



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SEZARYEN SONRASI UYGULANAN AKUPRESURUN
GASTROİNTESTİNAL MOTİLİTEYE ETKİSİNİN
BELİRLENMESİ**

Ayşe ÜSTÜN TOKAY
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Hacer GÜLEN SAVAŞ

DÜZCE, 2021



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**SEZARYEN SONRASI UYGULANAN AKUPRESURUN
GASTROİNTESTİNAL MOTİLİTEYE ETKİSİNİN
BELİRLENMESİ**

Ayşe ÜSTÜN TOKAY
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Hacer GÜLEN SAVAŞ

DÜZCE, 2021

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda 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, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

05.07.2021

Ayşe ÜSTÜN TOKAY

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın planlanması ve yürütülmesinde büyük sabır gösteren, her aşamasında sonsuz emeği geçen değerli hocam, danışmanım Dr. Öğr. Üyesi. Hacer GÜLEN SAVAŞ'a,

Çalışma süresince bana yardımcı olan hocam Dr. Öğr. Üyesi. Filiz SÜZER ÖZKAN'a,

Tez çalışmasının yapılabilmesi için akupresur uygulaması konusunda gerekli bilgi, tecrübe, eğitim ve desteğini esirmeyen değerli hocam Öğr. Gör. Nihat AYÇEMAN'a

Yüksek lisans ders dönemi süresince bilgi ve deneyimlerini paylaşan Dr. Öğr. Üyesi Serap BAYRAM ve diğer değerli hocalarıma,

Desteğini ve yardımını esirgemeyen araştırma görevlisi arkadaşım Hilal KARADENİZ'e,

Araştırmanın uygulandığı süre boyunca desteğini esirgemeyen kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde çalışan tüm hemşire arkadaşlarıma, özellikle gözlemci olarak çalışmama destek olan Cansel EMİR ŞİRİN'e,

Araştırmaya katılmayı kabul eden annelere,

Sevgilerini ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen canım aileme, özellikle anneme ve babama,

Tez çalışmam boyunca sevgi, anlayış ve sabırla destek olan eşime ve kızlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEZ ONAYI

BEYAN.....i

TEŞEKKÜR.....ii

İÇİNDEKİLER.....iii

TABLolar LİSTESİ.....v

ŞEKİLLER LİSTESİ.....vi

KISALTMALAR ve SİMGELER LİSTESİ.....vii

ÖZET.....1

ABSTRACT.....2

1. GİRİŞ ve AMAÇ.....3

2. GENEL BİLGİLER.....7

2.1. Sezaryen.....7

2.2. Sezaryen Sıklığı.....7

2.3. Sezaryen Endikasyonları.....9

2.4. Sezaryen Komplikasyonları.....11

2.4.1. Gastrointestinal sistem komplikasyonları.....12

2.5. Gastrointestinal sistem fonksiyonlarını etkileyen faktörler.....13

2.6. Gastrointestinal sistem komplikasyonlarını önlemeye yönelik hemşirelik uygulamaları.....14

2.7. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları.....15

2.8. Akupresur (Shiatsu) Nedir?.....16

2.8.1. Akupresurun tarihçesi.....16

2.8.2. Yaşam enerjisi (Qi) ve yin-yang.....17

2.8.3. Meridyenler-enerji kanalları.....17

2.8.4. Aku-nokta.....18

2.8.5. Akupresurun kontrendikasyonları.....19

2.8.6. Akupresurun etkisi.....20

2.8.7. Gastrointestinal sistem üzerinde akupresur etkisi.....21

2.8.8. Akupresur ve hemşirelik.....22

3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	24
3.1. Araştırmanın Tipi.....	24
3.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	24
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	24
3.4. Araştırma Evreni ve Örneklemi.....	25
3.5. Örneklem Seçim Kriterleri.....	26
3.6. Veri Toplama Araçları.....	26
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu.....	26
3.6.2. Bağırsak Motilitesi Takip Formu.....	27
3.7. Araştırmanın Uygulanması.....	27
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu.....	33
3.9. Verilerin Analizi.....	33
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri.....	33
3.11. Araştırmanın Değişkenleri.....	34
4. BULGULAR.....	35
5. TARTIŞMA ve SONUÇ.....	43
6. ÖNERİLER.....	53
7. KAYNAKLAR.....	55
8. EKLER.....	66
EK 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU.....	67
EK 2: KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....	68
EK 3: BAĞIRSAK MOTİLİTESİ TAKİP FORMU.....	70
EK 4: KURUM İZNİ.....	74
EK 5: ETİK KURUL ONAYI.....	75
EK 6: SERTİFİKA.....	76
9. ÖZGEÇMİŞ.....	77

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 4.1.1 Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.1.2. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların obstetrik ve cerrahi özellikler yönünden karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.2.1 Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların defekasyon alışkanlığı ve konstüpsiyon yaşama durumu yönünden karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.3.1 Farklı zamanlarda ölçülen bağırsak sesi skorlarının gözlemciler arasındaki uyumunun değerlendirilmesi.....	40
Tablo 4.3.2. Müdahale grubundaki kadınlarda akupresür uygulama öncesi ve sonrası bağırsak sesi sayısının karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.3.3. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bağırsak sesi sayısı ortalamalarının karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.3.4. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların gaz ve gaita çıkış zamanlarının karşılaştırılması.....	42



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Vücudumuzdaki meridyenler.....	18
Şekil 3.1. Bağırsak seslerinin sayılması.....	28
Şekil 3.2. Kalın bağırsak meridyeni 4. nokta (Hegu/LI4).....	30
Şekil 3.3. Kalın bağırsak meridyeni 11. nokta (Quchi/LI11).....	30
Şekil 3.4. Mide meridyeni 36. nokta (Susanli/ST36).....	31
Şekil 3.5. Araştırma uygulama şeması.....	32



KISALTMALAR ve SİMGELER LİSTESİ

ICC	İntraclass correlation coefficient (Sınıf içi korelasyon katsayısı)
NIC	Nursing Intervention Classification (Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması)
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (İktisadi ve İşbirliği Geliştirme Teşkilatı)
TAT	Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO (DSÖ)	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ÖZET

SEZARYEN SONRASI UYGULANAN AKUPRESURUN GASTROİNTESTİNAL MOTİLİTEYE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

Ayşe ÜSTÜN TOKAY

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Doğum ve Kadın Hastalıkları Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı Dr. Öğretim Üyesi Hacer GÜLEN SAVAŞ

Temmuz 2021, 77 sayfa

Araştırma, sezaryen sonrası uygulanan akupresurun gastrointestinal motiliteye etkisinin belirlenmesi amacıyla prospektif, randomize kontrollü, deneysel tasarımda yürütülmüştür. Araştırmanın verileri Mayıs 2019 - Kasım 2019 tarihleri arasında, Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi kadın hastalıkları ve doğum servisinde, elektif sezaryen uygulanan 30 müdahale, 30 kontrol grubu olmak üzere 60 kadından toplanmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından oluşturulan kişisel bilgi formu ve bağırsak motilitesi takip formu kullanılmıştır. Müdahale grubundaki kadınlara hastanede uygulanan standart bakımın yanı sıra postoperatif 4., 8. ve 12. saatlerde LI4, LI11 ve ST36 noktalarına 15-20 dakika süre ile üç kez akupresur uygulanırken, kontrol grubuna sadece hastanede uygulanan standart bakım yapılmıştır. Her iki grupta postoperatif 4., 8. ve 12. saatlerde bağırsak sesleri, gaz ve gaita çıkış zamanı kayıt edilmiştir. Bağırsak sesleri yanlılığı önlemek amacıyla araştırmacı ve bağımsız bir gözlemci tarafından sayılmıştır. Bağırsak sesi skorlarının araştırmacı ve gözlemci arasındaki uyumunun değerlendirildiği analizde ICC değerleri 0,90 ile 0,98 arasında olup istatistiksel olarak anlamlı çok iyi düzeyde bir uyum saptanmıştır ($p<0,001$). Araştırma sonucunda müdahale grubunda 4., 8. ve 12. saatlerde bağırsak sesi sayısı ortalamasının kontrol grubuna göre daha fazla olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, ilk gaz çıkış zamanının müdahale grubunda ($12,90\pm6,07$ saate karşı $17,31\pm7,95$ saat) daha kısa olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$), ilk gaita çıkış zamanının müdahale grubunda ($26,27\pm7,99$ saate karşı $27,34\pm8,59$ saat) daha kısa olduğu fakat gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$) saptanmıştır. Sonuç olarak akupresurun sezaryen sonrası gastrointestinal motiliteyi düzenlemek ve gaz-gaita çıkış süresini kısaltarak, kadınların konforunu artırmak, iyileşmeyi hızlandırmak amacıyla hemşirelik bakımında kullanılması, ülkemizde hemşirelerin bu uygulamayı bağımsız olarak yapabilmesi için gerekli yasal düzenlemelerin yapılması, hemşirelere yönelik eğitim ve sertifikasyon programlarının yaygınlaştırılması önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: Akupresur, gastrointestinal motilite, hemşire, hemşirelik bakımı, sezaryen

ABSTRACT

DETERMINATION OF THE EFFECT OF ACUPRESSURE APPLIED AFTER C-SECTION ON GASTROINTESTINAL MOTILITY

Ayşe ÜSTÜN TOKAY

Master's Thesis, Department of Nursing

Obstetrics and Gynecology Graduate Program

Thesis Advisor Dr. Faculty Member Hacer GÜLEN SAVAŞ

July 2021, 77 pages

The Study was conducted in a prospective, randomized controlled, experimental design in order to determine the effect of acupressure applied after cesarean section on gastrointestinal motility. The data of the research were collected from 60 women (30 of which were in the intervention group and 30 in the control group) who underwent elective cesarean section in the gynecology and obstetrics service of a hospital between May 2019 and November 2019 in Düzce University Health Application and Research Center. Personal information form created by the researchers in data collection and intestinal motility follow-up form was used. In addition to application of standard care for the women in the intervention group at the hospital, at the 4th, 8th and 12th hours postoperatively, three times for 15-20 minutes to points LI4, LI11 and ST36 while acupressure was applied, only standard care in hospital was given to the control group. In both groups, postoperatively, bowel sounds, gas and stool output time were recorded in the 4th, 8th and 12th hours. In order to avoid bias, Bowel sounds was counted by the researcher and an independent observer. Bowel sound scores in the analysis in which the harmony between the researcher and the observer was evaluated, ICC values were between 0.90 and 0.98. and a statistically significant, very good level of agreement has been detected between the observer and researcher. ($p < 0.001$). As a result of the research, intestines in the intervention group at the 4th, 8th and 12th hours that the mean of the number of voices is higher than the control group and the difference between the groups statistically significant, the first gas release time was shorter in the intervention group (12.90 ± 6.07 hours vs. 17.31 ± 7.95 hours) and the difference between the groups was statistically significant ($p < 0.05$), the first stool output time was shorter in the experimental group (26.27 ± 7.99 hours vs. 27.34 ± 8.59 hours), but the statistical difference between groups was not found to be significant ($p > 0.05$). In conclusion, acupressure can be used in the gastrointestinal tract after cesarean section and increasing the comfort of women by regulating motility and shortening the gas-stool output time, it is used in nursing care in order to accelerate recovery, nurses in our country to make the necessary legal arrangements to be able to carry out this application independently, it has been suggested that training and certification programs for nurses should be disseminated.

Key Words: Acupressure, gastrointestinal motility, nurse, nursing care, cesarean section

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Sezaryen, gebelikte anne, bebek, doğum süreci, plasenta ve eklerinden kaynaklanabilecek çok çeşitli endikasyonlarla yapılan en eski majör cerrahi girişimlerden biridir¹. Doğru endikasyonlarda ve koşullarda yapıldığında anne ve bebek için hayat kurtarıcı önemli bir operasyondur. Dünyada ve ülkemizde sıklıkla uygulanmakta ve her geçen gün yaygınlığı artmaktadır^{1,2,3}. Dünya Sağlık Örgütü, sezaryen doğumların anne ve bebek hayatını kurtarmada etkili olduğunu, ancak %10'dan yüksek sezaryen oranlarının nüfus düzeyinde anne ve yenidoğan ölüm oranlarında azalma ile ilişkili olmadığını bildirerek belirli bir orana ulaşmaya çalışmaktan ziyade ihtiyaca göre sezaryen yapılması gerektiğini vurgulamaktadır⁴.

Dünya'da sezaryen oranları %14,9 ile %54,4 arasında değişmektedir. Türkiye OECD ülkeleri arasında sezaryen doğum oranında 1000 canlı doğumda 549 ile birinci sırada yer almaktadır⁵. Türkiye Sağlık İstatistikleri raporunda primer sezaryen oranı %26,5, toplam sezaryen oranı %54,4 olarak bildirilmektedir^{5,6}.

Sezaryen hayat kurtarıcı önemli bir operasyon olmasının yanında beraberinde birçok riskte taşımaktadır. Tüm cerrahi operasyonlarda olduğu gibi sezaryenin de yakın ve uzun vadeli etkileri vardır. Vajinal doğum ile kıyaslandığında, doğum sonrası dönemde de maternal, fetal sağlık ve sonraki gebelikler için risk oluşturur^{7,8}. Sezaryen doğumda maternal mortalite oranı vajinal doğuma göre daha fazladır^{1,9,10,11}. Ayrıca annede, travma (anne mesanesinde ve bağırsağında), uterusta arter kesisi, serviks ya da vajen kesisi, uterin atoni, anestezi nedeni ile oluşan komplikasyonlar, geçirilmiş cerrahiye bağlı ciddi adezyonlar, plasantanın yerleşimine bağlı kanama, uterin rüptür, enfeksiyon (yara yerinde enfeksiyon, endometrit, septik pelvik tromboflebit, sepsis), yarada hematoma, tromboembolik durumlar, pıhtılaşma bozukluklarına neden olabilir^{1,8,12,13,14}. Bu komplikasyonlar arasında geçirilmiş abdominal cerrahi, travma ve anesteziye bağlı olarak gelişebilen gastrointestinal sistem komplikasyonları da önemli bir yere sahiptir. Gastrointestinal sistem komplikasyonları ağrı, bulantı-kusma, abdominal distansiyon, dışkılama eksikliği ve oral beslenmeye karşı hassasiyet gibi semptomlar ile kendini göstermektedir^{15,16}. Amanak ve Karaçam'ın sezaryen sonrası erken postpartum dönemde kadınların öz bakım konusunda yaşadığı sorunları incelediği çalışmasında gastrointestinal fonksiyonlarda yaşanan sorunlar; gaz çıkışının olmamasına bağlı

sorunlar %42.1, dışkılamaya ilişkin sorunlar %37 (dışkılama zorluğu %39.1, dışkılamanın olmaması %78.9), beslenmeye ilişkin sorunlar %42.1 olarak tespit edilmiştir¹⁷. Birçok araştırma sezaryen sonrası kadınların büyük çoğunluğunun benzer gastrointestinal şikayetler yaşadığını ortaya koymaktadır^{18,19,20,21,22}. Sezaryen sırasında periton boşluğunda aşırı miktarda kan ve amniyotik sıvı birikir. Sıvıların birikmesi ve bunları boşaltmak için yapılan prosedür, bağırsak düzeninin bozulmasına neden olabilir ve bu durum gastrointestinal komplikasyon riskini artırmaktadır²³.

Sezaryen sonrası gastrointestinal motilitenin erken başlatılması olası komplikasyonların önlenmesine katkı sağlamaktadır. Gastrointestinal motilitenin erken dönemde başlaması için ameliyat öncesi ve sonrası hasta eğitimi, ağrı kontrolü, opioid analjeziklerin kullanımını azaltma, nazogastrik sonda kullanımının kısıtlanması, sıvı-elektrolit dengesini sağlama, erken dönemde oral beslenmenin sağlanması, ameliyat sonrası erken mobilizasyon, abdominal masaj, sakız çiğneme gibi müdahaleler literatürde yer almaktadır^{15,24,25,26,27,28}. Postoperatif gastrointestinal motilitenin başlatılması ve komplikasyonların önlenmesine yönelik yapılacak müdahalelerden biride akupresur uygulamasıdır.

Günümüzde obstetrik çalışmalar invaziv olmayan bakım ve rahatlığı ön planda tutan sağlık stratejileri önermektedir²⁹. Akupresurde kolaylıkla uygulanabilmesi, öğrenilmesi, herhangi bir araç gerektirmemesi, invaziv olmaması, yan etkisinin bulunmaması, ekonomik olması ve kişilerin bir profesyonele bağlı kalmadan kendi kendilerine de uygulayabilecekleri bir teknik olması nedeniyle rahatlıkla postoperatif gastrointestinal komplikasyonları önlemede kullanılabilir^{30,31,32,33}.

Akupresur, tüm bedene yayılmış çizgiler veya hatlar üzerinde yerleşik, özelleşmiş noktalar üzerine statik basınç tekniği prensibine dayanan manipülatif bir terapi sanatıdır. Antik Çin akupunktur sanatı gibi akupresur de, vücutta belirli kanallarda veya meridyenlerde dolaşan 'Yaşam Enerjisi' akışı üzerinde çalışır. Yaşam enerjisinin sabit ve engelsiz akışını teşvik ederek ve aşırı veya eksik olduğu yerde akışı yeniden dengeleyerek sağlığı artırır ve birçok sorunu hafifletir. Akupunkturdan farkı iğne yerine el, avuç içi, parmaklar, dirsekler ya da ayaklar yardımıyla vücudun belirlenen bölgelerine basınç uygulayarak dokunmayı kullanmasıdır. Akupresur birkaç farklı mekanizma yoluyla vücudu etkiler. Akupresur noktaları, uyarıldığında vücudun kimyasal nörotransmitterlerinin seviyesini değiştirebilen elektriksel özelliklere sahiptir. Böylece vücutta kas ağrılarına iyi gelir, kasları gevşetir ve kan dolaşımını düzenler.

Akupresurun gastrointestinal sistemde, bağırsak hareketlerini aktive eden, ritmik kasılmaları yani peristaltizmi kontrol eden interstisyel hücrelerin sayısını arttırıcı etkisi vardır^{30,34,35,36}. Akupresur sırasında gastrointestinal aktivite uyarılarak, gastrointestinal hormonların salınımı artar böylece gastrointestinal hareketler düzenlenir³⁷. Literatürde akupresur ve gastrointestinal motilite ilişkisinin incelendiği çalışmalar yer almaktadır. Chen ve ark. transabdominal histerektomi sonrası akupres uyguladıkları grupta, sahte akupres uygulanan gruba göre gastrointestinal motilitede anlamlı derecede artış olduğunu saptamıştır³⁸. Liu ile Chao ve ark. kolorektal cerrahi sonrası; Karaman ise laparoskopik kolesistektomi sonrası akupres uygulamışlardır ve postoperatif bağırsak hareketi sıklık ortalamalarının anlamlı derecede daha fazla olduğunu saptamışlardır. Benzer çalışmalar literatürde mevcuttur^{39,40,41,42,43,44,45}.

Akupresur bu etkisinden dolayı sezaryen sonrası gastrointestinal komplikasyonların önlenmesi amacıyla da kullanılabilecek yöntemlerden biridir. Abadi ve ark. sezaryen sonrası yaptığı randomize kontrollü çalışmada akupresur uygulanan grupta bağırsak hareketliliğinde artma, gaz, gaita çıkış süresinde kısalma olduğunu bildirmektedir⁴⁶. Kanza Gül ve Şolt Kırca ile Bakar ve ark.'nın çalışmasında da sezaryen sonrası benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Sezaryen sonrası akupresur uygulamasının bağırsak motilitesini etkileme durumunu araştıran çalışmalar hem dünyada hem de ülkemizde oldukça sınırlıdır^{47,48}.

Hemşireler postpartum bakımda etkin rol alan, yenidoğan ve anne ile yakın ve en uzun süreli iletişimde bulunan, kilit role sahip sağlık profesyonellerinden biridir. Dolayısı ile sezaryen sonrası tüm komplikasyonların önlenmesinde olduğu gibi gastrointestinal komplikasyonların önlenmesi için de mesleki bilgi ve becerilerini kullanmakla yükümlüdürler. Hemşireler ve postpartum bakım veren tüm sağlık profesyonelleri gastrointestinal komplikasyonların önlenmesi için bağırsak hareketlerini, gaz ve gaita çıkışını takip ederek olası komplikasyonları önlemek için planlamalar ve uygulamalar yapmalıdır. Bunun için yapılabilecek uygulamalardan biri olan akupresur henüz yaygınlaşmamış olmasına rağmen hemşirelik girişimi olarak birçok ülkede uygulanmaktadır⁴⁹. İnvazif olmayan, ağrısız, öğrenilmesi ve uygulaması kolay, ekonomik, yan etkisi olmayan ve hasta ile hemşire arasındaki terapötik ilişkiyi güçlendiren bir yöntem olması nedeniyle hemşireler uygulamalarında güvenle kullanabilirler^{30,31,32,33}.

Bu araştırma sezaryen sonrası uygulanan akupresurun gastrointestinal motiliteye etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmadan elde edilecek bulguların literatüre veri sağlayarak, akupresurun ülkemizde de hemşirelik uygulamalarında kullanımına katkı sağlayacağı düşünülmüştür. Akupresur gibi diğer geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının hemşirelik bakımına insan merkezli ve bütüncül bir yaklaşımla yansıtmak sunulan hemşirelik bakımının kalitesini arttıracaktır. Ayrıca akupresurun hemşirelik bakımına entegre edilmesi ile kadınlar bu dönemde yaşadıkları sorunlarla daha kolay başedebilecekler ve bu süreçte daha iyi uyum sağlayacaklardır. Dünyada ve ülkemizde en sık yapılan cerrahi girişimlerden biri olan sezaryen sonrası gastrointestinal komplikasyonların akupresur aracılığıyla önlenmesi de kadınların bu dönemi daha konforlu geçirmelerine olanak sağlayacaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sezaryen

Sezaryen doğum, abdominal ve uterin insizyon ile bebeğin uterus kavitesinden doğurtulmasıdır¹. Sezaryen bugün bilinen en eski cerrahi yöntemdir. Dünya’da sezaryen operasyonuna ait ilk yazılı kayıt 1500 yılında İsviçre’de gerçekleştiğini göstermektedir⁵⁰. Sezaryen sonrası maternal morbitide ve mortalite oranı oldukça yüksek iken, daha sonra 1769’da uterusu sütür atılmasının keşfedilmesiyle bu oran azalmıştır ve 1800’lü yıllarda bulunan farklı yöntemler sezaryenin daha çok gelişmesine olanak sağlamıştır⁵¹. Ülkemizde anne ve bebeğin her ikisinin de yaşamını devam ettirdiği kayıtlara geçmiş ilk başarılı sezaryen ameliyatı saray cerrahı olan Cemil Topuzlu tarafından 2. Abdülhamit’in Maliye nazırı Hüseyin Sabri Bey’in eşi Aslı Melek Hanım’ a yapılmıştır. Nişantaşı’nda bulunan Ethem Paşa konağının bir bölümü ameliyathane haline getirilmiş, yapılan sezaryende ileride Haydarpaşa Numune Hastanesi Cerrahi klinik şefi olarak görev yapacak Kudret Üye doğmuştur⁵².

