SEZARYEN OPERASYONU SONRASI POSTPARTUM İDRAR RETANSİYONU ve RİSK FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Elif Balkan

191502203

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Demet Avcı Alpar

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Haziran, 2022

SEZARYEN OPERASYONU SONRASI POSTPARTUM İDRAR RETANSİYONU ve RİSK FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Elif BALKAN

191502203

ORCID: 0000-0002-4792-1857

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Demet Avcı Alpar

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Haziran, 2022



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

TEŞEKKÜR

Tez araştırmanın planlanması, yürütülmesi ve uygulanması aşamasında emeğini, sabrını, bilgisini, zamanını ve sevgisini esirgemeden her anımda, zorlu zamanlarda yanımda olan öğrencisi olmaktan hep gurur duyduğum danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Demet AVCI ALPAR'a,

Tez araştırmamın istatistik analizlerinde bana sabırla ve anlayışla destek veren Sayın Uzm. Dr. Soykan ŞAHİN'e,

Bu süreçte maddi ve manevi beni her zaman destekleyerek yanımda olan değerli eşim Ahmet BALKAN'a,

Bana annelik duygusunu yaşatan, annesine bu süreçte anlayışla destek olan güler yüzlü biricik oğlum Ahmet Tuğra BALKAN'a,

Kızları olmaktan her zaman gurur duyduğum ve her daim desteğini hissettiğim annem Seher AKSÖZ, babam Yakup AKSÖZ'e,

Her anımda yanımda olan kıymetli dostum Derya DURAK'a,

Teşekkür ve minnetlerimi sunarım.

Elif Balkan

29/06/2022

ÖZ

SEZARYEN OPERASYONU SONRASI POSTPARTUM İDRAR RETANSİYONU VE RİSK FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Elif BALKAN
Yüksek Lisans Tezi
Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Demet Avcı Alpar
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2022

Bu araştırma sezaryen operasyonu sonrasında postpartum idrar retansiyonu (PİR) görülme durumlarını ve risk faktörlerini değerlendirmek, PİR ile ilişkili neden ve risk faktörlerini belirlemek, sezaryen sonrası kadınların kendilerinde olan değişimin farkına varıp tedavi alma durumlarını ve bu soruna hazırlayan obstetrik faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

PİR iyi değerlendirilemeyen ve çoğunlukla atlanan çok önemli bir tablo olup bireyin yaşam kalitesini düşürüp, hayatı tehdit eden bir durumdur ve doğum sonu komplikasyonu olarak karşımıza çıkmaktadır. Örnekleme araştırmayı kabul eden 240 hasta dahil edilmiştir. Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından hazırlanan 56 soruluk soru formu ile toplanmıştır.

Sezaryen sonrası sonra aşırı kanama görülmesi veya uterus atonisi görülen kadınlarda ve buna bağlı fundus masajı yapılanlarda ($p=0,01$), üriner kateteri 8 saat ve daha sonrasında çıkarılanlarda ($p=0,03$), üriner kateteri çıktıktan 6 saat sonra idrarını yapamayanlar ($p<0,001$), üriner kateter çıktıktan sonra zorlanma veya pelvik ağrı hissedenlerde ($p<0,001$), ameliyattan sonra idrar hissini hissedemeyenlerde ($p<0,001$), erken mobilizasyonu sağlanamayanlarda ($p<0,001$), taburculuk sonrası kişisel hijyenini sağlamakta zorlananlarda ($p=0,01$) ve taburculuk sonrası günlük 1,4lt ve altında su tüketimi olanlarda ($p=0,03$) taburculuk sonrası Gizli PİR'in majör bulgusu olan idrarını hissedememe durumları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı farklı olduğu bulunmuştur.

PİR sanılanın aksine sık görülebilen ancak ihmal edilen bir sorundur. Gizli PİR, kalıcı miksiyon işlev bozukluğuna yol açabilecek nispeten yaygın bir sorundur. Araştırmamızda tespit edilen risk faktörleri açısından takip ile mesane disfonksiyonu önlenebileceğinden PİR durumunun rutin doğum sonrası kontrol takiplerinde de sorgulanması gereği önerilir. Bu yaklaşımı desteklemek ve Gizli PİR'in risk faktörlerini ve uzun vadeli etkilerini açıklığa kavuşturmak için gelecekteki ileriye dönük kapsamlı araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Sözcükler: İdrar Retansiyonu, Komplikasyon, Postpartum, Sezaryen

ABSTRACT

EVALUATION OF POSTPARTUM URINARY RETENTION AND RISK FACTORS AFTER CESAREAN SECTION

Elif BALKAN
Master of Science Thesis
Department of Interdisciplinary Nursing
Master's Degree Program in Surgical Diseases Nursing
Advisor: Asst. Prof. Demet Avcı Alpar
Maltepe University Graduate Education Institute, 2022

Postpartum urinary retention (PUR) after cesarean delivery incidence of this research and assess risk factors, causes and determine the risk factors associated with PUR, aware of the change in the status of women after cesarean and receiving treatment in preparing this issue and is intended to identify obstetric factors.

PUR is a very important table that cannot be evaluated well and is often skipped, it reduces the quality of life of the individual, is a life-threatening condition and appears as a postpartum complication. The sample included 240 patients who accepted the study. The data of the study were collected through a 56-question questionnaire prepared by the researcher.

Post-cesarean uterine atony and excessive bleeding after massage fundus or those who were given the related common in women (P=0,01), urinary catheter removed afterwards and 8 hours (p=0.03), urinary catheter exiting and those who can't urinate after 6 hours (p<0.001), urinary catheter after exiting strain or women who experience pelvic pain (p<0.001) feel the sensation of urine after surgery (p<0.001) of the Prevention of early mobilization achieved (p<0.001)in, maintaining personal hygiene in force after discharge (P=0,01) and post-discharge and those with under 1.5 liters per day water consumption (p=0.03) with the status of not being able to urinate after discharge with Hidden PUR major findings were found to be statistically different.

Contrary to popular belief, PUR is a common but neglected problem. Hidden PUR is a relatively common problem that can lead to permanent micronutrient dysfunction. Since bladder dysfunction can be prevented with follow-up in terms of the risk factors identified in our study, it is recommended that the PUR status should also be questioned during routine postpartum follow-up. Comprehensive future forward-looking studies are needed to support this approach and clarify the risk factors and long-term effects of Hidden PUR.

Keywords: Urinary Retention, Complication, Postpartum, Cesarean Section

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZ v
ABSTRACT vi
İÇİNDEKİLER vii
TABLOLAR LİSTESİ x
ŞEKİLLER LİSTESİ xii
KISALTMALAR xiii
ÖZGEÇMİŞ xiv
BÖLÜM 1. GİRİŞ 1

1.1. Problem 1
1.2. Amaç 4
1.3. Önem 4
1.4. Varsayımlar 6
1.5. Sınırlılıklar 6
1.6. Tanımlar 6
1.7. Mesane Anatomisi 9
1.8. Miksiyonun Fizyolojisi: 9
1.9. Gebelik Dönemi ve Sezaryen Sonrası Pelvik Tabanda Anatomik ve Fizyolojik Değişiklikler 10
1.10. Üriner Retansiyon Tanımı, Tanısı ve Etiyolojisi 12
1.11. Postpartum İdrar Retansiyonu (PİR) 13
1.12. Postpartum İdrar Retansiyonu Prevalansı 16
1.13. Postpartum İdrar Retansiyonu Patofizyolojisi 16
1.14. Postpartum İdrar Retansiyonu Etiyolojisi ve Risk Faktörleri 18
1.15. Postpartum İdrar Retansiyon Komplikasyonları 19
1.16. Ameliyat Sonrası Postpartum İdrar Retansiyonu Yönetimi ve Tedavisi 20
1.17. Sezaryen Sonrası Hemşirelik Bakımı 24
1.18. Sezaryen Sonrası Postpartum İdrar Retansiyonu Hemşirelik Bakımı 26
1.19. Sezaryen ile Doğum Sonrası Taburculuk Eğitimi 28

BÖLÜM 2. YÖNTEM 30

2.1. Araştırma Modeli 30
2.2. Evren ve Örneklem 30
2.3. Veriler ve Toplanması 31
2.4. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması 34
2.5. Araştırmanın Etik Boyutu 34

BÖLÜM 3. BULGULAR VE YORUMLAR 35

3.1. Bulgular 35
3.1.1. Sezaryen Sonrası Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular 37

3.1.2. Sezaryen Sonrası Hastaların Sağlık Öyküsü ve Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular 39
3.1.3. Sezaryen Sonrası Hastaların Obstetrik Hikâyeleri ile İlgili Bulgular 40
3.1.4. Sezaryen Sonrası Hastaların Ameliyat ve Sonrası Döneme İlişkin Bulgular 43
3.1.5. Sezaryen Sonrası Hastaların Ameliyat Sonrası Problemlerine İlişkin Bulgular 45
3.1.6. Sezaryen Sonrası Hastaların Genitoüriner Sisteme İlişkin Problemlerini İçeren Bulgular 47
3.1.7. Taburculuk Sonrası Evde Bakıma İlişkin Bulgular 49
3.1.8. Taburculuk Sonrası Annenin Bebek Bakım Tutumuna İlişkin Bulgular 50
3.1.9. Sezaryen Sonrası Üriner Kateter Çıktıktan 6 Saat Sonra İdrara Çıkma Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması 51
3.1.10. Sezaryen Sonrası Disüri veya Pelvik Tabanda Ağrı Duyulması Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması 53
3.1.11. Sezaryen Sonrası Ağrı Sebebi ile Tuvalete Gitmek İstememe Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri Karşılaştırılması 55
3.1.12. Taburculuk Sonrası Görülen İdrara Çıkma Hissinin Yok Olması Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması 58
3.1.13. Taburculuk Sonrası Görülen Disüri Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması 61
3.1.14. Taburculuk Sonrası Görülen Anüri Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması 64
3.1.15. Taburculuk Sonrası Görülen Oliguri Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması 67
3.1.16. Taburculuk Sonrası Miksiyon Yapma Sıklığı Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması 70
3.1.17. Taburculuk Sonrası Miksiyon ile İlişkili Problemli Durumların Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması 73
3.1.18. Taburculuk Sonrasında Disüri Durumu ile Bunları Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Multiple Regresyon Analizi 76
3.1.19. Taburculuk Sonrasında Oliguri Durumu ile Bunları Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Multiple Regresyon Analizi 77
3.1.20. Taburculuk Sonrasında Anüri Durumu ile Bunları Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Multiple Regresyon Analizi 78
3.1.21. Taburculuk Sonrasında İdrara Çıkma Hissinin Yok Olması Durumu ile Bunları Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Multiple Regresyon Analizi 80
3.2. Yorumlar 82
3.2.1. Sezaryen Sonrası Hastaların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması 82
3.2.2. Sezaryen Sonrası Hastaların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması 84
3.2.3. Sezaryen Sonrası Hastaların Ameliyat ve Sonrası Döneme İlişkin Bulguların Tartışılması 88
3.2.4. Sezaryen Sonrası Hastaların Taburculuk Öncesi Ameliyat Sonrası Problemlerine İlişkin Bulguların Tartışılması 89
3.2.5. Sezaryen Olmuş Hastaların Genitoüriner Sistem Problemlerine ve Taburculuk sonrası Miksiyon Sorunlarına İlişkin Bulguların Tartışılması 92

3.2.6. Sezaryen Olmuş Hastaların Taburculuk Sonrası Evde Bakım Sürecine İlişkin Bulguların Tartışılması 94
3.2.7. Sezaryen Olmuş Hastaların Taburculuk Öncesi Bazı Parametreleri Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması 96
3.2.7.1. Sezaryen Olmuş Hastaların Ameliyat Sonrası Üriner Kateter Çıktıktan 6 Saat Sonra İdrara Çıkma Durumu Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması 96
3.2.7.2. Sezaryen Olmuş Hastaların Ameliyat Sonrası Disüri veya Pelvik Tabanda Ağrı Duyulması Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması 98
3.2.7.3. Sezaryen Olmuş Hastaların Ameliyat Sonrası Ağrı Sebebi ile Tuvalete Gitmek İstememe Durumu Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması 101
3.2.8. Sezaryen Olmuş Hastaların Taburculuk Sonrası Bazı Parametreleri Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması 103
3.2.8.1 Sezaryen Olmuş Hastaların Taburculuk Sonrası İdrara Çıkma Hissinin Yok Olması Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması 103
3.2.8.2. Sezaryen Olmuş Hastaların Taburculuk Sonrası Disüri Durumu Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması 106
3.2.8.3. Sezaryen Ameliyatı Olmuş Hastaların Taburculuk Sonrası Anüri Durumu Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması 109
3.2.8.4. Sezaryen Olmuş Hastaların Taburculuk Sonrası Oliguri Durumu Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması 113
3.2.9. Taburculuk Sonrası Çoklu Parametreleri arasında İlişki Değerlendirilmesi için Logistik Regresyon Test Bulguların Tartışılması 116

BÖLÜM 4. SONUÇ 119

4.1. Özet 119
4.2. Yargı 120
4.3. Öneriler 120

EK'LER 124

1. Ek-1. Etik Kurul Kararı 124
2. Ek-2. Kurum İzni 125
3. Ek-3. İl Sağlık Müdürlüğü İzni 126
4. Ek-4. Bilgilendirilmiş Onam Formu 127
5. Ek-5. Araştırmacı Soru Formu 128

KAYNAKÇA 135

TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1. Sezaryen Sonrası Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri 37

Tablo 2. Hastaların Sağlık Öyküsü ve Alışkanlıkları 39

Tablo 3. Sezaryen Sonrası Hastaların Obstetrik Özellikleri 40

Tablo 4. Sezaryen Sonrası Döneme Ait Özellikler ...**Hata! Yer işareti tanımlanmamış.**

Tablo 5. Sezaryen Sonrası Yaşanan Problemler 45

Tablo 6. Genitoüriner Sistemle İlişkili Problemler 47

Tablo 7. Taburculuk Sonrası Evdeki Bakım 49

Tablo 8. Taburculuk Sonrası Annenin Bebek Bakım Tutumu 50

Tablo 9. Ameliyat Sonrası Üriner Kateter Çıktıktan 6 Saat Sonra İdrara Çıkma Durumunun Hastaların ile Karşılaştırılması 51

Tablo 10. Ameliyat Sonrası Disüri veya Pelvik Tabanda Ağrı Duyulması Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması 53

Tablo 11. Ameliyat Sonrası Ağrı Sebebi ile Tuvalete Gitmek İstememe Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması 55

Tablo 12. Taburculuk Sonrası Görülen İdrara Çıkma Hissinin Yok Olması Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması 58

Tablo 13. Taburculuk Sonrası Görülen, PİR Semptomu Olan Disüri Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması 61

Tablo 14. Taburculuk Sonrası Görülen Anüri Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması 64

Tablo 15. Taburculuk Sonrası Görülen Oliguri Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması 67

Tablo 16. Taburculuk Sonrası Miksiyon Yapma Sıklığı Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması 70

Tablo 17. Taburculuk Sonrası Miksiyon ile İlişkili Problemli Durumların Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması 73

Tablo 18. Taburculuk Sonrasında Disüri Durumu ile Bunları Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi 76

Tablo 19. Taburculuk Sonrasında Oliguri Durumu ile Bunları Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi 77

Tablo 20. Taburculuk Sonrasında Anüri Durumu ile Bunları Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Multiple Regresyon Analizi (Model 1) 78

Tablo 21. Taburculuk Sonrasında Anüri Durumu ile Bunları Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Multiple Regresyon Analizi (Model 2) 79

Tablo 22. Taburculuk Sonrasında İdrara Çıkma Hissinin Yok Olması ile Bunları Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Multiple Regresyon Analizi (Model-1) . 80

Tablo 23. Taburculuk Sonrasında İdrara Çıkma Hissinin Yok Olması ile Bunları Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Multiple Regresyon Analizi (Model-2) . 81

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1. Pir Tanı Algoritması (Kaya & Şahin, 2014)..... 14

Şekil 2: PİR Tedavi Algoritması (Kaya & Şahin, 2014)..... 20

Şekil 3: PİR Tedavi Algoritmasının Devreye Sokulması..... 21

Şekil 4. Son 5 yılın TNSA verileri (TNSA, 2019) 28

Şekil 5. Araştırma Kabul Kriterleri 32

Şekil 6. Araştırma Dışlanma Kriterleri..... 32

Şekil 7. Veri Toplama Yöntemi Akış Şeması..... 33

KISALTMALAR

ANA: American Nurses Association

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

MR: Manyetik Rezonans

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

PİR: Postpartum İdrar Retansiyonu

PUR: Postpartum Urinary Retantion

PVRV: Post Voiding Rezidü Volüm

ROM: Reaktif Oksijen Metabolitleri

S: Örneklem Standart Sapması

TAK: Temiz Aralıklı Kateter

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TJOD: Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TWOC: Trial Without Catheter

ÖZGEÇMİŞ

Elif BALKAN

Disiplinlerarası Hemşirelik Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Eğitim

Lisans	2005-2009 Gazi Üniversitesi, Ç. Sağlık Yüksek Okulu, Hemşirelik Bölümü
Lise	2001-2004 Zile Anadolu Lisesi

İş/İstihdam

2019- (Halen)	Bursa Şehir Hastanesi Kadın Doğum Klinikleri Servis Sorumlu Hemşiresi
2017-2019	Bursa Çekirge Devlet Hastanesi Kadın Doğum Klinikleri Servis Sorumlu Hemşiresi
2015-2017	Bursa Zübeyde Hanım Doğum Evi Kadın Doğum Hemşiresi
2014-2015	Bursa Zübeyde Hanım Doğum Evi Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşiresi
2009-2014	Erciyes Üniversitesi, Kemik İliği Nakil Hemşiresi

Mesleki Birlik/Dernek Üyelikleri

2022	Türk Hemşireler Derneği
2021	Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Derneği
2010	Kemik İliği Nakli Hemşireliği Derneği

Yayınlar ve Diğer Bilimsel/Sanatsal Faaliyetler

- **Balkan E. (2022)** Acile Başvuran Gebelerde Dikkat Edilmesi Gerekenler (Sözlü Bildiri)16. Uludağ Jinekoloji ve Obstetrik Kış Kongresi Kitabı 10-13 Mart, 2022 Syf.55, ISBN: '978-605-73886-6-7'
- **Balkan E.,** Saruhan F., Avcı Alpar D. **(2021)**Literatür Review on the Effect of Covıd-19 Outbreak on Nurses' Psychological Maltepe Unıversıty Internatıonal Student Congress E – Muısc 2020 – 2021 Medns Congress Programme "Covid–19 & Health" Faculty of Medicine & School of Nursing, Maltepe University, İstanbul, TURKEY 10-11 May 2021 (Oral Presantation İn Nursing Session).

BÖLÜM 1. GİRİŞ

1.1. Problem

Miksiyon ve idrarı depolama gibi görevleri olan mesanenin kapasitesi erişkin bireylerle 400-500 ml civarındadır. Bir birey günde ortalama değer olarak 1500 ml civarında idrara çıkar. Mesanenin miksiyon görevini yapabilmesi somatik sinirler ve otonom sinir sistemi aracılığı ile olmaktadır. Miksiyon; sinir sisteminin maturasyonun ardından öğrenilmiş bir davranışla istemli bir şekilde kontrol altına alınması davranışına denilmektedir. Normal bir miksiyon süreci; mesane, internal-eksternal sfinkter ve üretranın iş birliği ile gerçekleşen nöromüsküler bir olaydır. Mesanenin kapasitesinin 200 ml'ye ulaştığında idrarın boşaltılması hissi oluşur (Bayrak, 2016). Dolu olan mesanenin boşaltım işlemini yapamaması durumuna üriner retansiyon denilmektedir. Aşırı dolu olan mesanenin boşaltılamaması böbrek hasarına yol açacağı için acil bir durumdur. Üriner retansiyon hastaya uygulanan cerrahi ve anestezinin bir komplikasyonudur. Postoperatif dönemde idrar retansiyonu görülmesi, hastaya uygulanan cerrahinin türüne göre %5 ile %70 oranları arasında değişiklik gösterir (Lim, 2010; Uslu & Yavuz, 2016).

Postoperatif dönemde idrar retansiyonunu etkileyen hazırlayıcı faktörler literatürde;

- Kullanılan anestezi tekniği ve süresi,
- Hastaya uygulanan cerrahi işlem,
- Artan sempatik sinir sitemi uyarısı,
- Preoperatif dönemde uygulanan sıvı,
- Hastanın anksiyete düzeyi,
- Postoperatif ağrı sebebiyle uygulanan analjezikler,
- Spinal ve edipural anestezi şeklinde özetlenebilir (Arıcı, Mızrak A., Can, & Göksu, 2020).

Postoperatif dönemde görülen akut ya da kronik üriner idrar retansiyonu tanı da ki zorluklara rağmen çok önemli bir tablo olup bireyin yaşam kalitesini düşürüp, hayatı tehdit eden bir durum olması sebebi ile bireyin hastanede yatış sürecini uzatarak maliyeti artırmaktadır (Ghirca, ve diğerleri, 2017).

Normal miksiyon mekanizması, pelvik taban kas sisteminin ve üretral sfinkterin, detrusor kasının artan kasılmaları ve karın içi basınçla eşzamanlı olarak ilk gevşemesidir. Detrusor kasının yetersizliğine, zayıflığına ya da üretralarda tıkanıklığa sebep olan hastalıklara bağlı üriner retansiyon oluşur. Miksiyon, üretranın gevşemesi olsun olmasın detrusor kasının güçsüzlüğü ile sınırlanır. (Li, Zhu, & Xiao, 2020). İdrar retansiyonunda detrusor kasının kasılma yeteneği, süresi çok önemlidir. İdrar retansiyonu ilk kez görülen hastalarda mesane hacmi 500ml ve üstüne çıkmaktadır. Bu durumda hastaya müdahale edilmez ise detrusor kası hasar görerek geri dönüşümsüz hale gelecektir ve mesane kontraktilitesi bozulacak olup devamlı olarak idrar retansiyonu görülecektir (Arıcı, Mızrak A., Can, & Göksu, 2020; Rivzi, Khan, & Khan, 2005)**.**

Üriner retansiyon;

- Üretral darlık gibi sebeplerle idrarın çıkış direnci oluşturması,
- Hastada var olan; gebelik, hareketsiz yaşam şekli, konstipasyon varlığı,
- Bireyin aldığı ilaçlar sebebi ile sinir sisteminin hasar görmesi nedeniyle (örneğin; antidepresan, antipsikotik ilaçlar vs.) sıklıkla karşımıza çıkar (Uslu & Yavuz, 2016).

Postpartum idrar retansiyonu (**PİR**), doğumdan sonra normal miksiyon ve mesanenin doldurulma algısının kaybı ve inhibisyonudur (Biurrun, Ganzalez D., Fernandez F., & Fernandez C., 2020). PİR iyi değerlendirilemeyen ve çoğunlukla atlanan bir durumdur ve doğum sonu komplikasyonu olarak karşımıza çıkar (Olofsson, Ekblom, Ekman O., & Irestedt, 1996)**.** PİR tablosunun net olmama sebebi literatür araştırmalarında PİR'in farklı şekillerde ifade edilmesidir. PİR doğum sonrasında aniden başlayıp, 12 saatin üzerinde ağrı veya ağrısız durumda kendini gösteren müdahale gerektiren, idrarı yapamama durumu olarak tanımlanmıştır (Kaya & Şahin, 2014; Rivzi & Rivzi, 2006).

PİR kalıcı idrar retansiyonu riskini artıran yaygın bir bulgudur (Mulder, Oude R., M., Hakvoort, & Roovers, 2016)**.** PİR gelişimi nadir değildir ve çözülmesi çoğu zaman zordur. İdrar yolu hamilelik sırasında ve doğum sonrasında yapısal ve fonksiyonel değişikliğe uğrar. Bu değişiklikler hamileliğe yanıt olarak spesifiktir, anormal değişikliğe müdahale edilmezse doğum sonu kalıcı patolojik değişiklikler daha da kötüleşebilir (Chaliha, 2006).

Kadınlarda; mesane boşaltılması, boşaltılmasında zorluklar ve mesanede idrar tutulması ile başlayan bozukluklarda tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları, inkontinans hakimdir ve müdahale edilmeyen ilerleyen süreçte böbrek yetmezliği hâkim olacaktır (Rivzi & Rivzi, 2006).

Literatür incelemelerine göre sezaryen olmuş hastalarda PİR tablosu daha fazla görülmektedir (Diblasi, 2013). Gebelikle beraber fizyolojik olarak görülen değişiklikler, hastaya verilen anestezinin sinir sistemine etkisi, postoperatif dönemde ağrı yönetimi için kullanılan analjezikler, sezaryen öncesi hastaya uygulanan idrar kateterizasyon varlığı PİR gelişme riskini artırmaktadır. Sezaryen sonrası, hareketsizlik ve oluşan postoperatif ağrı PİR gelişmesine yatkınlık sağlar Sezaryen sonrası kullanılan üriner kateterizasyon; uterusu ve mesaneyi korumak, PİR riskini önlemek için genellikle kullanılır fakat kateterizasyon vücudun tepki vererek uteral spazma neden olarak PİR'e de neden olabilir. Ayrıca kateterin uzun süre kullanımı idrar yolu enfeksiyon riskini de artırır (Cavkaytar, ve diğerleri, 2015; Kaya & Şahin, 2014).

Mesane kateteri ne kadar erken çıkarılırsa enfeksiyon ve PİR gelişme riski de azalır (Lamblin, ve diğerleri, 2019). Bazı araştırmalar kateter çıkarılmadan önce ara ara klemplenerek açılma yapılması detrusor kasını güçlendirebileceğini, kas tonsunu ve hassasiyetini artırabileceğini ve mesaneyi daha kısa sürede normal işlevine geri getirebileceğini vurgularken, diğer bazı araştırmalar idrar kateterinin sıkıştırılmasın postoperatif idrar retansiyonu üzerinde etkisinin olmayacağını belirlermişlerdir (Ghoreishi, 2003; Gül, 2020).

PİR tablosu doğum sonu kadınlarda asemptomatik veya semptomatik olarak seyreder. Kadınların yaşamları boyunca geçirdikleri en yaygın cerrahi prosedürlerden biri sezaryendir. Sezaryen sonrası postoperatif dönemde, kadınlar sadece cerrahi ve anestezinin etkilerini değil, aynı zamanda idrar retansiyonunu da yaşayabilirler. Çoğu hastada idrar retansiyonu asemptomatiktir. Postpartum dönemde kadınların değişen hormon düzeyi ve annelik öncelikleri mevcuttur. Bu dönemde kadın en çok kendini ihmal eder ve kendinde var olan bozukluğun farkına varamaz (Gül, 2020).

Literatür incelendiğinde PİR konusundaki araştırmaların yetersiz olduğu, bu problemin iyi değerlendirilemediğini ya da sorgulanmadığı anlaşıldığı üzere PİR konusunda daha çok araştırma gerektirdiği düşünülmüştür (Burchanan & Bekmann,

2014; Gül, 2020). Doğum ve postpartum dönemde cerrahi süreçlere hastanın uyumunu sağlamak, bu dönemdeki olası problemlerin önüne geçerek önlem almak ve hastanın uyumunu sağlamak için hemşirelik bakımlarının bilimsel bilgiye dayandırılması önemlidir. Hemşireler bilimsel bilgiler ışığında kanıta dayalı uygulama sergilerse sorunların çözümü artacaktır (Güneri, 2015). Postpartum dönemde de hemşirelik kuram ve modellerini hasta bakımında uygulamak hasta bakım ve kalitesini artırır, hastanın bozulan homeostatik dengesinin düzeltir ve lohusaların iyileşmesini hızlandırır (Dündar & Gerçek, 2020).

1.2. Amaç

Postoperatif idrar retansiyonunun gelişimini azaltmak için ucuz, uygulanması kolay bakım stratejileri (örneğin, üriner kateterin aralıklı klemplenmesi ve detrusor kas egzersizleri) rutin uygulamaya dahil edilmeli ve taburculuk sürecinde inkontinans ve PİR değerlendirmesi hemşireler tarafından yapılmalıdır. Ayrıca annenin lohusalık döneminde kendini daha çok bebeğin bakımına verdiği, kendi ile ilgilenmediği bir dönem olduğundan annenin destek faktörleri artırılmalı. Hastaya uygulanan anestezi ve cerrahi operasyon doğum sonu mesane üzerine etki ettiği bilinmektedir fakat sezaryenle doğumunun PİR tablosuyla ilişkisi tam olarak ortaya konulamamıştır (Cengiz, ve diğerleri, 2014; Liang C. , ve diğerleri, 2007).

Bu araştırmanın amacı; sezaryen doğum sonu PİR tablosunu görünür kılmak için bir devlet hastanesinde taburculuk öncesi ve taburculuktan 1 ay sonra hastalardaki PİR ile ilişkili durumları araştırmak, PİR ile ilişkili neden ve risk faktörlerini belirlemek, sezaryen sonrası kadınların kendilerinde olan değişimin farkına varıp tedavi alma durumlarını ve bu soruna hazırlayan obstetrik faktörleri belirlemektir.

1.3. Önem

Gebelik döneminde artan hormon düzeyi düz kasları üzerinde gevşemeye neden olarak mesane kasının etkinliğini azaltır. Mesaneye doğum sonu uterusun baskısı azaldığından hipotonik hale gelir ve mesane kapasitesi zamanla artar. Doğum sırasında hasar gören sinir, mesane ve pelvik taban kasları PİR gelişim riskinin sebeplerindendir (Kaya & Şahin, 2014).

Sezaryen sonrası uterovezikal alanda ödem, immobilite ve cerrahi uygulanması sebebiyle PİR riskini artırmaktadır. Hastalara postoperatif dönemde betanekol klorid ve karbokol gibi kolinomimetik ilaçlar mesane kasını uyaran ajanlar olarak uygulanmaktadır. Uzun yıllardır kullanılan tedavi şekli bazı araştırmacılar tarafından güvenle kullanılırken bazı araştırmacılar tarafından tartışılmaktadır. PİR tablosunu hem önlemede hem de tedavi yöntemi olarak en sık ve yaygın kullanılan tedavi seçeneği aralıklı kateterizasyon yöntemidir. Fakat en iyi yöntem olduğu da kesin değildir, bu alanda yapılan araştırmalar azdır. Bu yöntem ile idrar boşaltımı sağlanır, mesanede rüptür oluşumu ve akut böbrek yetmezliği tablosu engellenir. Uzun süren kateter ile müdahale edilen hastalara enfeksiyon gelişimini önlemek için antibiyotik profilaksisi önerilmektedir (Ghoreishi, 2003).

Mesane kapasitesinin tekrar artırılması için deneyimli hemşireler eşliğinde hastalara bu konuda bakım ve eğitim gerekir. Literatürde postpartum mesanenin yönetimi ve PİR tedavisi ile ilgili klinik kılavuzlar yoktur, bu da klinik uygulamada hastaların yetersiz veya gereksiz tedavi sürecinin uzamasına yol açar. Klinik kılavuzların olmayışı postpartum dönemde PİR hemşirelik bakımının önemini ortaya çıkarmıştır. Hemşirenin bilgi, gözlem ve becerisi ile hastanın PİR tablosuna girmesi engellenebilir. Hemşirelik bakımı olarak; postpartum dönemde idrar takibi yapılarak idrara çıkamayan hastanın öncelikle mahremiyeti sağlanmalıdır. Hastaya başlangıçta akan su sesi dinletmek, ameliyat bölgesinde sorun yoksa sıcak kompres yapmak, hastanın durumuna göre idrar çıkışına destek verebileceği için ılık duş şeklinde duş almasını sağlayarak gerekirse sezaryen sonrası pansuman yenilemek, konstipasyon ve miksiyon zorluğu varlığı sorgulanıp erken önlem almak önemlidir. Yapılan araştırmalara göre bu yöntemler olguların %50'sinde sorunu çözmüştür (Cengiz, ve diğerleri, 2014; Li, Zhu, & Xiao, 2020). PİR tablosunda sabırlı olmak gerektiğini, iyileşmenin zaman alacağı hastaya anlatılmalı ve psikolojik olarak hemşirelik desteği verilmelidir (Kaba & Bozkurt K., 2013).

Literatür taramalarında PİR'in en sık sezaryen sonrası görüldüğü tespit edilmiştir. Postpartum dönemde değişen hormonal denge ve annelik içgüdüsü ile yenidoğan bebek ile uğraşırken annenin kendisini en çok ihmal ettiği dönemdedir. Bu konu da araştırmaların, tedavi seçeneklerinin, farkındalığın yetersiz oluşu bu araştırmanın da önemini ortaya koymuştur.

1.4. Varsayımlar

Sezaryen olan hastalarda postpartum idrar retansiyonu durumlarının incelenmesi ve PİR tablosunu etkileyen risk faktörlerinin belirlenmesine yönelik yapılmış olan araştırmada, taburculuk öncesi ve 1 ay sonrasında tekrar değerlendirme ile araştırmanın soru formunun doğru ve samimi içten cevaplandığını istatistik veriler, karşılaştırmalar belirlenmiştir.

Bu araştırmada araştırmacı; araştırmaya gönüllü olup tüm soruları cevaplayarak katılan sezaryen olmuş hastaların, iletişim bilgilerini saklayarak 3-4 hafta sonunda PİR tablosu ile ilgili tekrar soru sorarak hastalardan tekrar cevaplar alacağını düşünerek araştırmacıya verdikleri cep telefonundan hastalar aranmıştır.

1.5. Sınırlılıklar

- Sezaryen olan hastalar ile yapılan araştırmanın, sadece bir hastanede yürütülecek ve araştırma sonuçlarının bu hastaneye genellenebilecek olması,
- Taburculuktan 3-4 hafta sonra telefonla eriştiğimiz hastaların verdikleri cevaba güvenerek soru formlarının araştırmacı tarafından yanıtların kaydedilmiş ve fiziksel değerlendirme yapılmamış olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

1.6. Tanımlar

Akupunktur: Vücudun belirli yerlerine iğne batırılarak vücuttaki ağrıyı ve birçok şikâyeti giderdiği düşünülen Uzak Doğu'daki geleneksel toplumlarda kabul edilen bir tedavi yöntemidir (He, ve diğerleri, 2021).

Anüri: İdrar çıkışının olmaması, idrar yapamamayı tanımlamaktadır. Acil bir durumdur böbrek yetersizliğini ya da obstrüksiyon durumu gösterir.

Aralıklı Kateter Klemplenmesi: Mesane hacmini genişletmek için üriner kateter çekilmeden önce yapılan hemşirelik girişimidir (Aksoy, Kanan, & Akyolcu, 2017).

Detrusor Kası: Mesane duvarında düz kas şeklindeki kaslar detrusor kasını oluşturur (Taşkın, 2012).

Disüri: Ağrılı ve zorlanarak idrar yapma olarak tanımlanmaktadır. İdrar yolu enfeksiyonu gibi durumlarda yaygın olarak görülmektedir.

Epizyotomi: Bebeğin vajinadan çıkışında doğumu kolaylaştırmak için vajinanın girişine yapılan kesi işlemine denir (Taşkın, 2012).

Glomerüler Filtrasyon Hızı: Böbreklerin idrarı süzme kabiliyetine denir (Aksoy, Kanan, & Akyolcu, 2017).

Homeostatik Denge: Vücudumuzdaki hücrelerin yetersiz ya da aşırı uyarılma durumunda vücudumuz kendi dengesini sağlamaya çalışır. Hücreler iç ortamını sabit ya da değişmeyecek koşullarda tutmaya çalışır. Vücudumuz, hücrelerdeki zararlı ve gereksiz maddeleri uzaklaştırarak dengesini korumaya çalışır ve iç dengesini sağlar. İç ve dış denge uyumuna homeostatik denge denir (Aksoy, Kanan, & Akyolcu, 2017).

İdrar retansiyonu: Mesanenin idrar ile dolu olup idrarın yapılamamasına denir (Dolezal P, Zahumensky J, Otapkova P, Papcun P, & Krizko Jr M, 2019).

Kegel Egzersizi: Pelvik tabandaki kaslarının gücünü artırmak için kullanılan kas eğitimidir (Dönmez & Kavlak, 2014)

Kolinomimetrik İlaçlar: Parasempatik Sinir Sistemini uyaran betanekol klorid ve karbokol gibi ilaçlardır (Taşkın, 2012).

Konstipasyon: Bağırsak hareketlerinde yavaşlamaya bağlı ortaya çıkan dışkının sertleşmesine bağlı kabızlık durumudur (Aksoy, Kanan, & Akyolcu, 2017).

Miksiyon: İstemli kontrol altına alınan miksiyon işlemidir (Aksoy, Kanan, & Akyolcu, 2017).

Oliguri: İdrar yapımının azalması ya da ödeme bağlı az idrar çıkışı olarak tanımlanabilir.

Östrojen Hormonu: Yumurtalıklardan salgılanan, kadınların adet döngüsünde ve cinsel fonksiyonlarda yer alan ayrıca kadınlıkların doğurganlığında önemli role sahip olan steroid bir hormondur (Taşkın, 2012).

Pelvik Taban: Pelvisin iç kısmında bulunan ve leğen kemiği içinde olan; mesane, rahim, overler ve rektumun görevlerini yapabilmesine destek olan kas tabakasının adına pelvik taban denilmektedir (Taşkın, 2012).

Perianal Laserasyon: Vajinal doğumlarda bebeğin başının çıkacağı sırada epizyotomi açılmadan perinenin spontan yırtılması durumudur (Beşen A. & Rathfisch, 2019)

Postoperatif Dönem: Hastanın ameliyat sonrası dönemini kapsan süreçtir (Aksoy, Kanan, & Akyolcu, 2017).

Postpartum Dönem: Doğum sonrası plasenta çıktıktan sonra 6-8 hafta boyunca süren süreci kapsar (Güneri, 2015).

Postpartum Retansiyon (PİR): Doğum sonrasında spontan olarak idrarın yapılmaması durumuna veya doğumdan sonra anormal post-void rezidüel hacme sahip olma durumuna postpartum idrar retansiyonu denilmektedir (Kaya & Şahin, 2014).

Post-Void Rezidüel Volüm: Rezidüel idrar miktarı da denilmektedir, Miksiyondan sonra mesanede kalan idrar miktarıdır (Aksoy, Kanan, & Akyolcu, 2017).

Preoperatif Dönem: Hastaya cerrahi girişim kararı alınması ile başlayan ve ameliyat odasına alınmasına kadar geçen süreçtir (Aksoy, Kanan, & Akyolcu, 2017).

Progesteron Hormonu: Üreme çağında olan her kadında her ay yumurtalıklardan salgılanan hormondur. Gebe kadınlarda yükselir, gebeliğin devamı için gerekli hormondur. Overlerde olgunlaşmış yumurtada döllenme olmaz ise progesteron seviyesi azalır ve âdet kanaması başlar. Fakat olgunlaşan yumurtada döllenme olursa progesteron seviyesi yükselmeye başlar ve kadınları gebeliğe hazırlar (Taşkın, 2012).

Rüptür: Organlarda herhangi bir sebepten dolayı meydana gelen yırtılma durumuna denir (Aksoy, Kanan, & Akyolcu, 2017).

Supine Pozisyonu: Hastanın sırt üstü yatıp, kollar omuz seviyesinde birleştirdiği pozisyona denir (Aksoy, Kanan, & Akyolcu, 2017).

Üriner Kateterizasyon: Mesanedeki idrarı istemli olarak tamamen veya kısmen boşaltamayan hastalarda gün içinde belirli aralıklarla sonda takarak idrarın boşaltılmasını işlemidir (Aksoy, Kanan, & Akyolcu, 2017).

1.7. Mesane Anatomisi

Mesane; içi boş müsküler bir yapıda olup 400-500ml işlevsel kapasitesine sahip bir organdır. Erişkin bireylerde günlük; idrar miktarı yaklaşık 1500ml olup üç veya dört kez idrara çıkılması beklenmektedir. Mesane temel işlevini, otonom sinir sitemi aracılığı ile idrarı doldurmak ve boşaltmak olarak gerçekleştirir. Sempatik sinir sistemi mesanenin depolama görevini yerine getirirken, parasempatik sinir sistem ise mesanenin boşaltım görevini yerine getirir (Baykara, 2008; Şen, Kıraç , & Onaran, 2008; Uslu & Yavuz, 2016).

Mesanenin nörolojik anatomisini parasempatik, sempatik ve somatik sinir sistemlerinin birlikte uyumlu araştırması ile sağlanır. Parasempatik sinir sistemi uyarılması sakral 2.ve 4. segmentlerinin detrusor kasını kasması ile başlar. Sempatik sinir sistemi uyarılması ise torakal 10 ve Lomber 2 segmentreleri arasında gerçekleşerek detrusor kasını gevşetir (Sivrioğlu, 2005).

1.8. Miksiyonun Fizyolojisi:

Mesanede biriken idrar miktarı arttıkça duyusal olarak doluluğu hissedildiğinde bireyler, sosyal ve fiziksel şartlarına uyan uygun zamanda istemli olarak gerçekleştirirler. Mesanedeki iç ve dış sfinkterler 200-300ml idrar olduğunda oluşan basıncı sinirler aracığı ile sinir sistemine uyarı gönderir ve miksiyon istemli olarak gerçekleşir (Sivrioğlu, 2005; Kılıç Akça, 2016).

Miksiyon işlemi mesanenin depolanması ve mesanenin boşaltılması olarak iki kısımda incelenir (Sivrioğlu, 2005).

1. **Mesanenin depolama sürecinde;** sempatik sinir sistem uyarısı gittikçe artarken parasempatik sinir sistem uyarısı baskılanır, böylelikle mesane içi basınç dengede yani düşük tutulur. Mesanenin kapasitesi her bireyde faklı olarak 400-750 ml civarında farklılık gösterir. Mesanedeki idrar miktarı; 100-200 ml olduğunda yeni yeni doluluk hissedilmeye başlanır, 300-400 ml artık mesanenin dolu olduğu

hissedilir, 400-500 ml olduğunda boşaltım ihtiyacının acil olduğunu mesaneye ağrı ile belirti vererek gösterir (Sivrioğlu, 2005).

2. **Mesanenin miksiyon sürecinde;** sempatik sinir sistem baskılanırken, parasempatik sinir sitem uyarısı artar ve detrusor kası kasılmaya başlar. İdrar yaparken akış hızı saniyede 15-20ml olmalı, saniyede akış hızı her yaş grubunda 10 ml den az olmamalıdır. Mesanede miksiyon sonrasında yaşlılarda 100-150 civarında rezidüel idrar kalabilir onun dışındaki kişilerde normal şartlarda rezidüel idrar kalmamalıdır (Sivrioğlu, 2005).

Sonuç olarak miksiyonun sorunsuz olması için;

- İdrar dolumunu hisseden reseptörlerin varlığı ile mesanenin aktivasyonu,
- İdrar dolumunu hissedildiğinde iletilmesi için parasempatik pelvik sinirlerin varlığı,
- Mesanenin kasılarak boşalması için detrusor kasının aktif olarak araştırması ile mümkündür (Kılıç Akça, 2016).

1.9. Gebelik Dönemi ve Sezaryen Sonrası Pelvik Tabanda Anatomik ve Fizyolojik Değişiklikler

Gebelikte ve sezaryen ile doğumdan sonraki dönemde görülen hormonal ve fizyolojik değişiklikler tüm sistemleri ve özellikle idrar yollarını anatomik ve fizyolojik değişikliğe uğratır. Bu değişiklikler hamilelik dönemine yanıt olarak oluşur ve bazı kadınlarda kalıcı patolojik değişikliğe neden olarak durumu daha fazla kötüleştirebilir. Gebelik ve doğuma bağlı pelvik tabandaki fasyaların doğal kollajen zayıflığı nedeniyle anatomik ve fizyolojik değişiklikler postpartum dönemde mesane disfonksiyonuna yatkınlığı artırır (Oliveira, ve diğerleri, 2021; Romeikienė & Bartkevičienė, 2021; Salman, Özyüncü, & Durukan, 2005).

Gebeliğe bağlı yükselen östrojen seviyesinin yükselişi ile üretral mukoza daha hiperemiktir. Üretral mukoza dolaşımdaki östrojen seviyelerindeki artışa yanıt olarak daha hiperemik ve sıkışık hale gelir. Detrusor kası ayrıca östrojene yanıt olarak hipertrofiye neden olur. Doğumdan sonra, mesanenin sistoskopisi, mukozal tıkanıklık, submukozal kanama ve özellikle mesane boynu, trigon ve üretral delikler etrafında kılcal sızma gibi değişiklikler gösterir. Bu değişiklikler mesane hissi ve tonunda bir azalma ile görülmüştür ve en çok vajinal doğum yapanlarda belirgindir (Chaliha, 2006). Gebelikte

büyüyen fetüs ve uterusa bağlı karın içerisinde basınç artar, bu basınca bağlı sıkışıklık oluşur ve pelvik organlar aşağı doğru zorlanır. Zorlanmaya bağlı pelvik organlarda özellikle mesanede his ve tonusünde azalma görülmüştür (Dinç, Kizilkaya Beji, & Yalçın, 2009; Salman, Özyüncü, & Durukan, 2005). Perineal ultrason ile belirlenen bulgulara göre; pelvik tabanın aşağı zorlanarak yer değiştirmesi, sıkıştırılması sebebiyle pelvik taban kasları kasılmakta zorlanır. Gebeliğin erken döneminde üretra ve mesane mobilitesi artmaya başlar, ilerleyen gebelik sürecinde ise mobilitenin artarak daha belirgin olduğu gösterilmiştir. Yine yapılan gebe kadınlardaki araştırmalarda değerlendirilen direnç güç seviyesi gebe olmayan kadınlara göre az az olduğu belirlenmiştir (Salman, Özyüncü, & Durukan, 2005; Sayıner & Özerdoğan, 2009).

Üriner inkontinans ve mesane disfonksiyonu sıklıkla görülen nadir olmayan ve çoğu zaman çözülmesi zor bir süreçtir. Zor (distosi) ve uzun süren doğum eylemi, müdahaleli vajinal doğumlar (forseps, vakum gibi), perineal laserasyon (epizyotomi ve kendiliğinden olan laserasyonlar) gibi faktörler mesane gelişiminin bozukluğuna sebep olması ile ilişkilendirilmiştir (Chaliha, 2006; Sigurdardottir, Bø, Steingrimsdottir, Halldorsson, & Aspelund, 2020). İdrar yollarında oluşan anatomik ve fizyolojik farklılıklar nedeniyle idrar yolu hamilelik sırasında ve doğum sonu yapısal ve fonksiyonel değişikliklere uğrar. Alt idrar yolundaki fizyolojik değişiklikler postpartum dönemde mesane disfonksiyonuna yatkınlığı da artırır. Bu değişiklikler gebeliğe yanıt olarak spesifik olabilir ve bazı kadınlarda doğumdan sonra devam eden patolojik değişikliklerle daha da kötüleşebilir. Birçok kadın mesane disfonksiyonu, üriner retansiyon, inkontinans gibi yönetilmesi zor problemlerle karşı karşıya kalabilir (Chaliha, 2006; Çelik B. & Beji K., 2012; Dinç, Kizilkaya Beji, & Yalçın, 2009; Propst & Hickman, 2021). Pelvik taban fasyalarındaki doğal kollajen zayıflığı nedeniyle sezaryen ile doğumunun sonraki süreçte idrar yolu disfonksiyonuna karşı da tam olarak koruma sağlamayacağı çeşitli araştırmalarda görülmüştür (Chaliha, 2006).

Gebelik süresince böbrekler 1cm uzunluğunda artar bunun nedeni böbreklerde vasküler hacimin ve intertisyel boşluğun artmış olmasıdır. Gebelikte üreterler dilatasyona uğrar özellikle üçüncü trimesterde gebe kadınların %90'ında hidroüreter görülür. Glomerüler filtrasyon hızında %40-50 artış ve etkili renal plazma akışında %60-80 oranında artış vardır. Bu sebeple, plazma, kreatinin, üre ve ürat değerleri hamile olmayan

kadınlar için normal aralıktan daha düşüktür. Mesane anatomik olarak pasif bir şekilde yukarı ve öne gider ve uterus genişler ve üretranın uzamasına neden olur (Chaliha, 2006).

1.10. Üriner Retansiyon Tanımı, Tanısı ve Etiyolojisi

Mesanenin dolu olduğu halde idrarın yapılamaması, mesanenin boşaltılamaması durumuna idrar retansiyonu denilmektedir. Akut veya kronik olan bu durum, komplet ya da inkomplet olarak sınıflandırılmıştır (Taşçı, 2007). Üriner Retansiyon erkeklerde sıklıkla benin prostat hiperplazisinin obstrüksüyonunu nedeni ile görülür. Kadınlarda ise daha az sıklıkla üriner retansiyon görülür. Acil bir durum olan idrar retansiyonu tanısı doğru koyulabilmelidir ki zamanında tedavisi yapılabilsin (Akdeniz, ve diğerleri, 2013).

Üriner retansiyona yol açan sebepler olarak; nörolojik, anatomik, farmakolojik, miyopatik, psikolojik ve işlevsel olarak sıralanabilir. Miksiyon bozukluğu öyküsü ile gelen hastalara beyin ve spinal MR (Manyetik Rezonans), ürodinamik testler, sistoskopi, lomber ponksiyon, nöropsikolojik testler yapılarak patolojik sorunun olup olmadığı belirlenir. İlk acil müdahale olarak tedavi seçeneği; sonda ya da suprapubik kateter ile mesanenin boşaltımıdır. Daha sonraki tedavi aşaması ise retansiyona sebep olan duruma yönelik tedavidir (Akdeniz, ve diğerleri, 2013; Kranse & Van Mastring, 2002; Taşçı, 2007).

Üriner retansiyon tanısı; abdominal ultrason ile rezidüel idrar miktarı 50ml üstündeyse ve ürodinamik testlerle (üroflowmetre ve basınç akışı araştırması) tespit edilir. Ürodinamik testler, alt idrar yollarının sorunlarının tespit edilmesinde ve idrar retansiyonunun tedavisinde çok önemli araçlardır. İdrar retansiyonu tanısında farklı ürodinamik parametrelerle korelasyonu belirlemek önemlidir (Ghirca, ve diğerleri, 2017).

