda yaşanabilmektedir (Macintyre ve Schug, 2021; Potter ve ark., 2021).

2.3.1. Sezaryen Sonrası Ağrı Türleri ve Özellikleri

Sezaryen sonrası yaşanan akut ağrı, uterin ve abdominal insizyonun yanı sıra abdominal distansiyona bağlı olabilmektedir. Bunun yanında postnatal uterus involüsyonuna bağlı kontraksiyonlar, hemoroidler, meme angajmanı ve meme ucundan kaynaklanan ağrılar, bebek bakımı ile yaşanan stres, anksiyete ve korku, yorgunluk, uykusuzluk, konstipasyon ve enfeksiyonlar sezaryen sonrası yaşanan akut ağrıyı arttıran sebepler arasındadır (Kömürcü ve ark., 2013; Şimşek ve Ecevit, 2020). Sezaryen sonrası distansiyona bağlı ağrı; cerrahi sonrası GİS disfonksiyonuna bağlı kramp şeklindeki olan visseral ağrı, distansiyon ve gaz ağrısı olarak tanımlamaktadırlar (Taşdemir ve Şenol Çelik 2011). Bir bütün olarak değerlendirildiğinde sezaryen sonrası dönemde; **insizyona bağlı akut ağrı**, uterus involusyonu sürecindeki **kontraksiyonlara bağlı akut visseral ağrı** ve bağırsak disfonksiyonu sonucunda oluşan **distansiyonun yarattığı uyarılarla oluşan akut visseral ağrı** olmak üzere üç tür ağrıdan söz etmek mümkündür. Her üç ağrı türü içinde geçerli olan ağrı oluşumu ve kontrol mekanizmalarını kısaca özetlemek ağrı nedenlerini yorumlayabilmek ve yönetimi açısından önemlidir.

Ağrının oluşum ve kontrol mekanizmalarında belirtilen genel fizyolojik işleyişin yanında sezaryen sonrası süreçte yaşanan uterus involusyonuna bağlı ve distansiyonun yarattığı uyarılara bağlı akut visseral ağrı mekanizmasında bazı farklılıklar yaşanabilmektedir. Uterus İnvolusyonu sürecindeki kontraksiyon ve distansiyona bağlı uyarıların yarattığı akut visseral ağrı hem oluşum mekanizması hem de belirti ve bulguları yönünden insizyona bağlı akut keskin ağrıdan farklılıklar göstermektedir. Teze konu olan distansiyon ağrısı da bu özellikleri ile postoperatif insizyon ağrısından ayrı tutulmuş ve ayrı değerlendirilmiştir.

Uterus involusyonuna bağlı ağrı; doğumdan sonra uterusun gebelik öncesi durumuna döndürülmesi sürecine involusyon denir. Gebelikte yüksek östrojen salınımı nedeniyle proliferasyon olup incelen ve uzayan uterus, doğumdan sonra östrojen seviyesinin düşmesi ve

plasenta atılmasıyla hızla kontrakte olarak kasılır ve duvarları kalınlaşır. Uterusun kasılmış durumu postpartum kanamayı önlemek ve gebelikte genişleyen uterusun büyüklüğünü azaltmak için normal bir yoldur. Bu kasılmalar sırasında annenin uterus ve abdominal bölgesinde ağrı meydana gelir. Doğum sonu görülen uterus kontraksiyonları “doğum sonrası ağrı (afterpain)” olarak bilinen rahatsız edici kramplar şeklindedir. İri bebek, çoğul gebelik gibi uterusun aşırı gerildiği durumlar, zor doğum, plasenta retansiyonu ve yapışık plasentada daha fazla ağrı yaşanabilir. Aynı zamanda emzirme ile salgılanan oksitosin ve ekzojen oksitosin kullanımı, uterus kas kontraksiyonlarını artırdığı için doğum sonu involisyon ağrısı artmaktadır. Doğumdan sonraki ilk 12-24 saat bayunca yoğun, dört yedi güne kadar sıklığı ve yoğunluğu azalmaktadır (Eryılmaz, 2008; Taşkın, 2016).

Distansiyona bağlı ağrı; distansiyona bağlı ağrı visseral ağrıdır ve visseral ağrı iyi lokalize edilemez. Hastaya ağrının yeri sorulduğunda genellikle elini koyarak geniş bir alan işaret eder. Genellikle ağrı belirsiz, rahatsızlık hissi, kramp, künt bir ağrı ya da tarif edilmez olarak ifade edilebilir. Ağrı yavaş başlar giderek artar, bağırsaklar içinde aşırı gaz olması durumunda fizik muayenede yaygın timpanizm alınır. Ağrılı uyanlar otonomik sempatik ve parasempatik lifler ile birlikte iletildiği için terleme, huzursuzluk, bulantı, kusma gibi diğer otonomik semptomlar olabilir. Hasta huzursuzdur ve rahatlamak için sürekli pozisyon değiştirir (Demir, 2017; Saylan ve ark., 2017).

2.3.2.Ağrının Fizyolojisi

Aktif doku hasarının başlaması ve ağrının algılanması ile son bulan karmaşık fizyolojik olayların tümüne nosisepsiyon denilmektedir. Ağrı duyusunu oluşumu için uyarıcı, uyarıcıyı algılayan reseptör, uyarıcıyı ileten nöral yollar, ağrının işlenmesini ve algılanmasını ve uygun cevabın oluşturulması sağlayan santral sinir sistemine ihtiyaç vardır. Bu yolağın herhangi bir yerinde kesinti olması ağrıyı azaltır ya da keser. Örneğin steroid olmayan ağrı kesiciler uyarıcıyı azaltarak, lokal yada spinal anestezi nöral yollarda iletimi engelleyerek, genel anestezi santral sinir sistemi (SSS)’nin inhibasyonu ile ağrıyı keser. Ağrı santral sinir sistemi tarafından algılandıktan sonra ise uygun cevaplar oluşturulur (Demir, 2017).

Ağrı uyaranları; Abdominal ağrının oluşumunda kimyasal ve mekanik olmak üzere iki şekilde uyarıdan söz etmek mümkündür. Kimyasal uyaranlar travma, radyasyon, enfeksiyon, iskemi, nekroz sonucu ortaya çıkar ve ağrı oluşturduğu gibi dokunun ağrı eşliğini düşürerek daha hassas hale gelmesine neden olur. Kimyasal uyaran grubundaki Hidrojen ve Potasyum iyonları, histamin, serotonin, bradikinin, prostaglandinler, lökotrienler ağrı duyusu oluşturan başlıca mediatörlerdir (Demir, 2017).

Uyarı algılayan reseptör; Ağrılı uyarı alan reseptörler nosiseptörler olarak isimlendirilir. Başlıca kimyasal ve mekanik uyaranları algılayan reseptörler mevcuttur. Kimyasal reseptörler daha çok mukoza ve submukozada bulurlar. Mekanoreseptörler ise daha çok içi boş organların mükül tabakası içinde, solid organların kapsülünde, mezenterde bulunurlar ve gerilme, obstrüksiyon ya da motilitenin artması ile oluşan mekanik uyaranları algırlar. Uyarı ileten nöroanatomik yollar ve santral sinir sistemine uyarı ileten (afferent) A delta tipi ve C delta tipi olmak üzere iki tip sinir lifleri içerir. Ağrılı uyaran, nosiseptör adı verilen ağrı reseptörleri tarafından algılanarak periferden medulla spinalise A delta ve C lifleri ile iletilmektedir. A delta lifleri iyi lokalize edilen keskin ağrının iletiminden, miyelinsiz C lifleri ise daha zor lokalize edilebilen künt ağrıdan sorumludur. Ağrı iletim sisteminin fizyolojik süreçleri; (Demir, 2017; Yağcı ve Saygın, 2019; Yücel, 2014).

a) Ağrının Hissedilmesi: Ağrı uyarısının elektriksel uyarı haline dönüştürülerek medulla spinalise iletilmesi *transdüksiyon* olarak adlandırılmaktadır.

b) Ağrının İletilmesi: Ağrı uyarısının sensoriyal sistem boyunca santral sinir sistemine iletilmesi *transmisyon* olarak adlandırılmaktadır. Burada nöron yolları bulunmaktadır ve üç bileşenden oluşmaktadır.

- Primer sensoryal afferent nöronlar: elektriksel aktiviteyi spinal korda iletmeleri
- Kontrol sistem nöron nöronlar; uyarının spinal korda, ascendan ileti sistemi ile beyin sapı ve talamusa iletilmesi
- Talamokortikal projeksiyon; ağrının sensoryal diskriminatif komponentinin oluşumu (ağrının şiddeti, lokalizasyonu ve niteliği)

c) Ağrının Düzenlenmesi: Transmisyon ile gelen iletinin inen nöron yolları (serotonin, norepinefrin, dopamin, noradrenalin, spinal kord) ile azaltılması *modülasyon* olarak adlandırılmaktadır. Yani nonspesifik bilginin bazı endojen mekanizmalarla değiştirilmesidir.

d) Ağrının Algılanması: Ağrı oluşumunun son basamağı ise ağrının algılanması olan *persepsiyon* olarak adlandırılmaktadır.

2.3.3. Ağrı Kontrol Teorileri

Ağrı algısının karmaşık doğasını açıklamak için 1880'li yıllarda teoriler geliştirilmeye başlandığı bilinmektedir. Nörofizyolojik ve psikolojik çalışmaların katkısıyla ağrı için başka teoriler geliştirilmeye başlanmıştır. Ağrı mekanizmasını anlatan, farmakolojik ve nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin etkisini açıklayan kapı kontrol ve endorfin teorisi günümüzde de en çok kabul edilen teorilerdendir (Yücel, 2014).

1. Kapı Kontrol Teorisi (KKT) : Kapı Kontrol Teorisi, 1965 yılında Ronald Melzack ve Patrick Wall tarafından ileri sürülmüştür. Bu teori ile merkezi sinir sisteminin ağrı sürecindeki rolünün önemi artmıştır. Ağrının şiddeti ve varlığı nörolojik uyarıların geçişine bağlıdır (Dikmen, 2013; Yağcı ve Saygın, 2019; Yücel, 2014). KKT üç önerme ile açıklanmaktadır. **Bunlardan birincisi**, ağrının varlığı ve şiddeti nörolojik uyarıların geçişine bağlıdır. Deriye dokunma; masaj, soğuk/sıcak uygulama, transkütanöz elektrik sinir stimülasyonu (TENS) ve akupunktur vb deri uyarılarsa ağrı giderebilir. **İkincisi**, sinir sistemindeki kapı kontrol mekanizmaları ağrı geçişini kontrol eder. Kişi yeterli ya da aşırı duyuşal girdi alırsa, beyin sapı ağrı uyarılarının geçişini baskılayarak kapıyı kapatır, eğer duyuşal girdi az ise ağrı uyarıları baskılanmaz. Buna örnek; dikkati başka yöne çekme ve hayal kurma gibi uygulamaların iyi planlanması ile ağrıyı kontrol altına alınabilir. **Üçüncüsü**, eğer kapı açık ise ağrı duyusu ile sonuçlanan uyarılar bilinç düzeyine ulaşır, eğer kapalıysa bilinç düzeyine ulaşmaz ve dolayısıyla ağrı hissedilmez. Ağrının nedeni konusunda doğru bilgi verilmesi, kontrol duygusunun sağlanması, anksiyete veya depresyonda azalma ağrı toleransını artırır. Ağrı ile ilgili geçmişte yaşanan deneyimler bireyin o anda ağrısına vereceği yanıtı etkileyebilir. Kısaca, ağrılı uyarılar medulla spinalisteki nöral mekanizma ile artırılarak ya da azaltılarak üst merkezlere gider (Dikmen, 2013; Yücel, 2014).

2.Endorfin Teorileri (Endojen Analjezik Mekanizmalar): Vücudun kendisinin salgıladığı, opioidlere benzer maddelere “Endorfin” adı verilmektedir. Endorfin’in kelime anlamı ise, endojen ve morfin kelimelerinin bileşim ile oluşmuştur. Endorfinler, ağrı uyarısının geçişini durdurmak ve uyarıların bilinç düzeyine ulaşmasını önlemek için spinal kord ve beyindeki opioid reseptörlerde tutulurlar. Böylece uyarıların bilinç düzeyine ulaşması önlenmiş olur ve ağrı uyarısı bloke edilir. Endorfin azaltan durumlar; uzun süreli devam eden ağrı, tekrarlayan stres, alkol ya da morfinin uzun süre kullanımıdır. Endorfini arttıran durumlar ise; hafif ağrı, az miktarda stres, fiziksel egzersiz, yoğun travma, akupunkturun bazı tipleri olarak sıralanmaktadır (Dikmen, 2013; Yücel, 2014).

2.3.4. Sezaryen Sonrası Ağrı Yönetimi

Sezaryen sonrası dönemde ameliyat yerinde ağrıya ek olarak gaz çıkaramama ve dışkılamaya ilişkin sorunlar da yaşanmaktadır (Ünsal ve ark., 2018). Sezaryen sonrası gaz çıkaramama ve dışkılama ile ilgili sorunlar ağrının artmasına neden olabileceğinden bu problemleri gidermek için de planlama ve uygulamaların yapılması gerekmektedir (Şimşek ve Ecevit, 2020). Sezaryen sonrası gastrointestinal sisteme ilişkin bulantı-kusma ve ishal dışında %21,8 karın ağrısı %7,4 karında şişlik görüldüğü belirtilmektedir. Gastrointestinal sistemdeki inflamasyon ve opioid analjezikler bağırsak hareketliliğinde bozulmaya neden olmaktadır. Ameliyat sonrası gastrointestinal sistemdeki sorunları tek tek ele almak yerine, bağırsak hareketliliğini arttırmak için ya da bağırsakları hızlı bir şekilde eski haline getirmek için uygulamaların yapılması önerilmektedir. Bu kapsamda hareket etme, oral alımı erken başlatma ve sakız çiğneme önerilmektedir (Hochner ve ark., 2015).

Sezaryen sonrası insizyonel ağrının yönetiminde, daha çok farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Sezaryen sonrası ağrı tedavisinde analjezik seçimi diğer cerrahi girişimlere göre farklılık göstermektedir. Sezaryen sonrası analjezik uygulamalarında; anne ve bebek verilen ilaçların yan etkilerinden korunmalı, anne ile bebek ilişkisi ve verilen ilacın anne sütüne geçişi de göz önünde bulundurulmalıdır (Akarsu ve ark., 2010; Hüseyinoğlu ve ark., 2011; Şimşek ve Ecevit, 2020). Post-sezaryen ağrı olarak da adlandırılan sezaryen sonrası insizyonel ağrı yönetiminde yer alan hedefler arasında;

istirahat ve hareket halinde en düşük ağrı skorları, en yüksek hasta memnuniyeti, en düşük yan etki insidansı, minimal neonatal etki ve ekonomik uygunluk yer almaktadır. Bu hedefler doğrultusunda sezaryen sonrası analjezi protokolünde; tek doz santral aksiyal opioidler, hasta kontrollü epidural analjezi (HKEA), hasta kontrollü intravenöz analjezi (HKİVA) ve multimodel yaklaşımlar yer almaktadır (Macintyre ve Schug, 2021; Potter ve ark., 2023; Potter ve ark., 2016)

1. Tek doz santral aksiyal opioidler: Sezaryen sonrası analjezi için genellikle tek doz spinal-epidural opioidler (morfin, fentanil, sufentanil, hidromorfin, meperidin) kullanılmaktadır. Yaklaşık olarak 24 saat süren bu yöntemin ardından oral narkotik, non steroid, antienflamatuar ilaçlar kullanılabilir (Macintyre ve Schug, 2021; Potter ve ark., 2023; Potter ve ark., 2016; Sousa ve ark., 2009).

2. Hasta kontrollü epidural analjezi (HKEA): Bu yöntem ağrının giderilmesinde oldukça yaygın kullanılan bir yöntemdir. Hasta memnuniyeti, analjezi etkinliği, total narkotik ilaç kullanımında azalma ve minimal sedasyon etkisi ile epidural analjezi yöntemi intravenöz ve intramüsküler analjeziye göre daha önem kazanmıştır (Kömürcü ve ark., 2013). Bu yöntemin en önemli dezavantajı ise hasta kontrollü epidural analjezi cihazından kaynaklanan sorunlar ve maliyetidir.

3. Hasta kontrollü intravenöz analjezi (HKİVA): Bu yöntem genellikle genel anestezi uygulanan sezaryenlerde tercih edilmektedir. Aralıklı ilaç uygulanmasından daha etkili bir analjezi sağlar. Bu tür analjeziden kaynaklanan solunum depresyonu riski bulunmaktadır (Macintyre ve Schug, 2021).

4. Multimodal yaklaşım: Sezaryen sonrası ağrı kontrolünde rejyonel yöntemlere alternatif olarak en sık kullanılan ilaçlar opioid ajanlardır. Amerikan Ağrı Derneği postoperatif ağrı yönetimine ilişkin 2016 yılı kılavuzunda klinisyenlerin, kontrendikasyonu olmayan hastalarda postoperatif ağrının tedavisi için multimodal analjezinin bir parçası olarak asetaminofen veya nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAİİ) ya da her ikisi birlikte kullanımını iyi bir analjezi sağlaması açısından önerilmektedir (Chou ve ark., 2016). Multimodal analjezinin gereği, akut ağrı tedavisinde farmakolojik tedavinin yanında masaj, soğuk-sıcak uygulama, TENS uygulaması, müzik

dinletme, hipnoz gibi farmakolojik olmayan yöntemler de kullanılmalıdır (Tura ve Erden, 2022).

Bahsi geçen opioid türevi ilaçları yer aldığı sistemik ağrı kontrolü sıklıkla insizyon ağrısına bağlı akut keskin ağrının kontrolüne yöneliktir. Bilindiği gibi uterus involüsyonu sürecinde ağrının en temel nedeni prostoglandin salınımına bağlı kontraksiyonların yarattığı akut bir ağrıdır ve tedavide sıklıkla nonsteroid antiinflatuar ya da siklooksijenaz (COX) inhibitörü ilaçlar verilmektedir. Oysa distansiyona bağlı ağrı her iki ağrıdan farklı nedene bağlı ve farklı nitelikte olduğu için ne opioid türevi ne nonsteroid ilaçlar ağrının kontrolünde fonksiyonel değildir. Distansiyona bağlı ağrının kontrolü için bağırsak motilitesinin aktif biçimde başlaması ve hastanın gaz çıkışının sağlanmasıdır. Gaz çıkışı ile birlikte azalan distansiyon sonrası ağrı kendiliğinden azalmaktadır. Tezin konusu gereği Paula Yöntem Egzersizlerinde temel amaç bağırsak reaktivasyonunu sağlayarak distansiyonu ve distansiyona bağlı ağrıyı azaltmaktır. Dolayısı ile klinik rutinde kullanılan analjeziklerin distansiyon ağrısının kontrolünde çok etkili olmadığı gibi kullanılan opioid miktarı fazla ise bağırsak motilitesinin başlamasını geciktirmektedir. Bu kapsamda tez çalışmasında klinik protokolünde kullanılan analjezikleri hem girişim hem de kontrol grubu hastalarında homojen dağılım göstermesi sağlanmıştır. Nitekim distansiyonun kontrolü, gaz çıkışının ve defekasyonun sağlanması doğası gereği distansiyon ağrısına yönelik tek ve etkin bir yöntemdir.

2.5. Paula Yöntem Egzersizleri

2.5.1. Paula Yöntem Egzersizleri Tanımı ve Tarihçesi

Paula Ring Muscle (Paula Halka Kası) Egzersiz Metodu, vücudun doğal olarak kendini iyileştirme yeteneğine dayanan bir yöntemdir. Bu yönteme dayalı egzersizler, yaşamın temel hareketlerine göre işlev gören ve vücut açıklıklarının etrafında bulunan çeşitli yuvarlak kasların (açma ve kapama, kasılma ve serbest bırakma hareketleriyle) harekete geçirmeye dayanmaktadır. Yöntemin yaratıcısı ve geliştiricisi Paula Garbourg'dur. Yöntem; Paula Garbourg'un yuvarlak/dairesel (halka) kasların vücudun tüm sistemlerine karşılıklı olarak bağlı tek bir sistem olarak işlev gördüğünü keşfetmesi ile başlamıştır. Paula Yöntem Egzersizleri (PYE), vücuttaki tüm dairesel kasların birbirine bağlı olduğu ve bu nedenle bir dairesel kasın kasılması ve gevşemesi, bağırsak kasları da dahil olmak

üzere diğer istem dışı tüm dairesel kasların harekete geçmesine neden olduğu ilkesine dayanan bir egzersiz olarak belirtilmektedir (Liebergall-Wischnitzer ve ark., 2005; Liebergall-Wischnitzer ve ark., 2013; Liebergall-Wischnitzer ve ark., 2009; Liebergall-Wischnitzer ve ark., 2012; Liebergall-Wischnitzer ve ark., 2020; Zukerman ve ark., 2005).

Ring Muscle Metodu'nun kurucusu ve geliştiricisi Paula Garbourg (1907-2004), Almanya'da (Hamburg) doğup, Berlin'de büyümüştür. Gençlik yıllarında klasik bale, piyano ve şan eğitimi almıştır. Paula Garbourg'un; zeki, kararlı ve yaratıcı, asla pes etmeyen ve zorluklara teslim olmayan bir kadın olduğu belirtilmektedir. Otuzlu yaşlarda ailesiyle birlikte İsrail'e göç ederek Tel Aviv'de yaşamaya başlamıştır. Genç yaşta (35 yaş) doktorlar tarafından geri kalan hayatını tekerlekli sandalyeye mahkûm devam edeceği bir hastalığa yakalandığının söylenmesi sonucunda hayatında büyük değişiklikler olmuştur. Okul yıllarındaki eğitim ve şan eğitimi sırasında parmak uçlarında dururken hissettiği duyguyu hatırlayarak, bazılarını çalışmalarından aşına olduğu ve bazılarını ise kendisinin fark ettiği çeşitli hareketleri denemeye başlamıştır. Yaptığı bu egzersizlerin yavaş yavaş acısını azalttığını, bir hareketin diğerine yol açtığını fark etmiştir. Böylece, çeşitli kaslar arasında özellikle de halka kasları ile tüm vücut arasındaki bağlantıları merak etmeye ve incelemeye başlamıştır. Kendine yardım etme arzusu ve güçlü iradesiyle keşiflerini saatlerce uygulamış ve acısı azalıp ve sonunda tamamen iyileşmeyi başarmıştır (<https://paula.org.il/en/about-the-method/the-principles/> Erişim tarihi: 27 Eylül 2022).

Masaj ve anatomi eğitimi aldığı ortopedi doktoru Paula'nın tasarladığı egzersizlerle kendini iyileştirmesinden etkilenmiş ve Paula'nın tasarladığı bu egzersizleri diğer hastalar üzerindeki etkisini de incelemeye başlamıştır. Paula'dan hastalarını kliniğinde kendi gözetimi altında tedavi etmesini istemiş ve yöntemin birçok ortopedik sorunlu hastalarında yardımcı olduğunu gözlemlemiş, onu bağımsız çalışmaya başlaması için teşvik etmiştir. Yaklaşık elli yıl boyunca Paula her yaştan çok sayıda hastayı başarıyla tedavi etmiş, yıllar boyunca yöntemi geliştirmiş ve çalışmalarına devam etmesi için eğitilmiş ve sertifikalı terapistler yetiştirmiştir. 1982'de "Halka Kaslarının Sırrı" adlı kitabını yayınlamış, çeşitli alanlardaki doktorlar yöntemi kendileri deneyimleyip uygulamışlar, uzun süreli gözlemler ve çalışmalar yapmışlardır. Paula Yöntem Egzersizleri uzun yıllar araştırmaya, genişletmeye ve iyileştirmeye devam etmiş, aynı

zamanda giderek daha fazla soruna ve koşula uygulanmıştır. Aynı zamanda egzersizler Paula Yöntem Egzersizi olarak da literatüre geçmiştir. Şu anda ibrance ve İngilizceden oluşan yöntemin gelişimi ve yararlarının anlatıldığı, eğitimcileri yetiştirilmekte olan web sitesi bulunmaktadır. İsrail ve Amerika Birleşik Devleti Florida kentinde Paula Gardourg Institite bulunmaktadır (<https://paula.org.il/en/about-the-method/the-principles/> Erişim tarihi: 27 Eylül 2022; <https://www.paulamethod.com/>Erişim tarihi: 28 Şubat 2024).

2.5.2.Paula Yöntem Egzersizlerinin Özellikleri

Paula Yöntem Egzersizleri, vücudun doğal kendini iyileştirme yeteneğine dayanır. Yöntemin yaratıcısı ve geliştiricisi Paula Garbourg, çeşitli halka kaslarının tüm vücut sistemlerine karşılıklı olarak bağlı tek bir sistem olarak işlev gördüğünü ve vücudun kendini iyileştirme yeteneğini uyardığını keşfetmiştir. Halka kasları sistemi anatomik değil, işlevsel bir sistemdir. Bu sistem; göz, ağız, idrar yolları ve anüs çevresindeki tüm yuvarlak kasları ve ayrıca kaşlar, gözbebekleri, burun delikleri, dil, kulaklar, eller ve ayaklar gibi yuvarlak olmayan kasları da içerir. Halka kas sistemi; diyafram, sindirim sistemi, kan damarları, sinir sistemi, solunum sistemi, üro-genital sistem ve vücudun tüm kaslarını etkiler. Halka kas sistemi ve vücut birbirini etkiler, birindeki herhangi bir dengesizlik diğerine yansır, halka kasındaki dengesizlik diğer tüm halka kaslarını ve bağlı tüm vücut sistemini etkiler. Tam tersi de geçerlidir, vücut sistemindeki bir dengesizlik bir veya daha fazla halka kasını etkiler. Her iki durumda da bir halka kası aktive edilerek durum düzeltilir. Uygun durumdaki bir halka kası, zayıf, gevşek veya gergin olan uzaktaki bir halka kasını dengelemenin anahtarı olabilir. Benzer şekilde, iskelet kaslarını tedavi etmenin anahtarı da düzgün işleyen bir yuvarlak kas olabilmektedir. Aynı şekilde, istemsiz sistemleri etkilemek için istemli dairesel kasların kullanılması da mümkündür. Paula Yöntem Egzersizleri çok basit, uygulaması kolay ve etkileri de istem dışı iyileştiricidir. **Örneğin:** Nasıl solunum yapacağına dair bir talimat verilmez, ancak diyaframı ve kaburgalar arasındaki kasları istemsiz olarak etkileyen bir egzersiz yaptırılarak solunum problemleri düzeltilir. Nasıl bir postürde durulacağına, karın veya sırtın nasıl tutulacağına ilişkin talimatlar vermez, ancak sfinkterlerden biri için yapılan egzersiz ile postür uygun hale gelir. Uygulama yapan kişiye istemli olarak vücudunu gevşetmesi söylenmez, ancak egzersizler ile birlikte kendiliğinden gevşeme sağlanır (Macintyre ve Schug, 202;

<https://paula.org.il/en/about-the-method/the-principles/> Erişim tarihi: 27 Eylöl 2022). Paula Yöntem Egzersizleri için, her gün özel bir zaman ayrılması, aşağıdaki uygulamalardan biri ya da daha fazlasını kullanarak gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

Zincirleme reaksiyonları dikkate alarak ve farkında olarak egzersiz yapmak: Dikkat ve konsantrasyon ile egzersizlere başlanır, her bir egzersiz sırasında egzersizlerden kaynaklanan ve kendiliğinden oluşan yeni zincirleme reaksiyonlar da dikkate alınır. Egzersizler uygulanırken kişi zamanla; dinlemeyi, dikkat etmeyi ve bu zincirleme reaksiyonlara müdahale etmemeyi öğrenebilmekte, halka kaslarından birinin çalıştırmasının sonu gelmeyen hareketler zincirine ve nihayetinde zayıf noktalara ulaşan ve onları onaran reaksiyonlar olduğunu da görebilmektedir. Zincirleme reaksiyonlar, birey ve bireyin durumuna göre oluştuğı için her bireyde farklılık göstermektedir. Aynı zamanda aynı kişinin tepkileri farklı zamanlarda ve farklı koşullarda değışiklik göstermektedir. Zincirleme reaksiyonlar farklı ihtiyaçlara cevap verdiğı için her uygulayan kişide farklı şekilde deneyimlenir ve sonuçları da farklı şekilde gözlemlenir. **Örneğın,** bazı bireyler göz kapaklarını kasıp serbest bırakmaktan oluşan bir egzersiz yapar, başka birileri nefesi üzerinde çalışır ve ses çıkarabilir, diğeri bir kişi çok küçük hareketler yapar ve bir başkası ise büyük ve ajite hareketler yapabilir. Bazen iyileşme, uygulayıcıların bedenlerinde meydana gelen zincirleme reaksiyonların farkında olmadan egzersizleri yapmaları durumunda gerçekleşebilmektedir (<https://paula.org.il/en/about-the-method/the-principles/> Erişim tarihi: 27 Eylöl 2022).