2.2. Sezaryen Sıklığı

Genel olarak sezaryen; vajinal doğumun güvenle tamamlanmasının mümkün olmadığı durumlar söz konusu ise veya vajinal doğumda maternal ve/veya fetal morbidite ve mortalitede belirgin artış riski varsa uygulanmalıdır³. Nitekim, World Health Organization (WHO) sezaryen doğum hızları ile ilgili açıklamasında tıbben gerekli olduğunda sezaryenin, perinatal mortalite ve morbiditeyi etkili olarak önlediğini ifade etmektedir. WHO, 1985’ten bu yana ideal sezaryen oranının % 10-15 arasında olması gerektiğini bildirmektedir. Yine WHO, sezaryen doğum için sadece tıbbi nedenlerden dolayı gerekli olduğunda anne ve bebek hayatını kurtarmada etkili olduğunu ve toplum düzeyinde %10’dan daha yüksek olan sezaryen hızları, anne ve yenidoğan bebek ölüm hızlarındaki azalmayla ilişkili olmadığını ifade etmektedir⁴.

Dünya’da ülkelerin 1990-2014 yılları arası en eski ve en yeni sezaryen oranlarının verildiği bir çalışmada, bazı ülkelerin en yeni sezaryen oranına bakıldığında; Dominik Cumhuriyeti’nde %56.4, Brezilya’da %55.6, Mısır’da %51.8, İran’da %47.9, İtalya’da %38.1, Gürcistan’da %36.7, Romanya’da %36.3, Çin’de %36.2, Yeni Zelanda’da %33.4, Amerika’da %32.8, Almanya’da %30.3, Rusya’da 22.1, Fransa’da %21,

Norveç’de 17.3, Azerbaycan’da 16.7, İzlanda’da %16.2, Finlandiya’da %14.7 olarak sezaryen oranları yıllara göre artmıştır. Zimbabve %6 ile sezaryen oranını korurken; Gine (%2.4) ve Nijerya (%2) sezaryen oranlarını düşürmüştür. Türkiye’de ise bu oran %47,5 olarak yıllara göre arttığı görülmektedir².

Tüm İktisadi İşbirliği ve Gelişme Teşkilatı (OECD) ülkelerinde sezaryen doğum oranları zamanla artmıştır. OECD ülkelerinde 2000 yılında %20 olan sezaryen oranı 2017’de %28’e yükselmiştir⁵³. 2018 yılında Türkiye OECD ülkeleri arasında sezaryen doğum oranında birinci sırada yer almaktadır. Sezaryen sayısını gösteren her bin canlı doğum başına yapılan bu ölçüt Türkiye için 1000 canlı doğumda 549 olarak bulunmuştur. Türkiye’den sonra en yüksek sezaryen oranının Kore ve Polonya’da olduğu; en düşük sezaryen oranının ise İsrail, Norveç ve Hollanda’da olduğu görülmektedir⁵.

Sezaryen hızındaki devam eden artışın nedenleri tam olarak anlaşılamamıştır, fakat bazı açıklamalar şu şekildedir:

- Kadınlar artık daha az çocuğa sahip olmaktadır, dolayısıyla doğumların büyük kısmını, sezaryen riski yüksek olan nulliparlar oluşturmaktadır.
- Ortalama maternal yaş artmakta ve daha yaşlı olan kadınlarda, özellikle nulliparlarda sezaryen riski yükselmektedir.
- Elektronik fetal monitörizasyon yaygın olarak kullanılmaktadır.
- Makat geliş fetusların çoğu artık sezaryenle doğurtulmaktadır.
- Forseps ve vakum ile doğumların sıklığı azalmıştır.
- Doğum indüksiyonu oranları artmaya devam etmekte ve özellikle nulliparlarda doğum indüksiyonu sezaryen oranlarını arttırmaktadır.
- Obezite prevalansı dramatik olarak artmıştır ve obezite de sezaryen riskini arttırmaktadır.
- Sistemik hastalıkları olan riskli gebeler sezaryen oranını arttırmaktadır.
- Preeklampsili kadınlarda sezaryen oranları artarken, bu hastalarda doğum indüksiyonu oranı azalmıştır.
- Yardımcı üreme tekniklerine bağlı preterm ve çoğul gebeliklerin artması, aynı zamanda kıymetli bebek algısının artması sezaryen oranını arttırmaktadır.

- Sezaryen sonrası vajinal doğum 1996'da %28 gibi yüksek bir oranda iken 2007'de %8'e düşmüştür.
- Elektif sezaryen doğum birçok endikasyonla (pelvik taban hasarı kaygısı, maternal istek gibi) artan bir şekilde uygulanmaktadır.
- Sosyoekonomik durumu iyi olan kadınlar daha çok sezaryeni tercih etmektedir.
- Gebelerin doğum konusunda yeteri kadar bilgilendirilmemesi ve gebelerin doğum ağrısı ve doğumhaneden korkmaları sezaryen doğuma yönelimi arttırmaktadır.
- Spontan veya müdahaleli vajinal doğum sırasındaki fetal yaralanmaya ilişkin malpraktis davaları ile kaygılar, mevcut sezaryen hızına ciddi anlamda katkıda bulunmaya devam etmektedir^{50,51,54,55,56,57,58}.

Değişen sosyal yapı ile birlikte, kadınların evlenme yaşı giderek artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu, Doğum istatistikleri 2020 verisine göre, yaş grubuna göre doğurganlık hızı incelendiğinde, 2001 yılında en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı binde 144 ile 20-24 yaş grubunda iken, 2020 yılında binde 115 ile 25-29 yaş grubunda görülmektedir. Bu durum, doğurganlığın kadının daha ileri yaşlarında gerçekleştiğini göstermektedir⁵⁹. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018' e göre 35-49 yaş arası kadınlardaki sezaryen %64 iken, 20 yaşın altındaki kadınlarda %33 olarak neredeyse iki katıdır. Ayrıca eğitim seviyesi ile de doğru orantılı olarak artmaktadır. En yüksek eğitim seviyesine ait anneler arasında %63 olarak sezaryen doğum tercih edilmektedir. Bölgelere göre bakıldığında ise; %64 ile en yüksek kuzey bölgesi ve %38 ile en düşük doğu bölgesi arasında farklılıklar dikkat çekmektedir⁶⁰. TÜİK verisine göre sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki oranı 2002'de %21 iken 2018'da %54.4'e yükselmiş olup; sezaryen doğumların en yüksek oranda görüldüğü bölge Akdeniz Bölgesi (%64.0), en düşük oranda görüldüğü bölge ise Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi (%37.5) olmuştur⁶. Sonuç olarak sezaryen ile doğum, gebe kadınlar için giderek daha yaygın bir tercih haline gelmiştir.

2.3. Sezaryen Endikasyonları

Sağlık Bakanlığı, Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberinde sezaryen endikasyonları geniş bir şekilde ele alarak dört başlık altında toplanmıştır. Bunlar;

1. Fetal Endikasyonlar

1.1. Fetal Sıkıntı

1.2. Fetal Prezantasyon anomalileri

1.2.a. Makat Prezantasyon

1.2.b. Diğer Prezantasyon Anomalileri (Transvers, alın, yüz geliş, vb.)

1.3. Çoğul Gebelikler

1.4. Fetal Anomaliler (Hidrosefali, sakrokoksigeal teratom vb.)

2. Maternal Endikasyonlar

2.1. Geçirilmiş Uterus Cerrahisi (Sezaryen, diğer operasyonlar)

2.2. Sistemik Hastalıklar (DM, HT, Gebeliğe Bağlı Hipertansiyon vb.)

2.3. Vertikal Geçişli Maternal Enfeksiyonlar (HIV, HSV-2, vb.)

3. Travay veya Doğuma Ait Endikasyonlar

3.1. Baş-pelvis Uyumsuzluğu

3.2. Uzamış Eylem

3.3. Fetal Makrozomi

4. Umbilikal Kord ve Plasentaya Ait Endikasyonlar

4.1. Kordon Sarkması

4.2. Placenta Previa

4.3. Ablasyo plasenta

4.4. Vasa Previadır³.

İşgüder ve ark. sezaryen endikasyonlarını incelediği araştırmasında, sezaryen doğumların başlıca endikasyonlarını sırasıyla: geçirilmiş sezaryen %59.6, prezantasyon ve pozisyon anomalileri %11.6, fetal distres %7.7, baş pelvis uygunsuzluğu %5.7, çoğul gebelik %3.6, uzamış eylem %3.5, preeklampsi %3.0 ve plasenta patolojileri (previa, dekolman) %2.9 olarak bulmuştur⁶¹. Çalık ve ark. sezaryen endikasyonlarını incelediği araştırmasında ise sezaryen doğumların başlıca endikasyonları sırasıyla; geçirilmiş uterin cerrahi %58.2, baş pelvis uyumsuzluğu %16.1, fetal sıkıntı %12.8, makat prezantasyonu %3.7, iri bebek %2.0, çoğul gebelik %1.7, diğer prezantasyon

anomalileri %1.2, sistemik hastalıklar %1.0, plasenta anomalileri %1.0, uzamış eylem %0.8, kordon sarkması %0.1, fetal anomaliler %0.08 olarak sıralamaktadır⁶². Uçkan ve Uçkan'ın sezaryen endikasyonlarını incelediği araştırmasında ise sezaryen ameliyatının en sık sebepleri sırasıyla önceden geçirilmiş bir veya birden çok sezaryen ameliyatı %53.8, baş pelvis uyumsuzluğu %15.2, fetal distres %14.3, makat prezentasyon %5.7, ilerlemeyen eylem %4.4, iri fetüs %1.7, ve diğer prezentasyon anomalileri %1,5 olarak bulmuştur⁵⁸.

2.4. Sezaryen Komplikasyonları

Sezaryen doğum annenin ve bebeğin hayatını kurtaran çok önemli bir cerrahi girişim olmakla birlikte diğer cerrahi girişimlerde olduğu gibi beraberinde getirdiği birçok komplikasyon riski taşımaktadır. Bunlar; annenin mesanesine travma, annenin bağırsağına travma, uterin arter kesisi, serviks ya da vajen kesisi, uterin atoni, geçirilmiş cerrahiye bağlı ciddi adezyonlar, plasentanın yerleşimine bağlı kanama, uterin rüptür, endometrit, yara enfeksiyonu, yarada hematoma, septik pelvik tromboflebit, pulmoner emboli gibi tromboembolik durumlar, pıhtılaşma bozukluklarıdır¹⁰. Birçok araştırma sonucu bu komplikasyonların yaygın bir şekilde görüldüğünü ortaya koymaktadır^{11,12,63,64}.

Tanrıverdi ve arkadaşlarının sezaryen operasyonlarında karşılaşılan cerrahi komplikasyonları araştırdığı çalışmada, minör komplikasyonların ilki histerotomiden sonra uzamış fetal doğum süresi yer alırken majör komplikasyonların ilki ise uterin arter laserasyonudur. Gastrointestinal hasarlanma majör komplikasyonlar arasında yer almaktadır⁶⁴.

Ayrıca sezaryen doğum sonrası kadınlar birçok fiziksel sorunla mücadele etmektedir. Güngör ve ark. yapmış olduğu araştırmada sezaryen sonrası en sık yaşanan fiziksel sorunları sırasıyla; bebeğin bakımını üstlenmede güçlük, aktivite intoleransı, kendi bakımını sürdürmede güçlük, yorgunluk, uykusuzluk, emzirmede güçlük, abdominal distansiyon, gaz çıkaramama, entübasyona bağlı boğazda tahriş ve meme problemleri şeklinde sıralamıştır¹⁸. Husslein, sezaryen sonrası en sık yaşanan sorunları; ağrı, gaz çıkaramama, kendi ve bebeğin öz bakımını sürdürememe, emzirme, beden imajında bozukluk, bebeğine bağlanmada yetersizlik, suçluluk duyma şeklinde belirtmiştir¹⁹. Bağcı ve ark. yapmış olduğu araştırmada ise; annelerin doğum sonu öz bakımında yaşadığı sorunları %79,5'inin uyku ve dinlenmede, %52,3'ünün meme bakımında,

%50,6'sının duygusal baş etmede, %48,3'ünün emzirmede, %45,5'inin perine bölge bakımında, %41,5'inin konstüpsiyonla ilgili, %39,8'inin banyo yapmada, %30,1'inin beslenmede, %28,4'ünün diğer çocukların bakımda sorun yaşaması olarak saptamıştır²⁰. Arslan ve ark. yapmış olduğu araştırmada sezaryen sonrası kadınların %49,5'inin öncelikle ağrı, gaz çıkaramama, kendisinin ve bebeğinin öz bakımını gerçekleştirememesi nedenleriyle sezaryeni önermediğini saptamıştır²¹. Güneri'nin postpartum erken dönemde üzerinde durulması gereken konuları; postpartum kanama, genital sistem enfeksiyonu, tromboemboli, baş ağrısı, konstüpsiyon ve hemoroid, ruhsal problemler, emzirme problemleri, meme ucu ağrısı, engorjman, ebeveynlik ve duygusal bağlanma ve yenidoğan bakım şeklinde özetleyerek bu konulara dikkat çekmiştir²². Karakaplan ve ark. yapmış olduğu çalışmada vajinal doğum yapan kadınların ağrısı ve kanaması kontrol altına alınıp, ayağa kalmasında, hijyen ve beslenme ihtiyaçlarının karşılanmasında ve bebek bakımı konusunda desteklenmesinin yeterli olacağı vurgulanmıştır. Fakat sezaryen doğum yapan kadınların yaşadığı sorunların daha fazla olduğu, bunlara ek olarak, 6-12 saat ayağa kalkamayan, bağırsak hareketleri başladıktan bir süre sonra oral almaya başlayan, şiddetli ağrılar yaşayan, mesane kateteri olan annenin doğum sonu dönemin ilk günlerini sıkıntılı geçireceği ve anestezinin olumsuz etkileri nedenleriyle annelerin konforunda normal doğum yapanlara oranla belirgin azalma olabileceği vurgulanmıştır⁶⁵.

2.4.1. Gastrointestinal sistem komplikasyonları

Postoperatif görülen komplikasyonların bir bölümü gastrointestinal sistemle ilgilidir. Sezaryen sonrası gastrointestinal sistemde görülen komplikasyonlar; bulantı-kusma, abdominal distansiyon, postoperatif ileus, gaz ağrısı, gaz ve gaita çıkaramamadır. Anestezik ya da narkotiklerin etkisi, cerrahi girişim sırasında bağırsakların elle tutulması sonucu peristaltizmin yavaşlaması ve postoperatif yakın zamanda oral alımının olmaması gibi farklı nedenlere bağlı olarak bulantı-kusma gelişebilir. İlk saatler içindeki kusmalar normal bir olgu olarak kabul edilir. Abdominal distansiyon, gaz ağrısı ve gaz çıkaramama yaygın görülen bir sorundur. Abdominal distansiyon; postoperatif erken dönemde, hastaların mide ve bağırsaklarında sıvı ve gaz birikimi sonucu genişlemeye bağlı olarak gelişir. Ayrıca ameliyat öncesi ve sonrası diyet kısıtlamaları, ameliyat sırasında bağırsakların elle tutulması nedeniyle peristaltizmin azalması sonucu görülür. Batın cerrahisini izleyen süreçte ince bağırsaklar 24 saat içinde tekrar motilite olmasına karşın, kalın bağırsakların motilitesi 3-5 gün süreyle

azalabilir. Bu yüzden gaita çıkarma zorluğu ortaya çıkabilir. Ameliyattan sonra meydana gelen abdominal distansiyon uzun süre devam ederse, paralitik ileus ve gastrik dilatasyon gibi daha ciddi komplikasyonların bir belirtisi olabilir^{46,54,66,67,68,69}.

2.5. Gastrointestinal sistem fonksiyonlarını etkileyen faktörler

Gastrointestinal sistem fonksiyonlarını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlar; abdominal ameliyatlar, ağrı, sıvı-elektrolit dengesizlikleri, ilaçlar, anestezi, bağırsak alışkanlığı, yaş, sıvı alımı, besinler, bitkisel çaylar, fiziksel aktivite, obezite, kronik kabızlık, psikolojik faktörler, dışkılama esnasında pozisyon, gebelik, tıbbi tedaviler ve tanı testleridir^{15,25,26,27,28,70}.

Sıklıkla abdominal cerrahi sonrasında olmakla beraber her operasyondan sonra gastrointestinal sistemde atoni olmaktadır. Postoperatif dönemdeki ağrı tedavisi gastrointestinal sistem fonksiyonlarında değişimlere yol açmaktadır⁷¹. Genel olarak güvenli ve etkili olduğu düşünülen standart analjeziklerin uygulanması, postoperatif ağrı yönetiminde birincil yaklaşım olmaya devam etmektedir. Bununla birlikte, sistemik analjezik uygulama, bulantı, kusma, depresif semptomlar, kaşıntı, idrar retansiyonu, gastrointestinal motilite ve ileus gibi bazı olumsuz etkilere neden olabilmektedir⁷². Sezaryen sonrası abdominal ağrı ve distansiyon sık görülen durumlardandır. Sezaryen sırasında periton boşluğunda aşırı miktarda kan ve amniyotik sıvı birikir. Sıvıların birikimi ve bunları boşaltmak için yapılan prosedür bağırsakta düzensizliğe neden olabilir⁴⁶. Genellikle bağırsak alışkanlıkları 3-4 gün sonra normale döner. Doğumdan sonra progesteron seviyesinin düşmesine karşın doğum öncesi yapılan lavman, doğum sonrası 1-2 gün az besin alımı, beden hareketlerinin az olması, karın duvarın gevşemesi, bağırsaklar üzerindeki basıncın azalması, bağırsak peristalizminin yavaşlamasına ve konstüpsiyon ve gaz oluşumuna neden olur. Ayrıca narkotik analjeziklerin yan etkilerine bağlı bağırsak hareketleri azalabilir²². Fiziksel aktivite peristaltizmi artırırken, immobilizasyon peristaltik hareketleri deprese eder. Peristaltizmin ve boşaltımın sürdürülmesi için hastaların operasyon sonrası erken mobilize edilmesi gerekir^{45,26,73}.

Sezaryen ile doğum yapan kadınların postpartum erken dönemde öz bakım konularında yaşadıkları sorunların incelendiği bir araştırmada gaz çıkışının olmamasına bağlı sorunlar %42.1, dışkılamaya ilişkin sorunların varlığı %37 (dışkılama zorluğu %39.1, dışkılama yok %78.9) şeklinde tespit edilmiştir¹⁷.

2.6. Gastrointestinal sistem komplikasyonlarını önlemeye yönelik hemşirelik uygulamaları

Olumsuz etkilenen bağırsak fonksiyonlarını normale getirmek için uygulanan hemşirelik girişimleri bir bütün olarak ele alındığında aşağıdaki gibi özetlenmiştir^{16,24,26,66, 67,68,70,73,74,75,76}. Bunlar;

- Yapılacak her uygulama öncesi hastaya gerekli bilgilendirmeler yapılır.
- Hastaların ameliyattan hemen sonraki dönemde sıvı-elektrolit gereksinimleri IV infüzyonla karşılanır.
- Batının dört kadranı, bağırsak seslerinin varlığı, sıklığı ve karakteri açısından dinlenerek değerlendirilir. Erken postoperatif dönemde peristaltizm yavaşladığında, bağırsak sesleri çoğunlukla yoktur ya da azalmıştır.
- Kusma olursa renk, içerik ve miktar açısından gözlemlenmesi gerekir.
- Bulantı varlığında antiemetik ilaçların uygulanması ile semptom hafifletilebilir ya da önlenir.
- Cerrahi girişimden sonra hastanın, uygun olan en kısa sürede beslenmeye başlanması iyi olur. Normal beslenme gastrointestinal sistem fonksiyonlarının kısa sürede normale dönmesini sağlar.
- Hasta oral alıma başladığında, önce sıvı gıdalar verilir ve gaz, gaita çıkışı olana kadar sıvı gıdalar ile devam ettirilir.
- Yeterli sıvı alması konusunda hasta desteklenir.
- Postoperatif, bağırsak motilitesini uyaran erken ve sık ayağa kaldırma ile abdominal distansiyon hafifletilebilir ya da önlenir.
- Hastada gaz çıkarmanın istenilen ve gerekli bir şey olduğu anlatılarak bu konuda cesaretlendirilir.
- Postoperatif 2-3. günlerde oluşmaya başlayan gaz ağrısı, ayağa kalkma ve sık pozisyon değiştirme ile azaltılabilir. Sağ lateral pozisyon gazın transfer kolona yükselmesini sağlar ve çıkışını kolaylaştırır.
- Hastaya hareketsiz kalmaması gerekliliği anlatılarak yatak içerisinde dönme ve ekstremitte egzersizleri yapması önerilir. Hareketli olma ve düzenli fiziksel

egzersiz peristaltizmi uyarır.