Epidural analjezi, omurganın alt bölgesine lokal anestezik enjeksiyonu içeren merkezi bir sinir blokajı tekniğidir. Epidural boşluğa yerleştirilen anestezik, konsantrasyona özgü bir etki gösterir, böylece daha düşük doz anestezik uygulanması, motor fonksiyonunu korurken ağrılı stimülasyonu kısmen seçici olarak bloke eder. Daha yüksek dozda anestezi, tam duyusal ve motor blokajı sağlar bunun sonucunda da mesane etkilenerek idrar retansiyonu görülebilir (Cardoso, Valente, & Rodrigues , 2021).

Akut ya da kronik idrar retansiyonu kadınların yaşamını önemli derecede etkileyen önemli bir problemdir. İdrar retansiyonu görülen hastalarda semptomlar yavaş

gelişebilir ve hasta tarafından fark edilmeden de olabilir. Tanı koymadaki ve tedavi almak için başvurmadaki zorluklara rağmen bu hastaları tespit etmek çok önemlidir. Çünkü tanımlanmayan veya tedavi edilmemiş idrar retansiyonu idrar yollarının ciddi hasarlanmasına yol açabilir ve hastanın hayatını tehlikeye sokabilir. Literatüre göre kadınlarda görülen idrar retansiyonu genellikle nörolojik veya psikolojik bozukluğa bağlı olduğu görülmüştür. Yapılan kapsamlı araştırmalarda bazen idrar retansiyonunun nedenin belirlenemediği de olmuştur (Ghirca, ve diğerleri, 2017; Güler, ve diğerleri, 2004; Gray, 2021). Akut idrar retansiyonu ile miksiyon yapılamadığından mesaneye de kan akımı azalmaya başlar, üretral kateter ile mesanenin boşaltımı sağlanarak kan akımı normal seviyeye döndürülür. Mesanenin kan akımının normale dönmesi ile mesanede iskemik hasar önlenmiş olur (Güler, ve diğerleri, 2004; Macnaill, 2001; Saito, ve diğerleri, 2010). Geçici postoperatif idrar retansiyonu pelvik taban cerrahisi sonrası sık görülen ve kadınların %15-45'inde görülür (Anglim, Sandwith, & Brennand, 2021).

Akut idrar retansiyonuna giren mesanede giderek kan akımı azalmaya başlar ve hastaya müdahale edilip kan akımı normal seviyeye getirilmezse iskemik hasar oluşmaya başlar, akabinde iskemik hasar ile ciddi doku hasarı da ortaya çıkar. 1973 yılında Hearse idrar retansiyonunda doku hasarının ciddi boyuta ulaştığını saptamış ve bu duruma ‘Reperfüzyon Hasarı’ olarak adlandırmıştır. Reperfüzyon süresinin doku hasarında önemli rolü olduğu, reperfüzyon hasarı sırasında araşidonik asit ve reaktif oksijen metabolitleri (ROM), lökositlerin sorumlu olduğu tespit edilmiştir. Mesanede oluşan iskemik reperfüzyon hasarının özellikle reperfüzyon sürecinin sonuncunda gelişen ROM ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Güler, ve diğerleri, 2004).

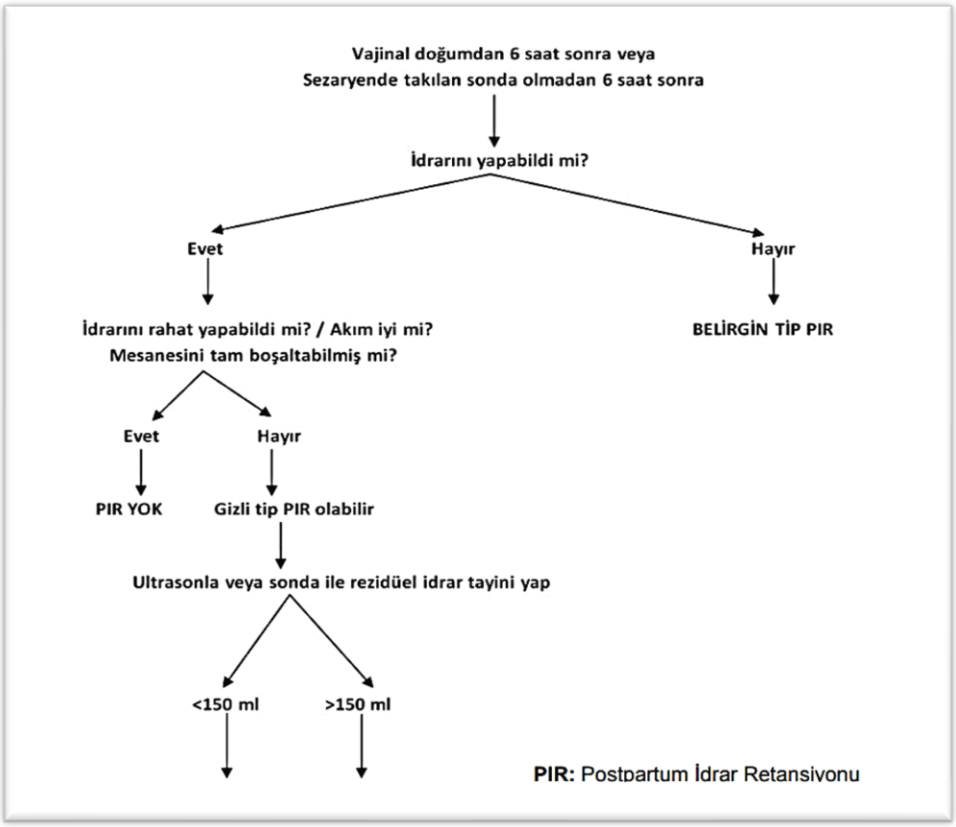
1.11. Postpartum İdrar Retansiyonu (PİR)

Doğum sonrasında spontan olarak idrarın yapılmaması durumuna veya doğumdan sonra anormal post-void rezidüel hacme (miksiyon sonrası rezidüel mesane hacmi) sahip olma durumuna postpartum idrar retansiyonu denilmektedir. Doğumlardan sonra sık görülen fakat kendiliğinden geçmesi beklenilen bir durum olduğundan tedavi almadan doktora başvurmadan geçmesi beklenir, bu sebeple tedavisi ve nedenleri tam araştırılamayan bir rahatsızlıktır (Kaya & Şahin, 2014). Literatür incelemelerinde PİR’in farklı tanımlamalar mevcut olup doğum sonrasında aniden başlayıp, 12 saatin üzerinde ağrı veya ağrısız durumda kendini gösteren müdahale gerektiren, idrarı yapamama

durumu şeklinde tanımlanmıştır. En çok kullanılan tanım ise vajinal doğumlardan veya sezaryen ameliyatından sonra üriner kateterin çıkarılmasından sonra 6 saat sonrasına kadar idrar yapamama durumudur (Gül, 2020; Kashif, Riaz, Ramasubramanian P., & Iles, 2021; Kaya & Şahin, 2014; Koyuncu, ve diğerleri, 2021).

PİR tablosunda belirti bulguları;

- Doğumdan veya kateterin çıkarılmasından sonraki 6 saat içinde miksiyonun yapılmamış olması,
- Yavaş ve kesik idrar akımı (Disüri),
- Mesanenin tam olarak boşalmama hissi,
- İdrar hissinin olmaması,
- Gün boyu çok az idrar yapma (Oliguri),
- İdrar gelse de yapamama (Anüri),
- Anestezinin etkisine bağlı idrar retansiyonunun ağrısı hissedilmez (Ain, Shetty, & K, 2021; Board, 2021; Integrated Business, 2020).



Şekil 1. Pir Tanı Algoritması (Kaya & Şahin, 2014).

PİR; açık PİR ve gizli PİR olarak iki tür altında sınıflandırılabilir (Şekil 1).

Açık PİR'de (Belirgin tip); kadınlar vajinal doğumdan sonraki 6 saat içinde veya sezaryen ile doğumdan kalıcı bir kateterin çıkarılmasından 6 saat sonra kendiliğinden idrar yapamazlar.

Gizli PİR'de; inkomplet idrara çıkmayı gösteren bir ultrason veya kateter ile ölçülen, ilk spontan idrara çıktıktan sonra 150 ml'den fazla rezidüel hacim olarak tanımlanır**.** Gizli PİR'e örnek olarak, evde postpartum sürecinde cerrahi travma sonrası miksiyon hissi gider, doğum sonu anneler yeni doğan bebeğin bakım önceliği sebebiyle kendilerini ihmal edebilir, idrarının geldiğini anlayamadığını ya da flatus (gaz) hissi karın ağrısı gibi şikâyet bildirebilir yada idrar yapamadığını ifade edebilir (Barba , ve diğerleri, 2020; Carley, ve diğerleri, 2002; Lamblin, ve diğerleri, 2019; Li, Zhu, & Xiao, 2020; Mulder, Oude R., M., Hakvoort, & Roovers, 2016).

Postpartum dönemde PİR geçiren kadınlarda hiçbir belirti-bulgu olmazken miksiyon yapamadığı için şiddetli ağrı durumu söz konusu da olabilir (Kaya & Şahin, 2014).

- Belirgin tip PİR olan kadınlarda miksiyonda sorun olduğu için mesanenin palpe edilmesiyle çok kolay tanı konulabilir (Kaya & Şahin, 2014). Vajinal doğumdan ya da sezaryenden sonra takılan kateterin çıkarılmasından sonraki altı saat içinde spontan miksiyon yapamama olarak tanımlanır (Ain, Shetty, & K, 2021; Lamblin, ve diğerleri, 2019).
- Gizli tip PİR tablosunda ise; İdrarın geldiğini anlayamama, çok zor miksiyon, oliguri, mesaneyi tam boşaltamama, miksiyon hissinin yok olması, disüri şikâyetleri vardır (Groutz , ve diğerleri, 2004). İdrar retansiyonu belirtisi olmayan, 150 ml'den daha yüksek post-void rezidüel hacmi olarak tanımlanır (Ain, Shetty, & K, 2021; Lamblin, ve diğerleri, 2019).

Gizli tip PİR olan kadınlar, teşhis edilmezse ve uygun şekilde müdahale edilmezse hastanın durumu kötüleşebilir, bu nedenle sağlık çalışanları PİR ile ilişkili obstetrik değişkenlerin farkında olmalıdır. Herhangi bir yanlış tanı veya PİR tanısında gecikme, mesanenin aşırı şişmesine neden olarak detrusorde geri dönüşü olmayan hasara neden olabilir. Bu nedenle, PİR'in dikkatli izlenmesi ve erken tespiti, zamanında yapılan

müdahalelerin kolaylaştırılmasına, ani ve uzun vadeli sekellerin önlenmesine yardımcı olur (Ain , Shetty, & K , 2021).

DSÖ, dünya genelinde postpartum dönemdeki kadınların yalnızca %35'inin postpartum bakım hizmetlerinden yararlandığını belirtmektedir. Postpartum dönemde bebeği ile ilgilenen anne; uykusuzluk, ağrı, yetersiz mobilizasyon, bozulmuş gis alışkanlıkları ile defekasyon ve miksiyonu erteleme davranışı veya dikişlerinin zorlaması korkusu ile tuvalete gitmek istememesine bağlı gelişen konstipasyon sonrası idrar retansiyonu gibi sağlık sorunları ile karşı karşıya kalmaktadırlar (Eisenberg, Sela, Weisman, & Masharawi, 2021; Erbaba & Pınar, 2016).

1.12. Postpartum İdrar Retansiyonu Prevalansı

PİR için standart bir araştırma prosedürü yoktur ve yapılan araştırmalarda ulaşılan prevalans sonuçları da birbirinden farklıdır.

İncelenen literatüre göre;

- PİR tablosu ülkemizde ve dünyada yaklaşık %0,45-%41 arasında görülme sıklığı görülmektedir (Barba , ve diğerleri, 2020; Kaya & Şahin, 2014; Polat, ve diğerleri, 2008; Rivzi, Khan, & Khan, 2005).
- PİR'e bağlı uzun süreli miksiyon disfonksiyonu, kadınların %5'ine kadar kalıcı mesane hasarına sebep olabilir (Deans, 2020).
- PİR insidansı vajinal doğumdan sonra %1,70 ila %17,90 arasında değişirken, sezaryen sonrası %3.20 ila %24,20 arasında değişmektedir (Ain, Shetty, & K, 2021; Gül, 2020; Neron, ve diğerleri, 2017).
- Belirgin PİR prevalansı %0,3 ile %4,7 arasında değişirken, gizli PİR prevalansı %45 kadar yüksek olduğu bildirilmiştir (Koyuncu, ve diğerleri, 2021).

1.13. Postpartum İdrar Retansiyonu Patofizyolojisi

Alt üriner sistemin kontrolü, otonom (sempatik ve parasempatik sinirler) ile somatik, afferent (duyusal sinir) ve efferent (motor sinir) yollar arasındaki etkileşimi ile gerçekleşir. Somatik efferent fonksiyonun bozulması, sonuç olarak yetersiz miksiyon azaltılmış bir kasılma kuvvetine yol açar. Pudendal sinir %30 otonomik ve %70 somatik

liflere sahiptir ve vajinanın alt üçte birini, üretrayı ve perineyi innerve eder. Pudendal sinirdeki otonomik lifler, miksiyon hissini iletir. Doğum sırasında uygulanan analjeziklerin, kasılma kuvvetinin azalmasına yol açması ve otonom liflerdeki iletimin azalmasına sebep olmasından dolayı miksiyon gerekliliği azalır (Nygaard, Wolpern, Bardsley, Egger, & Shaw, 2021; Waldum , ve diğerleri, 2021).

Anatomik faktörlerin neden olduğu idrar retansiyonu, genellikle ilaç veya cerrahi ile başarılı bir şekilde tedavi edilirken, detrusor yetersizliği veya fonksiyonel mesane çıkım obstrüksiyonundan, doğum travmaları gibi hususlardan da kaynaklanan idrar retansiyonunun yönetimi zordur. Bununla birlikte, farmakoterapinin bir sonucu olarak detrusor yetersizliğinin neden olduğu idrar retansiyonu genellikle geçicidir ve geri dönüşümlüdür (Szymanski, Słabuszewska J., & Jakiel, 2021).

PİR'in patofizyolojisi net olarak bilinmemekle birlikte, gebelik ve vajinal doğum sırasında meydana gelen fizyolojik, nörolojik ve mekanik süreçlerle ilgili çok sayıda faktör bildirilmiştir. Üretral gevşeme eksikliği ile yetersiz detrusor kasılması, idrar retansiyon mekanizmasının bir kısmını açıklayabilir (Kekre, Vijayanand, Dasgupta, & Kekre, 2011; Polat, ve diğerleri, 2008). Detrusor kası, artan progesteron seviyesinin etkisi ile inhibe edilebilir, böylece idrar retansiyonuna yol acar (Rivzi & Rivzi, 2006). Hamileliğin 3. ayıyla beraber artmaya başlayan progesteronun da katkısıyla detrusor kasının kasılması azalmaya ve mesane içi kapasite artmaya başlar (Biurrun, Ganzalez D., Fernandez F., & Fernandez C., 2020). Bu sebeple hamileler supine pozisyonunda idrarlarını mesane kapasitesi 250-400ml civarı olana kadar bazen de 800-1000 ml'me kadar miksiyon ihtiyacı hissetmezler (Kaya & Şahin, 2014).

Gebeler ayağa kalkınca uterus mesaneye baskı yapar, doğuma kadar da büyüyen uterus devamlı olarak ve artarak baskı yapmaya devam eder. Doğumla birlikte bu ani basınç birden kaybolur ve atonik olan mesane basınç kalkınca eski haline dönmeye çalışır (Beji K., Satır, & Çayır, 2020; Rivzi & Rivzi, 2006; Kaya & Şahin, 2014). Örneğin gebelik döneminde fizyolojik adaptasyonlar meydana gelir. Bunlar, gebelikte idrar kaçırmaya karşı önlem olan mesane kapasitesi, üretral mesafe, üretranın kapanma basıncı ve üretral basınç artışını içerir. Bu değişiklikler PİR insidansını artıracaktır. Ayrıca, doğumdan sonra peri-üretral ve vulvar ödemin neden olduğu tıkanma, mesanenin aşırı şişmesi ve detrusorde kalıcı hasar nedeniyle mesane çıkışının tıkanmasına yol açan

fiziksel bir tıkanmaya sebep olabilir. Bu sebeple gebelik sonrası fizyolojik adaptasyonlar ve vajinal doğuma bağlı travma PİR'e yol açabilir (Li, Zhu, & Xiao, 2020; Meredith K. & Chomes, 2006; Zhu, Xia, & Yang , 2021).

Mesane doğumdan sonra daha sarkık ve hipotoniktir, mesane ve mesane dolumuna daha az duyarlıdır, bu sebeple daha fazla şişmeye dayanabilir. Gebeliğe bağlı progesteron seviyesindeki artış da mesanenin düz kasları üzerinde inhibitör bir özelliğe sahiptir. Bu faktörler aşırı gerilime yatkın olabilir. Ek olarak, normal miksiyon, vajinal doğumla ilişkili nörolojik travmadan etkilenebilir (Kömürcü & Gürol, 2017; Polat, ve diğerleri, 2008).

Pudendal sinir hasarı mesaneye afferent girişi bozabilir ve pelvik taban ve üretral sfinkterlerin refleks gevşemesini bozabilir. Bu sinir hasarı genellikle geçicidir ve çoğu kadında üç dört ay içinde kendiliğinden de geçebilir, doğum sonu kadınlarda yaşamsal kriz vardır ve evde bu sıkıntıyı çekerler. Bu nedenle kronik retansiyonun nedeni olması olası değildir. Uzun süreli veya enstrümantal doğumdan kaynaklanan mekanik travma, perineal ödemin artmasına ve miksiyon zorluğuna neden olabilir. Postpartum idrar retansiyonunun uzun süreli sekelleri bilinmemektedir, ancak şiddetli tanınmayan distansiyon detrusor atonisine ve uzun süreli miksiyon disfonksiyonuna yol açabilir (Beji K., Satır, & Çayır, 2020; Chaliha, 2006; Polat, ve diğerleri, 2008).

1.14. Postpartum İdrar Retansiyonu Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Gebelikte değişen hormon seviyesi ile düz kaslarda gevşeme olur ve mesanenin kas gücü azalır. Gebelikte oluşan fizyolojik ve hormonal değişikliklerden dolayı doğum sonu mesane hipotonik hale gelir ve sonrasında yavaş yavaş kapasitesi artmaya başlar. Doğuma bağlı sinir, pelvik ve mesane kas hasarı PİR için önemli risk faktörüdür (Glavind & Bjørk, 2003; Groutz , ve diğerleri, 2004; Lukacz, Lawrence, Contreras, Nager, & Luber, 2006).

Ayrıca literatüre göre PİR risk faktörleri arasında;

- Müdahaleli vajinal doğum,
- Sezaryen ile doğum,
- Edipural anestezi,
- Uzamış doğum eylemi,

- Postoperatif dönemde ilk 6 saatte görülen anüri,
- Postoperatif dönemde hareket yetersizliği,
- Hastanın beden kitle indeksi,
- Doğan bebeğin vücut ağırlığı,
- Miksiyon sorunu hikâyesi
- Sezaryenden önce hastaya uygulanan idrar kateterizasyon varlığı,
- Sezaryen sonrası kullanılan üriner kateterizasyonun uzun süreli hastada kalması,
- Ameliyata bağlı ağrı ve ağrı kesicilerin kullanılması PİR nedenleri arasında gösterilmektedir (Barba , ve diğerleri, 2020; Biurrun, Ganzalez D., Fernandez F., & Fernandez C., 2020; Cengiz, ve diğerleri, 2014; Groutz , ve diğerleri, 2004; Teo, Punter, Abrams, Mayne, & Tincello, 2007; Yıp, Sahota, Pang, & Chang, 2004).

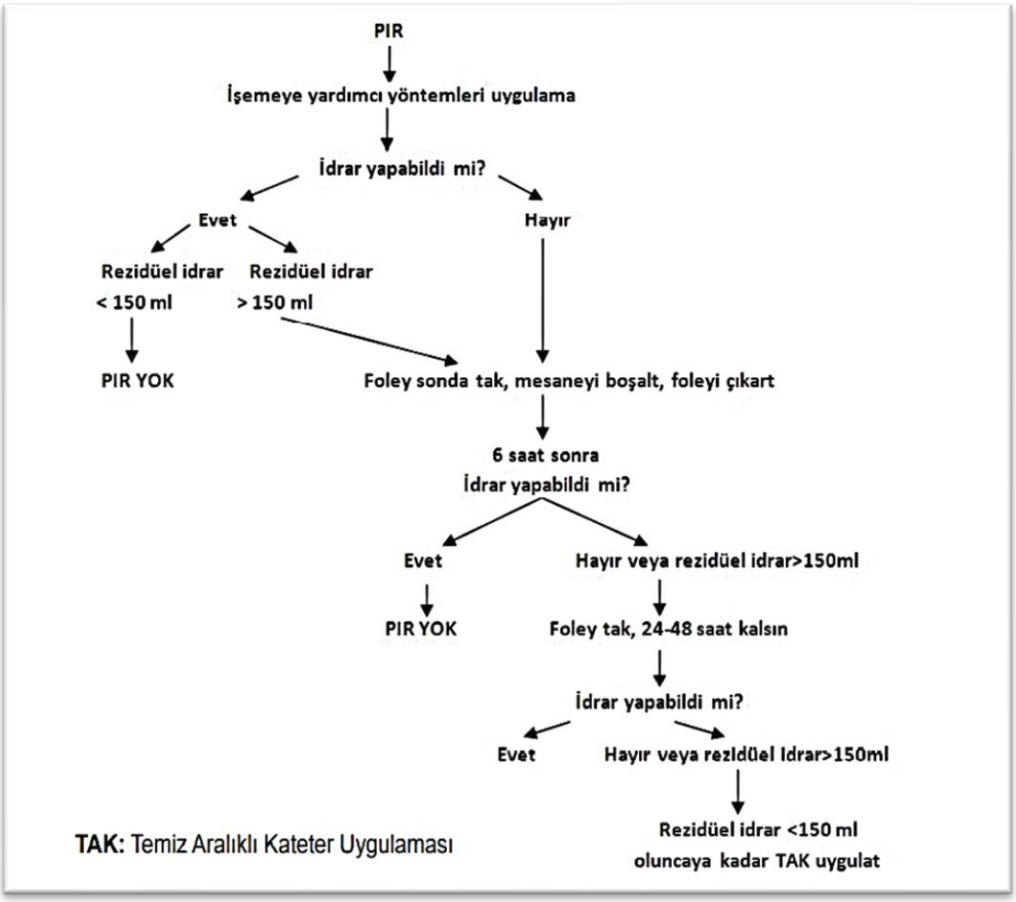
1.15. Postpartum İdrar Retansiyon Komplikasyonları

Obstetrik uygulamalarda yaygın görülen bir komplikasyon olmasına rağmen literatürde yeterince araştırma olmamasına bağlı altta yatan mekanizma hala çok yaygın olarak bilinmemektedir. (Cavkaytar, ve diğerleri, 2015; Kashif, Riaz, Ramasubramanian P., & Iles, 2021).

Literatürde yapılan araştırmalara göre şu komplikasyonlar tespit edilmiştir;

- Erken teşhis edilmeyip tedavisi geciken PİR; mesane distansiyonuna yol açarak akut ve kronik idrar yolu enfeksiyonuna, kronik miksiyon zorlukları, mesane rüptürü, böbrek yetmezliği gibi uzun veya kısa süreli problemlere yol açabilir (Cavkaytar, ve diğerleri, 2015).
- Mesanede kalan 1 litreden daha fazla olan idrarın detrusor kasında harabiyete yol açacağı ve uzun süreli komplikasyonlara sebep olabileceği bildirilmiştir (Kaya & Şahin, 2014).
- PİR'in kısa zamanda görülen komplikasyonları; miksiyonda güçlük, azar azar ve sık miksiyon, taşma inkontinansı da görülebilmektedir (Groutz , ve diğerleri, 2004).
- Uzun zamanda görülen komplikasyonları ise; sık sık miksiyon ihtiyacı olmasına rağmen yapamama (zorlu miksiyon), stres inkontinansı, kalıcı hale gelmiş idrar retansiyonu görülebilir (Groutz , ve diğerleri, 2004).

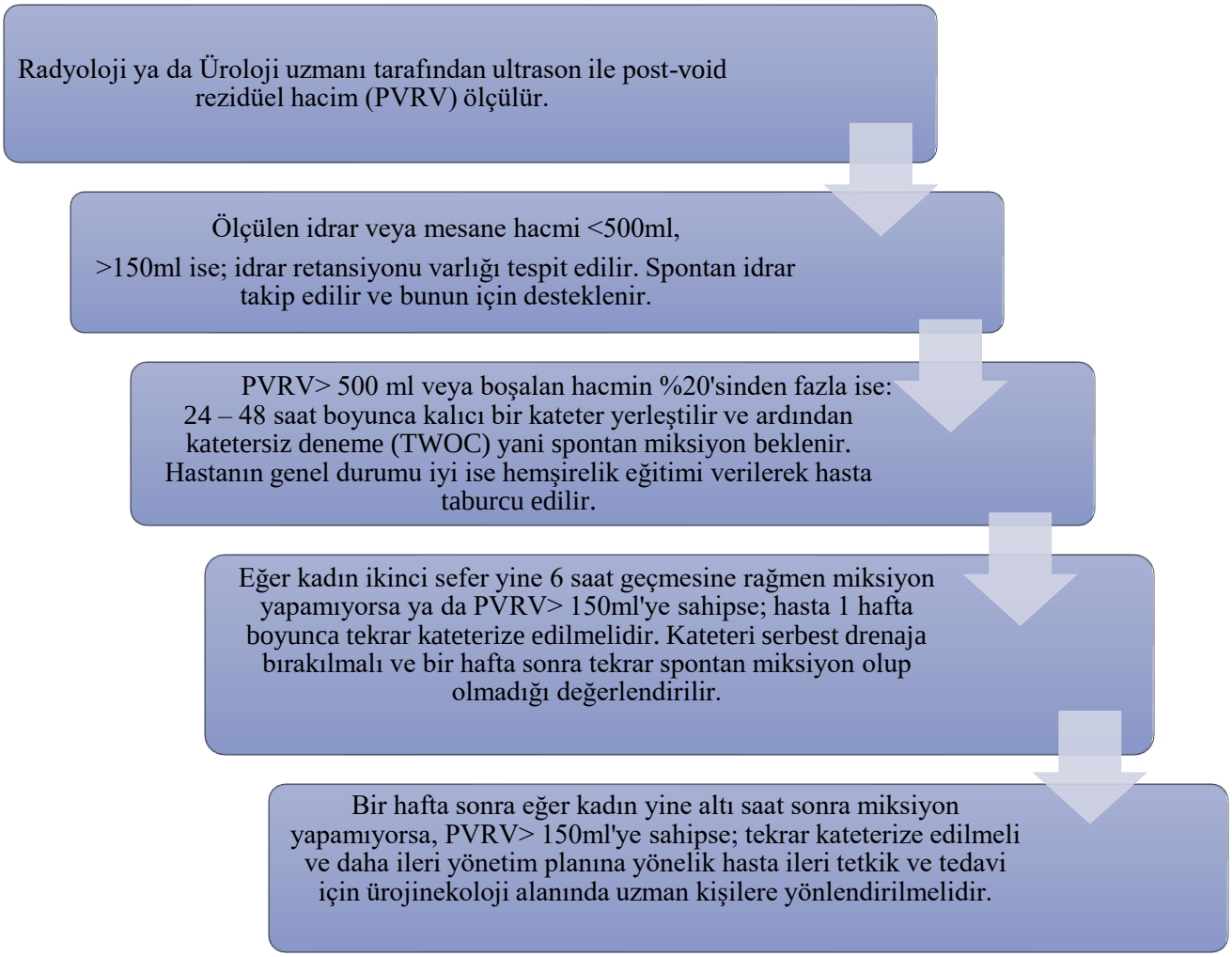
1.16. Ameliyat Sonrası Postpartum İdrar Retansiyonu Yönetimi ve Tedavisi



Şekil 2: PİR Tedavi Algoritması (Kaya & Şahin, 2014)

Fizyolojik, nörolojik, mekanik nedenlerin sebep olduğu patofizyolojisi net olmayan PİR tablosunun risk faktörlerinin erken tanınması, acil müdahale yöntemini sağlamak ve kalıcı hasarların önüne geçmek erken teşhis ve tedavi ile sağlanabilir (Eldh, Alm J., Wretenberg, & Nyman H., 2021; Lamblin, ve diğerleri, 2019). PİR açısından risk taşıyan hastalar tespit edilerek yakın takibe alınmalıdır. Sezaryen sonrası üriner kateter çıktıktan 6 saat sonra miksiyon yapıp yapmadığı, oliguri, anüri, disüri, miksiyon sonrası rahatlayamama, miksiyon hissinin yok olması varlığı mutlaka sorgulanmalıdır (Kaya & Şahin, 2014).

PİR tablosundaki kadını tespit ederek tedavi algoritmasını (Şekil 2) devreye sokmak önemlidir.



Şekil 3: PİR Tedavi Algoritmasının Devreye Sokulması

PİR tedavi algoritması Şekil-3'te gösterildiği gibi ilerlemektedir (Integrated Business, 2020; Board, 2021).

Sezaryen ameliyatından sonra kateterin çıkarılmasının ardından hastanın miksiyonu sorgulanmalı ve miksiyon esnasında PİR belirti bulguları var mı tespit edilmeli ve tüm bunlar kayıt altına alınmalıdır. Mesanede eksik boşalma hissi varsa hastaya kateter yerleştirilmeli ve mesanede kalan idrar miktarı ölçülmeli, mesane hacmi değerlendirilmelidir. Hemşirelik bakımında iyi zamanlama ile planlanmış kateterizasyon ve çıkarılması gerektiğinde mesane egzersizi yaptırmak için planlanan klemplenerek mesane hacminin artmasına fırsat sağlama travma riskini azaltır ve buna bağlı gelişebilecek PİR tablosu olasılığını azaltır (Integrated Business, 2020). Rezidüel mesane

hacminin değerlendirilmesinde ultrason taraması veya aralıklı kateterizasyon yöntemi kullanılır. Aralıklı kateterlerden ziyade postoperatif idrar retansiyonunun saptanması için öncelikle ultrason ile mesanedeki rezidüel idrar tespit edilir. Ultrason invaziv olmayan, hızlı, ağrısız, rahat ve güvenli bir yöntemdir (He, ve diğerleri, 2021; Lauterbach, Ferrer Sokolovski , Rozenberg , & Weissman, 2018). Son olarak miksiyon gerçekleşmedi ise denenen yöntemler başarısız olduysa, akut böbrek yetmezliği ve mesanenin rüptürünü önlemek için mesane volümü değerlendirilmeli ve artık üriner kateterizasyon düşünülmelidir (Dündar & Gerçek, 2020; Gray, 2000).

Mesane kateterizasyonu sonrasında mesane boşaltılarak rahatlatılır, rahatlayan mesane takip edilir spontan miksiyonun olup olmayacağı izlenir ve bu sürede spontan miksiyon için uygulanan ilk tedavi seçenekleri tekrar uygulanır. Spontan miksiyon başlamamış ise 4 saat ara ile üriner kateterizasyon tekrarlanır (Kaya & Şahin, 2014; Rivzi & Rivzi, 2006). Spontan miksiyonu başlamamış ve 24 saat süreyi geçmiş olup kateterizasyon işlemi devam eden hastalara bakteriyel enfeksiyon gelişimini engellemek adına antibiyotik verilmesi ayrıca non-steroid ilaçlarda eklenerek perianal ödem azaltılması literatürde önerilmektedir (Lim, 2010; Rivzi & Rivzi, 2006). Perine muayene edildikten sonra ve şişmiş veya ağrılı durumda olan mesane bu şekilde takip edilemez ve bu durumda kateterizasyon önerilmeli ve bir süre (iki hafta kadar sürebilir) takip edilmelidir. Perineal ağrı retansiyonun gelişiminde önemli bir faktör olduğu için yeterli analjezi sağlanmalıdır. Konstipasyondan kaçınılmalı ve önlem alınması gerekirse diyet ve tedavisi için uygun hekime yönlendirilme yapılmalıdır (Integrated Business, 2020).

Taburculuğu planlanan fakat hala spontan miksiyon yapamayan hastalara hemşirelik bakımında temiz aralıklı kateter uygulaması önerilmektedir. Hastalara bu uygulama öğretilerek rezidüel idrar miktarının 150 ml'den az olana kadar sürdüreceği anlatılmalı, temiz aralıklı kateter uygulamasını hastaların kendi kendine uygulaması sağlanmalıdır (Kaya & Şahin, 2014). Taburculuğu planlanan hastaya, taburcu sırasında öğretilen kegel egzersizleri, atılan idrar hacminin ve idrar semptom şikâyetlerinin azaltılmasında önemli bir rol oynamıştır (Gül K. & Kırca S., 2020; Özengin, Yıldırım Ü., & Duran, 2015; Süt K. & Küçükkaya, 2018).

PİR tedavisine ilişkin yeterli klinik kılavuzlar yoktur. Doğum sonrası görülen PİR'in rutin yönetimi genellikle medikal bir yöntem olan kateterizasyonu içerir (Hong &

Yan, 2014). Bununla birlikte, akan suyun sesini taklit etme, mesane bölgesine masaj yapma, ılık banyo yapma ve perineden su akıtma gibi önerilerden yararlanabileceği gibi bireysel farklılıklara bağlı olarak sonuç vermeyebilir (Deans, 2020; Lim, 2010). Bu tür ilaç dışı tedavilerin etkisiz olması durumunda hastaya kateterizasyon uygulanacaktır. Bunlar standart tedavilerdir ancak üretral kateterizasyon idrar yolu enfeksiyonu riskini de artırabilir (Li, Hui, Wang, Lin, & Zhao, 2021). Sezaryende üretral kateterizasyonu takiben görülen idrar yolu enfeksiyonu önemli bir problemdir ve bildirilen insidans aralığı %2-31.4'tür (Onwudiwe, ve diğerleri, 2021). Miksiyon bozukluğu olan hastalarda idrar tahlili yapılmalı ve enfeksiyon varlığı varsa tespit edilmelidir. Enfeksiyon uzun süreli miksiyon işlev bozukluğuna katkıda bulunan önemli bir faktör olduğundan kan kültürü de alınmalıdır (Integrated Business, 2020).

Literatüre göre idrar retansiyonunun geleneksel tedavisi, değişken sürelerde kateterizasyondur. Ayrıca doğum sonrası idrar retansiyonu olan kadınlarda kalıcı katetere alternatif bir tedavi olarak akupunkturdur da kullanılmaktadır. Akupunktur, Uzak Doğu'daki geleneksel toplumlarda idrar retansiyonu için kabul edilen bir tedavi yöntemi olmasına rağmen, sorunu çözdüğü bilimsel olarak kanıtlanamamıştır. Akupunkturun detrusor kasının, pelvik ve perineal sinirlerin ve kasların uyarılabilirliğini geliştirerek ve mesanenin iç basıncını artırarak miksiyon refleksini indükleyebilir. Miksiyonu hızlandırmak için ve ayrıca idrara çıkma kaslarının kasılmasını ve üretral sfinkterin gevşemesini ve açılmasını teşvik ederek ve omurilik idrara çıkma merkezinde beyin inhibisyonunu ortadan kaldırmaktadır (He, ve diğerleri, 2021; Zhao, Yan, Dan, & Jia, 2021).

Lauterbach ve arkadaşlarının yaptığı araştırmaya göre Akupunkturun doğum sonrası idrar retansiyonu olan kadınların tedavisinde kateterizasyona ek mükemmel bir alternatif tedavi olduğu göstermişlerdir. (Lauterbach, Ferrer Sokolovski , Rozenberg , & Weissman, 2018).

He ve arkadaşlarının yaptığı araştırmaya göre ise PİR tedavisinde Akupunktur, yakı tedavisinin pelvik taban kan dolaşımını iyileştirebilir, mesane mukozasının lokal tıkanıklığını ve ödemini giderebilir ve mesanenin miksiyon fonksiyonunun iyileşmesini hızlandırabilir. Elektro akupunkturun ise, pelvik taban damarlarını düz kas haline getirebilmesidir. Ritmik kasılma ve gevşeme elde etmek damar duvarının elastikiyetini

arttırmaktadır. Seyrek elektrik akımı dalgası motor liflerini uyardı, pelvik taban kaslarının düzenli olarak kasılmasını sağladı ve pelvik taban organlarının kan akış hızını artırdı, mikro sirkülasyonunu iyileştirdi, yani venöz dolaşımını ve kan akışını hızlandırdı. Elektro akupunkturun hastaların daha erken ve daha fazla miktarda miksiyona ve mesanede daha az rezidüel idrar hacmine sahip olmalarına yardımcı olabileceğini göstermiştir. Bu araştırma aynı zamanda elektro akupunkturun kullanımının doğum sonu kan kaybını ve idrar yolu enfeksiyonunu azaltmada etkili olduğunu da doğrulamıştır (He, ve diğerleri, 2021).

1.17. Sezaryen Sonrası Hemşirelik Bakımı

DSÖ gebe olan kadınlarda; vajinal doğumun uygun olmadığı, anne ve bebeğin sağlığının tehlikede olduğu durumlarda fetüsün anne karnından insizyon ile çıkarıldığı cerrahi operasyon olan sezaryenin tercih edilmesi gerektiğini bildirmiştir (Şimşek E. & Alpar E., 2020).

Sezaryen ile doğum dünyada çok sık tercih edilen cerrahi bir işlemdir. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (TJOD), Sağlık Bakanlığı ile 2011 yılından beri sürdürdüğü araştırma ile Türkiye'de olan sezaryen oranlarını %35'e kadar düşürmeyi hedef almışlardır (Uçkan & Uçkan, 2020).

Sezaryen tercih edilmesinin sebepleri;

- Postpartum sonrası dönemde kadınların seksüel fonksiyonlarındaki endişe,
- Çoğul gebelik durumunun oranlarındaki artış,
- Vajinal doğum sonu dönemde anne ve bebekteki komplikasyonlara yönelik hekimlere açılan dava sayılarının artması,
- Hekimlerin sezaryen doğumu vajinal doğuma tercih etmesi,
- Geçirilmiş sezaryen sayılarının artması,
- Ultrasonografi kullanımı ve fetal monitörizasyon kullanılmasının artması,
- Sosyo-ekonomik düzeyin artması,
- Günümüz şartlarında ameliyathane şartlarının artması ile ameliyathanelere güven duyulması sebepleri ile sezaryenle doğumun tercih edilmesi artmıştır (Uçkan & Uçkan, 2020).

Cerrahi sonrası görülen sorunların başında ağrı vardır. Hemşirelik bakımlarında ağrının doğru tanımlanabilmesi çok önemlidir. Ağrı doğru tanımlanırsa, önlenebilmesi, yönetimi ve takibi daha profesyonelce olacaktır. NANDA tarafından belirlenen, profesyonel hemşirelik bakımı için NANDA hemşirelik tanılarını kullanmak hemşirenin sorumluluğundadır. Postoperatif ve postpartum dönemde olan anne, ağrı ve diğer komplikasyonların bir arada görüldüğü sorunlar yaşadığında öz bakım becerilerinde ve bebek bakımında sorunları da beraberinde getirmektedir. Fizyolojik ve psikolojik danışmanlık tüm anne adaylarına doğum öncesinden başlanmalıdır ki doğum sonu dönemde eğitim eksikliğine bağlı komplikasyonlar ve yaşanan çeşitli problemler önlenebilsin. Postoperatif ağrıya yönelik bakım ve hastaya yönelik girişimlerin etkin ve profesyonelce yönetilmesi için hemşirelerin; hastanın ağrı düzeyini bilmeli ve bununla baş etme yöntemlerini hastaya öğretebilmeli, uygun analjezikler kullanarak hastayı rahatlatmalıdır (Şimşek E. & Alpar E., 2020).

Cerrahi uygulanan hastaya hemşireler; psikolojik, fizyolojik, sosyo-kültürel ve ekonomik problemlerinin giderilmesinde danışmanlık, bakım verici, rehberlik ve hasta haklarını savunucu görev ve rolleri ile hastalara yardımda bulunan kişilerdir. Hemşireler; hastalarını dikkatli bir şekilde gözlemleyerek, hastalardan öykü alarak ve hastayı iyi değerlendirerek hastalık belirti-bulgularını erken tespit edebilmede en önemli kişilerdir (Aksoy, Kanan, & Akyolcu, 2017; Erdil & Özhan E., 2008).

Ameliyat insan vücudunda fizyolojik ve psikolojik stres yaratır bu sayede de homeostatik dengeyi bozar. Bu sebeple ameliyat sonrası ilk temel bakım amacımız bozulan homeostatik dengeyi geri sağlamaktır (Aksoy, Kanan, & Akyolcu, 2017). Tüm cerrahi hastalarında ameliyat sonrası etkin hemşirelik bakımı ile kısa sürede sağlığına kavuşması hedeflenir. Postoperatif dönem etkin hemşirelik bakımına bağlı kritik dönemdir. Hastanede yatıyor olmak, cerrahi işlem görecek olmak hastada stres yarattığından hasta ve ailesini olumsuz etkilemektedir (Aksoy, Kanan, & Akyolcu, 2017; Erdil & Özhan E., 2008).

Cerrahi hemşiresi preoperatif dönemde hastaya ameliyat öncesi bilgilendirme yapmalı ve hastayı ameliyat sonrasındaki döneme hazırlamalıdır. Postoperatif dönemde ise ameliyat yeri bakımı ve buna bağlı enfeksiyonu önlemek en temel görevidir. Postoperatif dönemde; kateter bakımı, aldığı çıkardığı takibi, idrar rengi, perine bakımı ve bağırsak faaliyetlerinin takibi yapılır. Ayrıca hastanın bozulan homeostatik dengenin

sağlanması için mobilizasyonun en kısa sürede yapılması gerekmektedir. Mobilize olan hastanın uzun süreli ayakta kalmaması, kısa süreli yorulmadan denge problemi yoksa ve uygunsa sık sık yürümesi sağlanmalı, ameliyat dikişlerine zarar gelmemesi için ağır yük kaldırmaması hastaya söylenmelidir (Aydın, 2014).

1.18. Sezaryen Sonrası Postpartum İdrar Retansiyonu Hemşirelik Bakımı

Postoperatif dönemde olup hem de postpartum dönemde olmak hastalar için ayrıca bir stres faktörü olmaktadır. Sezaryen ameliyatı sonrasında annelerde görülen ağrı, bebek bakımı, annenin doğum sonu kanaması, bu süreçteki etrafında olan aile büyükleri hastaları fiziksel ve psikolojik olarak çok etkilemektedir. Hastaların hastanede yatarak tedavi aldıkları zaman süresince en çok hemşireler ile birlikte olmaktadırlar. Bu süre içinde hemşireler; cerrah, hasta, hasta yakını ve bebeği ile etkileşimi sağlamak ve etkili iletişimi kurmak gibi sorumlulukları vardır (Coşkun & Akbayrak, 2001; Dündar & Gerçek, 2020).

Doğum sürecindeki takip edilen kadınları gereksiz müdahalelerden korumak hemşirelik girişimlerinin başında hedeflenir. Örneğin: Gereksiz epizyotomi, forseps, vakum ile müdahale yapılmaması. Postpartum döneminin hemşirelik bakımlarından biri olan üriner retansiyon takibi için hastanın idrar sorgusunun yapılması önemlidir. Doğum sonu PİR tablosu gelişmemesi için hemşirelik bakımı önem taşımaktadır. Uterusun büyüyüp yer değiştirmesi ve buna bağlı mesane üzerinde değişikliklere yol açacağından doğumu izleyen sonraki saatlerde doğum yapan kadının hemşire tarafından mesanesinin ve boşaltım faaliyetlerinin takibi izlemi önemlidir (Güneri, 2015; Işık, Kaya, & Durmuş K., 2020).

Patofizyolojisi belli olmayan PİR tablosunun erken tanınması, acil müdahale yöntemlerinin sağlanması ve kalıcı hasarın önlenmesinde erken teşhis ve tedavinin başlaması için hemşirelik bakımının, hemşirelerin dikkatinin çok büyük bir önemi vardır (Lamblin, ve diğerleri, 2019; Lim, 2010). Hemşire takip ettiği hastasının idrara çıkıp çıkmadığını sorgulayıp, risk teşkil eden hastaları daha yakın takipte izlemelidir. Sezaryen sonrası üriner kateter çıktıktan 6 saat sonra miksiyon yapıp yapmadığı, kesik kesik zor miksiyon ve buna bağlı çok miksiyon için gitme, miksiyonu zor yapma ya da yapamama, miksiyon sonrası rahatlayamama, miksiyon ihtiyacı hissinin yok olması durumu mutlaka

sorgulanmalıdır. PİR tablosundaki hastaya, idrarını takip edebilmesi için hastanın kendisine miksiyon günlüğü oluşturmasına yardımcı olunmalı ve buraya miksiyon yaptığı zamanı ve ne kadar idrar yaptığını yazmasını sağlamalıyız (Kaya & Şahin, 2014). Hastaya başlanan tedavilerin eksiksiz ve zamanında yapılmasını sağlamalıyız (Lim, 2010). Perianal ödem için buz uygulaması da yapılmalı, mobilizasyon artırılarak yürütülmelidir (Kaya & Şahin, 2014). Spontan miksiyon için ayakta sıcak duş yaptırılmalı veya soğuk suya ayakları sokulmalıdır (Bilgin Ç. & Potur C., 2010; Yıp, Sahota, Pang, & Chang, 2004). Spontan miksiyonu sağlamak için ayrıca su sesi dinletilmesinin de faydası olabilir. Fekal tıkaç ve konstipasyonun oluşmaması için önlemler alınmalı ve her hastada bu konuların sorgulanmasının atlanmaması da önemli hemşirelik girişimlerindendir (Dündar & Gerçek, 2020).

Postpartum dönemde olan annenin fiziksel rahatlığı ve konforu; bireyin öz bakımını devam ettirmesi, bebeğine etkin bakım sağlayabilmesi, fiziksel ve ruhsal sağlık için gereklidir. Hemşirelik bakımlarında; annenin postpartum dönemine ait bakım ihtiyaçları değerlendirilmeli, anneye gerekli etkin bakım ve destek sağlayarak postpartum döneme uyumu sağlanmalıdır. Annenin, ruh halinin ve fiziksel yönünün sağlam olması sağlığın sürdürülmesinde olumlu etki gösterecektir. Postpartum döneme uyumun gerçekleşmesi için; anneye psikolojik destek verilmesi, annenin motive edilmesi önemlidir (Balkaya A., Vural, & Eroğlu, 2014; Güneri, 2015). Anne ve bebek sağlığının yanı sıra aile sağlığının korunması ve geliştirilmesinde hemşirelik bakımlarının ve desteğinin olması doğum sonu dönem için çok önemlidir (Bağcı & Altuntuğ, 2016). Doğum sonrası dönemde verilecek olan etkin hemşirelik bakımları bir kadının; hayat kalitesini, yaşam standartlarını, değişen duygusal ve fiziksel sürecini olumlu bir şekilde etkileyecektir (Altuntuğ & Ege, 2012).

Yeterli destek almayan kadın ve ailede önemli sorunlar söz konusu olabilir. Yapılan birçok araştırmada yeterince destek alamayan annelerde öz bakım problemleri, bebek bakım problemleri ile karşı karşıya geldikleri görülmüştür ve bu problemler doğum sonu yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Bağcı & Altuntuğ, 2016; Cheng & Li, 2008; Duman B. & Karataş, 2011). Yine yapılan araştırmalara göre postpartum dönemde birçok kadında görülen uzun süreli komplikasyonlarda çok az kişi sağlık kurum ve kuruluşlarına başvurmaktadır (Bağcı & Altuntuğ, 2016). Bu durumda hemşirelerin danışmanlık ve rehberlik rolünün önemi ortaya çıkarmaktadır. Obstetri tıbbi hataların en

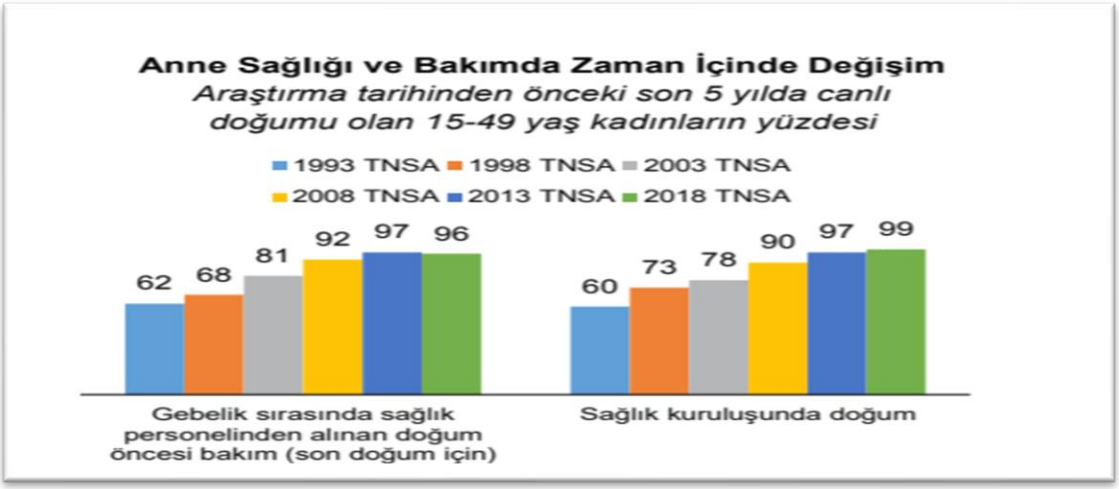
çok olduğu alanlardan biridir. Anne ve bebek güvenliğinin doğum öncesinden başlayıp doğum sonrasına kadar sağlanması ile anne ve bebek ölüm riskini, oranlarını azaltması hedeflenir (Şenoğlu, Taşpınar, & Karaçam, 2020).

1.19. Sezaryen ile Doğum Sonrası Taburculuk Eğitimi

Taburculuk eğitimi hastanın yatışı ile başlar. ANA (American Nurses Association) taburculuk eğitimini; annenin hastaneden ayrılmadan başlayıp evde de bu eğitim ile kişilerin kendilerine bakımın devam edebilmesi için sistematik bir süreç ile ailenin özellikle annenin taburculuğa hazırlanması süreci olarak tanımlar (Weiss, Ryan, & Lokken, 2006). Postoperatif süreçte hastaneden taburculuk ile eve geliş en hassas dönemdir. Postoperatif ve postpartum dönemde olmak, küçük bebeğin anneye muhtaçlığı ve aile içi sorumlulukların bir araya geldiği psikolojik olarak yoğun bir dönemdir (Coleman & Berenson, 2004; Weiss, Ryan, & Lokken, 2006).