Zincirleme reaksiyonların farkında olmadan egzersiz yapmak: Yalnızca egzersizi yapmaya odaklanan uygulayıcı, hiç farkında olmadan vücudun çeşitli reaksiyonlarına izin vererek zincirleme reaksiyonların deneyimlenmesine ve hissedilmesine olanak sağlamaktadır (<https://paula.org.il/en/about-the-method/the-principles/> Erişim tarihi: 27 Eylöl 2022).

Egzersiz yapmadan egzersiz yapmak: Egzersiz olmadan çalışmaya “*serbest çalışma/egzersiz*” denir. Herhangi bir egzersizin uyarısı olmadan, uygulayıcı doğrudan spontane hareketlerle ve vücudundaki şıfa kaynaklarıyla bağlantı kurar. Egzersizler doğası gereğı günlük hayata kolay entegre edilebilir. Günlük hayatın her aşamasında (yeme, içme, oturma, ayakta durma, ayağı kalkma, tırmanma ve yürüme, sürüş, TV

izleme, bilgisayar çalışması, uçuşlar, sırada bekleme, yemek pişirme, okuma ve konuşma vb) uygulanabilmektedir. Mesleki faaliyetler sırasında da (dans etmek, şarkı söylemek, oyunculuk yapmak, spor yapmak ve enstrüman çalmak) egzersizler kolaylıkla yapılabilir. Egzersizler minimum dikkat ile mekanik olarak yapılabilir ve genellikle vücutta zorlanma olmaz. Egzersizler vücudun dengelenmesi gereken kısmına ulaşarak; ağrıyı giderir, gevşeme gerektiren kasları gevşetir, zayıf kasları güçlendirerek iç vücut sistemini normal işleyişine döndürmektedir (Macintyre ve Schug, 2022; <https://paula.org.il/en/about-the-method/the-principles/> Erişim tarihi: 27 Eylül 2022).

2.5.3. Paula Yöntem Egzersizlerinin Avantajları ve Kullanıldığı durumlar

Paula Yöntem Egzersizlerini uygulamak; ayrıntılara dikkat, disiplin, odaklanma, kendine güven, öz kontrol ve bedenle güçlü bağların kurulmasını sağlar. Yöntem, zihinsel, duygusal ve fiziksel durumdaki her yaştan bireyler için uygundur. Rehber tarafından yapılan bir planlama ve rehberlik döneminden sonra birey, kendisine yardımcı olacak, sağlığını iyileştirecek ve daha iyi bir yaşam kalitesi elde edecek araçları ve yöntemleri edinir. Paula Yöntem Egzersizleri kişinin benlik imajını ve özgüvenini güçlendiren, kişinin bedeniyle benzersiz bir bağ oluşturan bir kişisel gelişim aracıdır. Egzersizler vücuttaki sistemlerin işlevselliğini korumak ve vücudu güçlendirmek, yanlış alışkanlıkları düzeltmek, ses gelişimi, müzik aletleri çalma, dans etme ve oyunculuk için de uygundur (<https://paula.org.il/en/about-the-method/the-principles/> Erişim tarihi: 27 Eylül 2022).

Tıbbi Durumlar ve Problemlerin Tedavisi

- Solunum sistemi; astım, bronşit, stridor gibi solunum problemleri,
- Ortopedik problemler; duruş problemleri, sırt ağrıları, skolyoz, kifoz, boyun ve ense ağrıları, diz ağrıları, eklem ağrıları, artrit,
- Sindirim sistemi; kabızlık, ishal, irritabl bağırsak, hemoroid, fissür, fistül, idrar kaçırma, prolapsus rektum, mide problemleri,
- İdrar yolu; idrar kaçırma, idrara çıkma sıklığı ve aciliyeti, irritabl mesane, enüreziste, mesane prolapsusu, prostat hipertrofisi,
- Üreme sistemi; pelvik tabanın güçlendirilmesi, rahim sarkması, vajina sarkması, adet sancısı, adet düzeni, vajinismus, cinsel işlev sorunları,
- Hamilelik/Doğum; hamilelikte, doğuma hazırlık, doğumda, doğum sonu dönem,
- Rehabilitasyon; kazalardan ve ameliyatlardan sonra, paralizi, fasiyal paralizi,

- Dejeneratif hastalıklar; Multipl Skleroz, Parkinson vb,
- Baş ağrısı ve migrende, ses kısıklığı vb sorunlar,
- Fobiler ve travma sonrası bozukluklar; gerginlik, konsantrasyon güçlüğü, uyku sorunları,
- Çocuklar; altını ıslatma, konsantrasyon güçlüğü, çeşitli gelişimsel problemler, serebral palsi gibi tüm durumlarda kullanılabilmektedir.

Paula Yöntem Egzersizleri ve Özellikleri

- Egzersiz; kol ve sırt kasları, ses egzersizleri, hayal gücü egzersizleri ile halka kasları üzerinde yapılır. Egzersizler vücudun ihtiyacına göre yönlendirilir ve teşvik edilir.
- Egzersizler hastanın durumuna ve yeteneğine göre terapist tarafından (oturma, yatma, ayakta durma veya yürüme gibi) planlanır. Uygulamaların ne şekilde ilerleyeceğini terapist seans sırasında egzersizlere hastanın tepkilesine göre önerir.
- Egzersiz genellikle 45 dakika sürer.
- Egzersizler vücutta zincirleme reaksiyonları uyarır. Genellikle reaksiyonlar fiziksel-duyusal veya motor reaksiyonlardır. Bazen duygusal tepkiler meydana gelebilir, hasta ve terapist duygusal problemleri göz ardı mı edecek ya da bunlarla ilgilenecek mi birlikte karar verir.
- Egzersizler 12-20 ders arasında değişir ve iki veya üç dersten sonra sürecin nasıl ilerleyeceği netleşmeye başlar.
- Paula yönteminde “doğru” veya “yanlış” yoktur. İnsanların ihtiyaçlarına göre aynı egzersizlere farklı tepkilerle devam edilir. Tepkiler, güçlü ve dışa dönük, içe dönük ve narin, gevşeme, rahatlama ve uykuya kadar değişebilen şekilde devam edebilir. Yani hiçbir şey sabit değildir ve bazen “hiçbir şey olmadığı” bir dönemden sonra vücut çalışma şeklini değiştirir ve tepkiler verebilir.
- Yöntemden faydalanmak için kusursuz olmanıza gerek yoktur. Her insan kendi karakterine göre faydalanır.
- Birey kendini zayıf ve yorgun hissettiğinizde, ağrı ve kısıtlamalar olduğunda bile egzersiz yapmak mümkündür (<https://paula.org.il/en/about-the-method/the-principles/> Erişim tarihi: 27 Eylül 2022).

2.5.4. Paula Yöntem Egzersizleri Kullanılarak yapılan Çalışmalar

Paula Yöntem Egzersizleri ile ilgili literatürdeki çalışmalara bakıldığında ise; Stres inkontinansında Paula Yöntem Egzersizi etkinliğini belirlemek amacıyla, 59 kadınla randomize kontrollü çalışma yapılmış. PYE'nin idrar kaçırmayı azaltma etkili, yaşam kalitesi puanlarında attırmada etkili ve dolayısıyla stres inkontinansı için etkili olduğu belirtilmektedir (Liebergall-Wischnitzer ve ark., 2005).

126 kadınla yapılan Randomize kontrollü başka bir çalışmada; Paula Yöntem Egzersizleri ile Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin, Üriner Stres İnkontinansı olan kadınların cinsel fonksiyon ve yaşam kalitesine etkisine incelenmiştir. Çalışmada, Üriner Stres İnkontinansı olan kadınlarda Cinsel Fonksiyon ve Yaşam Kalitesi üzerinde her iki egzersiz yöntemi de etkin olduğu bulunmuştur (Liebergall-Wischnitzer ve ark., 2012).

Üriner Stres İnkontinans olan 245 kadın, Paula Yöntem Egzersizleri ve Pelvik taban Kasları Eğitimine rastgele atanmışlar. Her iki grupta da subjektif üriner şikayetlerde ve yaşam kalitesinde iyileşme gözlenmiş, her iki yöntem de üriner stres inkontinansı olan kadınlarda etkili olduğu ancak idrar kaçırma (gr) oranı açısından PYE'nin üstün olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (Liebergall-Wischnitzer ve ark., 2009).

Üriner stres inkontinansı olan 143 kadınla randomize kontrollü klinik araştırma yapılmıştır. Paula Yöntem Egzersizleri 64 ve Pelvik Taban Kas Egzersizleri 79 kadınla araştırma gerçekleştirildi. Her iki gruba eğitim ve müdahale (uygulama) gerçekleştirilmiş daha sonra altı aylık takip verileri telefon görüşmesi ile toplanmıştır. İdrar kaçırma sıklığı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş, PYE grubu kadınların 25'i (%39.7), Pelvik taban kas grubu kadınlar 18'e (%22.8) kıyasla, çalışmanın tamamlanmasının ardından düşük bir inkontinans oranı bildirmiştir ($P=.03$). Her iki müdahale yönteminde de 6 aylık bir süre içinde üriner inkontinans sıklığını azaltmıştır. Sonuçlarda, PYE grubu kadınlarda, Pelvik Taban Kas Egzersizinden daha düşük idrar kaçırma sıklığı görülmüştür (Liebergall-Wischnitzer ve ark., 2013).

Sezaryenle doğum yapan kadınlarda gastrointestinal (GI) aktivitenin yeniden başlatılmasında standart bakıma ile Paula Metodu Egzersizleri (64 kadınla randomize kontrollü çalışma) karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucunda, ilk gaz çıkışına kadar geçen süre müdahale grubu (PYE) lehine farklı bulunmuştur (24.07 [6.85] saate karşı 39.07 [10.37] saat; $p < .001$). Paula Metodu egzersiz grubunda, ilk gaz çıkışı, kontrol grubuna kıyasla önemli ölçüde daha erken gerçekleşmiştir. Paula Metodu egzersiz grubunda ilk defekasyona çıkma süresi fark istatistiksel anlamlı olamasa da daha erken gerçekleşmiştir (Liebergall-Wischnitzer ve ark., 2021).

Fistül onarımı sonrası inkontinans olan kadınlarda Paula Metod Egzersizlerinin üriner inkontinans, ikincil olarak pelvik taban kuvveti (PFS), yaşam kalitesi, cinsel fonksiyon ve ruh sağlığı üzerindeki etkisini araştırılmakta, sonuçlar henüz tamamlanmamıştır (Aliyu ve ark., 2021).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, sezaryen sonrası “Paula Yöntem Egzersizlerinin” postoperatif distansiyon ve distansiyona bağlı ağrının önlenmesine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Hipotezleri

Sezaryen sonrası postoperatif dönemde; Paula Yöntem Egzersizlerinin uygulandığı girişim grubu kadınlarda, standart bakım uygulanan kontrol grubu kadınlara göre;

H1a: İlk gaz çıkarma süresi daha kısadır.

H1b: Bağırsak seslerinin sayısı daha fazladır.

H1c: İlk defekasyona çıkma süresi daha erkendir.

H1d: Distansiyona bağlı ağrı değerlendirilmesinde VAS skoru daha düşüktür

3.3. Araştırmanın Şekli

Araştırma, tek kör, randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak gerçekleştirildi.

3.4. Araştırmanın Protokolü

Çalışmaya başlamadan önce, çalışmanın nasıl yürütüleceğini gösteren bir protokol hazırlanması önemli aşamalardan biridir. Alanında yeterli uzmanlık ve finansal destek, protokolün uygulanabilirliğini gösteren temel noktalardır. Deneysel çalışmanın tanımlanmasında üç temel noktanın önemine dikkat çekilmektedir. Bunlar, deney/girişim grubu ya da birimi, tedavi/girişim ve tedavi/girişimin değerlendirilmesi olarak belirtilmektedir (Akın ve Koçoğlu, 2017; Chow, 2013; Pocock, 2013). Protokolde konunun araştırılma nedenleri, katılımcı sayısı, katılımcıların nitelikleri, uygulanacak testler, çalışma süresi ve katılımcılardan ne tür bilgiler alınacağı bulunmalı ve uygunluk kriterleri oluşturulmalıdır (Çaparlar ve Dönmez, 2016). (Ek-1).

3.5. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, 23 Haziran 2021- 05 Nisan 2024 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmanın verileri ise Kasım 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde spinal anestezi yöntemiyle sezaryen olmuş araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlarla yürütüldü.

3.6. Araştırma Yerinin Özellikleri

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum anabilim dalında yedi profesör, altı doçent, bir doktor öğretim üyesi, üç uzman, 32 araştırma görevlisi bulunmaktadır. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği 4. Katta A-2 de iki özel oda, altı tek kişilik oda ve 13 çift kişilik oda olmak üzere 34 yatak kapasitelidir. Aynı zamanda 4. Katta A-1 Klinikte sekiz hemşire ve bebek izlem için dört ebe çalışmaktadır. Klinikte genel anesteziye uygulanan hastalara ameliyattan 6 saat sonra, spinal anestezi uygulanan hastalara ise sekiz saat sonra oral alım başlanmakta ve oral alımla birlikte hastanın ilk mobilizasyon süreci başlamaktadır. Spinal anestezi ile sezaryen olan kadınlar sezaryen sonrası 48 saat sonrasında taburcu edilmektedirler.

3.7. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde Kasım 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında sipinal anestezi yöntemi ile sezaryen olmuş kadınlar, örneklemi ise araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve egzersizleri uygulayan sezaryen olmuş 70 kadın oluşturmaktadır.

3.7.1. Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri

Araştırma sorusu ve çerçevesi oluşturulurken popilasyon (P: population), müdahaleler (I: interventions), karşılaştırma grupları (C: comparators), sonuçlar (O: outcomes) ve çalışma desenleri (S: study designs) yararlanılmıştır. Çalışmaya dahil etme ve dışlama kriterleri PICOS (Population, Intervention, Comparasion, Outcomes, Setting/Study Desing) kriterlerine uygun olarak yapılmıştır (Şekil 3.1.).

Araştırmaya Dahil Etme Kriterleri

- ✓ Spinal anestezi ile Cesarean Section (CD) olmak,
- ✓ 18-45 yaş arasında olmak,
- ✓ Sezaryen sonrası altı saat içinde servise kabul edilmek,
- ✓ Kronik Charles Bonnet Sendromu (CBS) hastalığı bulunmamak,
- ✓ Gastrointestinal sistem ile ilgili ciddi bir (ilostomi, kolostomi, irritable bağırsak sendromu vb) hastalık öyküsü bulunmamak,
- ✓ Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak ve onam vermek,
- ✓ Ameliyat sırasında veya sonrasında herhangi bir komplikasyon gelişmemiş olması,

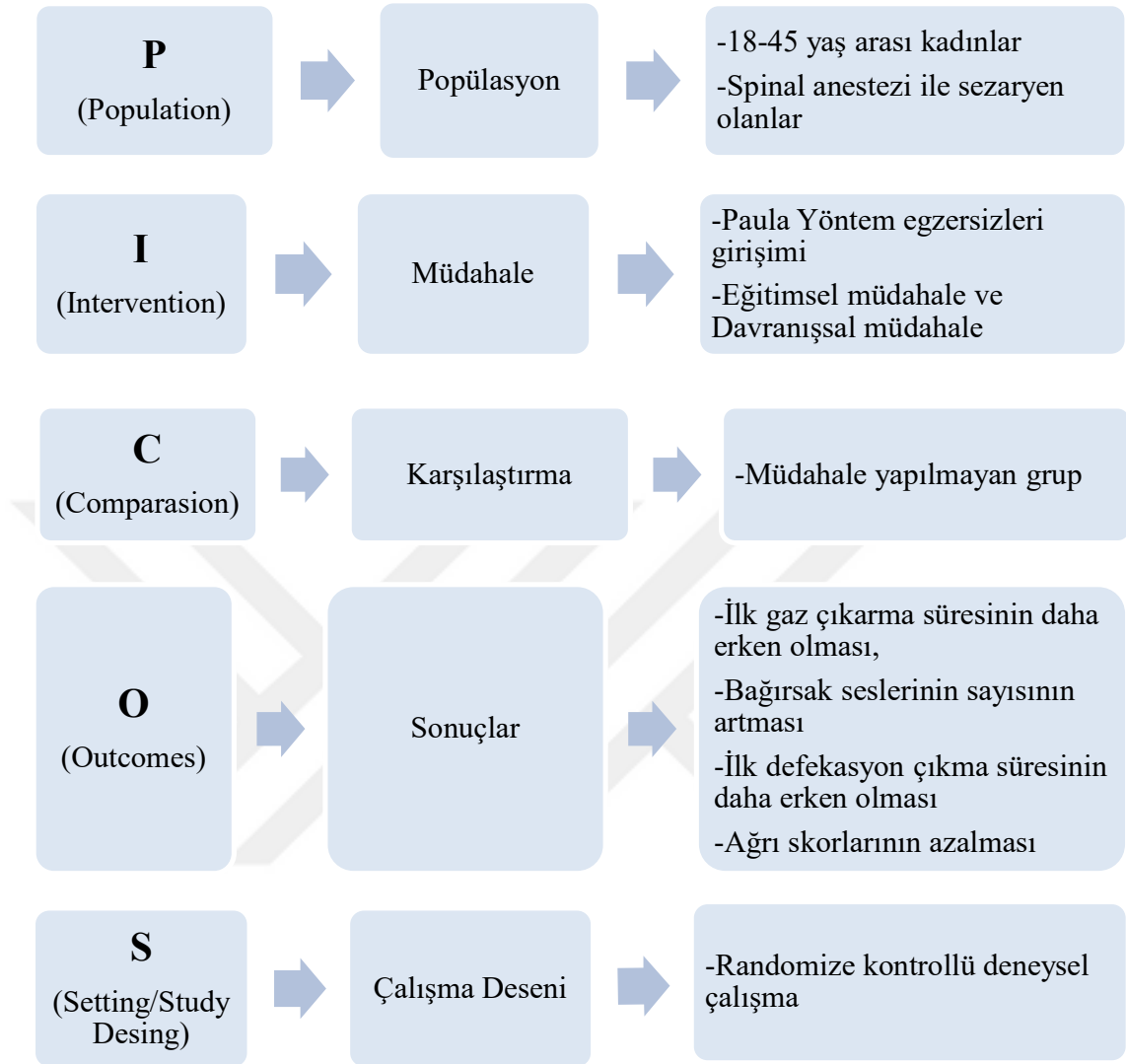
- ✓ Zihinsel engeli ya da algılama sorunu olmamak ve iletişim güçlüğü yaşamamak olarak belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarının etkilenmemesi için; aynı hastane odasında girişim ve kontrol grubu kadın olması durumunda, son olarak aynı odaya yatışı yapılan kadın araştırma harici tutulmuştur.

Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- ✓ Lavman yapılması gereken,
- ✓ Herhangi bir komplikasyon gelişen ve yoğun bakıma alınan,
- ✓ Uygulama sürecine uyum sağlamayan,
- ✓ Bilinç durumu açık olamayan/uygulamalara katılamayacak olan,
- ✓ Sezaryen sonrası ilk 24 saatte taburcu olan,
- ✓ Herhangi bir nedenden dolayı (işitme/konuşma/duyma vb) iletişim kurulamayan kadınlar araştırma kapsamı dışında tutuldu.

Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

Araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilmek isteyen ve eğitim programının tüm aşamalarını tamamlamayan kadınlar araştırmadan çıkarılmıştır. Araştırmadan çıkabileceklerine ilişkin hastalara bilgi verildi.



Şekli 3.1. Population Intervention Comparison Outcome Setting/Study Design (PICOS)

3.7.1. Örneklem Büyüklüğü ve Güç Analizi

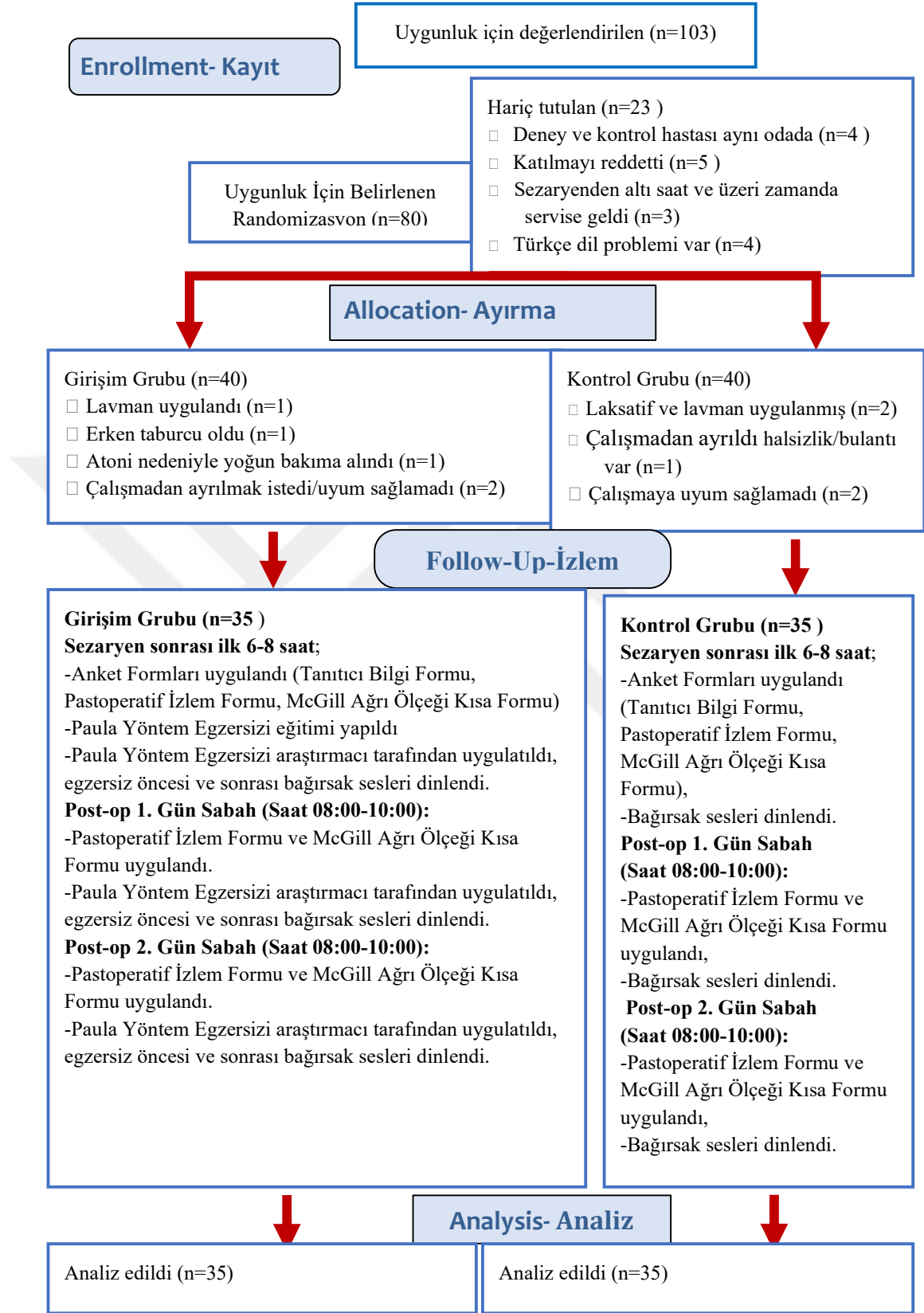
İstatistiksel güç; istatistiksel olarak önemli sonuçlar verebilme olasılığı olarak ifade etmiştir. Gerçek etkiyi ortaya çıkarma yeteneği olarak da ifade edilen istatistiksel güç, sıfır hipotezinin yanlış olduğu zaman reddedilmesine ve araştırma hipotezinin kabul edilmesine imkan vermektedir (Özçomak ve Çelebi, 2017). Gruplar arasında anlamlı bir fark saptanması durumunda bu farkın gerçek olabilme ihtimalidir. Çalışmaların en az %80 güce sahip olması gerekmektedir. Tip1 hata, iki uygulama arasında gerçekte fark yok iken çalışma sonucunda fark bulmak olarak tanımlanmakta ve “p” değeri Tip 1 hata olasılığını

belirtmektedir. Genellikle %5'in altında ($p < 0.05$) p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmektedir (Çapık, 2014). Klinik araştırmalarda etki büyüklüğü değeri önceki benzer araştırmalardan elde edilen girişim ve kontrol gruplarının ortalama ve standart sapma düzeylerine göre hesaplanmaktadır (Aksakoğlu, 2013; Çapık, 2014; Taşdelen ve Kanık, 2009). Etki oranı 0.20 zayıf, 0.50 orta 0.80 geniş etki oranı olarak kabul edilmektedir.

Araştırmada örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için Akdeniz Üniversitesi İstatistik Danışma Biriminden görüş alınmıştır. Çalışma için gerekli örneklem sayısı analiz aşamasından önce ve benzer çalışmadan (Liebergall-Wischnitzer ve ark 2020) referans alınarak hesaplanmıştır. Güç analizi için G power paket programı sürüm 3.1.9.2 kullanılmıştır. Buna göre girişim ve kontrol grubu arasındaki farktan hesaplanan etki büyüklüğü 0.70 alfa değeri 0.05 teorik güç 0,99 alınarak minimum örnekleme alınacak sayı 28 olarak hesaplanmıştır. Çalışmanın verimini arttırmak, olası komplikasyonlar ya da çalışmadan ayrılabilen kadınlar olabileceği varsayıldığı için girişim ve kontrol gruplarında 40 olmak üzere toplan 80 kadın çalışmaya alındı.

3.8. Randomizasyon ile Araştırma Gruplarının Belirlenmesi

Araştırmada evrenden örnekleme kaç kişinin alınacağını belirlenmesi için G power (güç) paketi sürüm 3.1.9.2 kullanılmıştır. Araştırmadaki örneklem sayısı 80 belirlendikten sonra girişim ve kontrol grupları, randomizasyonu www.random.org (<https://www.random.org>) sitesinden yararlanılarak basit-rastgele sayılar tablosu kullanılarak oluşturulmuştur (Belgin ve Koçoğlu, 2017). Randomizasyon sonuçlarına göre gruplara atanan kadınların listeleri tablo haline getirilmiş, böylece girişim ve kontrol grupları belirlenmiştir (Ek-2). Çalışma grubuna araştırmanın yapıldığı zaman aralığında sezaryen olan ve örnekleme alınma kriterlerini taşıyan, aynı zamanda araştırmaya katılmayı kabul eden 80 kadın kabul etmiştir. Onam formu ile çalışmaya katılmayı sözlü ve yazılı onam veren kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir (Ek-15). Ancak araştırmanın uygulama aşamasında çekilmek isteyen ve dışlama kriterleri ile çıkarılma kriterleri sonrası örneklem sayısı 70 olmuştur. Araştırmada CONSORT şemasına göre örneklem grubu ve randomizasyona ilişkin akış şeması oluşturulmuştur (Şekil 3.2.).