- Ilık su, çay ve çorba içmesi önerilir. Ayrıca gaz yapıcı yiyecek ve içeceklerden uzak durması söylenir.
- Doktorun uygun bulması halinde ise laksatifler veya boşaltıcı lavman kullanılabilir.
- Sakız çiğneme, kafeinsiz kahve, rezene çayı ve sıcak su tüketimi önerilebilir

2.7. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre geleneksel tıp uzun bir geçmişe sahiptir ve “fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, bunlara tanı koyma, iyileştirme veya tedavi etmenin yanında sağlığın iyi sürdürülmesinde de kullanılan, farklı kültürlerle özgü teori, inanç ve tecrübelerle dayalı -izahı yapılabilen veya yapılamayan- bilgi, beceri ve uygulamalar bütünüdür” şeklinde tanımlanmaktadır⁷⁷. Modern ve bilimsel tedaviler dışındaki tedavilerin birçoğu genel olarak tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) olarak ifade edilmektedir⁷⁸. Ülkemizde alternatif tıp terimi uzun yıllar kullanılmış olsada, konu üzerinde yapılan tartışmalar sonucu tıbbın değil tedavinin alternatifi olabileceği vurgusu ile bu kavram terk edilmeye başlanmıştır. Bugün yaygın olan kullanım, daha çok “geleneksel ve tamamlayıcı tıp” şeklindedir⁷⁹. Sağlık Bakanlığı'nın Ekim 2014 yılında yayımladığı “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği” bu konuya açıklık getirmektedir. Yönetmelikte; amaç, kapsam ve kanuni dayanak net bir şekilde ortaya konmuştur. Bu yönetmelik ile uygulayıcılar, eğitimleri ve uygulayacak sağlık kuruluşlarının özellikleri yanısıra, hangi yöntemlerin hangi hastalıklarda uygulanabileceği konusuna yer verilmiştir. Bu uygulamalar; akupunktur, apiterapi, fitoterapi, hipnoz, sülük uygulaması, homeopati, kayropratik, kupa uygulaması, larva uygulaması, mezoterapi, proloterapi, osteopati, ozon uygulaması, refleksoloji ve müzik terapi“dir⁸⁰.

Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarının kullanımı son yıllarda giderek artmaktadır. Günümüzde birçok kişi, hastalıkların tedavisinde, tedavinin etkinliğinin artırılmasında, yakınmalarının hafifletilmesi/giderilmesinde, bireyin konforunun ve yaşam kalitesinin artırılmasında bu yöntemleri tercih etmektedir. Ayrıca bu yöntemlerle ilgilenen sağlık personellerinin de giderek artması, bu tedavi yöntemlerini kullanan hasta sayısındaki artışta önemli rol oynamaktadır. Akupresur geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları arasında hemşireler tarafından bağımsız uygulanabilecek yöntemlerden

birisidir^{41,81}.

Akupresur, Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması'nda (Nursing Interventions Classification-NIC) yer alan alternatif bir tedavi yöntemidir^{82,83}. Günümüzde obstetrikteki çalışmalar, doğum sırasında kadınlar için insancillaştırılmış bakımı ve rahatlığı sağlamak amacıyla invazif olmayan yöntemler kullanarak alternatif sağlık stratejileri önermektedir²⁹. Bu uygulamalardan biri de akupresurdur.

2.8. Akupresur (Shiatsu) Nedir?

Bedende akupunktur meridyenleri ve meridyenler üzerinde bulunan belli noktalara pres, bası ve ovma benzeri yapılan uygulamaya akupresur adı verilir. Shiatsu ise kelime anlamı olarak Shi (parmak) ve atsu (basınç-pres) kelimelerinin bileşiminden oluşur ve “parmak presi” anlamına gelmektedir. Kısaca akupresur ya da shiatsu, tüm bedene yayılmış çizgiler veya hatlar üzerinde yerleşik, özelleşmiş noktalar üzerine statik basınç tekniği prensibine dayanan manipulatif bir terapi sanatıdır. Akupresur uygulaması akupunkturla aynı meridyen ve noktalar üzerinde çalışıyor olmasıyla temelde akupunktura benzediğini göstermektedir. Akupresurun akupunkturdan en büyük farkı ise, iğne yerine el, parmak ya da ayaklar yardımıyla vücudun belirlenen bölgelerine basınç uygulanıyor olmasıdır. Enerji kanallarındaki blokajı gevşetmek için bedenin meridyen hatları boyunca yerleşik bulunan basınç noktalarına parmak presinin yanında dirsekler, dizler ve ayaklar da pres yapmak için kullanılırlar^{35,36,84}.

2.8.1. Akupresurun tarihçesi

Akupresur, Asya'da yaklaşık 5000 yıl geçmişe dayanan Çin Tıbbının temellerini oluşturmaktadır. Çinlilerin en eski manipulatif tedavi uygulaması olan Anma tekniğinden köklerini alan akupresur yönteminin akupunkturdan daha eski bir tarihi bulunmaktadır. Bu yöntemin ilk olarak Çinliler tarafından uygulanmaya başlandığı bilinmektedir. Çinliler akupresur yerine daha sonra geliştirdikleri akupunktu kullanmaya başlamışlardır. Çinliler tarafından en erken kaydedilen yazı “Sarı İmparatorun İç Hastalıkları Klasığı” adlı kitapta yazılmaktadır. Bugün bile geçerliliğini koruyan bilgi hazinesi içermektedir. Bu kitapta diyetle ve yaşam tarzındaki değişiklikler, akupunktur ve akupresur ile hastalıkların nasıl giderileceği anlatılmaktadır³⁶.

Akupresur 1970'lerde inanılmaz bir hızla batıya yayılmaya başlamıştır. Böylece İngiltere'de profesyonel bir şekilde akupresur kursları açılarak akupresur terapistleri

sayısı hızla artmıştır. Daha yakın zamanlarda ise medyanın desteği ile akupresurun faydaları halkın dikkatini çekmiş, güçlü ve etkili bir terapi olarak geniş bir kitlede kabul görmüştür³⁶.

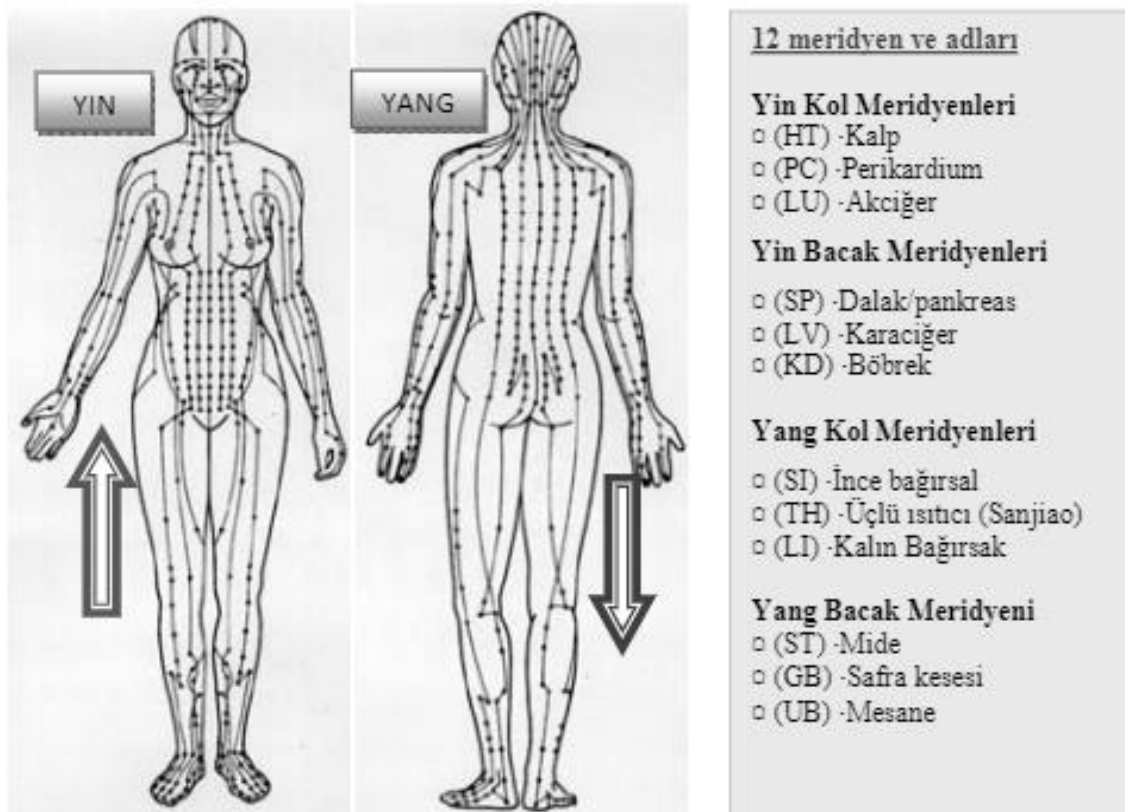
2.8.2. Yaşam enerjisi (Qi) ve yin-yang

Akupunktur, Akupresur/Shiatsu, Tai Chi, yoga ve biyoenerji benzeri çalışmaların temel konusu “Qi” ya da “yaşam enerjisi” dir. Farklı dil ve kültürlerde benzer anlamlar taşıyan “yaşam enerjisi” yazılış itibarıyla farklılık gösterir. Örneğin; Antik Mısır’da Ka, Arapça’da Baraka, Türkçe’de Can, Sanskritçe’de Prana, Çince’de Qi, Japonca’da Ki, İngilizce’de Chi olarak karşımıza çıkmaktadır. Qi enerjisi, bedenimizi aktif tutan yaşam enerjisidir ve yaşam enerjimizin kalitesi bizim mental, duyuşsal, fiziksel ve ruhsal/manevi durumumuza bağlıdır. Eğer bazı durumlar Qi’nin akışını engeller veya karıştırırsa, kuvvetlerin dengesi bozulur ve hastalık yolu açılır^{35,83}.

Yin-Yang ise Çin Tıbbı ve Yaşam Felsefesini anlatan semboldür. Özellikle akupresur ve akupunktur felsefesinin ana fikridir. Örneğin insan vücudu yin ve yang olarak ikiye ayrılır. Vücudun görünen dış-sert yüzü yang iken, iç-zayıf yüzü yin karakterindedir. Ayrıca, Yin ve Yang da dengede olmalıdır. Vücutta dengede bulunan Yin ve Yang adlı iki prensibin dengede olma halinin bozulması ile hastalıklar oluşur^{35,85}.

2.8.3. Meridyenler-enerji kanalları

Fiziksel bedendeki kan dolaşımını sağlayan damarlar gibi enerji bedeninde de Qi enerjisini taşıyan meridyen adı verilen kanallar olduğu söylenir. Ağ biçimindeki bu yapının salgı bezleri, kemikler ve iç organlarla bağlantısı olduğu ve deri yüzeyindeki bu noktaları özel biçimlerle uyararak fizyolojik sistemleri yaşam enerjisi ile etkileme imkanı vardır. Meridyenler belli enerji hatları üzerinde bulunan ana yolları, akupresur noktaları ise merkezi duraklar olarak da düşünülebilir. Meridyenler fonksiyonlarına göre sınıflandırılmıştır. Vücudumuzda paralel bir düzende, ellerin ve ayak parmaklarının uçlarından başlayan veya biten 6 Yin (dişi), 6 Yang (erkek) olmak üzere 12 çift meridyen vardır ve her biri adıyla anıldığı organa enerji taşır³⁵.



Şekil 2.1. Vücudumuzdaki meridyenler³⁵

2.8.4. Aku-nokta

Meridyen olarak bilinen hatlar boyunca çok sayıda nokta bulunur. Bu noktalar, her organa ait kanallar üzerinde yerleşmiştir. Bunlar, simetrik olarak vücudun sağ ve sol tarafında yer alırlar.

Noktalar Nasıl Tespit Edilir?

Noktaların yerlerini kolay tespit edebilmede anatomik yapının özelliklerinden yararlanılır. Birçok nokta, eklemlerin çevresinde ya da kemiklerin çukurunda, büyük kas gruplarının kenarında ya da kemik yapıyı izleyen hat üzerinde bulunmaktadır. Genellikle noktanın bulunduğu yer, noktadan uzak olan bölgeye göre daha hassastır. Parmaklarla akupresur noktasını bulmak için, kasların tendonsu yapılarının kenarları ya da kemik yapının çukursu bölgeleri hedef alınır. Her nokta için parmakları tendon ve kaslar arasında yavaşça kaydırılarak hissetmeye çalışılır, hissettiğimiz duyarlı nokta üzerinde durup, odaklanılır. Böylelikle ellerin ve parmakların hissetme ve algılama duyusu gelişmiş olur. Müdahaleim ve bol pratik uygulama ile noktaların yerleri daha hızlı ve kolay tespit edilebilir. Akupresur noktalarını tespit etme becerisi zamanla gelişir³⁵.

2.8.5. Akupresurun kontrendikasyonları

Akupresur uygulama öncesi, sırası ve sonrasında dikkat edilmesi gereken birkaç önemli durum vardır. Bunlar aşağıdaki gibi özetlenebilir.

- Akupresur uygulaması bireye açıklanmalıdır.
- Yakın zamanda kırılan kemiklere, varisli damarlara, yüksek ateşin varlığında, derin kesikler veya diğer yaralanma durumlarında, enfeksiyon varlığında baskı yapılması sakıncalıdır.
- Akupresur tok karnına uygulanmamalıdır.
- Akupresur uygulaması oda ısısında olmalı, ortamın sessiz ve sakin olmasına özen gösterilmelidir.
- Yüz gibi hassas bölgelere baskı uygularken yumuşak davranılmalıdır.
- Gebelik sırasında akupresur rahatlığı sağlamak açısından sıklıkla uygulanabilir. Örneğin; sırt ağrılarını hafifletmek gibi. Bununla birlikte, vücutta uterusu güçlü bir uyarı veren belirli alanlar vardır. Bu doğum sırasında güçlü kasılmaları teşvik etmek için yararlı olabilir ancak gebelik sırasında uygulanmamalıdır. Bu alanlar;
 - Ayak bilekleri (Dizlerin altındaki ayaklara ve bacaklara),
 - Elin başparmağı ile ilk parmağın tabanı arasındaki etli bölge,
 - Boynun hemen iki yanında omuzların üst kısmı,
 - Karındır.
- Tüm gebelik boyunca; dalak 6 (SP 6), karaciğer 4 (KI 4) ve safra kesesi 21 (GB 21) noktalarına hiçbir şekilde baskı yapılmamalıdır.
- Akupresür uygulamasında yapılacak noktaların sıralaması baştan ayağa doğru olmalı, çift taraflı ve simetrik olarak kullanılmalıdır.
- Genellikle güvenli bir uygulamadır, ancak hastalık tedavilerinde akupunktur veya akupresur uzmanı tarafından uygulanmalıdır.
- Kişide çok ciddi sağlık sorunları (kanser, multiple skleroz, kalp hastalığı gibi) var ise; bu kişilere akupresur uygulaması yapılmamalı, müdahaleimli birisinin yapması sağlanmalıdır.

- Akupresur uygulanacak kişi huzursuz ve tedirgin ise sakinleşmesi için zaman tanınmalıdır. Bu kişileri uzun ve derin nefes almaya yönlendirmek gereklidir.
- Akupresur uygulaması ağrı içermeyen bir yöntemdir. Eğer bir acı veya ağrı hissedilirse hemen durulmalıdır^{33,36}.

2.8.6. Akupresurun etkisi

Hücrelere giriş-çıkış hücre zarının üzerindeki kapılardan sağlanmaktadır. Bu kapıların açılmasının elektrik potansiyel değişimi ilkesine tabi olduğu bilinmektedir. Herhangi bir sorunda hücre zarının üzerindeki kapıların açılıp kapanması engellenince enerji akımı tıkanmakta ve hücrenin dış dünya ile irtibatı kesilmektedir. Böylece hastalıklar oluşmaktadır. Qi denilen yaşam enerjisinin aktığı meridyenler üzerindeki belli noktalara uygulanan bası sayesinde tıkanmalar açılır, düzenli bir enerji akışı ve kan dolaşımı başlayarak vücudun çeşitli bölgelerinde bulunan gerginlikler ve kaslardaki gerilim azalır, ağrı kesici nörokimyasallar olan endorfin salgılanması ve kan dolaşımı artar. Bunun sonucunda ağrı ortadan kalkar, kan dolaşımının artmasıyla gevşeme ve genel rahatlama meydana gelir, toksinler vücuttan uzaklaştırılır ve iyileşme hızlanır^{35,45,86}.

Ülkemizde akupresur uygulanarak birçok hastalığın semptomları üzerine etkisini inceleyen hemşirelik çalışmaları bulunmaktadır. Bunlar; çeşitli ağrıların ve özellikle doğum ağrılarının azaltılmasında, farklı kanser türlerinin tedavisinde uygulanan kemoterapi sonucu bulantı ve kusmanın önlenmesinde, ameliyatlardan sonra bulantı kusmanın önlenmesinde, gebeliğe bağlı bulantı ve kusmanın önlenmesinde, premenstrual semptomlar üzerinde etkisine, uyku kalitesi üzerinde etkisine, yorgunluk üzerine etkisine ve anksiyetenin azaltılmasında kullanıldığı görülmektedir^{87,88,89,90,91,92,93}.

Robinson ve ark. 71 akupresur çalışmasının sistematik incelendiği çalışmasında akupresurun dismenore, bel ve doğum ağrılarına, ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın önlenmesinde, yaşlılarda uyku da iyileşmelere, renal hastalık belirtileri, demans, stres ve anksiyete gibi birçok rahatsızlığın önlenmesinde etkili olduğu saptanmıştır⁴⁹. Semptom yönetiminde akupresurun etkisini incelemek için yapılan bir sistematik derlemede akupresurun kemoterapi sonrası bulantı kusmada, gebeliği bağlı bulantı kusmada ve dismenore de etkili olduğuna uyku kalitesini arttırdığına ve yorgunluk üzerindede olumlu etkileri olduğuna yönelik anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır⁹⁴.

2.8.7. Gastrointestinal sistem üzerinde akupresurun etkisi

Postoperatif gastrointestinal sistem problemlerinin yönetilmesinde ve tedavi edilmesinde farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler bulunmaktadır. Gastrointestinal sistem fonksiyonlarını normale döndürmek için daha çok farmakolojik yöntemlere başvurulmaktadır. Farmakolojik tedaviler bağırsak hareketlerini uyarsa da şişkinlik, gaz artışı, abdominal distansiyon gibi birçok yan etkiye neden olmaktadır⁹⁵. Günümüzde geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları sağlığı iyileştirmek ve geliştirmek için yaygın kullanılmaktadır. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarından olup non-farmakolojik yöntemlerden biri de akupresurdur. Akupresur uygulamasında, akupunktur noktalarının uyarılması sonucu, uygulama yapılan noktada yer alan sinirler uyarılmaktadır. Sinir ve meridyenlerin iletim refleksi yoluyla nörotransmitter seviyeleri yükselmekte ve bunun sonucunda gastrointestinal motiliteyi arttırmaktadır^{34,41,96}.

Belirli ve doğru bölgelere basınç uygulandığında ince bağırsak, kolon ve anüsün daha iyi işlev görmesi sağlanabilir. Peristaltizmi uyarmaya yardımcı olur ve dışkılamayı kolaylaştırır^{97,98}. LI4 ve LI11 noktalarının bağırsak motilitesini düzenleyici etkisi bulunmaktadır. Ayrıca ST36 noktasına akupunktur uygulanması, gastrointestinal sistemi hipoaktif olanlarda motiliteyi artırır, hiperaktif olanlarda ise motiliteyi azaltır⁹⁹.

Karaman'ın laporoskopik kolesistektomili hastalar üzerinde yapmış olduğu araştırmada, akupresurun müdahale grubunda ilk gaz çıkış zamanının kontrol grubuna göre daha kısa ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, ilk gaita çıkış zamanını kısalttığı fakat aralarındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur⁴¹. İskender'in total diz artroplastisi yapılan hastalar üzerinde akupresur ve abdominal masaj uygulayarak konstüpsiyon gelişimi üzerine etkisini incelediği araştırmada ise, müdahale grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde erken defekasyona çıktığı belirlenmiştir⁴⁵.

Chao ve ark. kolorektal kanserli hastalarda akupresurun postoperatif dönemde gastrointestinal fonksiyon üzerine etkisini araştırmıştır. İlk gaz çıkış zamanında müdahale grubu lehine anlamlı farklılık olduğunu, ilk defekasyon zamanında ise anlamlı farklılık olmadığını bulmuştur. Ayrıca müdahale grubunun, ameliyat sonrası 2-3 gün boyunca kontrol grubundan daha fazla bağırsak hareketliliğini geliştirdiğini saptamışlardır⁴⁰. Chang ve ark. abdominal histerektomi ameliyatı olan hastalarda akupresurun bağırsak sesleri ve gaz çıkış zamanına etkisini incelediği araştırmasında,

hastalar üç gruba ayrılmış ve gruplardan ilkin beş dakika, ikincisine on dakika akupresur uygulanmış ve kontrol grubu oluşturulmuştur. Bağırsak seslerinin duyulduğu süre her iki müdahale grubunda da kontrol grubuna göre ve gazın geçtiği zaman, on dakika akupresur uygulanan grupta kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede kısa bulunmuştur⁴⁴. Abadi çalışmasında sezaryen sonrası akupresurun bağırsak seslerinin varlığında ve ilk gaz çıkış zamanında müdahale grubu lehine anlamlı bir farklılık olduğunu, ilk defekasyon zamanında ise anlamlı bir farklılık olmadığını bulmuştur³⁵. Chen ve ark.'nın transabdominal histerektomi uygulanan hastalarda akupresurun gastrointestinal hareketlere etkisini incelediği bir çalışmada, PC-6, SP-6 ve ST-36 noktalarına uygulanan akupresurun, bağırsak hareketlerini artırdığı vurgulanmaktadır³⁸.

Akupresurun gastrointestinal sistem üzerinde etkisinin araştırıldığı çeşitli çalışmalarda yaygınlıkla LI4, LI11, PC6, SP6, LIV3, ST25, ST36, ST37 ve CV12 noktalarının kullanıldığı görülmektedir^{38,45,100,101}.