2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre;

- Kadınların %96'sının doğum öncesi bir sağlık personelinden (doktor ya da hemşire) destek almıştır,
- Annelerin %99'unun sağlık kuruluşunda veya sağlık personeli yardımında doğum yaptığı,
- Canlı doğum yapan kadınların; %79'u doğumdan 2. güne kadar, %96'sı doğumdan 41güne kadar bakım almıştır,
- Doğum sonu bakım almayan kadın oranı ise %5'tir. (TNSA, 2019).



Şekil 4. Son 5 yılın TNSA verileri (TNSA, 2019)

TNSA 2013 verilerinde yapılan sezaryen oranı %48 iken, TNSA 2018 verilerine göre %52'dir. Sezaryen ile doğumların gittikçe artmaktadır (TNSA, 2019). Anne ölümlerinin %35'ini doğum sonu dönem kapsamaktadır. Bunun sebeplerinden biri de postoperatif dönemde gelişen cerrahiye bağlı komplikasyonlardır. Bu komplikasyonlar; kanama, cerrahi insizyon bölgesinde enfeksiyon belirti bulguları (ağrı, kötü koku), tromboemboli, annenin dinlenememeye bağlı uykusuzluk ve yorgunluğun çok fazla olması, konstipasyon olarak belirtilmiştir (Duman B., 2012). Anne ölümlerinin önüne geçmek için bu komplikasyonların önüne geçilmesi gerekmektedir. Hemşirelerin bu konudaki hasta eğitimi, hastanın farkındalığının artırılması, hastaların ihtiyaç halinde tekrar sağlık kuruluşuna mutlaka gelmesinin gerekliliği taburculuk eğitimlerinde hastaya anlatılarak hasta taburculuğa hazırlanmalıdır. Sezaryen sonrası komplikasyonların erken fark edilmesi, soruna yönelik çözümlerin planlanması önemli hemşirelik girişimleridir (Darj & Stalnacke, 2000; Güleç & Çoban, 2019).

BÖLÜM 2. YÖNTEM

Araştırmada incelediğimiz araştırma konusu literatür taraması ile kapsamlı olarak incelenmiş ve soru formu oluştururken bu konuda yayınlanmış kitaplar, makaleler, tezler, tıbbi dokümantasyon ve veriler ile hukuki mevzuat ve güvenilir internet kaynakları incelenmiştir. Risk faktörleri için gerekli soru ilaveleri araştırmacı tarafından geliştirilen soru formuna eklenmiştir.

2.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel türde, longitudinal bir araştırmadır.

2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmamız bir şehir hastanesi kadın doğum servisinde sezaryen operasyonu için üç aylık araştırma süresi içinde opere edilebilecek 550 kişi evren olarak kabul edilmesi uygun bulunan araştırmanın örneklemi ise %5 hata payı, %95 güven aralığında önerilen 'Raosoft örnek boyut hesaplayıcı' web yazılımı sitesi kullanılarak araştırmaya katılmaya katılması gereken **minimum 227** kişi olarak belirlenmiştir.

Bir ay ara ile iki kere soru formu ile değerlendirme yapılacağı için %20 oranında olası kayıplar düşünülerek araştırma örneklemine 45 kişi daha ilave edilerek araştırmaya ba**şlama örneklemi en az 272** olması gerektiği hesaplanmıştır.

Araştırmamızda taburculuk öncesi ve sonrası olmak üzere 2 görüşme planlanmıştır. Görüşmelerin ilkinde yüz yüze %20 oranında arttırılmış olan 272 hasta taburculuk planlaması öncesinde araştırmacı tarafından değerlendirilmiş ve onamları alınmıştır. 1 ay sonra ise ikinci görüşmenin telefonla yapılacağı kendilerine anlatılmış ise de 12 hastaya ulaşılamamış ve 20 hasta araştırmadan çekilmek istediğini belirtmiş olup **240 hasta ile araştırma örneklemi** tamamlanmıştır.

2.3. Veriler ve Toplanması

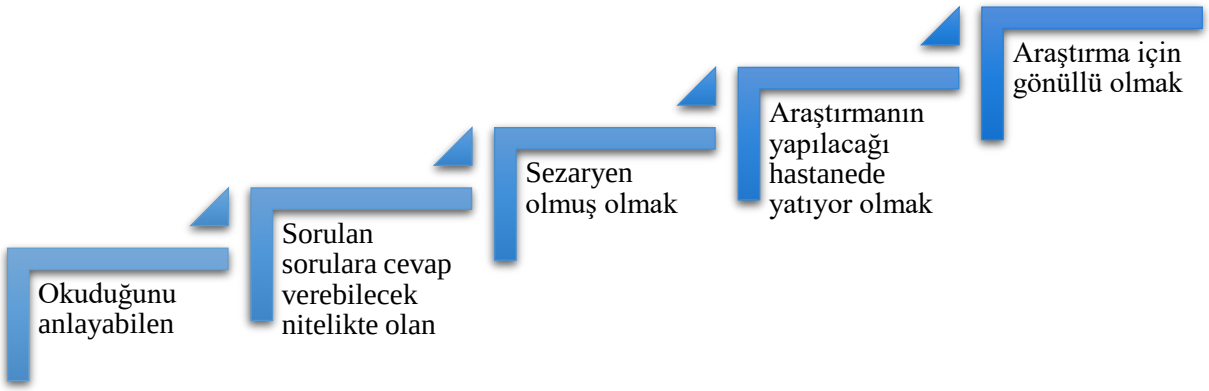
Veri toplama iki kere soru formu ile değerlendirme yapılacağı için %20 oranında olası kayıplar düşünülerek araştırma örneklemine 45 kişi daha ilave edilerek araştırmanın ilk veri toplama süreci sezaryen ameliyatı olan toplam 272 hasta ile tamamlanmıştır. Bu hastalara hastanede yatarken toplamda 56 soru olan soru formunun 45 sorusu hastaneden taburcu olmadan sorulmuştur. Veriler öz bildirime dayalı yapılabilmesi için ilk görüşme; hasta taburcu olmadan araştırmacının yüz yüze görüşme yöntemi kullanması ile yapılmıştır. Hastaya aydınlatılmış onam formu doldurtulmuştur ve onam veren hastalara sorular araştırmacı tarafından okunup yanıtları hastadan alınarak yazılmıştır.

Araştırmaya katılan annelere taburcu olduktan sonra ne zaman aranacağı ve bu uygulanan soru formunun devamı ile ilgili kısaca ön bilgi verilmiştir. Annelerin kendilerini doğru ifade etmelerinin araştırmanın güvenilirliği için önemli olduğu açıklanmıştır. Annelere taburcu olduktan sonra uygulanacak anketin çevresindeki bireylerden etkilenmemesi için tek başına iken cevaplanması istenmiştir.

Soru formunun kalan 11 sorusu ise, hasta taburcu olduktan 3-4 hafta sonra hastaların araştırmacıya verdiği cep telefonundan ulaşılarak taburculuk sonrasındaki soru formu hastaların verdiği cevaplara göre doldurulmuştur. 12 hastanın ikinci görüşmesi kişilere ulaşılamadığından yapılamamış, 20 hasta ise araştırmadan çekilmek istediğini beyan etmiş olup toplam 240 hastanın soru formu eksiksiz tamamlanmıştır.

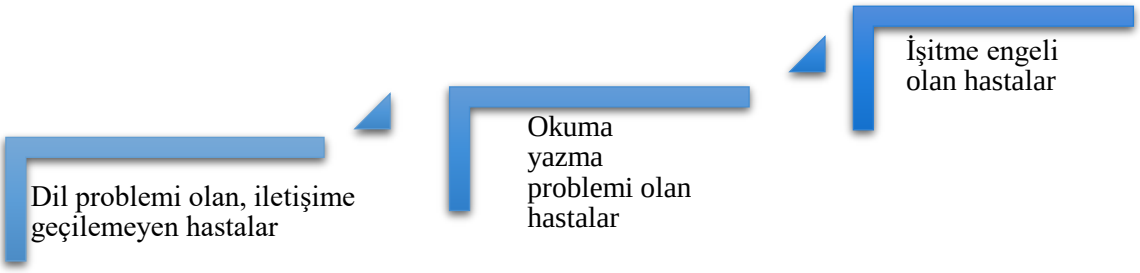
Araştırma da kullanılmak üzere yeni bir hat alınmış ve araştırmaya özel kullanılan telefon numarası ile hastalar aranmıştır. Google formda oluşturulmuş soru formu ilgili hastanın WhatsApp uygulaması yolu ile gönderilerek yapılması da planlanmış fakat internet kullanımı yapılamadığından telefon görüşmesi yolu ile veri toplanmıştır.

2.3.1. Araştırmaya Kabul Kriterleri:

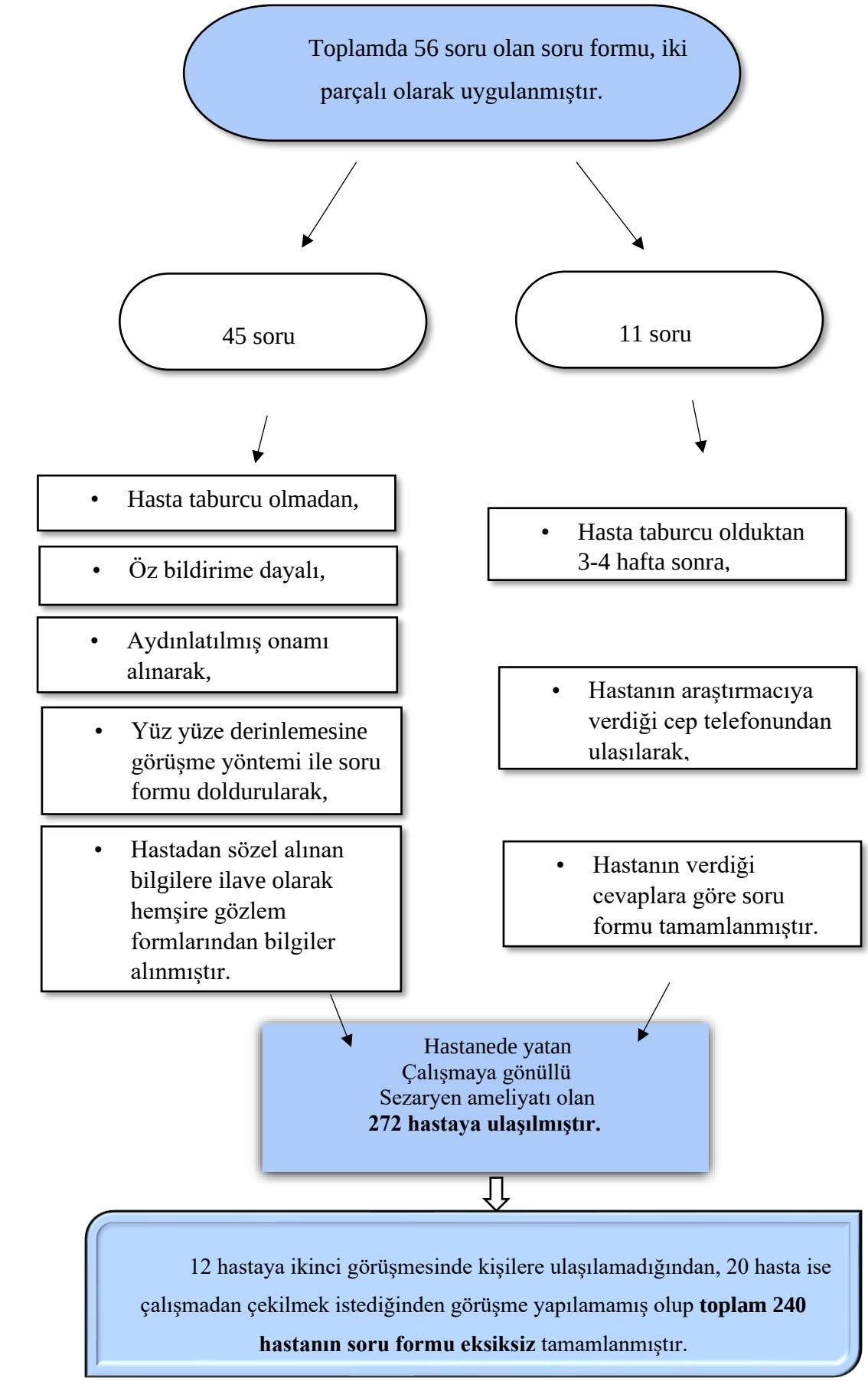


Şekil 5. Araştırma Kabul Kriterleri

2.3.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri



Şekil 6. Araştırma Dışlanma Kriterleri



Şekil 7. Veri Toplama Yöntemi Akış Şeması

2.4. Verilerin Çözümlenmesi ve Yorumlanması

IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Statistics 25 paket programında raporlandırma yapılmıştır. Yapılan analizlerde; p değeri %5 hata payı ve %95 güven aralığında alınmıştır. Verilerin çözümlenmesinde veriler normal dağılım gösteriyor ve varyanslar homojen olduğunda ise parametrik testler seçilmiştir. İki nitel değişken arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığına bakmak için nonparametrik test olan Ki-kare testleri kullanılmıştır. Logistik regresyon yapılmıştır.

2.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için T.C Maltepe Üniversitesi Etik Kurulundan gerekli onay (EK 1) alındıktan sonra, Bursa Şehir Hastanesinden kurum izni (Ek 2) alındı, Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tarafından Bursa İl Sağlık Müdürlüğüne yazılan üst yazı ile Bursa İl Sağlık Müdürlüğü izni (Ek 3) alınmıştır. Araştırmayı kabul eden hastalardan bilgilendirilmiş onamları yazılı olarak alındı (Ek 4). Araştırmacı tarafından oluşturulan soru formları (Ek 5) ile hazırlanan anket gönüllü olan kişilere uygulandı.

BÖLÜM 3. BULGULAR VE YORUMLAR

3.1. Bulgular

1. Sezaryen Sonrası Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular (Tablo-1)
2. Hastaların Sağlık Öyküsü ve Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular (Tablo-2)
3. Sezaryen Sonrası Hastaların Obstetrik Özellikleri ile İlgili Bulgular (Tablo-3)
4. Sezaryen Sonrası Hastaların Ameliyat ve Sonrası Döneme İlişkin Bulgular (Tablo-4)
5. Sezaryen Sonrası Hastaların Ameliyat Sonrası Problemlerine İlişkin Bulgular (Tablo-5)
6. Sezaryen Sonrası Hastaların Genitoüriner Sisteme İlişkin Problemlerini İçeren Bulgular (Tablo-6)
7. Taburculuk Sonrası Evde Bakıma İlişkin Bulgular (Tablo-7)
8. Taburculuk Sonrası Annenin Bebek Bakım Tutumuna İlişkin Bulgular (Tablo-8)
9. Sezaryen Sonrası Üriner Kateter Çıktıktan 6 Saat Sonra İdrara Çıkma Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması (Tablo-9)
10. Sezaryen Sonrası Disüri veya Pelvik Tabanda Ağrı Duyulması Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması (Tablo-10)
11. Sezaryen Sonrası Ağrı Sebebi ile Tuvalete Gitmek İstememe Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması (Tablo-11)
12. Taburculuk Sonrası Görülen, PİR Semptomu Olan İdrara Çıkma Hissinin Yok Olması Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması (Tablo-12)
13. Taburculuk Sonrası Görülen, PİR Semptomu Olan Kesik Kesik / Çok Zor Miksiyon Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri Karşılaştırılması (Tablo-13)
14. Taburculuk Sonrası Görülen, PİR Semptomu Olan Anüri Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması (Tablo-14)

15. Taburculuk Sonrası Görülen, PİR Semptomu Olan Oliguri Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması (Tablo-15)

16. Taburculuk Sonrası Miksiyon Yapma Sıklığı Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması (Tablo-16)

17. Taburculuk Sonrası ile İlişkili Bir veya Birden Fazla Problem Yaşanması Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması (Tablo-17)

18. Taburculuk Sonrasında Disüri Durumu ile Bunları Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Multiple Regresyon Analizi (Tablo-18)

19. Taburculuk Sonrasında Oliguri Durumu ile Bunları Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Multiple Regresyon Analizi (Tablo-19)

20. Taburculuk Sonrasında Anüri Durumu ile Bunları Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Multiple Regresyon Analizi (Tablo-20, Tablo-21)

21. Taburculuk Sonrasında İdrara Çıkma Hissinin Yok Olması Durumu ile Bunları Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Multiple Regresyon Analizi (Tablo-22, Tablo-23)

3.1.1. Sezaryen Sonrası Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 1'de sezaryen olmuş kadınların sosyo-demografik verilerinin dağılımı görülmektedir.

Tablo 1. Sezaryen Sonrası Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyo-Demografik Özellikler		**n**	**%**
Yaş Grupları (Ortalama ± Ss = 28,69 ± 4,88) (Minimum: 20, Maksimum: 43)	30 Yaş ve Altı	163	67.9
	31 Yaş ve Üstü	77	32.1
Öğrenim Düzeyi	Lisansüstü Öğrenim	1	.4
	Üniversite Mezunu	50	20.8
	Ortaöğretim Mezunu	85	35.4
	İlkokul-İlköğretim Mezunu	99	41.3
	Okur Yazar Değil	5	2.1
Çalışma Durumu	Çalışmayan	193	80,4
	Çalışan	47	19,6
	İşçi	30	63.8
	Memur	8	17.0
	Öğretmen	2	4.3
	Hemşire	7	14.9
Sosyal Güvence Varlığı	Yok	24	10.0
	Var	216	90.0
Sosyo-ekonomik Durum	Gelir Giderden Fazla	14	5.8
	Gelir Gidere Eşit	182	75.8
	Gelir Giderden Az	44	18.3
Medeni Durum	Evli	239	99.6
	Bekâr	1	.4
Aile Yapısı	Çekirdek Aile	213	88.8
	Geniş Aile	27	11.3
Yaşadığı Yer	İl/İlçe	215	89.6
	Köy	25	10.4
Evlilik Yılı (Ortalama ± S = 6,85±4,8)	4 Sene ve Altı	93	38.8
	5 Sene ve Üstü	147	61.3
Kadının Evlendiği Yaş (Ortalama ± S = 21,93±3,59)	20 Yaş ve Altı	92	38.3
	21 Yaş ve Üzeri	148	61.7
Akraba Evliliği	Yok	219	91.3
	Var	21	8.8

Araştırmaya alınan kadınlarda 30 yaş ve altı %67,9 (n=163), 31 yaş ve üzeri %32,1 (n=77) olup, yaş ortalaması ise 28,69 ± 4,88 (Minimum: 20, Maksimum: 43) olarak belirlendi.

Araştırmaya alınan kadınlarda öğrenim düzeylerin bakıldığında %21,2'si (n=51) lisans ve üstü öğrenim almış, %78,8'i lise ve altı öğrenim almış, %2,1'i (n=5) okuryazar değildir. Okuryazar olduğunu söyleyen araştırmaya katılan kadınların %41,3'ü (n=99) ilkokul-ilköğretim mezunu, %35,4'ü (n=85) ortaöğretim mezunu, %20,8'i (n=50) üniversite mezunu, %0,4'ünün (n=1) lisansüstü öğrenim aldığı görülmüştür.

Kadınların araştırma durumlarına bakıldığında %80,4'ü (n= 193) araştırmamaktadır, %19,6'sı (n=47) araştırmaktadır. Araştırmaya alınan kadınların %63,8'inin (n=30) işçi, %17'sinin (n=8) memur, %4,3'ünün (n=2) öğretmen, %14,9'unun (n=7) hemşire olarak çalıştığı görülmüştür.

Sosyal güvencelerine bakıldığında kadınların %90'ının (n=216) sağlık güvencesi var, %10'unun (n=24) sağlık güvencesi yoktur.

Sosyo-ekonomik durumları sorgulandığına kadınların %5,8'inin (n= 14) geliri giderinden fazla, %75,8'inin (n=182) geliri giderine eşit, %18,3'ünün (n=44) geliri giderinden az olduğunu söylemiştir.

Medeni durumlarına bakıldığında kadınların %99,6'sının (n=239) resmi nikahlı evli, %0,4'inin (n=1) de bekâr olduğu görülmüştür.

Aile yapısına bakıldığında kadınların %88,8'i (n=213) çekirdek ailede, %11,3'ünün de (n= 27) geniş ailede yaşadığı görülmüştür.

Yaşadıkları yer sorgulandığında kadınların %10,4'ü (n= 25) köyde, %89,6'sının da (n=215) il/ilçe de yaşadığı görülmüştür.

Kadınların evlilik yıl ortalamaları 6,85±4,8'dir (Minimum:1, Maksimum:23). Kadınların %38,8'inin (n=93) 4 sene ve altı, %61,3'ünün (n=147) ise 5 sene ve üstü evlilik yılı olduğu belirlendi.

Kadınların evlendikleri yaş ortalamaları 21,93±3,59'dur (Minimum:16, Maksimum:38). Kadınların %38,3'ünün (n=92) 20 yaş ve altı, %61,7'sinin (n=148) ise 21 yaş ve üzeri olduğu belirlendi.

Akraba evliliği sorgulandığında kadınların %8,8'inde (n=21) akraba evliliği var, %91,3'ünde (n=219) akraba evliliği yoktur.

3.1.2. Sezaryen Sonrası Hastaların Sağlık Öyküsü ve Alışkanlıklarına İlişkin Bulgular

Tablo 2'de araştırmaya alınan sezaryen Sonrası kadınların sağlık öyküsü ve alışkanlıklarının dağılımı görülmektedir.

Tablo 2. Hastaların Sağlık Öyküsü ve Alışkanlıkları

Sağlık Öyküsü ve Alışkanlıklarının Özellikleri			**n**	**%**
Sigara Kullanımı	Yok		200	83.3
	Var		40	16,7
Vajinal Enfeksiyon Geçirme Durumu	Geçirmemiş		86	35.8
	Geçirmiş		154	64.2
İlaç Kullanımı	Yok		201	83.8
	Var		39	16.2
		Hipertansiyon	7	2,91
		Diyabet	3	1,25
		Tiroid	19	7,91
		Astım	4	1,66
		Diğer	6	2,5
Kronik Hastalık Öyküsü	Yok		201	83.8
	Var		39	16.2
		Hipertansiyon	7	2,91
		Diyabet	3	1,25
		Tiroid	19	7,91
		Astım	4	1,66
		Diğer	6	2,5

Kadınların sigara kullanımı sorgulandığında %16,7'si (n=40) sigara kullanmaktadır, %83,3'ü (n=200) sigara kullanmamaktadır. Kadınların vajinal enfeksiyon geçirme öyküsü sorgulandığında %64,2'sinde (n=154) enfeksiyon öyküsü mevcuttur, %35,8'inde (n=86) enfeksiyon öyküsü mevcut değildir.

Kadınların ilaç kullanımı ve kronik hastalık öyküsü sorgulandığında kronik hastalığı olan her kişinin ilaç kullandığı görülmüştür. Bazı katılımcıların ise birden fazla kronik hastalığı olduğu ve birden fazla ilaç kullandığı görülmüştür. Araştırmaya alınan kadınların %83,8'ünde (n=201) ilaç kronik hastalık ve ilaç kullanımı mevcut değildir, %16,2'sinde (n=39) kronik hastalık ve ilaç kullanımı mevcuttur. Araştırmaya alınan kadınlarda %2,91'inde (n=7) hipertansiyon, %1,25'inde (n=3) diyabet, %7,91'inde (n=19) tiroid, %1,66'sında (n=4) astım, %2,5'inde (n=6) diğer kronik hastalık ve buna bağlı ilaç kullanımı mevcuttur.

3.1.3. Sezaryen Sonrası Hastaların Obstetrik Hikâyeleri ile İlgili Bulgular

Tablo 3'te Araştırmaya katılan sezaryen olmuş hastaların obstetrik özelliklerine ilişkin dağılımları görülmektedir.

Tablo 3. Sezaryen Sonrası Hastaların Obstetrik Özellikleri

Obstetrik Özellikler		**n**	**%**
İlk Adet Görme Yaşı	(Ortalama ± S = 13,38±1.26) (Minimum:9, Maksimum: 16)	240	100
İlk Gebelik Yaşı	(Ortalama ± S = 23,05±3,76) (Minimum:14, Maksimum: 38)	240	100
Geçirilen Gebelik Sayısı (Ortalama ± S = 2.61±1.40)	2 Gebelik ve Altı 3 Gebelik ve Üstü	128 112	53,3 46,7
Sezaryen Sayısı (Ortalama ± S = 1.83±0.80)	2 ve Altında Sadece Sezaryen Olanlar 3 ve Üzerinde Sadece Sezaryen Hikâyesi	196 44	81,7 18,3
Vajinal Doğum Sayısı (28w sonrasında) (Ortalama ± S =0.31±0.67) (Minimum:0, Maksimum: 4)	Yok 1 Ve Üzeri Var	186 54	77.5 22.5
Ölü Doğum Sayısı (Ortalama ± S = 0.03±0.20)	Yok Var	233 7	97.1 2.9
Düşük Sayısı (Ortalama ± S = 0.36±0.89)	Yok Var	186 54	77.5 22.5
Kürtaj Sayısı (Ortalama ± S = 0.07±0.28)	Yok Var	225 15	93.8 6.3
Önceki Doğum Yapma Şekli (n=187)	Sadece Vajinal Doğum Hikâyesi Sadece Sezaryen Doğum Hikâyesi Vajinal ve Sezaryen Doğum Hikâyesi	38 129 20	20.3 69.0 10.7
Müdahaleli Vajinal Doğum Öyküsü (n=58)	Müdahalesiz Vajinal Doğum Epizyotomi Forseps Vakum	13 48 0 3	22.4 82.8 0 5.2
Gebeliğin Planlı Olma Durumu	Yok Var	57 183	23.8 76.3
Gebelikte Alınan Kilo (Ortalama ± S =12,66±5,21)	11 Kg ve Altı 12kg ve Üzeri	101 139	42.1 57.9
Bebeğin Doğum Kilosu (Ortalama ± S =3286,85±666,11)	2999gr ve Altı 3000gr ve Üzeri	64 176	26.7 73.3

Kadınların ilk adet görme yaşının ortalaması 13,38±1.26 (Minimum:9, Maksimum: 16) olarak belirlenmiştir.

Kadınların ilk gebelik yaşının ortalaması 23,05±3,76 (Minimum:14, Maksimum: 38) olarak belirlenmiştir.

Kadınların geçirilmiş gebelik sayılarının ortalaması 2.61±1.40'tır (Minimum:1, Maksimum: 13). 2 gebelik ve altı %53,3 (n=128), 3 gebelik ve üstü %46,7 (n=112) olarak belirlenmiştir.

Kadınların geçirilmiş canlı doğum sezaryen sayılarının ortalaması 1.83±0.80'dir (Minimum:1, Maksimum:4). 2 ve altında sezaryen olanlar %81,7 (n=196), 3 ve üzeri sezaryen olanlar %18,3 (n=44) olarak belirlenmiştir.

Kadınların 28 hafta sonrasında geçirilmiş canlı vajinal doğum sayılarının ortalaması 0.31±0.67'dir (Minimum:0, Maksimum: 4). Geçirilmiş canlı vajinal doğum hikâyesi olmayan %77,5 (n=186), 1 ve üzeri canlı vajinal doğum hikâyesi olanlar %22,5 (n=54) olarak belirlenmiştir.

Kadınların ölü doğum sayılarının ortalaması 0.03±0.20'dir (Minimum:1, Maksimum: 2). Ölü doğum hikâyesi olmayanlar %97,1 (n=233), ölü doğum hikâyesi olmayanlar %2,9 (n=7) olarak belirlenmiştir. Yapılan araştırma da aynı kişilerin birden fazla ölü doğum yaptığı da görülmüştür.

Kadınların düşük sayılarının ortalaması 0.36±0.89'dur (Minimum:0, Maksimum: 8). Düşük hikâyesi olmayanlar %77,5 (n=186), düşük hikâyesi olanlar %22,5 (n=54) olarak belirlenmiştir. Yapılan araştırma da aynı kişilerin birden fazla düşük yaptığı da görülmüştür.

Kadınların kürtaj olma hikâyelerinin ortalaması 0.07±0.28'dir (Minimum:0, Maksimum: 2). Kürtaj hikâyesi olmayanlar %93,8 (n=225), kürtaj hikâyesi olanlar %6,3 (n=15) olarak belirlenmiştir. Yapılan araştırma da aynı kişilerde birden fazla kürtaj hikâyesi olanlar görülmüştür.

Araştırmaya katılan kadınların %77,91'inde (n=187) önceden geçirilmiş doğum öyküsü mevcuttur. Doğum öyküsü olan kadınların %20,3'ünde (n=38) sadece vajinal doğum hikâyesi mevcuttur, %69'unda (n=129) sadece sezaryen ile doğum hikâyesi, %10,7'sinde (n=20) ise hem vajinal doğum hem sezaryen ile doğum hikâyesi mevcuttur.

Önceki doğum hikâyesi olan kadınlarda ölü doğum ile doğum hikâyesi olanlarda bu sayıların içerisindedir.

Araştırmaya katılan kadınların %24,16'sında (n=58) vajinal doğum öyküsü mevcuttur. Vajinal doğumunu müdahalesiz yapanlar %22,4'tür (n=13). Vajinal doğum öyküsü olan kadınların %82,8'inde (n=48) epizyotomi, %5,2'sinde (n=3) vakum uygulanmıştır. Bazı kadınlara vajinal doğum sırasında birden fazla perianal müdahale uygulandığı tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %76,3'ü (n=183) gebeliklerinin planlı olduğunu, %23,8'i (n=57) ise gebeliklerinin plansız olduğunu ifade etmiştir.

Gebelikte alınan kilonun ortalaması 12,66±5,21'dir (Minimum:3kg, Maksimum: 44kg). Gebelikte 11kg ve altı kilo alanlar %42,1 (n=101), 12kg ve üstü alanlar %57,9 (n=139) olarak tespit edilmiştir.

Araştırmaya aldığımız tüm hastalarının doğan bebeklerinin ortalama kilosu 3286,85±666,11'dir. Doğan bebeklerin 2999gr ve altı doğanlar %26,7 (n=64), 3000gr ve üzeri doğanlar %73,3'tür (n=176). İkiz bebek olgularında toplam bebeklerin kilosu alınmıştır.

3.1.4. Sezaryen Sonrası Hastaların Ameliyat ve Sonrası Döneme İlişkin Bulgular

Tablo 4'te sezaryen olmuş hastaların ameliyat ve sonrası döneme ilişkin dağılımları görülmektedir.

Tablo 4. Sezaryen Sonrası Döneme Ait Özellikler

Sezaryen Sonrası Döneme Ait Özellikler		n	%
Sezaryen Tercih Edilmesinin Nedeni	Kişinin Sezaryen ile Doğum Yapmayı Tercih Etmesi	4	1.7
	Gecikmiş veya Gerçekleşmemiş Vajinal Doğum	22	9.2
	Fetal Distres	24	10.0
	Mekonyum	3	1.3
	Makat Geliş	18	7.5
	Geçirilmiş Sezaryen Hikâyesi	146	60.8
	Eklemsi/ Preeklemsi Hastası	5	2.1
	Plesanta Yerleşim Problemi	4	1.7
	İri Bebek	14	5.8
Anestezi Türü	Genel	46	19.2
	Spinal	192	80.0
	Edipural	2	.8
Sezaryen Sonrasında Narkotik / Ağrı Kesici Kullanımı	Bilmiyor/Farkında Değil	55	22.9
	Var	185	77.1
Dosyadan Tespit Edilen Ağrı Kesici Bilgisi (Birden Fazla Ağrı Kesici Kullanılmıştır)	Diklofenak	208	86.7
	Parasetamol	91	37.9
	Petidin_HCI	71	29.6
	Tenoksikam	9	3.8
Dosyadan Tespit Edilen Ağrı Kesici Uygulama Zamanı	İlk Bir Saat İçinde Ağrı Kesici Uygulananlar	69	28.7
	Birinci Saatten Sonra Uygulanan Ağrı Kesici İhtiyacı	171	71.3
Erken Mobilizasyon	Yok	80	33.3
	Var	160	66.7

Gebe kadınların; %1,7'si (n=4) ameliyattan korktuğu için bireysel tercihi, %9,2'si (n=22) gecikmiş ve gerçekleşmemiş vajinal doğum, %10'u (n=24) fetal distres, %1,3'te (n=3) mekonyum görülmesi, %7,5'inde (n=18) makat geliş olması, %60,8'inin (n=146)

daha önce sezaryen olması, %2,1'inin (n=5) eklemsi/preeklemsi hastalığı, %1,7'nin (n=4) plesanta yerleşim problemi, %5,8'inin (n=14) bebeğinin iri olması sebebi ile sezaryen ameliyatı tercih edilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların %19,2'si (n=46) genel anestezi, %80'i (n=192) spinal anestezi, %0,8'i de (n=2) edipural anestezi almıştır.

Ameliyat sonrasında yapılan narkotik analjezik veya diğer ağrı kesicilerin kullanımı sorgulandığında kadınların %77,1'i (n=185) kendilerine kullanılan ağrı kesicileri bilmektedirler, %22,9'u (n=55) ise kendilerine uygulanan ağrı kesicileri bilmiyor ya da yapılan ağrı kesicilerin farkında olmadıkları görülmüştür. Farkında olmayan ya da ne yapıldığını bilmeyen hastaların hemşire gözlemlerine bakarak yapılan ilaçlar soru formuna yazılmıştır. Hastalara uygulanan ağrı kesicilerden hastaların %86,7'sine (n=208) diklofenak, %37,9'una (n=91) parasetamol, %29,6'sına (n=71) petidin_HCI, %3,8'ine (n=9) tenoksikam uygulanmıştır. Bazı hastalara birden fazla ağrı kesiciler kullanılmıştır.

Hastaların %28,7'sine (n=69) ameliyattan sonra ilk bir saat içinde ağrı kesici uygulanmıştır, %71,3'üne (n=171) ameliyatın birinci saatinden sonra ağrı kesici kullanılmıştır.

Ameliyattan sonra hareket becerisine, erken mobilizasyon durumuna bakılan hastaların %66,7'si (n=160) sık sık kalkıp yürüyerek sorunsuz erken mobilize olmuştur, %33,3'ü ise (n=80) ağrı sebebi ile yatmayı tercih etmiş olup erken mobilizasyonu sağlayamadığı görülmüştür.

3.1.5. Sezaryen Sonrası Hastaların Ameliyat Sonrası Problemlerine İlişkin Bulgular

Tablo 5'te sezaryen olmuş hastaların ameliyat sonrası problemlerine ilişkin dağılımı görülmektedir.

Tablo 5. Sezaryen Sonrası Yaşanan Problemler

Ameliyat Sonrası Bulgular		**n**	**%**
Aşırı Kanama veya Uterus Atonisi	Yok	220	91.7
	Var	20	8.3
Aşırı Kanama veya Uterus Atonisi Sonrası Yapılan Müdahaleler (Müdahale Yapılan Hasta Sayısı n=20 %:8.3) (*Birden Fazla Müdahale Yapılmıştır)	Fundus Masajı	20	8.3
	Traneksamik Asit/ Hidroksietil Nişasta Türevi İlaçlarla	18	7.5
	Ameliyatla İçerde Kalan Parçaya Müdahale	3	1.3
	Histerektomi	1	0.4
Üriner Kateterin Çıkarılma Zamanı	7 Saat ve Altı	64	26.7
	8 Saat ve Daha Sonra	176	73.3
Üriner Kateter Çıktıktan 6 Saat Sonra İdrara Çıkma Durumu	Yok	14	5.8
	Var	226	94.2
Disüri ve Pelvik Tabanda Ağrı Duyulması	Yok	98	40.8
	Var	142	59.2
Ağrı Sebebi ile Tuvalete Gitmek İstememe Durumu	Sorunsuz Miksiyon	181	75.4
	İdrarı Tutma	47	19.6
	İdrar Hissini Fark Etmeme	12	5.0
Erken Dönemde Mobilizasyonun, Hareket Etmenin Yararlı Olacağı Düşüncesi	Yok	5	2.1
	Kararsız	33	13.8
	Var	202	84.2

Sezaryen ameliyatı olan hastaların %91,7'sinde (n=220) aşırı kanama veya uterus atonisi görülmemiştir, %8,3'ünde (n=20) aşırı kanama veya uterus atonisi durumu görülmüştür. Sezaryen ameliyat sonrasında aşırı kanama veya uterus atonisi görülen hastaların tamamına (n=20) fundus masajı yapılmış olup tüm hastaların %8,3'ünü oluşturur, traneksamik asit/ hidroksietil nişasta türevi ilaçlarla kanamaya müdahale edilen hastalar %7,5'tir (n=18), ameliyatla içerde parçaya müdahale edilen hastalar %1,3'tür (n=3), histerektomi olan hasta %0,4'tür (n=1). Aşırı kanama veya uterus atonisi görülen hastalara birden fazla müdahale uygulanmıştır. Hastaya uygulanan ilaçlar hemşire gözlem formuna bakarak alınmıştır.

Ameliyattan sonra üriner kateter çıkarılma zamanına bakıldığında hastaların %26,7'sinin (n=64) ilk sekiz saat altında üriner kateterinin çıkarıldığı, %73,3'ünün (n=176) üriner kateteri ise sekiz saat ve daha sonra çıkarıldığı görülmüştür.

Ameliyattan sonra takılan üriner kateterin çıkarıldıktan 6 saat sonra idrara çıkma durumuna bakıldığında hastaların %94,2'sinin (n=226) idrara çıkabildiği, %5,8'inin (n=14) ise idrara çıkamadığı görülmüştür.

Ameliyattan sonra takılan üriner kateterin çıkarıldıktan sonra idrara çıktığında zorlanma ve pelvik tabanda ağrı duyulması durumuna bakıldığında hastaların %40,8'inde (n=98) problem olmadığı, %59,2'sinde (n=142) problemin olduğu görülmüştür.

Ameliyattan sonra ağrı sebebi ile tuvalete gitmek istememe durumları sorgulandığında hastaların %75,4'ünün (n=181) sorun yaşamadığı, %19,6'sının (n=47) idrarını tuttuğu, %5'inin (n=12) de idrar hissini hissetmediği görülmüştür.

Ameliyat sonrasında erken mobilizasyonun, hareket etmenin yararlı olacağı düşüncesi sorgulandığında hastaların %84,2'sinin (n=202) yararlı olacağı, %13,8'inin (n=33) ağrılarından dolayı kararsız olduğu, %2,1'inin (n=5) yararlı olmayacağı düşüncesi görülmüştür.

3.1.6. Sezaryen Sonrası Hastaların Genitoüriner Sisteme İlişkin Problemlerini İçeren Bulgular

Tablo 6'da sezaryen olan hastaların genitoüriner sitemle ilişkili problemlerinin dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 6. Genitoüriner Sistemle İlişkili Problemler

Genitoüriner Sistemle İlgili Hastalık Öyküsü		**n**	**%**
Genitoüriner Sistem Sorunları	Yok	136	56.7
(Bazı Katılımcılar Birden Fazla İdrar Yoluna Ait Hastalık Geçirmiştir.)	Var	104	43.3
	İdrar İnkontinansı	14	5.8
	Mesane Prolapsusu	1	0.4
	Sık İdrar Yolu Enfeksiyonu	98	40.8
	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık	1	0.4
Geçirilen idrar Yolu Enfeksiyonu Sonrası Tedavi Alma Durumu (n=98)	Tedaviyi Tamamlamış	54	55.1
	Tedaviyi Yarım Bırakmış	13	13.3
	Tedavi Hiç Almamış	31	31.6
Taburculuk Sonrası Miksiyon ile İlişkili Sorunlar		**n**	**%**
Postpartum İdrar Retansiyonu (PİR) Semptomları	İdrara Çıkma Hissinin Yok Olması	61	25,4
	Anüri	46	19,2
	Oliguri	48	19,2
PİR ile İlişikli Olası Sorunlar	Disüri	71	29,6
PİR Dışındaki Problemler	İdrar Yaparken Yanma	53	22.1
Üriner İnkontinans	Yok	226	94.2
	Var	14	5.8
Miksiyon Sıklığı	3 Defadan Az Olanlar	42	17.5
	3 Den Fazla Olanlar	198	82.5
Miksiyon ile İlişkili Bir veya Birden Fazla Problem Yaşanması	Yok	139	57.9
	Var	101	42.1

Araştırmaya katılan kadınların genitoüriner sistem durumları sorgulandığında hastaların %43,3'ünde (n=104) sorunun var olduğu, %56,7'sinde (n=136) sorunun

olmadığı tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan tüm hastaların %5,8'inde (n=14) idrar inkontinansı, %0,4'ünde (n=1) mesane prolapsusu, %40,8'inde (n=98) sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme, %0,4'ünde (n=1) cinsel yolla bulaşan hastalık durumu tespit edilmiştir. Bazı katılımcılar birden fazla idrar yoluna ait hastalık geçirmiştir

İdrar yolu enfeksiyonu geçiren kadınların (n=98) tedavi alma durumları sorgulandığında hastalık öyküsü bulunan kadınların %55,1'i (n=54) tedaviyi tamamlamış, %13,3'ü (n=13) tedaviyi yarım bırakmış, %31,6'sı (n=31) tedavi almamış olduğu tespit edilmiştir.

Taburculuk sonrası miksiyon sorunlarından PİR semptomları sorgulandığında kadınların %25,4'ünde (n=61) idrara çıkma hissinin yok olması, %19,2'sinde (n=46) anüri, %19,2'sinde (n=48) oliguri durumu tespit edilmiştir.

Taburculuk sonrası miksiyon sorunlarından PİR ile ilişkili olası sorun olan disüri durumu kadınların %29,6'sında (n=71), PİR dışındaki problemlerden miksiyon esnasında yanma sorunu kadınların %22,1'inde (n=53) tespit edilmiştir.

Taburculuk sonrası dönemde hastalarda üriner inkontinans varlığı sorgulandığında kadınların %94,2'sinde (n=226) sorun olmadığı, %5,8'inde (n=14) sorun olduğu tespit edilmiştir.

Taburculuk sonrası dönemde miksiyon sıklığı sorgulanan hastaların %17,5'inin (n=42) 3 defadan az, %82,5'inin (n=198) ise 3 defadan fazla miksiyon yaptığı tespit edilmiştir.

Taburculuk sonrası dönemde hastaların miksiyon ile ilişkili rahatsızlıklarından bir veya daha fazla problemi yaşama durumu sorgulandığında kadınların %42,1'inde (n=101) sorun olduğu, %57,9'unda (n=139) ise sorunun olmadığı tespit edilmiştir.

3.1.7. Taburculuk Sonrası Evde Bakıma İlişkin Bulgular

Tablo 7'de Taburculuk sonrası hastaların evde bakımına ilişkin verilerin dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 7. Taburculuk Sonrası Evdeki Bakım

Taburculuk Sonrası Evdeki Bakım		**n**	**%**
Kişisel Hijyeni Sağlamakta Zorlanma	Yok	203	84.6
	Var	37	15.4
Günlük Tüketilen Su Miktarı	1,4 Lt ve Altı	28	11.7
	1,5 Lt ve Üstü	212	88.3
Ameliyat Yerinizde Ağrı, Kızarıklık, Şişlik Durumu	Yok	201	83.8
	Var, Tedavi Almış	16	6.7
	Var, Tedavi Almamış	23	9.6

Taburculuk sonrasında kadınların evde kişisel hijyenlerini sağlamada zorlanma durumu sorgulandığında kadınların %84,6'sı (n=203) zorlanmadığını, %15,4'ü (n=37) ise zorlandığı cevabını vermiştir.

Taburculuk sonrasında kadınların evde su tüketim miktarı sorgulandığında kadınların %11,7'si (n=28) 1,4lt ve altında, %88,3'ü (n=212) ise 1,5lt ve üstünde su tükettiği cevabını vermiştir.

Taburculuk sonrası ameliyat yerinde ağrı, kızarıklık, şişlik durumu sorgulandığında kadınların %83,8'i (n=201) bir problem yaşamadığını, %6,7'si (n=16) problem yaşadığını ve buna yönelik tedavi aldığını, %9,6'sı (n=23) ise problem yaşadığını fakat buna yönelik tedavi almadığını ifade etmiştir.

3.1.8. Taburculuk Sonrası Annenin Bebek Bakım Tutumuna İlişkin Bulgular

Tablo 8'de sezaryen sonrası annenin bebek bakımına ilişkin tutumlarının dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 8. Taburculuk Sonrası Annenin Bebek Bakım Tutumu

Anne Tutumu		n	%
Bebek Bakımından Dolayı Kendine Yeterince Vakit Ayırma İmkânı	Yok	84	35.0
	Var	156	65.0
Bebeğimin Bakımı Benim Problemlerimden Önce Gelir Düşüncesi	Yok	53	22.1
	Var	187	77.9
Bebekle İlgilendiği İçin Kendini İhmal Etme Düşüncesi	Yok	163	67.9
	Var	77	32.1

Taburculuk sonrasında anneye bebek bakımından dolayı kendine yeterince vakit ayırma durumu sorgulandığında annelerin %35'i (n=84) yok, %65'i (n=156) var cevabını vermiştir.

Taburculuk sonrasında anneye bebek bakımının annenin problemlerinden önce gelir düşüncesi sorulduğunda annelerin %22,1'i (n=53) yok, %77,9'u (n=187) var cevabını vermiştir.

Taburculuk sonrasında anneye bebeği ile ilgilendiği için annenin kendini ihmal etme düşüncesi sorulduğunda annelerin %67,9'u (n=163) yok, %32,1'i (n=77) var cevabını verdiği görülmüştür.

3.1.9. Sezaryen Sonrası Üriner Kateter Çıktıktan 6 Saat Sonra İdrara Çıkma Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması

Tablo 9'da ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan 6 saat sonra idrara çıkma durumunun hastaların tanımlayıcı bazı parametreleri arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi Ki Kare testleri ile incelenmiştir.

Tablo 9. Ameliyat Sonrası Üriner Kateter Çıktıktan 6 Saat Sonra İdrara Çıkma Durumunun Hastaların ile Karşılaştırılması

		Ameliyat Sonrası Üriner Kateter Çıktıktan 6 Saat Sonra İdrara Çıkma Durumu			
Tanımlayıcı Parametreler		**Var n (%)#**	**Yok n (%)#**	**X²**	**p**
Yaş Grupları	30 Yaş ve Altı	154 (68,1)	9 (64,3)		0,77[a]
	31 Yaş ve Üstü	72 (31,9)	5 (35,7)		
Öğrenim Düzeyi	Lise ve Altı Öğrenim Almış Olmak	177 (78,3)	12 (85,7)		0,74[a]
	Üniversite ve Üzeri Öğrenim Almak	49 (21,7)	2 (14,3)		
Sosyo-ekonomik Durum	Gelir Giderden Fazla	12 (5,3)	2 (14,3)		
	Gelir Gidere Eşit	175 (77,4)	7 (50,0)	5,57	0,06[b]
	Gelir Giderden Az	39 (17,3)	5 (35,7)		
Sigara Kullanımı	Yok	187 (82,7)	13 (92,9)		0,47[a]
	Var	39 (17,3)	1 (7,1)		
İlaç Kullanımı	Yok	191 (84,5)	10 (71,4)		0,25[a]
	Var	35 (15,5)	4 (28,6)		
Kronik Hastalık Öyküsü	Yok	191 (84,5)	10 (71,4)		0,25[a]
	Var	35 (15,5)	4 (28,6)		
Geçirilen Gebelik Sayısı	2 Gebelik ve Altı	118 (52,2)	10 (71,4)	2.03	0,15[c]
	3 Gebelik ve Üstü	108 (47,8)	4 (28,6)		
Sezaryen Sayısı	2 ve Altında Sadece Sezaryen Olanlar	183 (81,0)	13 (92,9)		0,47[a]
	3 ve Üzerinde Sadece Sezaryen Hikâyesi	43 (19,0)	1 (7,1)		
Vajinal Doğum Sayısı (28w Sonrasında)	Yok	176 (77,9)	10 (71,4)		0,52[a]
	1 Ve Üzeri Var	50 (22,1)	4 (28,6)		
Önceki Doğum Yapma Şekli (n=187)	Sadece Vajinal Doğum Hikâyesi	34 (18,8)	4 (66,7)		
	Sadece Sezaryen Doğum Hikâyesi	127 (70,2)	2 (33,3)	**8,35**	**0,01[b]**
	Vajinal ve Sezaryen Doğum Hikâyesi	20 (11,0)	0		
Perineal Müdahale Öyküsü (n=58) (Epizyotomi)	Yok	10 (18,5)	0	0,89	0,34[b]
	Var	44 (81,5)	4 (100)		
Gebeliğin Planlı Olma Durumu	Yok	54 (23,9)	3 (21,4)		0,98[a]
	Var	172 (76,1)	11 (78,6)		
Gebelikte Alınan Kilo	11 Kg ve Altı	97 (42,9)	4 (28,6)	1,16	0,28[c]
	12kg ve Üzeri	129 (57,1)	10 (71,4)		
Bebeğin Doğum Kilosu	2999gr ve altı	62 (27,4)	2 (14,3)		0,36[a]
	3000gr ve Üzeri	164 (72,6)	12 (85,7)		
İdrar Yolu Hastalıkları Öyküsü	Yok	131 (58,0)	5 (35,7)	2,63	0,10[c]
	Var	95 (42,0)	9 (64,3)		
Geçirilen İdrar Yolu Enfeksiyonu Sonrası Tedavi Alma Durumu (n:98)	Tedaviyi Tamamlamış	51 (57,3)	3 (33,3)		
	Tedaviyi Yarım Bırakmış	12 (13,5)	1 (11,1)	2,51	0,28[c]
	Tedavi Hiç Almamış	26 (29,2)	5 (55,6)		
Ameliyat Sonrasında Aşırı Kanama veya Uterus Atonısı	Yok	210 (92,9)	10 (71,4)		**0,02[a]**
	Var	16 (7,1)	4 (28,6)		
Ameliyat Sonrası Üriner Kateterin Çıkarılma Zamanı	7 Saat ve Altı	60 (26,5)	4 (28,6)		0,98[a]
	8 Saat ve Daha Sonra	166 (73,5)	10 (71,4)		

Ameliyat Sonrası İdrar Hissimi Fark Etmeme	Yok	175 (77,4)	4 (28,6)	**<0,001[a]**	
	Var	51 (22,6)	10 (71,4)		
İri Bebek ile Doğum	Yapmayanlar	212 (93,8)	14 (100)	0,92	0,33[b]
	Yapanlar	14 (6,2)	0		
Fundus Masajı ile Müdahale	Yok	210 (92,9)	10 (71,4)	**0,02[a]**	
	Var	16 (7,1)	4 (28,6)		
Uygulanan Anestezi Türü	Genel	39 (17,3)	7 (50,0)		
	Spinal	186 (82,3)	6 (42,9)	**11,32**	**<0,001[c] *****
	Edipural	1 (0,4)	1 (7,1)		
Erken mobilizasyon	Yok	68 (30,1)	12 (85,7)	**<0,001[a]** ***	
	Var	158 (69,9)	2 (14,3)		

[a]Fischer'in Kesin Ki-Kare Testi [b]Pearson Ki-Kare Testi [c] Likelihood Ratio Testi

Araştırmada **sadece vajinal doğum hikâyesi olan hastalar** ile ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan 6 saat sonra idrara çıkamayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2= 8,35; p=0,01).

