



## Sezaryende Pre, Peri ve Post-Op Ebelik Bakımı

### Pre, Peri and Post-Op Midwifery Care in Caesarean Section

Gamze Ceylan<sup>a\*</sup>, Serap Ejder Apay<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Araştırma Görevlisi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Erzurum, Türkiye.

<sup>\*</sup> İletişimden sorumlu yazar / Corresponding Author, E-mail: [gamzeczyln06@gmail.com](mailto:gamzeczyln06@gmail.com)

<sup>b</sup> Profesör Doktor, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Erzurum, Türkiye.

#### ARTICLE INFO

##### Article History:

Received: 17.04.2023

Received in revised form: 16.06.2023

Accepted: 12.07.2023

##### Keywords:

Midwife

Midwifery care

Cesarean section

#### ABSTRACT

Pregnancy and childbirth are one of the unique experiences that lead to biopsychosocial changes for women. With the birth, the role of the woman will change, her adaptation to motherhood will begin and she will have new responsibilities. However, the fact that the expectant mother often experiences fear, worry, anxiety and anxiety about childbirth during pregnancy can cause this period to turn into a crisis. Therefore, midwife support is very important for pregnant women in the antenatal and perinatal period. The general purpose of perinatal care; to protect and maintain mother-infant health, to detect possible maternal or fetal risks in the early period and to intervene promptly, to minimize maternal, fetal and neonatal mortality and morbidity levels. For this reason, midwifery care services are very much needed in cesarean delivery, as in vaginal birth, in order for pregnancy, birth and postpartum period to continue uneventfully and healthily. In this review, preoperative, perioperative and postoperative midwifery care for acute and/or elective cesarean section is discussed based on the guide published by the Auckland District Health Board (ADHB) and considering other literature.

#### MAKALE BİLGİLERİ

##### Makale Geçmişi:

Geliş Tarihi: 17.04.2023

Revizyon Tarihi: 16.06.2023

Kabul Tarihi: 12.07.2023

##### Anahtar Kelimeler:

Ebe

Ebelik bakımı

Sezaryen

#### ÖZET

Gebelik ve doğum kadın için biyopsikososyal değişimlere yol açan, eşi bulunmayan özel deneyimlerden biridir. Doğumla birlikte kadının rolü değişecek, anneliğe adaptasyonu başlayacak ve yeni sorumlulukları olacaktır. Ancak gebelik süresince anne adayının sıklıkla doğuma dair korku, endişe, kaygı ve anksiyete yaşaması bu dönemin krize dönüşmesine neden olabilmektedir. Bu nedenle gebe için perinatal dönemde ebe desteği çok önemlidir. Perinatal bakımın genel amacı; anne-bebek sağlığının korunması ve sürdürülmesi, olası maternal ya da fetal risklerinin erken dönemde saptanması ve derhal müdahale edilmesi, maternal, fetal ve neonatal mortalite ve morbidite düzeyini en aza indirmektir. Bu nedenle gebelik, doğum ve postpartum dönemin sorunsuz ve sağlıklı devam edebilmesi için vajinal doğumda olduğu gibi sezaryen doğumda da ebelik bakım hizmetlerine çok fazla ihtiyaç vardır. Bu derlemede, Auckland Bölge Sağlık Kurulunun (ADHB) yayımladığı kılavuz esas alınmış, diğer literatürler de göz önünde bulundurularak akut ve/veya elektif sezaryen için preoperatif, perioperatif ve postoperatif süreçteki ebelik bakımına değinilmiştir.

#### 1. Giriş

Bir toplumun sürdürülebilirliği ancak insan soyunun devamlılığı ile gerçekleşir. Bu devamlılık için olmazsa olmaz insanın doğurganlık fonksiyonudur. Bu fonksiyon vajinal yoldan gerçekleşebileceği gibi gerekli durumlarda sezaryen ile de gerçekleşebilen doğum eylemi, kadınlar için içerisinde korku, heyecan ve mutluluk gibi ambivalan duygular barındıran bir deneyimdir (1). Özellikle günümüz dünyasında ve ülkemizde hızla artış gösteren ve tıbben gerekli olduğu durumlarda başvuru sezaryen uygulamalarında; kadınlar preoperatif, perioperatif ve postoperatif dönemde sıklıkla cerrahi operasyona ait sıkıntılara maruz kalmaktadır. Bu durumu minimize etmek ya da ortadan kaldırmak için ebeler, gebe-fetüs/anne-

yenidoğanın sağlığını korumak ve sürdürmek için çok önemli rol ve sorumluluklar düşmektedir (2). Bu derlemede; başta Auckland Bölge Sağlık Kurulunun (ADHB) yayımladığı kılavuz esas alınmış, diğer literatürler de göz önünde bulundurularak akut ve/veya elektif sezaryen için preoperatif, perioperatif ve postoperatif süreçteki ebelik bakımına değinilmiştir.

#### 2. Sezaryen Doğum

Sezaryen; abdomen ve uterus ön duvarına yapılan kesikle fetüsün, plasenta ve membranların operatif bir şekilde doğurtulması işlemidir. Bir kez sezaryen operasyonu geçirmiş vakalar primer

sezaryen, iki ve üzerinde sezaryen operasyonu geçirenler ise mükerrer sezaryen olarak adlandırılır. Doğum eylemi başlamadan veya herhangi bir endikasyon olmamasına rağmen sezaryene başvurmaya ise elektif sezaryen denir (3).

### 3. Dünyada ve Türkiye’de Sezaryenin Tarihi

Latince “caedere” kesmek anlamına gelen sezaryen, tarihte abdomene yapılmış ilk operasyondur. Sezaryen kelimesinin kökeninin annesinin karnından doğurtulduğu için Julius Caesar’dan geldiği söylene de farklı rivayetler vardır. Sezaryene ait örnekler bakıldığında ilk resmi kayıt, MÖ 2000 yılında Sümerlere ait olduğu görülmektedir. Antik Çağlara bakıldığında ise mitolojik tanrıların abdomenden insizyonla doğurtulduğu anlatılmaktadır. Büyük İskender’in de abdomenden insizyonla doğurtulduğu rivayet edilmektedir. Sezaryen ile ilgili dönüm noktası, ilk olarak 1817 yılında Barlow’un uterusu dikiş atan Leber’den sonra ikinci kişi olması ve 1882 yılında asistan Max Sanger’in uterus duvarının dikilebileceğini savunmasıyla gerçekleşmiştir. Ülkemizde ilk başarılı sezaryen operasyonu ise 1900’lü yıllarda saray cerrahı olan Cemil Topuz tarafından II. Abdülhamit Dönemi’ndeki Maliye Nazırı Hüseyin Sabri Bey’in eşi Melek Hanım’a yapılmıştır (4-6).

### 4. Sezaryen Sıklığı

Sezaryen doğumlar 1960 yılına kadar tüm doğumların %5’inden azını oluşturup yalnızca maternal endikasyonlar için tercih ediliyordu. 1980’li yıllara gelindiğinde fetal endikasyonlar gerekçesiyle yapılmaya başlanmış ve sezaryen oranları bazı bölgelerde %20-25 oranlarına kadar yükselmiştir. Endikasyonların genişlemesi sezaryenin giderek yaygınlaşmasına neden olmuştur. Tüm dünyada sezaryen oranlarındaki artış; kadınların daha ileri yaşlarda çocuk sahibi olması, geç evlenmesi ve daha az doğum yapması, ultrasonografinin yaygın kullanımı, elektronik fetal monitörizasyonun yaygınlaşması, malprezantasyon, orta pelviste müdahaleli vajinal doğumun azalması, girişim ve anestezi teknikleri, antibiyotik ve kan ürünlerinin geliştirilmesi, gelir ve eğitim seviyesinin yükselmesi gibi nedenlere bağlı gerçekleşmiştir. Bu durum tüm dünyada sezaryen doğum oranlarında istenmeyen bir artışa neden olmuştur (2,3,7).

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 1985 yılından itibaren hedeflediği sezaryen oranı %10-15’tir (8). Sezaryen oranları tüm dünyada eşit olmasa da artmaktadır ve artışın devam edeceği öngörülmektedir. Bir kadının dünyanın neresinde yaşadığına bağlı olarak sezaryene erişiminde önemli farklılıklar bulunmaktadır. En az gelişmiş ülkelerde kadınların yaklaşık %8’i sezaryenle doğum yaparken Sahraaltı Afrika’da bu oran sadece %5’tir. Bu durum sezaryen

endikasyonu olduğunda, bu ameliyata erişimde endişe verici bir eksiklik olduğunu göstermektedir. Buna karşılık Latin Amerika ve Karayipler’de bu oran tüm doğumların 10’da 4’üne (%43) kadar yükselmektedir. Beş ülkede (Dominik Cumhuriyeti, Brezilya, Kıbrıs, Mısır ve Türkiye) sezaryen doğumlar artık vajinal doğumlardan daha fazladır. Dünya genelinde sezaryen oranları 1990 yılında yaklaşık %7 iken günümüzde %21’e yükselmiştir ve içinde bulunduğumuz on yıl boyunca artmaya devam edeceği tahmin edilmektedir. Araştırmaya göre bu eğilim devam ederse 2030 yılına kadar en yüksek oranların Doğu Asya (%63), Latin Amerika ve Karayipler (%54), Batı Asya (%50), Kuzey Afrika (%48), Güney Avrupa (%47) ve Avustralya ve Yeni Zelanda’da (%45) olması muhtemeldir (9). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) verilerine göre ise 2013 yılında ülkemizdeki sezaryen doğum oranı %48 iken, 2018 verilerine göre bu oran %52’ye hatta Sağlık İstatistikleri Yıllığı raporuna göre %54.9’a yükselmiştir (10,11).