2.8.8. Akupresur ve hemşirelik

Hemşirelik mesleğinin birçok rolü bulunmaktadır. Geçmişten günümüze kadar olan süreçte hemşirenin tek rolü hasta bakımı olarak görülmekteydi. Fakat bilimsel ve toplumsal gelişmelerden hemşirelik rolleri de etkilenmiştir. Geçmişte hastayı iyileştirmeye yönelik roller iken, günümüzde hastalıktan koruyacak ve sağlığı geliştirecek danışmanlık, eğitim ve rehberlik gibi sosyal rollere doğru yönelmektedir. Hemşirelik mesleğinin yetki ve sorumluluklarının artmasıyla birlikte bağımsız rol ve işlevlerinin de arttığı yapılan çalışmalarda görülmektedir¹⁰². Bu bağımsız uygulamalardan biri de akupresurdur. Rahatlık, ağrı yönetimi ve kontrolü ve semptom yönetimi çabasıyla hemşireler daha fazla akupresur uygulamaya başlamışlardır. Akupresurun birçok avantajı vardır; non-farmakolojik bir yöntemdir, ücretsiz ve öğrenmesi kolaydır, iğne kullanılmadığından acısız, ağrısız, güvenli, erişilebilir, ekonomik ve yan etkisi olmayan bir uygulamadır. En önemlisi, hastalara bütünsel kendi kendine tedaviye girmelerini sağlamak için kolayca öğretilir^{32,103}.

Hemşire ve hasta ilişkisinin gelişmesine imkan sunar. Uygun eğitim verildiğinde, ucuz ve etkili farmakolojik olmayan bu uygulama hemşirelik uygulamalarına kolayca katılabilir³¹. Birçok araştırma sonucuna göre, akupresur uygulanabilir bir hemşirelik girişimi olarak kabul edilmektedir^{32,83,101,104}.

Tamamlayıcı terapilerin dünya çapında yayınlılığı artmaktadır. Bazı ülkeler yasal düzenlemeler yaparak tamamlayıcı terapilerin kimler tarafından ve hangi şartlarda uygulanması gerektiğine açıklık getirmiştir. Çin’de sertifikası olan hemşirelerin uygulayabileceği belirtilirken her yıl sınav ile sertifika yenilenmesi şartı bulunmaktadır. Kanada, Belçika, Almanya, Portekiz, Danimarka, Hollanda, Yunanistan, Lüksemburg ve Birleşik Krallık’ta hemşireler ilgili alanın gerektirdiği kurs, eğitim ve sertifika aldıktan sonra tamamlayıcı terapileri uygulayabilmektedirler. Bulgaristan bu konuda iki yıllık eğitimi şart koşturmaktadır. Tayland’da ise tamamlayıcı terapiler enstitüsü olup, burada üç yıllık eğitimi tamamlayan hemşire ve ebeler uygulama yapabilmektedir. Amerika’da tamamlayıcı terapiler hemşirelik ve tıp eğitimine dahil edilmiş ve burada da teorik ve klinik uygulamalı eğitimler sonucu sertifikasını alan hemşireler uygulama yapabilmektedir. İspanya ‘da ise ilgili alanda eğitimi olanlar bir hekim gözetiminde uygulama yapabilmektedir¹⁰⁵. Ülkemizde de 2014 yılında Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları yönetmeliği yürürlüğe girmiş ve bu konuda “Tabip ve dış tabibi olmayan uygulama alanında temel eğitimi bulunan sağlık meslek mensupları sertifikalı tabip ve dış tabiplerinin gözetimi ve denetimi altında uygulamalara katılırlar.” ibaresi bulunmaktadır⁸⁰. Maalesef bu ibare ile hemşirelerin bu alanda bağımsız uygulama yapmaları sınırlandırılmıştır. Ayrıca bu alanda yapılacak araştırmaların düzenlenmesi için 2019 yılında yayınlanan “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik” te “Sorumlu araştırmacı: Uzmanlık veya doktora eğitimini tamamlamış olup, araştırmanın yürütülmesinden sorumlu olan hekim veya dış hekimi” ibaresi yer almaktadır. Bu ifade de hemşirelerin bu alanda yapabilecekleri araştırmaları sınırlandırmakta bir başka meslek grubuna bağımlı kılmaktadır. Aynı yönetmelikte “Madde 30-(1) Genel Müdürlük, Yönetmelik kapsamındaki araştırmaların iyi klinik uygulamaları ve klinik araştırmaları konularında eğitim almış nitelikli sorumlu araştırmacı veya araştırmacı, sağlık personeli ve bu alanda çalışan diğer kişilerin yetiştirilmesi amacıyla kurslar veya seminerler düzenleyebilir ya da Genel Müdürlük tarafından yayınlanacak kılavuz gereğince düzenlemek isteyen kurum ya da kuruluşlara düzenleme yetkisi verir.” ibaresi yer almakta bu alanda diğer sağlık personelinin de eğitim alabileceğine vurgu yapılmaktadır¹⁰⁶. Hasta bakımında primer etkin görev alan ve birçok bağımsız rol ve sorumluluğu bulunan profesyonel bir meslek grubu olan hemşirelerin gerekli eğitim, kurs ve sertifikasyon sonrası bu uygulamaları bağımsız olarak yapabilmelerinin yönetmeliklerle sınırlandırılmış olması oldukça düşündürücüdür.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma sezaryen sonrası uygulanan akupresurun gastrointestinal motiliteye etkisinin belirlenmesi amacıyla prospektif, randomize kontrollü ve deneysel araştırma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H0: Sezaryen sonrası uygulanan akupresurun bağırsak sesi sayısı, gaz çıkış ve defekasyon süresi üzerine etkisi yoktur.

H1: Sezaryen sonrası akupresur uygulanan kadınlarda postoperatif 4. saat bağırsak sesi sayısı, uygulanmayan kadınlardan daha yüksektir.

H2: Sezaryen sonrası akupresur uygulanan kadınlarda postoperatif 8. saat bağırsak sesi sayısı, uygulanmayan kadınlardan daha yüksektir.

H3: Sezaryen sonrası akupresur uygulanan kadınlarda postoperatif 12. saat bağırsak sesi sayısı, uygulanmayan kadınlardan daha yüksektir.

H4: Sezaryen sonrası akupresur uygulanan kadınlarda postoperatif gaz çıkış süresi, uygulanmayan kadınlardan daha kısadır.

H5: Sezaryen sonrası akupresur uygulanan kadınlarda postoperatif defekasyon süresi, uygulanmayan kadınlardan daha kısadır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın verileri Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi “Kadın Hastalıkları ve Doğum” kliniğinde toplanmıştır. Jinekolojik ve obstetrik hastaların tedavi ve bakımlarının yürütüldüğü klinikte, beş adet tek kişilik, yedi adet çift kişilik odada olmak üzere toplam 19 yatak bulunmaktadır. Genellikle iki vardiya olarak çalışılan klinikte 08-16 vardiyasında üç, 16-08 vardiyasında iki hemşire görev almaktadır.

Klinikte sezaryan öncesi ve sonrası standart bir bakım prosedürü uygulanmaktadır. Elektif sezaryen öncesi, gebeler operasyondan önce polikliniğe başvurarak rutin kan tetkiki ve anestezi konsültasyonu yaptırmaktadır. Bu süreçte gebeler operasyondan en az 6-8 saat önce aç kalmaları konusunda bilgilendirilerek, oral sıvı ve gıda almamaları

istenmektedir. Operasyon gününün sabahı servise yatışları yapılan gebelere 1000 ml intra venöz (IV) mayi başlanarak sıvı elektrolit dengesinin sürdürülmesi desteklenmektedir. Operasyon öncesi lavman uygulanmamaktadır. Sezaryen sonrası dönemde ise 2000 ml IV sıvı ile birlikte, uterotonik (40 ünite oksitosin), analjezik (diklofenak sodyum, 100 mg aldolan) ve birinci kuşak sefalosporin tedavisi uygulanmaktadır. Postoperatif dönemde bağırsak motilitesinin desteklenmesi amacıyla altıncı saatin sonunda rejim iki diyeti ile oral alımı başlatılarak, mobilizasyon sağlanmaktadır. Altıncı saatin sonundaki ilk mobilizasyon hasta odasında, yatak çevresinde ortalama beş dakika yavaş yürüyüş şeklinde yaptırılmaktadır. Mobilizasyon sonrası yatağına alınan kadına mobilizasyonun önemi anlatılarak, mobilizasyon esnasında dikkat etmesi gereken noktalar vurgulanarak, sık sık mobilize olması ve giderek yürüyüş sürelerini uzatması istenmektedir. Bu süreçte gaz ve gaita çıkışı sözel olarak sorularak takip edilmekte, gaita çıkışı gerçekleşene kadar rejim iki diyet uygulamasına devam edilmektedir. Klinikte rutin uygulamada bağırsak sesi sayımı yapılmamaktadır. Anne ve bebek, kadında gaz çıkışı gerçekleştikten sonra ve herhangi bir anormal bulgu yoksa 48. saatin sonunda taburcu edilmektedir.

3.4. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde sezaryen olan kadınlar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde güç analizi yöntemi kullanılmıştır. Güç analizinde benzer tasarıma sahip olan Akalpler'in çalışması referans alınmıştır²⁷. Akalpler'in çalışmasına göre kontrol grubunun gaz çıkarma zamanı 26.33 ± 7.54 saat baz alındığında 0.05 güven aralığı %80 güç %20 fark öngörüldüğünde her bir gruba 27 katılımcının alınması hesaplanmıştır.

Araştırma süresince kadınların gruplardan ayrılma ve veri kaybı olasılığı göz önüne alınarak, istatistiksel gücün olumsuz etkilenmemesi amacıyla gruplardaki kadın sayısının en az 30 olmasına karar verilmiştir.

Randomizasyonu sağlamak için, örnekleme alınan gebe kadınlar müdahale ve kontrol gruplarına kura yöntemi ile alınmıştır.

3.5. Örneklem Seçim Kriterleri

Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- 36-42. gebelik haftasında olan,
- Elektif sezaryen için kliniğe yatışı yapılan,
- İletişim kurmayı engelleyecek herhangi bir sorunu (dil, işitme, konuşma, mental hastalık) olmayan,
- Sezaryen sonrası mobilize olmasını engelleyecek fiziksel bir sorunu olmayan ve
- Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden kadınlar araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırma dışı tutulma kriterleri

- 18 yaşından küçük, 45 yaşından büyük olan,
- Akupresur bası bölgesinde herhangi bir rahatsızlığı olan,
- Kronik konstüpe olan,
- Sezaryen sonrası rutin farmakolojik uygulamalar dışında ilaç, IV mayi, kan transfüzyonu uygulaması yapılan ve
- Acil sezaryene alınan kadınlar araştırma dışı bırakılmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında kişisel bilgi formu (Ek 2) ve bağırsak motilitesi takip formu (Ek 3) kullanılmıştır.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek oluşturulmuştur^{25,27,40,46}.

Formda katılımcıların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini, cerrahi öykülerini ve bağırsak alışkanlıklarını sorgulayan 18 soru yer almaktadır. Formun anlaşılabilirliğini değerlendirilmek amacıyla klinikte yatan ve araştırmaya dahil edilmeyen 10 kadına ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası formun anlaşılır olduğu tespit edilerek formda herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Formun uygulanması 5-7 dakika sürmektedir.

3.6.2. Bağırsak Motilitesi Takip Formu

Bağırsak motilitesi takip formu tablo şeklinde hazırlanmış olup, formda postoperatif 4., 8. ve 12. saatte, akupresur uygulama öncesi ve sonrası bağırsak sesi sayısının ve gaz, gaita çıkış zamanının kayıt edildiği alanlar bulunmaktadır. Form araştırmacı, gözlemci, müdahale ve kontrol grupları için ayrı ayrı düzenlenmiştir.

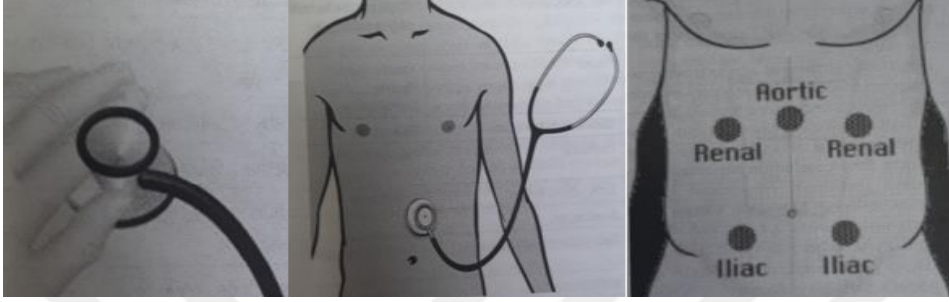
3.7. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın verileri Mayıs 2019 - Kasım 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Elektif sezaryen planlanarak kadın doğum servisine yatışı yapılan ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan kadınlara, yatış işlemleri tamamlandıktan sonra odalarında, araştırma hakkında bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır (Ek 1). Onam sonrası kadınlara kişisel bilgi formu uygulanmıştır. Formun doldurulmasından sonra kadınlar sezaryene alınana kadar ve operasyon sürecinde kurumun protokolü doğrultusunda takip edilmiştir. Araştırmanın yapıldığı kurum (Ek 4) ve etik kuruldan (Ek 5) gerekli izinler alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce araştırmacı akupresur uygulama bilgi ve becerisini geliştirmek için 16 saatlik teorik ve uygulamalı akupresur (CPD-1) eğitimini tamamlamıştır (Ek 6).

Tıbbi araştırmalarda karşılaşılabilecek yanlılık (bias) kaynaklarından olan seçime bağlı taraf tutmayı (selection bias) önlemek amacıyla¹⁰⁷ kadınların hangi gruba (müdahale ya da kontrol) dahil edileceği kura çekilerek belirlenmiştir. Bilgi toplamaya/ölçüme bağlı taraf tutmayı (information bias) önlemek amacıyla da bağırsak seslerinin sayılması her iki grupta da araştırmacı ve bir gözlemci tarafından ayrı ayrı değerlendirilerek kayıt edilmiştir. Gözlemci, araştırma ve araştırmacı ile ilgili hiçbir çıkar ilişkisi bulunmayan, klinikte aktif olarak çalışan lisans mezunu bir hemşiredir. Yapılan analizde araştırmacının ve gözlemcinin bulguları arasında ileri düzeyde tutarlılık saptanmıştır (Tablo 4.3.1).

Postoperatif dönemde kontrol gurubu klinik prosedür doğrultusunda takip edilerek 4., 8. ve 12. saat bağırsak sesi sayılmıştır. Bağırsak sesleri sayılmadan önce işlem süresince kadınlar konuşmamaları gerektiği konusunda bilgilendirilmiştir. Daha sonra batın hayali olarak dört kadrana ayrılarak, çok işlevli bir steteskop avuç içinde ısıtılmış ve alt sol kadrandan başlanarak her bir kadrana yavaşça yerleştirilmiştir. Dört kadrana da birer dakika dinlenerek bağırsak sesleri sayılmıştır (Şekil 3.1). Araştırmacı ve gözlemci aynı teknikle ve aynı steteskobu kullanarak sayım yapmıştır. Kadınlar servise kabul işlemi

yapıldıktan ve gerekli formlar doldurulduktan sonra ilk gaz ve gaita çıkışı olduğunda bunu araştırmacıya bildirmesi konusunda bilgilendirilmiştir. Kadınların yanına her izlem için gidildiğinde ayrıca gaz ve gaita çıkışının olup olmadığı sözel olarak sorularak, gaz ve gaita çıkışı olduğunda araştırmacıya bildirmeleri tekrar hatırlatılmıştır. Kadınların bildirdiği gaz-gaita çıkış zamanı bağırsak motilitesi takip formuna kaydedilmiştir.



Şekil 3.1. Bağırsak seslerinin sayılması¹⁰⁸

Müdahale grubu ise sezaryen sonrası klinik prosedüre uygun olarak servise kabul edilmiş takip ve bakımı yapılmıştır. Bunun yanı sıra müdahale grubuna postoperatif 4., 8. ve 12. saatlerde her iki ekstremitede de LI4, LI11 ve ST36 noktalarına 15-20 dakika süre ile üç kez akupresür uygulanmıştır. Her akupresür uygulamasından önce ve uygulamadan on dakika sonra bağırsak sesleri sayılarak kayıt edilmiştir. Bağırsak sesleri sayılmadan önce işlem süresince kadınlar konuşmamaları gerektiği konusunda bilgilendirilmiştir. Daha sonra batın hayali olarak dört kadrana ayrılarak, çok işlevli bir steteskop avuç içinde ısıtılmış ve alt sol kadrandan başlanarak her bir kadrana yavaşça yerleştirilmiştir. Dört kadrana da birer dakika dinlenerek bağırsak sesleri sayılmıştır (Şekil 3.1). Araştırmacı ve gözlemci aynı teknikle ve aynı steteskobu kullanarak sayım yapmıştır. Kadınlar servise kabul işlemi yapıldıktan ve gerekli formlar doldurulduktan sonra ilk gaz ve gaita çıkışı olduğunda bunu araştırmacıya bildirmesi konusunda bilgilendirilmiştir. Kadınların yanına her izlem için gidildiğinde ayrıca gaz ve gaita çıkışının olup olmadığı sözel olarak sorularak, gaz ve gaita çıkışı olduğunda araştırmacıya bildirmeleri tekrar hatırlatılmıştır. Kadınların bildirdiği gaz-gaita çıkış zamanı bağırsak motilitesi takip formuna kaydedilmiştir.

Uygulama Ortamı

Uygulama kadın doğum servisindeki hastaların taburculuğa kadar takip edildiği kendi odalarında yapılmıştır. Çift kişilik odalarda bulunan kadınlar araştırmaya dahil edileceğinde aynı grupta (müdahale ya da kontrol grubu) olmasına özen gösterilmiştir.

Uygulama süresince odanın temiz, rahatsız etmeyecek derecede aydınlık ve mümkün olduğunca sessiz olmasına özen gösterilmiştir.

Uygulama Pozisyonu

Akupresur uygulaması için bireyin mahremiyeti dikkate alınarak rahat edebileceği en uygun pozisyon tercih edilmiştir. Öncelikle sırt üstü (supine) yatış pozisyonu tercih edilmiştir, sırtüstü pozisyonunda rahat edemeyenler için alternatif olarak oturuş pozisyonunda akupresur uygulanmıştır.

Uygulama Protokolü /Prensipleri

- 1.Kadına yapılacak uygulama açıklanmıştır.
- 2.Kadının dokunmaya karşı psikolojik rahatlık/rahatsızlık düzeyi belirlenmiştir.
- 3.Bası noktalarına belli bir sıra dahilinde çalışılmıştır (Sırayla; LI4, LI11 ve ST36).
- 4.Uygun görülen bası şiddeti ve süresine özen gösterilmiştir.
- 5.Doku hasarlarına sebebiyet vermemek için kadınların tepkilerinin birbirinden farklı olacağı göz önüne alınarak sertlik ve basınç bireyin duyarlılığına (ağrı eşiği) göre ayarlanmıştır.
- 6.İşlem süresince kadın ile iletişim sürdürülmüştür.

Uygulama Zamanı, Sayısı/sıklığı

Kadınlara postoperatif 4., 8. ve 12. saatlerde olmak üzere üç kez akupresur uygulaması yapılmıştır. Operasyon sonrası anestezinin etkisinin azalmaya başladığı 4. saat, literatürde tok mide ile uygulama önerilmediği³⁶ için oral alım açıldıktan iki saat sonra yani postoperatif 8. saat ve 12. saatte uygulama yapılmıştır. Literatürde de cerrahi işlem sonrası benzer zamanlar da uygulama yapıldığı belirtilmektedir^{41,46,48}.

Uygulama Tekniği

Basılar manuel olarak uygulanmıştır. Bunun için başparmak, işaret ve/veya orta parmak kullanılmıştır. Nokta üzerine direkt bası yapmadan önce, nokta alanı üzerinde ısıtıcı, gevşetici ve hazırlayıcı nitelikte yaklaşık 20 saniyelik hafif ovma yapılmıştır. Bası yapılacak her nokta üzerinde ortalama iki dakika sürecek şekilde parmak kaldırılmadan ardışık (nefes ritminde) basılar tekrarlanıp, tekrarlı basıların kişiyi rahatsız etmeyen, acı uyandırmayan ve sakinleştirici etkisi olan bir frekansta olmasına dikkat edilmiştir.

Uygulama Noktaları

Bu çalışmada gastrointestinal sistem ile ilişkili, kalın bağırsak meridyeni 4. nokta, (LI4), kalın bağırsak meridyeni 11. nokta (LI11) ve mide meridyeni 36. nokta (ST36) olmak üzere toplam üç noktaya her iki ekstremitede de akupresur uygulanmıştır. Uygulama noktalarının belirlenmesinde literatürdeki benzer çalışmalar değerlendirilmiş^{46,48,100} ve uzman görüşü alınmıştır.* Belirlenen noktalara ilişkin ayrıntılı bilgi aşağıda yer almaktadır.

1. Kalın Bağırsak Meridyeni 4. nokta (Hegu/LI4)

Lokasyon: Başparmak ve işaret parmağı arasındaki boşlukta/ elin dorsumunda, 1. ve 2. metakarp kemikleri arasında, radyal tarafta 2. metakarpal kemiğin ortasında yer alır.

Uygulama Tekniği: Sağ ve sol el olmak üzere her iki noktaya ayrı ayrı uygulama yapılır.



Şekil 3.2. Kalın Bağırsak Meridyeni 4. nokta - Hegu/LI4^{109,110,111}

2. Kalın Bağırsak Meridyeni 11. nokta (Quchi/LI11)

Lokasyon: Dirsek bükülü pozisyonda iken kıvrımın en sonunda yer alır.

Uygulama Tekniği: Noktaya başparmak/orta parmak ile 1,5 dakika boyunca dairesel basılar yapılır. Sağ ve sol dirsek olmak üzere her iki noktaya ayrı ayrı çalışılır.



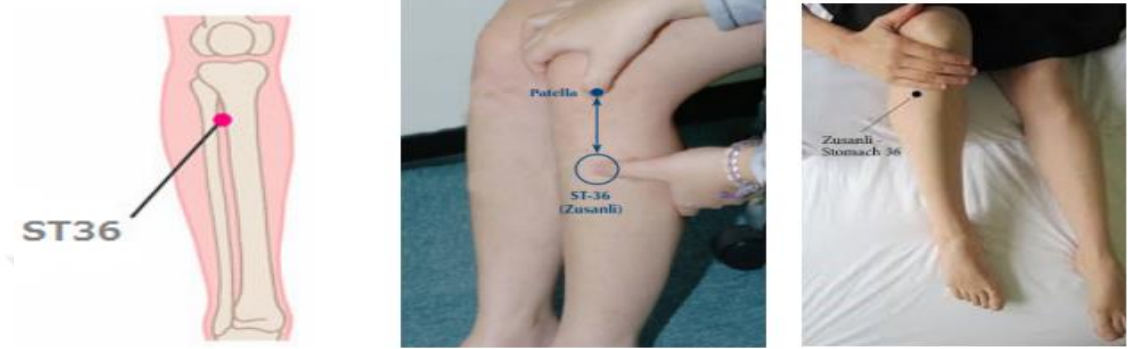
Şekil 3.3. Kalın Bağırsak Meridyeni 11. nokta - Quchi/LI11^{109,110,112}

*Öğr. Gör. Nihat Ayçeman, Akdeniz Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi Spor Sağlık Bilimleri Anabilim Dalı.

3. Mide Meridyeni 36. nokta (Susanli/ST36)

Lokasyon: Alt bacağın ön yüzünde, patella alt ucundan veya ST 35'in 3 cm altında tibianın dış yan tarafında bir parmak genişliği (orta parmak) kadar açıkta yer alır.

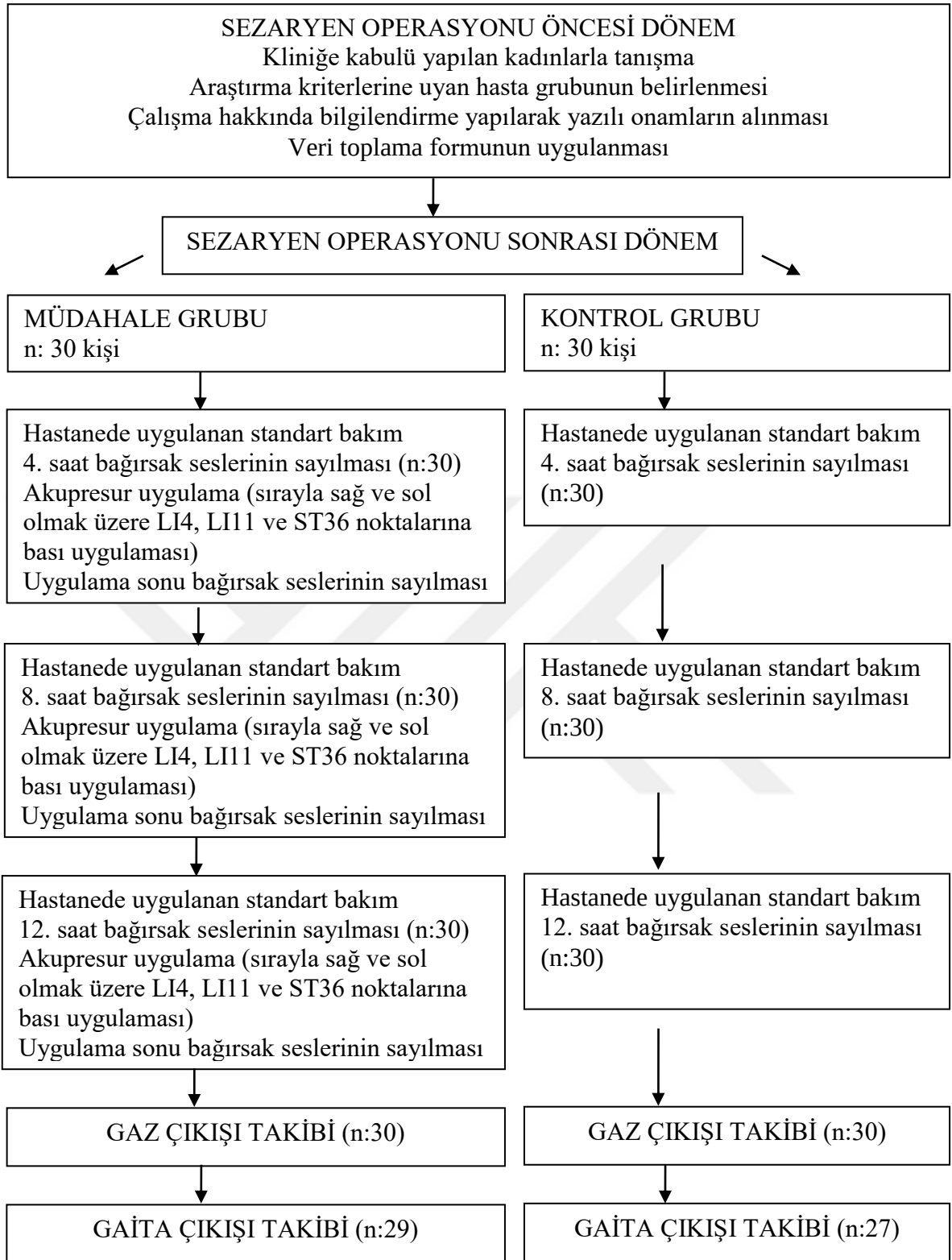
Uygulama Tekniği: Noktaya başparmak/orta parmak ile iki dakika boyunca dairesel veya meridyen hattı boyunca/yukarı aşağı basılar yapılır.



Şekil 3.4. Mide Meridyeni 36. nokta - Susanli/ST36^{40,110,113}

Uygulama Süresi

Her katılımcı için uygulama 15-20 dakika sürmüştür. Uygulamada kadınla selamlaşma ve uygun pozisyon verme 2-3 dakika, belirlenen noktaların her birine 20 saniyelik hazırlık (nokta üzerinde ısıtıcı, gevşetici ve hazırlayıcı nitelikte gerginlik ve doku hassasiyetini azaltmak için hafif ovma) uygulaması ($20 \times 6 = 120$ sn) 2 dk. ve her noktaya 2 dakikalık akupresur uygulaması ($2 \times 6 = 12$ dk.) 12 dk zaman almıştır.



Şekil 3.5. Araştırma uygulama şeması

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın uygulanabilmesi için Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden kurum izni (Ek 4) ve Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu'ndan (Karar No:2019/61, Tarih:18.03.2019) gerekli izinler (Ek 5) alınmıştır .

Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan kadınlardan araştırmanın amacı ve uygulama basamakları, elde edilen bilgilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı ve istediği anda çalışmadan ayrılabilceği; araştırmaya katıldığı anda uyması gerektiği bazı sorumluluklar hakkında bilgiler verilerek, araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan yazılı onam alınmıştır (Ek 1). Veri toplama aşaması bittikten sonra, kontrol grubundan isteyen kadınlara da akupresur uygulaması gösterilmiştir.

3.9. Verilerin Analizi

Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk basıklık ve çarpık değerleri esas alınarak incelenmiştir. Gruplara göre kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare ve Fisher's Exact testleri kullanılmıştır. Gruplara göre normal dağılan verilerin karşılaştırılmasında Bağımsız iki örnek t testi kullanılmıştır. Uygulama öncesi ve sonrası bağırsak seslerinin karşılaştırılmasında Eşli iki örnek t testi kullanılmıştır. Grup içi üç ve üzeri zamana göre normal dağılan verilerin karşılaştırılmasında tekrarlı varyans analizi kullanılmıştır. Araştırmacı ve gözlemci arasındaki uyumun incelenmesinde Sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) kullanılmıştır. Önem düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri

Sınırlılıklar: Bu araştırmanın sonuçları Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Doğum Sevisinde elektif sezaryen olan kadınlarla sınırlıdır, genellenemez. Postoperatif dönemde kadınların mobilizasyon sayısının değerlendirmeye dahil edilmemesi araştırmanın sınırlılıklarındandır.

Güçlü Yönler: Müdahale ve kontrol grubunun kura ile belirlenerek randomizasyonun sağlanması, randomize kontrollü deneysel bir çalışma olması, üç akupresur noktasının (LI4, LI11 ve ST36) kullanılması ve uygulama sonrası 4., 8. ve 12. saatlerde bağırsak seslerinin tekrarlı sayılarak uygulamanın etkinliğinin zaman açısından değerlendirilmesi ve bağırsak sesi sayımının bir gözlemci tarafından da değerlendirilmesi araştırmanın güçlü yönleridir.

3.11. Araştırmanın Değişkenleri

-Bağımsız değişkenler; kadınların sosyodemografik, obstetrik, cerrahi özellikleri ve akupresur uygulaması bağımsız değişkenlerdir.

-Bağımlı değişkenler; postoperatif 4., 8. ve 12. saat bağırsak sesi sayısı, gaz ve gaita çıkış zamanı bağımlı değişkenlerdir.



4. BULGULAR

Bu bölümde, sezaryen sonrası uygulanan akupresurun gastrointestinal motiliteye etkisini belirlemek amacıyla prospektif, randomize kontrollü, deneysel tasarımda yapılan araştırmadan elde edilen bulgular;

4.1. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik, obstetrik ve cerrahi özelliklerine ilişkin bulgular,

4.2. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bağırsak alışkanlıklarına ilişkin bulgular,

4.3. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların sezaryen sonrası bağırsak motilitesine ilişkin bulgular olarak üç başlık altında verilmiştir.

4.1. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sosyo-Demografik, Obstetrik ve Cerrahi Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1 Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre karşılaştırılması

Değişkenler	Müdahale n=30				Kontrol n=30				Test istatistiği; p
Yaş	Ort.	SS.	Min.	Max.	Ort.	SS.	Min.	Max.	
	32,07	5,65	20	44	29,90	4,93	21	43	1,583*; 0,119
	Sayı		%		Sayı		%		
Eğitim durumu									
İlköğretim	12		40,0		18		60,0		
Lise	8		26,7		6		20,0		2,486**; 0,289
Üniversite	10		33,3		6		20,0		
Algılanan Gelir Durumu									
Orta	1		3,3		3		10,0		
İyi	19		63,3		17		56,7		1,111**; 0,574
Çok iyi	10		33,3		10		33,3		
Sigara kullanım Durumu									
Kullanıyor	4		13,3		5		16,7		***; 1,000
Kullanmıyor	26		86,7		25		83,3		
Çalışma Durumu									
Çalışan	7		23,3		9		30,0		1,109**; 0,574
Çalışmayan	23		76,7		21		70,0		

*Bağımsız iki örnek t test istatistiği, **Ki-kare test istatistiği (χ^2), ***Fisher's Exact test istatistiği

Tablo 4.1.1’de müdahale ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik özellikler yönünden karşılaştırılmalarına ilişkin bulgular verilmiştir. Müdahale grubundaki kadınların yaş ortalaması $32,07 \pm 5,65$, kontrol grubundakilerin $29,90 \pm 4,93$ ’tür ($t=1,583$; $p=0,119$). Eğitim durumu incelendiğinde müdahale grubunun %40,0’ı, kontrol grubunun %60,0’ı ilkokul mezunu olup ($\chi^2=2,486$; $p=0,289$), müdahale grubundaki kadınların %63,3’ü kontrol grubundakilerin de %56,7’si algılanan gelir durumunu “iyi” olarak ifade etmiştir ($\chi^2=1,111$; $p=0,574$). Çalışma durumu açısından karşılaştırıldığında müdahale grubunun %76,7’si çalışmayan iken kontrol grubunun %70,0’ı çalışmayandır ($\chi^2=1,109$; $p=0,574$). Müdahale grubundaki kadınların %86,7’sinin, kontrol grubundakilerin ise %83,3’ünün sigara kullanmadığı saptanmıştır ($F=1,000^F$). Gruplar yaş ortalaması, eğitim durumu, algılanan gelir durumu, sigara kullanım durumu ve çalışma durumu bakımından benzerdir ($p>0,05$).

Tablo 4.1.2. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların obstetrik ve cerrahi özellikler yönünden karşılaştırılması

Değişkenler	Müdahale n=30				Kontrol n=30				Test istatistiği; p
	Ort.	SS.	Min	Max.	Ort.	SS.	Min	Max	
Gebelik haftası	38,27	1,38	36	41	38,17	1,26	35	41	-0,292*; 0,771
Ameliyat süresi	43,77	10,38	20	65	48,00	16,90	27	84	1,169*; 0,247
	Sayı		%		Sayı		%		
Toplam gebelik sayısı									
1-3	25		83,3		21		70,0		1,491**, 0,222
4-6	5		16,7		9		30,0		
Doğum sayısı									
1	6		20,0		9		30,0		1,029**, 0,598
2	12		40,0		12		40,0		
3 ve üzeri	12		40,0		9		30,0		
Düşük sayısı									
Yok	19		63,3		18		60,0		1,080**, 0,583
1	10		33,3		9		30,0		
2 ve üzeri	1		3,3		3		10,0		
Küretaj sayısı									
Yok	29		96,7		28		93,3		***;1,000
1	1		3,3		2		6,7		
Yaşayan çocuk sayısı									
1	6		20,0		9		30,0		1,029**, 0,598
2	12		40,0		12		40,0		
3 ve üzeri	12		40,0		9		30,0		
Önceki doğum şekli									
Yok/ilk gebelik	6		20,0		9		30,0		1,200**, 0,549
Sezaryen	22		73,3		18		60,0		
Vajinal	2		6,7		3		10,0		
Sezaryen sayısı									
Yok	8		26,7		12		40,0		1,259**, 0,739
1	12		40,0		10		33,3		
2	7		23,3		6		20,0		
3	3		10,0		2		6,7		
Son sezaryen nedeni ****									
Fetal nedenler	4		13,3		4		13,3		1,038**, 0,595
Maternal nedenler	22		73,3		19		63,3		
Travaya ait nedenler	4		13,3		7		23,3		
Anestezi şekli									
Genel Anestezi	5		16,7		4		13,3		***;1,000
Spinal Anestezi	25		83,3		26		86,7		
Batın cerrahisi öyküsü									
Yok	30		100,0		25		83,3		***;0,052
Var*****	0		0,0		5		16,7		

*Bağımsız iki örnek t test istatistiği, **Ki-kare test istatistiği (χ^2), ***Fisher's Exact test istatistiği, ****Fetal nedenler: fetal sıkıntı, ikiz gebelik, makat geliş, erken membran rüptürü; Maternal nedenler: geçirilmiş sezaryen, boy kısalığı; Travaya ait nedenler: fetal makrozomi, baş-pelvis uyumsuzluğu, uzamış eylem, *****Kasık fıtığı, kolesistektomi, mide ameliyatı, apendektomi ve kasık fıtığı ameliyatı olanlar.

Tablo 4.1.2’de müdahale ve kontrol grubundaki kadınlar obstetrik ve cerrahi özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Kadınların gebelik haftası ortalaması müdahale grubunda 38,27 hafta olup, kontrol grubunda 38,17 haftadır. Gruplar gebelik haftası bakımından benzerdir ($t=0,292$; $p=0,771$). Müdahale grubunda kadınların %83,3’ünün toplam gebelik sayısı 1-3 iken bu oran kontrol grubunda %70,0 olarak saptanmıştır. Her iki grupta da kadınların %40,0’ının iki doğum yaptığı belirlenmiştir. Düşük sayısı açısından müdahale grubunun %63,3’ünün düşük öyküsü yok iken bu oran kontrol grubunda %60,0 olarak saptanmıştır. Ayrıca küretaj sayısı açısından müdahale grubunun %96,7’sinin küretaj öyküsü yok iken bu oran kontrol grubunda %93,3 olarak saptanmıştır. Her iki grupta da kadınların %40,0’ının yaşayan çocuk sayısı iki olarak belirlenmiştir. Doğum şekli açısından müdahale grubunun %20’sinin ilk gebeliği, %6,7’sinin vajinal doğumu, %73,3’ünün sezaryen geçmişinin olduğu, kontrol grubunun %30,0’unun ilk gebeliği, %10,0’ının vajinal doğumu, %60’ının ise sezaryen geçmişi olduğu saptanmıştır. Gruplar toplam gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük sayısı, küretaj sayısı, yaşayan çocuk sayısı ve önceki doğum şekli bakımından benzerdir ($p>0,05$).

Müdahale grubunun %40,0’ının, kontrol grubunun %33,3’ünün daha önce bir sezaryen olduğu saptanmıştır. Müdahale grubunda batin ameliyatı öyküsü olan kadın yok iken kontrol grubunun %16,7’sinin daha önce batin ameliyatı geçirdiği belirlenmiştir. Grupların sezaryen sayısı ve batin cerrahisi geçirmiş olma bakımından benzerdir ($p>0,05$).

Son sezaryen endikasyonu açısından müdahale grubunun %13,3’ünün fetal nedenler, %73,3’ünün maternal nedenler, %13,3’ünün travaya ait nedenler sonucu, kontrol grubunun ise %13,3’ünün fetal nedenler, %63,3’ünün maternal nedenler, %23,3’ünün travaya ait nedenler sonucu sezaryen olduğu belirlenmiştir. Gruplar son sezaryen endikasyonu bakımından benzerdir ($p>0,05$).

Anestezi şekli açısından incelendiğinde müdahale grubunun %83,3’ünün, kontrol grubunun da %86,7’sinin spinal anestezi olarak sezaryen olduğu saptanmıştır. Müdahale grubunun ameliyat süresi ortalaması $43,77 \pm 10,38$ dakika iken, kontrol grubunun $48,00 \pm 16,90$ dakika olduğu saptanmıştır. Gruplar anestezi şekli ve ameliyat süresi bakımından benzerdir ($p>0,05$).

4.2. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bağırsak Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.2.1 Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların defekasyon alışkanlığı ve konstüpsiyon yaşama durumu yönünden karşılaştırılması

	Müdahale n=30		Kontrol n=30		Test istatistiği; p
	Sayı	%	Sayı	%	
Gebelik öncesi defekasyon sıklığı					
Her gün	22	73,3	27	90,0	2,783*; 0,095
İki günde bir	8	26,7	3	10,0	
Gebelik süresince defekasyon sıklığı					
Her gün	20	66,7	22	73,3	0,317*; 0,573
İki günde bir	10	33,3	8	26,7	
Gebelikte konstüpsiyon yaşama durumu					
Yok	18	60,0	18	60,0	0,0*; 1,000
Var	12	40,0	12	40,0	
Gebelikte konstüpsiyon zamanı n=12**					
1.trimester	3	25,0	3	25,0	0,0*; 1,000
2.trimester	2	16,7	2	16,7	
3.trimester	5	41,7	5	41,7	
Gebelik süresi boyunca aralıklı	2	16,7	2	16,7	
Konstüpsiyon için yapılanlar n=12***					
Sıvı tüketimini arttırmak	8	66,7	11	91,7	11,795*; 0,067
Lifli gıdalar tüketmek	7	58,3	4	33,3	
Yürüyüş yapmak	2	16,7	5	41,7	
İlaç içmek	1	8,3	2	16,7	
Bir şey yapmamak	2	16,7	0	0	
Diğer****	1	8,3	4	33,3	

*Ki-kare test istatistiği (χ^2)

**Gebelikte konstüpsiyon zamanı gebelikte konstüpsiyon yaşayan kişi sayısı kadardır.

***Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

**** (yoğurt yemek, ekmek yememek, sigara içmek)

Tablo 4.2.1’de müdahale ve kontrol grubunun defekasyon sıklığı, konstüpsiyon yaşama durumuna ilişkin özelliklerinin karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Gebelik öncesi dönemde müdahale grubundaki kadınların %73,3’ünün, kontrol grubundaki kadınların %90’ının her gün defekasyona çıkarken, gebelik süresince müdahale grubundaki kadınların %66,7’sinin, kontrol grubundaki kadınların ise %60’ının hergün defekasyona çıktığı bulunmuştur. Her iki grupta da kadınların %40’ının gebeliğinde konstüpsiyon sorunu yaşadığı, her iki grupta da kadınların dörtte biri 1. trimesterde bu sorunu yaşarken, %41,7’sinin 3. trimesterde konstüpsiyon sorunu yaşadığı belirlenmiştir. Konstüpsiyon sorununu çözmek yaptıkları sorulduğunda, verilen cevaplarda ilk üç

sırayı, müdahale ve kontrol grubunda sırayla sıvı tüketimini arttırmak (%66,7'ye karşı %91,7), lifli gıdalar tüketmek (%58,3'e karşı %33,3) ve yürüyüş yapmak (%16,7'ye karşı %41,7) yer almaktadır. Gruplar defekasyon sıklığı, gebelikte konstüpsiyon varlığı, konstüpsiyon zamanı ve sorunu çözmek için yapılanlar bakımından benzer bulunmuştur ($p>0,05$).

4.3. Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Sezaryen Sonrası Bağırsak Motilitesine İlişkin Bulgular

Tablo 4.3.1 Farklı zamanlarda ölçülen bağırsak sesi skorlarının gözlemciler arasındaki uyumunun değerlendirilmesi

Zaman	Uygulama	ICC (%95 CI)	p
4. Saat	Uygulama öncesi	0,957 (0,929 - 0,975)	0,000
	Uygulama sonrası	0,95 (0,896 - 0,976)	0,000
8. Saat	Uygulama öncesi	0,965 (0,941 - 0,979)	0,000
	Uygulama sonrası	0,975 (0,948 - 0,988)	0,000
12. Saat	Uygulama öncesi	0,954 (0,923 - 0,972)	0,000
	Uygulama sonrası	0,909 (0,808 - 0,956)	0,000

ICC: Sınıf içi korelasyon katsayısı

Tablo 4.3.1'de farklı zamanlarda alınan bağırsak sesi sayısının araştırmacı ve gözlemci ölçümleri arasındaki uyumun değerlendirilmesi bulunmaktadır. Postopereatif 4., 8. ve 12. saat bağırsak sesi ölçümlerinin gözlemci ve araştırmacı arasındaki ICC değerleri 0,90 ile 0,98 arasında elde edilmiştir. ICC değerlerine göre farklı zamanlarda ve uygulamalarda ölçülen bağırsak sesi skorlarının araştırmacı ve gözlemci arasında çok iyi düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir uyum vardır ($p<0,001$).