Şekil 3.2. Araştırmanın CONSORT iş akış diyagramı

3.9. Araştırmada Körleme ve Tasarım

Körleme; araştırmacıların, öznelere veya çalışmada yer alan çalışanların, her bir öznenin girişimler ya da kontrol grubunda olduğunu bilmediği iki veya daha fazla girişimin karşılaştırıldığı çalışma tasarımlarındandır (Çaparlar ve Dönmez, 2016). Araştırmanın başlangıcında, katılımcıların hangi grupta oldukları ile ilgili bilgilendirme yapılmamıştır. Müdahale grubunda yer alan katılımcılara, çalışmada aktif rolü olduğu için bu grupta yer alan katılımcılara körleme yapılmamıştır. Araştırmada katılımcı hangi grupta yer aldığını bilmiyorsa tek kör (single-blind), araştırmacı da grupları bilmiyorsa çift kör (double-blind) çalışma olarak adlandırılır. İstatistikçi gibi çalışma ile ilgilenen üçüncü bir kişinin de girişimi bilmemesi durumuna ise üçüncü taraf körlemesi (thirdpartyblinding) denir (Çaparlar ve Dönmez, 2016). Araştırmanın başlangıcında, katılımcıların hangi grupta oldukları ile ilgili bilgilendirme yapılmamıştır. Müdahale grubunda yer alan katılımcılara, çalışmada aktif rolü olduğu için bu grupta yer alan katılımcılara körleme yapılmamıştır. Araştırmanın bir tez çalışması olması nedeniyle, uygulama sayısının fazla olması, çoklu girişimlerin uygulanması, uygulamanın deneyimli bir araştırmacı tarafından yapılması gerekliliği nedeniyle çalışma araştırmacı tarafından yapılmıştır. Bu nedenle araştırmacı körlenmemiştir. Toplanan veriler araştırmacılar tarafından “SPSS 25” paket programında A ve B grubu şeklinde kodlanmıştır. Verilerin analizi bağımsız bir istatistik uzmanı tarafından değerlendirildiği ve veri kümesinde Grup A ve Grup B ifadeleri kullanıldığı için üçüncü taraf körlemesi de yapılmıştır. Her iki araştırmacı da çalışma tamamlanıncaya kadar istatistiksel analize kör edilmiştir.

3.10. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında; kadınları tanıtıcı bilgilerini ve gebelik öykülerini belirleyebilmek için *Bireysel Bilgi Formu (EK-3)*, sezaryen sonrası süreci ve beslenme ve bağırsak hareketlerinin takip edildiği *Postoperatif İzlem Formu (EK-4)*, distansiyon ve distansiyona bağlı ağrının değerlendirilebilmesini için *McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu (EK-5)* kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının tamamı girişim ve kontrol grubunun her ikisine de kullanılmıştır.

3.10.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmaya katılan kadınların tanıtıcı bilgilerini ve gebelik öyküsünü belirlemek için literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur (Çuvadar 2023). Bu formda; kadının adı soyadı, yaşı, boy/kilo, eğitim durumu, sezaryen nedeni, gebelik sayısı, doğum sayısı, sezaryen sayısı, son üç ayda GİS’de yaşadığı sorunlara, gebelikte fiziksel egzersiz durumu, gebelikte bağırsak alışkanlığı, gebelikte sıvı tüketimi, gebelikte çay ve kahve tüketimi ve gebelikte beslenmeye yönelik bilgileri kapsayan 15 adet soru bulunmaktadır (Ek-3). Açık uçlu ve çoktan seçmeli soruların bulunduğu form için uzman görüşleri alınmış (Ek-12) geçerlilik indeksi (KGİ) >0,90 olan formda uzman görüşleri doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

3.10.2. Postoperatif İzlem Formu

Postoperatif İzlem Formunda; kadının adı soyadı, operasyon süresi, kliniğe geliş zamanı, günlük uygulanan analjezik miktarı, oral beslenmeye geçiş zamanı, mobilizasyon zamanı, oskültasyonla dakikadaki bağırsak seslerinin sayısı, ilk bağırsak seslerinin hissedildiği zaman, ilk gaz çıkarma zamanı ve ilk dışkılamanın gerçekleştiği zamanı içeren veriler yer almaktadır. Bununla birlikte konstipasyon ve/veya distansiyona yönelik girişim yapılma durumu ve girişimlerin neler olduğunu içeren sorular bulunmaktadır. Araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda açık uçlu ve çoktan seçmeli soruların bulunduğu form oluşturulmuştur (Karaca ve Vural 2022; Kırtıl ve Kanan2021; Odabaş ve Taşpınar 2021; Yasak ve Vural). (Ek-4). Uzman görüşleri alınarak (Ek-12) geçerlilik indeksi (KGİ) >0,90 olan formda uzman görüşleri doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılmış ve 12 sorudan oluşan form oluşturulmuştur.

3.10.3. McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu

Bu çok boyutlu ölçek, 971 yılında Melzack ve Targerson tarafından geliştirilmiş, kullanım zorluğu ve kısıtlılığı nedeniyle 1987 yılında Melzack tarafından McGill Ağrı Anketinin tüm sorularını kapsayacak şekilde yeniden tasarlanmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2007 yılında Yakut ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçek; ağrının duyuşal özelliği, şiddeti ve etkisi hakkında toplam üç bölümde bilgi sağlamaktadır. Birinci bölüm; ağrının duyuşal (11 soru) ve algısal (4 soru) özelliğini belirlemek için 15 tanımlayıcı sorudan oluşmaktadır (Ek-5). Ölçeğin birinci bölümünde duyuşal ağrı puanı,

algısal ağrı puanı ve toplam ağrı puanı olmak üzere üç ağrı puanı elde edilir. Bu sorular sayı değer skalası ile (0=yok, 1=hafif, 2=orta, 3=şiddetli) değerlendirilir. Duyusal ağrı “0-33 puan”, algısal ağrı “0-12 puan”, toplam ağrı ise “0-45 puan” arasındadır. Ölçekten alınan puan arttıkça ağrı düzeyi artmaktadır. İkinci Bölümde; hastanın ağrısının olmamasından, ağrısının dayanılmaz olmasına kadar olan şiddetini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır. Değerlendirilmesi 6’lı likert tipi ölçekle (0=ağrı yok, 1=hafif, 2=rahatsız edici, 3=sıkıntı verici, 4=berbat, 5=dayanılmaz) yapılmaktadır. Ölçekten en düşük “0 puan”, en yüksek “5 puan” alınmaktadır. Puan arttıkça ağrı şiddeti de artmaktadır. Üçüncü Bölümde; hastanın anlık ağrısını değerlendirmek için 10 cm’lik görsel kıyaslama ölçeği yer almaktadır. Hastadan hissettiği ağrıyı 10 cm’lik ölçek üzerinde işaretlemesi talep edilir. Ölçek doğrultusunda “0” hiç ağrının olmadığını “10” ise şiddetli ağrı olduğunu ifade etmektedir. İşaret konulan nokta ile 0 arasındaki mesafe ölçülerek hastanın o andaki ağrı düzeyi belirlenir (Biçici, 2010; Yakut Bayar ve Uygur, 2007). Ölçeğin 2010 yılında geçerlilik güvenirlik incelemesi yapılmıştır (Biçici, 2010)

3.11. Veri Toplama (Girişim) Gereçleri

- ✓ Paula Egzersiz Kartı
- ✓ Paula yöntem egzersizleri eğitim planı
- ✓ Paula Yöntem Egzersizleri Uygulama Protokolü
- ✓ Paula Yöntem Egzersizleri Uygulama Flipcard
- ✓ Paula Yöntem Egzersizleri Video

3.11.1. Paula Egzersizler Kartı

Paula Yöntem Egzersizleri kartı, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuş ve hazırlanmıştır (Liebergall-Wischnitzer ve ark., 2020). “Exercises type in Paula Method” “*Paula Yönteminde Egzersiz türü*” İngilizceden çeviri sonrası Türkçe edit yaptırılmıştır (Ek-17). Uzman görüşleri alınmış ve uzman görüşleri sonrasında gerekli düzenlemeler yapılan karta son şekli verilmiştir (Ek-8). Bu kartın oluşturulmasında çalışma grubu ile benzerlik gösteren yaş grubunda (18-45) bir kadından sözel ve yazılı onamı alınarak resimler çekilerek oluşturulmuştur (Ek-19). Paula Yöntem Egzersizlerinin eğitimi verilen kadın uygulamaları gerçekleştirmesi istenmiş ve bu aşamada egzersizlerin görselleri alınmıştır. Bu kartta; egzersizle ilgili genel açıklama, egzersizin türü, talimatı,

23 adet egzersizleri gösteren uygulama resimleri ve her bir egzersiz için açıklamalar yer almaktadır. Paula Yöntem Egzersizleri uygulama aşamaları ve yönergesini gösteren renkli A-4 boyutunda karton kâğıttan yapılan uygulama aracıdır. Aynı zamanda kartta sezaryen sonrası egzersizi uygulama zamanları ve saat kaydedilecek şekilde oluşturulmuştur.

3.11.2. Paula Yöntem Egzersizleri Eğitim Planı

Paula Yöntem Egzersizleri Eğitim Planı araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuştur. Uzman görüşleri (Ek-12) alınarak gerekli düzenlemelerin yapıldığı formda; eğitimin konusu, grubu, eğitimin tarih ve süresi, eğitimin amacı ve hedefleri, konunun içeriği, eğitim yöntemleri, kullanılacak araç ve gereçler ile değerlendirme kriterleri yer almaktadır (Ek-6).

3.11.3. Paula Yöntem Egzersizleri Uygulama Protokolü

Araştırmacı tarafından oluşturulan protokol; egzersizlerin ne zaman ne kadar, nasıl, ne sıklıkta ve ne şekilde yapılması gerektiğini içeren yönergeyi göstermektedir. Bu form Paula Yöntem Egzersizlerinin hastaya uygulanması sırasında araştırmacıya yol gösterici niteliktedir (Ek-7).

3.11.4. Paula Yöntem Egzersizleri Uygulama Flipcard

Paula Yöntem Egzersizleri kartından oluşturulan flipcard; egzersizlerin uygulama aşamaları ve yönergesini gösteren bir eğitim materyalidir. Paula Yöntem Egzersizleri Uygulama Flipcard'ı egzersizlerin sezaryen sonrası dönemdeki kadınların eğitiminde ve egzersizlerin kadınlara uygulanması aşamasında kullanılmak üzere oluşturulan materyaldir. Paula Egzersizler Kartındaki resimler araştırmacı tarafından onamı alınan gönüllünün resimlerin egzersiz sırasında çekilmesi ile oluşturulmuştur. Flipcard da eğitim/egzersiz uygulayan kadınlar egzersizin yapılış resmini görürken, eğitimci de egzersizin nasıl yapıldığının açıklamasını görebilmektedir. Bu kart uygulamalarda standart oluşturması, her bir egzersiz basamağının atlanmadan yapılması amacıyla oluşturulmuştur (Ek-9)

3.11.5. Paula Yöntem Egzersizleri Video

Katılımcıların uygulama yaparken kullanabilmeleri için/bilgilendirmek için, araştırmacılar tarafından oluşturulmuş görüntü ve yazı içeren Paula Yöntem Egzersizin

nasıl yapıldığını ve uygulama aşamalarını gösteren video kayıdır. Video kaydı için izin ve yazılı onamı alınan birey model olmuştur (Ek-19). Video her bir egzersizin ne olduğu, nasıl yapılması gerektiğini alt yazı ve görselle desteklemektedir (Ek-10).

3.12. Veri Toplama Araçları İçin Uzman Görüşlerinin Alınması

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen tüm veri toplama araçları ve girişim araçları için; Hemşirelik Esasları Öğretim Elemanı (3), Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı (1), Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Elamanı (3), Yabancı Diller Öğretim Elamanı (1) olmak üzere toplam sekiz uzmandan görüş alınmıştır (Ek-12).

Değerlendirme araçlarının hedef kitleye uygunluğu, anlaşılabilir olması gibi önsel çalışmalardan elde edilen uzman görüşleri arasındaki uyum/uyumsuzluk kapsam ya da yapı geçerliliğini değerlendirmek için kullanılmaktadır. Uzmanlar formlardaki her bir maddeyi; a) Uygun b) Madde gözden geçirilmeli c) Madde ciddi olarak gözden geçirilmeli d) Madde uygun değil, şeklinde değerlendirmişlerdir. Davis tekniğine göre yapılan bu değerlendirmede (a) veya (b) seçeneğini seçerek işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek her maddeye ilişkin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) elde edilmiş ve elde edilen değerler $>0,90$ olduğu için KGİ'nin yeterli olduğu görülmüştür (Davis, 1992). Araştırmacılar tarafından alınan görüşler doğrultusunda veri toplama araçları ve girişim araçlarında düzeltmeler yapılarak son hali verilmiştir.

3.13. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmada uzman görüşü alındıktan sonra, veri toplama formları, ölçüm araçları ve değerlendirme formları, Paula Yöntem Egzersizleri video ve görselleri Akdeniz Üniversitesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde sezaryen uygulan, uygulamanın gerçekleştireceği kadın gruplarının özelliklerini taşıyan yedi kadına ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamada sezaryen olan kadınlara anket formlarındaki sorularının açıklığı, anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini, Paula Yöntem Egzersizi görsellerinin anlaşılabilirliği, uygulanabilirliği ve kullanılabilirliğini test etmek amacıyla uygulama yapılacağı açıklanmış ve onamları alınmıştır. Alınan geribildirimler doğrultusunda araştırmacılar tarafından gerekli düzenlemeler yapılarak formlara ve ölçüm araçlarına son hali verilmiştir. Ön uygulama yapılan kişilerin verileri araştırma dahil edilmemiştir.

3.14. Araştırmanın Aşamaları

Araştırma “**Hazırlık**”, “**Uygulama**” ve “**Değerlendirme**” olmak üzere üç aşamada gerçekleştirilmiştir (Şekil-4).

3.14.1.Hazırlık Aşaması

- Araştırmacı literatürde Paula Yöntem Egzersizleri ile ilgili belgeleri, siteleri ve yayınları incelemiştir.
- Literatür doğrultusunda “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Postoperatif İzlem Formu”, “McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu”, “Paula Egzersizleri Eğitim Planı”, “Paula Egzersizleri Uygulama Protokolü” hazırlanmış ve uzman görüşü alınarak gerekli revizyonlar yapılmıştır.
- Onam formu ve kullanım izni alınarak 18-45 yaş grubu bir kadınla Paula Yöntemi Egzersizleri Uygulamasını İçeren Video ve resimler çekilmiştir.
- Video ve resim çekimini araştırmacı, uygun ev yağı bulunan bir ortamında çoklu resim ve video çekmiştir. Daha sonra resim ve videolar araştırmacılar tarafından kontrol edilerek uzman görüşleri alınmıştır.
- Literatür doğrultusunda “Paula Yöntem Egzersizler Uygulama Kartı” ve “Paula Yöntemi Egzersizleri Uygulamasını İçeren Video” ve “Paula Eğitim Materyali Flipcart” hazırlanmış ve uzman görüşleri sonrası gerekli düzeltmeler tamamlanmıştır.
- Geçerlilik ve Güvenirlik incelemesi yapılan “McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formun” için kullanım izni alınmıştır.
- Araştırmanın yapılabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan Etik Kurul İzni, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı Başkanlığından Kurum İzni alınmıştır.
- Veri toplama araç ve gereçleri hazırlandıktan sonra grupların oluşturulması için randomizasyon yapılmıştır.
- Araştırmanın ön uygulaması yapılmış ve uygulama sonrası veri toplama araç ve gereçleri ve araştırmanın uygulanması yeniden düzenlenerek son şekli verilmiştir.
- Sezaryen olan kadınlar randomizasyon ile girişim ve kontrol gruplarına atamaları yapılmıştır.

3.14.2. Uygulama Aşaması

- Araştırmaya alınma kriterlerine uyan, girişim ve kontrol grubu araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara araştırmacı tarafından araştırma hakkında bilgi verilecek ve aydınlatılmış onamları alınmıştır.

- Girişim ve kontrol grubu sezaryen olan kadınlara, araştırmacı tarafından, anestezi sonrası bilicinin açık ve ağrısının olmadığı zamanda “Tanıtıcı Bilgi Formu” uygulanmıştır.

- Tanıtıcı bilgi formu uygulamasının ardından girişim grubu kadınlara, Paula Yöntem Egzersizleri eğitim planı doğrultusunda eğitim verilerek, araştırmacı tarafından hazırlanan “Paula Yöntem Egzersizler Uygulama Kartı” ve “Paula Yöntem Egzersizleri Uygulamasını İçeren Video” tanıtılmış ve WhatsApp aracılığı ile gönderilmiştir.

- Girişim grubu kadınlara araştırmacı tarafından, postoperatif 0.gün 6-8. saatte mobilizasyon öncesi “Postoperatif İzlem Formu” ve “McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu” uygulanmış, egzersiz öncesi bağırsak sesleri araştırmacı tarafından bir dakika değerlendirilerek ve kaydedilmiştir. Paula Yöntem Egzersizleri Uygulama protokolüne göre yaklaşık 10-15 (hastalardan kaynaklanan bireysel özelliklerden dolayı zaman değişimi yaşanmıştır) dakika egzersizler yaptırılmış ve sonrasında hemen bağırsak sesleri tekrar değerlendirilerek kaydedilmiştir.

- Girişim grubu kadınlara araştırmacı tarafından post-operatif 1. gün sabah saat 08:00-10:00 arasında “Postoperatif İzlem Formu” ve “McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu” uygulanmıştır. Egzersiz öncesi bağırsak sesleri araştırmacı tarafından bir dakika süresince dinlenerek değerlendirilmiş ve kayıt edilmiştir. Paula Yöntem Egzersizleri Uygulama protokolüne göre yaklaşık 10-15 (hastalardan kaynaklanan bireysel özelliklerden dolayı zaman değişimi yaşanmıştır) dakika egzersizler yaptırılmış ve sonrasında hemen bağırsak sesleri tekrar değerlendirilerek kaydedilmiştir.

- Girişim grubu kadınlara araştırmacı tarafından postoperatif 2. gün sabah tekrar saat 08:00-10:00 arasında: “Postoperatif İzlem Formu” ve “McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu” uygulanmıştır. Egzersiz öncesi bağırsak sesleri araştırmacı tarafından bir dakika süresince dinlenerek değerlendirilmiş ve kaydedilmiştir. Paula Yöntem Egzersizleri Uygulama protokolüne göre yaklaşık 10-15 (hastalardan kaynaklanan bireysel

özelliklerden dolayı zaman değişimi yaşanmıştır) dakika egzersizler yaptırılmış ve sonrasında hemen bağırsak sesleri tekrar değerlendirilerek kaydedilmiştir.

- Kontrol grubu kadınlara araştırmacı tarafından, postoperatif 0.gün 6-8. Saatte mobilizasyon öncesi “Postoperatif İzlem Formu” ve “McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu” uygulanmış, bağırsak sesleri araştırmacı tarafından bir dakika süresince dinlenerek değerlendirilmiş ve kaydedilmiştir.

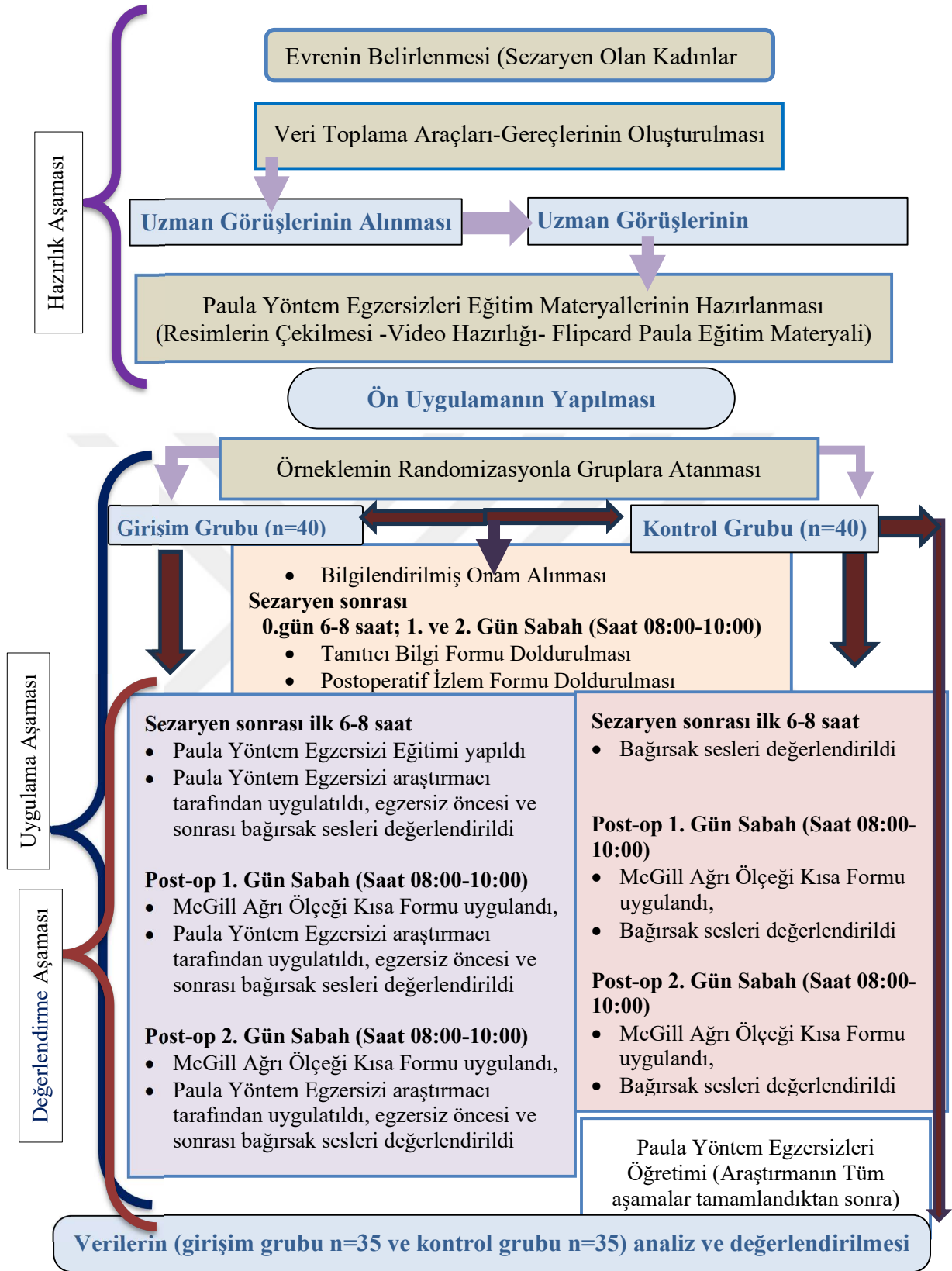
- Kontrol grubundaki kadınlara postoperatif 1.gün sabah ve postoperatif 2.gün sabah “Postoperatif İzlem Formu” ve “McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu” uygulanmış, bağırsak sesleri araştırmacı tarafından bir dakika süresince dinlenerek değerlendirilmiş ve kayıt edilmiştir.

- Veri toplama aşamasının sona ermesinin ardından kontrol grubu kadınlara da Paula Yöntem Egzersizleri eğitim planı doğrultusunda eğitim verilmek üzere her bir kadın telefon ile aranmıştır. Ancak araştırmacı tarafından hazırlanan “Paula Yöntem Egzersizler Uygulama Kartı” ve “Paula Yöntemi Egzersizleri Uygulamasını İçeren Video” eğitimi ve materyalleri ulaştırmak için aranan kadınlar bu uygulamayı istemediklerini belirtmişlerdir.

- Girişim ve kontrol grubunda yer alan kadınlardan hastanede bulunduğu sürede defekasyona çıkmayanların defekasyona çıkma tarihi ve saatine ilişkin veriler telefonla görüşülerek elde edilmiştir.

Ölçüm Araçları Postoperatif Zaman	Ölçüm Zamanı								
	Girişim Grubu						Kontrol Grubu		
	0.gün	1. Gün	2. Gün	0.gün	1.Gün	2.Gün	0.gün	1.Gün	2.Gün
	Saat 6.-8.	Saat (08-10)	Saat (08-10)	Saat 6.-8.	Saat (08-10)	Saat (08-10)	Saat 6.-8.	Saat (08-10)	Saat (08-10)
Tanıtıcı Bilgi Formu	X			X					
Postoperatif İzlem Formu	X	X	X	X	X	X			
McGill-Ağrı Ölçeği Kısa Formu		X	X		X	X			
	Rutin Klinik Bakım + Paula Yöntem Egzersizi Uygulama						Rutin Klinik Bakım		
Bağırsak Sesi Değerlendirme	Egzersiz Öncesi	Egzersiz Sonrası	Egzersiz Öncesi	Egzersiz Sonrası	Egzersiz Öncesi	Egzersiz Sonrası			
	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Şekil 3.3. Ölçüm Araçları Uygulama Takvimi



Şekil 3.4. Çalışma Uygulama Planı

3.14.3 Değerlendirme Aşaması

1. Literatürde benzer yöntemle yapılan çalışmalar bir tanedir. Bu nedenle bu çalışmada benzer çalışma temel alınarak bağırsak seslerinin değerlendirilmesi Paula Yöntem Egzersizleri uygulamalarının tamamlanmasından sonra yapılmıştır (Liebergall-Wischnitzer ve ark., 2020).
2. Araştırmacı tarafından sezaryen sonrası servise kabul edilen girişim ve kontrol grubundaki kadınlara, post-op ilk 6-8.saatte, “Tanıtıcı Bilgi Formu” doldurulmuştur.
3. Araştırmacı tarafından sezaryen sonrası servise kabul edilen girişim ve kontrol grubundaki kadınlara, post-op 6-8.saatte, post-op 1.gün ve post-op 2.gün saat 08:00-10:00 arası “Tanıtıcı Bilgi Formu” aracılığı ile gerekli veriler toplanmıştır.
4. Araştırmacı girişim ve kontrol grubundaki kadınlara, post-op 1.gün ve post-op 2.gün saat 08:00-10:00 arası “McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu” uygulanmıştır.
5. Araştırmacı tarafından sezaryen sonrası servise kabul edilen girişim grubu kadınlara, post-op 6-8.saatte, post-op 1.gün ve post-op 2.gün saat 08:00-10:00 arası “Paula Yöntem Egzersizleri” öncesi ve sonrası bağırsak sesleri değerlendirilmiştir. Kontrol grubu kadınlara, post-op 6-8.saatte, post-op 1.gün ve post-op 2.gün saat 08:00-10:00 arası uygulama yapılmadan sesleri değerlendirilmiştir.
6. Araştırmacı tarafından girişim ve kontrol grubundaki kadınlara hastane bulundukları sürede her gün sözel olarak defekasyonun gerçekleşme durumu ve saati sorgulanmış, defekasyonun hastanede bulunduğu süre boyunca gerçekleşmeyen kadınlar evde defekasyon saati ve tarihini kaydetmeleri istenmiş ve defekasyon gerçekleşene kadar her gün telefonla aranarak defekasyon durumu sorgulanmıştır.