Araştırmada **aşırı kanama veya uterus atonisi görülen hastalar** ile ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan 6 saat sonra idrara çıkamayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2= p=0,02).

Araştırmada **fundus masajıyla müdahale yapılan** hastalar ile ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan 6 saat sonra idrara çıkamayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2= p=0,02).

Araştırmada **idrar hissini fark edemeyen hastalar** ile ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan 6 saat sonra idrara çıkamayan grup arasında çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=p= <0,001).

Araştırmada **genel anestezi alan hastalar** ile ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan 6 saat sonra idrara çıkamayan grup arasında çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=11,32; p= <0,001).

Araştırmada **erken mobilizasyon olmayan hastalar ile** ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan 6 saat sonra idrara çıkamayan grup arasında çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=p= <0,001).

3.1.10. Sezaryen Sonrası Disüri veya Pelvik Tabanda Ağrı Duyulması Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması

Tablo 10'da ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan sonra disüri veya pelvik tabanda ağrı duyulması durumunun hastaların tanımlayıcı bazı parametreleri arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi Ki Kare testleri ile incelenmiştir.

Tablo 10. Ameliyat Sonrası Disüri veya Pelvik Tabanda Ağrı Duyulması Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması

		Disüri / Pelvik Tabanda Ağrı Duyulması			
Tanımlayıcı Parametreler		Var n (%)[#]	Yok n (%)[#]	**X²**	**p**
Yaş Grupları	30 Yaş ve Altı	93 (65,5)	70 (71,4)	0,93	0,33[b]
	31 Yaş ve Üstü	49 (34,5)	28 (28,6)		
Öğrenim Düzeyi	Lise ve Altı Öğrenim Almış Olmak	118 (83,1)	71 (72,4)	**3,87**	**0,04[c]**
	Üniversite ve Üzeri Öğrenim Almak	24 (16,9)	27 (27,6)		
Sosyo-ekonomik Durum	Gelir Giderden Fazla	8 (5,6)	6 (6,1)	0,45	0,79[c]
	Gelir Gidere Eşit	106 (74,6)	76 (77,6)		
	Gelir Giderden Az	28 (19,7)	16 (16,3)		
Sigara Kullanımı	Yok	121 (85,2)	79 (80,6)	0,87	0,35[c]
	Var	21 (14,8)	19 (19,4)		
İlaç Kullanımı	Yok	121 (85,2)	80 (81,6)	0,54	0,46[c]
	Var	21 (14,8)	18 (18,4)		
Kronik Hastalık Öyküsü	Yok	121 (85,2)	80 (81,6)	0,54	0,46[c]
	Var	21 (14,8)	18 (18,4)		
Geçirilen Gebelik Sayısı	2 Gebelik ve Altı	68 (47,9)	60 (61,2)	**4,14**	**0,04[b]**
	3 Gebelik ve Üstü	74 (52,1)	38 (38,89		
Sezaryen Sayısı	2 ve Altında Sadece Sezaryen Olanlar	113 (79,6)	83 (84,7)	1,03	0,31[c]
	3 ve Üzerinde Sadece Sezaryen Hikâyesi	29 (20,4)	15 (15,3)		
Vajinal Doğum Sayısı (28w Sonrasında)	Yok	114 (80,3)	72 (73,5)	1,52	0,21[c]
	1 Ve Üzeri Var	28 (19,7)	26 (26,5)		
Önceki Doğum Yapma Şekli (n=187)	Sadece Vajinal Doğum Hikâyesi	18 (15,4)	20 (28,6)	4,60	0,10[c]
	Sadece Sezaryen Doğum Hikâyesi	86 (73,5)	43 (61,4)		
	Vajinal ve Sezaryen Doğum Hikâyesi	13 (11,1)	7 (10,0)		
Perineal Müdahale Öyküsü (n=58) (Epizyotomi)	Yok	6 (19,4)	4 (14,8)	0,73[a]	
	Var	25 (80,6)	23 (85,2)		
Gebeliğin Planlı Olma Durumu	Yok	40 (28,2)	17 (17,3)	**3,85**	**0,05 [c]**
	Var	102 (71,8)	81 (82,7)		
Gebelikte Alınan Kilo	11 Kg ve Altı	64 (45,1)	37 (37,8)	1,27	0,25 [b]
	12kg ve Üzeri	78 (54,9)	61 (62,2)		
Bebeğin Doğum Kilosu	2999gr ve altı	39 (27,5)	25 (25,5)	0,11	0,73[b]
	3000gr ve Üzeri	103 (72,5)	73 (74,5)		
İdrar Yolu Hastalıkları Öyküsü	Yok	72 (50,7)	64 (65,3)	**5,03**	**0,02[b]**
	Var	70 (49,3)	34 (34,7)		
Geçirilen İdrar Yolu Enfeksiyonu Sonrası Tedavi Alma Durumu (n=98)	Tedaviyi Tamamlamış	38 (56,7)	16 (51,6)	0,37	0,82[c]
	Tedaviyi Yarım Bırakmış	8 (11,9)	5 (16,1)		
	Tedavi Hiç Almamış	21 (31,3)	10 (32,3)		

Ameliyat Sonrasında Aşırı Kanama veya Uterus Atonısı	Yok	126 (88,7)	94 (95,9)	**4,26**	**0,03**[c]
	Var	16 (11,3)	4 (4,1)		
Ameliyat Sonrası Üriner Kateterin Çıkarılma Zamanı	7 Saat ve Altı	31 (21,8)	33 (33,7)	**4,15**	**0,04**[b]
	8 Saat ve Daha Sonra	111 (78,2)	65 (66,3)		
Ameliyatı Sonrasında İdrar Hissimi Fark Etmeme	Yok	92 (64,8)	87 (88,8)	**19,02**	**<0,001**[c]
	Var	50 (35,2)	11 (11,2)		
İri Bebek ile Doğum	Yok	138 (97,2)	88 (89,8)	**5,69**	**0,01**[c]
	Var	4 (2,8)	10 (10,2)		
Fundus Masajı ile Müdahale	Yok	126 (88,7)	94 (95,9)	**4,26**	**0,03**[c]
	Var	16 (11,3)	4 (4,1)		
Uygulanan Anestezi Türü	Genel	28 (19,7)	18 (18,4)		
	Spinal	112 (78,9)	80 (81,6)	1,49	0,47[b]
	Edipural	2 (1,4)	0		
Erken mobilizasyon	Yok	50 (35,2)	30 (30,6)	0,55	0,45[b]
	Var	92 (64,8)	68 (69,4)		

[a]Fischer'in Kesin Ki-Kare Testi [b]Pearson Ki-Kare Testi [c] Likelihood Ratio Testi

*p değeri 0,01 ile 0,05 aralığında; istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.
**p değeri 0,001 ile 0,01 aralığında; yüksek düzeyde olarak anlamlı fark vardır.
***p değeri 0,001'den daha küçük ise; çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Araştırmada **lise ve altı öğrenim almış olan hastalar** ile ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan sonra disüri veya pelvik tabanda ağrı duyan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=3,87; p=0,04).

Araştırmada **üç gebelik ve üstü hikâyesi olan hastalar** ile ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan sonra disüri veya pelvik tabanda ağrı duyan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=4,14; p=0,04).

Araştırmada **gebeliği planlı olmayan hastalar** ile ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan sonra disüri veya pelvik tabanda ağrı duyan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=3,85; p=0,05).

Araştırmada **idrar yolu hastalıklar öyküsü bulunan hastalar** ile ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan sonra disüri veya pelvik tabanda ağrı duyan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=5,03; p=0,02).

Araştırmada **aşırı kanama veya uterus atonisi olan hastalar** ile ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan sonra disüri veya pelvik tabanda ağrı duyan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=4,26; p=0,03).

Araştırmada **fundus masajı yapılan hastalar** ile ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan sonra disüri veya pelvik tabanda ağrı duyan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=4,26; p=0,03).

Araştırmada **8 saat ve daha sonra üriner kateteri çıkarılan hastalar** ile ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan sonra disüri veya pelvik tabanda ağrı duyan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=4,15; p=0,04).

Araştırmada **idrar hissini fark edemeyen hastalar** ile ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan sonra disüri veya pelvik tabanda ağrı duyan grup arasında çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=19,02; p= <0,001).

Araştırmada **iri bebek ile doğum yapan hastalar** ile ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan sonra disüri veya pelvik tabanda ağrı duyan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=5,69; p=0,01).

3.1.11. Sezaryen Sonrası Ağrı Sebebi ile Tuvalete Gitmek İstememe Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri Karşılaştırılması

Tablo 11'de sezaryen sonrası ağrı sebebi ile tuvalete gitmek istememe durumunun hastaların tanımlayıcı bazı parametreleri arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi Ki Kare testleri ile incelenmiştir.

Tablo 11. Ameliyat Sonrası Ağrı Sebebi ile Tuvalete Gitmek İstememe Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması

		Ağrı Sebebi ile Tuvalete Gitmek İstememe Durumu			X^2	p
Tanımlayıcı Parametreler		**Sorun yok n (%)#**	**Var, idrar tutmuş n (%)#**	**Var, çünkü idrar hissi yok n (%)#**		
Yaş Grupları	30 Yaş ve Altı	122 (67,4)	35 (74,5)	6 (50,0)	2,63	0,26[c]
	31 Yaş ve Üstü	59 (32,6)	12 (25,5)	6 (50,0)		
Öğrenim Düzeyi	Lise ve Altı Öğrenim Almış Olmak	139 (76,8)	39 (83,0)	11 (91,7)	2,40	0,30[c]
	Üniversite ve Üzeri Öğrenim Almak	42 (23,2)	8 (17,0)	1 (8,3)		
Sosyo-ekonomik Durum	Gelir Giderden Fazla	9 (5,0)	3 (6,4)	2 (16,7)	6,42	0,17[b]
	Gelir Gidere Eşit	143 (79,0)	31 (66,0)	8 (66,7)		
	Gelir Giderden Az	29 (16,0)	13 (27,7)	2 (16,7)		
Sigara Kullanımı	Yok	149 (82,3)	40 (85,1)	11 (91,7)	0,95	0,62[c]
	Var	32 (17,7)	7 (14,9)	1 (8,3)		
İlaç Kullanımı	Yok	155 (85,6)	36 (76,6)	10 (83,3)	2,08	0,35[c]
	Var	26 (14,4)	11 (23,4)	2 (16,7)		

Kronik Hastalık Öyküsü	Yok	155 (85,6)	36 (76,6)	10 (83,3)	2,08	0,35[c]
	Var	26 (14,4)	11 (23,4)	2 (16,7)		
Geçirilen Gebelik Sayısı	2 Gebelik ve Altı	94 (51,9)	27 (57,4)	7 (58,3)	0,58	0,74[c]
	3 Gebelik ve Üstü	87 (48,1)	20 (42,6)	5 (41,7)		
Sezaryen Sayısı	2 ve Altında Sadece Sezaryen Olanlar	146 (80,7)	40 (85,1)	10 (83,3)	0,53	0,76[c]
	3 ve Üzerinde Sadece Sezaryen Hikâyesi	35 (19,3)	7 (14,9)	2 (16,7)		
Vajinal Doğum Sayısı (28w Sonrasında)	Yok	146 (80,7)	31 (66,0)	9 (75,0)	4,37	0,11[c]
	1 Ve Üzeri Var	35 (19,3)	16 (34,0)	3 (25,0)		
Önceki Doğum Yapma Şekli (n=187)	Sadece Vajinal Doğum Hikâyesi	24 (171)	12 (30,8)	2 (25,0)	5,76	0,21[b]
	Sadece Sezaryen Doğum Hikâyesi	102 (72,9)	23 (59,0)	4 (50,0)		
	Vajinal ve Sezaryen Doğum Hikâyesi	14 (10,0)	4 (10,3)	2 (25,0)		
Perineal Müdahale Öyküsü (n=58) (Epizyotomi)	Yok	5 (13,2)	3 (18,8)	2 (50,0)	3,47	0,17[b]
	Var	33 (86,8)	13 (81,3)	2 (50,0)		
Gebeliğin Planlı Olma Durumu	Yok	41 (22,7)	13 (27,7)	3 (25,0)	0,51	0,77[c]
	Var	140 (77,3)	34 (72,3)	9 (75,0)		
Gebelikte Alınan Kilo	11 Kg ve Altı	80 (44,2)	18 (38,3)	3 (25,0)	2,13	0,34[c]
	12kg ve Üzeri	101 (55,8)	29 (61,7)	12 (75,0)		
Bebeğin Doğum Kilosu	2999gr ve altı	48 (26,5)	15 (31,9)	1 (8,3)	3,22	0,20[c]
	3000gr ve Üzeri	133 (73,5)	32 (68,1)	11 (91,7)		
İdrar Yolu Hastalıkları Öyküsü	Yok	113 (62,4)	20 (42,6)	3 (25,0)	**11,21**	**0,004[c]**
	Var	68 (27,6)	27 (57,4)	9 (75,0)		
Geçirilen İdrar Yolu Enfeksiyonu Sonrası Tedavi Alma Durumu (n:98)	Tedaviyi Tamamlamış	44 (67,7)	8 (32,0)	2 (25,0)	**13,50**	**0,009[c]**
	Tedaviyi Yarım Bırakmış	6 (9,2)	6 (24,0)	1 (12,5)		
	Tedavi Hiç Almamış	15 (23,1)	11 (44,0)	5 (62,5)		
Ameliyat Sonrasında Aşırı Kanama veya Uterus Atonısı	Yok	169 (93,4)	40 (85,1)	11 (91,7)	2,92	0,23[c]
	Var	12(6,6)	7 (14,9)	1 (8,3)		
Ameliyat Sonrası Üriner Kateterin Çıkarılma Zamanı	7 Saat ve Altı	56 (30,9)	5 (10,6)	3 (25,0)	**9,07**	**0,01[c]**
	8 Saat ve Daha Sonra	125 (69,1)	42 (89,4)	9 (75,0)		
İri Bebek ile Doğum	Yok	170 (93,9)	44 (93,6)	12 (100)	0,78	0,67[b]
	Var	11 (6,1)	3 (6,4)	0		
Fundus Masajı ile Müdahale	Yok	169 (93,4)	40 (85,1)	11 (91,7)	2,92	0,23[c]
	Var	12 (6,6)	7 (14,9)	1 (8,3)		
Uygulanan Anestezi Türü	Genel	33 (18,2)	7 (14,9)	6 (50,0)	**12,83**	**0,001[c]**
	Spinal	148 (81,8)	38 (80,9)	6 (50,0)		
	Edipural	0	2 (4,3)	0		
Erken Mobilizasyon	Yok	33 (18,2)	36 (76,6)	11 (91,7)	**75,58**	**<0,001[c]**
	Var	148 (81,8)	11 (23,4)	1 (8,3)		

[a]Fischer'in Kesin Ki-Kare Testi [b]Pearson Ki-Kare Testi [c] Likelihood Ratio Testi

*p değeri 0,01 ile 0,05 aralığında; istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.
**p değeri 0,001 ile 0,01 aralığında; yüksek düzeyde olarak anlamlı fark vardır.
***p değeri 0,001'den daha küçük ise; çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Araştırmada **idrar yolu hastalıklar öyküsü olan hastalar** ile sezaryen ameliyatı sonrası idrarını hissedemeyen grup arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=11,21; p=0,004).

Araştırmada **idrar yolu enfeksiyonu sonrası tedavi almayan hastalar** ile sezaryen ameliyatı sonrası idrarını hissedemeyen grup arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=13,50; p=0,009).

Araştırmada **8 Saat ve üstü üriner kateteri çıkarılan hastalar** ile sezaryen ameliyatı sonrası idrarını hissedemeyen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=9,07; p=0,01).

Araştırmada **genel anestezi uygulanan hastalar** ile sezaryen ameliyatı sonrası idrarını hissedemeyen grup arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=12,83; p=0,001).

Araştırmada **erken mobilize olmayan hastalar** ile sezaryen ameliyatı sonrası idrarını hissedemeyen grup arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=75,58; p= <0,001).

3.1.12. Taburculuk Sonrası Görülen İdrara Çıkma Hissinin Yok Olması Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması

Tablo 12'de taburculuk sonrası görülen, PİR semptomu olan idrara çıkma hissinin yok olması durumunun hastaların tanımlayıcı bazı parametreleri ile arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi Ki Kare testleri ile incelenmiştir.

Tablo 12. Taburculuk Sonrası Görülen İdrara Çıkma Hissinin Yok Olması Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması

		İdrara Çıkma Hissinin Yok Olma Durumu			
Bazı Parametreler		Var n (%)[#]	Yok n (%)[#]	**X²**	**p**
Yaş Grupları	30 Yaş ve Altı	40 (65,6)	123 (68,7)	0,20	0,65[c]
	31 Yaş ve Üstü	21 (34,4)	56 (31,3)		
Öğrenim Düzeyi	Lise ve Altı Öğrenim Almış Olmak	52 (85,2)	137 (76,5)	2,18	0,13[c]
	Üniversite ve Üzeri Öğrenim Almak	9 (14,8)	42 (23,5)		
Sosyo-ekonomik Durum	Gelir Giderden Fazla	4 (6,6)	10 (5,6)	2,24	0,32[c]
	Gelir Gidere Eşit	42 (68,9)	140 (78,2)		
	Gelir Giderden Az	15 (24,6)	29 (16,2)		
Sigara Kullanımı	Yok	52 (85,2)	148 (82,7)	0,22	0,63[c]
	Var	9 (14,8)	31 (17,3)		
İlaç Kullanımı	Yok	52 (85,2)	149 (83,2)	0,13	0,71[c]
	Var	9 (14,8)	30 (16,8)		
Kronik Hastalık Öyküsü	Yok	52 (85,2)	149 (83,2)	0,13	0,71[c]
	Var	9 (14,8)	30 (16,8)		
Geçirilen Gebelik Sayısı	2 Gebelik ve Altı	30 (49,2)	98 (54,7)	0,56	0,45[b]
	3 Gebelik ve Üstü	31 (50,8)	81 (45,3)		
Sezaryen Sayısı	2 ve Altında Sadece Sezaryen Olanlar	46 (75,4)	150 (83,8)	2,03	0,15[c]
	3 ve Üzerinde Sadece Sezaryen Hikâyesi	15 (24,6)	29 (16,2)		
Vajinal Doğum Sayısı (28w Sonrasında)	Yok	47 (77,0)	139 (77,7)	0,01	0,92[c]
	1 Ve Üzeri Var	14 (23,0)	40 (22,3)		
Kürtaj Sayısı	Yok	55 (90,2)	170 (95,0)	0,21[a]	
	Var	6 (9,8)	9 (5,0)		
Önceki Doğum Yapma Şekli (n=187)	Sadece Vajinal Doğum Hikâyesi	12 (23,5)	26 (19,1)	2,08	0,35[c]
	Sadece Sezaryen Doğum Hikâyesi	36 (70,6)	93 (68,4)		
	Vajinal ve Sezaryen Doğum Hikâyesi	3 (5,9)	17 (12,5)		
Perineal Müdahale Öyküsü (n=58) (Epizyotomi)	Yok	2 (13,3)	8 (18,6)	0,98[a]	
	Var	13 (86,7)	35 (81,4)		

Gebeliğin Planlı Olma Durumu	Yok	14 (23,0)	43 (24,0)	0,02	0,86[c]
	Var	47 (77,0)	136 (76,0)		
Gebelikte Alınan Kilo	11 Kg ve Altı	22 (36,1)	79 (44,1)	1,21	0,27[b]
	12kg ve Üzeri	39 (63,9)	100 (55,9)		
Bebeğin Doğum Kilosu	2999gr ve altı	12 (19,7)	52 (29,1)	2,13	0,14[c]
	3000gr ve Üzeri	49 (80,3)	127 (70,9)		
İdrar Yolu Hastalıkları Öyküsü	Hayır	28 (45,9)	108 (60,3)	3,86	0,04[b]
	Evet	33 (54,1)	71 (39,7)		
Geçirilen İdrar Yolu Enfeksiyonu Sonrası Tedavi Alma Durumu (n=98)	Tedaviyi Tamamlamış	13 (41,9)	41 (61,2)	3,38	0,18[c]
	Tedaviyi Yarım Bırakmış	6 (19,4)	7 (10,4)		
	Tedavi Hiç Almamış	12 (38,7)	19 (28,4)		
Ameliyat Sonrasında Aşırı Kanama veya Uterus Atonısı	Yok	51 (83,6)	169 (94,4)	**6,12**	**0,01[c]**
	Var	10 (16,4)	10 (5,6)		
Ameliyat Sonrası Üriner Kateterin Çıkarılma Zamanı	7 Saat ve Altı	10 (16,4)	54 (30,2)	**4,73**	**0,03[c]**
	8 Saat ve Daha Sonra	51 (83,6)	125 (69,8)		
Ameliyat Sonrası Üriner Kateter Çıktıktan 6 Saat Sonra İdrara Çıkma Durumu	Yok	10 (16,4)	4 (2,2)	**<0,001[a]**	
	Var	51 (83,6)	175 (97,8)		
Disüri veya Pelvik Tabanda Ağrı Duyulması	Yok	11 (18,0)	87 (48,6)	**19,02**	**<0,001[c]**
	Var	50 (82,0)	92 (51,4)		
Ameliyat Sonrası İdrar Hissimi Fark Etmedim	Yok	0	179 (100)	**272,09**	**<0,001[c]**
	Var	61 (100)	0		
İri Bebek ile Doğum	Yok	59 (96,7)	167 (93,3)	0,52[a]	
	Var	2 (3,3)	12 (6,7)		
Fundus Masajı ile Müdahale	Yok	51 (83,6)	169 (94,4)	**6,12**	**0,01[c]**
	Var	10 (16,4)	10 (5,6)		
Uygulanan Anestezi Türü	Genel	12 (19,7)	34 (19,0)	5,96	0,06[b]
	Spinal	47 (77,0)	145 (81,0)		
	Edipural	2 (3,3)	0		
Erken mobilizasyon	Yok	37 (60,7)	43 (24,0)	**26,37**	**<0,001[c]**
	Var	24 (39,3)	136 (76,0)		
Kişisel Hijyeni Sağlamakta Zorlanma	Yok	45 (73,8)	158 (88,3)	**6,69**	**0,01[c]**
	Var	16 (26,2)	21 (11,7)		
Günlük Tüketilen Su Miktarı	1,4 Lt ve Altı	12 (19,7)	16 (8,9)	**4,62**	**0,03[c]**
	1,5 Lt ve Üstü	49 (80,3)	163 (91,1)		
Ameliyat Yerinizde Ağrı, Kızarıklık, Şişlik Durumu	Yok	49 (80,3)	152 (84,9)	5,27	0,07[c]
	Var, Tedavi Almış	2 (3,3)	14 (7,8)		
	Var, Tedavi Almamış	10 (16,4)	13 (7,3)		

[a]Fischer'in Kesin Ki-Kare Testi [b]Pearson Ki-Kare Testi [c] Likelihood Ratio Testi

*p değeri 0,01 ile 0,05 aralığında; istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.
**p değeri 0,001 ile 0,01 aralığında; yüksek düzeyde olarak anlamlı fark vardır.
***p değeri 0,001'den daha küçük ise; çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Araştırmada **sezaryen sonrasında aşırı kanama veya uterus atonisi görülen hastalar** ile taburculuk sonrasında idrar hissinin yok olduğu grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=6,12; p=0,01).

Araştırmada **fundus masajı ile müdahale yapılan** hastalar ile taburculuk sonrasında idrar hissinin yok olduğu grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=6,12; p=0,01).

Araştırmada **üriner kateteri 8 saat ve daha sonra çıkarılan hastalar** ile taburculuk sonrasında idrar hissinin yok olduğu grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=4,73; p=0,03).

Araştırmada **üriner kateterin çıktıktan 6 saat sonra idrara çıkamayan hastalar** ile taburculuk sonrasında idrar hissinin yok olduğu grup arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=p=<0,001).

Araştırmada **disüri, pelvik tabanda ağrı duyulması görülen** hastalar ile taburculuk sonrasında idrar hissinin yok olduğu grup arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=19,02; p=<0,001).

Araştırmada **sezaryen sonrasında idrar hissini fark edemeyen** hastalar ile taburculuk sonrasında idrar hissinin yok olduğu grup arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=272,09; p=<0,001).

Araştırmada **erken mobilize olmayan** hastalar ile taburculuk sonrasında idrar hissinin yok olduğu grup arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=26,37; p=<0,001).

Araştırmada **kişisel hijyeni sağlamakta zorlanan** hastalar ile taburculuk sonrasında idrar hissinin yok olduğu grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=6,69; p=0,01).

Araştırmada **günlük tüketilen su miktarının 1,4lt ve altı** olan hastalar ile taburculuk sonrasında idrar hissinin yok olduğu grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=4,62; p=0,03).

3.1.13. Taburculuk Sonrası Görülen Disüri Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması

Tablo 13'te taburculuk sonrası görülen, PİR semptomu olan disüri durumunun hastaların tanımlayıcı bazı parametreleri ile arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi Ki Kare testleri ile incelenmiştir.

Tablo 13. Taburculuk Sonrası Görülen, PİR Semptomu Olan Disüri Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması

		Disüri Durumu		X^2	p
Bazı Parametreler		Var n (%)[#]	Yok n (%)[#]		
Yaş Grupları	30 Yaş ve Altı	49 (69,0)	114 (67,5)	0,05	0,81[c]
	31 Yaş ve Üstü	22 (31,0)	55 (32,5)		
Öğrenim Düzeyi	Lise ve Altı Öğrenim Almış Olmak	58 (81,7)	131 (77,5)	0,53	0,46[c]
	Üniversite ve Üzeri Öğrenim Almak	13 (18,3)	38 (22,5)		
Sosyo-ekonomik Durum	Gelir Giderden Fazla	4 (5,6)	10 (5,9)	0,51	0,77[c]
	Gelir Gidere Eşit	52 (73,2)	130 (76,9)		
	Gelir Giderden Az	15 (21,1)	29 (17,2)		
Sigara Kullanımı	Yok	61 (85,9)	139 (82,2)	0,49	0,48[c]
	Var	10 (14,1)	30 (17,8)		
İlaç Kullanımı	Yok	58 (81,7)	143 (84,6)	0,30	0,57[c]
	Var	13 (18,3)	26 (15,4)		
Kronik Hastalık Öyküsü	Yok	58 (81,7)	143 (84,6)	0,30	0,57[c]
	Var	13 (18,3)	26 (15,4)		
Geçirilen Gebelik Sayısı	2 Gebelik ve Altı	37 (52,1)	91 (53,8)	0,06	0,80[b]
	3 Gebelik ve Üstü	34 (47,9)	78 (46,2)		
Sezaryen Sayısı	2 ve Altında Sadece Sezaryen Olanlar	55 (77,5)	141 (83,4)	1,15	0,28[c]
	3 ve Üzerinde Sadece Sezaryen Hikâyesi	16 (22,5)	28 (16,6)		
Vajinal Doğum Sayısı (28w Sonrasında)	Yok	55 (77,5)	131 (77,5)	0,00	0,99[c]
	1 Ve Üzeri Var	16 (22,5)	38 (22,5)		
Kürtaj Sayısı	Yok	65 (91,5)	160 (94,7)	0,38[a]	
	Var	6 (8,5)	9 (5,3)		
Önceki Doğum Yapma Şekli (n=187)	Sadece Vajinal Doğum Hikâyesi	14 (25,5)	24 (18,2)	3,24	0,19[c]
	Sadece Sezaryen Doğum Hikâyesi	38 (69,0)	91 (68,9)		
	Vajinal ve Sezaryen Doğum Hikâyesi	3 (5,5)	17 (12,9)		
Perineal Müdahale Öyküsü (n=58) (Epizyotomi)	Yok	2 (11,8)	8 (19,5)	0,70[a]	
	Var	15 (88,2)	33 (80,5)		
Gebeliğin Planlı Olma Durumu	Yok	17 (23,9)	40 (23,7)	0,00	0,96[c]
	Var	54 (76,1)	129 (76,3)		

Gebelikte Alınan Kilo	11 Kg ve Altı	29 (40,8)	72 (42,6)	0,06	0,80[b]
	12kg ve Üzeri	42 (59,2)	97 (57,4)		
Bebeğin Doğum Kilosu	2999gr ve altı	17 (23,9)	47 (27,8)	0,38	0,53[c]
	3000gr ve Üzeri	54 (76,1)	122 (72,2)		
İdrar Yolu Hastalıkları Öyküsü	Hayır	29(40,8)	107 (63,3)	**10,27**	**0,001**[b]
	Evet	42 (59,2)	62 (36,7)		
Geçirilen İdrar Yolu Enfeksiyonu Sonrası Tedavi Alma Durumu (n=98)	Tedaviyi Tamamlamış	19 (46,3)	35 (61,4)	2,29	0,31[c]
	Tedaviyi Yarım Bırakmış	6 (14,6)	7 (12,3)		
	Tedavi Hiç Almamış	16 (39,0)	15 (26,3)		
Ameliyat Sonrasında Aşırı Kanama veya Uterus Atonısı	Yok	61 (85,9)	159 (94,1)	**4,01**	**0,04**[c]
	Var	10 (14,1)	10 (5,9)		
Ameliyat Sonrası Üriner Kateterin Çıkarılma Zamanı	7 Saat ve Altı	14 (19,7)	50 (29,6)	2,58	0,10[c]
	8 Saat ve Daha Sonra	57 (80,3)	119 (70,4)		
Ameliyat Sonrası Üriner Kateter Çıktıktan 6 Saat Sonra İdrara Çıkma Durumu	Yok	8 (11,3)	6 (3,6)	**0,03**[a]	
	Var	63 (88,7)	163 (96,4)		
Disüri veya Pelvik Tabanda Ağrı Duyulması	Yok	16 (22,5)	82 (48,5)	**14,69**	**<0,001**[c]
	Var	55 (77,5)	87 (51,5)		
Ameliyat Sonrasında İdrar Hissini Fark Etmeme	Yok	18 (25,4)	161 (95,3)	**127,27**	**<0,001**[c]
	Var	53 (74,6)	8 (4,7)		
İri Bebek ile Doğum	Yok	68 (95,8)	158 (93,5)	0,76[a]	
	Var	3 (4,2)	11 (6,5)		
Fundus Masajı ile Müdahale	Yok	61 (85,9)	159 (94,1)	**4,01**	**0,04**[c]
	Var	10 (14,1)	10 (5,9)		
Uygulanan Anestezi Türü	Genel	15 (21,1)	31 (18,3)		
	Spinal	56 (78,9)	136 (80,5)	1,05	0,58[b]
	Edipural	0	2 (1,2)		
Erken mobilizasyon	Yok	37 (52,1)	43 (25,4)	**15,52**	**<0,001**[c]
	Var	34 (47,9)	126 (74,6)		
Kişisel Hijyeni Sağlamakta Zorlanma	Yok	55 (77,5)	148 (87,6)	**3,70**	**0,05**[c]
	Var	16 (22,5)	21 (12,4)		
Günlük Tüketilen Su Miktarı	1,4 Lt ve Altı	15 (21,1)	13 (7,7)	**8,02**	**<0,001**[c]
	1,5 Lt ve Üstü	56 (78,9)	156 (92,3)		
Ameliyat Yerinizde Ağrı, Kızarıklık, Şişlik Durumu	Yok	57 (80,3)	144 (85,2)	2,29	0,31[c]
	Var, Tedavi Almış	4 (5,6)	12 (7,1)		
	Var, Tedavi Almamış	10 (14,1)	13 (7,7)		

[a]Fischer'in Kesin Ki-Kare Testi [b]Pearson Ki-Kare Testi [c] Likelihood Ratio Testi

*p değeri 0,01 ile 0,05 aralığında; istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.
**p değeri 0,001 ile 0,01 aralığında; yüksek düzeyde olarak anlamlı fark vardır.
***p değeri 0,001'den daha küçük ise; çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Araştırmada **idrar yolu hastalıkları öyküsü olan hastalar** ile taburculuk sonrası kesik kesik çok zor idrar yapan grup arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=10,27; p=0,001).

Araştırmada **aşırı kanama veya uterus atonisi görülen** hastalar ile taburculuk sonrası kesik kesik çok zor idrar yapan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=4,01; p=0,04).

Araştırmada **fundus masajı ile müdahale uygulanan** hastalar ile taburculuk sonrası kesik kesik çok zor idrar yapan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=4,01; p=0,04).

Araştırmada üriner **kateter çıktıktan 6 saat sonra idrara çıkmayan** hastalar ile taburculuk sonrası kesik kesik çok zor idrar yapan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=p=0,03).

Araştırmada **disüri veya pelvik tabanda ağrı görülen** hastalar ile taburculuk sonrası kesik kesik çok zor idrar yapan grup arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=14,69; p=<0,001).

Araştırmada **idrar hissini fark etmeyen** hastalar ile taburculuk sonrası kesik kesik çok zor idrar yapan grup arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=127,27; p=<0,001).

Araştırmada **erken mobilize olamayan** hastalar ile taburculuk sonrası kesik kesik çok zor idrar yapan grup arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=15,52; p=<0,001).

Araştırmada **kişisel hijyeni sağlamakta zorlanan** hastalar ile taburculuk sonrası kesik kesik çok zor idrar yapan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=3,70; p=0,05).

Araştırmada **günlük tüketilen su miktarı 1,4lt ve altı** olan hastalar ile taburculuk sonrası disüri yapan grup arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=8,02; p=<0,001).

3.1.14. Taburculuk Sonrası Görülen Anüri Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması

Tablo 14'te taburculuk sonrası görülen, PİR semptomu olan anüri durumunun hastaların tanımlayıcı bazı parametreleri ile arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi Ki Kare testleri ile incelenmiştir.

Tablo 14. Taburculuk Sonrası Görülen Anüri Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması

		Anüri Durumu		**X²**	**p**
Bazı Parametreler		Var n (%)[#]	Yok n (%)[#]		
Yaş Grupları	30 Yaş ve Altı	28 (60,9)	135 (69,6)	1,26	0,26[c]
	31 Yaş ve Üstü	18 (39,1)	59 (30,4)		
Öğrenim Düzeyi	Lise ve Altı Öğrenim Almış Olmak	38 (82,6)	151 (77,8)	0,52	0,46[c]
	Üniversite ve Üzeri Öğrenim Almak	8 (17,4)	43 (22,2)		
Sosyo-ekonomik Durum	Gelir Giderden Fazla	4 (8,7)	10 (5,2)	2,17	0,33[c]
	Gelir Gidere Eşit	31 (67,4)	151 (77,8)		
	Gelir Giderden Az	11 (23,9)	33 (17,0)		
Sigara Kullanımı	Yok	39 (84,8)	161 (83,0)	0,08	0,76[c]
	Var	7 (15,2)	33 (17,0)		
İlaç Kullanımı	Yok	37 (80,4)	164 (84,5)	0,44	0,50[c]
	Var	9 (19,6)	30 (15,5)		
Kronik Hastalık Öyküsü	Yok	37 (80,4)	164 (84,5)	0,44	0,50[c]
	Var	9 (19,6)	30 (15,5)		
Geçirilen Gebelik Sayısı	2 Gebelik ve Altı	17 (37,0)	111 (57,2)	**6,15**	**0,01[c]**
	3 Gebelik ve Üstü	29 (63,0)	83 (42,8)		
Sezaryen Sayısı	2 ve Altında Sadece Sezaryen Olanlar	32 (69,6)	164 (84,5)	**5,04**	**0,02[c]**
	3 ve Üzerinde Sadece Sezaryen Hikâyesi	14 (30,4)	30 (15,5)		
Vajinal Doğum Sayısı (28w Sonrasında)	Yok	34 (73,9)	152 (78,4)	0,40	0,52[c]
	1 ve Üzeri	12 (26,1)	42 (21,6)		
Kürtaj Sayısı	Yok	41 (89,1)	184 (94,8)	0,17[a]	
	Var	5 (10,9)	10 (5,2)		
Önceki Doğum Yapma Şekli (n=187)	Sadece Vajinal Doğum Hikâyesi	10 (24,4)	28 (19,2)	1,02	0,59[c]
	Sadece Sezaryen Doğum Hikâyesi	28 (68,3)	101 (69,2)		
	Vajinal ve Sezaryen Doğum Hikâyesi	3 (7,3)	17 (11,6)		
Perineal Müdahale Öyküsü (n=58) (Episyotomi)	Yok	2 (15,4)	8 (17,8)	0,98[a]	
	Var	11 (84,6)	37 (82,2)		
Gebeliğin Planlı Olma Durumu	Yok	13 (28,3)	44 (22,7)	0,62	0,43[c]
	Var	33 (71,7)	150 (77,3)		
Gebelikte Alınan Kilo	11 Kg ve Altı	16 (34,8)	85 (43,8)	1,26	0,26[c]
	12kg ve Üzeri	30 (65,2)	109 (56,2)		
Bebeğin Doğum Kilosu	2999gr ve altı	12 (26,1)	52 (26,8)	0,01	0,92[c]
	3000gr ve Üzeri	34 (73,9)	142 (73,2)		

İdrar Yolu Hastalıkları Öyküsü	Yok Var	20 (43,5) 26 (56,5)	116 (59,8) 78 (40,2)	**3,99**	**0,04**[c]
Geçirilen İdrar Yolu Enfeksiyonu Sonrası Tedavi Alma Durumu (n=98)	Tedaviyi Tamamlamış Tedaviyi Yarım Bırakmış Tedavi Hiç Almamış	13 (50,0) 4 (15,4) 9 (34,6)	41 (56,9) 9 (12,5) 22 (30,6)	0,38	0,82[c]
Ameliyat Sonrasında Aşırı Kanama veya Uterus Atonısı	Yok Var	38 (82,6) 8 (17,4)	182 (93,8) 12 (6,2)	**0,03**[a]	
Ameliyat Sonrası Üriner Kateterin Çıkarılma Zamanı	7 Saat ve Altı 8 Saat ve Daha Sonra	8 (17,4) 38 (82,6)	56 (28,9) 138 (71,1)	2,68	0,10[c]
Ameliyat Sonrası Üriner Kateter Çıktıktan 6 Saat Sonra İdrara Çıkma Durumu	Yok Var	6 (13,0) 40 (87,0)	8 (4,1) 186 (95,9)	**0,03**[a]	
Disüri veya Pelvik Tabanda Ağrı Duyulması	Yok Var	8 (17,4) 38 (82,6)	90 (46,4) 104 (53,6)	**14,16**	**<0,001**[c]
Ameliyat Sonrasında İdrar Hissini Fark Etmeme	Yok Var	4 (8,7) 42 (91,3)	175 (90,2) 19 (9,8)	**120,55**	**<0,001**[c]
İri Bebek ile Doğum	Yok Var	44 (95,7) 2 (4,3)	182 (93,8) 12 (6,2)	0,98[a]	
Fundus Masajı ile Müdahale	Yok Var	38 (82,6) 8 (17,4)	182 (93,8) 12 (6,2)	**0,03**[a]	
Uygulanan Anestezi Türü	Genel Spinal Edipural	7 (15,2) 39 (84,8) 0	39 (20,1) 153 (78,9) 2 (1,0)	1,10	0,57[b]
Erken mobilizasyon	Yok Var	25 (54,3) 21 (45,7)	55 (28,4) 139 (71,6)	**10,76**	**0,001**[c]
Kişisel Hijyeni Sağlamakta Zorlanma	Yok Var	33 (71,7) 13 (28,3)	170 (87,6) 24 (12,4)	**6,34**	**0,01**[c]
Günlük Tüketilen Su Miktarı	1,4 Lt ve Altı 1,5 Lt ve Üstü	9 (19,6) 37 (80,4)	19 (9,8) 175 (90,2)	3,06	0,08[c]
Ameliyat Yerinizde Ağrı, Kızarıklık, Şişlik Durumu	Yok Var, Tedavi Almış Var, Tedavi Almamış	35 (76,1) 3 (6,5) 8 (17,4)	166(85,6) 13 (6,7) 15 (7,7)	3,50	0,17[c]

[a]Fischer'in Kesin Ki-Kare Testi [b]Pearson Ki-Kare Testi [c] Likelihood Ratio Testi

*p değeri 0,01 ile 0,05 aralığında; istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.
**p değeri 0,001 ile 0,01 aralığında; yüksek düzeyde olarak anlamlı fark vardır.
***p değeri 0,001'den daha küçük ise; çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Araştırmada **3 gebelik ve üstü hikâyesi** olan hastalar ile taburculuk sonrası anüri görülen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=6,15; p=0,01).

Araştırmada **3 ve üzerinde sadece sezaryen hikâyesi** olan hastalar ile taburculuk sonrası anüri görülen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=5,04; p=0,02).

Araştırmada **idrar yolu hastalık öyküsü olan** hastalar ile taburculuk sonrası anüri görülen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=3,99; p=0,04).

Araştırmada **aşırı kanama veya uterus atonisi olan** hastalar ile taburculuk sonrası anüri görülen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=p=0,03).

Araştırmada **fundus masajı ile müdahale yapılan** hastalar ile taburculuk sonrası anüri görülen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=p=0,03).

Araştırmada **üriner kateter çıktıktan 6 saat sonra idrara çıkamayan** hastalar ile taburculuk sonrası anüri görülen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=p=0,03).

Araştırmada **disüri veya pelvik tabanda ağrı duyan** hastalar ile taburculuk sonrası anüri görülen grup arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=14,16; p=<0,001).

Araştırmada **idrar hissini fark edemeyen** hastalar ile taburculuk sonrası anüri görülen grup arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=120,55; p=<0,001).

Araştırmada **erken mobilize olamayan** hastalar ile taburculuk sonrası anüri görülen grup arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=10,76; p=0,001).

Araştırmada **kişisel hijyeni sağlamakta zorlanan** hastalar ile taburculuk sonrası anüri görülen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=6,34; p=0,01).

3.1.15. Taburculuk Sonrası Görülen Oliguri Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması

Tablo 15'te taburculuk sonrası görülen, PİR semptomu olan oliguri durumunun hastaların tanımlayıcı bazı parametreleri ile arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi Ki Kare testleri ile incelenmiştir.

Tablo 15. Taburculuk Sonrası Görülen Oliguri Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması

		Oliguri Durumu		X^2	p
Bazı Parametreler		**Var n (%)[#]**	**Yok n (%)[#]**		
Yaş Grupları	30 Yaş ve Altı	31 (64,6)	132 (68,8)	0,30	0,58[c]
	31 Yaş ve Üstü	17 (35,4)	60 (31,2)		
Öğrenim Düzeyi	Lise ve Altı Öğrenim Almış Olmak	40 (83,3)	149 (77,6)	0,78	0,37[c]
	Üniversite ve Üzeri Öğrenim Almak	8 (16,7)	43 (22,4)		
Sosyo-ekonomik Durum	Gelir Giderden Fazla	3 (6,3)	11 (5,7)	0,02	0,98[c]
	Gelir Gidere Eşit	36 (75,0)	146 (76,0)		
	Gelir Giderden Az	9 (18,8)	35 (18,2)		
Sigara Kullanımı	Yok	42 (87,5)	158 (82,3)	0,79	0,37[c]
	Var	6 (12,5)	34 (17,7)		
İlaç Kullanımı	Yok	39 (81,3)	162 (84,4)	0,26	0,60[c]
	Var	9 (18,8)	30 (15,6)		
Kronik Hastalık Öyküsü	Yok	39 (81,3)	162 (84,4)	0,26	0,60[c]
	Var	9 (18,8)	30 (15,6)		
Geçirilen Gebelik Sayısı	2 Gebelik ve Altı	24 (50,0)	104 (54,2)	0,26	0,60[c]
	3 Gebelik ve Üstü	24 (50,0)	88 (45,8)		
Sezaryen Sayısı	2 ve Altında Sadece Sezaryen Olanlar	36 (75,0)	160 (83,3)	1,67	0,19[c]
	3 ve Üzerinde Sadece Sezaryen Hikâyesi	12 (25,0)	32 (16,7)		
Vajinal Doğum Sayısı (28w Sonrasında)	Yok	36 (75,0)	150 (78,1)	0,21	0,64[c]
	1 Ve Üzeri Var	12 (25,0)	42 (21,9)		
Kürtaj Sayısı	Yok	45 (93,8)	180 (93,8)	0,99[a]	
	Var	3 (6,3)	12 (6,3)		
Önceki Doğum Yapma Şekli (n=187)	Sadece Vajinal Doğum Hikâyesi	9 (22,5)	29 (19,7)	0,65	0,72[c]
	Sadece Sezaryen Doğum Hikâyesi	28 (70,0)	101 (68,7)		
	Vajinal ve Sezaryen Doğum Hikâyesi	3 (7,5)	17 (11,6)		
Perineal Müdahale Öyküsü (n=58) (Epizyotomi)	Yok	1 (8,3)	9 (19,6)	0,67[a]	
	Var	11 (91,7)	37 (80,4)		
Gebeliğin Planlı Olma Durumu	Yok	13 (27,1)	44 (22,9)	0,36	0,54[c]
	Var	35 (72,9)	148 (77,1)		
Gebelikte Alınan Kilo	11 Kg ve Altı	19 (39,6)	82 (42,7)	0,15	0,69[c]
	12kg ve Üzeri	29 (60,4)	110 (57,3)		

Bebeğin Doğum Kilosu	2999gr ve altı 3000gr ve Üzeri	14 (29,2) 34 (70,8)	50 (26,0) 142 (74,0)	0,18	0,66[c]
İdrar Yolu Hastalıkları Öyküsü	Yok Var	20 (41,7) 28 (58,3)	116 (60,4) 76 (39,6)	**5,45**	**0,02[c]**
Geçirilen İdrar Yolu Enfeksiyonu Sonrası Tedavi Alma Durumu (n=98)	Tedaviyi Tamamlamış Tedaviyi Yarım Bırakmış Tedavi Hiç Almamış	15 (55,6) 4 (14,8) 8 (29,6)	39 (54,9) 9 (12,7) 23 (32,4)	0,11	0,94[c]
Ameliyat Sonrasında Aşırı Kanama veya Uterus Atonısı	Yok Var	41 (85,4) 7 (14,6)	179 (93,2) 13 (6,8)	0,08[a]	
Ameliyat Sonrası Üriner Kateterin Çıkarılma Zamanı	7 Saat ve Altı 8 Saat ve Daha Sonra	6 (12,5) 42 (87,5)	58 (30,2) 134 (69,8)	**6,94**	**0,008[c]**
Ameliyat Sonrası Üriner Kateter Çıktıktan 6 Saat Sonra İdrara Çıkma Durumu	Yok Var	4 (8,3) 44 (91,7)	10 (5,2) 182 (94,8)	0,48[a]	
Disüri veya Pelvik Tabanda Ağrı Duyulması	Yok Var	10 (20,8) 38 (79,2)	88 (45,8) 104 (54,2)	**10,63**	**0,002[c]**
Ameliyat Sonrasında İdrar Hissini Fark Etmeme	Yok Var	9 (18,8) 39 (81,2)	170 (88,5) 22 (11,5)	**89,06**	**<0,001[c]**
İri Bebek ile Doğum	Yok Var	46 (95,8) 2 (4,2)	180 (93,8) 12 (6,3)	0,74[a]	
Fundus Masajı ile Müdahale	Yok Var	41 (85,4) 7 (14,6)	179 (93,2) 13 (6,8)	0,08[a]	
Uygulanan Anestezi Türü	Genel Spinal Edipural	8 (16,7) 40 (83,3) 0	38 (19,8) 152 (79,2) 2 (1,0)	0,77	0,67[b]
Erken mobilizasyon	Yok Var	23 (47,9) 25 (52,1)	57 (29,7) 135 (70,3)	**5,52**	**0,01[c]**
Kişisel Hijyeni Sağlamakta Zorlanma	Yok Var	33 (68,8) 15 (31,3)	170 (88,5) 22 (11,5)	**10,01**	**0,002[c]**
Günlük Tüketilen Su Miktarı	1,4 Lt ve Altı 1,5 Lt ve Üstü	11 (22,9) 37 (77,1)	17 (8,9) 175 (91,1)	**6,36**	**0,01[c]**
Ameliyat Yerinizde Ağrı, Kızarıklık, Şişlik Durumu	Yok Var, Tedavi Almış Var, Tedavi Almamış	39 (81,3) 2 (4,2) 7 (14,6)	162 (84,4) 14 (7,3) 16 (8,3)	2,08	0,35[c]

[a]Fischer'in Kesin Ki-Kare Testi [b]Pearson Ki-Kare Testi [c] Likelihood Ratio Testi

*p değeri 0,01 ile 0,05 aralığında; istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.
**p değeri 0,001 ile 0,01 aralığında; yüksek düzeyde olarak anlamlı fark vardır.
***p değeri 0,001'den daha küçük ise; çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Araştırmada **idrar yolu hastalıkları öyküsü olan** hastalar ile oliguri görülen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=5,45, p=0,02).

Araştırmada **üriner kateterin 8 saat ve daha sonra çıkarılan** hastalar ile oliguri görülen grup arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=6,94; p=0,008).