Tablo 4.3.2. Müdahale grubunda akupresür uygulama öncesi ve sonrası bağırsak sesi sayısının karşılaştırılması

	Uygulama öncesi				Uygulama sonrası				Test istatistiği; p
	Ort.	SS.	Min.	Max.	Ort.	SS.	Min.	Max.	
4. saat	3,07 ^a	1,71	0,00	8,00	3,92 ^a	1,78	1,50	9,00	-5,277*; <0,001
8. saat	5,35 ^b	1,72	2,00	10,50	6,25 ^b	2,11	2,50	13,00	-4,955*; <0,001
12. saat	8,27 ^c	1,65	5,00	11,50	9,08 ^c	1,87	5,50	13,50	-4,795*; <0,001
Test istatistiği; p	124,785**; <0,001				130,541**; <0,001				

*Eşli iki örnek t test istatistiği, **Tekrarlı varyans analizi test istatistiği, a-b-c: Aynı harfe sahip zamanlar arasında fark yoktur

Tablo 4.3.2'de müdahale grubunda akupresür uygulama öncesi ve sonrası bağırsak sesi sayısı karşılaştırılmıştır. Müdahale grubunda akupresür uygulama öncesi ve uygulama

sonrası 4. saat bağırsak sesi sayısı ortalamaları incelendiğinde uygulama öncesi $3,07 \pm 1,71$ iken uygulama sonrası $3,92 \pm 1,78$ olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$). Uygulama öncesi ve sonrası 8. saat bağırsak sesi ortalamaları incelendiğinde uygulama öncesi $5,35 \pm 1,72$ iken uygulama sonrası $6,25 \pm 2,11$ olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$). Uygulama öncesi ve sonrası 12. saat bağırsak sesi ortalamaları incelendiğinde uygulama öncesi $8,27 \pm 1,65$ iken uygulama sonrası $9,08 \pm 1,87$ olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$).

Tablo 4.3.3. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bağırsak sesi sayısı ortalamalarının karşılaştırılması

	Müdahale n=30				Kontrol n=30				Test istatistiği; P
	Ort.	SS.	Min.	Max.	Ort.	SS.	Min.	Max.	
4. saat	3,92	1,78	1,50	9,00	2,75	1,56	0,00	5,50	2,696*; 0,009
8. saat	6,25	2,11	2,50	13,00	4,97	1,84	1,00	9,00	2,510*; 0,015
12. saat	9,08	1,87	5,50	13,50	7,47	2,24	1,50	11,00	3,037*; 0,004

*Bağımsız iki örnek t test istatistiği

Tablo 4.3.3'te gruplar arasında postoperatif 4., 8. ve 12. saat bağırsak sesi sayısı ortalamalarının karşılaştırılması bulunmaktadır. Grupların 4. saat bağırsak sesi ortalamaları incelendiğinde müdahale grubunun $3,92 \pm 1,78$ iken kontrol grubunun $2,75 \pm 1,56$ olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p = 0,009$). Grupların 8. saat bağırsak sesi ortalamaları incelendiğinde müdahale grubunun $6,25 \pm 2,11$ iken kontrol grubunun $4,97 \pm 1,84$ olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p = 0,015$). Grupların 12. saat bağırsak sesi ortalamaları incelendiğinde müdahale grubunun $9,08 \pm 1,87$ iken kontrol grubunun $7,47 \pm 2,24$ olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p = 0,004$).

Tablo 4.3.4. Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların gaz ve gaita çıkış zamanlarının karşılaştırılması

	Müdahale n=30				Kontrol n=30				Test istatistiği; p
	Ort. Saat	SS.	Min	Max.	Ort. Saat	SS.	Min.	Max.	
Gaz çıkış	12,90	6,07	4,25	30,00	17,31	7,95	7,00	37,00	2,417*; 0,019
Gaita çıkış**	26,27	7,99	9,75	45,50	27,34	8,59	12,00	45,25	0,480*; 0,633

*Bağımsız iki örnek t test istatistiği

**(Müdahale grubu n=29, Kontrol grubu n=27)

Tablo 4.3.4'te müdahale ve kontrol grubunun gaz ve gaita çıkış zamanlarının karşılaştırılması bulunmaktadır. Grupların gaz çıkış zamanı incelendiğinde müdahale grubunun gaz çıkış zamanı $12,90 \pm 6,07$ saat iken kontrol grubunun $17,31 \pm 7,95$ saat olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,019$). Grupların gaita çıkış zamanı incelendiğinde ise müdahale grubunun gaita çıkış zamanı $26,27 \pm 7,99$ saat iken kontrol grubunun $27,34 \pm 8,59$ saat olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu araştırma sezaryen sonrası uygulanan akupresurun gastrointestinal motiliteye etkisini belirlenmek amacıyla prospektif, randomize kontrollü, deneysel tasarımda yapılan araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda dört bölümde tartışılmıştır.

1- Gruplarda bulunan kadınların sosyo-demografik, obstetrik, cerrahi girişim özellikleri ve bağırsak alışkanlıklarına ilişkin bulguların tartışılması

2- Gruplarda bulunan kadınların bağırsak sesi sayısı ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması

3- Gruplarda bulunan kadınların gaz çıkış zamanına ilişkin bulguların tartışılması

4- Gruplarda bulunan kadınların gaita çıkış zamanına ilişkin bulguların tartışılması

5.1. Gruplarda Bulunan Kadınların Sosyo-Demografik, Obstetrik, Cerrahi Girişim Özellikleri ve Bağırsak Alışkanlıklarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada yer alan müdahale ve kontrol grubundaki kadınlar sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim düzeyi, algılanan gelir durumu, sigara kullanım durumu ve çalışma durumu) yönünden karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı grupların benzer özellikte olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.1). Yine özellikle cerrahi sonrası bağırsak motilitesini etkileyebilecek obstetrik ve cerrahi girişim özellikleri (gebelik haftası, toplam gebelik sayısı, doğum, düşük, küretaj ve yaşayan çocuk sayısı, önceki doğum şekli, cerrahi öyküsü, sezaryen sayısı, operasyon süresi ve anestezi şekli) ile defekasyon sıklığı, gebelikte konstüpsiyon yaşama durumu ve zamanı yönünden karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ve benzer oldukları belirlenmiştir (Tablo 4.1.2, Tablo 4.2.1). Deneysel tasarımdaki araştırmalarda grupların benzer olması ve gruplar arası istatistiksel bir farklılık olmaması istenilen bir durumdur. Bu araştırmada da araştırma sonuçlarını etkileyebileceği düşünülen bazı özelliklerin benzer olduğu dikkat çekmektedir. Grupların homojen olması bağımlı değişkenlerin karşılaştırılabilmesi ve sonuçların güvenilirliği açısından önemlidir.

5.2. Gruplarda Bulunan Kadınların Bağırsak Sesi Sayısı Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada müdahale ve kontrol grubunun bağırsak sesi sayısı ortalamaları incelendiğinde;

- 4., 8. ve 12. saat bağırsak sesi sayısı ortalaması müdahale grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur ve tüm zamanlarda müdahale grubunun bağırsak sesi sayısı ortalamasının kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.3).

Ayrıca müdahale grubunda uygulama öncesi ve uygulama sonrası grup içi bağırsak sesi sayısı ortalamaları incelendiğinde;

- 4., 8. ve 12. saat bağırsak sesi sayısı ortalamasının uygulama sonrasında uygulama öncesine göre daha yüksek bulunmuştur ve müdahale grubunda uygulama sonrası bağırsak sesi sayısı ortalamasının, tüm zamanlarda uygulama öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.2).

Abadi ve ark. yaptığı randomize kontrollü çalışmada da bu çalışmada kullanılan iki noktaya (ST36 ve LI4) sezaryen sonrası 1. ve 4. saat akupresur uygulanmıştır. Çalışma sonucunda bağırsak seslerinin başlama süresi (6.2 ± 16 saate karşı 12.6 ± 2.4) akupresur uygulanan grupta istatistiksel olarak anlamlı derecede daha kısa bulunmuştur⁴⁶. Bakar ve ark. da spinal anestezi ile sezaryen olan kadınlarda ST36 noktasına akupresur uygulamış ve müdahale grubunda bağırsak hareketlerinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede fazla olduğunu belirlemiştir⁴⁸. Literatürde sezaryen sonrası akapuresur uygulama ve bağırsak seslerinin ilişkisini inceleyen başka çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan sınırlı sayıdaki çalışma bulguları bu araştırma sonuçlarıyla benzer bulunmuştur.

Bunun yanı sıra yapılan literatür taramasında sezaryenle benzer şekilde batin cerrahisi, akupuresur ve gastrointestinal motilite ilişkisinin incelendiği daha çok çalışmaya ulaşılmıştır. Chen ve ark. transabdominal histerektomi sonrası müdahale grubunda akupres uyguladıkları üç noktaya (PC6, ST36 ve SP6) kontrol grubunda sahte akupres uygulamış ve müdahale grubunda gastrointestinal motilitedeki artışın kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğunu saptamıştır³³. Liu ile Chao ve ark. kolorektal cerrahi sonrası ST36 noktasına akupres uygulamıştır. Her iki çalışmada da müdahale grubunda kontrol grubuna göre bağırsak hareketliliğinde hızlanma ve daha fazla

iyileşme olduğu belirlenmiştir^{39,40}. Karaman, laparoskopik kolesistektomi sonrası uygulanan akupresurun bağırsak hareketlerine etkisini incelediği çalışmada müdahale grubunda kontrol grubuna göre postoperatif bağırsak hareketi sıklık ortalamalarının, 2. saatte istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğunu, 3., 4. ve 24. saatlerde istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı olduğunu saptamıştır⁴¹. Araştırma sonuçları bu çalışmayı desteklemektedir.

Farklı durumlarda akupresur ve gastrointestinal motilite ilişkisini inceleyen çalışmalarda literatürde bulunmaktadır. Durmuş İskender, total diz artroplastisi yapılan hastalarda akupresur (ST25, CV12, TB6), abdominal masaj ve rutin bakımın konstüpsiyon gelişimi üzerine etkisini incelemiş ve akupresurun bağırsak seslerini arttırdığını saptamıştır⁴⁵. Chang ve ark. çalışmada; diyabetik gastroparezisi olan hastalarda ST36 noktasına elektriksel uyarı vererek yapılan akupresur sırasında ve sonrasında gastrointestinal aktivitenin uyarıldığı ve akupresur sırasında gastrointestinal hormonların salınımının artarak gastrointestinal hareketleri düzenlediğini belirtmektedir³⁷. Bu çalışmanın sonuçları ile akupresurun farklı gruplarda gastrointestinal motilite üzerine etkisini inceleyen araştırma sonuçları benzer ve tutarlıdır.

Bu çalışmada, müdahale grubunda bağırsak sesi sayısı ortalamaları kontrol grubuna göre postoperatif 4., 8. ve 12. saatte daha fazladır ($p<0,005$). Müdahale grubunda uygulama sonrası bağırsak sesi sayısı ortalaması uygulama öncesine göre daha fazladır ($p<0,005$). Literatür taramasında sezaryen, batın cerrahisi ve farklı durumlarda akupresur ve gastrointestinal motilite ilişkisini inceleyen çalışmalardan^{33,37,39,40,41,45,46,48} elde edilen sonuçlar bu çalışmadaki bulguları desteklemekte, H1 “Sezaryen sonrası akupresur uygulanan kadınlarda postoperatif 4. saat bağırsak sesi sayısı, uygulanmayan kadınlardan daha yüksektir”, H2 “Sezaryen sonrası akupresur uygulanan kadınlarda postoperatif 8. saat bağırsak sesi sayısı, uygulanmayan kadınlardan daha yüksektir” ve H3 “Sezaryen sonrası akupresur uygulanan kadınlarda postoperatif 12. saat bağırsak sesi sayısı, uygulanmayan kadınlardan daha yüksektir” hipotezlerini doğrulamaktadır.

5.3. Gruplarda Bulunan Kadınların Gaz Çıkış Zamanına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada postoperatif ilk gaz çıkış zamanının müdahale grubunda $12,90 \pm 6,07$ saat iken kontrol grubunda $17,31 \pm 7,95$ saat olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.3).

Abadi ve ark. yaptığı randomize kontrollü çalışmada da bu çalışmada kullanılan iki noktaya (ST36 ve LI4) sezaryen sonrası 1. ve 4. saat akupresur uygulanmıştır. Abadi ve arkadaşlarının çalışması sonucunda müdahale grubunda ilk gaz çıkış zamanı kontrol grubuna göre ($17,7 \pm 6$ saate karşı $25,75 \pm 9,1$ saat) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha kısadır. Bu çalışmada ilk gaz çıkış zamanı Abadi ve ark. çalışmasından daha kısa bulunmuştur. Bunun çalışmada üç farklı noktaya ve üç kez olmak üzere Abadi'nin çalışmasından daha fazla akupresur uygulanmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir⁴⁶. Kanza Gül ve Şolt Kırca spinal anestezi ile sezaryen sonrası akupresur (ST36), sakız çiğneme ve kahve tüketiminin gastrointestinal sistem üzerine etkisini incelemiş ve akupresur grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha erken gaz çıkışı olduğunu saptamıştır⁴⁷. Çalışmalar bu çalışma sonuçlarını desteklemektedir. Bakar ve ark. da spinal anestezi ile sezaryen sonrası ST36 noktasına iki kez (postop ilk stabil bulgu alındığında ve 8. saat) akupresur uygulamıştır. Müdahale grubunda ilk gaz çıkış zamanının ($22,86$ saat), kontrol grubuna ($26,64$ saat) göre daha kısa olmasına rağmen, bu çalışmanın aksine farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını tesbit etmiştir⁴⁸. Bu çalışmada daha çok noktaya ve üç kez akupresur uygulanmasının bu farklılığa neden olabileceği düşünülmektedir.

Literatür taramasında sezaryenle benzer şekilde batin cerrahisi, akupresur ve ilk gaz çıkış zamanı ilişkisinin incelendiği çalışmalara ulaşılmıştır. Hsiung ve ark. subtotal gastrektomi sonrası (P6 ve ST36), Tseng ve ark. hemikolektomi sonrası (ST36), Liu ile Chao ve ark. kolorektal cerrahi sonrası (ST36), Karaman laparoskopik kolesistektomi sonrası (CV12, LIV3, ST36) akupresur uygulayarak postoperatif ilk gaz çıkış zamanının müdahale grubunda kısaldığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamışlardır^{39,40,41,42,43}. Bu çalışmanın sonuçları ile akupresurun farklı gruplarda postoperatif ilk gaz çıkış zamanı üzerine etkisini inceleyen araştırma sonuçları benzer ve tutarlıdır.

Bu araştırmada, müdahale grubunda yer alan kadınların postoperatif ilk gaz çıkış zamanının kontrol grubuna göre daha erken olduğu görülmektedir. Literatür taramasında sezaryen ve batin cerrahisinde akupresur ve gastrointestinal motilite ilişkisini inceleyen alışmalardan^{39,40,41,42,43,46,47} elde edilen sonuçlar bu çalışmadaki bulguları desteklemekte, H4 “Sezaryen sonrası akupresur uygulanan kadınlarda postoperatif gaz çıkış süresi, uygulanmayan kadınlardan daha kısadır” hipotezini doğrulamaktadır.

5.4. Gruplarda Bulunan Kadınların Gaita ıkış Zamanına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada postoperatif ilk gaita çıkış zamanının müdahale grubunda $26,27 \pm 7,99$ saat iken kontrol grubunda $27,34 \pm 8,59$ saat olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.3.3).

Abadi ve ark. yaptığı randomize kontrollü çalışmada da bu çalışmada kullanılan iki noktaya (ST36 ve LI4) sezaryen sonrası 1. ve 4. saat akupresur uygulanmıştır. Müdahale grubunda ilk gaita çıkış zamanı ($25,9 \pm 5,9$ saate) kontrol grubuna göre ($29,1 \pm 10$ saat) daha kısa olmasına rağmen, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıřtır⁴⁶. Abadi’nin çalışması bu çalışma sonuçlarını desteklemektedir. Kanza Gl ve şolt Kırca spinal anestezi ile sezaryen sonrası akupresur (ST36), sakız çiğneme ve kahve tüketiminin gastrointestinal sistem üzerine etkisini incelemiş ve akupresur grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha erken gaita çıkışı olduğunu saptamıřtır⁴⁷. Kanza Gl ve şolt Kırca’nın çalışmasının sonucunun bu çalışma sonucu ile farklı olduğu görülmektedir.

Literatür taramasında sezaryenle benzer şekilde batin cerrahisi, akupresur ve ilk gaita çıkış zamanı ilişkisinin incelendiği çalışmalara ulaşılmıştır. Hsiung ve ark. subtotal gastrektomi sonrası (P6 ve ST36), Liu ile Chao ve ark. kolorektal cerrahi sonrası (ST36), Karaman laparoskopik kolesistektomi sonrası (CV12, LIV3, ST36) akupresur uygulayarak postoperatif ilk gaita çıkış zamanına kadar geçen süreyi incelemişler ve müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını saptamışlardır^{39,40,41,42}. Bu çalışmanın sonuçları ile akupresurun farklı gruplarda postoperatif ilk gaita çıkış zamanı üzerine etkisini inceleyen araştırma sonuçları benzer ve tutarlıdır.

Farklı durumlarda akupresur ve defekasyon ilişkisini inceleyen çalışmalarda literatürde bulunmaktadır. Durmuş İskender, total diz artroplastisi yapılan hastalarda akupresur (ST25, CV12, TB6), abdominal masaj ve rutin bakımın konstüpsiyon gelişimi üzerine etkisini incelemiş, akupresur ve abdominal masaj uygulanan hastaların postoperatif ilk gaita çıkış zamanının anlamlı düzeyde erken olduğunu saptamıştır. Ayrıca akupresur ve abdominal masaj uygulanan grupların konstüpsiyon şiddeti, ıkınma şiddeti ve dışkı kıvamı puan ortalamalarının kontrol grubundan anlamlı düzeyde düşük olduğu belirlenmiştir⁴⁵. Abbasi ve ark. hemodiyalize giren hastalarda akupresurun (LI4, ST36, LIV3, SP15 ve CV6) konstüpsiyon üzerine etkisini araştırmıştır. Uygulamanın 4. haftasında dışkılama sıklığında müdahale grubu (13.73 ± 3.63) ve kontrol grubu (10.06 ± 3.77) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda dışkı kalitesi açısından da anlamlı bir fark bulunmuştur¹⁰¹. Abbott ve ark. konstüpsiyon sorunu yaşayan hastaların bir grubuna perineal kendi kendine akupresur eğitimi ve standart konstüpsiyon eğitimi verirken, diğer gruba sadece standart konstüpsiyon eğitimi vermiştir. Akupresur uygulayan grupta, dört haftanın sonunda yaşam kalitesi, bağırsak işlevi, sağlık ve iyilik hali ile ilgili değerlendirmelerin iyileştiği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca hastaların %82'si tekniği kullanmaya devam edeceklerini bildirirken, %72'si ailelerine ve arkadaşlarına bu tekniği tavsiye edeceklerini belirtmiştir¹¹⁴. Ren ve ark. akut koroner sendromlu hastalarda konstüpsiyonu önlemek ve bağırsak boşaltımının etkin olmasını sağlamak için tatlı patates, ayak banyosu ve akupresur müdahalesini içeren araştırmada, müdahale grubunda konstüpsiyon insidansı, müshil, lavman kullanımı, tam boşaltamama hissi ve hastane sürecinde bağırsakların boşalmasıyla ilgili öznel memnuniyet durumlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olduğunu saptamıştır³⁴. Wong ve ark. konstüpsiyonu olan yetişkin psikiyatrik hastalarda akupresur (RN12, ST25 ve LI11) ve abdominal masaj uygulayarak konstüpsiyon belirti ve şiddetinde azalma, algılanan yaşam kalitesinde iyileşme saptamışlardır¹¹⁵. Abd-El Rahman ve ark. postpartum dönemde gebelik ile ilgili fonksiyonel konstüpsiyonun akupresure (ST25, ST36, LI4, LI11 ve SP14) olan yanıtını araştırmış, akupresurun yaşam kalitesini arttırdığı ve gebeliğe bağlı fonksiyonel konstüpsiyon semptomlarının şiddetini azalttığını bulmuştur¹⁰⁰. Bu çalışmanın sonuçları ile akupresurun farklı gruplarda defekasyon üzerine etkisini inceleyen araştırma sonuçlarında farklılıklar vardır.

Bu araştırmada, müdahale grubunda yer alan kadınların postoperatif ilk gaita çıkış zamanının daha kısa olduğu, fakat gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Literatür taramasında sezaryen, batin cerrahisi ve farklı durumlarda akupresur ve postoperatif ilk gaita çıkış zamanı ve defekasyon ilişkisini inceleyen alışmalardan^{39,40,41,42,46} elde edilen sonuçlar bu çalışmadaki bulguları desteklerken, bazı alışmalar^{45,47,101} ise desteklememektedir. H5 “Sezaryen sonrası akupresur uygulanan kadınlarda postoperatif defekasyon süresi, uygulanmayan kadınlardan daha kısadır” hipotezini doğrulamamaktadır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda sezaryen sonrası uygulanan akupresurun bağırsak motilitesini artırdığı, gaz ve gaita çıkış süresini kısalttığı bulunmuş ve bu bulgunun çoğunlukla literatürdeki çalışmalarla benzer olduğu belirlenmiştir. Dünyada ve ülkemizde en sık yapılan cerrahi girişimlerden biri olan sezaryen kadının bebeğin ve ailenin yaşamında önemli bir dönüm noktasıdır. Kadın bu süreçte anneliğe, yeni doğanın bakımına ve yeni bir aile olmaya fiziksel ve ruhsal olarak adaptasyon süreci yaşar ve uyumun zor olduğu bir dönemdir. Bu süreçte sezaryen gibi büyük bir cerrahi girişimin komplikasyonlarının ve oluşabilecek rahatsızlıkların önlenmesi ile fiziksel rahatlığın sağlanması kadının konforunu artırarak bu sürece uyumunu kolaylaştıracak dolayısı ile sağlıklı bir anne, bebek ve aile oluşumuna katkı sağlayacaktır. Literatürde sezaryen sonrası sık karşılaşılan komplikasyonlar arasında yer alan gastrointestinal komplikasyonların^{18,19,20,21,22} ve rahatsızlıkların önlenmesi için uygulanabilecek olan akupresur kadının bu dönemi daha rahat geçirmesine olanak sağlayacaktır. Sezaryen sonrası bağırsak hareketlerinin erken başlaması, gaz ve gaita çıkışının daha kısa sürede olmasının, kadında distansiyonu buna bağlı rahatsızlığı ve ağrıyı önleyebileceği, paralitik ileus, insizyon bölgesinde gelişebilecek komplikasyonlar gibi komplikasyonların nlenmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Böylece kadının bu dönemi daha rahat ve konforlu geçirmesi, bebeğin bakımında daha aktif olmasına, emzirmenin erken ve aktif sürdürülmesine katkı sağlayabilir. Dolayısıyla anne, bebek ve aile sağlığına katkı sağlar.