3.15. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yürütülebilmesi için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan onay (Etik kurul Karar No: KAEK-517) (Ek-13) ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı’ndan kurum izni (Ek-14) alınmıştır. Araştırmaya dahil etme kriterlerine uyan

sezaryen olmuş kadınlara açıklayıcı bilgi verilmiş, araştırmaya katılmayı kabul eden girişim ve kontrol grubundaki (her iki grup) kadınlardan “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onamları” alınmıştır (Ek-15). Ayrıca kadınlara araştırmadan istedikleri zaman çekilebilecekleri ve araştırmadan elde edilen verilerin araştırma raporu dışında kullanılmayacağı sözel ve yazılı olarak bildirilmiştir (Ek-14). Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan “McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu” kullanım izni alınmıştır (Ek-16). Araştırmanın sonunda girişim grubunda olduğu gibi, kontrol grubuna da Paula Yöntem Egzersizleri kullanımı ile ilgili eğitim için tüm kontrol grubunda yer alan kadınlar telefonla aranmıştır. Araştırma için hazırlanan materyallerden video çekimi ve resimlerin araştırmalarda ve yayınlarda kullanımı için yazılı onam alınmıştır (Ek-19).

3.16. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma proje desteği alınmadığı için, araştırma için resim ve videolar araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Profesyonel destek alınamamıştır.
- Çalışma doktora çalışması olduğu için uygulama ve değerlendirme araştırmacı tarafından gerçekleştirildi.
- Sezaryen zamanı belirli olmadığı için önceden çalışmaya katılan bireylere eğitim yapılamamıştır.
- Sezaryen sonrası bebekle de ilgilenmek zorunluluğu olduğu için katılımcıların önceliği değişmektedir.

3.17. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

McGill Ağrı Ölçeğine göre ağrı derecesi

Post-op oskültasyonla bağırsak sesleri

İlk bağırsak seslerinin duyulma süresi

İlk gaz çıkarma süresi

İlk defekasyona çıkma süresi

Bağımsız değişkenler: Araştırmaya katılan kadınların yaşı, eğitim durumu, sezaryen sayısı, Son üç ayda GİS’e ait sorunları, bağırsak alışkanlığı, egzersiz durumu, Paula Yöntem Egzersizleri bağımsız değişkenleridir.

3.18. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi için istatistik uzmanından destek alınmıştır. Araştırmanın verileri, Akdeniz Üniversitesi'nin lisanslı SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 23.0 versiyon paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Güç analizi G-Power yazılımı 43 ile yapılmış ve %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir. Normal dağılım uygunluk normallik testleri ve basıklık çarpıklık değerleri ile kontrol edilmiştir.

Tanımlayıcı istatistikleri ifade ederken interval verilerde ortalama, standart sapma, minimum, maksimum değerler, niteliksel verilerde ise sayı ve yüzde kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren veriler için parametrik testler, normal dağılım göstermeyen veriler için non-parametrik testler kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Verilerin analizinde normal dağılım varsayımının sağlandığı durumlarda niceliksel verilerin karşılaştırılması için bağımsız iki grup arasındaki bağımsız örneklem t testi ile; bağımlı örneklem için ise bağımlı örneklem t testi yapılmıştır. Kategorik bağımlı değişkenler için McNemar test yapılmıştır. Normal dağılım göstermeyen bağımsız değişkenler için Mann Whitney U testi yapılmıştır.

Çalışmanın güç analiz aşamasından sonra anlamlı bir fark olan tespitler üzerinden G. Power-3.1.9.2" programı kullanılarak analiz edilmiştir. Buna göre en düşük düzeyde farklılık gösteren çizelge McGill ağrı indeksi değerlendirme düzeyleri (deney grubunun kendi içindeki değişimi bağımlı örneklem t testi için) etki büyüklüğü 0.463, alfa değeri 0,05 ve n:35 ile minimum güç 0,76 olarak hesaplanmıştır. Bağırsak sesleri sayısı n:35 ile 0. Gün etki büyüklüğü 0.873 alfa değeri 0,05 ve güç 0.998, 1.Gün etki büyüklüğü 0.459 alfa değeri 0,05 güç 0.752, 2. Gün etki büyüklüğü 0.816 alfa değeri 0,05 araştırmanın gücü 0,996 olarak hesaplanmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları girişim ve kontrol grubunun demografik özellikler, gebelik süreci ve sezaryen sürecine ilişkin özellikler yönünden homojen dağılımları ve normallik dağılımlarını gösteren tanımlayıcı veriler ile uygulanan yöntemin etkinliğini değerlendiren karşılaştırmalı verilerden oluşmaktadır.

4.1. Sezaryen Olan Kadınların Demografik Özellikleri

Tablo 4.1. Girişim ve kontrol grubundaki kadınların demografik özellikleri

Sosyo-Demografik Özellikler		Girişim Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		Test Değeri	p Değeri
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Eğitim durumu	İlköğretim ve öncesi	15	42,9	13	37,1	0,393 ^P	0,822
	Lise	13	37,1	13	37,1		
	Üniversite ve üzeri	7	20,0	9	25,7		
		$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$			
Yaş		29,17 $\pm$ 5,26		29,43 $\pm$ 6,56		-0,179 ^t	0,859
BKİ		28,28 $\pm$ 6,04		29,98 $\pm$ 4,17		-1,293 ^t	0,200

t: bağımsız örneklem t testi; P: Pearson Ki kare test

Tablo.1’de girişim ve kontrol grubundaki kadınların demografik özelliklerine ilişkin veriler yer almaktadır. Tabloya göre araştırmaya katılan girişim grubundaki kadınların %42,9’u ilköğretim ve öncesi düzeyde bir eğitime sahiptir. Benzer şekilde kontrol grubundaki kadınların %37,1’i ilköğretim ve öncesi düzeyde bir eğitime sahiptir. Girişim ve kontrol grubundaki kadınların %37,1’i lise öğrenimine sahiptir. Üniversite düzeyinde eğitim gören kadınların %20’si girişim grubunda yer alırken, %25,7’si kontrol grubunda yer almaktadır. Girişim ve kontrol grubunda yer alan kadınların eğitim durumlarına göre dağılımı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (P=0,393) ($p>0,05$). Eğitim durumuna göre girişim ve kontrol grubu homojen dağılım göstermektedir.

Tablo.1’e göre girişim grubunda yer alan kadınların yaş ortalaması (29,17 $\pm$ 5,26) ve kontrol grubunun yaş ortalaması (29,43 $\pm$ 6,56) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (-0,179^t). Benzer şekilde girişim grubunda yer alan kadınların beden kitle indeks

(BKİ) ortalamaları (28,28±6,04) ile kontrol grubunda yer alan kadınların BKİ ortalamaları (29,98±4,17) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (-1,293^t) (p>0,05).

Tablo 4.2. Girişim ve kontrol grubundaki kadınların parite ve sezaryen süreci

Parite ve Sezaryen Sürecine İlişkin Özellikler		Girişim Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		Test Değeri	p Değeri
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Sezaryen Nedeni	Acil	3	8,6	12	34,3	6,873 ^P	0,009*
	Planlı/Selektif	32	91,4	23	65,7		
Gebelik Sayısı	1	10	28,6	13	37,1	0,785 ^P	0,676
	2	13	37,1	10	28,6		
	3 ve üzeri	12	34,3	12	34,3		
Doğum Sayısı	1	13	37,1	17	48,6	2,204 ^P	0,332
	2	16	45,7	10	28,6		
	3 ve üzeri	6	17,1	8	22,9		
Sezaryen Sayısı	1	14	40,0	20	57,1	2,112, _{FE}	0,357
	2	16	45,7	11	31,5		
	3 ve üzeri	5	14,3	4	11,4		
		$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$			
Sezaryen operasyon süresi (Dakika)		54,65±3,74		57,21±12,40		-0,785 ^t	0,435
Sezaryen sonrası servise geldiği süre (Dakika)		105,50±18,87		109,49±20,92		-0,832 ^t	0,408

t: bağımsız örneklem t testi; FE: Fisher Exact ki kare test; P: Pearson Ki kare test

Tablo.2’de girişim ve kontrol grubundaki kadınların parite ve sezaryen sürecine ilişkin özellikleri yer almaktadır. Tabloya göre araştırmaya katılan girişim grubundaki kadınların %91,4’ü planlı/selektif sezaryene, %8,6’sı acil sezaryene alınmıştır. Kontrol grubundaki kadınların ise %65,7’si planlı/selektif sezaryen %34,3’ü acil sezaryene alınmıştır. Girişim ve kontrol grubundaki kadınların %34,3’ü üç ve üzeri gebelik sayısına sahiptir. Gebelik sayısı iki olan kadınların sayısı girişim grubundan %37,1 iken kontrol grubunda bu oran %28,6 olarak görülmektedir. Girişim grubundaki kadınların %28,6’sında gebelik sayısı bir, kontrol grubunda bir gebelik sayısına sahip kadınların sayısı %37,1 olduğu görülmektedir. Girişim grubundaki kadınların %17,1’inde üç ve üzeri doğum sayısı

olduğu görülmektedir. Benzer şekilde kontrol grubundaki kadınların % 22,9'unda doğum sayısı üç ve üzeridir. Doğum sayısı iki olan girişim grubunda %45,7 kontrol grubunda %28,6 kadın yer almaktadır. Doğum sayısı bir olan kadınların %37,1'i girişim grubunda yer alırken %48,6'sı kontrol grubunda yer almaktadır. Sezaryen sayısı üç ve üzeri olan kadınların %14,3 girişim grubunda %11,4'ü kontrol grubunda yer almaktadır. Girişim grubundaki kadınların %45,7'si iki kez sezaryen olduğu görülmektedir. Benzer şekilde kontrol grubundaki kadınların %31,5'i iki sezaryen olduğu görülmektedir. Sezaryen nedenine göre girişim ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($P=0,009$) ($p>0,05$). Girişim grubundaki bireylerin %91,4'ü planlı selektif; kontrol grubundaki bireylerin ise %65,72'si planlı selektif nedeni ile sezaryene alınmıştır. Girişim ve kontrol grubunda yer alan kadınların gebelik sayısına göre dağılımı istatistiksel olarak bulunmamıştır ($p=0,676$). Gebelik sayısına göre girişim ve kontrol grubu homojen dağılım göstermektedir. Benzer şekilde girişim ve kontrol grubunda yer alan kadınların doğum sayısına ($p=0,332$) ve sezaryen sayısına göre ($p=0,357$) dağılımı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Doğum sayısı ve sezaryen sayısına göre girişim ve kontrol grubu homojen dağılım göstermektedir.

Tablo.2'ye göre girişim grubunda yer alan kadınların sezaryen operasyonu süresinin dakika olarak ortalaması ($54,65\pm3,74$) ve kontrol grubunun sezaryen operasyonu süresinin dakika olarak ortalaması ($57,21\pm12,40$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($-0,785^1$) ($p>0,05$). Benzer şekilde girişim grubunda yer alan kadınların sezaryen sonrası servise gelme sürelerinin dakika olarak ortalamaları ($105,50\pm18,87$) ile kontrol grubunda yer alan kadınların sezaryen sonrası servise gelme sürelerinin dakika olarak ortalamaları ($109,49\pm20,92$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($-0,832^1$).

4.2. Sezaryen Olan Kadınların Gebelik Süreçleri

Tablo 4.3. Giriş ve kontrol grubundaki kadınların gebelik sürecinde yaşadığı problemler

Gebelik Sürecindeki Son Üç Ayda Problemler		Girişim Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		Test Değeri	p Değeri
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Bulantı	Yok	24	68,6	19	54,3	1,507 ^P	0,220
	Var	11	31,4	16	45,7		
Kusma	Yok	30	85,7	29	82,9	0,108 ^P	0,743
	Var	5	14,3	6	17,1		
Mide yanması	Yok	7	20,0	9	25,7	0,324 ^P	0,569
	Var	28	80,0	26	74,3		
İştahsızlık	Yok	32	91,4	34	97,1	1,061 ^{FE}	0,303
	Var	3	8,6	1	2,9		
Şişkinlik gaz	Yok	23	65,7	27	77,1	1,120 ^P	0,290
	Var	12	34,3	8	22,9		
Diyare	Yok	28	80,0	26	74,3	0,324 ^P	0,569
	Var	7	20,0	9	25,7		
Kabızlık	Yok	25	71,4	28	80,0	0,699 ^P	0,403
	Var	10	28,6	7	20,0		

FE: Fisher Exact ki kare test; P: Pearson Ki kare test

Tablo.3'te girişim ve kontrol grubundaki kadınların gebelik sürecinin son üç ayında yaşadığı problemler yer almaktadır. Tabloya göre girişim grubundaki kadınların %68,6'sı kontrol grubundaki kadınların %54,3'ü bulantı yaşamamışlardır. Bulantı yaşayan kadınların oranı girişim grubunda %31,4 kontrol grubundaki kadınlarda ise bu oran %45,7 olduğu görülmektedir. Girişim grubundaki kadınların %85,7'si gebeliklerinin son üç ayında kusma yaşamamışlardır. Benzer şekilde kontrol grubundaki kadınların %82,9'unun kusma yaşamadığı görülmektedir. Kusma yaşayan girişim ve kontrol grubundaki kadınlar da benzerlik göstermektedir. Girişim grubundaki kadınlarda bu oranın %14,3 kontrol grubundaki kadınlarda ise %17,1 olduğu yer almaktadır. Araştırmaya katılan girişim grubundaki kadınların %20,0'si mide yanması tanımlamamıştır. Kontrol grubundaki kadınlarda mide yanması görülmeyenlerin oranı benzer şekilde %25,7 dir. Gebeliğinin son üç ayında iştahsızlık yaşamayan kadınların %91,4'ü girişim grubunda yer alırken %97,1'i kontrol grubunda yer almaktadır. Girişim

grubundaki kadınların %65,7'sinde kontrol grubundaki kadınların %77,1'inde gebeliğin son üç ayında şişkinlik-gaz problemi belirtmemişlerdir. Şişkinlik-gaz yaşayan kadınların %34,3'ü girişim grubunda yer alırken %22,9 girişim grubunda yer almaktadır. Araştırmaya katılan girişim grubundaki kadınların %80,0 gebeliğin son üç ayında diyare yaşamamışlardır. Benzer şekilde kontrol grubundaki kadınların da %74,3'ü gebeliklerinin son üç ayında diyare yaşamamışlardır. Diyare yaşayanların oranı girişim grubu kadınlarda %20,0 iken kontrol grubu kadınlarda %25,7 olarak görülmektedir. Gebeliğin son üç ayında kabızlık yaşamayan kadınların %71,4 girişim grubunda yer alırken %80,0 kontrol grubunda yer almaktadır. Girişim grubundaki kadınların %26,8'i kontrol grubundaki kadınların %20,0'si gebeliğinin son üç ayında kabızlık yaşamaktadırlar.

Girişim ve kontrol grubunda yer alan kadınların gebelik sürecinin son üç ayındaki problemlerin dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). İki grup arasında istatistiksel anlamlılık test değerleri sırasıyla; bulantı ($P=1,507$), kusma ($P=0,108$, mide yanması ($P=0,324$), iştahsızlık ($FE=1,061$), şişkinlik-gaz ($P=1,120$), diyare ($P=0,324$) ve kabızlık ($P=0,699$) olarak sıralanmıştır. Gebelik sürecindeki son üç ayda problemlere yönelik girişim ve kontrol grubu homojen dağılım göstermektedir.

Tablo 4.4. Girişim ve kontrol grubundaki kadınların gebelik sürecindeki sıvı tüketimi ve aktivite alışkanlıkları

Gebelik Sürecindeki Alışkanlıklar		Girişim Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		Test Değeri	p Değeri
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Fiziksel Aktivite	Hareketsiz yaşam	4	11,4	3	8,6	5,199 ^{FE}	0,158
	Günlük bir saatten az	4	11,4	12	34,3		
	Her gün 1-2 saat	9	25,7	7	20,0		
	Her gün 3 saat ve üzeri	18	51,4	13	37,1		
Bağırsak Alışkanlığı	Normal herhangi bir problem yok	24	68,6	19	54,3	2,052 ^P	0,358
	Genelde kabızlık yaşıyorum	6	17,1	11	31,4		
	Genelde ishal yaşıyorum	5	14,3	5	14,3		
Günlük Alınan Sıvı Miktarı	1-3 su bardağı	2	5,7	1	2,9	6,368 ^{FE}	0,161
	4-6 su bardağı	10	28,6	3	8,6		
	7-9 su bardağı	4	11,4	5	14,3		
	10-12 su bardağı	8	22,9	15	42,9		
	13 ve üzeri su bardağı	11	31,4	11	31,4		
Kahve Tüketimi	İçmedim	4	11,4	6	17,1	1,575 ^{FE}	0,696
	Haftada bir ya da birkaç bardak/fincan	21	60,0	23	65,7		
	Her gün bir fincan/bardak	7	20,0	4	11,4		
	Her gün 2 fincan/bardak ve üzeri	3	8,6	2	5,7		
Çay Tüketimi	İçmedim	3	8,6	-	-	6,970 ^{FE}	0,125
	Haftada bir ya da birkaç kez 1-2 çay bardağı	4	11,4	3	8,6		
	Her gün 1-2 çay bardağı	9	25,7	18	51,4		
	Her gün 3-4 çay bardağı	13	37,1	8	22,9		
	Her gün 5 çay bardağı ve üzeri	6	17,1	6	17,1		

t: bağımsız örneklem t testi; FE: Fisher Exact ki kare test; P: Pearson Ki kare test

Tablo 4’de giriş ve kontrol grubundaki kadınların gebelik sürecindeki sıvı tüketimi ve aktivite alışkanlıklarına ilişkin veriler yer almaktadır. Gebelik sürecinde girişim grubundaki kadınların %11,4’ü kontrol grubundaki kadınların %8,6’sının hareketsiz bir

yaşama sahip oldukları görülmektedir. Günlük bir saatten az hareket edenler kadınların %25,7'si girişim grubunda yer alırken %20,0'si kontrol grubunda olduğu yer almaktadır. Girişim grubundaki kadınların %24,7'si her gün 1-2 saat fiziksel aktivite yaparken kontrol grubundaki kadınların %20,0'si her gün 1-2 saat fiziksel aktiviteye sahiptir. Gebelik sürecinde günlük üç saat ve üzeri fiziksel aktivite yapanların %51,4'ü girişim grubunda %34,1'i kontrol grubunda yer almaktadır. Girişim ve kontrol grubunda yer alan kadınların gebelikte fiziksel aktivite durumu göre dağılımı istatistiksel olarak anlamı bulunmamıştır (FE=5,199) ($p>0,05$). Gebelikte fiziksel aktivite durumuna göre girişim ve kontrol grubu homojen dağılım göstermektedir.

Tabloya göre gebelikte bağırsak alışkanlığı ile ilgili girişim grubundaki kadınların %68,6'sı herhangi bir problem tanımlamamışlardır. Benzer şekilde kontrol grubundaki kadınların %54,3'ünde bağırsak alışkanlığında bir değişim olmamıştır. Girişim grubundaki kadınların %17,1'i gebeliğinde genellikle kabızlık yaşarken kontrol grubundaki kadınların %31,1'i gebeliğinde genellikle kabızlık yaşamaktadır. Girişim ve kontrol grubundaki kadınların %14,3'ü gebeliğinde genellikle diyare yaşamışlardır. Girişim ve kontrol grubunda yer alan kadınların gebelikte bağırsak alışkanlığının dağılımı istatistiksel olarak anlamı bulunmamıştır ($p=2,052$). Gebelikte bağırsak alışkanlığının durumuna göre girişim ve kontrol grubu homojen dağılım göstermektedir.

Tabloya göre girişim grubunda yer alan kadınların %5,7'si gebeliğinde 1-3 bardak su tüketmişlerdir. Kontrol grubundaki kadınlarında %2,9'u gebeliğinde 1-3 bardak su tüketmişlerdir. Gebeliğinde günlük 4-6 bardak su tüketenlerin kadınların %28,6'sı girişim grubunda yer alırken %8,6'sı kontrol grubunda yer almaktadır. Girişim grubundaki kadınların %11,7'si gebeliğinde günlük 7-9 bardak su tüketmektedir. Benzer şekilde kontrol grubundaki kadınlarında %14,3'ü gebeliğinde günlük 7-9 bardak su tüketmektedir. Gebeliğinde günlük 10-12 bardak su tüketen kadınların %22,9'u girişim %42,9' kontrol grubunda yer almaktadır. Girişim ve kontrol grubundaki kadınların %31,4'ü gebeliğinde günlük 13 bardak ve üzeri su tüketmektedirler. Gebelikte sıvı tüketimi açısından girişim ve kontrol grubunda yer alan kadınların dağılımı istatistiksel olarak anlamı bulunmamıştır ($p=2,052$). Gebelikte bağırsak alışkanlığının durumuna göre girişim ve kontrol grubu homojen dağılım göstermektedir.

Tablo 4'e göre gebeliğinde kahvesi içmeyenlerin %11,4'ü girişim grubunda %17,1'i kontrol grubunda yer almaktadır. Araştırmaya katılan girişim grubundaki kadınların %60,0'ı gebeliğinde haftada bir ya da birkaç bardak/fincan kahve tüketmektedirler. Benzer şekilde kontrol grubundaki kadınların %65,7'si gebeliğinde haftada bir ya da birkaç bardak/fincan kahve tüketmektedirler. Gebeliğinde her gün bir fincan/bardak kahve tüketenler %20,0'si girişim grubunda yer alırken, %11,4'ü kontrol grubunda yer almaktadır. Girişim grubundaki kadınların %8,6'sı gebeliğinde her gün 2 fincan/bardak ve üzeri kahve tüketmişlerdir. Benzer şekilde kontrol grubundaki kadınların %5,7'si gebeliğinde her gün 2 fincan/bardak ve üzeri kahve tüketmişlerdir. Gebelikte kahvesi tüketimi açısından girişim ve kontrol grubunda yer alan kadınların dağılımı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (FE=1,575). Gebelikte kahve tüketimi durumuna göre girişim ve kontrol grubu homojen dağılım göstermektedir.

Tablo 4'e göre araştırmaya katılan girişim grubundaki kadınların %8,6'sı gebeliğinde çay tüketmediğini belirtmemişlerdir. Kontrol grubundaki kadınlarda ise gebeliğinde çay tüketmeyen yoktur. Gebeliğinde haftada bir ya da birkaç defa 1-2 çay bardağı çay tüketenlerin %11,4'ü girişim grubunda %8,6'sı kontrol grubunda yer almaktadır. Girişim grubundaki kadınların %25,7'si gebeliğinde her gün 1-2 çay bardağı çay içmektedir. Kontrol grubundaki kadınların ise %51,4'ü gebeliğinde her gün 1-2 çay bardağı çay içmektedir. Günde 3-4 çay bardağı çay içen kadınların %37,1'i girişim grubunda %22,9'u kontrol grubunda yer almaktadır. Tabloya göre girişim ve kontrol grubundaki kadınların %17,1'i gebeliğinde günde 5 bardak ve üzeri çay içmektedir. Gebelikte çay tüketimi açısından girişim ve kontrol grubunda yer alan kadınların dağılımı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (FE=6,970). Gebelikte çay alışkanlığının durumuna göre girişim ve kontrol grubu homojen dağılım göstermektedir.

Tablo 4.5. Girişim ve kontrol grubundaki kadınların gebelik sürecindeki beslenme alışkanlıkları

Gebelik sürecindeki Beslenme		Girişim Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		Test Değeri	p Değeri
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Sulu Yemek	Nadir	0	0	1	2,9	3,837 ^{FE}	0,298
	Haftada 1 gün	3	8,6	0	0		
	Haftada 2-3 gün	15	42,9	14	40,0		
	Her gün	17	48,6	20	57,1		
Hazır Yemek	Hiç	7	20,0	4	11,4	2,077 ^{FE}	0,741
	Nadir	19	54,3	21	60,0		
	Haftada 1 gün	5	14,3	4	11,4		
	Haftada 2-3 gün	3	8,6	3	8,6		
	Her gün	1	2,9	3	8,6		
Sebze	Nadir	3	8,6	0	0	3,937 ^{FE}	0,260
	Haftada 1 gün	2	5,7	3	8,6		
	Haftada 2-3 gün	16	45,7	13	37,1		
	Her gün	14	40,0	19	54,3		
Meyve	Nadir	1	2,9	1	2,9	2,019 ^{FE}	0,793
	Haftada 1 gün	0		2	5,7		
	Haftada 2-3 gün	3	8,6	3	8,6		
	Her gün	31	88,6	29	82,9		
Hamur İşi	Nadir	5	14,3	12	34,3	4,482 ^{FE}	0,212
	Haftada 1 gün	15	42,9	10	28,6		
	Haftada 2-3 gün	11	31,4	11	31,4		
	Her gün	4	11,4	2	5,7		

Gebelik sürecindeki Beslenme		Girişim Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		Test	P Değeri
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Gazlı İçecek Tüketimi	Hiç	2	5,7	10	28,6	7,067 ^P	0,135
	Nadir	10	28,6	7	20,0		
	Haftada bir gün	6	17,1	6	17,1		
	Haftada 2-3 gün	6	17,1	3	8,6		
	Her gün	11	31,4	9	25,7		
Salam Sucuk Sos vb	Hiç	9	25,7	5	14,3	3,580 ^P	0,487
	Nadir	10	28,6	17	48,6		
	Haftada 1 gün	8	22,9	7	20,0		
	Haftada 2-3 gün	7	20,0	5	14,3		
	Her gün	1	2,9	1	2,9		
Kuruyemiş	Hiç	1	2,9	-	-	3,106 ^{FE}	0,584
	Nadir	2	5,7	6	17,1		
	Haftada 1 gün	4	11,4	4	11,4		
	Haftada 2-3 gün	14	40,0	12	34,3		
	Her gün	14	40,0	13	37,1		

t: bağımsız örneklem t testi; FE: Fisher Exact ki kare test; P: Pearson Ki kare test

Tablo 5'te girişim ve kontrol grubundaki kadınların gebelik sürecindeki beslenme alışkanlıklarına ilişkin veriler yer almaktadır. Gebelikte sulu yemek tüketimi; girişim grubundaki kadınların hiçbirisi kontrol grubundaki kadınların %2,9'unun nadir olarak tükettikleri yer almaktadır. Haftada bir sulu yemek tüketenlerin oranı ise sadece girişim grubu kadınların %9,1'inde olduğu görülmektedir. Haftada 2-3 kez sulu yemek tüketenlerin oranı girişim grubu kadınlarda %42,9'unda kontrol grubu kadınlarda benzer şekilde %40,0'ında olduğu anlaşılmaktadır. Girişim grubundaki kadınların %48,6'sı kontrol grubundaki kadınların ise %57,1'i her gün sulu yemek tükettikleri görülmektedir. Gebelikte sulu yemek tüketimi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

fark olmadığı görülmektedir ($3,837^{FE}$) ($P=0,298$). Gruplar homojen dağılım göstermektedir.

Tablo 5'e göre gebelikte hazır gıda tüketiminin; gebelikte hiç hazır gıda tüketmeyenlerin oranının girişim grubundaki kadınların %20,0'si kontrol grubundaki kadınların %11,4'ü olduğu anlaşılmaktadır. Sadece kontrol grubundaki kadınların %5,7'si nadir olarak hazır gıda tükettikleri görülmektedir. Haftada 2-3 kez hazır gıda tüketenlerin %45,7'si girişim grubunda %37,1'i kontrol grubunda yer almaktadır. Gebelikte hazır gıda tüketimi açısından gruplar arasında grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, grupların homojen dağılım gösterdiği anlaşılmaktadır ($2,077^{FE}$) ($P=0,741$).

Tablo 5'e göre gebelikte sebze tüketiminin; sadece girişim grubundaki kadınların %8,6'sı nadir olarak gebelikte sebze tükettikleri görülmektedir. Haftada bir sebze tüketenlerin %5,7'si uygulamam %6,8'i kontrol grubundadır. Girişim grubundaki kadınların %45,7'si kontrol grubundaki kadınların %37,1'i gebeliğinde haftada 2-3 kez sebze tükettikleri yer almaktadır. Gebeliğinde her gün sebze tüketen kadınların %40,0'ı girişim grubunda %54,3'ü kontrol grubunda yer aldığı olduğu görülmektedir. Gebelikte sebze tüketimi açısından gruplar arasında grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, grupların homojen dağılım gösterdiği anlaşılmaktadır ($3,937^{FE}$) ($P=0,260$).