Araştırmada **disüri veya pelvik tabanda ağrı duyan** hastalar ile oliguri görülen grup arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=10,63; p=0,002).

Araştırmada **idrar hissini fark edemeyen** hastalar ile oliguri görülen grup arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=89,06; p=<0,001).

Araştırmada **erken mobilize olamayan** hastalar ile oliguri görülen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=5,52; p=0,01).

Araştırmada **kişisel hijyeni sağlamakta zorlanan** hastalar ile oliguri görülen grup arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=10,01; p=0,002).

Araştırmada **1,4lt ve altı su tüketen hastalar** ile oliguri görülen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=6,36; p=0,01)

3.1.16. Taburculuk Sonrası Miksiyon Yapma Sıklığı Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması

Tablo 16'da taburculuk sonrası miksiyon yapma sıklığı durumunun hastaların tanımlayıcı bazı parametreleri ile arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi Ki Kare testleri ile incelenmiştir.

Tablo 16. Taburculuk Sonrası Miksiyon Yapma Sıklığı Durumunun Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması

		Miksiyon Yapma Sıklığı Durumu			
Bazı Parametreler		**3 Defadan Az Olanlar n (%)[#]**	**3 Defadan Fazla Olanlar n (%)[#]**	**X^2**	**p**
Yaş Grupları	30 Yaş ve Altı	25 (59,5)	138 (69,7)	1,59	0,20[c]
	31 Yaş ve Üstü	17 (40,5)	60 (30,3)		
Öğrenim Düzeyi	Lise ve Altı Öğrenim Almış Olmak	34 (81,0)	155 (78,3)	0,15	0,69[c]
	Üniversite ve Üzeri Öğrenim Almak	8 (19,0)	43 (21,7)		
Sosyo-ekonomik Durum	Gelir Giderden Fazla	4 (9,5)	10 (5,1)	4,99	0,08[c]
	Gelir Gidere Eşit	26 (61,9)	156 (78,8)		
	Gelir Giderden Az	12 (28,6)	32 (16,2)		
Sigara Kullanımı	Yok	36 (85,7)	164 (82,8)	0,21	0,64[c]
	Var	6 (14,3)	34 (17,2)		
İlaç Kullanımı	Yok	37 (88,1)	164 (82,8)	0,75	0,38[c]
	Var	5 (11,9)	34 (17,2)		
Kronik Hastalık Öyküsü	Yok	37 (88,1)	164 (82,8)	0,75	0,38[c]
	Var	5 (11,9)	34 (17,2)		
Geçirilen Gebelik Sayısı	2 Gebelik ve Altı	18 (42,9)	110 (55,6)	2,24	0,13[c]
	3 Gebelik ve Üstü	24 (57,1)	88 (44,4,)		
Sezaryen Sayısı	2 ve Altında Sadece Sezaryen Olanlar	30 (71,4)	166 (83,8)	3,25	0,07[c]
	3 ve Üzerinde Sadece Sezaryen Hikâyesi	12 (28,6)	32 (16,2)		
Vajinal Doğum Sayısı (28w Sonrasında)	Yok	30 (71,4)	156 (78,8)	1,03	0,31[c]
	1 Ve Üzeri Var	12 (28,6)	42 (21,2)		
Kürtaj Sayısı	Yok	37 (88,1)	188 (94,9)	0,15[a]	
	Var	5 (11,9)	10 (5,1)		
Önceki Doğum Yapma Şekli (n=187)	Sadece Vajinal Doğum Hikâyesi	9 (25,7)	29 (19,1)	0,84	0,65[c]
	Sadece Sezaryen Doğum Hikâyesi	22 (62,9)	107 (70,4)		
	Vajinal ve Sezaryen Doğum Hikâyesi	4 (11,4)	16 (10,5)		

Perineal Müdahale Öyküsü (n=58) (Epizyotomi)	Yok	3 (23,1)	7 (15,6)	0,67[a]	
	Var	10 (76,9)	38 (84,4)		
Gebeliğin Planlı Olma Durumu	Yok	10 (23,8)	47 (23,7)	0,00	0,99[c]
	Var	32 (76,2)	151 (76,3)		
Gebelikte Alınan Kilo	11 Kg ve Altı	16 (38,1)	85 (42,9)	0,33	0,56[c]
	12kg ve Üzeri	26 (61,9)	113 (57,1)		
Bebeğin Doğum Kilosu	2999gr ve altı	8 (19,0)	56 (28,3)	1,59	0,20[c]
	3000gr ve Üzeri	34 (81,0)	142 (71,7)		
İdrar Yolu Hastalıkları Öyküsü	Yok	19 (45,2)	117 (59,1)	2,68	0,10[c]
	Var	23 (54,8)	81 (40,9)		
Geçirilen İdrar Yolu Enfeksiyonu Sonrası Tedavi Alma Durumu (n=98)	Tedaviyi Tamamlamış	10 (43,5)	44 (58,7)	2,01	0,36[c]
	Tedaviyi Yarım Bırakmış	3 (13,0)	10 (13,3)		
	Tedavi Hiç Almamış	10 (43,5)	21 (28,0)		
Ameliyat Sonrasında Aşırı Kanama veya Uterus Atonısı	Yok	34 (81,0)	186 (93,9)	**0,01[a]**	
	Var	8 (19,0)	12 (6,1)		
Ameliyat Sonrası Üriner Kateterin Çıkarılma Zamanı	7 Saat ve Altı	9 (21,4)	55 (27,8)	0,74	0,38[c]
	8 Saat ve Daha Sonra	33 (78,6)	143 (72,2)		
Ameliyat Sonrası Üriner Kateter Çıktıktan 6 Saat Sonra İdrara Çıkma Durumu	Yok	7 (16,7)	7 (3,5)	**0,004[a]**	
	Var	35 (83,3)	191 (96,5)		
Disüri veya Pelvik Tabanda Ağrı Duyulması	Yok	8 (19,0)	90 (45,5)	**10,85**	**0,001[c]**
	Var	34 (81,0)	108 (54,5)		
Ameliyat Sonrasında İdrar Hissini Fark Etmeme	Yok	3 (7,1)	176 (88,9)	**112,34**	**<0,001[c]**
	Var	39 (92,9)	22 (11,1)		
İri Bebek ile Doğum	Yok	40 (95,2)	186 (93,9)	0,099[a]	
	Var	2 (4,8)	12 (6,1)		
Fundus Masajı ile Müdahale	Yok	34 (81,0)	186 (93,9)	**0,01[a]**	
	Var	8 (19,0)	12 (6,1)		
Uygulanan Anestezi Türü	Genel	8 (19,0)	38 (19,2)	1,47	0,47[b]
	Spinal	33 (78,6)	159 (80,3)		
	Edipural	1 (2,4)	1 (0,5)		
Erken mobilizasyon	Yok	27 (64,3)	53 (26,8)	**20,72**	**<0,001[c]**
	Var	15 (35,7)	145 (73,2)		
Kişisel Hijyeni Sağlamakta Zorlanma	Yok	30 (71,4)	173 (87,4)	**5,91**	**0,01[c]**
	Var	12 (28,6)	25 (12,6)		
Günlük Tüketilen Su Miktarı	1,4 Lt ve Altı	11 (26,2)	17 (8,6)	**0,003[a]**	
	1,5 Lt ve Üstü	31 (73,8)	181 (91,4)		
Ameliyat Yerinizde Ağrı, Kızarıklık, Şişlik Durumu	Yok	35 (83,3)	166 (83,8)	2,83	0,24[c]
	Var, Tedavi Almış	1 (2,4)	15 (7,6)		
	Var, Tedavi Almamış	6 (14,3)	17 (8,6)		

[a]Fischer'in Kesin Ki-Kare Testi [b]Pearson Ki-Kare Testi [c] Likelihood Ratio Testi

*p değeri 0,01 ile 0,05 aralığında; istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.
**p değeri 0,001 ile 0,01 aralığında; yüksek düzeyde olarak anlamlı fark vardır.
***p değeri 0,001'den daha küçük ise; çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Araştırmada **aşırı kanama veya uterus atonisi olan** hastalar ile günlük miksiyon yapma sıklığının 3 defadan az olduğunu söyleyen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=p=0,01).

Araştırmada **fundus masajı ile müdahale edilen** hastalar ile günlük miksiyon yapma sıklığının 3 defadan az olduğunu söyleyen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=p=0,01).

Araştırmada **üriner kateter çıktıktan 6 saat sonra idrara çıkmayan** hastalar ile günlük miksiyon yapma sıklığının 3 defadan az olduğunu söyleyen grup arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=p=0,004).

Araştırmada **disüri veya pelvik tabanda ağrı duyan** hastalar ile günlük miksiyon yapma sıklığının 3 defadan az olduğunu söyleyen grup arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=10,85; p=0,001).

Araştırmada **idrar hissini fark edemeyen** hastalar ile günlük miksiyon yapma sıklığının 3 defadan az olduğunu söyleyen grup arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=112,34; p=<0,001).

Araştırmada **erken mobilizasyon olmayan** hastalar ile günlük miksiyon yapma sıklığının 3 defadan az olduğunu söyleyen grup arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=20,72; p=<0,001).

Araştırmada **kişisel hijyeni sağlamakta zorlanan** hastalar ile günlük miksiyon yapma sıklığının 3 defadan az olduğunu söyleyen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=5,91; p=0,01).

Araştırmada **1,4lt ve altı su tüketen** hastalar ile günlük miksiyon yapma sıklığının 3 defadan az olduğunu söyleyen grup arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=p=0,003).

3.1.17. Taburculuk Sonrası Miksiyon ile İlişkili Problemli Durumların Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması

Tablo 17'de taburculuk sonrası miksiyon ile ilişkili bir veya birden fazla problem yaşanması durumunun hastaların tanımlayıcı bazı parametreleri ile arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi Ki Kare testleri ile incelenmiştir.

Tablo 17. Taburculuk Sonrası Miksiyon ile İlişkili Problemli Durumların Hastaların Tanımlayıcı Bazı Parametreleri ile Karşılaştırılması

Bazı Parametreler		**Miksiyon ile İlişkili Problem Yaşanması**		**X²**	**p**
		Var n (%)#	**Yok n (%)#**		
Yaş Grupları	30 Yaş ve Altı	72 (71,3)	91 (65,5)	0,90	0,34[b]
	31 Yaş ve Üstü	29 (28,7)	48 (34,5)		
Öğrenim Düzeyi	Lise ve Altı Öğrenim Almış Olmak	80 (79,2)	109 (78,4)	0,02	0,88[c]
	Üniversite ve Üzeri Öğrenim Almak	21 (20,8)	30 (21,6)		
Sosyo-ekonomik Durum	Gelir Giderden Fazla	6 (5,9)	8 (5,8)	0,72	0,69[c]
	Gelir Gidere Eşit	74 (73,3)	108 (77,7)		
	Gelir Giderden Az	21 (20,8)	23 (26,5)		
Sigara Kullanımı	Yok	89 (88,1)	111 (79,9)	2,96	0,08[c]
	Var	12 (11,9)	28 (20,1)		
İlaç Kullanımı	Yok	84 (83,2)	117 (84,2)	0,04	0,83[c]
	Var	17 (16,8)	22 (15,8)		
Kronik Hastalık Öyküsü	Yok	84 (83,2)	117 (84,2)	0,04	0,83[c]
	Var	17 (16,8)	22 (15,8)		
Geçirilen Gebelik Sayısı	2 Gebelik ve Altı	58 (57,4)	70 (50,4)	1,17	0,27[b]
	3 Gebelik ve Üstü	43 (42,6)	69 (49,6)		
Sezaryen Sayısı	2 ve Altında Sadece Sezaryen Olanlar	82 (81,2)	114 (82,0)	0,02	0,87[c]
	3 ve Üzerinde Sadece Sezaryen Hikâyesi	19 (18,8)	25 (18,0)		
Vajinal Doğum Sayısı (28w Sonrasında)	Yok	81 (80,1)	105 (75,5)	0,73	0,39[c]
	1 Ve Üzeri Var	20 (19,8)	34 (24,5)		
Kürtaj Sayısı	Yok	94 (93,1)	131 (94,2)	0,13	0,71[c]
	Var	7 (6,9)	8 (5,8)		
Önceki Doğum Yapma Şekli (n=187)	Sadece Vajinal Doğum Hikâyesi	17 (22,4)	21 (18,9)	2,49	0,28[c]
	Sadece Sezaryen Doğum Hikâyesi	54 (71,1)	75 (67,6)		
	Vajinal ve Sezaryen Doğum Hikâyesi	5 (6,6)	15 (13,5)		
Perineal Müdahale Öyküsü (n=58) (Epizyotomi)	Yok	20 (90,9)	28 (77,8)	0,29[a]	
	Var	2 (9,1)	8 (22,2)		
Gebeliğin Planlı Olma Durumu	Yok	20 (19,8)	37 (26,6)	1,52	0,21[c]
	Var	81 (80,2)	102 (73,4)		
Gebelikte Alınan Kilo	11 Kg ve Altı	40 (39,6)	61 (43,9)	0,44	0,50[b]
	12kg ve Üzeri	61 (60,4)	78 (56,1)		

Bebeğin Doğum Kilosu	2999gr ve altı	23 (22,8)	41 (29,5)	1,35	0,24[b]
	3000gr ve Üzeri	78 (77,2)	98 (70,5)		
İdrar Yolu Hastalıkları Öyküsü	Yok	47 (46,5)	89 (64,0)	**7,29**	**0,007[b]**
	Var	54 (53,5)	50 (36,0)		
Geçirilen İdrar Yolu Enfeksiyonu Sonrası Tedavi Alma Durumu (n=98)	Tedaviyi Tamamlamış	27 (51,9)	27 (58,7)	0,62	0,73[c]
	Tedaviyi Yarım Bırakmış	8 (15,4)	5 (10,9)		
	Tedavi Hiç Almamış	17 (32,7)	14 (30,4)		
Ameliyat Sonrasında Aşırı Kanama veya Uterus Atonısı	Yok	88 (87,1)	132 (95,0)	**4,64**	**0,03[c]**
	Var	13 (12,9)	7 (5,0)		
Ameliyat Sonrası Üriner Kateterin Çıkarılma Zamanı	7 Saat ve Altı	20 (19,8)	44 (31,7)	**4,02**	**0,04[b]**
	8 Saat ve Daha Sonra	81 (80,2)	95 (68,3)		
Ameliyat Sonrası Üriner Kateter Çıktıktan 6 Saat Sonra İdrara Çıkma Durumu	Yok	12 (11,9)	2 (1,4)	**12,15**	**<0,001[c]**
	Var	89 (88,1)	137 (98,6)		
Disüri veya Pelvik Tabanda Ağrı Duyulması	Yok	26 (25,7)	72 (51,8)	**16,43**	**<0,001[b]**
	Var	75 (74,3)	67 (48,2)		
Ameliyat Sonrasında İdrar Hissini Fark Etmeme	Yok	40 (39,6)	139 (100)	**112,55**	**<0,001[b]**
	Var	61 (60,4)	0		
İri Bebek ile Doğum	Yok	95 (94,1)	131 (94,2)	0,004	0,95[c]
	Var	6 (5,9)	8 (5,8)		
Fundus Masajı ile Müdahale	Yok	88 (87,1)	132 (95,0)	**4,64**	**0,03[c]**
	Var	13 (12,9)	7 (5,0)		
Uygulanan Anestezi Türü	Genel	19 (18,8)	27 (19,4)	2,77	0,24[b]
	Spinal	80 (79,2)	112 (80,6)		
	Edipural	2 (2,0)	0		
Erken mobilizasyonun	Yok	50 (49,5)	30 (21,6)	**20,52**	**<0,001[b]**
	Var	51 (50,5)	109 (78,4)		
Kişisel Hijyeni Sağlamakta Zorlanma	Yok	77 (76,2)	126 (90,6)	**9,22**	**0,002[c]**
	Var	24 (23,8)	13 (9,4)		
Günlük Tüketilen Su Miktarı	1,4 Lt ve Altı	20 (19,8)	8 (5,8)	**11,17**	**0,001[a]**
	1,5 Lt ve Üstü	81 (80,2)	131 (94,2)		
Ameliyat Yerinizde Ağrı, Kızarıklık, Şişlik Durumu	Yok	84 (83,2)	117 (84,2)	1,75	0,41[c]
	Var, Tedavi Almış	5 (5,0)	11 (7,9)		
	Var, Tedavi Almamış	12 (11,9)	11 (7,9)		

[a]Fischer'in Kesin Ki-Kare Testi [b]Pearson Ki-Kare Testi [c] Likelihood Ratio Testi

*p değeri 0,01 ile 0,05 aralığında; istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.
**p değeri 0,001 ile 0,01 aralığında; yüksek düzeyde olarak anlamlı fark vardır.
***p değeri 0,001'den daha küçük ise; çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark vardır.

Araştırmada **idrar yolu hastalıkları öyküsü olan** hastalar ile miksiyon ile ilişkili bir veya birden fazla problem yaşadığını söyleyen grup arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=7,29; p=0,007).

Araştırmada **aşırı kanama veya uterus atonisi olan** hastalar ile miksiyon ile ilişkili bir veya birden fazla problem yaşadığını söyleyen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=4,64; p=0,03).

Araştırmada **fundus masajı ile müdahale** olan hastalar ile miksiyon ile ilişkili bir veya birden fazla problem yaşadığını söyleyen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=4,64; p=0,03).

Araştırmada **üriner kateter çıkarılma zamanı 8 saat ve daha sonrası olan** hastalar ile miksiyon ile ilişkili bir veya birden fazla problem yaşadığını söyleyen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=4,02; p=0,04).

Araştırmada **üriner kateter çıktıktan 6 saat sonra idrara çıkmayan** hastalar ile miksiyon ile ilişkili bir veya birden fazla problem yaşadığını söyleyen grup arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=12,15; p=<0,001).

Araştırmada **disüri veya pelvik tabanda ağrı duyan** hastalar ile miksiyon ile ilişkili bir veya birden fazla problem yaşadığını söyleyen grup arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=16,43; p=<0,001).

Araştırmada **idrar hissini fark edemeyen** hastalar ile miksiyon ile ilişkili bir veya birden fazla problem yaşadığını söyleyen grup arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=112,55; p=<0,001).

Araştırmada **erken mobilize olamayan** hastalar ile miksiyon ile ilişkili bir veya birden fazla problem yaşadığını söyleyen grup arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=20,52; p=<0,001).

Araştırmada **kişisel hijyeni sağlamakta zorlanan** hastalar ile miksiyon ile ilişkili bir veya birden fazla problem yaşadığını söyleyen grup arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=9,22; p=0,002).

Araştırmada **1,4lt ve altı su tüketen** hastalar ile miksiyon ile ilişkili bir veya birden fazla problem yaşadığını söyleyen grup arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=11,17; p=0,001).

3.1.18. Taburculuk Sonrasında Disüri Durumu ile Bunları Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Multiple Regresyon Analizi

Tablo 18. Taburculuk Sonrasında Disüri Durumu ile Bunları Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Multiple Regresyon Modelindeki Değişkenler	β	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI.for EXP(B) Lower	Upper
Öğrenim Düzeyi	-,549	1,182	,216	1	,642	,577	,057	5,849
Müdehaleli Vajinal Doğum (Epizyotomi)	,494	1,193	,172	1	,679	1,640	,158	17,004
Sezaryen Sonrası Aşırı Kanama veya Uterus Atonisi	1,544	1,486	1,080	1	,299	4,684	,255	86,195
Uygulanan Anestezi Türü (Genel)			,302	2	,860			
Uygulanan Anestezi Türü (Spinal)	,597	1,088	,302	1	,583	1,817	,216	15,325
Uygulanan Anestezi Türü (Epidural)	-26,339	40192,952	<0,001	1	,999	<0,001	<0,001	.
Ameliyat Sonrasi Narkotik Ağri Kesici Kullanımı	-,238	,835	,081	1	,776	,788	,153	4,048
Ameliyat Sonrasi Erken Mobilizasyon	,666	,871	,584	1	,445	1,946	,353	10,731
Taburculuk Sonrasi Kişisel Hijyen Sağlamakta Zorlanma	1,521	1,060	2,060	1	,151	4,578	,574	36,549
Gebelikte Alınan Kilo	-,219	,760	,083	1	,774	,804	,181	3,563
Bebeğin Doğum Kilosu	1,768	1,329	1,769	1	,184	5,859	,433	79,312
Üriner Kateter Çıktıktan 6 Saat Sonrası İdrara Çıkma	2,821	1,989	2,012	1	,156	16,790	,341	827,869
Taburculuk Sonrası Günlük Tüketilen Su Miktarı	-,632	1,533	,170	1	,680	,531	,026	10,720
Geçirilen Gebelik Sayısı	-,752	,917	,671	1	,413	,472	,078	2,847
Geçirilen Sezaryen Sayısı	22,364	40192,962	<0,001	1	1,000	5156502293,710	<0,001	.
Constant	3,224	24152,958	<0,001	1	1,000	25,132		

Model summary (Step1, -2 Log Likelihood=53,647; Cox & Snell R Square=0,261; **Nagelkerke R Square=0,372)**

Önceki analizlerde belirlenen olası faktörler kullanılarak disüri durumunu ön görmedeki bağımsız prediktörleri Lojistik Regresyon analizi kullanılarak incelenmiştir. Model uyumu için Hosmer-Lemeshow testi kullanılmıştır. Model (**Nagelkerke R Square=0,372)** %37,2 oranında disüri durumunu açıklamaktadır. Odds Ratiolar değerlendirildiğinde disüri durumunu tek başına anlamlı olarak etkileyen bir parametre bulunmamaktadır.

3.1.19. Taburculuk Sonrasında Oliguri Durumu ile Bunları Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Multiple Regresyon Analizi

Tablo 19. Taburculuk Sonrasında Oliguri Durumu ile Bunları Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Multiple Regresyon Modelindeki Değişkenler	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95%C.I.for EXP(B) Lower	Upper
Öğrenim Düzeyi	-,455	1,140	,159	1	,690	,634	,068	5,923
Müdehaleli Vajinal Doğum (Epizyotomi)	,152	1,207	,016	1	,900	1,164	,109	12,396
Sezaryen Sonrası Aşırı Kanama veya Uterus Atonisi	1,068	1,490	,514	1	,474	2,910	,157	54,004
Uygulanan Anestezi Türü (Genel)			,597	2	,742			
Uygulanan Anestezi Türü (Spinal)	,921	1,193	,597	1	,440	2,513	,243	26,030
Uygulanan Anestezi Türü (Epidural)	-23,223	40192,941	<0,001	1	1,000	<0,001	<0,001	.
Ameliyat Sonrasi Narkotik Ağri Kesici Kullanımı	,068	,881	,006	1	,938	1,071	,190	6,023
Ameliyat Sonrasi Erken Mobilizasyon	,011	,956	<0,001	1	,991	1,011	,155	6,586
Taburculuk Sonrasi Kişisel Hijyen Sağlamakta Zorlanma	2,226	1,048	4,511	1	,034	9,267	1,187	72,317
Gebelikte alınan Kilo	-,086	,801	,011	1	,915	,918	,191	4,413
Bebeğin Doğum Kilosu	-,428	1,048	,167	1	,683	,652	,084	5,085
Üriner Kateter Çıktıktan 6 Saat Sonrası İdrara Çıkma	,810	2,006	,163	1	,686	2,247	,044	114,501
Taburculuk Sonrası Günlük Tüketilen Su Miktarı	20,720	18197,790	<0,001	1	,999	996914283,923	<0,001	.
Geçirilen Gebelik Sayısı	-,642	1,004	,409	1	,523	,526	,074	3,765
Geçirilen Sezaryen Sayısı	-19,179	40192,977	<0,001	1	1,000	<0,001	<0,001	.
Constant	-27,822	25809,992	<0,001	1	,999	<0,001		

Model summary (Step1, -2 Log Likelihood=47,434; Cox & Snell R Square=0,183; **Nagelkerke R Square=0,286)**

Önceki analizlerde belirlenen olası faktörler kullanılarak oliguri durumunu öngörmedeki bağımsız prediktörler Lojistik Regresyon analizi kullanılarak incelenmiştir. Model uyumu için Hosmer-Lemeshow testi kullanılmıştır. Model (**Nagelkerke R Square=0,286)** %28,6 oranında oliguri durumunu açıklamaktadır. Odds Ratiolar değerlendirildiğinde oliguri durumunu, Taburculuk sonrası kişisel hijyen eksikliğinin olması 9,267 kat (95% CI 1,187-72,317) arttırmaktadır.

3.1.20. Taburculuk Sonrasında Anüri Durumu ile Bunları Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Multiple Regresyon Analizi

Tablo 20. Taburculuk Sonrasında Anüri Durumu ile Bunları Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Multiple Regresyon Analizi (Model 1)

Multiple Regresyon Modelindeki Değişkenler	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B) Lower	Upper
Öğrenim Düzeyi	,445	1,278	,121	1	,728	1,560	,128	19,094
Müdehaleli Vajinal Doğum (Epizyotomi)	-,165	1,282	,017	1	,898	,848	,069	10,466
Sezaryen Sonrası Aşırı Kanama veya Uterus Atonisi	,350	1,520	,053	1	,818	1,420	,072	27,914
Uygulanan Anestezi Türü (Genel)			<0,001	2	1,000			
Uygulanan Anestezi Türü (Spinal)	19,192	10276,653	<0,001	1	,999	216237537,709	<0,001	.
Uygulanan Anestezi Türü (Epidural)	-23,860	40192,966	<0,001	1	1,000	<0,001	<0,001	.
Ameliyat Sonrasi Narkotik Ağri Kesici Kullanımı	,011	,952	<0,001	1	,991	1,011	,156	6,534
Ameliyat Sonrasi Erken Mobilizasyon	,763	,925	,681	1	,409	2,145	,350	13,133
Taburculuk Sonrasi Kişisel Hijyen Sağlamakta Zorlanma	1,610	1,054	2,333	1	,127	5,005	,634	39,517
Gebelikte Alınan Kilo	-,375	,839	,200	1	,655	,687	,133	3,558
Bebeğin Doğum Kilosu	1,224	1,300	,887	1	,346	3,402	,266	43,493
Üriner Kateter Çıktıktan 6 Saat Sonrası İdrara Çıkma	21,141	10276,653	<0,001	1	,998	1518439852,787	<0,001	.
Taburculuk Sonrası Günlük Tüketilen Su Miktarı	18,796	17869,816	<0,001	1	,999	145570030,707	<0,001	.
Geçirilen Gebelik Sayısı	,257	1,164	,049	1	,825	1,294	,132	12,672
Geçirilen Sezaryen Sayısı	22,044	40192,977	<0,001	1	1,000	3745750931,973	<0,001	.
Constant	-9,204	25809,537	<0,001	1	1,000	<0,001		

Model summary (Step1, -2 Log Likelihood=40,167; Cox & Snell R Square=0,310; **Nagelkerke R Square=0,474)**

Önceki analizlerde belirlenen olası faktörler kullanılarak anüri durumunu öngörmedeki bağımsız prediktörleri Lojistik Regresyon analizi kullanılarak incelenmiştir. Model uyumu için Hosmer-Lemeshow testi kullanılmıştır. Model

(**Nagelkerke R Square=0,474)** %47,4 oranında anüriyi açıklamaktadır. Odds Ratiolar değerlendirildiğinde taburculuk sonrasında anüri durumunu tek başına anlamlı olarak etkileyen bir parametre bulunmamaktadır.

Tablo 21. Taburculuk Sonrasında Anüri Durumu ile Bunları Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Multiple Regresyon Analizi (Model 2)

Multiple Regresyon Modelindeki Değişkenler	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B) Lower	Upper
Üriner Kateter Çıkarılma Zamanı	,087	,624	,019	1	,889	1,091	,321	3,706
Aşırı Kanama Sonrası Fundus Masajı ile Müdehale	,474	,733	,419	1	,518	1,607	,382	6,756
İri Bebek ile Doğum	,531	1,181	,202	1	,653	1,701	,168	17,223
Sezaryen Ameliyatı Sonrası İdrar Hissedememe	4,553	,592	59,185	1	<0,001	94,898	29,752	302,688
Constant	-1,363	,435	9,830	1	,002	,256		

Model summary (Step1, -2 Log Likelihood=113,371; Cox & Snell R Square=0,396; **Nagelkerke R Square=0,636)**

Önceki analizlerde belirlenen olası faktörler kullanılarak anüri durumunu öngörmedeki bağımsız prediktörleri Lojistik Regresyon analizi kullanılarak incelenmiştir. Model uyumu için Hosmer-Lemeshow testi kullanılmıştır. Model (**Nagelkerke R Square=0,636)** %63,6 oranında anüriyi açıklamaktadır.

Odds Ratiolar değerlendirildiğinde taburculuk sonrasında anüri durumunu, sezaryen ameliyatı sonrasında idrar hissedememe 94,898 kat (95% CI 29,752- 302,688) arttırmaktadır.

3.1.21. Taburculuk Sonrasında İdrara Çıkma Hissinin Yok Olması Durumu ile Bunları Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Multiple Regresyon Analizi

Tablo 22. Taburculuk Sonrasında İdrara Çıkma Hissinin Yok Olması ile Bunları Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Multiple Regresyon Analizi (Model-1)

Multiple Regresyon Modelindeki Değişkenler							95% C.I.for EXP(B)	
	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Öğrenim Düzeyi	,048	1,218	,002	1	,969	1,049	,096	11,417
Müdehaleli Vajinal Doğum (Epizyotomi)	,145	1,255	,013	1	,908	1,156	,099	13,514
Sezaryen Sonrası Aşırı Kanama veya Uterus Atonisi	-,026	1,501	<0,001	1	,986	,974	,051	18,477
Uygulanan Anestezi Türü (Genel)			<0,001	2	1,000			
Uygulanan Anestezi Türü (Spinal)	19,539	10205,333	<0,001	1	,998	305888098,919	<0,001	.
Uygulanan Anestezi Türü (Epidural)	18,583	40192,977	<0,001	1	1,000	117613597,569	<0,001	.
Ameliyat Sonrasi Narkotik Ağri Kesici Kullanımı	-,373	,894	,174	1	,676	,689	,119	3,971
Ameliyat Sonrasi Erken Mobilizasyon	,686	,924	,551	1	,458	1,985	,325	12,132
Taburculuk Sonrasi Kişisel Hijyen Sağlamakta Zorlanma	1,435	1,029	1,944	1	,163	4,199	,559	31,556
Gebelikte alınan kilo	-,149	,787	,036	1	,850	,862	,184	4,031
Bebeğin Doğum Kilosu	1,089	1,272	,733	1	,392	2,971	,246	35,922
Üriner Kateter Çıktıktan 6 Saat Sonrası İdrara Çıkma	21,275	10205,333	<0,001	1	,998	1736697639,336	<0,001	.
Taburculuk Sonrası Günlük Tüketilen Su Miktarı	18,695	17991,204	<0,001	1	,999	131501761,296	<0,001	.
Geçirilen Gebelik Sayısı	-,372	1,029	,131	1	,717	,689	,092	5,179
Geçirilen Sezaryen Sayısı	21,872	40192,991	<0,001	1	1,000	3154356845,371	<0,001	.
Constant	4,713	25829,837	<0,001	1	1,000	111,417		

Model summary (Step1, -2 Log Likelihood=42,949; Cox & Snell R Square=0,331; **Nagelkerke R Square=0,487)**

Önceki analizlerde belirlenen olası faktörler kullanılarak idrara çıkma hissinin yok olması öngörmedeki bağımsız prediktörleri Lojistik Regresyon analizi kullanılarak incelenmiştir. Model uyumu için Hosmer-Lemeshow testi kullanılmıştır.

Model (**Nagelkerke R Square=0,487)** %48,7 oranında idrara çıkma hissinin yok olmasını açıklamaktadır. Odds Ratiolar değerlendirildiğinde taburculuk sonrası idrara çıkma hissinin yok olmasını tek başına anlamlı olarak etkileyen bir parametre bulunmamaktadır.

Tablo 23. Taburculuk Sonrasında İdrara Çıkma Hissinin Yok Olması ile Bunları Etkileyen Faktörler Arasındaki İlişkinin Multiple Regresyon Analizi (Model-2)

							95% C.I.for EXP(B)	
Multiple Regresyon Modelindeki Değişkenler	**B**	**S.E.**	**Wald**	**df**	**Sig.**	**Exp(B)**	**Lower**	**Upper**
Üriner Kateter Çıkarılma Zamanı	,761	,390	3,808	1	,051	2,140	,997	4,595
Aşırı Kanama Sonrası Fundus Masajı ile Müdehale	1,249	,487	6,594	1	,010	3,488	1,344	9,051
İri Bebek ile Doğum	-,715	,807	,785	1	,376	,489	,101	2,379
Constant	-,752	,273	7,554	1	,006	,472		

Model summary (Step1, -2 Log Likelihood=260,332; Cox & Snell R Square=0,048; **Nagelkerke R Square=0,071)**

Önceki analizlerde belirlenen olası faktörler kullanılarak idrara çıkma hissinin yok olması öngörmedeki bağımsız prediktörleri Lojistik Regresyon analizi kullanılarak incelenmiştir. Model uyumu için Hosmer-Lemeshow testi kullanılmıştır. Model (**Nagelkerke R Square=0,071)** %7,1 oranında idrara çıkma hissinin yok olmasını açıklamaktadır. Odds Ratiolar değerlendirildiğinde taburculuk sonrası idrara çıkma hissinin yok olmasını, sezaryen ameliyatı sonrası aşırı kanama sonrası fundus masajı ile müdehale yapılması 3,488 kat (95% CI 1,344-9,051) arttırmaktadır.

3.2. Yorumlar

Bu araştırma sezaryen sonrası postpartum idrar retansiyonu ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi, literatüre katkı sağlamak amacıyla yapılmıştır. Bu bölümde; yapılan araştırmamızdan elde edilen bulgular literatürde bulunan bulgular ile 9 bölümde tartışılmıştır.

Postpartum idrar retansiyonu (PİR), doğumdan sonra normal miksiyon ve mesanenin doldurulma algısının kaybı ve inhibisyonudur (Biurrun, Ganzalez D., Fernandez F., & Fernandez C., 2020). PİR iyi bilinmeyen bir durumdur ve doğum sonu komplikasyonu olarak mesane fonksiyon bozukluğudur (Olofsson, Ekblom, Ekman O., & Irestedt, 1996)**.** PİR tablosunun net olmama sebebi literatür araştırmalarında PİR'in farklı şekillerde ifade edilmesidir. PİR doğum sonrasında aniden başlayıp, 12 saatin üzerinde ağrı veya ağrısız durumda kendini gösteren müdahale gerektiren, anüri durumu olarak tanımlanmıştır (Kaya & Şahin, 2014; Rivzi & Rivzi, 2006).

PİR kalıcı idrar retansiyonu riskini artıran yaygın bir bulgudur (Mulder, Oude R., M., Hakvoort, & Roovers, 2016)**.** PİR gelişimi nadir değildir ve çözülmesi çoğu zaman zordur. Literatür incelendiğinde PİR konusundaki araştırmaların yetersiz olduğu, altta yatan mekanizmasının hala çok yaygın olarak bilinmediği görülmüştür. Bu problemin iyi değerlendirilemediğini ya da sorgulanmadığı anlaşılarak PİR konusunda daha çok araştırmanın gerekliliği düşünülmüştür (Gül, 2020; Burchanan & Bekmann, 2014)**.**

3.2.1. Sezaryen Sonrası Hastaların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik bulguları literatüre göre tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların yaş grupları 2018 TUİK verilerine göre tabakalandırılmıştır. Araştırma kapsamına aldığımız kadınların sezaryen ameliyatı ile doğum yapmış kadınlarda 30 yaş ve altı %67,9 (n=163), 31 yaş ve üzeri %32,1 (n=77) olup, yaş ortalaması ise 28,69 ± 4,88 (Minimum :20, Maksimum: 43) olarak belirlendi (Tablo-1). 2018 TNSA-2018'de araştırmaya alınan ve doğum yapan kadınların yaş ortalaması 30'un altındadır (TNSA, 2019). Literatür incelemelerine göre benzer birçok araştırmada kadınların yaş ortalaması 20-39 yaş aralığında olduğu görülmüştür. Literatüre göre küçük yaş ya da ileri yaş pelvik tabanda görülen sorunları artırdığı görülmektedir.

Cavkaytar ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada ise araştırmamıza benzer olarak, sezaryen sonrası postpartum idrar retansiyonunu 135 gönüllü hastada incelemiş ve vaka görülen hastaların (n=21) yaş ortalaması 28.6±3.9 27.0±3.7, kontrol grubunun (n=114) yaş ortalaması ise 27.0±3,7 olarak bulmuştur. (Cavkaytar, ve diğerleri, 2015).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların öğrenim düzeylerine bakıldığında kadınların %21,2'si (n=51) lisans ve üstü öğrenim almış, %78,8'i lise ve altı öğrenim almış, %2,1'i (n=5) okur yaza değildir. Okuryazar olduğunu söyleyen araştırmaya katılan kadınların %41,3'ü (n=99) ilkokul-ilköğretim mezunu, %35,4'ü (n=85) ortaöğretim mezunu, %20,8'i (n=50) üniversite mezunu, %0,4'ünün (n=1) lisansüstü öğrenim aldığı görülmüştür (Tablo-1). TNSA-2018'de 15-49 yaşındaki doğurganlık çağındaki kadınların üreme sağlığı davranışları ve genel sağlık davranışlarını anlamak için araştırmaya alınan kadınların %41'i lise ve üzeri öğrenim, %29'u ilkokul, %20'si ortaokulu tamamlamamış, %9'u ise hiç öğrenim almamış ya da ilkokulu bitirmemiştir (TNSA, 2019). TNSA verilerinde ve araştırmaya aldığımız kadınlarda görülmektedir ki, öğrenim seviyesi doğurganlık yaşını etkilemekte fakat Sezaryen sonrası PİR tablosu görülmesini etkilememektedir. Yaptığımız araştırmada öğrenim seviyesi yüksek olan kadınlarda; sezaryen sonrası PİR belirti bulgularını fark etme, tedavi almak için hekime başvurma durumunun daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların sosyal güvencelerine bakıldığında kadınların %90'ının (n=216) sağlık güvencesi var, %10'unun (n=24) sağlık güvencesi yoktur. Sosyo-ekonomik durumları sorgulandığına kadınların %5,8'inin (n= 14) geliri giderinden fazla, %75,8'inin (n=182) geliri giderine eşit, %18,3'ünün (n=44) geliri giderinden az olduğunu söylemiştir (Tablo-1). TNSA-2018'de 15-49 yaşındaki doğurganlık çağındaki araştırmaya alınan kadınların %9'u hiç sağlık sigortası kapsamında yer almamaktadır. Hane halkı refahı ise en düşük %86,4, en yüksek %14,9 olarak belirtilmiştir (TNSA, 2019). Yaptığımız araştırmada sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan kadınlarda; sezaryen sonrası PİR belirti bulgularını fark ederek tedavi almak için hekime başvurma durumunun daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların sigara kullanımı sorgulandığında %16,7'si (n=40) sigara kullanmaktadır, %83,3'ü (n=200) sigara kullanmamaktadır (Tablo-2). Gebelikte tüketilen sigara kullanımı literatürle benzerlikler taşımaktadır. Literatürde yapılan araştırmalara göre kadınların pelvik taban sağlığını koruması ve

pelvik taban yetersizliklerini önlemek için sağlıklı yaşam biçimi edinilmeli hatta gebelik düşüncesi var ise öncesinde sigarayı bırakması önerilmiştir (Süt K. & Küçükkaya, 2018).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların ilaç kullanımı ve kronik hastalık öyküsü sorgulandığında kronik hastalığı olan her kişinin ilaç kullandığı görülmüştür. Bazı katılımcıların ise birden fazla kronik hastalığı olduğu ve birden fazla ilaç kullandığı görülmüştür. Araştırmaya alınan kadınların %83,8'ünde (n=201) ilaç kronik hastalık ve ilaç kullanımı mevcut değildir, %16,2'sinde (n=39) kronik hastalık ve ilaç kullanımı mevcuttur. Araştırmaya alınan kadınlarda %2,91'inde (n=7) hipertansiyon, %1,25'inde (n=3) diyabet, %7,91'inde (n=19) tiroid, %1,66'sında (n=4) astım, %2,5'inde (n=6) diğer kronik hastalık ve buna bağlı ilaç kullanımı mevcuttur (Tablo-2). Propst ve Hickman araştırmalarında araştırmamıza benzer olarak, kronik hastalıkların ve buna bağlı ilaç kullanımlarının postpartum idrar retansiyonu ile doğrudan ilişkisi yoktur fakat pelvik tabanın sağlığı ve işlevi hamilelik ve doğumdan önemli ölçüde etkilenir bunun üzerine kronik hastalıkların ve ilaçların kullanımı hormonal dengeyi bozabileceğinden oluşan hormonal değişiklikler pelvik taban kaslarını ve bağ dokusu desteğini etkilediği görmüşleridir (Propst & Hickman, 2021).

3.2.2. Sezaryen Sonrası Hastaların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların obstetrik özelliklerine ilişkin bulguları literatüre göre tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların geçirilmiş gebelik sayılarının ortalaması 2.61±1.40'tır (Minimum:1, Maksimum: 13). 2 gebelik ve altı %53,3 (n=128), 3 gebelik ve üstü %46,7 (n=112) olarak belirlenmiştir (Tablo-3). TNSA-2018'de 15-49 yaşındaki doğurganlık çağındaki araştırmaya alınan kadınların toplam doğurganlık hızı kadın başına 2,3 çocuktur. Kentsel alanlarda 2,2 çocuk iken, kırsal alanlarda 2,8 çocuk olarak belirtilmiştir (TNSA, 2019). Hamilelik veya doğum sırasında artan abdominal basıncın, pelvik bağ dokularında ve sinirlerde hasara neden olabileceğini ve böylece idrar retansiyonunun nörolojik bozulmasına ve dolayısıyla idrar retansiyonuna neden olabileceğini göstermektedir (Cavkaytar, ve diğerleri, 2015). Literatür incelendiğinde; geçirilen gebelik sayısı arttıkça obstetrik risk faktörleri artacak ve buna bağlı risk faktörleri oluştuğunda PİR görülme riskini artırdığı görülmüştür.

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların %77,91'inde (n=187) önceden geçirilmiş doğum öyküsü mevcuttur. Doğum öyküsü olan kadınların %20,3'ünde (n=38) sadece vajinal doğum hikâyesi mevcuttur, %69'unda (n=129) sadece sezaryen ile doğum hikâyesi, %10,7'sinde (n=20) ise hem vajinal doğum hem sezaryen ile doğum hikâyesi mevcuttur (Tablo-3). Önceki doğum hikâyesi olan kadınlarda ölü doğum ile doğum hikâyesi olanlarda bu sayıların içerisindedir. Sezaryen operasyonu geçirmiş olan kadınlar araştırıldığı için sezaryen oranı daha yüksek görülmektedir. TNSA 2013 verilerinde yapılan sezaryen oranı %48 iken, TNSA 2018 verilerine göre %52'dir. Türkiye geneli sezaryen ile doğumların oranı gittikçe artmaktadır (TNSA, 2019).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların geçirilmiş canlı doğum sezaryen sayılarının ortalaması 1.83±0.80'dir (Minimum:1, Maksimum:4). 2 ve altında sezaryen olanlar %81,7 (n=196), 3 ve üzeri sezaryen olanlar %18,3 (n=44) olarak belirlenmiştir (Tablo-3). Araştırmamıza benzer araştırmalarda ise; Cavkaytar ve arkadaşları 135 gönüllü gebeden 21'ini araştırma grubu, 114'ünü kontrol grubu olarak takip ederek sezaryen sonrası postpartum idrar retansiyonu varlığını incelemiştir. Bu araştırma ile Sezaryen sonrası PİR'in genel insidansı %15,6 olan nispeten yaygın bir durum olduğunu göstermiştir. Literatürde, postpartum idrar retansiyonu için bildirilen insidans oranı %5 ila %33,3 arasında değişmektedir (Cavkaytar, ve diğerleri, 2015). PİR tablosunun sezaryen sonrasındaki gelişim nedeni hala tam olarak tam belirlenememiştir. Chai ve arkadaşları 207 prospektif bir araştırmada sezaryen olan hastalar (hem planlı hem de planlanmamış), planlanmamış bir sezaryen ile doğum süreci başlayan hastalarda gebelik travayı uzun sürmüş ve pelvik tabanda müdahale olması bu süreçte PİR'in en önemli risk faktörü olarak kabul edilebileceğini bildirmektedir (Chai, ve diğerleri, 2008). Başarısız doğum sürecinde, pelvik yumuşak dokudaki pelvik sinir pleksuslarının, fetüsün pelvik taban üzerindeki uzun süreli basıncından etkilenmesi, doku ödemine veya detrusor kasının nöropraksiden ve nihayetinde idrar retansiyonundan bozulmasına neden olabilir (Chai, ve diğerleri, 2008; Musselwhite , Faris, Moore, Berci, & King, 2007).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların 28 hafta sonrasında geçirilmiş canlı vajinal doğum sayılarının ortalaması 0.31±0.67'dir (Minimum:0, Maksimum: 4). Geçirilmiş canlı vajinal doğum hikâyesi olmayan %77,5 (n=186), 1 ve üzeri canlı vajinal doğum hikâyesi olanlar %22,5 (n=54) olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %24,16'sında (n=58) vajinal doğum öyküsü mevcuttur. Vajinal doğumunu

müdahalesiz yapanlar %22,4'tür (n=13). Vajinal doğum öyküsü olan kadınların %82,8'inde (n=48) epizyotomi, %5,2'sinde (n=3) vakum uygulanmıştır (Tablo-3). Bazı kadınlara vajinal doğum sırasında birden fazla perianal müdahale uygulandığı tespit edilmiştir. Araştırmamızla benzerlik taşıyan araştırmalarda ise; Ain ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada 878 kadın araştırmaya alındı ve 113 kişinin; 97'sinde (%11,04) gizli PİR, 16'sında (%1,8) kadınlarda açık PİR görüldü. Bu araştırmada genel PİR prevalansı %12,9'dur. 878 katılımcıdan 27'sinde forseps ve 11 vakum yardımı yapıldı. 27 Forseps kullanılanlar arasında 15'inde, 11 vakum kullanılan hastanın 4'ünde PİR gelişti. Forseps ve vakum PİR arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi (p=0,001). Perianal yaralanması olan(epizyotomi) 62 katılımcıdan 29'unda PİR gelişti (p=0,001) (Ain, Shetty, & K, 2021). Kekre ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada PİR prevalansı %10,9 (Kekre, Vijayanand, Dasgupta, & Kekre, 2011) ve Yip ve arkadaşlarının PİR prevalansı %14,6 (Yıp, Brıeger, Hın, & Chung, 1997), Mulder ve arkadaşlarının PİR prevalansı %47'dir (Mulder, Oude R., M., Hakvoort, & Roovers, 2016).

Araştırmamızdan farklı olarak vajinal doğumlarda PİR incelenen bulgulara göre; Carley ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada bulunan olgular primigravida olan kadınlarda %55,8 iken, Kekre ve arkadaşlarının araştırmasında böyle bir ilişki göstermedi. Pelvik taban kas hasarı ve pudendal sinir hasarı sırasında primigravidalarda doğum daha önemlidir ve ayrıca enstrümantal kullanılması ihtimalinin artması, böylece primigravida da daha yüksek PİR oranına neden olur. Carley ve arkadaşları Enstrümantal doğumların daha büyük bir insidans ile ilişkili olduğunu ve özellikle açık PİR'in gizli PİR'den fazla olduğunu tespit ederek, %55,6'sı forseps ve vakum destekli vajinal doğumların %36,4'ünde PİR'in geliştiğini tesit etmişlerdir (p=0,001) (Carley, ve diğerleri, 2002; Kekre, Vijayanand, Dasgupta, & Kekre, 2011). Ayrıca müdahaleli vajinal doğumlar ile periferik sinirler, pelvik kaslar, sfinkter ve üretrada hasar görülebileceğinden idrara çıkma refleksine zarar verebilir. YİP ve arkadaşları tarafından yapılan müdahaleli doğumlara yönelik araştırmasında da PİR anlamlı bulunmuştur (P<0.001) (Yıp, Brıeger, Hın, & Chung, 1997).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların %76,3'ünün (n=183) gebeliklerinin planlı olduğu, %23,8'inin (n=57) ise gebeliklerinin plansız olduğu bilgisine ulaşılmıştır (Tablo-3). 2013 TNSA ve 2018 TNSA arasında biraz artış olmasına rağmen istenmeyen

doğumların zaman içerisinde yüzdesi 1993'te %20'den 2018'de %15'e düşmüştür. Buna bağlı olarak gebelik sürecinde istenen doğumlar %68'den %75'e yükselmiştir (TNSA, 2019).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların gebelikte alınan kilonun ortalaması 12,66±5,21 (Minimum:3kg, Maksimum: 44kg), gebelikte 11kg ve altı kilo alanlar %42,1 (n=101), 12kg ve üstü alanlar %57,9 (n=139) olarak belirlenmiştir (Tablo-3). Literatür incelemelerinde yapılan benzer araştırmalara göre gebelikte alınan kiloların postpartum PİR riskini artırdığı görülmektedir. Araştırmamıza benzer olarak, Cavkaytar ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada vaka görülen grupta (n=21) kilo alımı 12.7±1.7, kontrol grubunda (n=114) 9.5±1.2 olup (p=<0,001) sezaryen sonrası PİR tablosunda anlamlı fark bulunmuştur (Cavkaytar, ve diğerleri, 2015).

Araştırma kapsamına aldığımız tüm hastalarının doğan bebeklerinin ortalama kilosu 3286,85±666,11, 2999gr ve altı doğanlar %26,7 (n=64), 3000gr ve üzeri doğanlar %73,3 (n=176) olarak belirlenmiş olup ikiz bebek olgularında toplam bebeklerin kilosu alınmıştır (Tablo-3). Hamilelik veya doğum sırasında abdominal basıncın artması, fetüsün pelvik taban üzerindeki uzun süreli basıncı pelvik bağ dokularında doku ödemine ve sinirlerde hasara neden olabileceğini ve böylece idrar retansiyonunun nörolojik bozulmasına ve dolayısıyla idrar retansiyonuna neden olabilmektedir (Cheng & Li, 2008). Cavkaytar ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada araştırmamıza benzer olarak; bebeğin doğum ağırlığı >4000g olan sezaryen ile doğum yapanların sezaryen sonrasında PİR gelişimine doğru bir eğilim gösterdiği görülmüştür. Yenidoğan bebek doğum ağırlığı >4000g olan vaka grubu 9 (%42,9), kontrol grubu 17 (%14,9) olup (p=<0,01) anlamlı fark bulunmuştur (Cavkaytar, ve diğerleri, 2015). Ain ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada da araştırmamıza yine benzer olarak doğum ağırlığı> 3,5 kg olan kadınların %23,5'inde PİR gelişmiş olup anlamlı fark bulunmuştur (p=0,005) (Ain, Shetty, & K, 2021).