Postpartum süreç hemşirenin aktif rol aldığı, eğitim, danışmanlık ve bakım gibi bağımsız rol ve sorumluluklarını yerine getirdiği bir dönemdir. Bu süreçte aile ile en uzun süre bir arada bulunan, belki de en sık ve rahat iletişime geçilen sağlık profesyonelleri hemşire ve ebelerdir. Kadının bakımında ve konforunun sağlanması önemli bir konuma sahiptirler ve bunun için tüm profesyonel becerilerini kullanırlar.

Bu süreçte araştırmanın sonuçlarının ve literatürdeki benzer çalışmalarında^{46,47,48} gösterdiği gibi gastrointestinal komplikasyonların önlenmesi ve rahatlığın sağlanması için kullanılabilecek uygulamalardan biri akupresur uygulamasıdır. Fakat ülkemizde yönetmeliklerle hemşirelerin bağımsız olarak akupresur ve benzeri uygulamaları yapabilmeleri sınırlandırılmıştır. Oysaki birçok bilimsel araştırma sonucuna göre, akupresur uygulanabilir bir hemşirelik girişimi olarak kabul edilmektedir^{32,83,101,104}.

Tamamlayıcı terapilerin dünya çapında yaygınlığı artmaktadır. Bazı ülkeler yasal düzenlemeler yaparak tamamlayıcı terapilerin kimler tarafından ve hangi şartlarda uygulanması gerektiğine açıklık getirmiştir. Çin’de sertifikası olan hemşirelerin uygulayabileceği belirtilirken her yıl sınav ile sertifika yenilenmesi şartı bulunmaktadır. Kanada, Belçika, Almanya, Portekiz, Danimarka, Hollanda, Yunanistan, Lüksemburg ve Birleşik Krallık’ta hemşireler ilgili alanın gerektirdiği kurs, eğitim ve sertifika aldıktan sonra tamamlayıcı terapileri uygulayabilmektedirler. Bulgaristan bu konuda iki yıllık eğitimi şart koşturmaktadır. Tayland’da ise tamamlayıcı terapiler enstitüsü olup, burada üç yıllık eğitimi tamamlayan hemşire ve ebeler uygulama yapabilmektedir. Amerika’da tamamlayıcı terapiler hemşirelik ve tıp eğitimine dahil edilmiş ve burada da teorik ve klinik uygulamalı eğitimler sonucu sertifikasını alan hemşireler uygulama yapabilmektedir. İspanya ‘da ise ilgili alanda eğitimi olanlar bir hekim gözetiminde uygulama yapabilmektedir¹⁰⁵. Ülkemizde de 2014 yılında Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları yönetmeliği yürürlüğe girmiş ve bu konuda “Tabip ve diş tabibi olmayan uygulama alanında temel eğitimi bulunan sağlık meslek mensupları sertifikalı tabip ve diş tabiplerinin gözetimi ve denetimi altında uygulamalara katılırlar.” ibaresi bulunmaktadır⁸⁰. Maalesef bu ibare ile hemşirelerin bu alanda bağımsız uygulama yapmaları sınırlandırılmıştır. Ayrıca bu alanda yapılacak araştırmaların düzenlenmesi için 2019 yılında yayınlanan “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik” te “Sorumlu araştırmacı: Uzmanlık veya doktora eğitimini tamamlamış olup, araştırmanın yürütülmesinden sorumlu olan hekim veya diş hekimi” ibaresi yer almaktadır. Bu ifade de hemşirelerin bu alanda yapabilecekleri araştırmaları da sınırlandırmakta bir başka meslek grubuna bağımlı kılmaktadır. Aynı yönetmelikte “Madde 30 – (1) Genel Müdürlük, Yönetmelik kapsamındaki araştırmaların iyi klinik uygulamaları ve klinik araştırmaları konularında eğitim almış nitelikli sorumlu araştırmacı veya araştırmacı, sağlık personeli ve bu alanda çalışan diğer kişilerin yetiştirilmesi amacıyla kurslar veya seminerler düzenleyebilir ya da

Genel M¼d¼rl¼k tarafından yayınlanacak kılavuz gereğince d¼zenlemek isteyen kurum ya da kuruluşlara d¼zenleme yetkisi verir.” İbaresini yer almakta bu alanda diğer sağlık personelinin de eğitim alabileceğine vurgu yapılmaktadır¹⁰⁶.

Hasta bakımında primer etkin g¼rev alan ve biręok bağımsız rol ve sorumluluğu bulunan profesyonel bir meslek grubu olan hemşirelerin gerekli eğitim, kurs ve sertifikasyon sonrası bu uygulamaları bağımsız olarak yapabilmelerinin y¼netmeliklerle sınırlandırılmış olması ve bir başka meslek grubuna bağımlı kılınması oldukęa d¼ř¼nd¼r¼c¼d¼r.

Sonuçlar

Sezaryen sonrası uygulanan akupresurun gastrointestinal motiliteye etkisinin belirlenmesi amacıyla prospektif, randomize kontroll¼, deneysel tasarımı yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlara g¼re;

- M¼dahale ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik ¼zellikler (yaş, eğitim d¼zeyi, algılanan gelir durumu, sigara kullanım durumu ve ęalıřma durumu) açısından benzer olduğu ($p>0,05$) (Tablo 4.1.1),
- M¼dahale ve kontrol grubundaki kadınların obstetrik ve cerrahi girişim ¼zellikleri (gebelik haftası, toplam gebelik sayısı, doğum, d¼ř¼k, k¼retaj ve yaşayan ęocuk sayısı, ¼nceki doğum şekli, sezaryen sayısı, batin cerrahisi ¼yk¼s¼, ameliyat s¼resi ve anestezi şekli) açısından benzer olduğu ($p>0,05$) (Tablo 4.1.2),
- M¼dahale ve kontrol grubundaki kadınların defekasyon alışkanlığı ile konst¼pasyon yaşama durumu açısından benzer olduğu ($p>0,05$) (Tablo 4.2.1),
- M¼dahale grubunda uygulama sonrası 4., 8. ve 12. saat bağırsak sesi sayısı ortalaması uygulama ¼ncesine kıyasla daha fazla olduğu ve grup içindeki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,001$) (Tablo 4.3.2),
- M¼dahale grubunda 4. saat bağırsak sesi sayısı ortalamasının kontrol grubuna kıyasla daha fazla olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) (Tablo 4.3.3),

- Müdahale grubunda 8. saat bağırsak sesi sayısı ortalamasının kontrol grubuna kıyasla daha fazla olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) (Tablo 4.3.3),
- Müdahale grubunda 12. saat bağırsak sesi sayısı ortalamasının kontrol grubuna kıyasla daha fazla olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) (Tablo 4.3.3),
- İlk gaz çıkış zamanının müdahale grubunda kontrol grubuna kıyasla daha kısa olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) (Tablo 4.3.4),
- İlk gaita çıkış zamanının müdahale grubunda kontrol grubuna kıyasla daha kısa olduğu fakat gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 4.3.4).

H0: Sezaryen sonrası uygulanan akupresurun bağırsak sesi sayısı, gaz çıkış ve defekasyon süresi üzerine etkisi yoktur.

H1: Sezaryen sonrası akupresur uygulanan kadınlarda postoperatif 4. saat bağırsak sesi sayısı, uygulanmayan kadınlardan daha yüksektir.

H2: Sezaryen sonrası akupresur uygulanan kadınlarda postoperatif 8. saat bağırsak sesi sayısı, uygulanmayan kadınlardan daha yüksektir.

H3: Sezaryen sonrası akupresur uygulanan kadınlarda postoperatif 12. saat bağırsak sesi sayısı, uygulanmayan kadınlardan daha yüksektir.

H4: Sezaryen sonrası akupresur uygulanan kadınlarda postoperatif gaz çıkış süresi, uygulanmayan kadınlardan daha kısadır.

H5: Sezaryen sonrası akupresur uygulanan kadınlarda postoperatif defekasyon süresi, uygulanmayan kadınlardan daha kısadır.

Bu sonuçlar doğrultusunda H0 ve H5 hipotezi red edilerek, H1, H2, H3 ve H4 hipotezleri doğrulandı ve akupresurun sezaryen sonrası 4., 8. ve 12. saat bağırsak seslerini arttırdığı, ilk gaz ve ilk gaita çıkış süresini kısalttığı sonucuna varılmıştır.

6. ÖNERİLER

Çalışma sonuçları doğrultusunda hemşirelik uygulamalarına, araştırmalarına ve eğitimine yönelik öneriler aşağıda sunulmuştur.

Hemşirelik uygulamalarına yönelik öneriler

- LI4, LI11 ve ST36 noktalarındaki akupresurun sezaryen dahil, tüm abdominal ameliyatlardan sonrası gastrointestinal sistem komplikasyonlarının hafifletilmesinde veya önlenmesinde etkisi düşünüldüğünde ameliyattan sonrası rutin hemşirelik bakımında uygulanması
- Akupresurun ekonomik, ağrısız, kolay uygulanabilir ve non-invaziv olması, ilaç kullanılmadan semptomların hafifletilmesinde veya önlenmesinde etkili olması, hasta ve hemşire ilişkisini kuvvetlendirmesi, uygulama sırasında sadece eğitimli bir akupresur uzmanına ihtiyaç olması ve bağımsız bir uygulama olması gibi nedenlerle de hemşirelik bakım protokolüne dönüştürülmesi
- Ayrıca hastaların kendi başlarına bağırsak fonksiyonlarının devamlılığını sağlayabilmesi için akupresur uygulamasının hasta eğitiminde kullanılması
- Akupresurun hemşireler tarafından bağımsız olarak uygulanabilmesi için yasal düzenlemelerin yapılması

Hemşirelik araştırmalarına yönelik öneriler

- Benzer çalışmaların acil sezaryenlerden ve jinekolojik cerrahilerden sonra da yapılması
- Daha büyük örnekleme çalışılması
- Farklı akupresur noktalarının kullanılması

Hemşirelik eğitime yönelik öneriler

- Akupresurun hemşirelik girişimleri içerisinde lisans ve lisans üstü eğitim müfredatlarında yer alması
- Akupresurun hemşirelik girişimleri çerçevesinde mesleğe özgü kitap, protokol vb. yayınlarda yer alması

- Akupresurun uygulanmasına yönelik hizmet içi eğitim ve kurs düzenlenmesi önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

1. Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Geniştirilmiş 15. Baskı. Ankara. Akademisyen kitabevi, 2016:379-380.
2. Betrán AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gülmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. PloS one. 2016;11(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi. Ankara: Damla Matbaacılık; 2010. <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/6407/0/dogum-ve-sezaryen-eylemi-yonetim-rehberipdf.pdf> (Erişim Tarihi: 1 Mart 2020).
4. Department of Reproductive Health and Research World Health Organization, Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland, 2015. E-mail: reproductivehealth@who.int (Erişim Tarihi: 15 Ocak 2021).
5. OECD (2019), Caesarean sections (indicator). doi: 10.1787/ad3c39f-en <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm> (Erişim Tarihi: 22 Haziran 2021)
6. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/40564,saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf?0> (Erişim Tarihi: 21 Haziran 2021)
7. Öz M . Tokat Devlet Hastanesi 2019-2020 Yılları Arasında Sezaryen Oranları Analizi. Gaziosmanpaşa Tıp Dergisi. 2021;12(3):83-88.
8. Erenel AŞ, Çiçek S. Doğum Eylemine Yapılan Müdahalelerin Anne ve Çocuk Sağlığına Etkileri. SDU Journal of Health Science Institute/SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2018; 9(2):123-129.
9. Bal MD, Yılmaz SD, Beji NK. Kadınların sezaryen doğum tercihleri. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2013;21(2):139-146.
10. Artıran İğde FA. Sezaryen sonrası normal vajinal doğum. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2004;13(4):137-139.
11. Çağlayan EK, Kara M, Gürel YC. Kliniğimizdeki sezaryen operasyonlarında görülen komplikasyonlar ve olası risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Bakırköy tıp dergisi. 2011;7(2):64-67.

12. Quinlan JD, Murphy NJ. Cesarean delivery: counseling issues and complication management. *Am Fam Physician*. 2015;91(3):178-84. PMID: 25822271.
13. Öcal Z. Tıp fakültesi öğrencilerinin normal doğum ve sezaryen doğum tercihlerine ilişkin görüşlerinin incelenmesi. 2019, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıbbi Fizyoloji Programı Yüksek lisans Tezi, 84 sayfa, Ankara, (Doç. Dr. Mehmet Salih Kaya).
14. Başkaya Y, Sayiner FD. Sezaryen oranını azaltmaya yönelik kanıta dayalı ebelik uygulamaları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2018;5(1):113-119.
15. Ölmez R. Sezaryen sonrası sakız çiğneme ve rezene çayı içmenin bağırsak motilitesine etkisi. 2019, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisan Tezi, 161 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Nurdan Demirci).
16. Utli H, Çalışkan N. Sakız çiğnemenin sezaryen sonrası bağırsak fonksiyonlarına etkisi. *Anatolian Journal Of Clinical Investigation*. 2013;7(4):215-221.
17. Amanak K, Karaçam Z. Sezaryen İle doğum yapan kadınların postpartum erken dönemde öz bakım ve bebek bakımı konularında yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi*. 2018;28(1):17-22.
18. Güngör İ, Gökyıldız Ş, Nahçıvan NÖ. Sezeryan doğum yapan bir grup kadının doğuma ilişkin görüşleri ve doğum sonu erken dönemde yaşadıkları sorunlar. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2004;13(53):185-198.
19. Husslein P. Elective caesarean section versus vaginal delivery. Whither the and of Traditional Obstetrics. 2001;4:169-174.
20. Bağcı S, Altuntuğ K. Annelerin doğum sonunda yaşadıkları sorunlar ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Journal of Human Sciences*. 2016;13(2):3266-3279. doi:10.14687/jhs.v13i2.3884
21. Arslan H, Demirci N, Merih Y, Özgür N, İpekten M, Güneş B, Aktaş G. Sezaryen doğumlarının seçiminde etkili faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2007;38(2):45-49.
22. Güneri SE. Postpartum erken dönem kanıta dayalı uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015;4(3):482-496.
23. Stewart D, Waxman K. Management of postoperative ileus. *Am J Ther*. 2007;14(6):561-566. doi: 10.1097/MJT.0b013e31804bdf54. PMID: 18090881.
24. Göymen A, Şimşek Y, Özkaplan ŞE, Özduvak Hİ, Akpak YK, Semiz A, Oral S. Effect of gum chewing and coffee consumption on intestinal motility in caesarean

- sections. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*. 2017;8(5):411-5. doi:10.4328/JCAM.4901
25. Utli H. Sakız çiğnemenin sezaryen sonrası bağırsak fonksiyonlarına etkisi. 2012, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, 66 sayfa, Ankara, (Doç. Dr. Nurcan Çalışkan).
26. Şahin E. Sezaryen sonrası sakız çiğneme, erken oral hidrasyon ve erken mobilizasyonun bağırsak motilitesine etkisi. 2013, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum - Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, 160 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Füsün Terzioğlu).
27. Akalpler Ö. Sezaryen ameliyatı sonrası sakız çiğnemenin bağırsak fonksiyonlarına etkisi. 2018, Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Doktora Tezi, 81 sayfa, Lefkoşe, (Prof. Dr. Hülya Okumuş).
28. Sürücü Ş. Sakız çiğnemenin sezaryen sonrası bağırsak hareketlerinin başlamasına etkisi. 2018, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 79 sayfa, Sivas, (Yrd. Doç. Dr. Handan Güler).
29. Mafetoni RR, Shimo AKK. Effects of acupressure on progress of labor and cesarean section rate: randomized clinical trial. *Revista de Saúde Pública*. 2015;49:9. doi:10.1590/s0034-8910.2015049005407
30. Djanah N, Muslihatun WN. Akupresur terhadap produksi asi pada ibu post partum. *Photon: Jurnal Sain dan Kesehatan*. 2017;8(1):73-77.
31. Wong CL, Lai KY, Tse HM. Effects of SP6 acupressure on pain and menstrual distress in young women with dysmenorrhea. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2010;16(2):64-69.
32. İskender MD, Eren H. Türkiye’de ağrıya yönelik akupresur uygulaması ile ilgili yapılmış hemşirelik tezlerinin incelenmesi. *Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi*. 2020;3(1):40-46.
33. Akkaş ÖA. Kurumsal bakım alan yaşlılarda uygulanan akupresürün uyku kalitesi üzerine etkisi. 2019, İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, 148 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Zeliha Tülek).
34. Ren K, Qiu J, Wang X, Niu F, Jiang, T. The effect of a sweet potato, footbath, and acupressure intervention in preventing constipation in hospitalized patients with acute coronary syndromes. *Gastroenterol Nurs*. 2012;35(4):271-277.

35. Ayçeman N. Tüm Boyutları ile Tamamlayıcı Terapiler-Akupresur. 1. Uluslararası ve 3. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi Bildiri Kitabı, s.8-15. Tamamlayıcı Terapiler Kongresi, Antalya, 24-26 Kasım 2016.
36. Cowmeadow O. Shiatsu, A Praktical Introduction. Element Books, UK, 2002:6-7,44-46
37. Chang CS, Ko CW, Wu CY, Chen GH. Effect of electrical stimulation on acupuncture points in diabetic patients with gastric dysrhythmia: A pilot study. Digestion. 2001;64:184–190. DOI: [10.1159/000048860](https://doi.org/10.1159/000048860)
38. 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. The American journal of Chinese medicine. 2003;31(5):781-790.
39. Liu Y. Effectiveness of acupressure on postoperative gastrointestinal function among patients undergoing surgery for colorectal cancer: A mixed-method study. 2019, The Chinese University of Hong Kong, Doctoral dissertation, 24 sayfa, Hong Kong, (Prof. Dr. CHAN YIP Carmen Wing Han)
40. Chao H, Miao SJ, Liu PF, Lee HC, Chen YM, Yao CT, Chou HL. The beneficial effect of st-36 (zusanli) acupressure on postoperative gastrointestinal function in patients with colorectal cancer. Oncology Nursing Forum. 2013;40(2):61-68. doi:10.1188/13.onf.e61-e68
41. Karaman A. Laparoskopik kolesistektomi sonrası gastrointestinal fonksiyonlara etkisi. 2019, İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Doktora tezi, 110 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Seher Deniz Öztekin).
42. Hsiung WT, Chang YC, Yeh ML, Chang YH. Acupressure improves the postoperative comfort of gastric cancer patients: a randomised controlled trial. Complementary Therapies in Medicine. 2015;23(3):339-346.
43. Tseng YL, Hsu CH, Tseng HC. Using acupressure to improve abdominal bloating in a hemicolectomy patient: A nursing experience. Hu Li Za Zhi. 2015;62(5):96-102.
44. Chang SB, Kim YR, Yoon MH, Shim JU, Ko EH, Kim MO. Difference in time of bowel sounds and passing of gas in abdominal hysterectomy patients having San-Yin-Jia (SP-6) acupressure. Journal of Korean Academy of Nursing. 2004;34(7):1164-1171. doi:10.4040/jkan.2004.34.7.1164

45. İskender MD. Total diz artroplastisi yapılan hastalara uygulanan akupresur ve abdominal masajın konstipasyon gelişimi üzerine etkisi. 2019, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, 110 sayfa, Ankara, (Doç. Dr. Nurcan Çalışkan).
46. 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):114-119.
47. Kanza Gül D, 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*. 2020;1-8. DOI:[10.1080/01443615.2020.1787363](https://doi.org/10.1080/01443615.2020.1787363)
48. Bakar A, Safaat A, Sriyono S, Qomariah SN. The st-36 acupressure increased gut motility to sectio caesarea patients with subarachnoid block anesthesia. *Indian Journal of Public Health Research & Development*. 2019;10(8):2735-2739.
49. Robinson N, Lorenc A, Liao X. The evidence for Shiatsu: a systematic review of Shiatsu and acupressure. *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2011;11:88.
50. Yurdal NEÖ, Öter EG. Sezaryen doğuma etik İlkeler kapsamında hemşirelik yaklaşımı. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 2021;7(1):97-119.
51. Korkut S, Kaya N. Sezaryen doğum kararına ebe farkındalığı ile etik yaklaşım. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2019;6(1):144-152.
52. Ay GG. Sezaryen yöntemi ile doğum yapan kadınların sezaryen sonrası vajinal doğuma bakış açılarının incelenmesi. 2019, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 100 sayfa, Isparta, (Doç. Dr. Emel Taşçı Duran).
53. OECD “Caesarean sections”, in *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, s;200-201. Paris 2019. DOI: <https://doi.org/10.1787/fa1f7281-en>
54. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Sheffield JS. *Williams OBSTETRİK*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2015;p.601-605.
55. Aydın TA. Sezaryen doğum sonrası vajinal doğum uygunluğunun değerlendirilmesi. 2016, İnönü üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, 59 sayfa, Malatya, (Doç. Dr. Sermin Timur Taşhan).