Tablo 5'e göre gebelikte meyve tüketiminin; girişim grubu kadınlarda ve kontrol grubu kadınlarda %2,9 olarak nadir olarak tüketildiği, haftada bir gün meyve tüketenlerin sadece kontrol grubundaki kadınlarda ve oranın %5,7 olduğu görülmektedir. Uygulama ve kontrol grubundaki kadınların %8,6'sının gebeliklerinde haftada 2-3 kez meyve tükettikleri anlaşılmaktadır. Gebeliklerinde her gün meyve tüketenlerin %88,6'sı girişim grubu kadınlarda benzer şekilde %82,9'ü kontrol grubu kadınlarda yer almaktadır. Gebelikte meyve tüketimi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, grupların homojen dağılım gösterdiği anlaşılmaktadır ($2,019^{FE}$) ($P=0,793$).

Tabloya göre gebelikte hamur işi tüketiminin; gebelikte nadir olarak hamur işi tüketenlerin %14,3'ü girişim grubu kadınlarda %34,3'ü kontrol grubu kadınlarda yer aldığı görülmektedir. Girişim grubundaki kadınların %42,9'u kontrol grubundaki kadınların %28,6'sı gebeliklerinde haftada bir kez hamur işi tüketmişlerdir. Haftada 2-3

kez hamur işi tüketenlerin oranı girişim ve kontrol grubu kadınlarda %31,4 tür. Girişim grubundaki kadınların %11,4'ü kontrol grubundaki kadınların %5,7'si gebeliklerinde her gün hamur işi tükettikleri yer almaktadır. Gebelikte hamur işi tüketimi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, grupların homojen dağılım gösterdiği anlaşılmaktadır (4,482^{FE}) (P=0,212).

Tablo 5'e göre gebelikte gazlı içecek tüketimi; gebeliklerinde gazlı içecek tüketmeyenlerin %5,7'si girişim grubu kadınlarda yer alırken %28,6'sı kontrol grubu kadınlarda yer aldığı görülmektedir. Girişim grubundaki kadınların %28,6'sı kontrol grubundaki kadınların %20,0'ı gebeliklerinde nereden gazlı içecek tüketmişlerdir. Haftada bir gazlı içecek tüketenlerin %17,1'i girişim ve kontrol grubunda yer almaktadırlar. Haftada 2-3 kez gazlı içecek tüketenlerin %17,1'i girişim grubunda %8,6'sı kontrol grubunda olduğu görülmektedir. Girişim grubundaki kadınların %31,4'ü kontrol grubundaki kadınların %25,7'si gebeliklerinde her gün gazlı içecek tüketmişlerdir. Gebelikte gazlı içecek tüketimi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, grupların homojen dağılım gösterdiği anlaşılmaktadır (7,067^P) (P=0,135).

Tabloya göre gebelikte salam, sucuk, sosis vb tüketimi; uygulama grubundaki kadınların %24,7'si kontrol grubundaki kadınların %14,3'ü gebeliklerinde salam, sucuk, sosis vb tüketmedikleri görülmektedir. Gebeliklerinde nadir olarak salam, sucuk, sosis vb tüketenlerin %28,6'sı girişim grubunda %48,6'sı kontrol grubunda yer almaktadır. Haftada bir salam, sucuk, sosis vb tüketenlerin %22,9'u girişim grubunda benzer şekilde %20,0'sinin kontrol grubundadır. Girişim grubundaki kadınların %20,0'si kontrol grubundaki kadınların %14,3'ü gebeliklerinde haftada 2-3 kez salam, sucuk, sosis vb. tüketmektedirler. Gebelikte her gün salam, sucuk, sosis vb tüketenler her iki grupta da %2,9 dur. Gebelikte salam, sucuk, sosis vb tüketimi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, grupların homojen dağılım gösterdiği anlaşılmaktadır (3,580^P) (P=0,487).

Tablo 5'e göre gebelikte kuruyemiş tüketimi; sadece girişim grubundaki kadınların %2,9'u gebeliklerinde hiç kuruyemiş tüketmemişlerdir. Gebelikte nadir olarak kuruyemiş tüketenlerin %5,7'si girişim grubunda %17,1'i kontrol grubunda yer almaktadırlar. Her iki grup tada haftada bir gün kuruyemiş tüketenlerin oranı %11,4'tür. Girişim grubundaki

kadınların %40,0'nın kontrol grubundaki kadınların %34,3'ünün gebeliklerinde haftada 2-3 kez kuruyemiş tükettikleri görülmektedir. Gebelikte her gün kuruyemiş tüketenlerin %40,0'ı girişim grubunda benzer şekilde %37,1'i kontrol grubunda olduğu görülmektedir. Gebelikte kuruyemiş tüketimi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, grupların homojen dağılım gösterdiği anlaşılmaktadır (3,106^{FE}) (P=0,584).

4.3. Sezaryen Olan Kadınların Postoperatif Klinik Süreçleri

Tablo 4.6. Girişim ve kontrol grubundaki kadınların postoperatif oral alım ve mobilizasyon zamanı

Postoperatif Dönem	Süre (saat)	Girişim Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		Test Değeri	p değeri
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Oral beslenme zamanı	6 ve öncesi	22	62,9	19	54,3	1,892 ^{FE}	0,426
	7-8	12	34,3	12	34,3		
	9 ve üzeri	1	2,9	4	11,4		
Mobilizasyon zamanı	6 ve öncesi	11	31,4	7	20,0	2,750 ^{FE}	0,436
	7-8	14	40,0	16	45,7		
	9 ve üzeri	10	28,6	12	34,3		

t: bağımsız örneklem t testi; FE: Fisher Exact ki kare test;

Tablo 6'da girişim ve kontrol grubundaki kadınların postoperatif oral alım ve mobilizasyon zamanı yer almaktadır. Oral beslenme zamanı altı saat ve öncesi olan kadınların %62,9'u girişim grubunda % 54,3'ü kontrol grubunda yer almaktadır. Girişim grubundaki kadınların %34,3'ü postoperatif dönemde 6-8. saatte oral beslenmeye başlarken kontrol grubundaki kadınların %34,3'ü postoperatif dönemde 6-8. saatte oral beslenmeye başlamıştır. Postoperatif dönem oral beslenmeye başlanma zamanı açısından girişim ve kontrol grubunda yer alan kadınların dağılımı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (FE=1,892) (p>0,05). Postoperatif dönem oral beslenmeye başlanma zamanı göre girişim ve kontrol grubu homojen dağılım göstermektedir.

Tablo 6 ya göre girişim grubundaki kadınların %31,4'ü kontrol grubundaki kadınların %20,0'si postoperatif dönem 6 saat ve öncesinde mobilize olmuşlardır. Mobilizasyon zamanı postoperatif 7-8. saat olan kadınların %40,0'ı girişim grubunda %45,7'si kontrol grubunda yer almaktadır. Girişim grubundaki kadınların %28,6'sı postoperatif 9 saat ve

sonrası mobilize olmuşlardır. Kontrol grubundaki kadınlarında %34,3'ü postoperatif 9 saat ve sonrası mobilize olduğu görülmektedir. Postoperatif dönem mobilizasyon zamanı açısından girişim ve kontrol grubunda yer alan kadınların dağılımı istatistiksel olarak anlamı bulunmamıştır (FE=2,750) ($p>0,05$). Postoperatif dönem mobilizasyon zamanı açısından girişim ve kontrol grubu homojen dağılım göstermektedir.

4.3. Sezaryen Olan Kadınların Postoperatif Dönem Distansiyon Ağrısı

Tablo 4.7. Girişim ve kontrol grubundaki kadınların postoperatif analjezik tüketimi

Analjezik Adı	Analjezik miktarı	Girişim Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		Test Değeri	p değeri
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Postoperatif 0 Gün							
Diklofeank sodyum 75 mg IM (2x1)	75	5	14,3	7	20,0	0,404 ^P	0,525
	150	30	85,7	28	80,0		
Petidin hidroklorür 50 mg (IV)	Yok	11	31,4	7	20,0	1,197 ^P	0,274*
	100 mg	24	68,5	28	80,0		
Parasetamol IV	Yok	8	22,9	11	31,4	1,026 ^P	0,599
	1000mg	18	51,4	14	40,0		
	2000mg	9	25,7	10	28,6		
Parasetamol 500 mg (2x1)	Yok	34	97,1	35	100,0	0,000 ^{FE}	0,999
	500mg	1	2,9	-	-		
Postoperatif 1. Gün							
Diklofeank sodyum 75 mg IM (2x1)	Yok	3	8,6	6	17,1	4,676 ^{FE}	0,097
	75	7	20,0	13	37,1		
	150	25	71,4	16	45,7		
Petidin hidroklorür 50 mg (IV)	Yok	34	97,1	35	100,0	0,000 ^{FE}	0,999
	100 mg	1	2,9	-	-		
Parasetamol IV	Yok	26	74,3	26	74,3	0,510 ^{FE}	0,999
	1000mg	8	22,9	7	20,0		
	2000mg	1	2,9	2	5,7		
Parasetamol 500 mg (2x1)	Yok	30	85,7	30	85,7	3,304 ^{FE}	0,196
	500mg	4	11,4	1	2,9		
	1000mg	1	2,9	4	11,4		

* $p<0,05$; FE=Fisher Exact ki kare testi; P=Pearson Ki kare testi

Tablo 7'ye girişim ve kontrol grubundaki kadınların postoperatif analjezik tüketim durumları yer almaktadır. Postoperatif 0 Gün alınan analjeziler şu şekilde olduğu görülmektedir. Girişim grubundaki kadınların yüzde %14,3'ü kontrol grubu kadınların %20,0'si Diklofeank sodyum 75 mg (IM) uygulandığı görülmektedir. Günlük Diklofeank sodyum 150 mg (IM) girişim grubundaki kadınların yüzde %68,5'inde kontrol grubu kadınların %80,0'inde uygulandığı yer almaktadır. Petidin hidroklorür 50 mg (IV) kullanmayanların oranı girişim grubundaki kadınlarda %31,4 kontrol grubundaki kadınlarda %20,0 olduğu görülmektedir. Girişim grubundaki kadınların %65,5'inde kontrol grubundaki kadınların %80,0'inde Petidin hidroklorür 100 mg (IV) uygulanmıştır. Parasetamol IV olarak girişim grubu kadınların %22,9'unda kontrol grubu kadınların %31,4'ünde uygulanmamıştır. Günlük parasetamol IV 1000 mg (IV) uygulanan kadınların %51,4'ü girişim %40,0'ı kontrol grubunda yer almaktadır. Günlük parasetamol IV 2000 mg (IV) uygulananların %25,7'sinin girişim grubunda %28,6'sının kontrol grubunda yer aldığı görülmektedir. Parasetamol 500 mg oral kullanmayan kadınların %97,1'i girişim grubunda benzer şekilde %100'ü kontrol grubunda yer almaktadır.

Girişim ve kontrol grubunda yer alan kadınların postoperatif sıfırıncı gün alınan analjeziler açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). İki grup arasında istatistiksel anlamlılık test değerleri sırasıyla; Diklofeank sodyum 75 mg IM ($0,404^P$), Petidin hidroklorür 50 mg (IV) ($1,197^P$), Parasetamol IV ($1,026^P$), Parasetamol 500 mg (2x1) oral ($0,000^{FE}$) olarak sıralanmıştır. Postoperatif analjezi kullanma açısından girişim ve kontrol grubu homojen dağılım göstermektedir.

Tabloya göre postoperatif birinci gün alınan analjeziler aşağıda belirtilen şekilde olduğu görülmektedir. Diklofeank sodyum (IM) girişim grubundaki kadınların %8,6'sında kontrol grubundaki kadınların %20,0'sinde kullanılmamıştır. Girişim grubundaki kadınların yüzde %20,0'sinde kontrol grubu kadınların %37,1'inde Diklofeank sodyum 75 mg (IM) uygulandığı görülmektedir. Günlük Diklofeank sodyum 150 mg (IM) girişim grubundaki kadınların yüzde %71,4'inde kontrol grubu kadınların %45,7'sinde uygulandığı yer almaktadır. Petidin hidroklorür 50 mg (IV) kullanmayanların oranı girişim grubundaki kadınlarda %91,7 benzer şekilde kontrol grubundaki kadınlarda

%100,0 olduğu görülmektedir. Girişim grubundaki kadınların %2,9'unda Petidin hidroklorür 100 mg (IV) uygulanmıştır. Parasetamol IV olarak girişim ve kontrol grubundaki kadınların %74,3'ünde uygulanmadığı görülmektedir. Günlük parasetamol IV 1000 mg (IV) uygulanan kadınların %22,9'u girişim grubunda benzer şekilde %20,0'si kontrol grubunda yer almaktadır. Günlük parasetamol IV 2000 mg (IV) uygulananların %2,9'unun girişim grubunda %5,7'sinin kontrol grubunda yer aldığı görülmektedir. Parasetamol 500 mg oral kullanmayan girişim ve kontrol grubunda kadınların oranı %85,7 olduğu yer almaktadır. Girişim grubundaki kadınların %11,4'ü kontrol grubundaki kadınların %2,9'u parasetamol 500 mg oral analjezi kullanmışlardır. Parasetamol 1000 mg oral kullananların %2,9'u girişim grubunda %11,4'ü kontrol grubunda yer almaktadır.

Girişim ve kontrol grubunda yer alan kadınların postoperatif birinci gün alınan analjeziler açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). İki grup arasında istatistiksel anlamlılık test değerleri sırasıyla; Diklofeank sodyum 75 mg IM ($4,676^{FE}$), Petidin hidroklorür 50 mg (IV) ($0,000^{FE}$), Parasetamol IV ($0,510^{FE}$), Parasetamol 500 mg (2x1) oral ($3,304^{FE}$) olarak sıralanmıştır. Postoperatif analjezi kullanma açısından girişim ve kontrol grubu homojen dağılım göstermektedir.

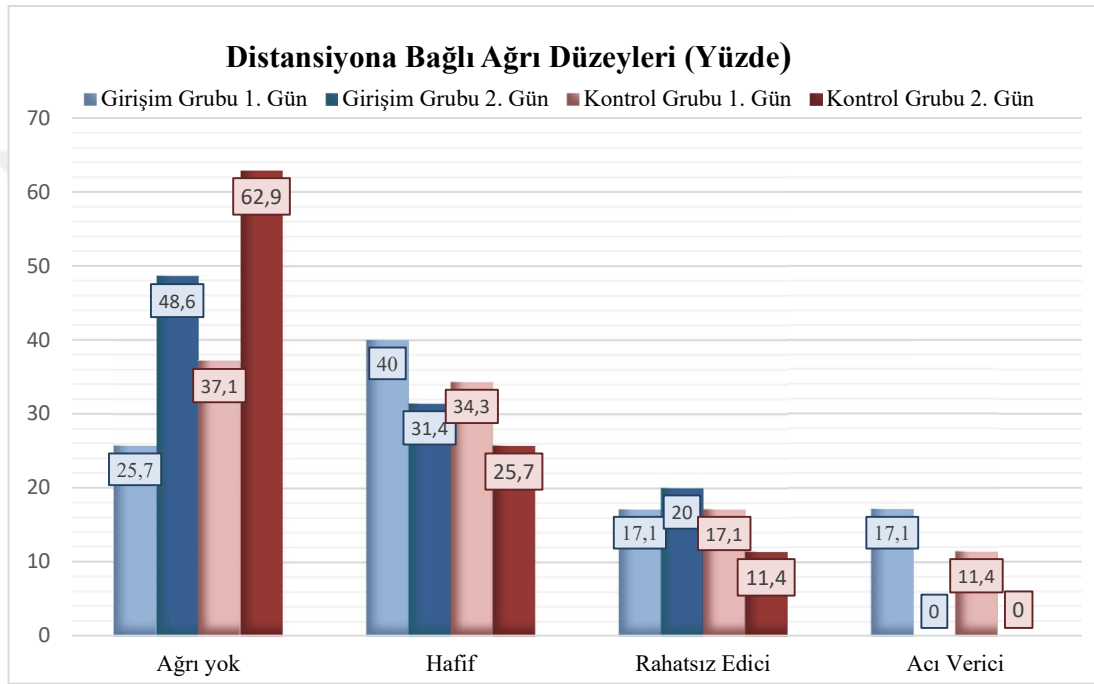
Tablo 4.8. Giriş ve kontrol grubundaki kadınların postoperatif ağrı ortalamaları

Postoperatif ağrı düzeyleri	Girişim Grubu (n=35)	Kontrol Grubu (n=35)	t test	p değeri
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
1. gün	3,34 $\pm$ 2,69	2,94 $\pm$ 2,75	0,615	0,541
2. gün	2,17 $\pm$ 2,31	1,54 $\pm$ 2,24	1,156	0,252
t test	2,188	2,323		
p değeri	0,036*	0,026*		

* $p<0,05$ t: bağımsız örneklem t testi; P: Pearson Ki kare test

Tablo 8'de giriş ve kontrol grubundaki kadınların postoperatif ağrı düzeyleri yer almaktadır. Girişim grubunda yer alan kadınların 1. Gün ağrı ortalaması (3,34 $\pm$ 2,69) ve kontrol grubunun 1. Gün ağrı ortalaması (2,94 $\pm$ 2,75) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($-0,615^t$) ($p>0,541$). Benzer şekilde girişim grubunda yer alan kadınların 2.gün ağrı ortalamaları (2,17 $\pm$ 2,31) ile kontrol grubunda yer alan kadınların 2.gün ağrı ortalamaları (1,54 $\pm$ 2,24) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği

görülmektedir (-1,156^t) ($p>0,252$). Bunun yanında girişim grubunun kendi içindeki değişimi incelendiğinde birinci gün ve ikinci gün ağrı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (0,036^P) ($p<0,05$). Bireylerin ağrı değerlerinin zaman içinde azaldığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde kontrol grubunun kendi içindeki değişimi incelendiğinde de birinci gün ve ikinci gün ağrı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir (0,026^P) ($p<0,05$). Bireylerin ağrı değerlerinin zaman içinde azaldığı görülmektedir.

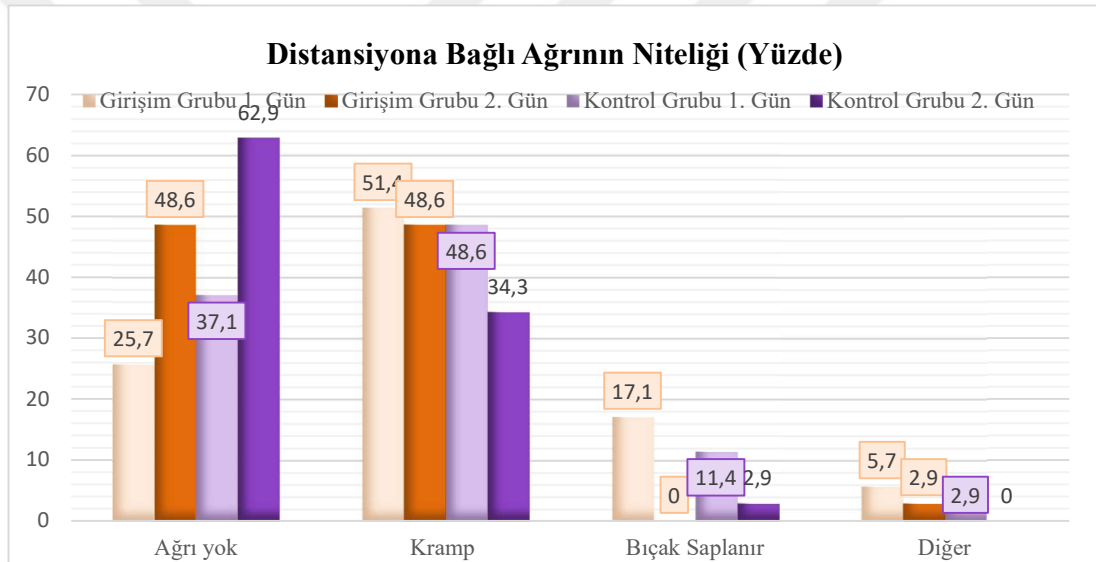


Şekil 4.1. Girişim ve kontrol grubundaki kadınların postoperatif ağrı düzeyleri (yüzde)

Şekil 4.1 de girişim ve kontrol grubundaki kadınların postoperatif ağrı düzeyleri yer almaktadır. Girişim grubu kadınların %25,7'sinde postoperatif 1.gün, %48,6'sında 2. Gün ağrı olmadığını belirttikleri yer almaktadır. Kontrol grubu kadınlarda ise %37,1'inde 1.gün, %62,9'unda 2.günde distansiyona bağlı ağrı olmadığını belirttikleri yer almaktadır. Distansiyona bağlı hafifi düzeydeki ağrı girişim grubu kadınların 1.gün %40,0'unda, 2. gün %31,4'ünde görülmektedir. Kontrol grubu kadınların ise 1.gün %34,3'ünde, %25,7'sinde 2.gün hafif düzeyde distansiyona bağlı ağrı olduğu görülmektedir. Her iki grup kadınların %17,1'inde postoperatif 1.gün distansiyona bağlı rahatsız edici düzeyde ağrının olduğu yer almaktadır. Postoperatif 2.gün girişim grubu kadınların %20,0'sinde girişim grubu kadınların %11,4'ünde distansiyona bağlı rahatsız edici düzeyde ağrılarının

olduğunu belirttikleri görülmektedir. Acı verici düzeyde ağrı postoperatif 1. Gün girişim grubu kadınlarda %17,1’inde görülürken, kontrol grubu kadınlarda bu oranın %11,4’ünde olduğu yer almaktadır.

Girişim ve kontrol grubunda yer alan kadınların postoperatif ağrı düzeyleri açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Girişim ve kontrol grubunda birinci ve ikinci ölçümlerde ağrı durumlarının var-yok olma durumları farklılık gösterip göstermediği Mc Nemar testi ile incelenmiştir. Sonuçlara göre hem deney hem de kontrol grubunda birinci gün ve ikinci gün ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0,05$).



Şekil 4.2. Giriş ve kontrol grubundaki kadınların postoperatif distansiyona bağlı ağrının niteliği (yüzde)

Şekil 4.2’de girişim ve kontrol grubundaki kadınların postoperatif ağrının niteliği yer almaktadır. Girişim grubu kadınların %25,7’sinde postoperatif 1.gün, %48,6’sında 2. Gün ağrının olmadığını yer almaktadır. Kontrol grubu kadınlarda ise %37,1’inde 1.gün, %62,9’unda 2.günde distansiyona bağlı ağrı olmadığını görülmektedir.

Ağrı tipi incelendiğinde 1.gün kramp tarzı ağrı hissedenlerin %51,4’ü girişim grubunda %48,6’sı kontrol grubu yer almaktadır. Postoperatif 2.gün distansiyona bağlı kramp tarzı ağrı girişim grubu kadınların %48,6’sı, kontrol grubunda ise %34,3’ünde görüldüğü yer almaktadır. Postoperatif 1.gün distansiyona bağlı bıçak saplanır gibi ağrı girişim grubu

kadınların %17,1'inde kontrol grubu kadınların %11,4'ünde olduğu görülmektedir. Postoperatif 2.gün distansiyona bağlı bıçak sağlanır gibi ağrı girişim grubu kadınlarda görülmezken, kontrol grubu kadınların %2,9'unda görülmektedir. Distansiyona bağlı postoperatif 1. gün girişim grubu kadınların %5,7'sinde kontrol grubu kadınların %2,9'unda diğer düzeyde ağrılarının olduğunu yer almaktadır. Distansiyona bağlı 2.gün girişim grubu kadınların %5,7'si kontrol grubu kadınların %2,9'u diğer düzeyde ağrılarının olduğu görülmektedir.

Girişim ve kontrol grubu kadınlar yaklaşık yarısı postoperatif 1.gün distansiyona bağlı kramp tarzında ağrı yaşamaktadırlar. Ağrı niteliği açısından girişim ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Bireylerin ağrı değerlerinin zaman içinde azaldığı görülmektedir.

4.5. Paula Yöntem Egzersizlerinin Bağırsak Motilitesi Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular

Tablo 4.9. Paula Yöntem Egzersizleri uygulanan kadınlar ile kontrol grubu kadınların postoperatif süreçte bağırsak sesleri sayılarının karşılaştırılması

Postoperatif zamana göre bağırsak sesi sayısı	Girişim	Kontrol	Test değeri	p değeri
0.gün (6-8. Saat) egzersiz öncesi	6,69±2,92	7,34±3,33	-0,877	0,383
0.gün (6-8. Saat) egzersiz sonrası	9,66±3,73	7,34±3,33	2,739	0,008*
Test değeri	-5,351			
p değeri	0,000*			
1.gün egzersiz öncesi	7,77±3,47	7,97±3,24	-0,249	0,804
1. gün egzersiz sonrası	9,40±3,62	7,97±3,24	1,741	0,086
Test değeri	-3,581			
p değeri	0,001*			
2.gün egzersiz öncesi	9,23±3,01	9,50±3,46	-0,350	0,727
2.gün egzersiz sonrası	11,66±2,94	9,50±3,46	2,812	0,006*
Test değeri	-6,037			
p değeri	0,000*			

t: bağımsız örneklem t testi; P: Pearson Ki kare test

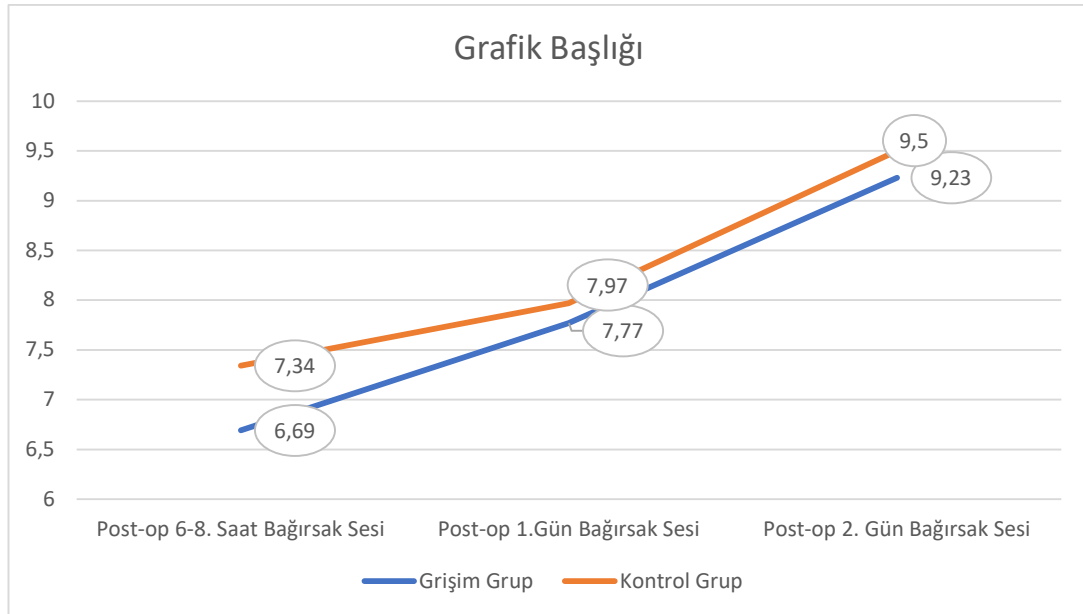
Tablo 9’da Paula Yöntem Egzersizleri uygulanan kadınlar ile kontrol grubu kadınların postoperatif süreçte bağırsak sesleri sayılarının karşılaştırılması yer almaktadır. Sezaryen sonrası 0.gün (6-8. Saat) egzersiz öncesi girişim grubu kadınların bağırsak sesleri sayısı ortalamaları ($6,69 \pm 2,92$) kontrol grubu kadınların bağırsak sesleri ortalamaları ($7,34 \pm 3,33$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği grupların homojen olduğu görülmektedir ($P=0,383$). Sezaryen sonrası 0.gün (6-8. Saat) egzersiz sonrası girişim grubu kadınların bağırsak sesleri sayısı ortalaması ($9,66 \pm 3,73$) ile kontrol grubu kadınların bağırsak sesleri ortalaması ($7,34 \pm 3,33$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği, girişim grubu kadınlarda bağırsak seslerinin arttığı görülmektedir ($P=0,008$) ($p>0,05$). Aynı zamanda girişim grubu kadınlarda egzersiz öncesi ve sonrası bağırsak sesleri arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p=0,000$). Girişim grubundaki kadınlarda sezaryen sonrası 1.gün egzersiz öncesi bağırsak sesleri ortalaması ($7,77 \pm 3,47$) ile kontrol grubu kadınlarda ise 1.gün egzersiz öncesi bağırsak sesleri ortalaması ($7,97 \pm 3,24$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği görülmektedir ($P=0,804$) ($p>0,05$). Girişim grubundaki kadınlarda 1.gün egzersiz sonrası bağırsak sesleri ortalaması ($9,40 \pm 3,62$) kontrol grubu kadınlarda ise 1.gün bağırsak sesleri ortalaması ($7,97 \pm 3,24$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği görülmektedir ($P=0,086$) ($p>0,05$). Girişim grubundaki kadınlarda ise 1.gün egzersiz öncesi ve sonrası bağırsak sesleri sayısı arasında anlamlı fark olduğu görülmektedir ($P=0,001$). Sezaryen sonrası 2.gün egzersiz öncesi girişim grubundaki kadınların bağırsak sesleri ortalaması ($9,23 \pm 3,01$) kontrol grubundaki kadınların bağırsak sesleri ortalaması ($9,50 \pm 3,46$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği görülmektedir ($P=0,727$). Sezaryen sonrası 2.gün egzersiz sonrası girişim grubundaki kadınların bağırsak sesleri ortalaması ($11,66 \pm 2,94$) kontrol grubundaki kadınların bağırsak sesleri ortalaması ($9,50 \pm 3,46$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($P=0,006$). Aynı zamanda girişim grubundaki kadınlarda egzersiz öncesi ve sonrası bağırsak sesleri ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($P=0,000$).