Sezaryen doğumdaki maternal mortalite vajinal doğuma göre 4-8/10000 olmak üzere 26 kat daha fazla olması, sağlık hizmetinin sezaryen doğumda vajinal doğuma göre daha pahalı olması ve doğum sonrası taburculuk süresinin uzaması sezaryen endikasyonunu belirlemede dikkate alınması gereken noktalardır (12).

### 5. Sezaryen Endikasyonları

Vajinal doğumun kontrendike kabul edildiği, doğumun hızlandırılması gereken ancak vajinal doğumun mümkün olmadığı durumlarda, anne ve fetüsün iyilik halinin tehlikeye girdiği distosilerin varlığında abdominal kesi ile doğumun gerçekleştirilmesi endikedir. Sağlık Bakanlığı 2010 yılı “Doğum ve Sezaryen Eylemi Rehberine” göre sezaryen endikasyonları dört başlıkta toplanmaktadır. Bunlar:

#### 5.1. Anneye ait endikasyonlar

- Daha önce geçirilmiş sezaryen operasyonu
- Uterus kontraksiyonlarının sıklık, süre ve şiddet açısından eylemi ilerletmemesi
- Ağır preeklamsi ve eklamsi
- Kadında kalp hastalığı ve diyabet gibi travayı engelleyecek hastalıkların olması
- Sefalopelvik uyumsuzluk
- Vulva ve vajen hiperplazisi
- Histerektomi, myomektomi ve vajinal septal operasyonlar
- Genital yolla bulaşan enfeksiyonların varlığı

#### 5.2. Bebeğe ait endikasyonlar

- Malprezantasyon
- Fetal distres

- Postmaturite
- Hidrosefali, anensefali, yapışık ikiz gibi fetal anomaliler
- Rh uyumsuzluğu
- Çoğul gebelik
- Makrozomik bebekler

### 5.3. Fetal eklere ait endikasyonlar

- Plasenta previa
- Dekolman plasenta
- Kord prolapsusu ve kord sarkması
- Polihidroamnios
- Oligohidroamnios

### 5.4. Sosyal endikasyonlar

- Annenin ısrarcı ve istekli olması
- Annenin yaşı
- Primigravide
- Kıymetli bebek
- Vajinal doğum korkusu (13).

## 6. Sezaryen Komplikasyonları

Sezaryen doğum; kabul edilebilir ölçüde güvenli cerrahi prosedür olmasına rağmen diğer cerrahi operasyonlar gibi anesteziye ve cerrahi müdahalelere bağlı pek çok riski beraberinde getirmektedir. Vajinal doğumdan daha yüksek oranda (26 kat) morbidite ve mortaliteye sahiptir (3,14).

Sezaryen doğumdan sonra gerçekleşebilecek komplikasyonlar arasında endometrit, salfenjit, postoperatif kanama, insizyon yeri enfeksiyonu, ateletazi, mesane ve üreter travması, fistüller, aspirasyon pnömonisi, tromboflebit, pulmoner emboli, eski insizyon yerinde açılma, barsak obstrüksiyonu, anesteziye bağlı komplikasyonlar, histerektomi, ateş, hematoma, septik pelvik tromboflebit, uterus insizyon yerinde plasenta previa ve akreata gelişmesi, üriner sistem enfeksiyonları ve uterus rüptürü yer almaktadır (6,15,16).

## 7. Sezaryen ve Ebelik Bakımı

Özellikle günümüz dünyasında ve ülkemizde hızla artış gösteren ve tıbben gerekli olduğu durumlarda başvuru sezaryen uygulamalarında kadınlar preoperatif, perioperatif ve postoperatif dönemde sıklıkla cerrahi operasyona ait sıkıntılara maruz kalmaktadır (2). Kadınların bu sürece adaptasyonlarını sağlamak, iyileşmelerini hızlandırmak, anne-yenidoğan sağlığını koruyup geliştirmek, taburculuk süresini kısaltmak için sezaryen uygulamasının her aşamasında holistik yaklaşım ile anne-bebek takibi yapılmalı ve ebelik bakım hizmeti sunulmalıdır. Bu bölümde

akut ve/veya elektif sezaryen için preoperatif, perioperatif ve postoperatif süreçteki ebelik bakımına değinilmiştir (17).

### 7.1. Sezaryen öncesi (preoperatif) ebelik bakımı

Ebeler; ADHB'nin yayımladığı kılavuza göre kadını operatif sürece hazırlamak ve ameliyathanede güvenli bakım sağlamayabilmek için aşağıdaki adımları izlemelidir (17).

1. Aşağıdaki kriterleri dikkate alarak klinik kayıt işlemlerinin tamamlanması:

- Hasta bilekliği
- Kayıt formu
- Anestezi kaydı
- Ameliyat öncesi gerekli konsültasyon işlemlerinin kaydedilmesi
- Tedavi planının belirlenmesi
- Epidural/spinal uygulama için gerekli işlemlerin kayıt edilmesi
- Doğum sürecinin kayıt edilmesi
- Yenidoğan sağlığının değerlendirilmesi
- Plasentanın istenip istenmediğine dair görüşler

2. Kadını ameliyathaneye hazırlama:

- Hasta kimliğinin doğrulanması
- Oral kısıtlama
- IV infüzyonu başlatma ve/veya devam ettirme
- Order edilen ilaçları ameliyat öncesi uygulama
- Üriner kateter takma
- Ameliyathane önlüğü giydirme
- Tırnak cilası, saç tokası, takma diş, yüzük ve diğer mücevherlerin çıkarılması
- Gebeye plasentanın geri verilmesini isteyip istemediğini belirlemek için doğum sürecine ait bakım planını kontrol etme
- Kadına ait değerli eşyaları güvenli bir şekilde saklama ve yakınlarına teslim etme

3. Acil durumlarda kadını, ameliyathane müsait oluncaya kadar doğum odasında takip etme:

- Maternal vital bulguları izlemeye devam etme
- Sürekli CTG (Kardiyotokografi) ile fetal kalp hızını izlemeye devam etme
- Oksitosin infüzyonunu durdurma (Operatif doğum denemesi olmadığı sürece)
- Kadına sol lateral pozisyon verme
- Klinik olarak gerekli ise maske ile O<sub>2</sub> uygulama

4. Elektif CS için:

- Kadının vital bulgularını takip etme
- Gerekirse fetal kalbi CTG ile izleme

5. Gebe ameliyathaneye transfer edildiğinde, ebe gerektiğinde şunları yapabilir:

- Abdominal CTG izlemeyi sonlandırma
- Ameliyathaneye girene kadar fetal kafa derisi elektrotunu (uygulanmışsa) yerinde bırakma veya CTG makinesini getirme
- Ameliyat öncesi kontrol listesi, ebe ve ameliyathane personeli tarafından doldurulmalı ve imzalanmalı
- Ameliyathane hemşiresine teslim işlemini tamamlama
- Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi girişini tamamlama

6. Ameliyathane sağlık asistanın, destek görevlisine yardımcı olması ve nerede ameliyathane önlüğünü giyeceğini veya kadın genel anestezi alıyorsa nerede oturup bekleyeceğini göstermesi (17).

Gebenin sezaryen öncesinde yapılacak tüm işlemlere yönelik bilgilendirilmesi ve aydınlatılmış onamının alınması ebelik hizmetlerinin başında gelir. Sezaryene ait endikasyonlar, kontrendikasyonlar, riskler, uygulanacak anestezi tipi, operasyon sonrası erken nütrisyon ve ambulasyonun amacı, taburculuk süresi gibi konular verilecek eğitimin içeriğini oluşturmaktadır (18).

Aspirasyon riskini minimum düzeyde tutmak için planlanmış sezaryen öncesinde gebenin en az 6 saat öncesinde katı beslenmeye ve en az 2 saat öncesinde de sıvı alımına ara vermesi gerekir (19,20).

Ameliyat öncesi su ve besin ihtiyacını karşılamak kadının yaşayacağı anksiyeteyi azaltacağından ötürü operasyondan 2 saat öncesine kadar gebenin tansiyonlu sıvı alımı desteklenmelidir (20,21). Sezaryen öncesi oral veya mekanik barsak hazırlığı ise herhangi bir fayda göstermediğinden yapılmamalıdır (20).

Doğum sonrası yara enfeksiyonu, endometrit ve ciddi enfeksiyöz komplikasyon riskini azaltmak için abdominal insizyondan 1 saat önce IV olarak profilaktik amaçlı antibiyotik yapılması önerilmektedir (22). Bu amaçla koriamniotik membran rüptürü yaşayanlar (tedavi protokolüne azitromisin de eklenir) hariç tüm kadınlara birinci kuşak sefalosporin önerilir (20). Bu anlamda ülkemizdeki preoperatif uygulamalar göz önüne alındığında hem literatürdeki uygulamalarla hem de ADHB'nin yayımladığı kılavuzla benzerlik gösterdiği anlaşılmaktadır. Ancak plasentanın istenip istenmediğine dair gebeden görüş alma, ülkemizde rutin uygulanan bir protokol değildir.