56. Erkıran AA. Spontan vajinal doğum ve sezaryen ile doğum yapan hastaların doğum öncesi ve doğum sonrası hematolojik değerlerinin kan kaybı açısından değerlendirilmesi. 2009, Sağlık Bakanlığı, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, 70 sayfa, İstanbul, (Prof. Dr. Ahmet Göçmen).
57. Karabel MP, İnci MB, Demirbaş M. Türkiye'de ve Dünya'da Değişen Sezaryen Sıklığı ve Olası Nedenleri. Sakarya Tıp Dergisi. 2017;7(4):158-163.
58. Uçkan K, Uçkan T. Kliniğimizdeki dört yıllık doğum verileri ve sezaryen endikasyonlarının değerlendirilmesi. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 2020;17(1):285-290.
59. Türkiye İstatistik Kurumu, Doğum İstatistikleri, 2020 Haber Bülteni. (Yayın Tarihi: 18 Mayıs 2021).
file:///C:/Users/Ay%C5%9Fe/Downloads/Do%C4%9Fum_%C4%B0statistikleri_18.05.2021%20(1).pdf (Erişim Tarihi: 22 Haziran 2021)
60. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2018.
61. İşgüder ÇK, Bulut YE, Yılmaz G, Doğru HY, Özsoy AZ, Başol N. Kliniğimizde 2014-2016 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2017;14(4):168-171.
62. Çalık KY, Erkaya R, Karabulutlu Ö. Üçüncü basamak bir hastanede 4 yıllık sezaryen doğumlarının oranları ve endikasyonları. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2018;5(2):201-209.
63. Gül N. Normal doğum ve sezaryen doğum uygulanan olguların postpartum komplikasyonlar yönünden karşılaştırılması. 2008, İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, 95 sayfa, İstanbul. (Doç. Dr. Necdet Süer).
64. Tanrıverdi HA, Aktunç E, Dolen İ. Sezaryen operasyonlarında karşılaşılan cerrahi komplikasyonlar. Artemis. 2013;4(1):27-32.
65. Karakaplan S, Yıldız H. Doğum sonu konfor ölçeği geliştirme çalışması. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2010;3(1):55-65.
66. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N. Cerrahi Hemşireliği. 1. Genişletilmiş 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2017: s.356-358.
67. Çelik S, Taşdemir N. Güncel Yöntemlerle Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Antalya: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, 2018: s.85-86.

68. Çınar V. Batın ameliyatı geçiren hastalarda erken ambulasyonun bağırsak fonksiyonlarına etkisinin değerlendirilmesi. 2005, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, 70 sayfa, Afyonkarahisar, (Prof. Dr. Osman Nuri Dilek).
69. Taşdemir N, Çelik S. Hastaların cerrahi girişim sonrası abdominal distansiyona yönelik müdahaleimleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2010;26(3):23-32.
70. Bulut M. Spinal anestezi ile sezeryan yapılan hastalarda postoperatif 4. Ve 6. Saatlerde mobilizasyonun uygulanabilirliği ve etkinliğinin araştırılması. 2020, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 93 sayfa, Diyarbakır, (Dr. Öğr. Üyesi Fatih Mehmet Fındık).
71. Tuzcu K, Gürsoy S, İsbir A, Kaygusuz K, Özdemir Kol İ, Düger C, Kafalı H, Mimaroglu C. Alt batın cerrahilerinde postoperatif analjezik yöntemlerin gastrointestinal sistem fonksiyonlarına etkisi. Cumhuriyet Medical Journal. 2010;32(3):323-330. Retrieved from <http://dergipark.gov.tr/223/issue/4214/55846>
72. Liu XL, Tan JY, Molassiotis A, Suen LKP, Shi Y. Acupuncture-point stimulation for postoperative pain control: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2015;1-28. doi:10.1155/2015/657809
73. Urcanoğlu ÖB. Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan hastalarda sakız çiğnemenin barsak motilitesine, erken mobilizasyona, ameliyat sonrası ağrıya ve erken taburculuğa etkisi. 2017, Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, 131 sayfa, Tekirdağ, (Doç. Dr. Tülin Yıldız).
74. Erdil F, Elbaş NÖ. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Ankara: Aydoğdu Ofest Matbaacılık, 2012.
75. Kafalı H, Duvan CI, Gözdemir E, Simavli S, Onaran Y, Keskin E. Influence of gum chewing on postoperative bowel activity after cesarean section. Gynecologic and obstetric investigation. 2010;69(2):84-87.
76. Kızılca Çakaloz D, Çoban A. Sezaryen Doğumların Azaltılmasında Ebenin Rolü. akt. 2019; 28(1):51-59.
77. Ünal M, Dağdeviren HN. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri. Eurasian Journal of Family Medicine. 2019;8(1):1-9. DOI: <https://doi.org/10.33880/ejfm.2019080101>

78. Amanak K, Karaöz B, Sevil Ü. Alternatif/tamamlayıcı tıp ve kadın sağlığı. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013;12(4).
79. Mollahaliloğlu S, Uğurlu FG, Kalaycı MZ, Öztaş D. The new period in traditional and complementary medicine. Ankara Medical Journal. 2015;15(2):102-105.
80. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği. 27 Ekim 2014. T.C. Resmi Gazete (Sayı: 29158). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027-3.htm> Erişim tarihi: 1 Mart 2021.
81. Lafçı D, Kaşıkçı MK. Yataklı sağlık kuruluşunda görev yapan sağlık personelinin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini bilme ve kullanma durumları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;3(4):1114-1131.
82. Nursing Interventions Classification (NIC). 2015. <http://online.fliphtml5.com/dgep/euru/#p=1> (Erişim Tarihi: 10 Nisan 2021).
83. İster ED, Karaca T. Türkiye’de akupresür uygulanarak yapılan hemşirelik tezlerinin incelenmesi. Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi. 2019; 2(1):22-31.
84. Gao D. ChineseMedicine. The Complete Guide to Acupressure, Acupuncture, Chinese Herbal Medicine, Food Cures, QiGong. Thunders Mouth Press, USA, 1997.
85. Yanık TÇ, Uğraş GA. Akupresür kullanımının cerrahi girişim sonrası uyku kalitesine etkisi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi. 2020;2(2):105-112.
86. Jarmey C, Tindall J. Acupressure for Common Ailments. Gaia Books. London, 1991.
87. Kılınç T. Laporoskopik kolesistektomi sonrası hastalara akupresür uygulamanın bulantı kusma, ağrı ve uyku kalitesine etkisi. 2020, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Doktora tezi, 111 sayfa, Erzurum, (Doç. Dr. Zeynep Karaman Özlü).
88. Küçükkelepçe DŞ. Premenstrual sendrom ile baş etmeye yönelik sağlık inanç modeli rehberliğinde verilen eğitim ve akupresürün premenstrual semptomlar ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. 2018, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı Doktora tezi, 107 sayfa, Malatya, (Doç. Dr. Sermin Timur Taşhan).
89. Biçer S. Hemodiyalizde hipotansiyon gelişen bireylere uygulanan akupres’in kan basıncı ve yorgunluk düzeyine etkisi. 2014, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, 177 sayfa, Kayseri, (Prof. Dr. Sultan Taşçı).

90. Gönenç İM. Doğum ağrısının yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerden masaj ve akupressürün algılanan doğum ağrısına, gebenin anksiyetesine ve maliyete etkisi. 2013, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, 190 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Füsün Terzioğlu).
91. Özkan T. Hiperemesis gravidarumu olan gebelerde akupunktur noktasına uygulanan basının (akupres) bulantı kusma ve öğürmeye etkisi. 2010, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, 129 sayfa, Kayseri, (Doç. Dr. Mürüvvet Başer).
92. Serçe S. Kemik metastazı olan kanser hastalarına uygulanan akupresin ağrıya etkisi. 2015, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 86 sayfa, Gaziantep, (Doç. Dr. Özlem Ovayolu, Prof. Dr. Lütfiye Pirbudak).
93. Genç A. Kemoterapi alan hastalarda bulantı-kusmanın önlenmesinde akupressure'in etkinliği. 2011, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 93 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Gülbeyaz Can).
94. Lee EJ, Frazier SK. The efficacy of acupressure for symptom management: A systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2011;42(4):589–603. doi:10.1016/j.jpainsymman.2011.01.007
95. Ayık DB, Can G. Palyatif bakım hastalarında konstipasyonun yönetimi ve akupresürün etkinliği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2020;7(2):141-148.
96. Jing X, Liu J, Wang C, Ji M, Chen X, Mei Y, Rong Zhu Q. Auricular acupressure is an alternative in treating constipation in leukemia patients undergoing chemotherapy: A systematic review and meta-analysis. *Complementary therapies in clinical practice*. 2018; 31:282-289.
97. Miyazato K. Effects of footbath on physiological and psychological aspects in the first stage of labor [in Japanese]. *Journal of St. Luke's Society of Nursing Research*. 2000;4(3):21-29.
98. Yang HL, Chen XP, Lee KC, Fang FF, Chao YF. The effects of warm-water footbath on relieving fatigue and insomnia of the gynecologic cancer patients on chemotherapy. *Cancer Nursing*. 2010;33(6):454-460.
99. Cabioğlu MT. Şişman kadınlarda elektroakupunktur ve diyet uygulaması ile meydana gelen ağırlık kaybı, serum leptin ve beta endorfin düzeylerindeki değişimler. *Genel Tıp Dergisi*. 2003;13(2):41-47.
100. Abd-El Rahman M, Nashed AB, Taha MM, Gabr AA. Response of pregnancy related functional constipation to acupressure in postpartum women. *Physical*

- Therapy and Rehabilitation. 2018;5(1). doi:<http://dx.doi.org/10.7243/2055-2386-5-11>
101. Abbasi P, Mojalli M, Kianmehr M, Zamani S. The effect of acupressure on constipation in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis: randomized double-blind controlled clinical trial. *Avicenna Journal Phytomed.* 2018;9(1):84-91.
102. Gedük EA. Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi.* 2018;5(2):253-258.
103. Maa SH. Application of acupressure in nursing practice. *Hu li za zhi The journal of nursing.* 2005;52(4):5-10.
104. İskender MD, Çalışkan N. Konstipasyon yönetiminde akupresür uygulaması ve hemşirenin rolü. *Van Tıp Dergisi.* 2020;27(1):103-108.
105. Kaya Ş, Karakuş Z, Boz İ, Özer Z. Dünyada ve Türkiye’de Tamamlayıcı Terapilere İlişkin Yasal Düzenlemelerde Hemşirelerin Yeri. *Jaren.* 2020;6(3):584-91. doi:10.5222/jaren.2020.58561
106. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik. 9 Mart 2019. T.C. Resmi Gazete (Sayı: 30709). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/03/20190309-2.htm> Erişim tarihi: 15 Temmuz 2021.
107. Çakır B. Sağlık araştırmalarında bias (yanlılık, taraf tutma): tipleri, sınıflandırılması, nedenleri, önleme yöntemleri-I. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi.* 2005;25(1):100-110.
108. Kuyurtar F. Klinisyen/öğrenci hemşire ve ebeler için fizik muayene. Funda Kuyurtar (Editör). İstanbul: Nobel tıp kitabevler, 2013: s.7,76.
109. <https://quizlet.com/40085816/acupuncture-points-of-the-li-meridian-flash-cards/> (Erişim Tarihi: 26.05.2021)
110. <https://www.reikipuncture.com/meridian-gb.html> (Erişim Tarihi: 26.05.2021)
111. <https://www.bigtreehealing.com/headache-acupoint/> (Erişim Tarihi: 26.05.2021)
112. <https://www.bigtreehealing.com/large-intestine-11-qu-chi/> (Erişim Tarihi: 26.05.2021)
113. <https://pa-om.com/top-five-acupuncture-points-insomnia/> (Erişim Tarihi: 26.05.2021)

114. Abbott R, Ayres I, Hui K. Effect of perineal self-acupressure on constipation: A randomized controlled trial. *Journal of General Internal Medicine* Apr. 2015;30(4):434.
115. Wong WK, Chien WT, Lee WM. Self-administered acupressure for treating adult psychiatric patients with constipation: a randomized controlled trial. *Chin Med*. 2015;10:32. Doi: [10.1186 / s13020-015-0064-7](https://doi.org/10.1186/s13020-015-0064-7)

8. EKLER



EK 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı "Sezaryen Sonrası Uygulanan Akupressürün Gastrointestinal Motiliteye Etkisinin Belirlenmesi" dir. Bu araştırma, sezaryen sonrası uygulanan akupressürün gastrointestinal motiliteye etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bu çalışmada veriler anket formu, akupresür uygulanması öncesinde ve sonrasında bağırsak fonksiyon belirteçlerinin ölçümü ile toplanacaktır. Bu çalışmada yer almanız öngörülen akupressür uygulama süresi 15 dakika olup 3 tekrardan oluşmaktadır. Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk söz konusu değildir. Çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme ve hiçbir ücret istenmeyecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun ya da diğer rahatsızlıklarınız için her zaman no'lu telefondan Ayşe ÜSTÜN TOKAY' a ulaşabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz (tedavinin gizli olması durumunda, gönüllüye kendine ait tıbbi bilgilere ancak verilerin analizinden sonra ulaşabileceği bildirilmelidir).

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve çalışmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında söz konusu çalışmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:
Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Olur, alma işlemine bağından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:

* Bu örnek form araştırmalara fikir vermek için formda bulunması gereken asgari bilgiler verilerek hazırlanmıştır, gerektiğinde eklemeler yapılmalıdır. İstendiğinde Etik Kurul sekreterliğinden ya da Tıp Fakültesi web sayfasından temin edilerek ve üzerinde gerekli düzenlemeler yapılmak suretiyle kullanılabilir (örn. bu paragraf, metindeki noktalı kısımlar ve parantezler çıkarılmalı ve uygun şekilde düzenlenmelidir). Gönüllünün beyan ve imzası, bilgilendirme metninin devamı şeklinde olmalıdır, kesinlikle ayrı sayfalarda olmamalıdır.
Öncelikle tarihi 28.11.2013

EK 2: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sayın katılımcı,

Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümü yüksek lisans öğrencisiyim. Sezaryen sonrası uygulanan akupresurun gastrointestinal motiliteye etkisinin belirlenmesi amacıyla bu araştırma planlanmıştır. Bu uygulamanın noninvazif ve güvenli bir yöntem olduğunu, ayrıca bu konuda eğitim sertifikasına sahip olduğumu beyan ederim. İstedığınız anda çalışmadan ayrılabilirsiniz. Katıldığınız için teşekkür ederim. Araştırmanın sonuçları sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak ve ankete adınızın yazılması istenmeyecektir. Sorulara verdiğiniz cevaplar ve elde edilen bulgular gizli kalacaktır.

Ayşe ÜSTÜN TOKAY

Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi Hemşiresi

1. Yaşınız.....
2. Eğitim durumunuz.....
3. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz O çok iyi, O iyi, O orta, O kötü
4. Kilonuz.....
5. Boyunuz.....
6. Gebelik haftanız.....
7. Obstetrik öykü
 - a. Kaç kez gebe kaldınız.....
 - b. Doğum sayısı.....
 - c. Düşük sayısı.....
 - d. Küretaj sayısı.....
 - e. Yaşayan çocuk sayısı
 - f. Önceki doğum şekliniz
 - i. Normal,.....
 - ii. Sezaryen.....
8. Daha önceden geçirmiş olduğunuz ameliyatlar.....
9. Sigara kullanıyor musunuz?
 - a. Evet (cevabınız evet ise; günde tane, ...yıldır içiyorsunuz?
 - b. Hayır
10. Çalışıyor musunuz?
 - a. Çalışıyorum (Belirtiniz.....)
 - b. Çalışmıyorum
11. Genellikle/gebelikten önce büyük tuvaletinizi yapma sıklığınız nedir?
.....

12. Gebelik süresince büyük tuvaletinizi yapma sıklığınız nedir?

.....

13. Gebelik süresince kabızlık sorunu yaşadınız mı?

O evet (Süresini belirtiniz.....) 14. Soruya geçiniz

O hayır (İkinci Bölüme Geçiniz)

14. Kabızlık sorununuzu çözmek için neler neler yaptınız?

.....
.....

15. Sezaryen nedeni

16. Ameliyata giriş saati.....

17. Ameliyattan çıkış saati.....

18. Anestezi türü

a. Genel anestezi

b. Spinal anestezi

c. Epidural anestezi

EK 3: BAĞIRSAK MOTİLİTESİ TAKİP FORMU**ARAŞTIRMACI**

ÖLÇÜMLER		MÜDAHALE GRUBU	
		UYGULAMA ÖNCESİ KAYIT	UYGULAMA SONRASI 10. DK. KAYIT
POSTOP 4.SAAT	BAĞIRSAK SESLERİ		
POSTOP 8.SAAT	BAĞIRSAK SESLERİ		
POSTOP 12.SAAT	BAĞIRSAK SESLERİ		
	İLK GAZ ÇIKIŞI		
	DEFEKASYON GERÇEKLEŞME		

EK 3: BAĞIRSAK MOTİLİTESİ TAKİP FORMU (devamı)

ARAŞTIRMACI

ÖLÇÜMLER		KONTROL GRUBU
POSTOP 4.SAAT	BAĞIRSAK SESLERİ	
POSTOP 8.SAAT	BAĞIRSAK SESLERİ	
POSTOP 12.SAAT	BAĞIRSAK SESLERİ	
	İLK GAZ ÇIKIŞI	
	DEFEKASYON GERÇEKLEŞME	

EK 3: BAĞIRSAK MOTİLİTESİ TAKİP FORMU (devamı)**GÖZLEMÇİ**

ÖLÇÜMLER		MÜDAHALE GRUBU	
		UYGULAMA ÖNCESİ KAYIT	UYGULAMA SONRASI 10. DK. KAYIT
POSTOP 4.SAAT	BAĞIRSAK SESLERİ		
POSTOP 8.SAAT	BAĞIRSAK SESLERİ		
POSTOP 12.SAAT	BAĞIRSAK SESLERİ		
	İLK GAZ ÇIKIŞI		
	DEFEKASYON GERÇEKLEŞME		

EK 3: BAĞIRSAK MOTİLİTESİ TAKİP FORMU (devamı)**GÖZLEMÇİ**

ÖLÇÜMLER		KONTROL GRUBU
POSTOP 4.SAAT	BAĞIRSAK SESLERİ	
POSTOP 8.SAAT	BAĞIRSAK SESLERİ	
POSTOP 12.SAAT	BAĞIRSAK SESLERİ	
	İLK GAZ ÇIKIŞI	
	DEFEKASYON GERÇEKLEŞME	

EK 4: KURUM İZNİ

T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE

“Sezaryen Sonrası Uygulanan Akupressürün Gastrointestinal Motiliteye Etkisinin Belirlenmesi” konulu çalışmamız için Anabilim Dalınızda ve/veya Araştırma ve Uygulama Merkezinde uygulamamıza izin verilmesi için müsaadelerinizi arz ederim.

Hemş. Ayşe Üstün Tokay

Dr. Öğrt. Üy. Hacer Gülen Savaş

Kadın Doğum Servisi Anabilim Dalında çalışma yapması uygundur.

Kadın Doğum Servisi Anabilim Dalı Başkanı

Tarih: 04.03.2019

Adı Soyadı: Prof. Dr. Fikret Gökhan Göynümer

İmzası:

Prof. Dr. Fikret Gökhan Göynümer
Kadın Doğum Servisi Anabilim Dalı Başkanı
Tarih: 04.03.2019

Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışmalar yapması uygundur.

Başhekim

Tarih: Prof. Dr. Öner Abidin BALBAY

Adı Soyadı: Başhekim
(Merkez Müdürü)

İmzası:

EK 5: ETİK KURUL ONAYI

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ									
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU									
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI				Sezaryen Sonrası Uygulanan Akupressürün Gastrointestinal Motiliteye Etkisinin Belirlenmesi					
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU									
OLGU RAPOR FORMU						Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐			
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ						Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐			
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama					
	SIGORTA								
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ								
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU								
	İLAN								
	YILLIK BİLDİRİM								
	SONUÇ RAPORU								
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ								
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2019/61			Tarih: 18.03.2019					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.								
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI				İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:				Doç.Dr.Gülbin SEZEN					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza	
Prof. Dr. Hüseyin YÜCE	Tıbbi Genetik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	H ☐			
Prof.Dr.Atilla Seni MAYDA	Halk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	H ☐			
Doç.Dr.Ege GÜLEÇ BALBAY	Göğüs Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒	H ☐			
Doç.Dr.Muhammet Ali KAYIKÇI	Üroloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	H ☐			
Doç.Dr.Birgül ÖNEÇ	İç Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒	H ☐			
Doç.Dr.Mehmet GAMSIZKAN	Patoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	H ☐			
Dr Öğr. Üyesi Nuri Cenk COŞKUN	Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	H ☐			
Dr Öğr. Üyesi Fırlız SÜZER OZKAN	Hemşirelik Bölümü	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒	H ☐			
Dr Öğr. Üyesi Önder KILIÇASLAN	Çocuk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	H ☐			
Dr.Öğr. Üyesi Abdullah BELADA	KBB	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐	H ☒			
Dr Öğr. Üyesi Zerrin GAMSIZKAN	Tıp Eğitimi ve Bilişimi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒	H ☐			
Mustafa Salih EROL	Biyomedikal Uzmanı	Düzce Üniversitesi Sağlık Uyg.ve Araş. Merkezi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	H ☐			
Kenan VAROL	Sivil Üye	Varoller Demir Çelik Ürünleri San.ve Tic.Ltd.Şti	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	H ☐			
Metin POLAT	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒	H ☐			

*:Toplantıda Bulunma

.;Dr.Gülbin SEZEN

.: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK 6: SERTİFİKA



9. ÖZGEÇMİŞ

yılında da doğdu. Lise eğitimini Ankara Kalaba Lisesi'nde, lisans eğitimini ise 2005-2009 yılları arasında Kırşehir Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünde tamamladı. 2011-2014 yılları arasında Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalında Halk Sağlığı yüksek lisans programını bitirdi. 2018 yılında Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Bölümünde yüksek lisans programına başladı. Göreve başladığı 2009 yılından itibaren Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde hemşire olarak halen görev yapmaktadır. Evli ve iki çocuk annesidir.