Tablo 4.10. Girişim ve kontrol gruplarında sezaryen sonrası bağırsak motilitesi arasında ilişki (saat)

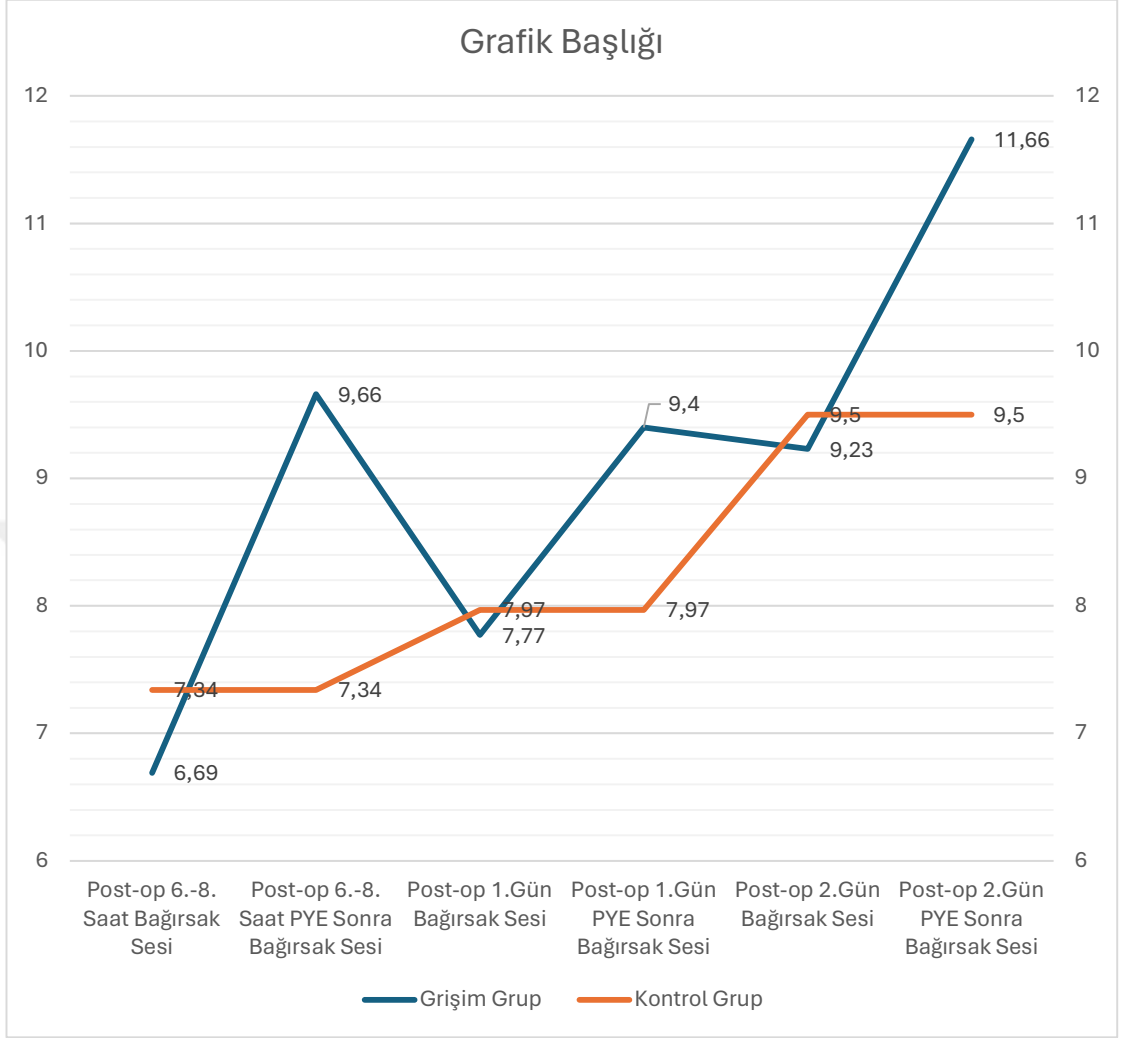
Sezaryen sonrası bağırsak motilitesi göstergeleri	Girişim $\bar{X} \pm SS$	Kontrol $\bar{X} \pm SS$	Test değeri	p değeri
İlk bağırsak sesi hissetme	7,74±3,09	9,31±6,06	-1,366 ^t	0,178
İlk gaz çıkarma	13,09±4,67	14,94±6,01	-1,442 ^t	0,154
İlk defekasyona çıkma	39,94±21,64	49,03±29,36	-1,181 ^z	0,238

t=bağımsız örneklem t testi; z= Mann Whitney U testi

Tablo.10'da girişim ve kontrol gruplarında sezaryen sonrası bağırsak motilitesi arasında ilişkinin dağılım yer almaktadır. Tabloya göre girişim grubunda yer alan kadınların ilk bağırsak sesi hissetme (saat) ortalaması (7,74±3,09) ve kontrol grubunun ilk bağırsak sesi hissetme (saat) ortalaması (9,31±6,06) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği görülmektedir (-1,366^t). Benzer şekilde girişim grubunda yer alan kadınların ilk gaz çıkarma (saat) ortalamaları (13,09±4,67) ile kontrol grubunda yer alan ilk gaz çıkarma (saat) ortalamaları (14,94±6,01) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemektedir (-1,442^t). İlk defekasyona çıkma (saat) ortalaması girişim grubundaki kadınlar (39,94±21,64) ile kontrol grubu kadınların ortalaması (49,03±29,36) arasında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır (-1,181^z) (p>0,05).



Şekil 4.3. Girişim ve kontrol grubu kadınların bağırsak sesleri sayısı (1 dakika)



Şekil 4.4. Girişim grubu kadınların Paula Yöntem Egzersizleri öncesi ve sonrası bağırsak sesleri ile kontrol grubu kadınların bağırsak sesleri sayısı (1 dakika)

5. TARTIŞMA

Araştırmada, sezaryen sonrası “Paula Yöntem Egzersizlerinin” postoperatif distansiyon ve distansiyona bağlı ağrının önlenmesine etkisi incelenmiş ve değerlendirilmiştir. Tartışma bölümü araştırmanın dört hipotezi doğrultusunda tartışıldı.

5.1.Girişim ve kontrol grubu kadınlarda sezaryen sonrası ilk gaz çıkarma süreleri ve bağırsak seslerini hissetme zamanları

Araştırmanın birinci hipotezi kapsamında; Paula Yöntem Egzersizi uygulanan girişim grubundaki kadınlarda, standart bakım uygulanan kadınlara göre ilk gaz çıkış zamanı yaklaşık iki saat daha erken sürede gerçekleşmiştir. Aynı zamanda girişim grubundaki kadınların ilk bağırsak seslerini hissetmeleri, kontrol grubundaki kadınların ilk bağırsak seslerini hissetmelerinden 1,5 saat daha önce gerçekleşmiştir (Tablo 4.10). Postoperatif dönemde bağırsak peristaltizminin başladığının göstergelerinden biri olan gaz çıkarma ve bağırsak sesi hissetmenin girişim grubundaki kadınlarda daha erken olması postoperatif distansiyonun kontrolü açısından önemli bir bulgudur. Literatürde sezaryen sonrası distansiyon ve bağırsak motilitesine Paula Yöntem Egzersizinin etkisini inceleyen sadece bir çalışma bulunmuştur (Liebergall-Wischnitzer ve ark., 2020). Bununla birlikte Paula Yöntem Egzersizinin farklı rahatsızlıklarda yuvarlak kasların çalışma ilkesi ve sonuçlarının beden sistemlerine yansımaya yönelik çalışmalar mevcuttur (Liebergall-Wischnitzer ve ark., 2005; Liebergall-Wischnitzer ve ark., 2009; Liebergall-Wischnitzer ve ark., 2012; Liebergall-Wischnitzer ve ark., 2013; Zukerman ve ark., 2005). Araştırma sonuçları ile doğrudan benzerliği olan ve ulaşılabilen tek çalışmada; Paula Yöntem Egzersizlerinin sezaryen sonrası gastrointestinal reaktivasyona etkisi incelenmiştir (Liebergall-Wischnitzer 2020). Liebergall-Wischnitzer ve arkadaşlarının yaptığı bu çalışmada; Paula Yöntem Egzersizlerini sezaryen planlanan kadınlara sezaryenden iki ile yedi gün öncesi hemşireler tarafından eğitim ve aynı zamanda eğitimle ilgili görsel materyaller verilmiştir. Kadınlardan sezaryen operasyonundan birkaç saat sonrasında başlayıp, sabah üç ve akşam üç kez olmak üzere günde altı kez beşer dakikalık sürede egzersizleri yapmaları istenmiştir. Sezaryen sonrası ikinci saatten itibaren ilk bağırsak seslerinin varlığı stetoskopla değerlendirmiş ve ilk gaz çıkışı zamanı kadınlardan saat

olarak elde edilmiştir. Araştırma sonunda Paula Yöntem Egzersizi uygulanan kadınlarda ilk gaz çıkışı ve ilk defekasyon zamanı uygulanmayan gruba göre daha erken zamanda gerçekleşmiştir. Paula Yöntem Egzersizlerinin dairesel kasların paralel çalışması prensibine dayalı olarak üriner inkontinans rahatsızlığı olan bireylerdeki etkisini inceleyen çalışmada girişim grubundaki bireylerde kontrol grubundaki bireylere göre daha düşük aralıklarda inkontinans bildirimi elde edilmiştir (Liebergall-Wischnitzer ve ark., 2005; Liebergall-Wischnitzer ve ark., 2009; Liebergall-Wischnitzer ve ark., 2013;).

Paula yöntemi, vücuttaki tüm sfinkterlerin senkronize uyarıldığı, birinin hareketinin diğerini etkilediği varsayımıyla çalışan dairesel kasların çalıştırılmasına ilişkin bir egzersiz türüdür (Liebergall-Wischnitzer ve ark., 2020). Paula yönteminin teorik arka planı, vücudun belirli bölgelerindeki dairesel kasların kasılıp gevşetilmesiyle hasarlı kasların da çalıştırılması ve bu şekilde iyileştirilebileceği hipotezine dayanmaktadır. Bu teoriye göre yüz ve ağız bölgesinde bulunan dairesel kasların çalıştırılmasıyla benzer diğer dairesel kaslarda da aktivasyon ve iyileşmeler oluşur (Liebergall-Wischnitzer ve ark., 2020). Paula Yöntem Egzersizinin temel dayanağı olan bu mekanizma bu yöntemin etkinliğine yönelik yapılan çalışmaların tamamında ve araştırmamız sonuçlarında etkili olmuştur. Bu sonuçlarla araştırmanın birinci hipotezi doğrulanmaktadır.

5.2.Girişim ve kontrol grubu kadınlarda sezaryen sonrası postoperatif dönemde bağırsak ses sayısı

Bu bölümde araştırmanın ikinci hipotezine ilişkin sezaryen sonrası postoperatif dönemde; Paula Yöntem Egzersizleri uygulamasının bağırsak seslerinin sayısı üzerine etkisini gösteren bulgular tartışılmıştır. Uygulama öncesi her iki grupta bağırsak seslerinin sayısı birbirine yakın değerlerde iken, girişim grubunda uygulama sonrası bağırsak seslerinin sayısında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış tespit edilmiştir (Tablo 4.8). Liebergall-Wischnitzer (Liebergall-Wischnitzer ve ark., 2020) ve arkadaşlarının yaptığı bu çalışmada; girişim ve kontrol grubu kadınlarda gaz çıkışı ve defekasyona çıkış zamanında iki grup arasında fark bulunurken, bağırsak ses sayısı ve uygulama sonrası artışına yönelik anlamlı bir fark elde edilmemiştir. Bu yönleriyle düşünüldüğünde Paula Yöntem Egzersizi uygulanan kadınlarda egzersiz sonrası bağırsak ses sayısının fazla olması önemli bir bulgudur. Nitekim bağırsak seslerinin alınamaması peristaltizmin başlamaması anlamına

gelmektedir. Paula Yöntem Egzersizinin sezaryen sonrası bağırsak motilitesini başlatması yönünden sınırlı sayıdaki literatüre katkısının da değerli olduğu düşünülmektedir. Literatürde intestinal reaktivasyon amacıyla mobilizasyon önerilmektedir. Ancak hastaların anestezi etkisi, bulantı-kusma, ağrı ve halsizlik gibi rahatsızlıkları nedeniyle mobilizasyonda zorlandıkları da bilinmektedir (Sahin ve Terzioglu 2015). Bağırsak ses sayısının artışı gösteren bu sonuç doğrultusunda araştırmamız 2. hipotezinin kabul edilmektedir, Paula yöntem Egzersizlerinin bağırsak seslerinin sayısını arttırmaktadır.

5.3.Girişim ve kontrol grubu kadınlarda sezaryen sonrası ilk defekasyona çıkma süreleri

Araştırmanın dördüncü hipotezi doğrultusunda sezaryen sonrası postoperatif dönemde Paula Yöntem Egzersizleri uygulamanın defekasyona çıkma süresine etkisine yönelik bulgular incelenmiştir. Sezaryen sonrası ilk defekasyona çıkma süreleri açısından girişim ve kontrol grubu kadınlar arasında istatistiksel olarak fark bulunmasa da, girişim grubunda bulunan kadınların kontrol grubuna göre sezaryen sonrası ilk defekasyona çıkma sürelerinin ortalaması dokuz saat daha erken sürede gerçekleştiğini göstermektedir (Tablo 4.10). Literatürde sezaryen sonrası ilk defekasyona çıkma süresinin saat olarak değerlendirildiği (Liebergall-Wischnitzer ve ark., 2020) çalışmada Paula Yöntem Egzersizleri yapılan grupta ilk defekasyona çıkma süresinin daha erken olduğu görülmüştür. Bu sonuç çalışmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir. Paula Yöntem Egzersizleri gastrointestinal sistemin çalışmasına etkili ve hızlandırıcı olduğu bulunmuştur. Çalışmamızdaki bu bulgu ile araştırmamızın dördüncü hipotezi kabul edilmiştir.

5.4.Girişim ve kontrol grubu kadınlarda sezaryen sonrası distansiyona bağlı ağrı değerlendirilmesinde VAS sonuçları

Sezaryen sonrası ağrı düzeyi açısından girişim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (Tablo 4.8). Ulusal ve uluslararası literatüre bakıldığında bu konuda yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bulgu ile araştırmamızın üçüncü hipotezi reddedilmiştir. Her iki grupta da (girişim ve kontrol) birinci ve ikinci gün arasında ağrı ortalamaları açısından istatistiksel olarak fark vardır (Tablo 4.8) (Grafik 4.1-4.2). Bu fark cerrahi sonrası ağrı düzeyinin zamanla azalması beklenen bir durumdur.

Paula Yöntem Egzersizleri VAS skorlarında fark yaratmamış olmakla birlikte bağırsak hareketlerinin atması hafif düzeyde kramp tarzı ağrıya neden olabilir. Bu sonuç bağırsak hareketlerinin artması nedeniyle beklenen bir sonuç olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda yer alan her iki grupta da hem opioid hem de nonsteroid antiinflatuar ajanların kullanımı söz konusudur ve analjezik kullanımı prosedürlerde yer alan rutin uygulamalardır. Bilindiği gibi nonsteroid anti-inflatuar ajanlar prostaglandin inhibisyonu ile bağırsak peristaltizmini etkiler. Opioidler bağırsak peristaltizmini yavaşlatarak etkiler. Bütün bunlara rağmen Paula Yöntem Egzersizleri bağırsak peristaltizmini hızlandırmıştır.

Annelerin sezaryen doğum sonrası hızlı bir şekilde bebekleri için annelik rollerini yerine getirmeleri beklenir. Sezaryen sonrası yaşanan şiddetli ağrı ve annenin ağrıyla baş edememesi, annenin doğumdan hemen sonraki dönemde yeni doğan bebeğine bakım vermesini geciktirebilir ve anne/bebek bağlanmasını olumsuz etkileyebilir. Doğum sonu dönemde distansiyon ve distansiyona bağlı ağrı aynı zamanda emzirmede uygun pozisyon alınamaması nedeniyle emzirmeyi olumsuz yönde etkileyebilir. Emzirmenin etkilenmesi en güvenilir ve en etkin olan bebek beslenmesini ve anne bebek arasında kurulacak bağında zedelenmesine yol açabilir. Sezaryen sonrası distansiyon ve distansiyona bağlı ağrıyı yönetiminde güvenli ve etkili bir yöntemin kullanılması; annenin hareket etmesini, yeni doğan bebeği ile iletişimini ve bakım vermesini etkilememesi açısından önemlidir. Bu nedenle ağrıyı gidermek için uygulanan farmakolojik olmayan hemşirelik uygulamaları sezaryen sonrası ağrıyı yönetmede iyi bir seçenek olabilir (Gamal ve ark., 2019; Şimşek ve Ecevit, 2020).

Bir bütün olarak değerlendirildiğinde; sezaryen sonrası postoperatif dönemde doğru beslenme ve yeterli hidrasyon, ilk bağırsak hareketi veya rektal gaz çıkışı bakımın odağındadır. Postoperatif diyetin odak noktası ileusu önlemek ve yönetmektir (Aryafar ve ark., 2020). Abdomene yapılan cerrahi ile ilgili en sık görülen komplikasyonlardan biri olan ileus, karın şişkinliğine, ameliyat sonrası ağrıya, annenin emzirmeye başlayamamasına, iyileşmede gecikmeye, hastanede kalış süresinin uzamasına, bakım maliyetinin artmasına neden olabilmektedir (Herman ve ark., 2019). Abdominal cerrahiden sonra gastrointestinal fonksiyonun iyileşmesinin etkili ve zararsız bir şekilde

desteklenmesi ve postoperatif komplikasyonların önlenmesi sağlık profesyonellerinin önemle üzerinde durduğu konulardandır. Sezaryen sonrası bakım ve gastrointestinal fonksiyonların değerlendirilmesinde önemli bir role sahip olan hemşireler, tüm karın kadranslarında normal peristaltik hareketlerini değerlendirmeli, ilk bağırsak sesi, ilk dışkılama, açlık zamanı ve ilk beslenme, ilk beslenmeye tepkiyi takip etmeli, bağırsak fonksiyonlarını uyaran müdahaleleri araştırmalı ve uygulamalıdır (Yıkar ve Nazik, 2022). Literatürde sezaryen sonrası bağırsak iyileşmesini hızlandırmak için ambulasyon, erken hidrasyon, Refleksoloji ve sakız çiğneme gibi birçok nonfarmakolojik yöntem üzerine çalışmalar vardır (Altraigey ve ark., 2020; Azari ve ark., 2020; Hassan ve ark., 2019; Helmy Mohammed ve ark., 2023; Kanza ve Şolt Kırca, 2021; Sahin ve Terzioğlu, 2015).

Post-operatif dönemde annenin bebeği emzirmesi ve anne bebek arasında bağın oluşturulması, distansiyonun önlenmesi ve dolayısıyla da ileusun önlenmesi, iyileşmenin hızlanması ve hastanede kalış süresinin uzamaması, bakım maliyetinin artmaması, yöntemin kolay uygulanabilir olması hiçbir maliyet gerektirmemesi, uygulamada herhangi bir merkeze ve araç gerece bağımlılığın olmaması düşünüldüğünde araştırma sonuçlarına benzer şekilde bizim sonuçlarımız da literatüre önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1.Sonuç

Spinal anestezi ile sezaryen olan kadınlarda “paula yöntem egzersizlerinin” postoperatif distansiyon ve distansiyona bağlı ağrının önlenmesine etkisi saptamak amacıyla gerçekleştirilen tez çalışmasının sonuçları;

- Sezaryen sonrası Paula Yöntem Egzersizleri uygulandığı girişim grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre sezaryen sonrası ilk gaz çıkarma süresinin daha erken sürede gerçekleştiği görülmüştür **(H1a hipotezi kabul edilmiştir)**.
- Sezaryen sonrası girişim ve kontrol grubu kadınlarda ağrı düzeylerinin azaldığı görülmüştür.
- Sezaryen sonrası Paula Yöntem Egzersizleri uygulamasının, girişim grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre bağırsak seslerinin sayısının anlamlı düzeyde arttırdığı görülmüştür **(H1b hipotezi kabul edilmiştir)**.
- Sezaryen sonrası Paula Yöntem Egzersizleri uygulanmasının, her iki grupta da sezaryen sonrası distansiyona bağlı ağrı değerlendirilmesinde VAS skoru sonuçları üzerine etkili olmadığı görülmüştür **(H1c hipotezi kabul reddedilmiştir)**.
- Sezaryen sonrası Paula Yöntem Egzersizleri uygulandığı girişim grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre sezaryen sonrası defekasyona çıkma zamanının daha erken sürede gerçekleştiği görülmüştür **(H1d hipotezi kabul edilmiştir)**.
- Paula Yöntem Egzersizlerinin sezaryen sonrası kadınlarda kullanılabilir olduğu belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Araştırma süreci ve elde edilen sonuçlara dayanarak uygulayıcılara ve araştırmacılara yönelik aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

- Bu çalışmanın daha geniş ve farklı bir örneklem grubu ile tekrar yapılması,
- Paula Yöntem Egzersizlerinin sezaryen sonrası kadınlarda GİS fonksiyonlarının tekrar geri gönesine yardımcı olarak kullanılması,
- Paula Yöntem Egzersizlerinin diğer cerrahi ameliyatlardaki etkisinin incelenmesi,
- Paula Yöntem Egzersizlerinin abdomene yönelik cerrahilerde bağırsak motilitesi üzerine etkisine yönelik çalışmaların yapılması,
- Postoperatif dönemde distansiyona yönelik başka çalışmaların yapılması
- Gastrointestinal sistemin problemlerinden konstipasyona yönelik etkinliğini değerlendirecek çalışılmaların yapılması,
- Paula Yöntem Egzersizleri uygulamasının gastrointestinal sistem problemi olarak distansiyon ve şişkinlik yaşayan bireylerde çalışmaların yapılması,
- Paula Yöntem Egzersizlerinin özellikle ileri yaş grubun, konstipasyon problemi olan bireylerle çalışılması,
- Gebe okullarında gebelere Paula Yöntem Egzersizlerinin öğretilmesi
- Masa başı ve harekesiz çalışma ortamındaki bireylerdeki GİS problemlerine yönelik Paula Yöntem Egzersizlerinin etkinliğine yönelik çalışmaların yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

- Abadi F, Shahabinejad M, Abadi F, Kazemi M. Effect of acupressure on symptoms of postoperative ileus after cesarean section. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies*. 2017; 10(2):114-9.
- Abd El-Sattar MM, Rezk MA, Nofal AM, Hashish AH. Regain of gastrointestinal motility after general anesthesia versus spinal anesthesia in a cesarean section. *Menoufia Medical Journal*. 2020; 33(2):427.
- ACOG. Cesarean delivery on maternal request. *Obstet Gynecol*. 2019; 133(1):e73-7.
- Akın B, Koçoğlu D. Randomize kontrollü deneyler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2017; 4(1):73-92.
- Aksakoğlu G. Sağlıkta araştırma ve çözümleme: Meta Basımevi İzmir. 2013.
- Aliyu SU, Hanif SM, Lawal IU. Effect of Paula exercise method on functional outcomes of women with post fistula repair incontinence: a protocol for randomized controlled trial. *BMC Women's Health*. 2021; 21(1):1-9.
- Altraigey A, Ellaithy M, Atia H, Abdelrehim W, Abbas AM, Asiri M. The effect of gum chewing on the return of bowel motility after planned cesarean delivery: a randomized controlled trial. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2020; 33(10):1670-7.
- Andersen RM, Thomsen T, Danielsen AK, Gogenur I, Alkjaer T, Nordentoft T, et al. Evaluation of abdominal exercises after stoma surgery: A descriptive study. *Disabil Rehabil*. 2020; p: 1-10.
- Aryafar M, Bozorgmehr R, Gholami F, Farazmehr K, Alizadeh R. A randomized double-blind clinical trial evaluating the effect of Elastic Stocking on Hemodynamic Changes and dose use of ephedrine for elective Cesarean surgery under spinal anesthesia. *International Journal of Surgery Open*. 2020; 27:58-63.

Atan ŞU, Ozturk R, Satir DG, Çalim SI, Weller BK, Amanak K, ve Akercan F. Relation between mothers' types of labor, birth interventions, birth experiences and postpartum depression: A multicentre follow-up study. Sexual & Reproductive Healthcare. 2018; 18:13-18. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.08.001>

Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürgan T, Önderoğlu L, Yaralı H, Yüce K. Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi. Baskı, Ankara, Güneş Tıp Kitabevi. 2008; 507-418.

Azari ZA, Mirghafourvand M, Hughes C, Havizari S. The effect of foot reflexology on constipation: A systematic review and meta-analysis. Shiraz E-Med Journal. 2020; 22(1):1-11.

Balcı Gökdağ E. Sezaryen doğumlarda uygulanan anestezi yöntemlerinin, annenin ve yenidoğanın doğum sonu dönem konforuna ve uyumuna etkileri. Hemşirelik Bilimi Dergisi. 2020; 3(3):1-8.

Balcı R. Sindirim sistemi uygulamaları. Ay Akça F (Edt), Sağlık Uygulamalarında Temel Kavram ve Beceriler. 7.Basım. Nobel Tıp Kitabevi: İstanbul; 2019.