3.2.3. Sezaryen Sonrası Hastaların Ameliyat ve Sonrası Döneme İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların ameliyat ve sonrası döneme ilişkin bulguları literatüre göre tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların %5,8'inin (n=14) bebeğinin iri olması sebebi ile sezaryen ameliyatı tercih edilmiştir (Tablo-4). Doğum ağırlığı> 4000 g olup sezaryen ile doğum yapanlarda istatistiksel olarak anlamlı olan veriler şu yönde bir eğilim gösterdi; iri bebek nedeniyle sezaryen gerçekleştirildiğinde PİR gelişimi ve ameliyat sonrası yaşanan ağrı daha yüksektir. Cavkaytar ve arkadaşları da araştırmamıza benzer olarak, artan pelvik taban üzerindeki uzun süreli basınç veya doğum sırasındaki baskı pelvik bağ dokularında ve sinirlerde hasarlara bu durumda miksiyon fonksiyonunun nörolojik bozulmasına neden olur ve böylece idrar retansiyonuna katkıda bulunabileceğini savunmuştur (Cavkaytar, ve diğerleri, 2015).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların %19,2'si (n=46) genel anestezi, %80'i (n=192) spinal anestezi, %0,8'i de (n=2) edipural anestezi almıştır (Tablo-4). Daha önce yapılan araştırmalarda; morfin ile epidural anestezi uygulanmasının ve sezaryen sonrası postoperatif dönemde uygulanan analjezinin Sezaryen sonrası PİR ile anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu öne sürülmüştür (Sarvela, Halonen, Soikkeli, & Korttila, 2002; Liang C.-C. , Chang, Wong, Chang, & Cheng, 2010) ancak postoperatif epidural morfin sonrası ortaya çıkan idrar bozukluklarının yüksek insidansının altında yatan mekanizma bilinmemektedir (Liang C. , ve diğerleri, 2007). Gadsden ve Santos çalışmsında postoperatif sezaryen sonrası analjezinin gözden geçirilmesinde, sezaryen sırasında tek bir spinal morfin dozunun uzun süreli mükemmel analjezi sağlayabileceğini belirtmişlerdir (Gadsden, Hart, & Santos, 2005). Dahl ve arkadaşlarının, postoperatif sezaryen sonrası analjezi üzerine yapılan bir meta analizde, uzamış spinal morfinin; kaşıntı, bulantı, kusma, erken veya gecikmiş solunum depresyonu ve idrar retansiyonu gibi olumsuz etkilerini tanımlamaktadır (Dahl, Jeppesen, Jorgensen, Wetterslev, & Moiniche, 1999). Cavkaytar ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada ise araştırmamıza benzer olarak tüm hastalarda aynı tip postoperatif analjezi protokolünü kullanılmış olup, anestezi tipi (spinal veya genel anestezi) PİR gelişiminde önemli bulunmamıştır, epidural anestezi ise uygulanmamıştır (Cavkaytar, ve diğerleri, 2015).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların ameliyattan sonra hareket becerisine, erken mobilizasyon durumuna bakıldığında hastaların %66,7'si (n=160) sık sık kalkıp yürüyerek sorunsuz erken mobilize olmuştur, %33,3'ü ise (n=80) ağrı sebebi ile yatmayı tercih etmiş olup erken mobilizasyonu sağlayamadığı görülmüştür (Tablo-4). Ameliyat sebebi ile takılan üriner kateter hastalardan çıkarıldığında hastanın mobilizasyonu sağlanır. Sık sık kalkıp sorunsuz mobilize olması istenen hastanın 2-6 saat içerisinde idrara çıkması beklenir. Mobilize olamayan hasta da idrar retansiyonu gelişip gelişmediğini takip etmemizde zorlaşacak ve buna bağlı gerekli müdahalelerinde yapılması gecikecektir. Ameliyat sonrası görülen PİR durumunda; mesane duvarında atoni, üriner sistem enfeksiyonları, sepsis tablosu durumunda hastanede yatış süresi de uzayabilmektedir. Erken mobilizasyon hastaların hastanede kalış süresini kısaltır, yaşam kalitesini olumlu etkiler ve hastane maliyetini azaltır (Uslu & Yavuz, 2016).

Cerrahi ameliyatlardan sonra uzun süre mobilize olamayan hastalarda gastrointestinal sistem ile birçok sistem olumsuz etkilenmektedir. Özellikle abdominal cerrahi sonrası hasta geç mobilizasyon olursa hareketsizliğe bağlı komplikasyonlar açısından büyük risk taşımaktadır. Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme anlamına gelen ERAS protokollerinin önemli maddelerinden biri olan erken mobilizasyonun tüm cerrahi işlemlerde uygulanması önerilmektedir. ERAS protokollerine göre erken mobilizasyon uygulamalarının; preoperatif dönemde hastanın beslenmesinin düzenlenmesi ile başlayarak ameliyat sonrası artan katabolik süreci yavaşlatarak cerrahinin vücutta yarattığı stresi ve ileus gelişme riskini azaltacağı bildirilmiştir. Ayrıca erken ve yoğun fiziksel aktivitenin iyileşme sürecini hızlandırdığından hastanın yaşam konforunu da artırmaktadır (Kırtıl & Kanan, 2021; Gustafsson, ve diğerleri, 2019; Kalisch, Lee, & Dabney, 2014; Burgess & Wainwright, 2019).

3.2.4. Sezaryen Sonrası Hastaların Taburculuk Öncesi Ameliyat Sonrası Problemlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların taburculuk öncesi ameliyat sonrası problemlerine ilişkin bulguları literatüre göre tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların %91,7'sinde (n=220) aşırı kanama veya uterus atonisi görülmemiştir, %8,3'ünde (n=20) aşırı kanama veya uterus atonisi durumu görülmüştür (Tablo-5). Sezaryen ameliyat sonrasında aşırı kanama veya uterus atonisi görülen hastaların tamamına (n=20) fundus masajı yapılmış olup tüm hastaların

%8,3'ünü oluşturur, traneksamik asit/ hidroksietil nişasta türevi ilaçlarla kanamaya müdahale edilen hastalar %7,5'tir (n=18), ameliyatla içerde parçaya müdahale edilen hastalar %1,3'tür (n=3), histerektomi olan hasta %0,4'tür (n=1). Aşırı kanama veya uterus atonisi görülen hastalara birden fazla müdahale uygulanmıştır (Tablo-5). Sezaryen ameliyatı sonrası aşırı kanama görülen hastaya fundus masajı yapılarak uterusun kanamasının durulmaya çalışılması işlemi pelvik organlarda baskıya da yol açmaktadır. Baskı altında kalan pelvik organların küçük periferik sinir uçlarında geçici nöropati oluşturarak mesane disfonksiyonuna yol açabilir (Anglim, Sandwith, & Brennand, 2021). Ayrıca yapılan araştırmalarda; PİR tablosunun da vajinal kanamada artışa neden olacağı belirtilmiştir (Li, Hui, Wang, Lin, & Zhao, 2021).

Üriner kateterler, abdominal cerrahiden sonra gelişebilecek üriner retansiyonu önler ve postoperatif dönemde idrarın miktarını ve konsantrasyon değerini gözlememize olanak sağlarken; uzun süreli kullanımı mesanenin normal fonksiyonlarına dönüş süresini uzatırken pelvik bölgedeki sinirlerde harabiyete yol açabilmektedir. Bu problemlere ek olarak alt genital sistem cerrahisinde mesanenin kapasitesi ve üriner sistem boşaltımı etkilenmekte olup morbidite ve enfeksiyon insidansında artış söz konusu olmaktadır (Birlikbaş & Bölükbaş, 2019).

Araştırmaya katılan kadınların ameliyattan sonra üriner kateter çıkarılma zamanına bakıldığında hastaların %26,7'sinin (n=64) ilk sekiz saat altında üriner kateterinin çıkarıldığı, %73,3'ünün (n=176) üriner kateteri ise sekiz saat ve daha sonra çıkarıldığı görülmüştür. Ameliyattan sonra takılan üriner kateterin çıkarıldıktan 6 saat sonra idrara çıkma durumuna bakıldığında hastaların %94,2'sinin (n=226) idrara çıkabildiği, %5,8'inin (n=14) ise idrara çıkamadığı görülmüştür.

Ameliyattan sonra takılan üriner kateterin çıkarıldıktan sonra idrara çıktığında zorlanma ve pelvik tabanda ağrı duyulması durumuna bakıldığında hastaların %40,8'inde (n=98) problem olmadığı, %59,2'sinde (n=142) problemin olduğu görülmüştür. Ameliyattan sonra ağrı sebebi ile tuvalete gitmek istememe durumları sorgulandığında ise hastaların %75,4'ünün (n=181) sorun yaşamadığı, %19,6'sının (n=47) idrarını tuttuğu, %5'inin (n=12) de idrar hissini hissetmediği görülmüştür (Tablo-5). Gebelikte değişen hormonlar detrusor kasının tonunu azaltır ayrıca doğum sırasında pelvik taban

kaslarında ve sinirlerde oluşabilecek travma nedeniyle doğum sonrası mesane de PİR riski artar. Riski artıran faktörlerin kontrolü ve disfonksiyonun erken teşhisi, doğumdan sonra mesane fonksiyonunun hızlı iyileşmesini sağlamada kritik öneme sahiptir. İntrapartum mesane bakımı hayati öneme sahiptir ve düzenli idrara çıkma uygulaması mesanenin aşırı şişmemesini sağlar.

Aşırı distansiyon, mesanenin azalması veya yokluğu ile ilişkili primer nörojenik detrusor disfonksiyonuna yol açar. PİR tablosu, yaklaşık tüm doğumların %7'sine kadar obstetrik bakımda sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Doğum sonrası miksiyon disfonksiyonu fark edilmezse, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu ve idrar kaçırma gibi uzun süreli sekellere yol açabilir. Bunun önlenmesi, doğumdan veya kateterin çıkarılmasından sonraki 6 saat içinde idrarı geçemeyen tüm kadınları ve miksiyon disfonksiyonu semptomatik olan tüm kadınları tanımlamayı amaçlamalıdır (Integrated Business, 2020; Kashif, Riaz, Ramasubramanian P., & Iles, 2021).

Erken müdahale, normal mesane fonksiyonuna hızlı dönüşü sağlar, hızlı tanı ve uygun yönetimin önemi bilinmelidir. Kadınlara, doğum sonrasında düzenli aralıklarla her 4-6 saatte bir mesanelerini boşaltmaları için teşvik edilmelidir. Kadın kendiliğinden idrar yapamıyorsa aralıklı kateterizasyon kullanılmalıdır. Sezaryen sayısı yıllar içinde artmıştır ve yaklaşık 4 kadından 1'inde sezaryen olmaktadır.

Mesane hissinin spinal analjezi altında sezaryen sonrası geri dönmesi 10 saatten fazla ve edipural olan veya olmayan vajinal doğumdan sonra 6 saatten fazla sürebilir (Integrated Business, 2020). Sezaryen sonrası sondanın 8 saat ve sonrasında çekilmesi PİR tablosunun fark edilmesini sağlayacağı gibi uzun süreli kalan sondanın da enfeksiyon riskini de artıracağı gözlemlenmiştir. Retansiyona neden olabilecek veya katkıda bulunabilecek olası İYE'leri ekarte etmek için mikroskopi için bir idrar örneği gönderilmelidir. Olası enfeksiyon varlığı mevcut ise bu durum tedavi edilmeli, enfeksiyona bağlı perianal ağrı veya geçirilmiş operasyona bağlı görülen ağrı PİR gelişiminde önemli bir faktör olabileceğinden yeterli analjezi sağlanmalıdır (Kashif, Riaz, Ramasubramanian P., & Iles, 2021).

İYE, sezaryende üretral kateterizasyonu takiben önemli bir problem olup bildirilen insidans aralığı %2-31,4'tür. Sezaryen sonrası ateşli morbidite için en sık görülen etiyolojidir. Bu durum, özellikle yeterli tedavi önerilmediğinde, piyelonefrit ve ürosepsis ile sonuçlanan ölümcül olabilir. Gebeliğin kendisi İYE için bir risk faktörü olmasına rağmen, İYE dahil idrar yolu morbiditeleri ve sezaryen sonrası yaşanan miksiyon güçlükleri önlenebilir bir durumdur. İYE riski sezaryen öncesi üretral kateterizasyon ile ilişkilidir, mesanenin boşaltılmasının yararı intraoperatif mesane hasarını önlemektir. Ayrıca, kateterize olmayan hastalarda mesane atonisine bağlı idrar retansiyonu ve doğum sonrası kanama olasılığı kadın doğum uzmanlarını endişelendirmektedir. Önceki araştırmalar, elektif sezaryen öncesi preoperatif üretral kateterizasyonu olan kadınlarda, kateterize olmayanlara kıyasla İYE riskinin arttığını göstermiştir. Mısır'da randomize çok merkezli bir araştırma, kateterize grupta İYE insidansının anlamlı olarak daha yüksek olduğunu bildirmiştir, ancak idrar retansiyonu vakası görülmemiştir.

Pakistan'ın Karaçi kentinden gelen ilgili bir raporda İYE ve idrar retansiyonu insidansı kateter grubunda anlamlı olarak daha yüksek görülmüştür. Onwudiwe ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada ise sezaryen sırasında mesanenin kateterizasyonunun yapılmamasının önemli bakteriüri ve diğer perioperatif mesane morbiditeleri insidansı üzerindeki etkisini belirlemek istemiş ve kateter olmayan gruptaki 9 (%6,8) kadında (n=132), kateter grubundaki 17 (%12,9) kadına (n=132) karşı anlamlı bakteriüri görüldü (p=0.098). Kateter olmayan grubun %10,6'sında (14/132)idrar retansiyonu görülürken, kontrol grubunda idrar retansiyonu vakası görülmemiştir (Onwudiwe, ve diğerleri, 2021).

3.2.5. Sezaryen Olmuş Hastaların Genitoüriner Sistem Problemlerine ve Taburculuk sonrası Miksiyon Sorunlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların genitoüriner sistem problemlerine ve taburculuk sonrası miksiyon sorunlarına ilişkin bulguları literatüre göre tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların genitoüriner sistem durumları sorgulandığında hastaların %43,3'ünde (n=104) sorunun var olduğu, %56,7'sinde (n=136) sorunun olmadığı, %40,8'inde (n=98) sık idrar yolu enfeksiyonu geçirmiş olduğu tespit edilmiştir. İdrar yolu enfeksiyonu geçiren kadınların (n=98) tedavi alma durumları sorgulandığında hastalık öyküsü bulunan kadınların %55,1'i (n=54) tedaviyi

tamamlamış, %13,3'ü (n=13) tedaviyi yarım bırakmış, %31,6'sı (n=31) tedavi almamış olduğu tespit edilmiştir (Tablo-6).

İdrar yolu enfeksiyonları Türkiye'deki en önemli sağlık sorunlardan biri olarak devam etmektedir. Tekrarlayan İYE'nin en sık nedeninin alt üriner sistem disfonksiyonu olduğu bilinmektedir. Alt üriner sistem enfeksiyonları sık görülen ürolojik problemlerdir ve bu durum tedavi edilmedikçe sorun daha da artmaktadır. Gebelik ve doğum durumunda tedavi edilmeyen İYE mesane de başka problemlere yol açmaktadır. Dinçel ve arkadaşları yaptığı araştırmada araştırmamıza benzer olarak, mesane disfonksiyonlarının altta yatan patolojik sebeplerinden birinin tekrarlayan İYE olduğunu belirtmiştir. Öte yandan, "mesane disfonksiyonlarının" herhangi bir bulguya veya şikâyete yol açmadan sadece tekrarlayan İYE ile ortaya çıkabileceğini de göstermektedir (Dinçel, K. Bulut, Biçer, & Mir, 2013).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların Taburculuk sonrası miksiyon sorunlarından PİR semptomları sorgulandığında kadınların %25,4'ünde (n=61) idrara çıkma hissinin yok olması, %19,2'sinde (n=46) anüri, %19,2'sinde (n=48) oliguri durumu tespit edilirken, PİR ile ilişkili olası sorun olan disüri durumu olan kadınların %29,6'sında (n=71), PİR dışındaki problemlerden idrar yaparken yanma sorunu kadınların %22,1'inde (n=53) tespit edilmiştir (Tablo-6).

Araştırmamıza benzer olarak literatürdeki bulgularda; Yip ve arkadaşları yaptığı araştırmada PİR'i belirgin ve gizli olarak ayırmıştır. Belirgin tip PİR'i; vajinal doğumdan 6 saat sonra, sezaryen doğumdan ise kateterin çıkarılmasından 6 saat sonra kadının spontan olarak idrarını yapamaması olarak belirtmiş. Gizli tip PİR'i ise; spontan idrar sonrası kadının mesanesinde 150ml'den fazla idrarın kalması ve bu durumu ultrason veya foley kateter ile tespit edilmesi olarak belirtmiştir (Yıp, Sahota, Pang, & Chang, 2004). Groutz ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada ise 3 günden fazla spontan olarak idrarını yapamayan kadınlar için uzamış PİR tanımını kullanmıştır (Groutz , ve diğerleri, 2004).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların taburculuk sonrası görülen; idrara çıkma hissinin yok olması, anuri, oliguri ve disüri gibi sıkıntılarının gizli PİR'in belirti-bulguları ile uyumlu olduğu görülmüştür. Cengiz ve arkadaşlarının sezaryen sonrası PİR ile ilgili yaptığı araştırmanın prevelansı %3,38 (207 olgu içeren araştırmadan 7 hasta) olarak belirtilmiştir (Cengiz, ve diğerleri, 2014).

Carley ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada ise; %45 PİR olgusunun 48 saat içerisinde, %29,4 PİR olgusunun ise 72 saat içerisinde, %25,5 PİR olgusunun da kısa bir süre içinde düzeldiğini göstermiş olup yine aynı araştırmada en dirençli olgunun 45 günde gerilediğini de belirtmişlerdir (Carley, ve diğerleri, 2002). Cengiz ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, gizli PİR tanısında rezidüel hacimin ≥700-750 ml üstünde olan kadınların prognozunun kötü seyrettiğini ve tedavilerinin de buna bağlı uzun sürdüğünü belirtmiştir (Cengiz, ve diğerleri, 2014).

PİR'in uzun vadeli sekelleri hakkında ise literatürde daha az yayınlanmış veri vardır. Versi ve Barnic yaptığı araştırmada PİR öyküsü olan altı kadın bildirdi; iki kadının sürekli miksiyonda zorlandığı, ikisinin doğumdan sonra 6 ay kendi kendine kateterizasyon ile miksiyon yapabildiği, iki kadının ise spontan miksiyon yapabildiği halde mesanesinde his kayıplarının olduğunu bildirmiştir. Yip ve arkadaşları da vaka kontrollü bir araştırmada; PİR tanısı aldıktan 4 yıl sonra takip ettikleri kadınlarda uzun süreli miksiyon sorunları değerlendirmemişlerdir (Yıp, Sahota, Pang, & Chang, 2004).

Ameliyat sonrası PİR önemli bir komplikasyon olup taburculuk sonrası gizli PİR belirti-bulgularının farkındalığı erken tanı ve müdahale için gerekli olup uygun tedavi ile kısa sürede mesanenin normal fonksiyonuna dönüş sağlaması önemlidir. Ameliyat öncesinde PİR gelişme riski yüksek olan hastalar taburculuk öncesi belirlenebilirse buna bağlı kanıta dayalı uygulamalar içerisinde tedavi ve bakımı planlayarak kadınları PİR'in komplikasyonlarından koruyabiliriz.

Araştırmamızda da taburculuk öncesi PİR semptomları gösteren bazı kadınların taburculuk sonrasında da PİR belirti bulgularını gösterdiğini tespit ettik. Ayrıca obstetrik risk faktörleri belirlenen, risk altındaki kadınların PİR'i önlenebilir ve risk altındaki kadınlara zamanında önleyici tedbirler alınarak ve uygun tedaviler başlanabilir.

3.2.6. Sezaryen Olmuş Hastaların Taburculuk Sonrası Evde Bakım Sürecine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların taburculuk sonrası evde bakım sürecine ilişkin bulguları literatüre göre tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların taburculuk sonrası evde kişisel hijyenlerini sağlamada zorlanma durumu sorgulandığında; kadınların %84,6'sı (n=203) zorlanmadığını, %15,4'ü (n=37) ise zorlandığı tespit edilmiştir. Araştırma kapsamına aldığımız kadınların kadınlara taburculuk öncesi sezaryen ameliyatından sonra

bakımlarına katkı sağlayacak kişileri sorduğumuzda, %81'i (n=195) kadın desteği alacağını, %11'i (n=27) eşinden destek alacağını ve %7,5'i (n=18) ise yardım edecek kimsesinin olmadığını ifade etmiştir. Özellikle ameliyattan sonra yardım edecek kimsesi olmayanlarda taburculuk sonrası kişisel hijyenlerini sağlamada zorlandıklarını ve bu hastalarda taburculuk sonrası gizli PİR belirtilerinin görüldüğünü tespit ettik. Kadınların evde su tüketim miktarı sorgulandığında ise kadınların %11,7'si (n=28) 1,4lt ve altında, %88,3'ü (n=212) ise 1,5lt ve üstünde su tükettiği tespit edilmiştir (Tablo-7). Araştırmamızda idrar ihtiyacı hissetmeyen kadınların su tüketiminin de az olması dikkat çekmiştir ve su tüketimi az olan kadınlarda gizli PİR belirtileri tespit edilmiştir.

Taburculuk sonrasında anneye bebek bakımından dolayı kendine yeterince vakit ayırma durumu sorgulandığında annelerin %35'inin (n=84) kendine vakit ayırmadığı, %65'inin ise (n=156) kendine vakit ayırdığı tespit edilmiştir. Annenin bebek bakımının kendi problemlerinden önce gelir düşüncesi sorulduğunda; annelerin %22,1'inde (n=53) kendi problemlerinin öncelikli olduğu düşüncesi, %77,9'unda (n=187) ise bebek bakımının daha öncelikli olduğu düşüncesi tespit edilmiştir. Anneye bebeği ile ilgilendiği için annenin kendini ihmal etme düşüncesi sorulduğunda; annelerin %67,9'unun (n=163) kendini ihmal etmediği düşüncesi, %32,1'inin (n=77) ise kendini ihmal ettiği düşüncesi tespit edilmiştir (Tablo-8). Araştırmamızdaki annelerin birçoğu kendilerine vakit ayıramadıklarını fakat bebeği ile ilgilendiği için kendini ihmal ettiğini düşünüyor musun diye sorulduğunda hayır demişlerdir. Araştırmamızda bebek bakımının önceliğinin annenin fiziksel ve psikolojik durumunun önüne geçtiği fakat bu durumun anne tarafından fark edilmediği, önemsenmediği fark edilmiştir. Pınar ve arkadaşları yaptıkları benzer araştırmada, annelerin taburculuk sonrası dönemde yorgunluk, ağrı, kişisel hijyende sağlamada ve bebek bakımını sağlamada zorlanma yaşadıklarını bildirmişler ve ayrıca sezaryen doğuma göre normal doğumun taburculuk sonrasında daha konfor düzeyinin yüksek olduğunu bulmuştur (Pınar, Doğan, Algıer, Kaya, & Çakmak, 2009). Karakaplan ve Yıldız tarafından yapılan yine benzer bir araştırmada ise annelerin taburculuk öncesi karşılaştığı sorunlar; doğum sonu yaşanan sorunlar, annelerin çevresindeki kişiler, sağlık personeli ile etkili etkileşim kuramama olarak belirtmişler ve bu sorunların annelerin konfor düzeylerini bozduğunu belirtmişlerdir. Annenin fiziksel sorunları azaldıkça konfor düzeyi de artacaktır (Karakaplan & Yıldız, 2010).

3.2.7. Sezaryen Olmuş Hastaların Taburculuk Öncesi Bazı Parametreleri Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması

Araştırmaya katılan hastaların taburculuk öncesi bazı parametreleri arasındaki ilişkilerin bulguları literatüre göre tartışılmıştır.

3.2.7.1. Sezaryen Olmuş Hastaların Ameliyat Sonrası Üriner Kateter Çıktıktan 6 Saat Sonra İdrara Çıkma Durumu Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların önceki doğum yapma şekli **sadece vajinal doğum hikâyesi olan hastalar** ile ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan 6 saat sonra idrara çıkamayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2= 8,35; p=0,01). Vajinal doğumlar nedeniyle pelvik tabandaki dokularda sinirsel hasar meydana gelebildiği, pelvik organ prolapsuslarının vajinal doğum esnasındaki hasarlara bağlı olduğu yapılan birçok araştırmada belirtilmiştir (Salman, Özyüncü, & Durukan, 2005). Ain ve arkadaşlarının 878 kadın ile vajinal doğum sonrası PİR ile ilgili yaptığı araştırmada 113 hastada PİR gelişti. 97 hastada (%11,04) gizli PİR, 16'sında (%1,8) açık PİR görüldü. 878 katılımcıdan %58,2'si multipar ve %41,8'i % primipar olan kadınlar arasında PİR görülme durumu ise; primipar olan 63 katılımcı (%55,8), 50'si multipar (%44,2) olarak belirlemişlerdir. Bu nedenle, primiparların PİR geliştirmeye daha yatkın olduğunu belirtmişlerdir (p=0,001) (Ain, Shetty, & K, 2021). Bizim araştırmamızda ise önceki doğum hikâyesi sadece vajinal doğum olan kadınlarda üriner kateter çıktıktan 6 saat sonra idrara çıkmama yani açık PİR durumu tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların sezaryen sonrasında **aşırı kanama veya uterus atonisi görülen hastalar** ile ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan 6 saat sonra idrara çıkamayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=p=0,02). Aşırı kanaması ve uterus atonisi olan her hastaya kanamanın durdurulması uterusun toparlanabilmesi için **fundus masajıyla müdahale** yapılmış olup bu hastalar ile ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan 6 saat sonra idrara çıkamayan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=p=0,02). Yapılan fundus masajı ile pelvik organlar basıya maruz kalmaktadır. Baskı altında kalan pelvik organlarda periferik sinir uçlarında geçici nöropati oluşturarak mesanede disfonksiyona yol açmaktadır. Bu araştırmada kanamaya bağlı fundus masajı yapılan kadınlarda üriner kateter çıktıktan 6 saat sonra idrara çıkmama yani açık PİR durumu tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların sezaryen ameliyatı sonrasında **idrar hissini fark edemeyen hastalar** ile ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan 6 saat sonra idrara çıkamayan grup arasında çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=p= <0,001). Bu araştırmada hastaların ameliyat sonrası tuvalete gitmeme durumları sorgulandığında idrarlarını hissetmedikleri için tuvalete gidemedikleri yani açık PİR durumu görülmüştür. Koyuncu ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada araştırmamıza benzer olarak, PİR riskinin ve risk faktörlerinin erken tanımlanmasının kalıcı mesane hasarının önüne geçilebileceğini önemle vurgularken, açık PİR'in kolayca tespit edilebilecek bir durum iken gizli PİR'in ise genellikle teşhis edilemeden kalabilen bir durum olduğunu belirtmişlerdir. Yaptıkları araştırmada hastaların %37,3'ünde (168/450) sezaryen olup, bu hastaların ilk miksiyon süresinin 120,2±113,5 dakika ve ortalama mesanede kalan idrar miktarının 75±115.5 ml olduğunu belirtmişlerdir (Koyuncu, ve diğerleri, 2021).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların sezaryen ameliyatı sırasında **genel anestezi alan hastalar** %19,2 (46/240) olup ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan 6 saat sonra idrara çıkamayan grup arasında çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=11,32; p= <0,001). Günümüzde epidural anestezi, doğum yapan kadınlarda ve vajinal doğum sırasında analjezi sağlamak için kullanılmaktadır. Sezaryen ameliyatı ile doğumda ise en sık spinal veya epidural anestezi kullanılır (Cardoso, Valente, & Rodrigues , 2021). Literatürde, postpartum idrar retansiyonu ile ilgili verilerin çoğu vajinal doğuma odaklanırken, sezaryenin bu komplikasyondaki kesin rolü hala bilinmemektedir. Bizim araştırmamıza benzer olarak, Baldini ve arkadaşları yaptığı araştırmada idrar retansiyonunun; cerrahi işlem, anestezi ve analjezi tipi ile ilişkili genel insidans ve altta yatan akın mekanizmasını araştırdı ve anestezi ve cerrahi sonrası idrar retansiyonunun sık olduğunu bildirdi. Baldini ve arkadaşları yaptıkları araştırmada postoperatif idrar retansiyonunu tanımlamak için; genel anestezi ve sistemik analjezi uygulanan hastalardaki insidansı, spinal anestezi ve epidural analjeziye göre karşılaştırarak yüksek düzeyde anlamlı olduğunu tespit etti (p= 0.001) (Baldini, Bagry, Aprikian, Carli, & Phil, 2009).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların sezaryen ameliyatı sonrası **erken mobilizasyon olmayan hastalar ile** ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan 6 saat sonra idrara çıkamayan grup arasında çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark

olduğu görülmüştür (x^2=p=<0,001). Bu araştırmada ameliyat sonrası takılan üriner kateter çekildikten sonra sık sık yataktan kalkıp yürüme, hareket etme becerileri sorgulanmış olup ağrıları sebebi ile yatmayı tercih eden mobilizasyonu sağlayamayan kişilerde açık PİR durumu tespit edilmiştir. Literatürde birçok araştırmada belirttiği gibi ameliyattan sonra postoperatif dönemde erken mobilize olan hastaların homeostatik dengesinin kısa bir sürede toparlayacağı ve hastanede kalış sürecini kısaltacağı belirtilmektedir. Uslu ve Yavuz araştırmasında; ameliyat sonrası üriner retansiyonu hastaların mesanesinde geçici ya da kalıcı hasara yol açabileceğinden hastanın konforunu bozarak hastanede kalış sürecini uzatabileceğini belirterek ameliyat öncesinde hastalara erken mobilizasyonun önemin anlatılması ve risk grubunun belirlenmesi ameliyat sonrası tedavi ve bakımı kolaylaşacağını belirtmişlerdir (Uslu & Yavuz, 2016). Dube ve Kshirsagar yaptıkları benzer araştırmada, sezaryen ameliyatı sonrası kontrol gruplu araştırmasında; girişim grubundaki hastalarını 5-6 saat içerisinde mobilize ederken, kontrol grubunu 3. günde yataktan kalkma ve bacak egzersizi yaptırmıştır. Araştırmalarının sonunda kontrol grubundaki hastalara göre girişim grubundaki hastalarının; peristaltik hareketlerinin daha kısa sürede başladığını (p<0,05), abdominal hassasiyet ve distansiyonuna daha az olduğunu (p<0,05) belirlemişlerdir. Yapılan araştırmalar sonunda erken olan mobilizasyonun, sezaryen ameliyatı sonrası iyileşmenin hızlı olmasında etkin bir yöntem olduğu belirlenmiştir. (Dube & Kshirsagar, 2014)

3.2.7.2. Sezaryen Olmuş Hastaların Ameliyat Sonrası Disüri veya Pelvik Tabanda Ağrı Duyulması Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların **lise ve altı öğrenim almış olan hastalar** ile ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan sonra disüri veya pelvik tabanda ağrı duyan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=3,87; p=0,04). Bu araştırmada öğrenim seviyesi yüksek olan kadınlarda pelvik taban sağlığını koruma durumun daha fazla olduğunu tespit ettik. Öğrenim seviyesinin, doğurganlık yaşını ve doğum sayısını etkileyerek gebeliğin veya doğumun pelvik taban bozukluklularına daha fazla katkıda bulunmasını önlemiştir. Bu araştırma da **üç gebelik ve üstü hikâyesi olan hastalar** ile ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan sonra disüri veya pelvik tabanda ağrı duyan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu da görülmüştür (x^2=4,14; p=0,04). Geçirilen gebelik sayıları arttıkça vücutta değişen

hormonal değişiklikler nedeniyle tüm organlarda fizyolojik değişikliklere neden olur. Fetüsün pelvise yerleşmesi ve hormonal farklılıkların pelvis fizyolojisi üzerindeki etkisi pelvik taban ve pelvik taban desteği üzerinde etkilidir. Hamilelik sırasında rahim büyüdükçe, intraabdominal basınç artar ve pelvik organlar aşağı doğru itilir. Bu durum pelvik taban kaslarını sürekli stres ve gerginliğe maruz bırakır ve her geçirilen hamilelik boyunca pelvik desteği olumsuz etkiler (Beji K., Satır, & Çayır, 2020). Araştırmamızda **gebeliği planlı olmayan hastalar** ile ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan sonra disüri veya pelvik tabanda ağrı duyan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=3,85; p=0,05). Araştırmamızda da görüldüğü üzere plansız olan ve sık hamilelik geçiren kadınlarda, pelvik tabanda ağrı veya disüri gibi pelvik tabanda problemler tespit edilmiş olup pelvik taban ve üriner sistemde değişiklikler görülmüştür. Birgili araştırmasında doğum sonu konforun istenmeyen gebelikte arasındaki ilişkiyi istatistiksel olarak anlamlı bulmuş ($p<0.05$), istenmeyen bebeğe sahip olmanın doğum sonu dönemde ciddi anlamda psikolojik ve sosyal sorunlara neden olabileceğini belirtmiştir (Birgili, 2020).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların **idrar yolu hastalıklar öyküsü bulunan hastalar** ile ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan sonra disüri veya pelvik tabanda ağrı duyan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (x^2=5,03; p=0,02). Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları pelvik taban sağlığını olumsuz etkilemektedir ve tedavi edilmeyen, tam tedavi görmeyen idrar yolları enfeksiyonları ilerleyen zamanlarda idrara çıkma bozukluklularına yol açmaktadır. Dinçel ve arkadaşlarının yaptığı benzer araştırmada da tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonlarının idrara çıkma bozukluğu görülmesi istatiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p <0,05$).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların ameliyat sonrasında **aşırı kanama veya uterus atonisi olan hastalar** ile ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan sonra disüri veya pelvik tabanda ağrı duyan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=4,26; p=0,03). Aşırı kanamaya bağlı uterusun toparlanması ve kanamanın durdurulması için **fundus masajı yapılan hastalar** ile ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan sonra disüri veya pelvik tabanda ağrı duyan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (x^2=4,26; p=0,03). Sezaryen ameliyatından sonra uterus hassas ve gevşektir bunun üzerine aşırı kanaması olan hastada uterus daha da gevşemiştir. Fundusa uygulanan masaj dikkatli ve hassas yapılmalıdır, aşırı ve sert

masajdan kaçınılmalıdır çünkü uzun ve sert yapılan masajlar kaslarda hasara, kanamanın daha da artmasına sebep olabilir. Normal şartlarda fundus masajı ile myometrium tabakası uyaranlara cevap verir. Atoni hala devam ediyorsa daha başka tedavilere geçilmelidir (Coşkun & Arsel , 2012). Sert ve uzun süren fundus masajları pelvik sinirlerde geçici hasara neden olduğundan bizim araştırmamızda da görüldüğü gibi ameliyat sonraki dönemde sert fundus masajından sonra kadınlarda pelvik tabanda zorlanma veya disüri durumu görülmüştür.

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların ameliyat sonrasında **8 saat ve daha sonra üriner kateteri çıkarılan hastalar** ile ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan sonra disüri veya pelvik tabanda ağrı duyan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=4,15; p=0,04). Araştırmamızda 8 saat ve üzeri üriner kateterin hastada kalması pelvik tabanda veya üriner sistemde sorun teşkil etmiştir. Onwudive ve arkadaşlarının yaptığı benzer araştırmada ise, sezaryen öncesi foley kateter takılan ve takılmayan grupları karşılaştırmıştır. Araştırmacılar araştırmalarında foley kateter takılmayanların kateterize kadınlara kıyasla daha düşük İYE insidansı ile ilişkili olduğunu, ancak idrar retansiyon oranlarının iki grup arasında farklılık göstermediğini göstermişlerdir. Bizim araştırmamızda elde ettiğimiz sonuç ve hasta takibindeki gözlemlerimiz doğrultusunda sezaryenden sonra kateterin çıkarılmasının mümkün olan en kısa zamanda gerçekleşmesi ile idrar retansiyonu ve enfeksiyon riskinin azaldığı gözlemlenmiştir. Literatür araştırmalarına göre, sezaryen sırasında rutin mesane kateterizasyonun yararları veya başka bir şekilde kullanılmaması ile ilgili tartışmaların sürdüğü, ayrıca elektif veya acil sezaryen gibi önceki araştırmalarda araştırma yöntemlerinin tekdüzeliği olmaması, kalıcı bir kateterin çıkarılması için zaman aralığı, katılımcıların randomizasyonu ve idrar retansiyonuna bağlı doğum sonrası kanamanın değerlendirilmesi, konuyla ilgili daha ileri araştırmalara duyulan ihtiyacı belirtmiştir. Araştırmamıza benzer bir şekilde Onwudiwe ve arkadaşları üriner kateteri uzun süreli takılı kalan hastalarda çıkarıldıktan sonra hasta idrarını yaparken özellikle pelvik tabanda ağrıya ve idrar yaparken zorlanmaya sebep olduğu görülmüştür (Onwudiwe, ve diğerleri, 2021).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların sezaryen ameliyatı sonrası **idrar hissini fark edemeyen hastalar** ile ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan sonra disüri veya pelvik tabanda ağrı duyan grup arasında çok yüksek düzeyde istatistiksel olarak

anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=19,02; p= <0,001). Taburculuk öncesinde hastaların tuvalete gitmeme durumları sorgulandığında idrarlarını hissedemedikleri için tuvalete gidemedikleri tespit edilmiş olup bu hastalar özellikle idrara çıkarken zorlandıklarını belirtmişlerdir. Cavkaytar ve arkadaşlarının yaptığı araştırmasında araştırmamıza benzer olarak kateter çekildikten sonra ağrılı ve zorlu başlayan miksiyonun daha sonra PİR tablosuna dönüşme riskinin yüksek olduğunu belirtmiştir (p=0,001) (Cavkaytar, ve diğerleri, 2015).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların **iri bebek** sebebiyle ameliyatla doğum yapan kadınların ameliyat sonrası üriner kateter çıktıktan sonra disüri veya pelvik tabanda ağrı duyan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=5,69; p=0,01).Cavkaytar ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada araştırmamıza benzer olarak 4000gr ve üstü bebek ile doğum yapan kadınlarda PİR istatiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı bulunmuştur (p= <0,01) (Cavkaytar, ve diğerleri, 2015).

3.2.7.3. Sezaryen Olmuş Hastaların Ameliyat Sonrası Ağrı Sebebi ile Tuvalete Gitmek İstememe Durumu Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların **idrar yolu hastalıklar öyküsü olan hastalar** ile sezaryen ameliyatı sonrası ağrı sebebi ile tuvalete gitmek istememe durumu sorgulandığında idrarını hissedemediği için tuvalete gidemeyen grup arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=11,21; p=0,004). Araştırmamızdaki hastaların, hastalık geçirip ve **idrar yolu enfeksiyonu sonrası tedavi almayan hastalar** ile sezaryen ameliyatı sonrası ağrı sebebi ile tuvalete gitmek istememe durumu sorgulandığında idrarını hissedemediği için tuvalete gidemeyen grup arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=13,50; p=0,009). Araştırmamızla benzer olarak Dinçel ve arkadaşları da araştırmalarında tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonlarının idrara çıkma bozukluğu istatiksel olarak anlamlı bulundu (p <0,05). Tekrarlayan, tedaviyi tam alamayan hastalarda ilerleyen yıllarda mesane ve idrar yollarında kalıcı hasar meydana gelecektir (Dinçel, K. Bulut, Biçer, & Mir, 2013).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların **ilk 8 ve daha sonra üriner kateteri çıkarılan hastalar** ile sezaryen ameliyatı sonrası ağrı sebebi ile tuvalete gitmek istememe durumu sorgulandığında idrarını hissedemediği için tuvalete gidemeyen grup arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=9,07; p=0,01). Araştırmamızda üriner kateteri geç çıkarılan hastanın mobilizasyon süreside gecikmiştir. **Erken mobilize olmayan hastalar** ile sezaryen ameliyatı sonrası ağrı sebebi ile tuvalete gitmek istememe durumu sorgulandığında idrarını hissedemediği için tuvalete gidemeyen grup arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu da görülmüştür (x^2=75,58; p= <0,001). Üriner kateter 8 saat ve üzerinde çıkarıldığında hastalarımızın idrar hislerinde değişiklikler yaşadıkları için ve sezaryene bağlı ağrılarından dolayı tuvalete gitmek istemediklerini tespit ettik. Onwudive ve arkadaşları yaptığı araştırmada araştırmamıza benzer olarak, sezaryen öncesi foley kateter takılan ve takılmayan grupları karşılaştırıldığında uzun süreli kalan foley kateterin idrar yollarında hasara yol açabileceğini, İYE riskini artırdığını belirtmişlerdir (Onwudiwe, ve diğerleri, 2021). Barai ve Vahitha'nın araştırması sonucunda ise, sezaryen ameliyatı sonrası erken mobilizasyonun sağlanması ile ameliyat sonrası hastaların daha kısa sürede iyileşme ve hastanın bağımsızlığını geri kazanması gibi olumlu faydalarının olduğunu bildirilmiştir (p<0,05) (Barai & Vahitha, 2019).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınlardan **genel anestezi uygulanan hastalar** ile sezaryen ameliyatı sonrası ağrı sebebi ile tuvalete gitmek istememe durumu sorgulandığında idrarını hissedemediği için tuvalete gidemeyen grup arasında da istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı fark olduğunu da tespit ettik (x^2=12,83; p=0,001). Araştırmamızda genel anestezi alan hastaların ağrı durumlarının fazla olduğunu, bu durumun hastalarda ajitasyona neden olduğunu ve buna bağlı hastalardan bazılarının bilerek idrarlarını tuttukları, bazılarının da idrarlarını hissetmedikleri için tuvalete gitmediklerini, genel anestezi alan hastaların mobilizasyon süresinin de uzun sürdüğünü ve buna bağlı mobilizasyonun daha geç sağlandığını tespit ettik. Karadağ ve Atabek araştırmasında araştırmamıza benzer olarak, ameliyat sonrası; bozulan homeostatik dengeyi sağlamak ve bu dengenin yeniden oluşmasını sağlamak, oluşabilecek komplikasyonları fark ederek iyileşmeyi hızlandırmak, ağrıyı kontrol altına alarak kısa süre de hastanın bağımsız aktivitelerinin sağlaması gerektiğini belirtmiştir (Karadağ & Atabek A., 2011).

3.2.8. Sezaryen Olmuş Hastaların Taburculuk Sonrası Bazı Parametreleri Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması

Bu bölümde araştırma kapsamına aldığımız kadınların 3-4 hafta sonra taburculuk sonrası evde yaşadıkları problemler tartışılacaktır. Bu araştırmada taburcu olan hastaların gizli PİR semptom belirti bulguları kendilerine sorularak, verdikleri cevaplar doğrultusunda tespit edilmiştir.

3.2.8.1 Sezaryen Olmuş Hastaların Taburculuk Sonrası İdrara Çıkma Hissinin Yok Olması Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların **sezaryen sonrasında aşırı kanama veya uterus atonisi görülen hastalar** ile taburculuk sonrasında idrar hissinin yok olduğu grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür (x^2=6,12; p=0,01). Aşırı kanaması olan tüm hastalara **fundus masajı ile müdahale** yapılmış olup, bu hastalar ile taburculuk sonrasında idrar hissinin yok olduğu grup arasında da istatistiksel olarak da anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=6,12; p=0,01). Araştırmamızda, ameliyat sonrası uterus kanamasının durdurulması için yapılan fundus masajı ile müdahale yapılan hastalarda, taburculuk sonraki sürede gizli PİR belirtisi olan idrar hissinin kaybolması durumu tespit edilmiştir. Aşırı sert ve gereğinden fazla uterus masajı pelvik taban kaslarını yorarak kadının ileri yaşamını etkileyerek bir takım başka sıkıntılara sebep olabilmektedir. Uterus masajları; kaybolan uterus kontraksiyonunu sağlayıp, atoni kanamalarını önler, involsüyon sürecinin hızlanması sağladığı bilinmektedir fakat literatür incelendiğinde uterus masajının faydaları ve dezavantajlarına yönelik araştırmalar sınırlıdır (Taşkın, 2012). Yapılan araştırmalarda sert yapılan fundus masajlarının pelvik sinirlerde geçici ya da kalıcı hasara yol açabileceği söylenmiştir.

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların **üriner kateteri 8 saat ve daha sonra çıkarılan hastalar** ile taburculuk sonrasında idrar hissinin yok olduğu grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=4,73; p=0,03). Araştırmamızda **üriner kateterin çıktıktan 6 saat sonra idrara çıkamayan hastalar** ile taburculuk sonrasında idrar hissinin yok olduğu grup arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=p=<0,001). Araştırmamızda **disüri, pelvik tabanda ağrı duyulması görülen** hastalar ile taburculuk sonrasında idrar hissinin yok olduğu grup arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=19,02; p=<0,001). Araştırmamızda; hastanede taburculuk öncesi üriner kateteri geç

çıkan hastalar, üriner kateter çekildikten 6 saat sonrası idrara çıkamayan, disüri veya pelvik tabanda ağrı durumu görülen hastalarda taburculuk sonrası gizli PİR belirtisi olan idrarını hissedememe durumu tespit edilmiştir. Cavkaytar ve arkadaşlarının PİR için risk faktörlerini belirlemek için araştırmada araştırmamıza benzer olarak kateter çekildikten sonra idrara çıkarken ağrı duyan grubun, ağrı duymayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur (p=0,04) (Cavkaytar, ve diğerleri, 2015).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların **sezaryen sonrasında idrar hissini fark edemeyen** hastalar ile taburculuk sonrasında idrar hissinin yok olduğu grup arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=272,09; p=<0,001). Bu araştırmada; hastaların hastanede tuvalete gitme durumları sorgulandığında, idrarını hissedemediği için tuvalete gidemeyen hastaların tümünde taburculuk sonrasında da idrar hissedeme durumunun devam ettiğini tespit edilmiştir. Carley ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada ise araştırmamıza benzer olarak PİR vakasının %45'inin 48 saat içinde, %29,4'ünün 72 saat içinde ve %25,5'inin daha uzun sürede düzeldiğini göstermişler olup ayrıca en dirençli PİR vakasının ise 45 günde gerilediğini belirtmişlerdir (Carley, ve diğerleri, 2002). Bizim araştırmamızda taburculuk sonrası hastaların bir kısmında bir-iki hafta içinde belirtilerin gerilediğini, bir kısmında bir ay süre içerisinde hala sorunlarının devam ettiği tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların **erken mobilize olmayan** hastalar ile taburculuk sonrasında idrar hissinin yok olduğu grup arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=26,37; p=<0,001). Araştırma kapsamına aldığımız hastalardan hastanede postoperatif bakım sürecinde bazen hasta kaynaklı, bazen de bakımlarını sağlayan sağlık personeli kaynaklı erken mobilize olmayan hastalarda taburculuk sonrası gizli PİR belirtileri tespit edilmiştir. Literatürde erken mobilizasyonun cerrahi sonrası homeostatik dengenin düzelmesi sürecinde aktif rol aldığından özellikle bahsedilmektedir. Araştırma kapsamına aldığımız hastaların üriner kateterlerinin çekilme süresi bazı hastalarda 12-24 saat hatta bazı hastalarda 24 saati de geçmiştir bu durum hastanın erken mobilizasyon sürecini engellemiştir. Bazen de hastalar ameliyat sonrası ağrı hissettiğinden ya da hissedeceğinden kalkmak, hareket etmek istememiştir. Tüm bu durumların hepsi hastanın taburculuk sürecinde PİR tablosu yaşamasında etkili olmuştur. Yayla yaptığı tez araştırmasında araştırmamıza benzer olarak, erken mobilizasyon olan ve olmayan hastalarda komplikasyon görülme durumu

ve ameliyat sonrası hastanede kalış süreleri istatiksel olarak anlamlılık tespit etmiştir (Geç dönem komplikasyonu p=0,03, ameliyat sonrası hastanede kalış süresi p=0,000) (Yayla, 2016). Wiklund ve arkadaşlarının randomize kontrollü araştırmasında yine araştırmamıza benzer olarak, planlar ve hedefler doğrultusunda yapılan erken mobilizasyon uygulamasının cerrahi sonrası hastanın postoperatif döneme uyumunu kolaylaştırır (Wiklund, Sundqvist , & Olsen F., 2015).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların taburculuk sonrasında evde **kişisel hijyeni sağlamakta zorlanan** hastalar ile taburculuk sonrasında idrar hissinin yok olduğu grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=6,69; p=0,01). Araştırmamızdaki hastalar taburculuk sonrası kişisel hijyen sağlamakta zorlandıklarını, çok ağrılarının olduklarını ifade etmiştir. Ağrılarının çok olduğunu ve evde destek faktörleri bulunmadığı için kişisel hijyeni sağlamakta zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Aynı grup hastada anlamlı bir şekilde taburculuk sonrası gizli PİR belirtileri de tespit edilmiştir. Cerrahi sonrası ağrıların olması hastanın yaşam kalitesini etkilemekte olup bununla baş etmek için destek faktörleri olmalıdır. Sezaryen ile doğumda annenin; cerrahi sonrası bakımı, doğum sonu ruh hali, bebeğine vermesi gereken bakımı gibi birçok sorumluluğu vardır. Bu sorumluluk anneye destek olacak kişi ya da kişilerle sağlanmaktadır. Araştırmamızda destek faktörü olmayan kadınların kendilerine bakıp kişisel hijyenlerini sağlamada zorlandıkları tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların **günlük tüketilen su miktarının 1,4lt ve altı** olan hastalar ile taburculuk sonrasında idrar hissinin yok olduğu grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=4,62; p=0,03). Araştırmamızda hastalar kendilerine yeterince vakit ayıramadıklarını, evde var olan sorumluluklarının fazla olduğunu ve ayrıca idrarlarını da hissedemedikleri için yani miksiyon ihtiyacı hissedemediklerinden dolayı su tüketimlerini istemsizce azaltmak durumunda kaldıklarını ifade etmişlerdir. Dal ve arkadaşları araştırmamıza benzer olarak, cerrahi sonrası evde yaşanan sorunları araştırmış, araştırmada belirlenen; boşattım, yara yeri enfeksiyonu ve beslenme sorunlarının taburcu oldukları cerrahi kliniklere göre aralarında fark olmadığını (p>0.05) ve araştırmaya alınan hastaların %30,6'sında boşaltım sorunları yaşanmış olduğunu tespit etmişlerdir (x^2=4,8; p=0,43). Yaptıkları araştırma sonucunda cerrahi işlem sonrası evde yaşanan sorunlarla kısmen baş edebildiklerini, boşaltım ile

ilgili sorunlarının bir ay sonuna kadar biraz daha gerilediğini belirtmişlerdir (Dal, Bulut, & Demir, 2012).