## 7.2. Sezaryen sırasında (perioperatif) ebelik bakımı

ADHB'nin yayımladığı kılavuza göre sezaryen işlemi sırasında ebe nin sorumlulukları aşağıdaki gibi sıralanmıştır (17):

- Spinal/epidural anestezi sırasında kadının pozisyonlandırılmasına destek/yardımcı olma
- Anestezi uygulanmadan önce ve sonra fetal kalbi kontrol etme, kayıt ile belgeleme

- Fetal kafa derisi elektrotu (uygulanmışsa) yerinde ise CTG ile izleme devam etme, aksi takdirde özellikle epidural/spinal anestezinin yerleştirilmesi sırasında uygun şekilde ultrason veya fetal dopler ile izleme ve klinik kayıtlarda uygun şekilde belgeleme
- Cildin kateterizasyonundan veya hazırlanmasından hemen önce fetal kafa derisi elektrodunu çıkarma
- Gebenin kateterizasyon ve ameliyat için konumlandırılmasına yardımcı olma
- Canlandırma ünitesini kontrol etme
- Doğuma kadar kadını destekleme
- Bebeğin resüsitasyon ve muayenesinde gerektiğinde yenidoğan personeline yardımcı olma
- Anne ve bebeğin isim bilekliklerini kontrol etme ve takıldığından emin olma
- Mümkün olan en kısa sürede anestezi uzmanı, obstetrisyen, yenidoğan personeli ve anne iş birliğiyle anne-bebek arasında ten tene teması başlatma
- Uygun zamanda bebeğin kilosunu ölçme
- Ameliyathanede kalan anne ve bebeğe refakat etme
- Annesi ile birlikte ameliyathanede kalan bebeğin, burada kalma durumunu ameliyathane personeli ile görüşme ve kalması mümkün değilse bebeği, doğum sonrası servise transfer etme
- Klinik kaydı eksiksiz belgelendirme (yenidoğan kaydı, doğum kaydı, klinik kayıtlar, plasenta formu)
- Doldurulmuş kayıt formunu dosyalama
- Anestezi sonrası bakım ünitesinde, bebeği ünite sorumlusuna teslim etme ve ünite sorumlusu ile emzirmeyi başlatma
- Emzirme ve postpartum takip için kadına refakat etme

Ülkemizdeki ve ADHB'nin yayımladığı kılavuzdaki perioperatif ebelik sorumlulukları karşılaştırıldığında, benzer protokollerin izlendiği anlaşılmaktadır. Literatür incelendiğinde sezaryen doğum planlıysa gebenin hastaneye yatışı yapılmadan önce antimikrobiyal sabun ile duş alması önerilir. Operasyon öncesi abdomeni insizyona hazırlamak için klorheksidin-alkol tercih edilmektedir. Ayrıca doğumdaki veya membran rüptürü olan kadınlarda sezaryen doğumdan önce povidon-iyot solüsyonlu bir antimikrobiyal preparatla vajinal temizlik yapılmalıdır (23). Ancak literatürdeki bu uygulamalar, ülkemizde rutin değildir.

Tromboemboli riski taşıyan kadınlara Heparin uygulaması önerilir (24). Cerrahi operasyon sırasında hipovolemi riski gibi perioperatif komplikasyonları ortadan kaldırmak için IV sıvı tedavisiyle vücudun normal sıvı-elektrolit dengesi korunmalıdır. Ayrıca gebenin hipotansiyon, bulantı-kusma ve uteroplantal kan akımı yetersizliği

gibi anestezi komplikasyonları açısından takibi yapılmalıdır. Yenidoğanın vücut ısısını optimal düzeyde tutmak için ameliyathane sıcaklığı ebe tarafından kontrol edilmelidir. Ani gelişebilecek durumlara karşı yenidoğan resüsitasyon ekibi ve ekipmanları sezaryen odasında hazır bulundurulmalıdır. Doğum sonrası en önemli ebek bakımını; anne-bebek bağımlı güçlendirmek adına erken tene teması başlatmak ve emzirmeyi desteklemektir (23).

### 7.3. Sezaryen sonrası (postoperatif) ebek bakımı

Postpartum dönemdeki ebek bakımının temel amacı; anne-bebek sağlığını korumak, sürdürmek ve geliştirmektir. Böylece toplum sağlığı sürdürülerek gerek ülke ekonomisine katkı sağlanacak, gerekse sağlık personelinin iş yükü azalacaktır. Postpartum ebek bakımına doğumu takiben hemen başlanmalıdır ve anne-bebeği holistik yaklaşımla ele alıp taburculuğa dair bakım ve danışmanlık hizmeti verilmelidir.

ADHB'nin yayımladığı kılavuzda ameliyattan hemen sonraki dönemde; kadının bilinç düzeyinin, kan basıncının, vücut sıcaklığının ve nabzının ebe tarafından değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Postoperatif takipte ebe aşağıdaki uygulamaların takibini yapmalı ve kontrol etmelidir (17):

- Drenaj miktarı ve türü
- İntravenöz infüzyon ve IV sıvı uygulaması
- Pompa üzerinde PCA/PCEA (Patient Controlled Analgesia/ Patient-Controlled Epidural Analgesia) uygulamasının kontrolü
- Daha önce uygulanan analjezinin dozu, ağrı düzeyi ve daha ileri analjezi için gereksinimin belirlenmesi
- Spinal/epidural bölgenin kontrolü
- Uygun Venöz Tromboprofilaksi uygulanması (Flowtron, TEDs Clexane)
- Oksijen verilmesi
- İdrar sondasının açıklığı, idrar rengi ve miktarı
- Kesi yerinin kontrolü
- Loşia miktarı
- Uterotonik ajan
- Emzirmenin etkinliği
- Optimum ventilasyon ve hemodinamik durumu koruma (Ameliyat sonrası ilk dönemde kadın, yarı yatar pozisyonda konumlandırılır ve oksijen uygulanır. Kan basıncı, sıcaklığı ve nabızı 4 saat boyunca veya stabil olana dek yarım saatte bir ölçülür. Kadın derin nefes almaya, öksürmeye ve bacak egzersizlerine teşvik edilir. 6-12 saat içinde ambulasyona başlatılır.)

- Anne ve bebek arasındaki bağlanmayı destekleme (Anne emzirmeye teşvik edilir ve bebeğini emzirmesi için desteklenir.)
- Sıvı ve elektrolit dengesini koruma (IV rejim öngörüldüğü şekilde uygulanır ve kayıt edilir. Postoperatif bulantı-kusmayı önlemek için antiemetikler ve buzlu su verilir. Kalıcı kateter yerinde iken idrar çıkışı ölçülüp aldığı-çıkardığı kayıt altına alınır. Kalıcı kateterin çıkarılmasını takiben ilk miksiyon kaydedilir (normalde doğumdan 12 saat sonra). Kadın, kateterin çıkarılmasından 6 saat sonra idrarını yapamıyorsa veya mesane palpe ediliyorsa yeniden kateterize edilir. Ebe, sıvı dengesine dair problem söz konusu olduğunda doğum uzmanına bildirir.)
- Anne ve bebek sağlığını optimal düzeyde tutma
- Doğum sonrası anne ve aile üyelerinin kaygısını minimum düzeyde tutma (Tüm bakım ve işlemler öncesinde kadın bilgilendirilir. Kadın ve ailesinin korkularını/sorunlarını ifade etmeleri ve soruları yanıtlamaları için fırsat verilir.)

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2010 yılında yayımladığı Doğum Sonu Anne ve Yenidoğan Bakımı Uygulama kılavuzuna göre ise lohusa için vital takip, uterus involüsyon ve kanama takibi; yenidoğan için umbilikal kord kontrolü, bağışıklama, beslenme ve kilo takibi gibi uygulamalar postpartum bakımın temelini oluşturmaktadır (25).

Enhanced Recovery After Surgery/Ameliyat Sonrası Geliştirilmiş İyileşme (ERAS) kılavuzuna göre postpartum süreçte yapılması gereken uygulamalar ise şunlardır: Gecikmiş oral alım planlanıyorsa gastrointestinal fonksiyonun iyileşme süresini hızlandırdığı için sakız çiğneme önerilmektedir. Antiemetik ajanlar postoperatif bulantı ve kusmayı önlerken; nonsteroid antiinflatuar ilaçlar ve parasetamol içeren multimodal analjezikler ise iyileşmeyi hızlandırır. Sezaryen doğumdan sonraki 2 saat içinde düzenli bir diyet ve perioperatif glikoz kontrolü önerilir. Doğum sonrası tromboembolizme karşı profilaksi amacıyla varis çorabı kullanılmalıdır. Aynı amaçla Heparin rutin olarak kullanılmamalıdır. Postpartum iyileşmeyi hızlandırmak amacıyla önerilen bir diğer uygulama ise erken mobilizasyondur. Ameliyat sırasında idrar drenajı için sonda yerleştirilmiş ise doğumdan sonra ilk 24 saat içinde çıkarılmalıdır. Emzirme, enfeksiyon belirtileri, aktivite kısıtlamaları ve hangi durumlarda tıbbi yardım alması gerektiği gibi konularda lohusaya taburculuk öncesinde bakım ve danışmanlık hizmeti verilmelidir. İletişim bilgileri alınan kadına; taburculuk işlemi gerçekleştikten 24 saat sonra ulaşıp hem kendinin hem de bebeğinin herhangi bir sağlık problemi yaşayıp yaşamadığı sorgulanmalı ve varsa soruları cevaplanmalıdır (26). Tüm bu bilgilerden yola çıkarak ADHB, DSÖ, ERAS ve literatürdeki bilgilerin hepsinin ortak paydasının; postpartum dönemde maternal-



neonatal mortalite ve morbiditeyi en aza indirgeyerek anne-bebek sağlığını korumak, sürdürmek ve geliştirmek olduğu söylenebilir.

## 8. Sonuç

Anne-bebek sağlığının korunması ve sürdürülmesi, olası maternal ya da fetal risklerinin erken dönemde saptanması ve derhal müdahale edilmesi, maternal, fetal ve neonatal mortalite ve morbidite düzeyini en aza indirmek, ebelerin vermekle yükümlü olduğu perinatal bakım hizmetleri arasında yer almaktadır. Özellikle tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de artış gösteren sezaryen uygulamalarında; ebelere büyük rol ve sorumluluklar düşmektedir. Ebeler; kadının gebelik ve doğum sürecine yakinen eşlik eden sağlık çalışanı olması nedeniyle operasyon öncesi, operasyonda ve operasyon sonrasında kadına, bireyselleştirilmiş sürekli destekleyici bakım sağlamalıdır. Bu nedenle ADHB'nin yayımladığı kılavuzda da belirtildiği üzere gebelik, doğum ve postpartum dönemin sorunsuz ve sağlıkla devam edebilmesi için ebelik bakım hizmetlerine çok fazla ihtiyaç vardır. Bu hizmetler; eğitim, bakım, destek ve danışmanlık hizmetlerini kapsamaktadır. Gerek kadın sağlığı, gerekse aile ve toplum sağlığının optimum düzeyde tutulabilmesi için ebelerin kadınları yakından takip etmesi gerekir.

Gebeliğin özellikle son trimesterında baskın olan ambivalan duyguların altında yatan temel nedenlerden biri doğum korkusu ve/veya doğum şeklidir. Bu durum, antenatal ve perinatal dönemde ebeler tarafından ele alınmalı ve yeterli düzeyde eğitim ve danışmanlık hizmetleriyle doğum eylemine dair yaşanan korkuların anlatılabileceği uygun ortamlar oluşturulmalıdır. Ayrıca eylemde kadın desteklenmeli, cesaretlendirilmeli ve eyleme aktif katılımı sağlanmalıdır. Bu destek; ebe ve kadın arasındaki pozitif ilişkiyi güçlendirerek preoperatif, perioperatif ve postoperatif süreci iyileştirecek, cerrahi operasyona ait sıkıntılar ortadan kaldıracaktır. Böylece anne-bebek sağlığı korunarak toplum sağlığı da korunmuş olacak ve sağlıklı nesiller yetişecektir.

**Çıkar Çatışması:** Bu çalışmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

**Finansal Destek:** Bu çalışmada herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

**Etik Kurul Onayı:** Bu çalışma için etik kurul onayına gerek yoktur.

## Yazarlık Katkısı:

SEA: Fikir, tasarım, eleştiren inceleme ve son kontrol.

GC: Literatür taraması, makale yazımı ve son kontrol.

## Kaynaklar

1. Aksoy Derya Y, Özşahin Z, Uçar T, Erdemoğlu Ç, Ünver H. Gebelikteki yakınmaların yaşam kalitesine etkisi ile psikososyal sağlık düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2018;12(3):171-177. doi: [10.21763/tjfmpe.452447](https://doi.org/10.21763/tjfmpe.452447)
2. Demirbaş M, Karabel MP, İnci MB. Türkiye'de ve Dünya'da değişen sezaryen sıklığı ve olası nedenleri. Sakarya Tıp Dergisi. 2018;7(4):158-163. doi: [10.31832/smj.368600](https://doi.org/10.31832/smj.368600)
3. Sağsöz N. Operatif doğumlar. Editör: Günalp S, Tuncer S. Kadın Hastalıkları ve doğum, 1. baskı, Pelikan Yayınevi, Ankara 2004 s:167-168.
4. Karabulutlu Ö. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. Florence Nightingale Journal of Nursing. 2013;20(3):210-218.
5. Boley JP. The history of caesarean section. Can Med Assoc J. 1991;145:319-22. PMID: [1873766](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1873766/)
6. O'Sullivan FJ. Caesarean birth. The Ulster Medical Journal. 1990;59:1-10. PMID: [2190402](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2190402/)
7. Güler ES, Yanikkerem E. Kadınların doğum yöntemleri ve sezaryen sonrası vajinal doğum hakkında düşünceleri. STED. 2018;27:27-36.
8. World Health Organization (WHO). Caesarean sections should only be performed when medically necessary, 2015. Date: 12.06.2022. Available from: <https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/en/index.html#:~:text=Although%20it%20can%20save%20lives.and%20long%2Dterm%20health%20problems>
9. World Health Organization (WHO). Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access. Date: 05.06.2023. Available from: <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>
10. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 2013. Erişim tarihi: 12.06.2022. Erişim adresi: <http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/02/Turkiye-Nufus-ve-Sa%20C4%9Flik-Arastirmasi-2013.pdf>
11. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 2018. Erişim tarihi: 12.06.2022. Erişim adresi: [http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018\\_ana\\_Rapor.pdf](http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf)
12. Kunt İşgüder Ç, Bulut YE, Yılmaz G, Yılmaz Doğru H, Özsoy AZ, Başol N. Kliniğimizde 2014-2016 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2017;14(4):168-171.
13. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Doğum ve sezaryen eylemi yönetim rehberi 2010. Erişim tarihi: 17.05.2022. Erişim adresi: <https://kalite.saglik.gov.tr/Eklenti/6407/0/dogum-ve-sezaryen-eylemi-yonetim-rehberipdf.pdf>
14. Şahin NH. Seksio-sezaryen: yaygınlığı ve sonuçları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2009;2(3):93-98.
15. Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Ha Visser G, Se Homer C et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. The Lancet. 2018;392:1349-57. doi: [10.1016/S0140-6736\(18\)31930-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31930-5)
16. Coşkun A, Köstü B, Ercan Ö, Kıran H, Güven MA, Kıran G. Kahramanmaraş il merkezinde 2004-2006 yıllarındaki doğumların karşılaştırılması. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi. 2007;4(3):168- 72.
17. Auckland District Health Board (Auckland DHB). Date: 12.06.2022. Available from: <https://www.nationalwomenshealth.adhb.govt.nz/assets/Womens-health/Documents/Policies-and-guidelines/Caesarean-Section-CS-Pre-Peri-and-Post-Op-Care-pdf>
18. Polat İM. Obstetrik ve perinatolojik girişimler ve ERAS. İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi. 2018;10(4):33-40. doi: [10.5222/iksst.2018.18894](https://doi.org/10.5222/iksst.2018.18894)
19. Apfelbaum JL, Hawkins JL, Agarkar M, Bucklin BA, Connis RT, Gambling DR et al. Practice guidelines for obstetric anesthesia: an updated report by the american society of anesthesiologists task force on obstetric anesthesia and the society for obstetric

- anesthesia and perinatology. *Anesthesiology*. 2016;124(2):270-300. doi: [10.1097/ALN.0000000000000935](https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000935)
20. Wilson RD, Caughey AB, Wood SL, Macones GA, Wrench IJ, Huang J et al. Guidelines for antenatal and preoperative care in cesarean delivery: enhanced recovery after surgery society recommendations (part 1). *American Journal Of Obstetrics and Gynecology*. 2018; 219(6):523-531. doi: [10.1016/j.ajog.2018.09.015](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.09.015)
21. Hausel J, Nygren J, Lagerkranser M, Hellström PM, Hammarqvist F, Almström C et al. A carbohydrate-rich drink reduces preoperative discomfort in elective surgery patients. *Anesthesia & Analgesia*. 2001;93(5):1344-1350. doi: [10.1097/0000539-200111000-00063](https://doi.org/10.1097/0000539-200111000-00063)
22. Bollig C, Nothacker M, Lehane C, Motschall E, Lang B, Meerpohl JJ et al. Prophylactic antibiotics before cord clamping in cesarean delivery: a systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2018;97(5):521-535. doi: [10.1111/aogs.13276](https://doi.org/10.1111/aogs.13276)
23. Caughey AB, Wood SL, Macones GA, Wrench IJ, Huang J, Norman M et al. Guidelines for intraoperative care in cesarean delivery: enhanced recovery after surgery society recommendations (part 2). *American Journal Of Obstetrics and Gynecology*. 2018;219(6):533-544. doi: [10.1016/j.ajog.2018.08.006](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.08.006)
24. Ducloy-Bouthors AS, Baldini A, Abdul-Kadir R, Nizard J. European guidelines on perioperative venous thromboembolism prophylaxis: Surgery during pregnancy and the immediate postpartum period. *European Journal of Anaesthesiology| EJA*. 2018;35(2):130-133. doi: [10.1097/EJA.0000000000000704](https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000000704)
25. Can HÖ. Doğum sonrası bakım rehberlerinin kanıt temelli çalışmalarla gözden geçirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2015;5(2):40-47.
26. Macones GA, Caughey AB, Wood SL, Wrench IJ, Huang J, Norman M et al. Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations (part 3). *American Journal Of Obstetrics and Gynecology*. 2019; 221(3):247.e1-247.e9. doi: [10.1016/j.ajog.2019.04.012](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.04.012)