Barlow R, Price P, Reid TD, Hunt S, Clark GW, Havard TJ, et al. Prospective multicentre randomised controlled trial of early enteral nutrition for patients undergoing major upper gastrointestinal surgical resection. Clinical Nutrition. 2011; 30(5): 560-6.

Belgin A, Koçoğlu D. Randomize kontrollü deneyler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2017; 4(1):73-92.

Biçici B. McGill ağrı ölçeği kısa formunun geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010; İstanbul (Danışman:Yrd. Doç. Dr. Ü Yapıcı Güneş)

Capogna G. Epidural Technique In Obstetric Anesthesia: Springer International Publishing. 2020.

Chang HC, Liu HM, Li YT, Chen HF, Chou PH. The review of application of acupressure massage in clinical nursing care. Journal of Long Term Care. 2006; 10: 91-101.

Chen LL, Hsu SF, Wang MH, Chen CL, Lin YD, Lai JS. Use of acupressure to improve gastrointestinal motility in women after trans-abdominal hysterectomy. *Am J Chinese Med.* 2003; 31(5):781-90.

Choi H, Kang SH, Yoon DK, Kang SG, Ko HY, Moon DG, et al. Chewing gum has a stimulatory effect on bowel motility in patients after open or robotic radical cystectomy for bladder cancer: A prospective randomized comparative study. *Urology.* 2011;77(4):884-90.

Chow SC. Design and analysis of clinical trials: USA: Wiley. 2013; 124-98 22

Çam HH, Nur N. Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinde algılanan stres ile gastrointestinal semptomlar arasındaki ilişki. *TAF Preventive Medicine Bulletin.* 2015;14(6).

Çaparlar C, Dönmez A. Bilimsel araştırma nedir, nasıl yapılır? *Turkish Journal of the Anaesthesiology and Reanimation.* 2016;44:212-8.

Çapık C. İstatistiksel Güç Analizi ve Hemşirelik Araştırmalarında Kullanımı. *Temel Bilgiler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2014;17:4:268-74.

Çelik A. Bağırsak yetmezliği/kısa bağırsak sendromunda transplant dışı cerrahi yaklaşımlar. *Çocuk Cerrahisi Dergisi.* 2017;31(1):56-76.

Çetin E. Jinekolojik cerrahilerde ağrı yönetimi. *Sağlık & Bilim 2023: Güncel Tıp-II.* 2023;267.

Çuvadar A. Gebelik döneminde değerlendirme. Zengin, N., Özcan, H., ve Çuvadar, A. (Eds.) *Ebe ve Hemşireler İçin Fizik Muayene. Akademisyen Kitabevi.* 2023;413- 438. ISBN 978-625-399-334-4

Davis LL. Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied Nursing Research.* 1992;5(4):194-7.

Demir M. Karın Ağrısı Olan Hastaya Yaklaşım. *Klinik Tıp Bilimleri.* 2017;5(2):39-50.

Doğru S, Kaya Z, Yılmaz Doğru H. Epidural anestezinin ciddi komplikasyonları. *Dicle Medical Journal/Dicle Tıp Dergisi.* 2012;39(2).

Duman FN, Gölbaşı Z. Artan Sezaryen Doğum Oranının Anne-Bebek Sağlığı Üzerine Etkileri ve Sezaryen Doğumların Azaltılmasına Yönelik Stratejiler. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2023;17(1):188-94.

Erdem G. Doğumda analjezi ve anestezi. Şirin OK A (Edt), Kadın Sağlığı. Kenan Ofset Mat. Baskı Hiz. İstanbul; 2008.

Erden S, Çelik SŞ. Torakotomi sonrası ağrı ve analjezi yöntemlerinin kullanılmasında hemşirenin rolü. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;2(1):11-24.

Erdil F, Elbaş N. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Genişletilmiş Aydoğdu Ofset.2001.

Eryılmaz G. Normal postpartum dönemin fizyolojisi. Şirin AOK (Edt), Kadın Sağlığı. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık. 2008;707-758

Gamal AM, Soliman GH, Elhomosy SM. Effectiveness of post-operative nursing intervention on functional activities in the early post cesarean period. International Journal of Nursing Education and Research. 2019;7(1):63-70.

Gee ME, Dempsey A, Myers JE. Caesarean section: techniques and complications. Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine. 2020;30(4):97-103.

Goymen A, Simsek Y, Ozkaplan SE, Ozdurak HI, Akpak YK, Semiz A, et al. Effect of gum chewing and coffee consumption on intestinal motility in caesarean sections. Clinical and Analytical Medicine. 2017;8(5): 411-5. DOI: 10.4328/JCAM.4901

Göktürk HS. İntestinal gaz ve şişkinliğe güncel yaklaşım. Klinik Tıp Bilimleri. 2017;5(2):18-23.

Guyton A, JE H. Gastrointestinal işlevin genel ilkeleri-hareketlilik, sinirsel kontrol ve kan dolaşımı. Çeviri Editörü: Çağlayan Yeğen B. Tıbbi Fizyoloji. Güneş Tıp Kitabevleri. 2013;797-804.

Hassan H, El-Sadek A, Ali L. Effect of Three Different Nursing Interventions on Intestinal Motility and Women's Satisfaction Post-Cesarean Section Birth. American Journal of Nursing Research. 2019;7(6):932-41.

Helmy Mohammed Elsherif S, Ahmed Hassan Omran A, Abdallah El Sayed Afifi H, Ouda Abed Elmenam S. Effect of gum chewing on gastrointestinal problems among primipara women immediately after cesarean section. *Journal of Nursing Science Benha University*. 2023;4(1):939-53.

Herman A, Santoso B, Yunitasari E. The effect of chewing gum on improving the intestine peristaltic among post cesarean section patients at hospital of kendari city. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*. 2019;2(3):158-63.

Hernández DBP. Bloating and abdominal distention: Just gas? A look in the direction of physiology. *Rev Col Gastroenterol*. 2011;26(4):266-72.

Hirano I, Brenner D. Gastrointestinal motility. Reinus JF, Simon D. Eds. *Gastrointestinal Anatomy and Physiology: The Essentials*. John Wiley & Sons, Ltd. Online 2014;33-45. ISBN:978111883300, DOI:10.1002/9781118833001

Hochner H, Tenfelde SM, Abu Ahmad W, Liebergall-Wischnitzer M. Gum chewing and gastrointestinal function following caesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*. 2015;24(13-14):1795-804.

Huang J, Cao C, Nelson G, Wilson RD. A review of enhanced recovery after surgery principles used for scheduled caesarean delivery. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*; 2019;41(12):1775-88.

Ismail S, Hameed Malika. Enhanced Recovery after Cesarean Delivery & Role of Anesthesiologists: A Narrative Review. *Journal of Obstetric Anaesthesia and Critical Care*, 2013;13(1):p 3-8. DOI: 10.4103/JOACC.JOACC 74-22

İzveren A, Dal Ü. Abdominal cerrahi girişim uygulanan hastalarda görülen erken dönem sorunları ve bu sorunlara yönelik hemşirelik uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2011;18(2):36-46.

Jang SY, Ju EY, Kim DE, Kim JH, Kim YH, Son M, et al. First flatus time and xerostomia associated with gum-chewing after liver resection. *J Clin Nurs*. 2012;21(15-16):2188-92.

Kamalak Z, Köşüş N, Köşüş A, Namli Kalem M, Hızlı D, Akçal B, et al. Jinekolojik operasyonlarda postoperatif ileusu önlemek için tuhaf bir yol: Sakız Çiğneme. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2009;12(3):119-22.

Kanza DG, Şolt Kırca A. Effects of acupressure, gum chewing and coffee consumption on the gastrointestinal system after caesarean section under spinal anaesthesia. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2021;41(4):573-80.

Karaca, B. R., ve Vural, P. I. Sıcak uygulamanın sezaryen sonrası akut ağrıya ve doğum sonu konfora etkisi: Randomize kontrollü bir çalışma. TOGÜ Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;2(1), 51-64.

Kaya H. Bağırsak boşaltımı ve gastrik entübasyon. Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri. 2011;1116-45.

Kehlet H, Wilmore DW. Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. Ann Surg. 2008;248(2):189-98.

Kesebir S, Karataş S, Bezgin Ç, Cengiz F. Stres, Anksiyete ve Fonksiyonel Gastrointestinal Bozukluklar. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2012;21(2):122-33.

Kırıılmaz H, Ulusinan E. Tıp etiği çerçevesinde sezaryen. Türkiye Biyoetik Dergisi. 2021;8(2):114-25.

Kırtıl, İ., ve Kanan, N. Abdominal cerrahi girişim sonrası erken mobilizasyonun gastrointestinal işlevlere etkisi: Sistemik Derleme. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2021;30(3), 166-176.

Kleiman A, Chisholm C, Dixon A, Sariosek B, Thiele R, Hedrick T, et al. Evaluation of the impact of enhanced recovery after surgery protocol implementation on maternal outcomes following elective cesarean delivery. International Journal of Obstetric Anesthesia. 2020;43:39-46.

Lacy BE, Gabbard SL, Crowell MD. Pathophysiology, evaluation, and treatment of bloating: hope, hype, or hot air? Gastroenterol Hepatol (N Y). 2011;7(11):729-39.

Liebergall-Wischnitzer M, Hochner-Celnikier D, Lavy Y, Manor O, Arbel R, Paltiel O. Paula method of circular muscle exercises for urinary stress incontinence--a clinical trial. *International Urogynecology Journal Pelvic Floor Dysfunct.* 2005;16(5):345-51.

Liebergall-Wischnitzer M, Hochner-Celnikier D, Lavy Y, Manor O, Shveiky D, Paltiel O. Randomized trial of circular muscle versus pelvic floor training for stress urinary incontinence in women. *J Womens Health (Larchmt).* 2009;18(3):377-85.

Liebergall-Wischnitzer M, Paltiel O, Celnikier DH, Lavy Y, Manor O, Wruble ACW. Sexual Function and Quality of Life of Women with Stress Urinary Incontinence: A Randomized Controlled Trial Comparing the Paula Method (Circular Muscle Exercises) to Pelvic Floor Muscle Training (PFMT) Exercises. *J Sex Med.* 2012;9(6):1613-23.

Liebergall-Wischnitzer M, Paltiel O, Lavy Y, Shveiky D, Manor O, Hochner-Celnikier D. Long-term efficacy of Paula method as compared with pelvic floor muscle training for stress urinary incontinence in women: a 6-month follow-up. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing.* 2013;40(1):90-6.

Liebergall-Wischnitzer M, Shaphir A, Solnica A, Hochner-Celnikier D. Are Paula method exercises effective for gastrointestinal reactivation post-elective cesarean delivery? Randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing.* 2021;77(4):2026-32.

Liebergall-Wischnitzer M, Shveiky D, Lavy Y, Woloski Wruble A, Noble A, Vaknin A. Paula Method (Circular Muscle Exercise) for Urinary Incontinence Symptoms of Women with Multiple Sclerosis: A Pilot Study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine.* 2020;26(7):652-3.

Macintyre PE, Schug SA. *Acute pain management: A practical guide*: Crc Press; 2021;eBook ISBN: 9780429295058. <https://doi.org/10.1201/9780429295058>

Odabaş RK, Taşpınar A. Kadınların sezaryen deneyimleri ve doğum sonrası dönemde bakım gereksinimleri: Nitel bir çalışma. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*; 2021;8(1), 1-9.

Ozden MGN, Koruk S, Collak Z, Panik N. Comparison of the effects of general and spinal anesthesia for cesarean delivery on maternal and fetal outcomes: A retrospective analysis of data. Northern Clinics of Istanbul. 2023;10(5).

Özçam H, Çimen G, Var A, Gldaş A, Uzun akmak C, zcan B, et al. Sezaryenlerde genel ve spinal anestezinin maternal etkileri. Okmeydanı Tıp Dergisi. 2014;30(3):146-152. doi:10.5222/otd.2014.146

zomak MS, Çelebi K. İstatistiksel güç analizi: atatürk niversitesi iktisadi ve idari bilimler dergisi üzerine bir uygulama. Atatürk Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi. 2017;31(2):413-31.

zdamar D. Doğum ağrısının yönetiminde farmakolojik yöntemler. In: Kömürcü N, (Edt). Doğum Ağrısı Ve Yönetimi. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul; 2014;47-59.

Páramo Hernández DB. Bloating and abdominal distention: Just gas?: A look in the direction of physiology. Revista Colombiana de Gastroenterologia. 2011;26(4):269-75.

Patel K, Zakowski M. (2021). Enhanced recovery after cesarean: current and emerging trends. Current Anesthesiology Reports, 2021;11(2): 136-144. doi: [10.1007/s40140-021-00442-9](https://doi.org/10.1007/s40140-021-00442-9)

Pocock SJ. Clinical trials. USA:Wiley. 2013;16-89; 321-80.

Powley T, Berthoud H-R, Fox E, Laughton W. The dorsal vagal complex forms a sensory-motor lattice: the circuitry of gastrointestinal reflexes. Neuroanat and Physiology of Abdominal Vagal Afferents. 2020;55-79.

Sahin E, Terzioglu F. The effect of gum chewing, early oral hydration, and early mobilization on intestinal motility after cesarean birth. Worldviews on Evidence-Based Nursing. 2015;12(6):380-8.

Said HM. Physiology of the gastrointestinal tract: Sixth Edition Academic Press; 2018.

Saylan AA, Ak ES, zbaş A. Akut karın ağrısı ve hemşirelik bakımı. İzmir Katip elebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2017;2(3):45-9.

Sema K. Sezaryen ile doğumda anestezi. In: Berrin G, Tülay Ş, Semra K, E. Bengi Ş, Sevgi K, (edt). Obstetrik Anestezi Uygulama Rehberi. 2023.

Seo AY, Kim N ve Oh D H. Abdominal bloating: pathophysiology and treatment. Journal of neurogastroenterology and motility. 2013;19(4):433-453. doi:[10.5056/jnm.2013.19.4.433](https://doi.org/10.5056/jnm.2013.19.4.433)

Shinohara H. Illustrated abdominal surgery: Based on embryology and anatomy of the digestive system. System IASBoEaAotD, editor. Electronic Version: Berlin: Springer Nature; 2020.

Story SK, Chamberlain RS. A comprehensive review of evidence-based strategies to prevent and treat postoperative ileus. Digestive Surgery. 2009;26(4):265-75.

Sahin E, Terzioğlu F. The effect of gum chewing, early oral hydration, and early mobilization on intestinal motility after cesarean birth. Worldviews on Evidence-Based Nursing. 2015;12(6), 380-388.

Şimşek HE, Ecevit ŞA. Sezaryen sonrası ağrı ve hemşirelik bakımı. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020;11: 267-78.

T.C.Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni In: TCSBSBSG Müdürlüğü, 2023.

T.C.Sağlık Bakanlığı. Sezaryen Doğum, Sezaryen Klinik Protokolü In: Engin YÜ (Edt). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2022. p. 110.

Taşdelen B, Kanık EA. Sağlık araştırmalarında biyoistatistiksel yöntemlerin doğru kullanımı ve sunumu. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2009,2(1):1-13.

Taşdemir N, Şenol Çelik S. Hastaların cerrahi girişim sonrası abdominal distansiyona yönelik deneyimleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2011;26(3):23-32.

Taşkın L, Akan N. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. İn: Taşkın L, (Edt). 16.Baskı, Akademisyen Kitabevi; Ankara; 2020.

Taşkın L. Riskli doğum eylemi. In: Taşkın L, (Edt). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 16.Baskı, Akademisyen Kitabevi; Ankara; 2020;p: 534-366

Taşkın L. Üreme Sisteminde İnvolüsyon Süreci. In: Taşkın L, (Edt). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; 2016; p:534

Terzioğlu F, Simsek S, Karaca K, Sariince N, Altunsoy P, Salman MC. Multimodal interventions (chewing gum, early oral hydration and early mobilisation) on the intestinal motility following abdominal gynaecologic surgery. J Clin Nurs. 2013;22(13-14):1917-25.

Turamanlar O, Songur A. Sezaryen ameliyatının tarihsel gelişimine anatomik açıdan bakış. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi. 2014;4(2):2-6.

Yasak K, Vural, F. Gastrointestinal sistemin değerlendirilmesi. Zengin, N., Özcan, H., ve Çuvadar, A. (Eds.) Ebe ve Hemşireler İçin Fizik Muayene. Akademisyen Kitabevi. 2023;253-280. ISBN 978-625-399-334-4

Wally NF, Khayat AME, Elgebaly AS, Ahwal LME. The effect of general anesthesia versus spinal anesthesia in restoration of gastrointestinal motility after cesarean section. Journal of Advances in Medicine and Medical Research. 2022;34(20):46-52.

World Health Organization (WHO). Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access. 2021." 2022. [https://www-who-int.translate.google.com/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access?](https://www-who-int.translate.google.com/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access?hl=tr)

Wu CL, Raja SN. Treatment of acute postoperative pain. Lancet. 2011;377(9784):2215-25.

Yakut Y, Yakut E, Bayar K, Uygur F. Reliability and validity of the Turkish version short-form McGill pain questionnaire in patients with rheumatoid arthritis. Clin Rheumatol. 2007;26(7):1083-7.

Yıkar SK, Nazik E. Doğum sonu fiziksel semptomlar ve hemşirelik/ebelik bakımı. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;5(2):79-84.

Yunianingrum E, Widyastuti Y, Margono M. The effect of warm compress and aromatherapy lavender to decreasing pain on primary dysmenorrhea. *Jurnal Kesehatan Ibu dan Anak*. 2018;12(1):40-9.

Zukerman Z, Roslik Y, Orvieto R. Treatment of vaginismus with the Paula Garburg sphincter muscle exercises. *Harefuah*. 2005;144(4):246-8, 303.



EKLER

ARAŞTIRMANIN ZAMAN ÇİZELGESİ

EK-1

YAPILACAK ÇALIŞMALAR	Aralık 2020 Haziran 2021	23 Haziran 2021	Haziran- Temmuz 2021	Ağustos- Eylül 2021	Ekim 2021	Kasım 2021 -Şubat 2022	Mart 2022 Aralık 2022	Ocak 2023 Aralık 2023	Nisan 2024
Hazırlık çalışması; Literatür tarama, konuyu belirleme	✓								
Tez önerisi sunma		✓							
Araştırma izinleri alma			✓						
Uzman görüşlerini alma				✓					
Paula Yöntem Egzersizi video/eğitim materyali hazırlama				✓					
Pilot uygulama					✓				
Uygulama ve veri toplama						✓			
Verilerin analizi ve tezin yazılması							✓	✓	
Tez sunumu									✓

EK-2:

**GİRİŞİM VE KONTROL GRUPLARININ
RANDOMİZASYON YÖNTEMİ İLE BELİRLENMESİ**

Çalışma Grubu	Kontrol Grubu
1- 2- 4 - 6 -10 - 12 -13 -14 -16 -18 -19	3- 5- 7 - 8 - 9 - 11 - 14 - 17 - 22 - 24 -
-20 - 21 - 23 - 25 - 26 - 27 – 28 - 30	29 - 33 - 34 - 35 - 38 - 39 - 41 - 43 -
- 31- 32 - 36 - 37 - 40 - 42 - 44 - 46	45 - 47 - 49 - 50 - 51 – 53 - 54 - 55 -
- 48 - 52 - 56 - 58 - 59 - 62 - 68 - 69	57 - 60 - 61 - 63 - 64 - 65 - 66 - 67 -
- 73 - 74 - 75 -76 – 78	70 -71 -72 -74 -79 - 80

TANITICI BİLGİ FORMU

1. Adı soyadı:	Tarih:..... Tlf:.....		
2. Yaşı:			
3. Boy:	Kilo:	BKİ:	
4. Eğitim durumu:	a) Okuryazar-İlköğretim b) Lise c) Üniversite ve üzeri		
5. Sezaryen nedeni:	a) Acil CS b) Planlı CS/ Selektif CS		
6. Gebelik sayısı:	a) 1	b) 2	c) 3 ve üzeri
7. Doğum sayısı:	a) 1	b) 2	c) 3 ve üzeri
8. Sezaryen sayısı:	a) 1	b) 2	c) 3 ve üzeri
9. Son üç ayda (gastrointestinal sisteme ilişkin) aşağıdaki durumları yaşama durumunuz? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz?)			
a) Bulantı			
b) Kusma			
c) Mide yanması			
d) İştahsızlık			
e) Şişkinlik/gaz			
f) İshal			
g) Kabızlık			
h) Herhangi bir sorun yaşamadım			
10. Fiziksel aktivite ve egzersizle ilgili aşağıdakilerden hangisi size en uygundur?			
a) Hareketsiz bir yaşamım var			
b) Haftada 1 saatten az			
c) Her gün 1-2 saat			
d) Her gün 3 saat ve üzeri			
11. Genellikle bağırsak alışkanlığınızı nasıl tanımlarsınız?			
a) Normal, herhangi bir problem yok			
b) Genellikle kabızlık yaşıyorum			
c) Genellikle ishal yaşıyorum			
12. Günlük ne kadar sıvı alıyorsunuz? (Yaklaşık kaç su bardağı)			
a) 1-3	b) 4-6	c) 7-9	d) 10-12
		e) 13 ve üzeri	

13. Gebeliğinizde Türk kahvesi ve neskafe alışkanlığınız nasıldır?

- a) İçmedim
- b) Haftada bir ya da birkaç fincan/bardak
- c) Her gün 1 fincan/bardak
- d) Her gün 2 fincan/bardak ve üzeri

14. Gebeliğinizde çay tüketim alışkanlığınız nasıldır?

- a) İçmedim
- b) Haftada bir ya da birkaç kez 1-2 çay bardağı
- c) Her gün 1-2 çay bardağı
- d) Her gün 3-4 çay bardağı
- e) Her gün 5 ve üzeri

15. Gebeliğinizde özellikle son üç ayda aşağıdaki besinleri ne kadar aldınız. Uygun seçeneği belirtiniz?

Yiyecek Grubu	Hiç	Nadir	Haftada 1	Haftada 2-3	Her gün
Sulu Yemek	☐	☐	☐	☐	☐
Hazır yemek	☐	☐	☐	☐	☐
Sebze	☐	☐	☐	☐	☐
Meyve	☐	☐	☐	☐	☐
Hamur İşleri	☐	☐	☐	☐	☐
Gazlı İçecek (Kola, gazoz vb)	☐	☐	☐	☐	☐
Şarküteri ürünler (Salam, sosis, sucuk vb)	☐	☐	☐	☐	☐
Kuruyemiş Tüketimi	☐	☐	☐	☐	☐

POSTOPERATİF İZLEM FORMU**EK-4:****1.** Hastanın adı soyadı:..... Tarih:..... Tlf:.....**2.** Sezaryene Operasyon Süresi:.....**3.** Sezaryen başlanma saati.....Servise geldiği saat:**4.** Günlük kullanılan analjezi miktarı (mg):

Sezaryen Sonrası Analjezi Takip Formu	Hekim İstemi			Diğer
	Diklofeank sodyum 75 mg IM (2x1)	Petidin hidroklorür 50 mg (IV)	Parasetamol 500 mg (2x1)	
Postoperatif 0 Gün				
Postoperatif 1.Gün				

5. Servise kabulden kaç saat sonra oral (ağızdan) beslenme başlandı

a) 6 saat ve daha erken b) 7-8 saat c) 9 saat ve üzeri

6. Servise kabulden kaç saat sonra mobilize edildi

a) 6 saat ve altı b) 7-8 saat c) 9 saat ve üzeri

7. Oskültasyonla dakikada bağırsak sesleri sayısı:Post-op **6-8.** Saat Paula Egzersiz Öncesi.....Sonrası.....Post-op **1. gün** sabah Paula Egzersiz Öncesi.....Sonrası.....Post-op **2. gün** sabah Paula Egzersiz Öncesi.....Sonrası.....**8.** Postoperatif kliniğe geliş sonrası ilk bağırsak sesleri hissedilen zaman Saat:Süre:**9.** Postoperatif kliniğe geliş sonrası ilk gaz çıkışının gerçekleştiği zaman Saat:Süre:**10.** Postoperatif kliniğe geliş sonrası ilk dışkılamanın gerçekleştiği zaman. Saat:Süre:**11.** Konstipasyon ve/veya distansiyona yönelik girişim yapılma durumu?

a)Evet

b) Hayır

12. Konstipasyon ve/veya distansiyona yönelik girişimi? (Araştırmadan çıkarılma için)

EK-5:**MCGİLL AĞRI ÖLÇEĞİ KISA FORMU**

Lütfen aşağıda ağrınızı tanımlamak için belirtilen kelimelerden uygun olanı belirtiniz

Post-op 1. Gün sabah:

Post-op 2. Gün sabah:.....

	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli
Zonklama	0)	1)	2)	3)
Fırlayan	0)	1)	2)	3)
Şiş saplanır gibi	0)	1)	2)	3)
Keskin	0)	1)	2)	3)
Kramp tarzında	0)	1)	2)	3)
Kemirici	0)	1)	2)	3)
Sıcaklık veren	0)	1)	2)	3)
Acıtıcı	0)	1)	2)	3)
Yoğun	0)	1)	2)	3)
İncitici	0)	1)	2)	3)
Yarıcı	0)	1)	2)	3)
Yorucu	0)	1)	2)	3)
Tiksindirici	0)	1)	2)	3)
Korkunç	0)	1)	2)	3)
Cezalandırıcı	0)	1)	2)	3)

Mevcut Ağrı İndeksi

Aşağıdakilerden hangisi şu anki ağrınızı açıklamaktadır;

- 0 Ağrı yok.....
 1 Hafif.....
 2 Rahatsız edici.....
 3 Acı verici.....
 4 Korkunç.....
 5 Dayanılmaz.....

	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli
Zonklama	0)	1)	2)	3)
Fırlayan	0)	1)	2)	3)
Şiş saplanır gibi	0)	1)	2)	3)
Keskin	0)	1)	2)	3)
Kramp tarzında	0)	1)	2)	3)
Kemirici	0)	1)	2)	3)
Sıcaklık veren	0)	1)	2)	3)
Acıtıcı	0)	1)	2)	3)
Yoğun	0)	1)	2)	3)
İncitici	0)	1)	2)	3)
Yarıcı	0)	1)	2)	3)
Yorucu	0)	1)	2)	3)
Tiksindirici	0)	1)	2)	3)
Korkunç	0)	1)	2)	3)
Cezalandırıcı	0)	1)	2)	3)

Mevcut Ağrı İndeksi

Aşağıdakilerden hangisi şu anki ağrınızı açıklamaktadır;

- 0 Ağrı yok.....
 1 Hafif.....
 2 Rahatsız edici.....
 3 Acı verici.....
 4 Korkunç.....
 5 Dayanılmaz.....

Aşağıdaki çizgiyi işaretleyerek şu anki ağrınızı en iyi gösteren noktayı gösteriniz

Ağrı yok

Olabilecek en kötü ağrı

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ağrı yok

Şiddetli ağrı

Post-op 1. Gün sabah:

Post-op 2. Gün sabah:.....