3.2.8.2. Sezaryen Olmuş Hastaların Taburculuk Sonrası Disüri Durumu Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların **idrar yolu hastalıkları öyküsü olan hastalar** ile taburculuk sonrası disüri görülen grup arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=10,27; p=0,001). Araştırmamızda idrar yolu öyküsü bulunan ve ayrıca tedavi almayan hastaların ilerleyen yaşlarda idrar yollarına ait rahatsızlıkların etkili olduğu tespit edilmiştir. Geçirilen, sürekli tekrarlayan sık idrar yolu enfeksiyonları kalıcı hasarlara yol açabilmektedir. Araştırmamızda Gizli PİR belirtilerinin olası sorunu olan, kesik kesik miksiyon sorunu sık sık idrar yolu enfeksiyonu geçiren hastalarda anlamlı bir fark olarak bulunmuştur. Dinçel ve arkadaşları yaptığı araştırmada araştırmamıza benzer olarak, hastaların şikâyetleri olmasa bile anamnez alınarak İYE geçmişi sorgulanmasının gerekliliğini vurgulamıştır ve araştırmaları sonucunda İYE geçiren hastalarda idrara çıkma bozukluğuna sebep olduğu tespit edilmiştir (p <0,05) (Dinçel, K. Bulut, Biçer, & Mir, 2013).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların **aşırı kanama veya uterus atonisi görülen** hastalar ile taburculuk sonrası disüri görülen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=4,01; p=0,04). Aşırı kanama veya uterus atonisi sonrası **fundus masajı ile müdahale** yapılan hastaların taburculuk sonrası PİR semptomu olan disüri görülen grup arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=4,01; p=0,04). Aşırı kanama sonrası müdahale olarak fundus masajının yapılması sonucu baskı altında kalan pelvik organların küçük periferik sinir uçlarında geçici nöropati oluşturarak mesane disfonksiyonuna yol açabilir (Anglim, Sandwith, & Brennand, 2021). Ayrıca yapılan araştırmalarda; PİR tablosunun da vajinal kanamada artışa neden olacağı belirtilmiştir (Li, Hui, Wang, Lin, & Zhao, 2021).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların **üriner kateter çıktıktan 6 saat sonra idrara çıkmayan** hastalar ile taburculuk sonrası disüri görülen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=p=0,03). Araştırmamızda taburculuk öncesi **disüri veya pelvik tabanda ağrı görülen** hastalar ile taburculuk sonrası disüri görülen grup arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür

(x^2=14,69; p=<0,001). Araştırmamızda üriner kateteri çıktıktan 6 saat sonra halen idrara çıkamayan hastalar ve ameliyat sonrası sondaları çekildikten sonra idrar yaparken zorlanma ve pelvik taban ağrısı görülen hastalarda taburculuk sonrası olası gizli PİR belirtilerinden olan disüri tespit edilmiştir. Cavkaytar ve arkadaşları da araştırmamıza benzer olarak, PİR için risk faktörlerini belirlemek için araştırmada kateter çekildikten sonra idrara çıkarken ağrı duyan grubun, ağrı duymayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur (p=0,04) (Cavkaytar, ve diğerleri, 2015). PİR tablosu doğum sonrasında foley kateter çıktığında 6 saat sonrası idrara çıkamama durumu ile görülen sıkıntılı bir tablodur. PİR'in sekelleri üzerinde çok az araştırma mevcuttur, ancak yayınlanan bazı veriler bu durumun doğumdan sonraki kısa bir süre içinde normale döndüğünü ve spesifik tedavinin olmadığını göstermektedir. Araştırmamızda idrara çıkarken zorlanan veya ağrı duyan hasta grubunda takılı olan foley kateterin 8 saat ve üzerinde takılı kaldığını gözlemledik, foley kateterin uzun süre takılı kalan hastalarda kesik kesik miksiyon durumu anlamlı görülmüştür. Aynı zamanda yaptığımız araştırmada üriner kateteri uzun süreli takılı kalan hastaların birçoğunda taburculuk sonrası miksiyon problemleri sorgulandığında idrar yaparken yanmadan ve ağrıdan dolayı kesik kesik idrar yapan hastaların %22,1'inde tespit edilmiştir (Tablo-6) (n=53).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların **idrar hissini fark etmeyen** hastalar ile taburculuk sonrası disüri görülen grup arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=127,27; p=<0,001). Bu araştırmada ameliyat sonrası foley kateter çekildikten sonra tuvalete gitme durumu sorgulandığında hastalar idrarlarını hissedemedikleri için tuvalete gidemediklerini beyan etmiş olup bu hastalarında taburculuk sonrası gizli PİR belirtilerinden olan disüri sorununun bazı hastalarda taburculuk sonrası bir ay olmasına rağmen devam ettiği tespit edilmiştir. Andolf ve arkadaşlarının, Yip ve arkadaşlarının (1997) ve YİP ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları ayrı ayrı araştırmalarda araştırmamızdan farklı olarak; PİR tablosu görülen tüm hastaların tanıdan sonraki 2 ila 6 gün içinde normale döndüğü ve kateterizasyon veya farmakolojik tedavi gibi spesifik bir tedaviye gerek olmadığını bildirmişlerdir (Andolf, Iosif, Jörgensen, & Rydhström, 1994; Yıp, Brıeger, Hın, & Chung, 1997; Yıp, Sahota, Pang, & Chang, 2004). Groutz ve arkadaşlarının yaptığı PİR vakaları üzerine araştırmasında araştırmamıza benzer olarak; PİR tablosunda olan hastaların, ikisinde transüretral kalıcı kateterizasyon gerektirdi ve doğum sonrası 7. ve 15. günlerde hastaların idrar hissi

normale döndü. İkisinde suprapubik kateterizasyon gerektirdi ve sırasıyla doğum sonrası 28. ve 40. günlerde hastaların idrar hissi normale döndüğünü belirmişlerdir (Groutz, ve diğerleri, 2002).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların **erken mobilize olamayan** hastalar ile taburculuk sonrası disüri görülen grup arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=15,52; p=<0,001). Araştırmaya aldığımız hastaların üriner kateterlerinin çekilme süresi bazı hastalarda 8 saat ve üzeri, bazılarında 12-24 saat arasında, bazılarında ise 24 saati de geçmiştir. Bu durum hastanın erken mobilizasyon sürecini engellemiştir. Bazen de hastaların üriner kateterlerinin erken çekilmesine rağmen ameliyat sonrası ağrı hissedildiğinden ya da hissedeceğinden korktuğu için ayağa kalkmak, hareket etmek istememiştir. Tüm bu durumların hepsi hastanın taburculuk sürecinde PİR tablosu yaşamasında etkili olmuştur. Araştırmamızda cerrahi sonrası erken mobilizasyon sağlayan hastaların, erken mobilize olmayan hastalara göre PİR görülme durumu anlamlı olarak daha az görülmüştür. Literatürde de birçok araştırmada erken mobilizasyonun etkileri karşılaştırılmış olup, randomize kontrollü araştırmalarda uzun süreli yatak istirahati yapan hastaların erken mobilize olan hastalara göre sağlık durumlarının daha kötüye gittiği, tıbbı durum iyileşmelerinin geç olduğu belirtilmiştir (Yayla, 2016).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların **kişisel hijyeni sağlamakta zorlanan** hastalar ile taburculuk sonrası disüri görülen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=3,70; p=0,05). Araştırmamızda kişisel hijyeni sağlamakta zorlanan hastalar; cerrahi sonrası ağrı sebebiyle ya da yardım edecek kişilerin yoksunluğundan kaynaklanan zorlanmaların olduğunu ifade ettiler. Bu hastalarda gizli PİR belirtisi tespit edilmiştir. Cerrahi sonrası bakım için destek faktörleri yetersiz olan hastaların yaşam kalitelerinin azaldığı, bir takım sağlık problemlerinin görülmüştür. Sezaryen ile doğumda annenin; cerrahi sonrası bakımı, doğum sonu ruh hali, bebeğine vermesi gereken bakımı gibi birçok sorumluluğu vardır. Bu sorumluluk anneye destek olacak kişi ya da kişilerle sağlanmaktadır. Araştırmamızda destek faktörü olmayan kadınların kendilerine bakıp kişisel hijyenlerini sağlamada zorlandıklarını tespit ettik. Literatürde benzer araştırma olmamakla beraber destek faktörleri yetersiz olan hastaların cerrahi sonrası bakım yetersizliğine bağlı bir takım sağlık problemleri görülmektedir.

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların **günlük tüketilen su miktarı 1,4lt ve altı** olan hastalar ile taburculuk sonrası disüri görülen grup arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=8,02; p=<0,001). Araştırmamızda hastalar kendilerine yeterince vakit ayıramadıklarını, evde var olan sorumluluklarının fazla olduğunu ve ayrıca disüri görüldüğünden, mesanelerini tam boşaltamadıklarından su içmek istemediklerini ifade etmişleridir.

Dal ve arkadaşlarının yaptığı benzer araştırmaya göre cerrahi sonrası taburculukta kadınların evde yaşadıkları sorunların başında (%40,8) öz bakım sorunu gelmektedir. Hastaların %80'inin öz bakımını yapamadığı, %52,3'ünün kendi kendine kıyafetlerini değiştiremediği, %45'inin de banyo yapmakta zorlandığını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan hastaların %30,6'sında boşaltım ile ilgili sorun yaşandığını belirtmişlerdir. Yine yaptıkları araştırmada yara yeri enfeksiyonu, beslenme ve boşaltım sorunlarının kliniklere göre farklılık göstermediğini saptamışlardır (p>0.05) (Dal, Bulut, & Demir, 2012).

3.2.8.3. Sezaryen Ameliyatı Olmuş Hastaların Taburculuk Sonrası Anüri Durumu Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların **3 gebelik ve üstü hikâyesi** olan hastalar ile taburculuk sonrası anüri görülen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=6,15; p=0,01). Carley ve arkadaşları yaptığı araştırmada ise araştırmamızdan farklı olarak primipar olan kadınların, multipar olan kadınlara göre PİR semptomlarını daha fazla göstereceğini belirtmiştir. Carley ve arkadaşları bunun sebebinin de primipar olan gebenin daha çok epidural anestezi ve epizyotomi ihtiyacı olabileceği yani müdahaleli doğum yapabileceği olduğunu savunmuştur (Carley, ve diğerleri, 2002). Pifarotti ve arkadaşlarının yaptığı araştırmaya göre ise araştırmamıza benzer olarak multiparlarda her geçirilen gebelikle beraber fundal basıncın artmasını risk faktörü olarak bildirmiş ve yapılan birçok araştırmaya göre de geçirilen gebelikler sonrası perianal hasarın fazla olması sebebiyle PİR semptomlarının multiparlarda daha fazla görüleceği bildirilmiştir (Groutz , ve diğerleri, 2004; Polat, ve diğerleri, 2008).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların **3 ve üzerinde sadece sezaryen hikâyesi** olan hastalar ile taburculuk sonrası anüri görülen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=5,04; p=0,02). Cengiz ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada sezaryen sonrası PİR gelişi prevalansı %3,38 olarak belirlenmiştir

(Cengiz, ve diğerleri, 2014). Ayrıca yapılan diğer araştırmalarda; sezaryen esnasında kullanılan anestezinin özellikle de morfin kullanımı ile gerçekleştirilen epidural anestezinin sonrasında sezaryen sonrası PİR ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Liang C. , ve diğerleri, 2007; Musselwhite , Faris, Moore, Berci, & King, 2007). Sonuç olarak sezaryen sonrası PİR obstetrik uygulamalarda nispeten yaygın bir komplikasyon gibi görünmektedir. Kişinin hamilelik veya doğum sırasında artan abdominal basıncın, pelvik bağ dokularında ve sinirlerde hasara neden olabileceğini ve böylece idrar retansiyonunun nörolojik bozulmasına ve dolayısıyla idrar retansiyonuna neden olabilmektedir. Ayrıca sezaryene maruz kalma sayısı artıkça PİR riski de artacaktır. Cavkaytar ve arkadaşları da araştırmamıza benzer olarak sezaryenin idrar retansiyonu ile anlamlı olduğunu öne sürülmüştür (p=<0,005) (Cavkaytar, ve diğerleri, 2015). Onwudiwe ve arkadaşlarının yaptığı araştırmaya göre de yine araştırmamıza benzer olarak, iki veya daha fazla sezaryen olan hastalarda PİR gelişme riskinin anlamlı olduğunu tespit etmişlerdir (p=0.9) (Onwudiwe, ve diğerleri, 2021).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların **idrar yolu hastalık öyküsü olan** hastalar ile taburculuk sonrası anüri görülen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=3,99; p=0,04). Dinçel ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada araştırmamıza benzer olarak, tekrarlayan İYE'si olan hastaların altta yatan anatomik veya nörolojik nedeni saptanamayan ve öyküde idrara çıkma bozukluğu ile ilişkili bulgusu bulunmayan hastaların %84'ünde ürodinamik patoloji oranının, ürodinamikte saptanan oranlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Öte yandan, mesane disfonksiyonlarının herhangi bir bulguya veya şikâyete yol açmadan sadece tekrarlayan İYE ile ortaya çıkabileceğini de göstermektedir. İYE'nin idrara çıkma bozukluğu istatiksel olarak anlamlı bulmuştur (p<0,05) (Dinçel, K. Bulut, Biçer, & Mir, 2013).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların **aşırı kanama veya uterus atonisi olan** hastalar ile anüri görülen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=p=0,03). Aşırı kanaması olan tüm hastalara fundus masajı yapılmış olup **fundus masajı ile müdahale yapılan** hastalar ile anüri görülen grup arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=p=0,03). Aşırı kanaması olan hastalarda yapılan sert ve uzun fundus masajlarında yapılan baskı ile pelvik alanda baskı altında kalmaktadır. Literatür incelemelerine göre aşırı kanama PİR riskini artırmaktadır (Hospital, 2021) ve ayrıca Pifarotti ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada da, fundal

basıncın artmasının PİR için başka bir risk faktörü olduğunu belirtmiştir (Pifarotti, ve diğerleri, 2014).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların **üriner kateter çıktıktan 6 saat sonra idrara çıkamayan** hastalar ile anüri görülen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=p=0,03). Araştırmaya katılanlardan Üriner kateter çekildikten sonra **disüri veya pelvik tabanda ağrı duyan** hastalar ile anüri görülen grup arasında da istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=14,16; p=<0,001). Araştırmamızda üriner kateter çıktıktan sonra miksiyon durumları sorgulandığında; 6 saat geçmiş halen idrarını yapamayan ve üriner kateter çekildikten sonra disüri veya pelvik tabanda ağrı duyan hastalarda gizli PİR belirtisi olan anüri durumu tespit edilmiştir. En çok pelvik ameliyatlardan sonra görülen PİR tablosunda birden fazla risk faktörü bulunmaktadır, bu durum hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek hastanede kalış sürecini uzatarak maliyeti arttırdığı da bilinmektedir. Bazı hastalar idrar retansiyonunun varlığını anlayamayabilir, özellikle ameliyat sonrası sedasyon almış veya pelvik travma sonucu duyu hasarı ya da his kaybı oluşmuş olabilir. Bu tür hastaları iyi gözlemlemek hayat kurtarıcı olacaktır (Uslu & Yavuz, 2016). Bizim araştırmamızda da araştırmaya katılanlardan **idrar hissini fark edemeyen** hastalar ile anüri görülen grup arasında da istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=120,55; p=<0,001). Hastaların pelvik tabanda ağrı duymaları sempatik sinir sistemi uyarabileceğinden risk faktörü olarak düşünülmeli ve tedavi edilmelidir. Ağrıya bağlı sempatik sinir sistemi uyarımı artarak üriner retansiyona sebep olan iç üretral sfinkterler etkilenir. Bu nedenle ağrıya müdahale yapılması önemlidir (Steggall, Treacy, & Jones, 2013). Onwudiwe ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada ise araştırmamızdan farklı olarak, sezaryen ameliyatı sonrası kateterizasyon yapılmayan grupta 14 (%10,6)kadında postoperatif idrar retansiyonu gözlendi, bu nedenle postoperatif kateterizasyon gerekti; kateterizasyon grubunda ise idrar retansiyonu olgusu görülmedi ve aralarında istatistik anlamlılık tespit edilmiştir (p=<0,001). Araştırmaya katılanların hiçbirinde intraoperatif mesane yaralanması görülmedi. Ayrıca, ameliyat sonrası idrar retansiyonu olan katılımcılar arasında doğum sonrası kanama vakası da gözlenmedi (Onwudiwe, ve diğerleri, 2021).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların **erken mobilize olamayan** hastalar ile anüri görülen grup arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu

görülmüştür (x^2=10,76; p=0,001). Araştırmamızda erken mobilize olamayan hastaların üriner kateteri 8 saat ve üzeri hatta 24 saati aşan mobilizasyon süreleri görülmüştür. Bazen de erken mobilize olan hastaların kendilerinden kaynaklı ağrı sebebi ile hareket etmedikleri gözlendi. Araştırmamızda hastalara, mobilizasyonun kendileri için yararlı olacağı düşüncesini sorguladığımızda %2,1(n=5) hasta hayır, %13,8 (n=33) hasta kararsızım cevabını vermiş olup bu hastaların üriner kateteri 8 saat ve altında çekilmesine rağmen erken mobilizasyonu istemediklerini tespit ettik ve bu hasta grubunun birçoğunda taburculuk sonrasında gizli PİR belirtilerini belirledik. Araştırmamızın genelindeki tüm hastalarda ise erken mobilize olmayanlarda anlamlı olarak gizli PİR belirtileri tespit edilmiştir. Yapılan birçok araştırmada araştırmamıza benzer olarak; erken mobilizasyonun yararlı olduğu, hastanın hastanede kalış süresini kısaltarak maliyeti azalttığını belirtilmiştir (Kamel , Iqbal, Mogallapu, Maas, & Hoffmann, 2003). Mundy ve arkadaşları yaptığı araştırmada erken mobilizasyon sayesinde hastaların hastanede kalış süresinin kısalttığını belirtmişlerdir. Hastanede kalış süresinin; erken mobilizasyon olan grupta 5,8 gün iken erken mobilize olmayan kontrol grubunda 6,9 gün olduğu tespit edilirken aralarındaki anlamlı farkın olduğunu belirtmişlerdir (Mundy, Leet, Darst, Schnitzler, & Dunagan, 2003). Berend ve arkadaşları ise ameliyat sonrası hastalarda erken mobilizasyonun hızlı iyileşme sürecine katkıda bulunduğunu, hastanede kalış sürecinin kısaldığını ve hastaneye yeniden başvuru sürecini azalttığını tespit etmişlerdir (Berend, Lombardi, & Mallory, 2004).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların **kişisel hijyeni sağlamakta zorlanan** hastalar ile anüri görülen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=6,34; p=0,01). Taburculuk sonrasında kişisel hijyenlerini sağlamakta zorlanan kişiler sorgulandığında destek faktörlerinin olmadığı ya da yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Kadının, cerrahi sonrası bakımına ek olarak bebeğinin bakımı eklendiğinden sorumluluğu artmıştır. Can araştırmasında doğum sorası bakımın amaçları içerisinde; annenin ve bebeğin sağlığını korumak ve geliştirmek, kadının bireysel ve sosyal ihtiyaçlarını gidermek için aile ve arkadaş desteğini geliştirmek olduğu belirtilmiştir (Can Ö., 2015). Nakamura ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada bilgi düzeyleri incelenen annelerin; çocuk bakmakta ki yetenekleri ve maternal sağlık bilgisinin maternal memnuniyeti artırarak eş zamanlı konforu da arttırdığını bildirmişlerdir (Nakamura, ve diğerleri, 2015).

3.2.8.4. Sezaryen Olmuş Hastaların Taburculuk Sonrası Oliguri Durumu Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların **idrar yolu hastalıkları öyküsü olan** hastalar ile oliguri görülen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=5,45, p=0,02). Araştırmamızda İYE öyküsü olanların gizli PİR belirtisi olan oliguri durumu tespit edilmiştir. Dinçel ver arkadaşlarının yaptığı araştırmada araştırmamıza benzer olarak, tekrarlayan İYE'si olan kadınların altta yatan anatomik ve nörolojik nedeni saptanamayan ve hastanın öyküsünde idrara çıkma bozukluğu ile ilişkisi bulunmayan hastaların %84'ünde ürodinamik patoloji oranının, ürodinamikte saptanan oranlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu verilere paralel olarak, aynı araştırmada idrara çıkma bozukluğu olan hastalarda ve ikinci olarak aşırı aktif mesanesi olan hastalarda en yüksek İYE oranı bulundu (p <0,05) (Dinçel, K. Bulut, Biçer, & Mir, 2013). Hoebe ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada ise idrara çıkma bozukluğu tanısı alan hastalarda en yüksek oran İYE oranı bulundu (Hoebeke, ve diğerleri, 2001). İdrar yolu enfeksiyonunun diğer bir nedeni, idrara çıkma bozukluğu tanısı olan hastalarda rezidüel idrardır. Başarılı bir şekilde tedavi edilmeyen hastalarda artmış mesane basıncı tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonunun en sık nedenidir (Dinçel, K. Bulut, Biçer, & Mir, 2013).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların **üriner kateterin 8 saat ve daha sonra çıkarılan** hastalar ile oliguri görülen grup arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=6,94; p=0,008). Araştırmamızdaki **disüri veya pelvik tabanda ağrı duyan** hastalar ile oliguri görülen grup arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=10,63; p=0,002). Araştırmamızda üriner kateteri 8 saat ve daha üzerinde çekilen hastalarda taburculuk sonrası gizli PİR tespit edilmiştir. Yine araştırmamızda üriner kateteri özellikle geç çekilen hastalarda üriner kateterin üretra da hassasiyete sebep olması nedeniyle disüri ve pelvik tabanda ağrı gözlemledik. Aynı zamanda araştırmamızdaki kadınlardan disüri ve pelvik tabanda ağrı görülenlerde de taburculuk sonrası gizli PİR tespit edilmiştir. Geleneksel olarak üriner kateterizasyon; sezaryen ameliyatı sırasında alt uterus segmentinin mesanenin baskısına maruz kalmasını önlemek ve idrar kesesi yaralanmalarının önüne geçmek ve postoperatif idrar retansiyonunu önlemek için yaygın olarak kullanılır. Bununla birlikte, kateterizasyon idrar yolu enfeksiyonlarının, postoperatif rahatsızlığın ve ağrının ana nedeni olarak gösterilmiştir. İdrar kateterizasyonuna bağlı ağrı algısının refleks üretral

spazmlar geliştirerek idrar retansiyonuna neden olabileceği varsayılabilir (Yıp, Sahota, Pang, & Chang, 2004; Yıp, Brıeger, Hın, & Chung, 1997; Cavkaytar, ve diğerleri, 2015). Cavkaytar ve arkadaşlarının yaptığı araştırma da araştırmamıza benzer olarak, kateter çekildikten sonra idrara çıkarken ağrı duyan kişilerde PİR riski yüksek bulunmuştur (p=0,001).

Onwudiwe ve arkadaşlarının araştırmasında araştırmamızdan farklı olarak, kateterizasyon yapılmayan grupta %10,6 idrar retansiyonu insidansı olduğunu ve Pakistan'dan yapılan ilgili bir araştırmada bildirilen %13,3 idrar retansiyonu ile benzer sonuç aldığını belirtti fakat daha sonraki bir araştırmalarında ise, benzer bir grupta idrar retansiyonunun gözlenmediğini ve bu araştırmanın aksine kateterizasyon grubunda %3,3 idrar retansiyonu insidansı da gözlemlediklerini bildirmişlerdir (Onwudiwe, ve diğerleri, 2021).

Ghoreishi ve arkadaşlarının araştırmasında kateterizasyon grubunun bulguları da İran'dan yapılan ilgili bir araştırmanın sonuçlarıyla uyumludur (Ghoreishi, 2003). Beaumont ve Tarney'in Pakistan araştırmasında, sezaryen sonrası idrar retansiyonunu ve komplikasyonlarını önlemek için postoperatif void inceleme protokolünün geliştirilmesi ve uyumu teşvik edilmesini önermektedir (Beaumont, 2019; Tarney, 2013)

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların **idrar hissini fark edemeyen** hastalar ile oliguri görülen grup arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=89,06; p=<0,001). Araştırmamızda ameliyat sonrasında tuvalete gitme durumları sorgulandığında kadınların idrarlarını hissedemedikleri için tuvalete gitmek istemediklerini belirtmiş ve bu grup hastada taburculuk sonra gizli PİR belirtileri şeklinde taburculuk sonrasında da hastanede başlayan sorunlar taburculuk sonrası da devam etmiştir.

Bu hastaların idrar hisleri olmadıkları için tuvalet ihtiyacının da farkına varamamaktadırlar. Carley ve arkadaşları yaptıkları araştırmada; %45 PİR olgusunun 48 saat içerisinde, %29,4 PİR olgunun 72 saat içerisinde ve %25,5 PİR olgusnun bu süre içerisinde düzelmediğini göstermişler ve ayrıca alışmalarında en dirençli olgunun 45 günde gerilediğini belirtmişlerdir (Carley, ve diğerleri, 2002).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların **erken mobilize olamayan** hastalar ile oliguri görülen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (x^2=5,52; p=0,01). Araştırmamızda erken mobilize olamayan hastalarda taburculuk

sonrası miksiyon durumları sorgulandığında gizli PİR belirtisi olan oliguri semptomu tespit edilmiştir. Araştırmadaki kadınların erken mobilize olamama nedenleri olarak; hastaya takılan üriner kateterin 8 saat hatta bazı durumlarda 24 saati geçmesi nedeni ile, bir grup kadında ağrılarının çok fazla olması sebebi ile hareket etmek istemeyerek yatmayı tercih etmesinden dolayı mobilizasyon sağlanamamıştır.

Literatür araştırmalarında, özellikle cerrahi sonrasında, bozulan homeostatik dengenin yeniden sağlanmasında, iyileşmenin daha hızlı olmasında ve bağırsak hareketlerinin başlamasında erken mobilizasyonun önemi vurgulanmaktadır. Literatürde, sezaryen olan hastalar için kesin süre belirtilmemekte fakat 4-8 saat arası ve hatta mümkün olan en kısa sürede mobilizasyonun sağlanmasının önemi vurgulanmıştır. Erken mobilizasyonun; abdominal distansiyon, atelektazi ve derin ven trombozunun önlenmesinde, en kısa sürede bağırsak kas tonüsünün ve hareketlerinin kazanılmasında etkilidir. Şahin yaptığı tez araştırmasında erken mobilize olan hastaların taburculuk sürelerinde etkili olduğunu tespit etmiştir ($p<0.05$) (Şahin G., 2013). Mahesh sezaryen ameliyatı olan 100 kadında yaptığı araştırmada; sezaryenden sonra 3. Saatte mobilize ederek önce yatakta biraz oturtarak sonra sadece tuvalete göndermiştir. Bu araştırmasının sonunda; iyileşme sürelerinin kısalmasını, kadının memnuniyetini ve rahatlığının sağlayarak erken taburculuğun erken mobilizasyon ile ilgili olduğunu belirtmiştir (Mahesh, 2009). Lodh ve Bhattacharjee yaptıkları araştırmada sezaryen sonrası hastaları 7. saatte ve 10-12 saatte mobilize etmiş ve bunları karşılaştırmıştır. Erken saatte mobilize olan kadınların daha kısa sürede iyileştiğini ve erken taburcu olduklarını belirtmiştir (Lodh & Bhattacharjee, 2009).

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların **kişisel hijyeni sağlamakta zorlanan** hastalar ile oliguri görülen grup arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür ($x^2=10,01$; $p=0,002$). Araştırmamızda taburculuk sonrası aranan kadınların kişisel hijyenini sağlamakta zorlandığı yani kendi bakımını yapamaması, kendi kendine giyinmekte zorlanması ve banyo yapmak için vakit ve kendinde o gücü bulamaması gibi sorunları yaşayan kadınlarda gizli PİR belirtilerinden oliguri durumu tespit edilmiştir.

Araştırma kapsamına aldığımız kadınların **1,4lt ve altı su tüketen hastalar** ile oliguri görülen grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür

(x^2=6,36; p=0,01). Oliguri kişinin öz bakımını yapamadığından su içmesi ile de alakalı olabilir fakat kişisel hijyeni sağlamakta zorlanan kadınlar da diğer gizli PİR belirtileri de anlamlı düzeyde görülmüştür. Doğum sonu, birçok kadının sosyal, emosyonel, fiziksel olarak değişiklik yaşadığı dönemdir.

Can yaptığı araştırmasında doğum sonu rehberlerin önemini vurgulamış, bu rehberlerin; kadın merkezli ve kadınla iş birliği halinde, kadının kültürüne uygun ev temelli doğum sonu bakımı içermelidir (Can Ö., 2015). Dal ve arkadaşları yaptığı araştırmada cerrahi sonrası taburcu olan hastaların evde sorunlar yaşadığını ve bunlarla baş etmede etkili olamadıklarını belirtmiştir.

Özellikle bu dönemdeki hastaların günlük yaşam aktivitelerini devam ettirebilmeleri için iyileşme döneminde eş, aile ya da başka destek faktörüne ihtiyaç duyduğunu da belirtmiştir (Dal, Bulut, & Demir, 2012). Bizim araştırmamızda da kişisel hijyeni sağlamakta zorlanan hastaların destek faktörü olmayan hastalarda bu sorunun daha fazla olduğunu tespit ettik.

3.2.9. Taburculuk Sonrası Çoklu Parametreleri arasında İlişki Değerlendirilmesi için Logistik Regresyon Test Bulguların Tartışılması

Sezaryen ameliyatı olmuş hastaların taburculuk sonrası çoklu parametreleri arasında ilişki değerlendirilmesi için logistik regresyon uygulanmıştır. Taburculuk sonrası görülen PİR semptomları yapılan regresyon modeli ile;

- Model (**Nagelkerke R Square=0,286)** %28,6 oranında taburculuk sonrası dönemde görülen oliguri semptomu ile açıklamaktadır. Odds Ratiolar değerlendirildiğinde oliguri semptomu, sezaryen sonrası dönemde **kişisel hijyen eksikliğinin olması** ile 9,267 kat (95% CI 1,187-72,317) arttırmaktadır (Tablo-19).
- Model (**Nagelkerke R Square=0,636)** %63,6 oranında taburculuk sonrası dönemde anüri durumunu açıklamaktadır. Odds Ratiolar değerlendirildiğinde taburculuk sonrasında anüri durumunu, **sezaryen ameliyatı sonrasında erken dönemde idrar hissedememe** semptomu olanlarda 94,898 kat (95% CI 29,752-302,688) arttırmaktadır (Tablo-21).

- PİR tablosunun en belirgin şikâyeti olan idrara çıkma hissinin yok olmasını açıklamak için çalışılan Modelde (**Nagelkerke R Square=0,071)** %7,1 oranında görülmüştür. Odds Ratiolar değerlendirildiğinde taburculuk sonrası idrara çıkma hissinin yok olmasını, **sezaryen ameliyatı sonrası aşırı kanama sonrası fundus masajı ile müdehale yapılması** ile 3,488 kat (95% CI 1,344-9,051) arttığı değerlendirilmiştir (Tablo-23).

Hemen doğum sonrası dönemde miksiyon zorluğu ve idrar retansiyonu sık görülen bir olgudur. Geniş klinik önemine rağmen, bu sıklıkla atlanılan bir durumdur.

Araştırmamızda düşünülen PİR; sezaryen öncesi takılan üriner kateterinin çıkarılmasından sonra 6 saat geçmesine rağmen idrar yapamama durumu açık PİR; taburculuk sonrası idrara çıkma hissinin yok olması, anüri, oliguri, disüri durumları gizli PİR olarak alınmıştır.

Araştırmamıza benzer, Mohr ve arkadaşları araştırmasında; PİR tablosunun geçici olduğu düşünüldüğünden rezidüel idrar miktarı rutinde bakılmadığını fakat gizli PİR durumunun yapılan birçok araştırmada sık karşılaşılan bir sorun olduğu savunmuştur (Mohr, ve diğerleri, 2022). Literatürde yapılan araştırmalara göre, risk faktörleri göz önünde bulundurularak daha çok araştırmalar yapmak ve risk faktörleri yüksek olan hastaların rutin rezidüel idrar miktarının bakılması uzun süreli miksiyon disfonksiyonu problemlerini önlemede faydalı olabileceğini göstermektedir (Mohr, ve diğerleri, 2022; Swathi & Samant Y., 2020).

Araştırmamızda çeşitli risk faktörleri bir arada modellendiğinde, sezaryen ameliyatı sonrası üriner kateter çekildikten sonra tuvalete gitme durumları sorgulanan hastaların idrarlarını hissedemedikleri için idrar yapamayan grubun taburculuk sonrasında da gizli PİR belirtisi olan anüri durumunun devam ettiğini, sezaryen ameliyatı sonrası uterusun aşırı kanaması sonucu uterusa baskı yapılarak masaj yapılan hastalarında taburculuk sonrası gizli PİR belirtisi olan idrar hissinin olmaması durumunun görüldüğünü, taburculuk sonrasında oliguri görülen kadınların taburculuk sonrasında kişisel hijyenini sağlamakta zorlanan kadınlarda görüldüğünü tespit edilmiştir.

Cavkaytar ve arkadaşları yaptıkları araştırma sonucunda 21 (%15,6) kadında PİR tespit ettiler. Lojistik regresyon modelinde; gebelikte alınan kilo (Odds Ratio =20.8; 95 Confidence Interval=1.8-245.9; p=0.016), doğum ağırlığı >4000 gram olan üzerinde

olması (Odds Ratio =0.1, 95% Confidence Interval=0.0-0.5; p=0.002) sezaryen öncesi verilen doğum indüksiyonu (Odds Ratio =0.2, 95% Confidence Interval =0.0-0.8; p=0.027), idrar kateterinin çekilmesinden sonra ilk miksiyonun ağrılı olması (Odds Ratio =92.9, 95% Confidence Interval =6.6-1299.0; p=0.001) sezaryen sonrası görülen PİR riskinin istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Cavkaytar, ve diğerleri, 2015).

Koyuncu ve arkadaşları vajinal yolla veya sezaryen ile doğum yapan hastaları PİR açısından inceleyerek miksiyon sonrası ultrason ile değerlendirildi. Anne yaşı, gebelikte alınan kilo, doğum şekli, epizyotomi, ilk idrara çıkma zamanı, fetal baş çevresi ve bebek doğum ağırlığı gibi faktörlerin gizli PİR belirtilerine karşı gizli PİR olan veya olmayan hastaların özelliklerini karşılaştırdılar. 450 kadından 67'sine (%17.49) gizli PİR tanısı konularak, fetal kafa çevresini gizli PİR için tek bağımsız risk faktörü olarak ortaya çıkarılmıştır (OR için%95 CI = 1.11-1.127, p = 0.04) (Koyuncu, ve diğerleri, 2021). Polat ve arkadaşları 560 hastanın 124'ünde (%22,1) PİR saptamışlardır.

İdrara çıkma zamanı ve idrara çıkma miktarını risk faktörü olarak belirlemişlerdir. Araştırmalarının diğer araştırmalardan farklı olarak, doğum öncesi takılan üriner kateterin doğum sonunda PİR korelasyonu ortaya koymuşlardır fakat PİR olan ve olmayan hastalar arasında istatiksel anlamlı farklılık bulamamışlardır (Polat, ve diğerleri, 2008).

BÖLÜM 4. SONUÇ

Bu bölümde araştırmanın kimliği ve kurgulanma süreci ve araştırmadan elde edilen sonuçlar özetlenmiş ve ileride yapılacak araştırmalar için önerilere yer verilmiştir.

4.1. Özet

Literatür incelendiğinde PİR konusundaki araştırmaların yetersiz olduğu, bu problemin iyi değerlendirilemediğini ya da sorgulanmadığı anlaşıldığı üzere PİR konusunda daha çok araştırma gerektirdiği düşünülmüştür. Postoperatif idrar retansiyonunun gelişimini azaltmak için ucuz, uygulanması kolay tanısal tedavi stratejileri (örneğin, üriner kateterin sıkıştırılması ve detrusor kas egzersizleri) geliştirilmelidir. Ayrıca annenin lohusalık döneminde kendini daha çok bebeğin bakımına verdiği, kendi ile ilgilenmediği bir dönem olduğundan annenin destek faktörleri artırılmalı.

Hastaya uygulanan anestezi ve cerrahi operasyon doğum sonu mesane üzerine etki ettiği bilinmektedir fakat sezaryenle doğumunun PİR tablosuyla ilişkisi tam olarak ortaya konulamamıştır. Bu araştırmamızdaki amaç; sezaryen doğum sonu PİR i araştırmak, nedenlerini, risk faktörlerini, sezaryen sonrası kadınların kendilerinde olan değişimin farkına varıp tedavi alma durumlarını ve bu soruna hangi obstetrik faktörler etki ediyor belirlemektir. Doğum sonrası idrar retansiyonu düşük prevalansa sahiptir; bu nedenle, bu araştırma hangi hastaların doğum sonrası idrar retansiyonu geliştirme riski altında olabileceğini tahmin etme konusunda daha fazla fikir vermektedir.

Sezaryen olan hastalarda postpartum idrar retansiyonu durumlarının incelenmesi ve PİR tablosunu etkileyen risk faktörlerinin belirlenmesine yönelik yapılacak olan taburculuk öncesi ve sonrası araştırmanın soru formunun doğru ve samimi içten cevaplandığını varsayarak istatistik veriler, karşılaştırmalar belirlenmiştir. Veri toplama süresince sezaryen ameliyatı olan toplam 252 hastaya hastanede yatarken toplamda 56 soru olan soru formunun 45 sorusu hastaneden taburcu olmadan sorulmuştur. Soru formunun kalan 11 sorusu ise, hasta taburcu olduktan 3-4 hafta sonra hastaların araştırmacıya verdiği cep telefonundan ulaşılarak taburculuk sonrasındaki soru formu hastaların verdiği cevaplara göre doldurulmuştur.

Sezaryen ameliyatı öncesi takılan üriner kateterinin çıkarılmasından sonra 6 saat geçmesine rağmen idrar yapamama durumu açık PİR; taburculuk sonrası idrara çıkma hissinin yok olması, anüri, oliguri, disüri durumları gizli PİR olarak belirlenmiştir olup araştırma sonucunda elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

Sonuç olarak mevcut araştırma; sezaryen sonrası görülebilen PİR tablosunun nedenlerini, risk faktörlerini, sezaryen sonrası kadınların kendilerinde olan değişimlerinin farkına varıp tedavi alma durumlarını ve bu yaşanılan sorunların hangi obstetrik faktörlerin etki ettiğini belirlemek açısından ilk araştırma olduğundan bu alanda çalışan araştırmacılara fayda sağlayacağı, yol göstereceği düşünülmektedir.

4.2. Yargı

Bu araştırma örnekleminde yer alan sezaryen ameliyatı olmuş kadınlarda sanılanın aksine PİR sık görülebilen ancak atlanılan bir tablodur. Araştırmamızda da sorunun var olduğu halde, sorunu geçici bir durum olarak düşündükleri tedavi için hastaneye başvurmamış oldukları tespit edilmiştir. Postpartum dönemde değişen hormonal denge ve annelik içgüdüsü ile yenidoğan bebek ile uğraşırken annenin kendisini en çok ihmal ettiği dönemdedir. Bu konu da araştırmaların, bireylerin farkındalığının yanı sıra bu konunun sorgulanmadığı bakım ihtiyacının maksimumda olduğu lohusalık döneminde hemşirelerinde taburculuk eğitiminde yetersiz kaldığı bu araştırmada vurgulanmak istenmiştir.

4.3. Öneriler

Mevcut araştırma elde edilen veriler ışığında; sezaryen sonrası görülebilen PİR tablosunun nedenlerini, risk faktörlerini, sezaryen sonrası kadınların kendilerinde olan değişimlerinin farkına varıp tedavi alma durumlarını ve bu yaşanılan sorunların hangi obstetrik faktörlerin etki ettiğini belirlemek açısından ilk araştırma olduğundan bu alanda çalışan araştırmacılara fayda sağlayacağı, yol göstereceği düşünülmektedir.

Yapılacak benzer araştırmalarda; postoperatif dönemde bu durumu teşhis etmek ve bu konuyu açıklığa kavuşturmak için daha fazla katılımcı ile daha fazla araştırmaya ihtiyaç olup örneklem büyüklüğü genişletilir ise literatüre daha fazla katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte tesadüfi örneklem yöntemleri kullanılarak, ameliyat olan hastanın taburculuk sonrası 3-4 haftadan daha uzun süreli zaman diliminde görülen

PİR'in halen devam etme durumu sorgulanarak elde edilen sonuçlarla araştırmalar yapılabilir.

İleride yapılması planlanan benzer araştırmalarda, objektif ölçek verilerinden alınan verilerle beraber hastanın gizli PİR belirtilerini kanıta dayalı olarak uygulamalar yapmak araştırmanın güvenilirliğini artıracaktır. Bundan hareketle, mevcut araştırmamızda ameliyattan 3-4 hafta sonra araştırmacı tarafından aranan annelerin miksiyon problemleri tespit edilerek gizli PİR belirti-bulgularını taşıdığı tespit edilmiştir.

Araştırmadaki kadınların yaşları benzer oluşu, bu nedenle PİR'i tespit etmek için farklı yaştaki yeterli sayıda hastanın olmayışı bir sınırlılık olarak değerlendirilmiştir. Gizli PİR'in uzun vadeli etkileri uzun vadeli prospektif araştırmalarla incelenmelidir. Ayrıca obstetrik risk faktörlerinin belirlenmesi ile risk altındaki kadınlar belirlenerek idrar retansiyonu önlenebilir ve risk altındaki kadına zamanında önleyici tedbirler veya tedaviler verilebilir. Gizli PİR'in erken tespiti için hemşirelik bakımında ve rutin doğum sonrası kontrollerde sorgulanması ve PİR taramalarının yapılması önerilmektedir.

Doğum yapmış hastalarda idrar retansiyonu gelişebileceği farkındalığını hemşirelerde arttırmak çok önemli ve hayati bir husustur. Hemşireler PİR'in risk faktörlerini, belirti bulgularını çok iyi bilmelidir. PİR tespit edilmez, kadınlar tedavi edilmezse mesanenin aşırı gerilmesine bağlı mesane yaralanmaları gibi olumsuz uzun vadeli etkilere yani mesanede ve böbreklerde geri dönüşü olmayan hasara yol açabilir. PİR'in aslında yaygın bir sorun olduğunu araştırmamızdaki bulgular da göstermektedir.

Kadın doğum servislerinde çalışan hemşireler, sezaryen ameliyatı sonrası PİR'in risklerini öngörmede ve erken tanılanmasında önemli rol almaktadırlar. Sezaryen ile doğum yapan anneler hem postoperatif hem de postpartum süreçte olduğundan kendini en çok ihmal ettiği dönemdedir. Bu süreçte hemşirelik desteği çok önemli olup anneye destek vermeli ve annenin kendilik farkındalığını artırmalıdır. Etkin verilen hemşirelik bakımı ve eğitimi ile PİR erken dönemde fark edilebilir.

Bu nedenle her obstetrik servislerin, PİR gibi komplikasyonların önlenmesi ve yönetimi için bir protokolü olmalı ve bireyler holistik bakımda ele alınarak preoperatif, postoperatif dönemde mesane bakım uygulamaları konusunda hastaya daha detaylı bakım ve taburculuk eğitimleri verilmelidir.

Cerrahi Hemşirelerin hastalarına verebileceği eğitimlerin kapsamı şu şekilde olmalıdır;

- Mesane egzersizleri öğretilmelidir. Kateter çekilmeden de hemşire mesane kapasitesinin arttırılması için klempleme yapmalı ve aşamalı olarak mesaneyi kateter çıkarılmadan mesanenin hazırlanması gereği bireylere anlatılmalıdır.
- Miksiyon problemleri ve semptomlarının neler olduğu anlatılmalıdır.
- Üriner kateter çekildikten ve erken mobilizasyon sağlandıktan sonra idrarlarını tutmamaları gerektiği anlatılmalıdır.
- İdrar hissinde problem olduğunda yardım istemesi anlatılmalıdır. His kaybı durumunda soğuk ve sıcak uygulamalar öğretilerek travmaya bağlı ödemin çözülmesi hızlandırılabilir.
- Tüm kadınlara taburculuk eğitiminde iyi mesane sağlığı ve miksiyon uygulamaları anlatılmalıdır.
- Taburculuk sonrası günlük tüketecekleri sıvı yönetimi anlatılmalıdır.
- Taburculuk sonrası görülebilecek miksiyon problemlerinin neler olduğu anlatılmalı ve bu problemlerin varlığında da en kısa zamanda hastaneye başvurmasının gerekliliği anlatılmalıdır.
- Eğer hasta ihtiyaç duyuyorsa taburcu olmadan önce iyi miksiyon teknikleri ve doğru dışkılama dinamikleri hakkında daha detaylı eğitimler verilmelidir.
- Taburculuk öncesi devam eden miksiyon bozukluğu olan hastaların ise mutlaka ürolog/ürojinekoloğa yönlendirilmesi gerekmektedir.

Sonuç olarak gizli PİR, kalıcı miksiyon işlev bozukluğuna yol açabilecek nispeten yaygın bir sorundur. Risk faktörleri belirlenerek mesane disfonksiyonu önlenebileceğinden PİR'in rutin doğum sonrası taramasında kullanılması önerilebilmektedir. Bu yaklaşımı desteklemek ve gizli PİR'in risk faktörlerini ve uzun vadeli etkilerini açıklığa kavuşturmak için gelecekteki ileriye dönük araştırmalara ihtiyaç vardır.

EK'LER

1. Ek-1. Etik Kurul Kararı

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

2. Ek-2. Kurum İzni

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge” ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

3. Ek-3. İl Sağlık Müdürlüğü İzni

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

4. Ek-4. Bilgilendirilmiş Onam Formu

maltepe üniversitesi	**BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**	Doküman No	**FR-088**
		İlk Yayın Tarihi	**20.12.2017**
		Revizyon Tarihi	
		Revizyon No	
		Sayfa	**2/2**

../../20.
.

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

1. Sizi **Elif Balkan** tarafından yürütülen "**Sezaryen Sonrası Postpartum İdrar Retansiyonu**" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu araştırmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Araştırmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda araştırmadan **çıkma** hakkına sahipsiniz. **Araştırmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Araştırmanın Amacı: Sezaryen sonrası postpartum idrar retansiyonu (doğum sonu miksiyonda zorluk veya yapamama) arasındaki ilişkinin, nedenlerinin belirlemesidir.

Araştırmanın İçeriği: Sezaryen olmuş hastalar da idrar yapamama problemleri gözleniyor, sebepleri neler, Doğum sonrasında anneler bu durumun ne kadar farkında, tedavi alınıyor mu yoksa tedavi almadan mı düzeliyor gibi problemleri içeriyor.

Araştırmanın Nedeni: Tez araştırması

2. Araştırmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen araştırmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Araştırma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, araştırmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu araştırmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

İmzası:

Not: *Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.*

5. Ek-5. Araştırmacı Soru Formu

"Sezaryen Operasyonu Sonrası Postpartum İdrar Retansiyonu ve Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi"

Bu tez araştırması sezaryen operasyonu sonrası gelişen postpartum idrar retansiyon gelişimini ve etkileyen risk faktörlerini değerlendirmek amacı ile planlanmıştır. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz için ayrıntılı bilgiler aşağıda verilmiştir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bana iletişim numarası veya e-posta ile sorularınızı iletebilirsiniz.

Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda araştırmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Araştırmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmamanız önemlidir. Bu formlardan elde edilecek kişisel veriler ve bilgiler tamamen araştırma amacı ile analizlerde kullanılacaktır, kişisel bilgileriniz hiçbir kurum ve kuruluşla paylaşılmayacaktır.

Maltepe Üniversitesi Disiplinler Arası Hemşirelik Anabilim Dalı
Cerrahi Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı

Adı Soyadı: Elif BALKAN
Öğrenci No: 191502203

Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a) Araştırmanın Amacı: Sezaryen sonrası postpartum idrar retansiyonu (doğum sonu miksiyonda zorluk, miksiyon hissinin kaybı veya miksiyon yapamama vb. gibi) ile arasındaki ilişkinin ve bunu etkileyen nedenlerinin belirlemesi amacı ile bu araştırma planlanmıştır.
b) Araştırmanın Niteliği: Yüksek Lisans tez araştırması
c) Verilerin Toplanışı: Hastanede yattığınız süre içerisinde taburcu olasıya kadar ilk değerlendirme araştırmacı hemşire ile yapılacaktır. İkinci değerlendirme telefon yolu ile aynı konudaki soruların tekrar değerlendirmesi yapılacaktır.

* Gerekli

- **Araştırmaya katılmayı onaylıyor musunuz? *** Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) Onaylıyorum
b) Onaylamıyorum

- **Taburculuk sonrası olası problemlerinizi takip etmek ve size yardımcı olmak amaçlı telefon ile size ulaşmak istiyoruz. Adınız-soyadınız, cep ya da ev telefon numaranız nedir?**

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaşınız (Lütfen tam sayı olarak yazınız) *

2. Öğrenim durumunuz nedir? * ***Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.***

a) Okur-yazar değil
b) İlkokul- İlköğretim Mezunu
c) Ortaöğretim Mezunu
d) Üniversite Mezunu
e) Yüksek Lisans ve Üzeri Öğrenim Almakta ya da Mezunu

3. Çalışıyor musunuz? * ***Yalnızca bir şıkkı işaretleyin***.

a) Evet b) Hayır

4. Çalışıyorsanız ne iş yapıyorsunuz? *

5. Sosyal güvenceniz nedir? * ***Yalnızca bir şıkkı işaretleyin***.

a) SSK Genel sağlık sigortası
b) Bağ-kur
c) Yeşil kart
d) Sağlık güvencem yok Yabancı Uyruklu Vatandaş
e) Diğer:

6. Şu an ki ekonomik durumunuzu nasıl algılıyorsunuz? ***Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.***

a) Gelir Giderden az b) Gelir Gidere eşit c) Gelir Giderden fazla

7. Kronik hastalıklarınız nelerdir? ****Uygun olanların tümünü işaretleyin.*

o Hipertaniyon
o Diabet
o Trioid
o Otoimmün Hastalık
o Kanser
o Astım
o Diğer

8. Nerede yaşıyorsunuz? * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) İl Merkezi b) İlçe/Kasaba c) Köy

9. Evde kimlerle birlikte kalıyorsunuz? *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) Eşimle birlikte kalıyorum
b) Eşim ve çocuklarımla beraber kalıyorum
c) Eşim ve eşimin kendi çocukları ile kalıyorum
d) Eşim, çocuklarımla ve eşimin ailesi ile kalıyorum
e) Eşim, çocuklarımla ve kendi ailem ile kalıyorum
f) Yabancı uyruklu diğer ailelerle ortak bir evde kalıyoruz
g) Diğer:

10. Medeni Durumunuz * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) Resmi nikahı var (Evli)
b) Sadece dini nikah ile birliktelik
c) Bekar/ Boşanmış
d) Bekar

11. Evli iseniz kaç yıllık evlisiniz? (Lütfen tam sayı olarak yazınız) *

……..

12. Evlilik yaşınız nedir? (Lütfen tam sayı olarak yazınız) *

……..

13. İlk menarş (ilk adet görme) yaşınız nedir? (Lütfen tam sayı olarak yazınız) *

……..

14. İlk gebelik yaşınız nedir? (Lütfen tam sayı olarak yazınız) *…….

15. Kaç gebelik geçirdiniz? (Lütfen karşılarına tam sayı olarak yazınız) *

……..

16. Canlı doğum sezaryen sayınız nedir? (Lütfen karşılarına tam sayı olarak yazınız) *……..

17. Canlı vajinal doğum sayınız nedir? (Lütfen karşılarına tam sayı olarak yazınız) *……..

18. Ölü doğum sayınız nedir? (Lütfen karşılarına tam sayı olarak yazınız) *……

19. Düşük sayınız nedir? (Lütfen karşılarına tam sayı olarak yazınız) *……..

20. Kürtaj sayınız nedir? (Lütfen karşılarına tam sayı olarak yazınız) *……

21. Daha önceki doğumlarınızda doğum yapma şekliniz ve yapılan müdahaleler nelerdi? * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) Vajinal doğum+ Epizyotomi
b) Vajinal doğum + Epizyotomi+ Forseps
c) Vajinal doğum + Epizyotomi + Vakum
d) Sezaryen ile doğum

22. Kaçıncı gebelik haftanızda doğum yaptınız? *…….

23. Gebelikte kaç kilo aldınız? *……..

24. Akraba evliliğiniz mevcut mu? *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) Evet
b) Hayır

25. Bu gebeliği istiyor muydunuz? *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) Evet
b) Hayır
c) Diğer

26. Sezaryen ameliyatı sonrası size evde bakıma katkı sağlayacak kişiler kimlerdir? * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) Kayınvalide
b) Eş
c) Abla
d) Yardım edecek kimse yok
e) Yardımcı kadın tutacağız
f) Diğer:

27. Sigara içiyor musunuz? *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) Evet b) Hayır c) Bazen

28. Daha önce vajinal enfeksiyon (akıntı, kaşıntı) geçirdiniz mi? * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) Evet b) Hayır

29. Sürekli kullandığınız ilaç var mı? varsa nelerdir? * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) Tiroid İlacı
b) Diabet İlacı
c) Hipertansiyon İlacı
d) Epilepsi İlaçları kullanıyorum
e) İlaç kullanmıyorum
f) Diğer:

30. Doğumunuz için neden ameliyat ile tercih edildi? *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) Gecikmiş veya gerçekleşmemiş vajinal doğum
b) Fetal distres
c) Mekonyum
d) Bebeğin doğum için ters pozisyonda olması (makat geliş)
e) Gebenin daha önceden sezaryen olmuş olması
f) Kendim sezaryen ile doğum yapmayı tercih ettim
g) Eklemsi/ Preeklemsi hastasıyım
h) Plesanta yerleşim problemi
i) Kalp yetmezliği
j) Diyabetizm nedeniyle iri bebek beklenmesi

31. Bebeğin Doğum Kilosu nedir? (Gram cinsinden yazınız Örn:3850 gr) *……..

32. Bu son yaptığınız doğumda, doğum sonu aşırı kanama veya uterus atonisi durumu oldu mu? *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) Evet b) Hayır

33. Bu son yaptığınız doğumda, doğum sonu aşırı kanama veya uterus atonisi yaşadıysanız ne yapıldı/nasıl müdehale yapıldı? * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) Fundus masajı yapıldı
b) Ameliyatla içerde kalan parçaya müdehale yapıldı
c) Histerektomi yapıldı (Anne rahmi alındı)

34. Uygulanan anestezinin türü nedir? *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) Genel b) Spinal c) Epidural

35. Ameliyat sonrasında narkotik veya diğer ağrı kesiciler kullanıldı mı? * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) Evet
b) Hayır
c) Bilmiyorum, farkında değilim

36. Ağrı kesiciler kullanıldı ise ne kullanıldı? *……..

37. Yapılan ağrı kesici kaçıncı saatte yapıldı? *……

38. Ameliyat sonrası üriner kateteriniz ne zaman çıkarıldı? *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) Ameliyattan 4-8 saat sonra
b) Ameliyattan 8-12 saat sonra
c) Ameliyattan 12-24 saat sonra

39. Doğum sonu üriner kateter çıktıktan 6 saat sonra idrara çıkabildiniz mi? *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) Evet
b) Hayır
c) Bilmiyorum, farkında değilim

40. Disüri ve pelvik tabanda ağrı duydunuz mu? *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) Evet
b) Hayır
c) Bilmiyorum, farkında değilim

41. Daha önce geçirilmiş idrar yollarına ait hastalığınız mevcut mu? *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) Bildiğim bir problemim yok
b) İdrar inkontinansı (idrar kaçırma) problemim var
c) Mesane Prolapsus (sarkma) problemim var
d) Sık sık idrar yolu enfeksiyonu geçiririm
e) Cinsel yolla bulaşan hastalık geçirdim

42. İdrar yolu enfeksiyonu geçirdiyseniz hastalığa ait tedavi aldınız mı? *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) Evet, aldım ve düzenli ilaçlarımı içtim
b) Evet, düzenli içmedim ve bıraktım
c) Hayır, önemsemedim ve geçeceğini düşündüm

43. Sezaryen ameliyatı sonrası ağrı sebebi ile tuvalete gitmek istemediğiniz oldu mu? *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) Evet, mümkün oldukça idrarımı tuttum
b) Bazen, biraz idrarımı tuttum
c) Hayır, geldiğinde hemen tuvalete gittim
d) İdrar hissimi fark etmedi

44. Ameliyat sonrasında hareket beceriniz nasıldı? *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) Sık sık yataktan kalkıp yürüdüm
b) Hiç kalkamadım, çok ağrım vardı yatmayı tercih ettim
c) Kalkmak istedim fakat kalkamayınca hareket etmek için zorlamadım kendimi

45. Sezaryen ameliyatı sonrası erken dönemde mobilizasyonun, hareket etmenin yararlı olacağını düşünüyorum *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) Evet
b) Hayır
c) Kararsızım

TABURCULUK SONRASI HASTA FARKINDALIK DÜZEYİ ve RİSK FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Bu bölüm hastalar taburcu olduktan 3- 4 hafta sonra telefon ile aranarak doldurulacak ya da kişiye gönderilerek birey tarafından doldurulması istenecektir.)

46. Taburculuk sonrası evde kişisel hijyenimi sağlamakta (banyo yapmak, kıyafetimi değiştirmek gibi) zorlanıyorum * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) Evet
b) Hayır
c) Bazen

47. Günde ne kadar su içiyorsunuz? (Lütfen tam sayı olarak yazınız) *……

48. Evde olduğunuz süre içinde idrar kaçırma problemi yaşadınız mı? * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) Evet
b) Hayır
c) Bazen

49. İdrar hissini hissedemediğiniz bir durum oldu mu? Ne kadar sürdü? *……

50. Miksiyon sıklığınız nedir? *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) Günde 1 kere anca çıkıyorum
b) Günde 3- 5 defa çıkarım
c) Günde 5-10 defa çıkarım
d) İdrarım geldiğini hiç anlamıyorum, çok zor idrara çıkıyorum

51. Miksiyon sırasında problem yaşadınız mı? *Uygun olanların tümünü işaretleyin.

a) Kesik kesik çok zor yapıyorum
b) Gün boyunca idrarım çok az gelir
c) İdrar gelse de idrarımı yapamıyorum
d) İdrara çıkma hissim yok oldu
e) İdrarımı yapmakta bir problem yaşamıyorum

52. Ameliyat sonrasında doktor kontrolünde boşaltım problemleriniz hakkında değerlendirildiniz mi? * Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) Evet
b) Hayır
c) Bahsetmeyi unuttum

53. Bebek bakımından dolayı kendinize yeterince vakit ayırıyor musunuz? *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) Evet
b) Hayır
c) Bazen

54. 'Bebeğimin bakımı benim problemlerimden önce gelir' şeklinde düşünür müsünüz? *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) Evet
b) Hayır
c) Bazen

55. Bebeğinizle ilgilendiğiniz için kendinizi ihmal ettiğinizi düşünüyor musunuz? *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) Evet
b) Hayır
c) Bazen

56. Evde olduğunuz süre içinde ameliyat yerinizde ağrı, kızarıklık, şişlik oldu mu? *Yalnızca bir şıkkı işaretleyin.

a) Evet,bu sebeple doktora giderek tedavi aldım
b) Evet,bu sebeple hastaneye gelemedim kendiliğinden geçmesini bekledim
c) Hayır, hiçbir problem yaşamadım

KAYNAKÇA

Ain , K., Shetty, N., & K , S. (2021). Postpartum Urinary Retention And İts Associated Obstetric Risk Factors Among Women Undergoing Vaginal Delivery İn Tertiary Care Hospital. *J Gynecol Obstet Hum Reprod, 50*(2), 101837. Doi:10.1016/J.Jogoh.2020.101837.

Akdeniz, F., Aslan, B., Bozkurt, H. İ., Yonguç, T., Hacıhasanoğlu, M. L., Tarhan, H., & Minareci, S. (2013). Kadınlarda Nadir Bir Üriner Retansiyon Nedeni: Fowler Sendromu. *Tepecik Eğit Hast Dergisi, 23*(3), 151-153.

Aksoy, G., Kanan, N., & Akyolcu, N. (2017). *Cerrahi Hemşireliği 1* (2. B.). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.

Altuntuğ, K., & Ege, E. (2012). Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik Ve Güvenilirliği. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 15*(3), 214-222.

Andolf, E., Iosif, C., Jörgensen, C., & Rydhström, H. (1994). *Gynecol Obstet Invest, 38*(1), 51-53.

Anglim, B., Sandwith, E., & Brennand, A. (2021). Postoperative Urinary Retention After Pelvic Organ Prolapse Surgery: İnfuence Of Peri-Operative Factors And Trial Of Void Protocol. *Bmc Women's Health, 21*, 195. Https://Doi.Org/10.1186/S12905-021-01330-4 Adresinden Alındı. Erişim Tarihi:01.05.2021.

Arıcı, T., Mızrak A., A., Can, S., & Göksu, S. (2020). Spinal Anestezi Uygulanan Hastalarda Gabapentin Ve Pregabelin İle Yapılan Premedikasyonların Postoperatif Analjezik İhtiyacı, İdrar Retansiyonu Ve Bulantı, Kusma Üzerine Olan Etkilerinin Karşılaştırılması. *Van Tıp Dergisi, 27*(4), 446-452.

Aydın, Z. (2014). *Ameliyat Sonrası Dönemde Hastaların Bakımını Değerlendirmeleri.* Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.

Bağcı, S., & Altuntuğ, K. (2016). Problems Experienced By Mothers İn Postpartum Period And Their Associations With Quality Of Life. *Journal Of Human Sciences, 13*(2), 3266-3279. Doi:10.14687/Jhs.V13i2.3884.

Baldini, G., Bagry, H., Aprikian, A., Carli, F., & Phil, M. (2009). Postoperative Urinary Retention. *Anesthetic And Perioperative Considerations. Anesthesiology, 110*(5), 1139-1157.

Balkaya A., N., Vural, G., & Eroğlu, K. (2014). Gebelikte Belirlenen Risk Faktörlerinin Anne Ve Bebek Sağlığı Açısından Ortaya Çıkardığı Sorunların İncelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 4*(1), 6-16.

Barai, D., & Vahitha, S. (2019). Effectiveness Of Early Ambulation On Post-Operative Recovery Among Primiparous Post Cesarean Mothers A Randomized Control Trial. *Int J Sci Res., 8*(9), 3-6.

Barba , M., Frigerio, M., Manodoro, S., Bernasconi, D. P., Cola, A., Palmieri, S., . . . Vergani, P. (2020). Postpartum Urinary Retention: Ablosute Risk Prediction Model. *İnternational Journal Of Urology*. Doi:10.1111/Luts.12362.

Baykara, M. (2008). *Ürogenital Organların Anatomik Ve Histolojik Yapısı- Mesan: Temel Üroloji* (3 B.). (K. Anafarta, Y. Bedük, & N. Arıkan , Dü) Ankara: Güneş Kitapevi.

Bayrak, Ö. (2016). *İşeme Fizyolojisi.* 02 1, 2022 Tarihinde Türk Üroloji Yeterlilik Kurulu: Https://Www.Uroturk.Org.Tr/Urolojidata/Uploads/Files/Iseme_Fızyolojısı_1_Sertifikasyon.Pdf Adresinden Alındı.Erişim Tarihi: 01.02.2022.

Beaumont, T. (2019). Prevalence And Outcome Of Postpartum Urinary Retention At An Australian Hospital. *Midwifery, 70*, 92-99.

Beji K., N., Çelebi , E. Z., & Avcı, N. (2021). Doğum Ve Pelvik Taban Disfonksiyonu. *Stanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 84*(2), 269-274.

Beji K., N., Satır, G., & Çayır, G. (2020). Effect Of Pregnancy Process On Urinary System And Pelvic Floor And Nursing Approach. *Bezmialem Science, 8*(2), 206-211. Doi:10.14235/Bas.Galenos.2019.3576.

Berend, K., Lombardi, A., & Mallory, T. (2004). Rapid Recovery Protocol For Peri-Operative Care Of Total Hip And Total Knee Arthroplasty Patients. *Surg Technol Int, 13*, 239-247.

Beşen A., M., & Rathfısch, G. (2019). Doğumda Perineal Travma Ve Onarımı: Kanıt Temelli Yaklaşımlar. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4*(3), 1-11.

Bilgin Ç., N., & Potur C., D. (2010). Doğum Sonu Dönem Kanıt Temelli Yaklaşımlar Ve Hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi, 3*(3), 81-87.

Birgili, F. (2020). Doğum Yapan Kadınların Doğum Sonu Konforu Ve Etkileyen Faktörler. *Journal Of Anatolia Nursing And Health Sciences, 23*(3), 351-360.

Birlikbaş, S., & Bölükbaş, N. (2019). Eras Rehberleri Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme Protokolleri. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Araştırmaları Dergisi, 2*(3), 194-205.

Biurrun, G. P., Ganzalez D., E., Fernandez F., C., & Fernandez C., A. (2020). Post Partum Urinary Retention And Related Risk Factors. *Female Urology, 143*, 97-102. Doi:10.1016/J.Urology.2020.03.061 0090-4295.

Board, C. D. (Dü.). (2021). *Intrapartum And Postnatal Bladder Care.* 20 12, 2021 Tarihinde Women's Health Servıce Christchurch Women's Hospital Maternity Guideline: Http://Edu.Cdhb.Health.Nz/Hospitals-Services/Health-Professionals/Maternity-Care-Guidelines/Documents/Glm0038-Bladder-Care-Intrapartum-And-Postnatal-232105.Pdf Adresinden Alındı. Erişim Tarihi: 20.12.2021.

Burchanan, J., & Bekmann, M. (2014). Postpartum Voiding Dysfunction: İndentifying The Risk Factors. *Australian & New Zelland Journal Of Obstetrics & Gynaecology, 1*(54), 41-45.

Burgess, C. L., & Wainwright, W. T. (2019). What Is The Evidence For Early Mobilisation İn Elective Spine Surgery? A Narrative Review. *Healthcare, 7*(92). Http://Dx.Doi.Org/10.3390/Healthcare7030092 Adresinden Alındı. Erişim Tarihi: 05.02.2021.

Can Ö., H. (2015). Doğum Sonrası Bakım Rehberlerinin Kanıt Temelli Araştırmalarda Gözden Geçirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitütü Dergisi, 5*(2), 40-47.

Cardoso, M. S., Valente, M. F., & Rodrigues , T. (2021). The Effect Of Epidural Analgesia On Postpartum Urinary İncontinence: A Systematic Review. *International Urogynecology Journal*. Https://Doi.Org/10.1007/S00192-021-04988-4 Adresinden Alındı. Erişim Tarihi: 02.01.2021.

Carley, M. E., Carley, J. M., Vasdev, G., Lesnick, T. G., Webb, M. J., Ramin, K. D., & Lee, R. A. (2002). Factors That Are Associated With Clinically Overt Postpartum Urinary Retention After Vaginal Delivery. *Am J Obstet Gynecol, 187*(2), 430-433.

Cavkaytar, S., Kokanalı, M. K., Güzel, A. İ., Laleli, B., Göktürk, U., Kokanalı, D., & Taşçı, Y. (2015). An İnvestigation Of Potential Risk Factors For Postoperative Urinary Retention Following Ceseraan Section. *Journal Of Turgut Ozal Medical Center, 22*(1), 8-12.

Cengiz, H., Ekin, M., Kaya, C., Dağdeviren, H., Yıldız, Ş., & Yeşil, A. (2014). Sezaryen Sonrası Dirençli Üriner Retansiyon: Olgu Sunumu Ve Litaratürün Gözden Geçirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst, 24*(1), 48-51.

Chai, A.-L., Wong, T., Mak, H.-L., Cheon, C., Yip, S.-K., & Wong, A. (2008). Prevalence And Associated Risk Factors Of Retention Of Urine After Caesarean Section. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 19*(4), 537-542. Doi:10.1007/S00192-007-0470-1.

Chaliha, C. (2006). Postpartum Bladder Dysfunction. *Reviews İn Gynaecological And Perinatal Practice 6*, 133-139. Doi:10.1016/J.Rigapp.2006.05.007.

Cheng, C. Y., & Li, Q. (2008). Integrative Review Of Research On General Health Status And Prevalence Of Common Physical Health Conditions Of Women After Childbirth. *Womens Health Issues, 18*(4), 267-280. Doi:10.1016/J.Whi.2008.02.004.

Coleman, E. A., & Berenson, R. A. (2004). *Annals Of Internal Medicine, 141*(7), 533-536. Https://Doi.Org/10.7326/0003-4819-141-7-200410050-00009 Adresinden Alındı. Erişim Tarihi: 06.03.2021.

Coşkun, A. M., & Arsel , S. (2012). *Doğum Sonu Dönem. Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı* (1 B.). İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.

Coşkun, H., & Akbayrak, N. (2001). Hastaların Kliniklere Kabul Ve Taburculuklarında Hemşirelik Yaklaşımlarının Belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5*(2), 63-68.

Çelik B., D., & Beji K., N. (2012). Pelvik Taban Fonksiyon Bozuklukları Ve Yaşam Kalitesi. *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi, 20*(1), 69-79.

Dahl, J., Jeppesen, I., Jorgensen, H., Wetterslev, J., & Moiniche, S. (1999). Intraoperative And Postoperative Analgesic Efficacy And Adverse Effects Of İntrathecal Opioids İn Patients Undergoing Cesarean Section With Spinal Anesthesia: A Qualitative And Quantitative Systematic Review Of Randomized Controlled Trials. *Anesthesiology, 91*(6), 1919-1927. Doi:10.1097/00000542-199912000-00045.

Dal, Ü., Bulut, H., & Demir, S. G. (2012). Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar. *Bakırköy Tıp Dergisi, 8*(1), 34-40. Doi:10.5350/Btdmjb201208106.

Darj, E., & Stalnacke, B. (2000). Very Early Discharge From Hospital After Normal Deliveries. *105*(1), 57-56. Https://Doi.Org/10.1517/03009734000000047 Adresinden Alındı. Erişim Tarihi: 15.01.2021.

Deans, A. (Dü.). (2020). *Guideline For Intrapartum And Postpartum Bladder Care.* 12 20, 2021 Tarihinde Frimley Health Nhs Foundationtrust: Https://Www.Frimleyhealthandcare.Org.Uk/Media/2138/İntrapartum-And-Postpartum-Bladder-Care.Pdf Adresinden Alındı. Erişim Tarihi: 20.12.2021.

Diblasi, S. M. (2013). Journal Of Perianesthesia Nursing. *Planned Cesarean Delivery And Urinary Retention Associated With Spinal Morphine, 23*(3), 128-136.

Dinç, A., Kizilkaya Beji, N., & Yalçın, O. (2009). Effect Of Pelvic Floor Muscle Exercises İn The Treatment Of Urinary İncontinence During Pregnancy And The Postpartum Period. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 20*(10), 1223-1231. Doi:Doi:10.1007/S00192-009-0929-3.

Dinçel, N., K. Bulut, İ., Biçer, H., & Mir, S. (2013). To What Extent Are Bladder Dysfunctions Responsible Of Recurrent Urinary Tract İnfections? *Turk Arch Ped*, 110-116. Doi:Doı: 10.4274/Tpa.1007.

Dolezal P, Zahumensky J, Otapkova P, Papcun P, & Krizko Jr M. (2019). Covert Postpartum Urinary Retention. *Bratisl Med J, 120*(9), 673-675.

Dönmez, S., & Kavlak, O. (2014). Gebelikte Pelvik Taban Kas Egzersizi. *Balikesir Saglik Bilimleri Dergisi, 3*(1), 45-49.

Dube, J., & Kshirsagar, N. (2014). Effect Of Planned Early Recommended Ambulation Technique On Selected Post Caesarean Biophysiological Health Parameters. *J Krishna Inst Medical Sci Univ., 3*(1), 41-48.

Duman B., N. (2012). *Sezaryen İle Doğum Yapmış Kadınlara Yönelik Postpartum Evde Bakım Kılavuzu* (1 B.). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.

Duman B., N., & Karataş, N. (2011). Sezaryen Sonrası Erken Taburcu Olan Kadınlara Verilen Evde Bakım Hizmetinin Anne Sağlığına Ve Öz Bakım Gücüne Etkisi. *Journal Of Health Sciences, 20*(1), 54-67.

Dündar , T., & Gerçek, E. (2020). Hemşirelikte Etkileşim Kuramının Postpartum Dönemde Kullanımı: Bir Olgu Sunumu. *Ege Hfd, 36*(1), 67-72.

Eisenberg, V. H., Sela, L., Weisman, A., & Masharawi, Y. (2021). The Relationship Between Diastasis Rectus Abdominus, Pelvic Floor Trauma And Function İn Primiparous Women Postpartum. *International Urogynecology Journal, 32*, Pages2367–2375 . Https://Doi.Org/10.1007/S00192-020-04619-4 Adresinden Alındı. Erişim Tarihi: 10.01.2022.

Eldh, A. C., Alm J., E., Wretenberg, P., & Nyman H., M. (2021). *Onset Preventıon Of Urinary Retention İn Orthopaedic Nursing And Rehabilitation, Optıon—A Study Protocol For A Randomised Trial By A Multi-Professional Facilitator Team And Their First-Line Managers' İmplementation Strategy.* Implementation Science: Https://Doi.Org/10.1186/S13012-021-01135-X Adresinden Alındı. Erişim Tarihi: 15.01.2022.

Erbaba, H., & Pınar, G. (2016). Primipar Kadınların Perineal Travmaya İlişkin Görüşleri Ve Uygulamaları: Nitel Bir Araştırma. *Obstetrik Ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 13*(3), 89-94.

Erdil, F., & Özhan E., N. (2008). *Cerrahi Hastalıları Hemşireliği* (5 B.). Ankara: Tasarım Ofset.

Fem, M., Schaffelmeer, M., Hakvoort, R., Limpens, J., Mol, B., Van Der Post, J., & Roovers, J. (2012). Risk Factors For Postpartum Urinary Retention: A Systematic Review And Meta-Analysis. *119*(12), 1440–1446.

Gadsden, J., Hart, S., & Santos, A. (2005). Post-Cesarean Delivery Analgesia. *Anesth Analg, 101*(5), 62-69. Doi:10.1213/01.Ane.0000177100.08599.C8.

Ghirca, V., Chibelean, C., Porav Hodade, D., Todea, C., Vida, O., Nechifor, A., . . . Martha, O. (2017). The Role Of Urodynamic İnvestigations İn Diagnosis Of Women's Urinary Retention. *Romanian Journal Of Urology, 16*(4), 25-39.

Ghirca, V., Chibelean, C., Porav Hodade, D., Todea, C., Vida, O., Nechifor, A., . . . Martha, O. (2017). The Role Of Urodynamic İnvestigations İn Diagnosis Of Women's Urinary Retention. *Romanian Journal Of Urology, 16*(4), 25-39.

Ghoreishi, J. (2003). Indwelling Urinary Catheters İn Cesarean Delivery. *International Journal Of Gynecology And Obstetrics, 83*, 267-270. Doi:10.1016/S0020-7292(03)00144-9.

Glavind, K., & Bjørk, J. (2003). Incidence And Treatment Of Urinary Retention Postpartum. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 14*(2), 119-210. Doi:10.1007/S00192-002-1014-3.

Gray, M. (2000). Urinary Retention: Management İn He Acute Care Setting. *Part 2. Am J Nursing, 100*(7), 34-44.

Gray, M. (2021). Urinary Retention Management İn The Acute Care Setting. Part 1. *The American Journal Of Nursing, 100*(7), S. 40-48. Https://Www.Jstor.Org/Stable/3521757 Adresinden Alındı. Erişim Tarihi: 15.01.2022.

Groutz , A., Hadi, E., Wolf, Y., Maslovitz, S., Gold, R., Lessing, J., & Gordon, D. (2004). Early Postpartum Voiding Dysfunction: İncidence And Correlation With Obstetric Parameters. *J Reprod Med, 49*(12), 960-964.

Groutz, A., Gordon, D., Wolman, I., Jaffa, A., Kupferminc, M., & Lessing, J. (2002). Postpartum Urinary Retention: Assessment Of Contributing Factors And Long-Term Clinical İmpact. *Aust N Z J Obstet Gynaecol, 42*(4), 365-368.

Gustafsson, U. O., Scott, M. J., Hubner, M., Nygren, J., Demartines, N., & Francis, N. E. (2019). Guidelines For Perioperative Care İn Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (Eras) Society Recommendations: 2018. *World J Surg, 43*(3), 659-695.

Gül K., D., & Kırca S., A. (2020). Effects Of Creation Of Bladder Flap During Cesarean Section On Longterm Residual Urine Volume And Postoperative Urinary Retention. *J Surg Med., 4*(12), 1190-1194.

Gül, D. K. (2020). Effects Of Urinary Catheter Clamping After Cesarean Section On Urinary Retention And Urinary Tract Infection. *Journal Of Reconstructive Urology, 10*(2), 35-43.

Güleç, T., & Çoban, A. (2019). Sezaryen Doğum Sonrası Taburculuk Eğitiminin Annelerin Taburculuğa Hazır Oluşluklarına Etkisi. *5. Uluslararası & 9. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresi, 6*, S. 461-469. Amasya. Doi:10.5152/Hsp.2019.521573.

Güler, G., Sınık, Z., Turan, T., Aybek, H., Sert, S., & Tuncay, L. (2004). Rat Mesanesinde Akut İdrar Retansiyonu Sonrası Gelişen İskemi Reperfüzyon Hasarının Biyokimyasal Olarak Değerlendirilmesi . *Türk Üroloji Dergisi, 30*(4), 391-397.

Güneri, S. E. (2015). Postpartum Erken Dönem Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 4*(3), 482-496.

He, H., Zhang, S.-K., Gao, W.-B., Lıu, Y., Shen, W.-J., & Tan, Z.-D. (2021). Electroacupuncture For Postpartum Urinary Retention: A Randomized Controlled Study. *World Journal Of Acupuncture – Moxibustion, 31*(3), 187-190.

Hoebeke, P., Laecke, E. V., Everaert, K., Renson, C., Paepe, H. D., Raes, A., & Walle, J. V. (2001). Transcutaneous Neuromodulation For The Urge Syndrome İn Children: A Pilot Study. *J Urol, 166*(6), 2416-1419.

Hong, J., & Yan, C. (2014). Etiology And Pathogenesis Analysis And Clinical Treatment Of Postpartum Urinary Retention İn Chinese And Western Medicine İn Chinese. *Contemporary Med, 20*, 150-151.

Hospital, C. W. (2021, Mayıs). Intrapartum And Postnatal Bladder Care. Canterbury, England . Ocak 21, 2022 Tarihinde Alındı. Erişim Tarihi: 21.01.2022.

Integrated Business, O. G. (2020). *Postnatal Bladder Care Guıdelıne.* 12 20, 2021 Tarihinde Bwrdd Lechyd Prifysgol Cwm Taf Morgannwg University Health Board: Https://Wisdom.Nhs.Wales/Health-Board-Guidelines/Cwm-Taf-File/Bladder-Care-Post-Natal-Ctm-Guideline-2020-Pdf1/ Adresinden Alındı. Erişim Tarihi: 20.12.2021.

Integrated Business, O. G. (2020). *Postnatal Bladder Care Guıdeline* (1 B.). Galler: Cwm Taf Morgannwg University Health Board Obstetrics And Gynaecology Directorate.

Işık, C., Kaya, L., & Durmuş K., M. (2020). *Doğum Sonu Kanama Takibi, Uygulanan Girişimler Ve Bakım İlkeleri* (1 B.). Ankara: Türkiye Klinikleri.

Kaba, M., & Bozkurt K., S. (2013). Postpartum Uzamış Üriner Rtansiyon. *Selçuk Tıp Dergisi, 29*(3), 142-143.

Kalisch, J., Lee, S., & Dabney, W. (2014). Outcomes Of İnpatient Mobilization: A Literature Review. *23*((11-12)), 1486-1501.

Kamel , H., Iqbal, M., Mogallapu, R., Maas, D., & Hoffmann, R. (2003). Time To Ambulation After Hip Fracture Surgery: Relation To Hospitalization Outcomes. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 58*(11), 1042-1045.

Karadağ, A., & Atabek A., T. (2011). Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Bakım. B. H. İçinde, *Klinik Uygulama Becerileri Ve Yöntemleri* (S. 1178-1200). Adana: Nobel Tıp Kitabevi.

Karakaplan, S., & Yıldız, H. (2010). Doğum Sonu Konfor Ölçeği Geliştirme Araştırması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi, 3*(1), 55-65.

Kashif, U., Riaz, N., Ramasubramanian P., S., & Iles, D. (2021). Urogynaecological Complications İn Pregnancy. *Obstetrics, Gynaecology And Reproductıve Medicıne, 31*(2), 42-47. Https://Doi.Org/10.1016/J.Ogrm.2020.12.004 Adresinden Alındı. Erişim Tarihi: 15.01.2022.

Kaya , Y., & Şahin, N. H. (2014). Postpartum İdrar Retansiyonu. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 45*(3), 106-112.

Kekre, A. N., Vijayanand, S., Dasgupta, R., & Kekre, N. (2011). Postpartum Urinary Retention After Vaginal Delivery. *International Journal Of Gynecology And Obstetrics, 112*, 112-115. Doi:10.1016/J.İjgo.2010.08.014.

Kılıç Akça, N. (2016). *Üriner Fonksiyonlar: Patafizyoloji Pratik Bir Yaklaşım* (2 B.). (N. Ovayolu, & Ö. Ovayolu, Dü) Çukurova: Nobet Tıp Kitapevi.

Kırtıl, İ., & Kanan, N. (2021). Abdominal Cerrahi Girişim Sonrası Erken Mobilizasyonun Gastrointestinal İşlevlere Etkisi: Sistematik Derleme. *Archives Medical Review Journal, 30*(3), 166-176. Doi:10.17827/Aktd.873681

Koyuncu, K., Turgay, B., Varlı, B., Ulusoy, C. O., Aytaç, R., & Söylemez, F. (2021). Covert Postpartum Urinary Retention, İs There A Place For Routine Bladder Ultrasound İn Postpartum Care? . *J Exp Clin Med , 38*(2), 138-142. Doi: 10.52142/Omujecm.38.2.15.

Kömürcü, Ö., & Gürol, M. U. (2017). Doğuma Bağlı Ortaya Çıkan Pelvik Taban Değişiklikleri. *Kontinans Ve Nöroüroloji Bülteni , 4*, 25-34.

Kranse, R., & Van Mastring, R. (2002). Relative Bladder Outlet Obstruction. *J Urol, 168*(2), 565-570.

Lamblin, G., Chenea, G., Aeberlia, C., Soarea, R., Moreta, S., Bouvet, L., & Doret Diona, M. (2019). Identification Of Risk Factors For Postpartum Urinary Retention Following Vaginal Deliveries: A Retrospective Case-Control Study. *European Journal Of Obstetrics & Gynecology And Reproductive Biology, 243*, 7-11. Doi:10.1016/J.Ejogrb.2019.10.001.

Lauterbach, R., Ferrer Sokolovski , C., Rozenberg , J., & Weissman, A. (2018). Acupuncture For The Treatment Of Post-Partum Urinary Retention. *Full Length Article, 223*, 35-38. Https://Doi.Org/10.1016/J.Ejogrb.2018.01.029 Adresinden Alındı. Erişim Tarihi: 15.01.2021.

Li, Q., Zhu, S., & Xiao, X. (2020). The Risk Factors Of Postpartum Urinary Retention After Vaginal Delivery: A Systematic Review. *International Journal Of Nursing Sciences 7,* 484-492. Doi:10.1016/J.İjnss.2020.09.002.

Li, T., Hui, X., Wang, H., Lin, Y., & Zhao, B. (2021). Moxibustion Therapy For Treating Patients With Postpartum Urinary Retention. *Medicine, 100*(17), E25683. Doi:10.1097/Md.0000000000025683.

Liang, C., Chang, S., Chang, Y., Chan, S., Chueh, H., & Cheng, D. (2007). Postpartum Urinary Retention After Caserean Delivery. *İnternational Journal Of Gynaecology & Obstetrics, 3*(99), 229-232.

Liang, C.-C., Chang, S.-D., Wong, S.-Y., Chang, Y.-L., & Cheng, P.-J. (2010). Effects Of Postoperative Analgesia On Postpartum Urinary Retention İn Women Undergoing Cesarean Delivery. *J Obstet Gynaecol Res., 36*(5), 991-995. Doi:10.1111/J.1447-0756.2010.01252.X.

Lim, J. L. (2010). Postpartum Voiding Dysfunction And Urinary Retention. *Australian & New Zelland Journal Of Obstetrics & Gynaecology, 6*(50), 502-505.

Lodh, E., & Bhattacharjee, P. (2009). Advanced Technique Of Caesarean Section. Free Communication (Oral) Presentations. *International Journal Of Gynecology & Obstetrics* , 246.

Lukacz, E. S., Lawrence, J. M., Contreras, R., Nager, C. W., & Luber, K. M. (2006). Parity, Mode Of Delivery, And Pelvic Floor Disorders. *American Collage Of Obstetricians And Gynecologists, 107*(6), 1253-1260.

Macnaill, S. (2001). Does Acute Urinary Retention Respond To Alpha-Blockers Alone? *European Urology, 39*(6), 7-12. Doi:10.1159/000052593.

Mahesh, J. (2009). Very Early Mobilisation (3 Hours After C.S.) Prevents Complications Of Post Operative Caesarian Section. Free Communication (Oral) Presentations. *International Journal Of Gynecology & Obstetrics, 107*(2), 253.

Meredith K., W., & Chomes, M. C. (2006). Risk Factors For The Breakdown Of Perianal Laceration Repair After Vaginal Delivery. *American Journal Of Gynaecology & Obstetrics, 3*(195), 755-759.

Mohr, S., Raio, L., Keller G., U., Imboden, S., Mueller D., M., & Kuhn, A. (2022). Postpartum Urinary Retention: What Are The Sequelae? A Long-Term Study And Review Of The Literature. *International Urogynecology Journal , 33*(3). Doi:10.1007/S00192-021-05074-5.

Mulder, F. E., Oude R., K., M., J. A., Hakvoort, R. A., & Roovers, J. P. (2016). Delivery-Related Risk Factors For Covert Postpartum Urinary Retention After Vaginal Delivery. *Int Urogynecol J, 27*, 55-60. Doi:Doı 10.1007/S00192-015-2768-8.

Mundy, L., Leet, T., Darst, K., Schnitzler, M., & Dunagan, C. (2003). Early Mobilization Of Patients Hospitalized With Community-Acquired Pneumonia. *Chest, 124*(3), 883-889.

Musselwhite , K., Faris, P., Moore, K., Berci, D., & King, K. (2007). Use Of Epidural Anesthesia And The Risk Of Acute Postpartum Urinary Retention. *Am J Obstet Gynecol, 196*(5), 472. Doi:10.1016/J.Ajog.2006.11.031.

Nakamura, Y., Takeishi, Y., Ito, N., Ito, M., Atogami, F., & Yoshizawa, T. (2015). Comfort With Motherhood İn Late Pregnancy Facilitates Maternal Role Attainment İn Early Postpartum. *Tohoku J Exp Med, 235*(1), 53-59.

Neron, M., Allegre, L., Huberlant, S., Mousty, E., Tayrac, R., Fatton, B., & Letouzey, V. (2017). Impact Of Systematic Urinary Catheterization Protocol İn Delivery Room On Covert Postpartum Urinary Retention: A Before-After Study. *Scientific Reports, 7*(17720), 1-7. Doi:Doı:10.1038/S41598-017-18065-8.

Nygaard, I. E., Wolpern, A., Bardsley, T., Egger, M. J., & Shaw, J. M. (2021). Early Postpartum Physical Activity And Pelvic Floor Support And Symptoms 1 Year Postpartum. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology, 224*(2), 193. Doi.Org/10.1016/J.Ajog.2020.08.033 Adresinden Alındı. Erişim Tarihi: 15.01.2022.

Oliveira, S. G., Becker C., A., Mendes B., E., Riesco G., M. L., Oliveira, R., & Oliveira V., S. J. (2021). Pelvic Floor Dysfunction İn Primiparous Women Up To 6 Months After Delivery: Cohort Study. *Rev. Bras. Enferm., 74*(5), E20200607. Https://Doi.Org/10.1590/0034-7167-2020-0607 Adresinden Alındı. Erişim Tarihi: 15.01.2022.

Olofsson, C., Ekblom, A., Ekman O., G., & Irestedt, L. (1996). Post-Partum Urinary Retention: A Comparison Between Two Methods Of Epidural Analgesia. *European Journal Of Obstetrics & Gynecology And Reproductive Biology, 71*, 31-34. Doi:Pııs0301-2115(96)02610-3.

Onwudiwe, E. N., Ezegwui, H. U., Dim, C. C., Chigbu, O. C., Onwudiwe, F. C., & Enebe, J. T. (2021). Urinary Effects Of Routine Urethral Catheterisation During Elective Caesarean Section İn Enugu, Nigeria: A Randomised Controlled Study. *Journal Of Clinical And Diagnostic Research, 15*(3), 19-23.

Özengin, N., Yıldırım Ü., N., & Duran, B. (2015). A Comparison Between Stabilization Exercises And Pelvic Floor Muscle Training İn Women With Pelvic Organ Prolapse. *J Turk Soc Obstet Gynecol, 1*, 11-17. Doi:10.4274/Tjod.74317.

Pifarotti, P., Gargasole, C., Folcini, C., Gattei, U., Nieddu, E., Sofi, G., . . . Meschia, M. (2014). Acute Post-Partum Urinary Retention: Analysis Of Risk Factors, A Case–Control Study. *General Gynecology, 289*, 1249-1253. //Doi.Org/10.1007/S00404-014-3144-5 Adresinden Alındı. Erişim Tarihi: 15.01.2021.

Pınar, G., Doğan, N., Algıer, L., Kaya, N., & Çakmak, F. (2009). Annelerin Doğum Sonu Konforunu Etkileyen Faktörler. *Dicle Tıp Dergisi, 36*(3), 184-190.

Polat, M., Şentürk, M. B., Pulatoğlu, Ç., Doğan, O., Kılıççı, Ç., & Budak, M. Ş. (2008). Postpartum Üriner Retansiyon: Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *Turk J Obstet Gynecol, 15*, 70-74.

Propst, K., & Hickman, L. C. (2021). Peripartum Pelvic Floor Disorder Clinics İnform Obstetric Provider Practices. *International Urogynecology Journal, 32*, 1793-1799. Https://Doi.Org/10.1007/S00192-020-04564-2 Adresinden Alındı. Erişim Tarihi: 05.01.2022.

Rivzi, R. M., & Rivzi, J. (2006). Management Of Postpartum Urinary Retention. *Reviews İn Gynaecological And Perinatal Practice 6*, 140-144. Doi:10.1016/J.Rigapp.2006.02.003.

Rivzi, R. M., Khan, Z. S., & Khan, Z. (2005). Diagnosis And Management Of Postpartum Urinary. *International Journal Of Gynecology And Obstetrics, 91*, 71-72. Doi:10.1016/J.İjgo.2005.06.025.

Romeikienė, K. E., & Bartkevičienė, D. (2021). Pelvic-Floor Dysfunction Prevention İn Prepartum And Postpartum Periods. *Medicina (Kaunas), 57*(4), 387. Doi:10.3390/Medicina57040387.

Saito, M., Shimizu, S., Kinoshita, Y., Satoh, I., Shomori, K., Dimitriadis, F., & Satoh, K. (2010). Bladder Dysfunction After Acute Urinary Retention İn The Rats: A Novel Over Active Bladder Model. *Mol Cell Biochem , 333*, 109-114. Doi:10.1007/S11010-009-0210-6.

Salman, M. C., Özyüncü, Ö., & Durukan, T. (2005). Gebelik, Doğum Ve Pelvik Taban Bozuklukları. *Tjod, 2*(5), 37-42.

Sarvela, J., Halonen, P., Soikkeli, A., & Korttila, K. (2002). A Double-Blinded, Randomized Comparison Of Intrathecal And Epidural Morphine For Elective Cesarean Delivery. *Anesth Analg., 95*(2), 436-440. Doi:10.1097/00000539-200208000-00037.

Sayıner, F. D., & Özerdoğan, N. (2009). Doğal Doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanat Dergisi, 2*(3), 144-147.

Sigurdardottir, T., Bø, K., Steingrimsdottir, T., Halldorsson, T. I., & Aspelund, T. (2020). Cross-Sectional Study Of Early Postpartum Pelvic Floor Dysfunction And Related Bother İn Primiparous Women 6–10 Weeks Postpartum. *Int Urogynecol J, 32*, 1847-1855. Https://Doi.Org/10.1007/S00192-021-04813-Y Adresinden Alındı. Erişim Tarihi: 15.01.2022.

Sivrioğlu, K. (2005). Mesane Anatomisi Ve İşeme Fizyolojisi. *Türk Fiz Tıp Rehab Dergisi*(51 (Özel Ek)), 16-18.

Steggall, M., Treacy, C., & Jones, M. (2013). Post-Operative Urinary Retention. *Nurs Stand, 28*(5), 43-48. Doi:10.7748/Ns2013.10.28.5.43.E7926.

Süt K., H., & Küçükkaya, B. (2018). Kadınların Pelvik Taban Kas Egzersizleri Bilgi Ve Uygulama Durumları. *Sdü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 9*(3), 15-20.

Swathi, H., & Samant Y., P. (2020). Postnatal Bladder Dysfunction. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol, 9*(7), 3025-3031.

Szymanski, J. K., Słabuszewska J., A., & Jakiel, G. (2021). Fowler's Syndrome-The Cause Of Urinary Retention İn Young Women, Often Forgotten, But Significant And Challenging To Treat. *Int J Environ Res Public Health, 18*(6), 3310. Https://Doi.Org/10.3390/İjerph18063310 Adresinden Alındı. Erişim Tarihi: 15.02.2022.

Şahin G., E. (2013). *Sezaryen Sonrası Sakız Çiğneme, Erken Oral Hidrasyon Ve Erken Mobilizasyonun Bağırsak Motilitesine Etkisi.* Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum- Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Ankara: Doktora Tezi.

Şen, İ., Kıraç , M., & Onaran, M. (2008). *Alt Üriner Sistemin Ve Miksiyonun Nörofizyolojisi: Ürojinekoloji Ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi* (2 B.). (H. Güner, Dü.) Ankara: Güneş Kitapevi.

Şenoğlu, A., Taşpınar, A., & Karaçam, Z. (2020). Doğum Öncesi, Doğum Ve Doğum Sonu Dönemde Hasta Güvenliği Ve Ebelerin Sorumlulukları. *Mkü Tıp Dergisi, 11*(40), 66-73. Doi:10.17944/Mkutfd.535827.

Şimşek E., H., & Alpar E., Ş. (2020). Sezaryen Sonrası Ağrı Ve Hemşirelik Bakımı. *Igusabder, 11*(11), 267-278.

Tarney, C. M. (2013). Bladder Injury During Cesarean Delivery. *Curr Womens Health Rev. , 9*(2), 70-76. Doi:10.2174/15734048090214010215172 9.

Taşçı, A. İ. (2007). İdrar Retansiyonu (Glob Vezika). *Turkiye Klinikleri J Surg Med Sci. , 3*(20), 37-40.

Taşkın, L. (2012). *Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliğ* (11. B.). Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.

Teo, R., Punter, J., Abrams, K., Mayne, C., & Tincello, D. (2007). Clinically Overt Postpartum Urinary Retention After Vaginal Delivery: A Retrospective Case-Control Study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 18*(5), 521-524. Doi:10.1007/S00192-006-0183-X.

Tnsa. (2019). *2018 Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması Temel Bulgular.* 12 20, 2021 Tarihinde Anne Sağlığı Ve Bakım: Http://Www.Hips.Hacettepe.Edu.Tr/ Adresinden Alındı. Erişim Tarihi: 20.12.2021.

Uçkan , K., & Uçkan, T. (2020). Kliniğimizdeki Dört Yıllık Doğum Verileri Ve Sezaryen Endikasyonlarının Değerlendirilmesi. *Jinekoloji - Obstetrik Ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 17*(1), 285-290.

Uslu, Y., & Yavuz, M. (2016). Ameliyat Sonrası Üriner Retansyon Ve Yönetimi. *Yeni Üroloji Dergisi, 11*(1), 48-53.

Waldum , Å. H., Staff , A. C., Lukasse, M., Falk, R. S., Sørbye, I. K., & Jacobsen, A. F. (2021). Intrapartum Pudendal Nerve Block Analgesia And Risk Of Postpartum Urinary Retention: A Cohort Study. *International Urogynecology Journal, 32*(9), 2383-2391. Doi:10.1007/S00192-021-04768-0.

Weiss, M. E., Ryan, P., & Lokken, L. (2006). Validity And Reliability Of The Perceived Readiness For Discharge After Birth Scale. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, 35*(1), 33-34. Https://Doi.Org/10.1111/J.1552-6909.2006.00020.X Adresinden Alındı. Erişim Tarihi: 15.01.2021.

Wiklund, M., Sundqvist , E., & Olsen F., M. (2015). Physical Activity İn The İmmediate Postoperative Phase İn Patients Undergoing Roux-En-Y Gastric Bypass-A Randomized Controlled Trial. *Obes Surg., 25*(12), 2245-2250.

Yayla, A. (2016). *Erken Mobilizasyon Protokolünün Hasta Bakım Sonuçlarına Etkisi.* Mart 01, 2022 Tarihinde Ulusal Yök Tez Merkezi: Https://Tez.Yok.Gov.Tr/Ulusaltezmerkezi/Tezsorgusonucyeni.Jsp Adresinden Alındı. Erişim Tarihi: 15.01.2021.

Yıp, S.-K., Brıeger, G., Hın, L.-Y., & Chung, T. (1997). Urinary Retention İn The Post-Partum Period: The Relationship Between Obstetric Factors And The Post-Partum Post-Void Residual Bladder Volume. *Actu Obstet Gynecol Scund, 76*(7), 667-672. Https://Doi.Org/10.3109/00016349709024608 Adresinden Alındı. Erişim Tarihi: 15.01.2021.

Yıp, S.-K., Sahota, D., Pang, M.-W., & Chang, A. (2004). Postpartum Urinary Retention. *Acta Obstet Gynecol Scand, 83*(10), 881-891.

Zhao, Q., Yan, C., Dan, M., & Jia, H. (2021). Efficacy And Safety Of Acupuncture For Urinary Retention After Hysterectomy. *Medicine, 100*(22), 1-12. Doi:10.1097/Md.0000000000026064.

Zhu, D., Xia, Z., & Yang , Z. (2021). *Effectiveness Of Physiotherapy For Lower Urinary Tract Symptoms İn Postpartum Women: Systematic Review And Meta-Analysis.* 12 20, 2021 Tarihinde Https://Link.Springer.Com/: Https://Doi.Org/10.1007/S00192-021-04939-Z Adresinden Alındı. Erişim Tarihi: 20.12.2021.