PAULA YÖNTEM EGZERSİZLERİ EĞİTİM PLANI

Eğitimin Konusu: Paula Yöntem Egzersizleri

Eğitimci: Rabiye DEMİR IŞIK

Hedef Grup: Sezaryen olan 18-45 yaş kadınlar

Eğitim Tarihi ve Süresi: Sezaryen sonrası 6-8. saat bilinç açık olduğu zaman, 20 dakika

Eğitim Yeri: Hasta odası

Eğitimin Amacı: Paula Yöntem Egzersizlerini etkin şekilde uygulamalarını sağlamak

Eğitimin Hedefleri:

Bilişsel Hedefler

- Paula Yöntem Egzersiz çeşitlerini tanımlayabilmeli (bilgi)
- Paula Yöntem Egzersizlerinin uygulamasını açıklayabilmeli (bilgi)
- Paula Yöntem Egzersizlerinin amacını ifade edebilmeli (kavrama)
- Paula Yöntem Egzersizlerinin etkisini değerlendirebilmeli (değerlendirme)

Duyuşsal Hedefler

- Paula yöntem uygulamaları hakkında bilgi ve uygulamaları öğrenmeye istekli olabilmeli (alma)
- Paula Yöntem Egzersizleri hakkında sorular sorabilmeli (tepkide bulunma)
- Paula Yöntem Egzersizlerini uygulamasını kabul edebilme (değer verme)
- Paula Yöntem Egzersizlerini uygulamak için, uygulama zamanı öncesi planlamalarını yapabilmeli (örgütlenme)
- Paula yöntem uygulamaları ile ilgili olumlu duygularını tartışabilmeli (niteleme)

Psikomotor Hedefler

- Paula Yöntem Egzersizlerini uygulamasını dikkatle izleyebilmeli (algılama)
- Paula Yöntem Egzersizleri uygulamadan önce egzersiz kartı ya da uygulama videosundan gözden geçirebilmeli (hazırlanma)
- Paula Yöntem Egzersizlerini uygulamalarını gösterildiği ya da egzersiz kartındaki şekliyle uygulayabilmeli (beceriye dönüştürme)

- Paula Yöntem Egzersizleri uygulamayı engelleyen herhangi bir durumda egzersizlere kaldığı yerden devam edebilmeli (duruma uydurma)

Konu İçeriği	Eğitim Yöntemleri	Araç-Gereçler
• Paula Yöntem Egzersizlerinin tanımı	•Düz anlatım,	• Hasta yatağı
• Paula Yöntem Egzersizlerinin yararları	•Soru cevap yöntemi,	• Paula Yöntem Egzersizleri kartı
• Paula Yöntem Egzersizlerinin uygulama basamak ve ilkeleri	•Demonstrasyon (Yapma/Gösterme)	• Paula Yöntem Egzersizleri videosu
• Paula Yöntem Egzersizlerinin uygulaması	•Uygulama	• Akıllı telefon

Değerlendirme Kriterleri

<u>Bilişsel</u>	<u>Duyusal</u>	<u>Psikomotor</u>
• PYE çeşitlerini söyleyebiliyor mu?	• PYE uygulamaları hakkında bilgi ve uygulamaları öğrenmeye istekli mi?	• PYE uygulamasını dikkatle izleyebiliyor mu?
• PYE amacını ifade edebiliyor mu?	• PYE hakkında sorular sorabiliyor mu?	• PYE uygulamadan önce egzersiz kartı yada uygulama videosundan gözden geçirebiliyor mu?
• PYE etkisini değerlendirebiliyor mu?	• PYE uygulamak için, uygulama zamanı öncesi planlamalar yapabiliyor mu?	• PYE uygulamalarını gösterildiği ya da egzersiz kartındaki şekliyle uygulayabiliyor mu?
	• PYE uygulamaları ile ilgili olumlu duygularını tartışabiliyor mu?	• PYE uygulamayı engelleyen herhangi bir durumda egzersizlere kaldığı yerden devam ettirebiliyor mu?

EK-7:

PAULA YÖNTEM EGZERSİZLERİ UYGULAMA PROTOKOLÜ

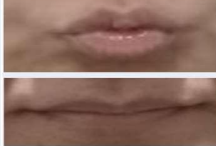
- Yaklaşık 20 dakikalık Paula Yöntem Egzersizleri eğitimini alan kadınlar egzersizleri uygular,
- Egzersizlere başlamadan eğitimi verilen egzersizler araştırmacı tarafından kısaca özetlenir,
- Egzersizler post-op 0. gün 6-8 saatlerde, 1. gün sabah ve 2. gün sabah uygulanır,
- Toplam egzersiz sayısı 13 adettir. Bunlardan bir tanesi dinlenme periyotlarında uygulanacak egzersizdir,
- Beş dakikada dört egzersiz uygulanacak ve sonrasında bir dakika dinlenme egzersizi uygulanacaktır,
- Egzersizlerin uygulama süresi 15-20 dakika olacaktır,
- Egzersizlerin herhangi bir sırası yoktur, istenilen egzersizden başlanabilir,
- Egzersizler araştırmacının kontrolünde gerçekleşecektir,
- Uygulama sırasında; uygulayıcı (kadın), bebeğinin yanında bir refakatçi ve araştırmacı bulunacaktır,
- Egzersizler bireyin çok şiddetli ağrısı, bulantı ve kusmasının olmadığı saatlerde yapılacaktır,
- Egzersizler bebeğin emzirilme saatleri, tedavi saatleri, ziyaret ve hemşire teslim saatleri dışında yaptırılacaktır,
- Egzersizleri uygulanması sırasında araştırmacı uygulama komutlarını verecektir,
- Herhangi bir ağrı ya da zorlanma durumunda uygulamaya ara verilecek ve diğer egzersizle devam edilecektir,
- Egzersizler sırasında zorlanma ya da rahatlığın bozulması var ise o egzersiz bırakılacak, bu durumda diğer egzersizlerle devam edilecektir, (Önemli olan bireyin egzersize fiziksel ve duyuşal olarak katılmasıdır)
- Uygulamalar öncesi ve sırasında egzersiz kartı ya da video tekrar gözden geçirebilir, araştırmacı uygulamanın nasıl yapıldığını tekrar gösterebilecektir,
- Egzersizler belirlenen periyodların dışında da tekrarlanabilecektir,
- Egzersizlerin uygulanması sırasında zorunlu olarak ara verilirse, kaldığı yerden egzersizlere devam edilecektir,

PAULA YÖNTEM EGZERSİZLERİ KARTI

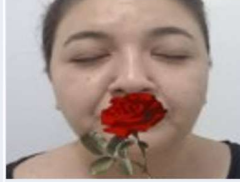
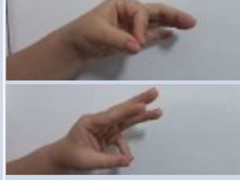
Ek 4: Paula Yönteminde Egzersiz türü**Genel talimatlar/Açıklamalar:**

Egzersizleri talimatlara göre uygulayın, aynı zamanda diğer vücut bölümlerinin de katılmasına izin verin; Vücudunuzun neler yapabileceğini/kapasitesini dinleyin; Egzersizleri yatarak, her iki ayak tabanı yerde olacak şekilde (dizler kıvrılmış) yataкта yapabilirsiniz; ancak en önemli şey, herhangi bir stres veya ağrı hissetmemektir. Otururken pratik yapabilirsiniz; her 5 dakikada bir sadece birkaç egzersiz yapın, böylece her egzersizi uygulamak için zamanınız olacaktır; Rahatsızlığa neden olan bir egzersize devam etmeyin; Yiyecekleri iyice çiğneyin, içecekleri küçük yudumlarda için; Ellerinizi gözlerinizin üzerine koyarak "dinlenme molası" verebilirsiniz.

Araştırmacılar: Rabiye DEMİR IŞIK Doç. Dr. Emine KOL
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Egzersiz türü	Talimatlar/Açıklamalar	Çizim	Notlar
Göz kapaklarınızı kısın ve serbest bırakın	Gözler kapalıyken hafifçe hareket ettirin. Göz kapaklarınızı nazikçe kısın ve serbest bırakın, kısın ve serbest bırakın.		Hareketleri yavaşça uygulayın
Dudakları büzün ve gevşetin	Dudaklarınızı ağzın ortasına doğru büzün.		Hareketi neredeyse hissedemeyecek şekilde hafif uygulayın
Üst dudağınızı burnunuzla bitiştin	Üst dudağı uzatılıp geriye doğru kıvrın, üst dudağınızı buruna doğru hareket ettirin. Çene alt dudağı yukarı iter ve burun biraz aşağı iner.		
'Hayali şeker' emin	Ağzınıza bir şeker aldığınızı hayal edin ve her yöne emmeye başlayın.		
Kaş	Kaşlarınızı mümkün olduğunca yukarı kaldırın ve aşağı indirin.		
Dili hareket ettirin	Dilinizi dişler ve dudaklar arasında daireler çizerek hareket ettirin. Dilinizi üst dudağınızın ortasından sağa doğru hareket ettirerek başlangıç noktasına tam bir dönüş yapın. Aynı uygulamayı ters yöne uygulayın.		

Devamı İçin Lütfen Arka Sayfaya Geçiniz...

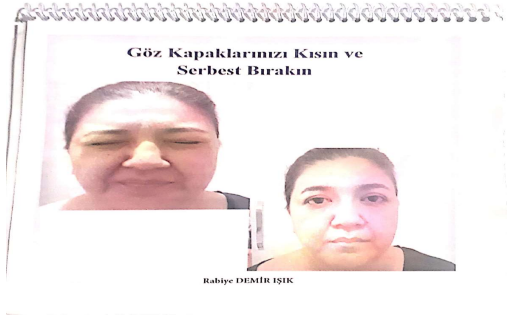
<i>Egzersiz türü</i>	<i>Talimatları</i>	<i>Çizim</i>	<i>Notlar</i>
Dil egzersizi	Dilinizin ucunu üst dişin bir tarafından diğer tarafına hareket ettirin. Damaktaoluklardan geçerken biraz basınç uygulayın. Ardından, aynı uygulamayı ters yöne yapın.		Vücudun dilinizle birlikte hareket etmesine izin verin.
Hayali bir çiçeği koklama	Burnunuza yakın bir çiçek olduğunu hissedin, sonra koklayın.		Diğer vücut parçalarının çiçeğin kokusuna katılmasına izin verin ve nazikçe hareket ettirin.
Başparmakta n-yüzük parmağına, Başparmakta n serçe parmağına	Başparmağınızı yüzük parmağına birleştirin, sonra serçe parmağına birleştirin. Aralarında geçişi tekrarlayın.		
'uuuu'-'eeee'	Dudaklarınızı büzerken 'uuuu' ve ağız mümkün olduğunca genişletirken 'eeee' deyin.		Fısıldayarak da yapabilirsiniz.
Ayak yatağa doğru uzatılır, sonra ayaklar yüze doğru gerilir	Birkaç kez birinci bacakla, sonra birkaç kez diğer bacakla uygulayın		Yavaşça, zorlamadan uygulayın
Göz	Gözlerinizi normalden daha güçlü kapatın, sonra onları normalden daha güçlü bir şekilde açın.		Bu egzersizi yaparken, vücudunuzu dinleyin, böylece kendinizi rahat hissedeceksiniz.
Eller gözlerinizin üzerinde	İki elinizi de baskı yapmadan gözlerinizin üzerine koyun. Ellerinizi bir iki dakika gözlerinizin üzerinde tutun.		Yorulduğunuzda sizi rahatlatabilecek bir egzersizdir.
Post-op Uygulama Zamanı 0. Gün (6-8) saatler: 1.Gün Sabah: 2.Gün Sabah:		Post-op Uygulama Zamanı İlk bağırsak sesi hissettiği tarih.....saat:..... İlk gaz çıkışı tarih.....saati:..... İlk dışkılama tarih.....saati:	

EK-9:

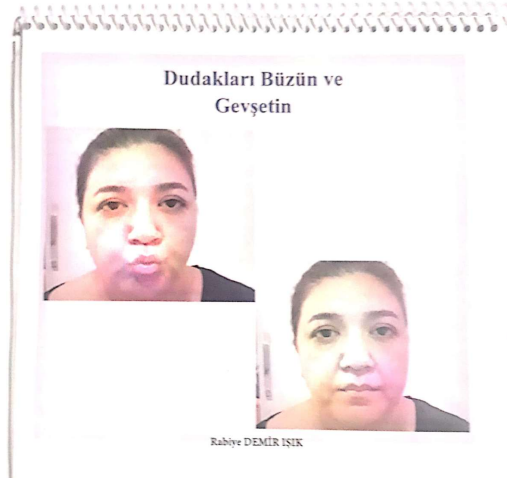
FLİPCARD PAULA EĞİTİM METERYALI



Egzersiz Türü	Talimat /Açıklama	Not
Üst dudacağın burnunuzla bitiştirin	Üst dudacağı uzatılıp geriye doğru kıvrırın, üst dudacağınızı buruna doğru hareket ettirin. Çene alt dudacağı yukarı iter ve burun biraz aşağı iner.	



Egzersiz Türü	Talimat /Açıklama	Not
Göz kapaklarınızı kısın ve serbest bırakın	Gözler kapalıyken hafifçe hareket ettirin. Göz kapaklarını nazikçe kısın ve serbest bırakın, kısın ve serbest bırakın.	Hareketleri yavaşça uygulayın



Egzersiz Türü	Talimat /Açıklama	Not
Dudakları büzün ve gevşetin	Dudaklarınızı ağzın ortasına doğru büzün.	Hareketi neredeyse hissedilmeyecek şekilde hafif uygulayın

PAULA EĞZERSİZİ YAZILI VIDEO



PAULA YÖNTEM EGZERSİZLERİ UYGULAMASINDAN GÖRÜNTÜLER



**VERİ TOPLAMA ARAÇLARI İÇİN GÖRÜŞLERİ ALINAN
UZMANLARUZMANLAR**

Uzmanın Unvanı Adı soyadı	Uzmanlık Alanı
Prof.Dr. Tayup ŞİMŞEK	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları
Doc.Dr. Ilkay BOZ	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Prof.Dr. Salime MUCUK	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Öğr.Gör. Gülşen AK SÖZER	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Doç.Dr.Serpil İNCE	Hemşirelik Esasları
Doç.Dr. Serpil SÜ	Hemşirelik Esasları
Dr.Öğr.Üye. Perihan ÇETİN	Hemşirelik Esasları
Öğr.Gör. Melike DUĞANCI	Yabancı Diller

EK-13:

ETİK KURUL İZİNİ

	T.C. AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Klinik Araştırmalar Etik Kurulu	
Sayı : 70904504/ 495		08.06/2021
Konu :		
Sayın	Doç.Dr.Emine KOL Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi	
Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz, "Sezaryen Sonrası "Paula Yöntem Egzersizlerinin" Postoperatif Distansiyon ve Distansiyona Bağlı Ağrının Önlenmesine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.		
		 Prof. Dr. Ayşe Taştan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı
Eki: Etik Kurul Kararı		
Adres :	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat ANTALYA	
Tel :	(242)249 69 54	
Faks :	(242) 249 69 03	
e-posta :	etik@akdeniz.edu.tr	

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

2021

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Doç.Dr.Emine KOL
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Sezaryen Sonrası "Paula Yöntem Egzersizlerinin" Postoperatif Distansiyon ve Distansiyona Bağlı Ağrının Önlenmesine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:KAEK- 517	Tarih: 07.07.2021
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

KURUM İZNİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 13.10.2021-196759



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-36005147-302.14.03-196759
Konu : Rabiye DEMİR IŞIK Tez Çalışması

13.10.2021

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim Dalımız Hemşirelik Esasları doktora programı öğrencisi Rabiye DEMİR IŞIK'ın "Sezaryen Sonrası Paula Yöntem Egzersizlerinin Postoperatif Distansiyon ve Distansiyona Bağlı Ağrının Önlenmesine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma" konulu tezi ile ilgili araştırmasını; Üniversitemiz Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde yapabilmesinin uygun görüldüğüne ilişkin ilgi'de kayıtlı yazı ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve konunun adı geçen öğrenci ile danışman öğretim üyesine bildirilmesi hususunda gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Erol GÜRPINAR
Müdür

Ek: İlgi yazı ve ekleri (2 sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu: BSD0KZAC32 Pin Kodu: 36542

Belge Takip Adresi : <https://tuzkiye.gov.tr/ebd/aK=5543&aC=BSD0KZAC32&aS=196759>

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dumlupınar Bulvarı 07058

Bilgi için: Gelişen DENÇASLAN

Yerleşke/Antalya

Unvan: Sekreter

Telefon No:0(242)227 44 93 Faks No:0(242) 310 60 08

e-Posta: saglikbil@akdeniz.edu.tr Elektronik Ağ: <http://saglikbil.akdeniz.edu.tr>

Kop Adresi: akdenizunivritesi@k01.kep.tr



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı,

Sezaryen Sonrası “Paula Yöntem Egzersizlerinin” Postoperatif Distansiyon ve Distansiyona Bağlı Ağrının Önlenmesine Etkisine yönelik bir çalışma planladık. Paula Yöntem Egzersizleri dairesel kas egzersizleri olarak kadınlarda sezaryen sonrası bağırsak aktivitenin yeniden başlaması üzerine etkili non-invaziv bir tedavi yöntemi olarak ifade edilmektedir. Paula Yöntemi Egzersizlerinin, öğrenilmesi ve uygulanması kolay, güvenli, yan etkisi olmayan, ucuz ve oldukça etkili bir yöntem olduğu belirtilmektedir. Bu çalışma için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan izin alınmıştır. Önce size anket formu uygulanacak, daha sonra Paula Yöntem Egzersizleri Eğitimi yapılacak, Paula Yöntem Egzersizleri sezaryen sonrası 06-08 saat, 1. Gün sabah ve 2. gün sabah araştırmacı tarafından uygulanacaktır. Her uygulama öncesi-uygulama sonrası bağırsak sesleri dinlenecek ve kaydedilecektir. Aynı zamanda izlem formu ve ağrı ölçeği de doldurulacaktır. Bu egzersizlerin uygulanmasının size herhangi bir zararı olmayacaktır.

Araştırmaya katılmanız tamamen sizin isteğinize bağlıdır ve araştırmaya katılmayı reddetme hakkınız vardır. İstedığınız anda araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu araştırmaya katılmakla herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Ayrıca size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Sizden alınacak bilgiler sadece adı geçen çalışmada kullanılacaktır. Kinlik bilgileriniz ve verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

Araştırmacılar:

Rabiye Demir Işık
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Cep

Doç.Dr Emine KOL

Katılımcı Beyanı

Ben.....yukarıdaki yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Paula Yöntem Egzersizler uygulamalarını içeren girişimler araştırmacı tarafından tarafıma anlatıldı. Araştırma hakkında yazılı ve sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı, araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

Tarih:...../...../.....

İmza:

Katılımcı: Adı Soyadı:

Adres:

Tlf:

EK-16:

MCGİLL AĞRI ÖLÇEĞİ KISA FORMUNUN KULLANIM İZNİ

(Konu yok)



Rabiye Demir Işık

13.04.2022 (Çar), 14:56

berna_bicici

İzleme bayrağı, 29 Ocak 2024 Pazartesi tarihinde başlayacak, 29 Ocak 2024 Pazartesi tarihinde sona erecek.

Berna Hocam

Çok Teşekkür ederim. Kolaylıklar Diliyorum.
İyi Çalışmalar.

Kimden: berna_bicici

Gönderildi: 12 Nisan 2022 Salı 20:45

Kime: Rabiye Demir Işık

Konu: Ynt:

> ----- ÖZGÜN İLETİ -----

> KIMDEN :

> KİME :

> GÖNDERİME TARİHİ : 29 Mart 2022

Merhabalar hocam

Doktora tezinizde ölçeği kullanabilirsiniz. Şimdiden kolaylıklar diliyorum.



berna_bicici

ÖZGÜN İLETİ -----

TARİHİ : 29 Mart 2022 Merha

**“EXERCİSES TYPE İN PAULA METHOD” “PAULA YÖNTEMİNDE EGZERSİZ
TÜRÜ” ADLI REHBER VE GÖRSELLER İNGİLİZCE-TÜRKÇE OLARAK EDİT**

To the Reviewers/Editors:

As a retired qualified EFL teacher/ELT lecturer and native speaker of English, I certify that I have compared the English and Turkish versions of the General Instructions for the Paula Exercises, and have made the necessary revisions to the Turkish version.

Philip Smith, ELT lecturer at the English Language Teaching Department, Bursa Uludağ University Faculty of Education, Bursa, Turkey, 2000-2017.

EK-18:

GİRİŞİM ve KONTROL GRUBU KADINLARLA İLK ÇALIŞMA PLANI

Sezaryen Sonrası Servise Gelen Kadınların

Kabul Saatine Göre 0.Gün Çalışmaya Alınma/Red Saatlerinin Planı

Post-op S. Geliş	6. Saat	8.saat	Post-op S. Geliş	6. Saat	8.saat
08:00	14:00	16:00	20:00	02:00	04:00
09:00	15:00	17:00	21:00	03:00	05:00
10:00	16:00	18:00	22:00	04:00	06:00
11:00	17:00	19:00	23:00	05:00	07:00
12:00	18:00	20:00	24:00	06:00	08:00
13:00	19:00	21:00	01:00	07:00	09:00
14:00	20:00	22:00	02:00	08:00	10:00
15:00	21:00	23:00	03:00	09:00	11:00
16:00	22:00	24:00	04:00	10:00	12:00
17:00	23:00	01:00	05:00	11:00	13:00
18:00	24:00	02:00	06:00	12:00	14:00
19:00	01:00	03:00	07:00	13:00	15:00

**PAULA EĞZERSİZİ YAZILI VİDİO VE RESİMLER İÇİN
ETİK ONAM FORMU**

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sayın Özgül Meriç,

Sezaryen Sonrası "Paula Yöntem Egzersizlerinin" Postoperatif Distansiyon ve Distansiyona Bağlı Ağrının Önlenmesine Etkisine yönelik bir çalışma planladık. Paula Yöntem Egzersizleri dairesel kas egzersizleri olarak kadınlarda sezaryen sonrası bağırsak aktivitenin yeniden başlaması üzerine etkili non-invaziv bir tedavi yöntemi olarak ifade edilmektedir. Paula Yöntemi Egzersizlerinin, öğrenilmesi ve uygulanması kolay, güvenli, yan etkisi olmayan, ucuz ve oldukça etkili bir yöntem olduğu belirtilmektedir. Bu çalışma için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan izin alınmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için eğitim materyali olarak egzersizlerin nasıl yapıldığına ilişkin resim ve video çekimi yapılacaktır. Bu egzersizlerin resim ve video çekimi sırasında uygulanmasının size herhangi bir zararı olmayacaktır.

Çalışmaya desteğiniz tamamen sizin isteğinize bağlıdır ve istediğiniz zaman resim ve video çekimini reddetme hakkınız vardır. Bu araştırmaya katılmakla herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Ayrıca size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Sizin görsel resim ve videolarınız çalışmalarda kullanılacaktır. Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederim.

Araştırmacılar:

Rabiye Demir Işık
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Cep

Doç.Dr. Emine KOL
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Katılımcı Beyanı

Ben.....*Özgül Meriç*.....yukarıdaki yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Paula Yöntem Egzersizler uygulamalarını için resim ve videoların çekilmesi için araştırmacı tarafından yazılı ve sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı, araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum. Araştırmada kullanılan resim ve videolar araştırmalarda, uygulamalarda ve yayınlarda *Rabiye DEMİR IŞIK* tarafından kullanılabilir. Tarih: *20.09.2021*

Katılımcı:

Adı Soyadı:

Adres: Tlf:

İmza:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Rabiye	Uyruğu	TC
Soyadı	DEMİR IŞIK	Tel no	
Doğum tarihi		e-posta	

Eğitim Bilgileri

	Mezun olduğu kurum	Mezuniyet yılı
Doktora	Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Hemşirelik Esasları Programı	2024
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	2001
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	1992
Lise	Gazipaşa Lisesi	1988

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Öğr.Gör.	Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi	2013-devam ediyor
Öğr.Gör.	Akdeniz Üniversitesi, Antalya Sağlık Yüksek Okulu	2000-2013
Uzaman	Erciyes Üniversitesi, Atatürk Sağlık Yüksek Okulu	1998-2000
Uzaman	Erciyes Üniversitesi, Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu	1994-1998

Hemşire	Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi	1992-1994
---------	-----------------------------------	-----------

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	YÖKDİL	58.75

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Gerçek Klinik Ortama Yakın Öğrenme Çevresinin Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin Temel Hemşirelik Becerilerini Gerçekleştirme Düzeyine Etkisi	Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Projesi	Başlangıç: 18.05.2016 Bitiş: 27.12.2017 (19 Ay)

Burslar-Ödüller:

Yayımlar ve Bildiriler:

Karazeybek, E., **Demir Işık, R.**, ve Ak Sözer, G. (2022). Hemşirelik Öğrencilerinde Konstipasyon ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi: Kesitsel Araştırma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 14(2).

Sözer, G. A., **Demir Işık, R.**, ve Karazeybek, E. (2022). How Does the COVID-19 Pandemic Affect Nursing Students' Career Choices? A Quantitative Study. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(3), 429-436.

Kol, E., Ince, S., **Demir Işık R.**, Ilaslan, E., ve Mamaklı, S. (2021). The effect of using standardized patients in the Simulated Hospital Environment on first-year nursing students psychomotor skills learning. *Nurse Education Today*, 107, 105147.

Bigzad, M., Karazeybek, E., ve **Demir Işık, R.** (2020). Violence against emergency nurses. Acil servis hemşirelerine yönelik şiddet. Uluslararası Hemşirelik Fakültesi Öğrenci Kongresi 2020, Maltepe Üniversitesi. s. 94-95.

Demir Işık, R., Kol E., Toydemir Ö., Göl D. (2017). IV Kateter değişimine neden olan faktörlerin belirlenmesi. 4. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi, Muğla, Türkiye, 24- 27 Mayıs 2017, ss.21

Demir Işık, R., Gözüm, S., Kavla, M., ve Erdoğan, Ö. (2016). The determination of social support resources and levels of loneliness of the students migrating for university education. Uluslararası Hemşirelik Fakültesi Öğrenci Kongresi 2016, Maltepe Üniversitesi.ss

Özkan İ., Bektaş H., **Demir Işık R.**, İnce S. (2012) Depression, anxiety, stress and general health status in Turkish nursing: Across-sectional study. The 1st International Clinical Nursing Research Congress, İzmir, Türkiye, 29 Mayıs- 01 Haziran 2012, ss.1

Demir Işık, R. (2004) "Hemşirelerin, Hasta Bakım Uygulamalarını Kaydetme Durumları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi", Türk Hemşireler Dergisi, ss.22-28.

Demir, R (1998). Hemşirelik Eğitimi ve Profesyonellik. Hemşirelik-Ebelik Eğitim ve Uygulamalarında Kalite Sempozyumu, Kayseri, Türkiye, 3 - 05 Haziran 1998, ss.292-298

Demir Işık, R (1998). Toplam Kalite Yönetimi ve İş Gücü Planlaması. Hemşirelik-Ebelik Eğitim ve Uygulamalarında Kalite Sempozyumu, Kayseri, Türkiye, 3 - 05 Haziran 1998, ss.214-220

Demir Işık R.; (2019) Sağlık Uygulamalarında Temel Kavram Ve Beceriler., Editör: Akça Ay F, Bölüm adı: (Yaşam Bulguları) Nobel Kitap Yayınevleri, Basım sayısı:7, ISBN:978-605-335-417-8, Türkçe (Ders Kitabı),

Demir Işık R.; (2019). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavram ve Beceriler., Editör:Akça Ay F, Bölüm adı: (Sıcak ve Soğuk Uygulamalar) Nobel Tıp Yayınevleri, Basım sayısı:7, ISBN:978-605-335-417-8, Türkçe (Ders Kitabı)

Demir Işık, R. (2016). Yaşam Bulguları. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavram ve Beceriler, Akça Ay F., Editör, Nobel Yayın Dağıtım, İstanbul, ss.270-306.

Demir Işık, R. (2016). Sıcak ve Soğuk Uygulamalar. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavram ve Beceriler, Akça Ay F., Editör, Nobel Yayın Dağıtım, İstanbul.

Demir Işık, R. (2011). Yaşam Bulguları, Sıcak ve Soğuk Uygulamalar. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavram ve Beceriler, Akça Ay F., Editör, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd., İstanbul, ss.358-416.

Demir Işık, R. (2007). Yaşam Bulguları. Temel Hemşirelik Kavram, İlke, Uygulamalar, Akça Ay F., Editör, İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul.