



**SIRT MASAJININ SEZARYEN SONRASI
AĞRI ve KONFORA ETKİSİ**

Esra GÜNEY

EBELİK ANABİLİM DALI

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Tuba UÇAR

Doktora Tezi – 2020

**T.C
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

SIRT MASAJININ SEZARYEN SONRASI AĞRI ve KONFORA ETKİSİ

Esra GÜNEY

Ebelik Anabilim Dalı

Doktora Tezi

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Tuba UÇAR**

**MALATYA
2020**

	KABUL ONAY FORMU	Doküman No	
		Yayın Tarihi	
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ		Revizyon No	
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Sırt Masajının Sezaryen Sonrası Ağrı ve Konfora Etkisi

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Tuba UÇAR

HAZIRLAYAN

Esra GÜNEY

Jürimiz tarafından 28/02/2020 tarihinde yapılan tez savunma sınavı sonucunda bu tez **oybirliği** ~~oyçokluğu~~ ile başarılı bulunarak Ebelik Anabilim Dalı Doktora Tezi olarak kabul etmiştir.

Jüri Üyelerinin Unvanı Adı Soyadı

1. Prof. Dr. Sema YILMAZ
2. Doç. Dr. Tuba UÇAR
3. Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA
4. Doç. Dr. Emriye Hilal YAYAN
5. Doç. Dr. Nazan KARAHAN

İmza

.....
.....
.....
.....
.....

O N A Y

Bu tez, İnönü Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından kabul edilmiş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun .../.../20... tarih ve 20.../..... sayılı Kararıyla da uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Yusuf TÜRKÖZ
Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Sezaryen Doğum.....	3
2.1.1. Sezaryen Sonrası Dönemde Ebelik Bakımı.....	5
2.2. Ağrı.....	6
2.2.1. Ağrı Teorileri.....	7
2.2.2. Postoperatif Ağrı	7
2.2.3. Postoperatif Ağrıyla Başetmede Uygulanan Farmakolojik Yöntemler.....	8
2.2.4. Postoperatif Ağrıyla Başetmede Uygulanan Nonfarmakolojik Yöntemler.....	9
2.2.5. Sezaryen Sonrası Dönemde Ağrı	11
2.2.6. Sezaryen Sonrası Dönemde Ağrıya Yönelik Ebelik Yaklaşımı	12
2.3. Konfor Kavramı.....	13
2.3.1. Doğum Sonu Konfor ve Ebelik Yaklaşımı.....	15
2.4. Masaj.....	15
2.4.1. Derin Doku Masajı	16
2.4.2. Doğum Sonu Dönemde Masaj ve Ebenin Rolü.....	17
3. MATERYAL VE METOT	19
3.1. Araştırmanın Tipi.....	19
3.2. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	19
3.4. Veri Toplama Araçları	22

3.5. Verilerin Toplanması	22
3.6. Ebelik Girişimi.....	23
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	28
3.8. Verilerin Analizi	30
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	30
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA	43
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	47
KAYNAKLAR	48
EKLER.....	61
EK.1. ÖZGEÇMİŞ.....	64
EK.2. KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....	65
EK.3. VİZÜEL ANALOG SKALA.....	66
EK.4. DOĞUM SONU KONFOR ÖLÇEĞİ.....	67
EK.5. ARAŞTIRMACIYA AİT DDM UYGULAMA SERTİFİKASI.....	70
EK.6. MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAY FORMU...71	
EK.7. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI İZİN FORMU...74	
EK.8. ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....	77

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez çalışma sürem boyunca her gün her dakika bilgi ve deneyimleri ile bana destek olan, yol gösteren, hem danışmanlık hem arkadaşlık yapan, çok değerli danışman hocam Doç. Dr. Tuba UÇAR'a,

Tez izleme komitesinde yer alan, destek ve katkılarını esirgemeyen değerli hocalarım Sayın Doç. Dr. Yeşim AKSOY DERYA ve Sayın Doç. Dr. Emriye Hilal YAYAN'a,

Tez savunma sınavımda oldukça önemli katkılarda bulunan, yol gösteren değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Sema YILMAZ ve Sayın Doç. Dr. Nazan KARAHAN'a,

Aslında tüm bunları başarmama vesile olan, beni okutmak için türlü zorluklara katlanan, benden daha çok bana dertlenen, bana sabreden, hakkını asla ödeyemeceğim asıl kahramanım annem Sevim GÜNEY'e,

Hem lisans hem de lisansüstü eğitimim boyunca kendi imkânlarıyla bana destek olan, yardım eden, benim yerime de yorulan, yarı annem, yol arkadaşım, ablam Esmâ GÜNEY'e,

Bu süre boyunca bana katlanan, yardım eden, beni görüp akademisyenlikten vazgeçen kız kardeşlerim Büşra GÜNEY ve Şeyma GÜNEY'e, kabul edin sizden çok çalıştım☺,

Akademisyen olduğum için yorulduğumu düşünüp üzülen ama yine de desteğini esirgemeyen değerli ağabeyim İsmail GÜNEY'e,

Tüm teknik alanda her zaman teyakkuzda olup bana destek olan, yardım eden, gizli-açık işbirliği ☺ yapan değerli ağabeyim Mikail GÜNEY'e,

Şunu yaparsam adımı yazacaksın değil mi? deyip yardım eden, her daim soran, destek olan, fikir veren yakışıklı kardeşim Bayram GÜNEY'e, adını yazdım bak ☺,

Tanıştığımızdan beri bana yoldaşlık eden, benimle gülmüş benimle üzülen, sıkıntılara katlanan, destek olan, umre arkadaşım, çok değerli dostum Hacer ÜNVER'e,

Benimle beraber bu sürecin sancısını yaşayan, her halime şahit olup üstelik buna katlanan, destek olan, katkı veren biricik oda arkadaşlarım Sayın Esra KARATAŞ OKYAY ve Sümeyye ALTIPARMAK'a, bensiz odanın tadını çıkarın kızlar ☺,

Ayrı odada olmalarına rağmen benden kurtulamayan, her türlü sıkıntımdan nasiplenen, bu sürecin sancısını en az benim kadar yaşayan destek olan, katkı veren arkadaşlarım Sayın Zeynep BAL ve Esra SABANCI BARANSEL'e,

Lisansüstü eğitimim boyunca birlikte olduğum, beraber asistanlık yaptığım araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve tekrardan tüm İnönü Ebelik ailesine,

Sonsuz teşekkürler...

Esra GÜNEY

ÖZET

Sırt Masajının Sezaryen Sonrası Ağrı ve Konfora Etkisi

Amaç: Araştırma, sırtta uygulanan masajın sezaryen sonrası ağrı ve konfor düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Araştırma Mayıs 2019-Kasım 2019 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yer alan Kadın Hastalıkları Servisinde sezaryen ile doğum yapan kadınlarla randomize kontrollü olarak yürütüldü. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, ağrıyı değerlendirmek için VAS, konforu değerlendirmek için DSKÖ kullanıldı. Power analizi yapıldığında örneklem büyüklüğü her bir grup için en az 81 kadın olarak hesaplandı (81 deney, 81 kontrol). Deney grubuna sezaryenden sonra 10. ve 22. saatlerde iki kez derin doku masajı uygulandı. İlk masaj öncesi deney ve kontrol gruplarına kişisel bilgi formu, VAS, DSKÖ; her iki masaj öncesi ve sonrası olmak üzere dört kez VAS uygulandı. İkinci masaj sonrası iki gruba da DSKÖ tekrar uygulandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik ve bağımlı-bağımsız gruplarda t testi kullanıldı.

Bulgular: Sezaryen sonrası birinci ve ikinci masaj öncesi ve sonrası yapılan ölçümlerde deney grubundaki kadınların masaj sonrası ağrı düzeylerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın deney grubu lehine istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0.001$). İkinci masaj sonrası deney grubundaki kadınların DSKÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın deney grubu lehine istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0.001$).

Sonuç: Sırtta uygulanan masajın sezaryen sonrası ağrı düzeyini azalttığı ve konfor düzeyini arttırdığı bulundu.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, doğum sonu dönem, ebelik, konfor, sırt masajı

ABSTRACT

Effects of Back Massage on Pain and Comfort After Cesarean

Aim: The aim of this study to determine the effect of massage applied to the back on pain and comfort after cesarean section.

Material and Method: This research was conducted between May 2019 and November 2019 in İnönü University Turgut Özal Medical Center Training and Research Hospital. Personal information form was used as data collection form, VAS was used to assess pain, and PPCQ was used to assess comfort. When power analysis was performed, the sample size was calculated to be at least 81 women for each group (81 experiments, 81 controls). Experimental group received deep tissue massage twice at 10th and 22nd hours after cesarean section. Data collection form for experimental and control groups before the first massage; VAS was applied four times before and after both massages. After the second massage, both groups were re-administered. Descriptive statistics and t-test in dependent-independent groups were used for data analysis.

Result: The pain levels of women in the experimental group were lower than the control group in the first and second massage measurements after cesarean section and the difference between the groups was statistically significant in favor of the experimental group ($p < 0.001$). It was determined that the mean scores of total and sub-dimensions of the PPCQ in the experimental group after second massage were higher than the control group and the difference between the groups was statistically significant in favor of the experimental group ($p < 0.001$).

Conclusion: This research's findings indicated that massage applied to the back decreased pain level and increased comfort level after cesarean section.

Key Words: Back massage, comfort, midwifery, pain, postpartum period

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DDM	:	Derin Doku Masajı
DTM	:	Deep Tissue Massage
DSKÖ	:	Doğum Sonu Konfor Ölçeği
NSAİİ	:	Non-Steroid Antiinflatuvar İlaçlar
OECD	:	Organisation for Economic Co-operation and Development
PPCQ	:	Postpartum Comfort Questionnaire
SPSS	:	Statistical Package for The Social Sciences
SSS	:	Santral Sinir Sistemi
TENS	:	Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu
TNSA	:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
VAS	:	Vizüel Analog Skala

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No		Sayfa No
Şekil 1	Araştırma Akış Diyagramı.....	21
Şekil 3.6.1	İki El Uygulama.....	24
Şekil 3.6.2	Tek El Uygulama.....	24
Şekil 3.6.3	Dört Parmak Uygulama.....	25
Şekil 3.6.4	Başparmak Uygulama.....	25
Şekil 3.6.5	Çift El Petrisaj Uygulama.....	26
Şekil 3.6.6	Dört Parmak Uygulama.....	26
Şekil 3.6.7	Dört Parmak Üst Üste Uygulama.....	27
Şekil 3.6.8	Baş Parmak Uygulama.....	27
Grafik 1	Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Yapılan Ölçümlerdeki Vizüel Analog Skala Puan Eğrisi.....	42

TABLULAR DİZİNİ

Tablo No		Sayfa No
Tablo 3.1	Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.1	Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları.....	31
Tablo 4.2	Deney Grubundaki Kadınların 1. ve 2. Ölçümlerdeki Vizüel Analog Skala ve Yaşam Bulguları Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.3	Kontrol Grubundaki Kadınların 1. ve 2. Ölçümlerdeki Vizüel Analog Skala ve Yaşam Bulguları Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.4	Deney Grubundaki Kadınların 3. ve 4. Ölçümlerdeki Vizüel Analog Skala ve Yaşam Bulguları Ortalamalarının Karşılaştırılması	37
Tablo 4.5	Kontrol Grubundaki Kadınların 3. ve 4. Ölçümlerdeki Vizüel Analog Skala ve Yaşam Bulguları Ortalamalarının Karşılaştırılması	39
Tablo 4.6	Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınlarda Yapılan Ölçümlerde Vizüel Analog Skala Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.7	Deney Grubundaki Kadınların 1. ve 4. Ölçümlerdeki Doğum Sonu Konfor Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	43
Tablo 4.8	Kontrol Grubundaki Kadınların 1. ve 4. Ölçümlerdeki Doğum Sonu Konfor Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	44
Tablo 4.9.	Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların 1. ve 4. Ölçümlerdeki Doğum Sonu Konfor Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	49

1. GİRİŞ

Bugün dünyada en sık yapılan cerrahi girişimlerden biri olan sezaryen (1), fetüs, plasenta ve membranların uterus ve abdominal duvarlarına yapılan bir kesi ile doğurtulması olarak tanımlanmıştır ve her geçen yıl sezaryen oranı hızla artış göstermektedir (2, 3). OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) 2017 verilerine göre dünyadaki sezaryen oranı ortalaması %32 iken; bu oran ülkemiz için %53.1 olarak açıklanmıştır (4, 5). Bununla birlikte, doğru zamanda ve tıbbi endikasyon nedeniyle yapıldığı takdirde hem bebeğin hem de annenin hayatını kurtaran önemli bir uygulama olarak kabul edilmektedir (6-8).

Sezaryen sonrası dönemde kadında sosyal, fizyolojik ve duygusal açıdan birçok değişiklik meydana gelmektedir (9). Ağrı, cerrahi operasyon sonrası ortaya çıkan ilk bulgudur (10). Bununla birlikte bu dönemde kadının hareketleri kısıtlandığı için, konforunda da bozulmalar meydana gelecektir. Bu dönemde verilen bakımın duruma ve ihtiyaca yönelik olması anne-bebek sağlığını önemli ölçüde etkileyecektir. Bundan dolayı bu dönemde kadının yaşadığı ağrı ve yorgunluğun giderilmesi, bozulan konforun yeniden sağlanması, anne sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından oldukça önemlidir (11).

Doğum sonu dönemde ağrının giderilmesi, konforun sağlanması ve iyileşmenin hızlanması için farmakolojik yöntemlerin yanı sıra çeşitli nonfarmakolojik yöntemler de kullanılmaktadır (12, 13). Masaj, bu yöntemlerden biridir. Masaj uygulaması ile kişide genel bir gevşeme, dinlenme, solunumda derinleşme ve uyku hali görülür (14, 15). Sezaryen sonrasında ortaya çıkan ağrı, kadında anksiyete, gerginlik oluşturacağından, bu dönemde uygulanacak masaj, kadının rahatlamasını ve sakinleşmesini sağlayacaktır (16-18). Masaj çeşitlerinden olan DDM (derin doku masajı), özellikle kas, fasya ve konnektif doku gibi vücudun farklı tabakalarındaki derin dokulara odaklanmış bir cins terapötik masaj tekniğidir. DDM, dolaşımı artırarak dokuların beslenmesini sağlar, metabolitlerin atılımına yardımcı olur ve iyileşmeyi hızlandırır. Ayrıca DDM ile gergin ve kısalmış kaslar ve ağrı üzerinde oldukça etkili sonuçlar elde edilmektedir (19). Sezaryen sonrası uygulanan sırt masajı, kadının gerginliğini ve anksiyetesini azaltmaya yardımcı olabilir. Bununla birlikte masaj, gevşemeyi sağlar ve ağrının şiddetini azaltır (20). Bir çalışmada masajın ağrı kontrolünde etkin bir rolü olduğu belirtilmiştir (21).

Sırt masajı, aynı zamanda kadının konforunu arttırmaya yönelik uygulanan bir girişimdir. Konfor ebelikte; hastanın, ailenin veya toplumun gereksinim duyduğu konfor ihtiyaçlarının belirlenmesi, belirlenen bu ihtiyaçlara yönelik gerekli tedbirlerin alınması, konforun temel düzeyi ile ihtiyaçlara yönelik yapılan girişim sonrası düzeylerinin değerlendirilmesi süreçlerini kapsamaktadır. Konfor kuramı rehber alındığında sezaryen sonrası post-operatif dönemde verilecek ebelik bakımıyla; kadının ihtiyaçlarına yönelik veri toplanması, belirlenen ihtiyaçları göz önünde bulundurularak konforunu arttıracak ebelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması söz konusudur. Böylece kadının ihtiyaçlarına yönelik yapılan girişimlerle konfor düzeyi optimal seviye tutulmuş ve kadının post-operatif yaşam kalitesine, memnuniyetine ve aldığı bakımın kalitesine önemli ölçüde katkı sağlanmış olacaktır (22). Doğum sonu dönemde uygulanan DDM, kas spazmını gevşetir, dikkati başka yöne çeker, genel rahatlama ve gevşemeyi sağlayarak konforu yükseltir (20). DDM'nin bu olumlu etkilerine rağmen literatür taramasında sezaryen sonrası etkilerini araştıran herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışma, kadınlar ile yakın temasta bulunan ebelerin genel anlamda ağrının azaltılması ve konforun sağlanması konusundaki bilgilerinin artırılması, özelde ise bunları yaparken nonfarmakolojik yöntemlerden DDM'nin kullanımının sağlanması amacıyla yapıldı.

Araştırmanın Amacı:

Bu araştırmanın amacı, sırt masajının sezaryen sonrası ağrı ve konfora etkisini belirlemektir.

Araştırmanın Hipotezleri:

H_{0-a}: Sırt masajı, sezaryen sonrası kadınlarda ağrı düzeyini etkilemez.

H_{1-a}: Sırt masajı, sezaryen sonrası kadınlarda ağrı düzeyini etkiler.

H_{0-b}: Sırt masajı, sezaryen sonrası kadınlarda konfor düzeyini etkilemez.

H_{1-b}: Sırt masajı, sezaryen sonrası kadınların konfor düzeyini etkiler.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sezaryen Doğum

Sezaryen doğum, 500 gr ve üstünde ağırlığı olan fetüsün dışarıda yaşayabilecek olgunluğa erişince, plasenta ve membranlarıyla birlikte karın ve uterus ön duvarına yapılan insizyon ile doğurtulmasıdır (23, 24). Ülkelerdeki sezaryen doğum oranı farklı olmakla birlikte dünyadaki genel eğilim artış gösterme yönündedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın (TNSA) 1998 verilerine göre ülke genelindeki sezaryen oranı bölgeler arasında önemli farklar olmakla beraber %13,9'dur. Daha sonra yayınlanan TNSA verilerine göre ise ülkemizdeki sezaryen oranları 2003'te %21,2, 2008'de %36,7 ve 2013'te %48,0 şeklinde belirtilmiştir (25-28). Kasım 2019'da açıklanan TNSA 2018 verilerine göre ise ülkemizdeki sezaryen oranı %52'dir (29). Dünya Sağlık Örgütüne göre (2015) ideal sezaryen oranı %10-15 aralığında olmalıdır (30). Buna rağmen sezaryen oranı hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin çoğunda önerilen seviyenin üstündedir. Bu ülkelerin bazılarının 2015 yılındaki verilerine göre sezaryen oranları; Meksika %46.8, Şili %46, Kore %38, İtalya %35.3, ABD %32.3 ve Almanya %30.2 şeklindedir (31).

Sezaryen doğum gerektiren durumlar 3 başlık altında incelenebilir. Bunlar; anneyle ilgili nedenler, fetüs ve ekleriyle ilgili nedenler ve sosyal nedenlerdir.

1. Anneye ait nedenler:

- Daha önce geçirilmiş sezaryen operasyonu
- Sefalopelvik uyumsuzluk,
- Pelvik rekonstrüktif cerrahi öyküsü,
- Gebede var olan sistemik hastalıkları,
- Eş zamanlı batın içi cerrahi gerektiren patoloji,
- Perimortem sezaryen doğum,
- Pelvik deformite
- Kalıcı serklaj

2. Fetüse ve eklerine ait nedenler:

- Malprezentasyon,
- Fetal distres (kordon prolapsusu ya da prezentasyonu)
- Fetal anomaliler (hidrosefali, anensefali, yapışık ikiz)

- Makrozomik fetüs (4000 gr'dan büyük)

3. Sosyal nedenler:

- Gebenin sezaryeni istemesi
- Doğumhane korkusu ve doğum ağrısından korkma (32, 33).

Sezaryen ameliyatlarında iki anestezi yöntemi uygulanır. Bunlar genel anestezi ve rejyonel anestezi (34, 35).

Genel Anestezi

Genel anestezi hayati fonksiyonlarda kalıcı bir değişiklik olmaksızın, geçici bilinç kaybı ve refleks aktivitede azalma ile karakterize genel duyu kaybı halidir (35, 36). Genel anestezi acil vakalarda, kanama riski yüksek olan olgularda, rejyonel anestezi kontrendikasyonlarının varlığında tercih edilir. Hızlı ve güvenilir olması avantaj sağlamaktadır. Buna karşın gebelikteki değişikliklere bağlı memelerde büyüme, larengeal bölgede ödem gibi sebeplerden dolayı entübasyon güçlüğünün diğer hastalara göre daha sık gözlenmesi, gastrik boşalmanın az olması yüzünden gebede aspirasyon ve düşük APGAR'lı bebek doğumu gibi dezavantajları vardır (35-37).

Genel anestezi ajanlarının plasentaya geçme potansiyeli olsa da klinik olarak belirgin fetal depresyon genellikle görülmez (38). Genel anestezi ile rejyonel anestezinin fetüse etkilerini karşılaştıran bir çalışmada; 1. dakika Apgar skorları genel anestezi grubunda belirgin düşük bulunmuş ancak 5. dakika Apgar skorları arasında belirgin fark olmadığı farklı anestezi tekniklerinin uzun dönemde fetüse etkilerinin benzer olduğu sonucuna varılmıştır (39, 40).

Rejyonel Anestezi

Vücudun belirli bölgesinde, sinir iletiminin engellenmesi ile cerrahi uyarana ve/veya diğer ağrılı işlemlere karşı duyarsızlık oluşturulmasıdır. İşlem yapılacak bölgeden sorumlu sinirlerin veya pleksusların çevresine, subaraknoid veya epidural aralığa lokal anestezi verilmesi ile sağlanır. Genel anesteziye farklı olarak hastanın bilinci açıktır (41). Rejyonel anesteziye maternal mortalite oranları daha düşük olduğundan genel anesteziye kıyasla daha çok tercih edilir (42, 43). Bölgesel anestezi olarak da adlandırılan rejyonel anestezinin üç kullanım tekniği vardır (41).

Spinal anestezi

Lokal anestezi ajanının beyin omurilik sıvısı içine enjekte edilmesi hedef organ olan medulla spinalis ve sinir köklerine ulaşmasına olanak tanır. Kullanılan lokal anestezi ajanları bir taraftan sodyum kanal blokajı ile iletimi engellerken, diğer taraftan da belirli nörotransmitterler aracılığı ile ileti blokajına neden olurlar. Genel anesteziyle

kıyaslandığında daha kısa operasyon süresi, daha düşük tromboz riski, intraoperatif kan kaybının daha az olması spinal anestezinin avantajları arasındadır (44). Genel ve epidural anesteziye göre intrapartum bulantı-kusmaya sebebiyet vermesi, postdural delinmeye bağlı baş ağrısı oluşturabilmesi, daha fazla hipotansiyon riski taşıması ve etki süresinin sınırlı olması ise dezavantajlarından (45, 46).

Epidural anestezi

Bölgesel anestezi yöntemi olarak uygulanan epidural anestezi, spinal sinirlerin duradan çıkıp, intervertebral foramenlere uzanırken epidural aralıkta anestetize edilmesi prensibiyle çalışan bir yöntemdir (47). Epidural anestezi sırasında lokal anestetik ajana eklenen epinefrin bir taraftan kardiyak output artmasına neden olurken, diğer taraftan beta adrenerjik stimülasyon ile vazodilatasyona neden olur (48, 49). Sistemik veya lokal enfeksiyon, antikoagülan tedavi, kanama ve şok, santral sinir sistemi (SSS) hastalıkları, lokal anestetik maddeye duyarlılık gelişmesi gibi durumlar ise epidural anestezinin dezavantajları arasında sayılır (50).

Epidural ve spinal anestezi kombinasyonu

Bu kombine teknik için set halinde birbiri içine giren spinal/epidural iğneler yapılmıştır. Bu şekilde spinal anestezinin kas gevşemesi de sağlayan hızlı ve güvenilir etkisi ile epidural anestezinin uzun süren analjezik etkisi kombine edilmiştir. Ayrıca epidural kateter yerleştirilerek postoperatif analjezi de planlanabilir. Bu özellikle sezaryen girişimlerinde uygun bir yöntem olabilir (51).

2.1.1. Sezaryan Sonrası Dönemde Ebelik Bakımı

Doğum eylemi sona erdikten, bebek, plasenta ve membranlar doğduktan sonra doğum sonu dönem (puerperal dönem, postnatal dönem, postpartum, lohusalık) başlar. Bu periyod, altı haftalık bir süreyi kapsar. Ancak bazı problemlerin olması durumunda bir yıl veya daha uzun da sürebilir (52-54).

Altı haftalık süreci kapsayan sezaryen sonu dönem üç aşamayı kapsar;

1. Kritik dönem (acil dönem): Doğum eylemi sona erdikten sonra ilk 24 saati kapsar. Bu dönemde bazı problemlerin (eklampsi, uterin inversiyon, kanama, amnios sıvı embolisi gibi) gelişme riski yüksektir. Bundan dolayı kritik dönemde annenin sık sık izlenmesi ve yakından takip edilmesi gerekir.

2. Erken doğum sonu dönem: Kritik dönemi de içeren ilk 1-7 günü kapsar ancak kritik döneme göre daha yavaş gelişir.

3. Geç doğum sonu dönem: erken doğum sonu dönemin ardından altıncı haftaya kadar olan süreci kapsar (1-6. Haftalar). Bu dönem, annede meydana gelen gerileyici (retrogressive) ve ilerleyici (progressive) değişikliklerle karakterizedir.

Sezaryen sonu dönem; doğumdan sonraki ilk saatlerde başlamak üzere kadında fizyolojik olarak bazı ilerleyici ve gerileyici değişikliklerle karakterize olan dönemdir. Özellikle ilk 3-4 gün içerisinde uterus, serviks, vajen ve perinede gözlenen belirgin değişimler gerileyici değişiklikleri oluştururken; laktasyon için hazırlanan memelerde gözlenen değişimler ise ilerleyici değişiklikleri oluşturmaktadır (54, 55).

Bu hızlı yenilenme süreci annenin, değişen fizyolojik ve psikososyal duruma (annelik rolü) yeniden uyum sağlamaya çalıştığı bir geçiş dönemdir (56, 57). Bunlara ek olarak sezaryende anne anestezi aldığı için abdominal insizyonu ve ağrısı vardır (57-59). Bundan dolayı bu dönemde, anne ve ailenin yoğun stres yaşadığı görülmektedir. Anne hızla değişen bu duruma uyum göstermeye çalışırken psikolojik ve davranış değişiklikleri gösterebilir (60, 61). Bu dönemde anne, fiziksel olarak gebeliğinden önceki duruma dönme, emzirme sürecini başarılı olarak yürütme, bebeğine yönelik bakım ihtiyacını karşılayabilme, bebeğiyle güvenli ve sağlıklı iletişim kurabilme ve kendi gereksinimlerini (gelişimsel, duygusal ve fiziksel) karşılama ihtiyacındadır (62).

Bu dönemde annenin oldukça kapsamlı, kaliteli, titiz ve dikkatli bir bakıma ihtiyacı vardır. Bundan dolayı ebenin sezaryen sonu dönemine yönelik fizyolojik ve patolojik bulguları değerlendirebilmesi, ortaya çıkacak herhangi bir anormal bulguya yönelik doğru ve hızlı girişimlerde bulunabilmesi ve annenin gereksinimlerine yönelik danışmanlık yapıp destek olabilmesi gerekir. Kadınların anne olduktan sonra sürdürecekleri sağlık düzeyleri bu dönemde aldıkları bakımın kalitesi ve niteliği ile yakından ilgilidir (63).

2.2. Ağrı

Ağrı, yüksek düzeyde rahatsızlık hissi veren, zihin ve beden için hoş olmayan bir sıkıntı, duygu ya da acı olarak tanımlanır (64, 65). Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneğinin yapmış olduğu tanımlamaya göre ise ağrı; hoş olmayan, gerçek veya potansiyel doku hasarı veya tehdidi ile birlikte bulunan, duyuşal ve hissi deneyim şeklinde tanımlanmıştır (66-68). Ancak, McCaffery tarafından yapılan tanımın klinik olarak en yararlı tanım olduğu tüm otoriteler tarafından kabul görmüştür. Bu tanıma göre ağrı; hastanın ağrısının var olduğunu ifade etmesidir ve ağrının varlığı için bunun yeterli olduğu belirtilmiştir (69-71).

2.2.1. Ağrı Teorileri

Ağrı mekanizmasını, oluşumunun altında yatan esas sebepleri ve algılanmasını açıklamak amacıyla birçok teori geliştirilmiştir. Bu teoriler; Duyusal Etkileşim Teorisi, Yoğunluk Teorisi, Duyusal Teori, Psikolojik ve Davranışsal Teori, Pattern Teorisi, Endorfin Teorisi ve Kapı Kontrol Teorisi olarak sıralanmıştır. Günümüze kadar geçerliliğini koruyan ve en çok kabul gören teoriler ise Endorfin Teorisi ve Kapı Kontrol Teorisidir (72, 73).

Kapı Kontrol Teorisi

Spinal kord dorsal boynuzunda bir mekanizmanın kapı gibi davranarak periferden gelen afferent informasyonu bloke ettiği veya geçişine izin verdiği Wall ve Melzack tarafından (1965) öne sürülmüş, 1988 yılında da geliştirilerek kapı kontrol teorisi olarak literatüre girmiştir (74, 75). Teorinin öne sürdüğü temel bileşenlere göre; ağrının hissedildiği durumlarda kapı açıktır ve uyarılar sinir sisteminden iletilerek bilinç düzeyine ulaşır. Kapının kapalı olduğu durumlarda ise ağrı uyarıları sinir sisteminden iletilemez ve dolayısıyla da bilinç düzeyine ulaşamadığından ağrı oluşamaz (66, 76).

Endorfin Teorisi

Endorfin teorisinin ortaya atılması kapı kontrol teorisinden sonraki zamanlara rastlamaktadır (1970-1980). Teorinin temelinde endorfin adı verilen ve vücutta üretilen bazı maddeler tanımlanmış, bu maddelerin narkotik benzeri etki gösterdikleri belirtilmiştir. Santral sinir sistemi (SSS) tarafından üretilen endorfinlerin çalışma prensibi, beyindeki opioid reseptörlere bağlanacak şekilde morfin vb. türevleri gibi hareket etmek ve bunun sonucunda da ağrı iletimini bloke etmek şeklinde açıklanmıştır (17, 66, 70,77).

Endorfin salınımını azaltan ve arttıran bazı durumlar vardır. Alkol ya da morfinin uzun süre kullanımı, uzun süreli ağrıya maruz kalma ve stres faktörünün yinelenmesi endorfin salınımını azaltırken; hafif düzeyde fiziksel egzersiz ve hafif düzeyde stres, bazı akupunktur türleri, TENS (Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu) uygulamaları, yoğun travma durumları ve masaj endorfin salınımını artırır (66, 76, 78).

2.2.2. Postoperatif Ağrı

Postoperatif ağrı; cerrahinin bir komplikasyonu olarak tanımlanabilir ve bu ağrının yeterli bir şekilde ortadan kaldırılmamasının zararlı fizyolojik ve psikolojik sonuçlara yol açtığı ve dolayısıyla önemli ölçüde morbidite ve mortaliteye neden olduğu öne sürülmektedir (79, 80). Cerrahi girişimin travması sonucu görülen akut postoperatif ağrı, nöral yapıların direkt zarar görmesi ve nosireseptörlerin uyarılması ile oluşur (79).

Gelişen teknoloji ile birlikte yeni cihazlar, ilaçlar ve teknikler üretilmiş ancak postoperatif ağrının tamamen ortadan kaldırılması henüz mümkün olmamıştır. Cerrahi operasyon sonrasında takibi yapılan hastaların hemen hemen dörtte üçünde akut ağrı tespit edilmiş ve bu hastaların %80'inde de ağrı şiddetinin yüksek ve orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (81, 82).

Postoperatif dönemdeki ağrı akut, uzamış ve kronik ağrı olmak üzere üç aşamada değerlendirilir. İlk yedi günde görülen ağrıya akut ağrı, yedi günü geçen ağrıya uzamış ağrı ve üç aydan daha uzun süren ağrıya ise dirençli postoperatif ağrı ya da kronik postoperatif ağrı denir (83, 84).

2.2.3. Postoperatif Ağrıyla Başetmede Uygulanan Farmakolojik Yöntemler

Narkotik Olmayan Analjezikler (Non-Steroid Antiinflatuvar İlaçlar-NSAİİ)

NSAİİ tek başlarına hafif ile orta derecedeki ağrıda etkili olmaktadır. NSAİİ kullanımı, gastrointestinal sistem fonksiyonlarının geri gelmesinde, bulantının azalmasında, solunum depresyonunun düşmesinde ve hasta memnuniyetinin artmasında yardımcı olurlar. Ayrıca postoperatif dönemde hipertermi riskini de kontrol altına alır. Bununla birlikte dispepsi, bulantı, kusma, gastrointestinal hemoraji gibi komplikasyonlar da ortaya çıkabilir (70, 85).

Narkotik Analjezikler (Opioidler)

Opioidler, spesifik reseptörlere bağlanarak morfin benzeri etki oluşturan, natürel veya sentetik, egzogen maddelerdir. Opioidler, postoperatif ağrı tedavisinin köşe taşlarından biridir. Genelde Opioidler orta ve ciddi postoperatif ağrıda, parenteral (intravenöz veya intramüsküler) uygulanırlar çünkü bu yollar oral yoldan uygulamaya göre analjeziğin etkisinin başlamasında daha hızlı ve güvenilir olmaktadır. Ancak opioidlerin, hiperaljezi de oluşturabilecekleri akılda tutulmalıdır ve tolerans gelişimi ağrı tedavisini zorlaştırabilir (70, 85).

Adjuvan Analjezikler

Esas kullanım alanı ağrı tedavisi dışında olan, ancak günümüzde, bazı ağrı sendromlarında da faydalı oldukları bilinen, birbirlerinden çok farklı farmakolojik gruplara ait ilaçların tümünü kapsayan bir kavramdır. Bu ilaçların ortak yanları analjeziye faydalı olmalarıdır. Adjuvan analjezikler başta nöropatik kökenli ağrı olmak üzere diğer kanser dışı kronik ağrı sendromlarında (baş ağrısı, bel ağrısı) çoğu zaman birincil seçenek olarak kullanılırlar ve temel tedaviyi oluştururlar. Bu analjezikler tek başlarına yeterli

olabildikleri gibi, kendi aralarında birbirleri ile veya primer analjezikler (NSAİİ, zayıf ve kuvvetli Opioidler) ile kombine edilerek de kullanılabilirler. Bu bağlamda analjezik merdiveninin her basamağında yerleri vardır. Antidepressanlar ve antikonvülzanlar, en sık kullanılan adjuvan analjeziklerdendir (70, 85).

2.2.4. Postoperatif Ağrıyla Başetmede Uygulanan Nonfarmakolojik Yöntemler

Nonfarmakolojik yöntemlerin uygulanması ağrı üzerinde olumlu etki gösterdiğinden son yıllardaki kullanımı yaygınlaşmıştır. Ağrıyı gidermede nonfarmakolojik yöntemlerin kullanım amacı, analjezik kullanım oranının azaltılması ve bunun sonucunda da hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesidir (86, 87). Ağrıyla başetmede kullanılan Nonfarmakolojik yöntemler üç şekilde sınıflandırılır.

- Periferik Teknikler: TENS, masaj uygulama, sıcak-soğuk uygulama, terapötik dokunma, vibrasyon, deriye mentol uygulama.
- Kognitif (Bilişsel)-Davranışsal Teknikler: Gevşeme, hayal kurma, bilişsel stratejiler kullanma, dikkati başka yöne çekme, müzik dinleme.
- Diğer teknikler: Plasebo uygulaması ve akupunktur.

Periferik Teknikler: Ağrıyı azaltmak veya ortadan kaldırmak amacıyla deri uyarımını temel alan girişimlerdir.

Masaj: Masajın etkisi ile dokulardaki kan ve lenf dolaşımı artar, solunum derinleşir, sinir uçlarının uyarılması ile duyu sinirleri etkilenerek uyarı tüm vücuda yayılır, genel bir gevşeme hali dinlenme ve uyku hali meydana gelir (88, 89).

Terapötik Dokunma: Vücuttaki enerji noktalarına dokunarak ağrı gidermeyi amaçlayan bir yöntemdir. Bioenerji adını da alan bu yöntemde hastanın varlığını algılayıp simetrik enerji noktaları belirlendikten sonra enerjinin düzenlenmesi ve böylece tedavinin gerçekleşmesi sağlanmaktadır (90, 91).

Sıcak-Soğuk Uygulama: İyileşmeyi hızlandırmak ve ağrıyı hafifletmek amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadırlar. Isı reseptörlerini uyararak ağrıyı devre dışı bırakıp reflekslerin uyarılması temeline dayanır (68).

Deriye Mentol Uygulama: Uygulandıkları bölgede serinlik, sıcaklık hissi meydana getirerek eksternal lokal analjezi etkisi gösterir. Mentha cinsi bitkiden alınan mentol ile hem ağrıyı hafifletmek hem de mentolün ferahlatıcı etkisinden faydalanmak prensibinden hareketle kullanılan bir yöntemdir (66, 92).

Vibrasyon: Vibratörler aracılığıyla uygulanan bu yöntem, uygulandığı bölgede hissizlik ve anestezi etkisi oluşturarak ağrıyı giderme ya da azaltma prensibine dayanır. Elektrik masajı olarak da adlandırılır (66, 92).

TENS (Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu): Non invazif bir yöntem olup travma ağrısının giderilmesinde diğer analjezi yöntemleriyle birlikte kullanılabilir. Postoperatif ağrı tedavilerinde TENS uygulamaları analjezik gereksinimini azaltmaktadır. TENS, travma ağrısında NSAİİ lar gibi Adjuvan olarak kullanılmaktadır (93, 94). Cerrahi operasyonlar sonrasında kullanımı yaygınlaşmış ve akut-kronik ağrı yönetiminde kullanım onayı, ilgili otoriteler tarafından verilmiştir (93, 95).

Kognitif (Bilişsel)-Davranışsal Teknikler: Duyusal faktörlerde oluşturdukları etkiler yoluyla ağrıyı azaltarak ya da gidererek etki gösterirler.

Gevşeme Teknikleri: Vücuttaki kas gerginliğini azaltması, SSS'deki aktivasyonu sağlaması, sempatik sinir sistemini uyararak kademeli bir şekilde kasların gerilmesi ve gevşetilmesi esasına dayanan bu yöntem, anksiyete, kızgınlık, ağrı, uykusuzluk ve doğum gibi birçok durumda kullanılır (78, 96). Yöntemin kullanılmasıyla ağrıya odaklanan hastanın dikkati başka yöne çekilir, endorfin salınımı artırılarak ağrıya baş etmesi artar ve bunun sonucunda da algılanan ağrı düzeyi azaltılmış olur (66, 91, 97).

Dikkati Başka Yöne Çekme: Bu yöntemde, kişinin dikkatini başka yöne odaklayarak algıladığı ağrı düzeyini azaltma prensibi temel alınarak uygulanır (66, 89). Dikkatini başka yöne çekme hali, kişinin hissettiği ağrıyı tamamen ortadan kaldırmaz ancak ağrıya olan toleransı artırır (92, 98). Kişinin hoşlandığı şeylere odaklanarak ağrıyı yönetmesi, kontrolün hastanın kendisinde olduğunu hissetmesi, ağrı duyumunun şiddetini azaltarak hastadaki ağrı eşliğinin de yükselmesine olanak sağlar (66, 89).

Müzik: En eski tedavi yöntemlerinden olan müzik, fiziksel ve mental sağlığı sürdürmek, sağlık durumunu geliştirmek için geçmişten günümüze kullanılan bir yöntemdir (66, 99, 100). Müzik terapisi, endorfin salınımını artırarak kişiyi rahatlatır, bireyin ağrıya dayanma gücünü artırır (101-103).

Hayal kurma: Biyolojik yönden iyileşme cevabını tetikleyen, bireyin zihnen hayal oluşturarak aklını ve vücudunu etkilediği bir bilişsel yöntemdir. Kişi, var olan ağrı, hastalık durumunu daha iyi anlar, dikkatini başka yöne verir, bunun sonucunda hem gevşemeyi sağlar hem de dolaşımını rahatlatmış olur (104-106).

Bilişsel stratejiler: Bireyin algıya karşı verdiği cevabın, ağrı durumundaki davranışlarının sadece fiziksel ya da algısal olmadığını aynı zamanda bireyin ağrıya verdiği anlamla da ilgisi olduğunu temel alan bir yaklaşımdır. Kişiyi ağrıya dayanmasını

sağlamak amacıyla dikkatini başka şeylere vermesini sağlayacak şekilde bilişsel eğitim verilir. Eğitim ile ağrıya verilen cevabı veya davranışları etkileyen, tedaviye uyumu bozan, davranış, inanış ve düşüncelerin azaltılması ya da değiştirilmesi hedeflenir. Sürecin sonucunda ise ağrıya karşı kişide olumlu düşünce ve davranışlar geliştirilerek ağrıya yönelik algı olumlanır, ağrıyı kontrol etme yeteneği artırılmış olur (66).

Diğer Teknikler

Akupunktur: Tekniğe göre ağrı yaşanan bölgedeki periferal sinirlere özel iğnelerle piercing uygulaması yapılır. Tekniğin mekanizması BOS serotonin, endorfin düzeyini ve endojen opioid peptit düzeyini artırarak ağrıyı azalttığı şeklinde açıklanmıştır (107).

Plasebo Uygulaması: Plasebo etkisi, fiziksel herhangi bir etkiye sahip olmayan bir girişimin hastalıkta veya rahatsızlıkta, subjektif olarak meydana getirdiği herhangi bir gelişme veya değişiklik olarak tanımlanır. Plasebonun etki mekanizması, endojen opioid sistemleri uyararak ağrıyı giderdiği şeklinde açıklanmıştır (66, 107).

2.2.5. Sezaryen Sonrası Dönemde Ağrı

Sezaryen sonrasında görülen insizyon ağrısı, sezaryen olgularındaki majör problemlerden biridir ve bu dönemde en erken görülen yakındır. Son yıllarda ağrı tedavisi konsepti ağrıyı azaltmanın yanı sıra hastanın konforunu arttırmaya doğru ilerlemiştir. Bu durum ağrı skorunun azaltılmasının yanı sıra analjezik ajan ilişkili yan etkilerin de minimum düzeyde tutulması anlamına gelmektedir. Bulantı, kusma, idrar retansiyonu ve sedasyon gibi yan etkilerden kaçınılması hastanın toparlanmasını kolaylaştırmakta ve hastanede kalış süresini kısaltmaktadır (55, 108).

Doğum sonu dönemde ortaya çıkan baş ağrısı, sezaryen doğum yapan çoğu kadının ağrı ile ilgili yaşadığı bir diğer problemdir. Çoğunlukla birkaç gün içinde postural nitelikte oksipital veya frontal bölgelerde, boyuna ve çift taraflı omuz bölgesine yayılabilen, zonklama tarzında bir ağrı meydana gelir. Ağrıya sıklıkla kranial sinir semptomları veya bulantı-kusma eşlik eder (55). Ayrıca, gebelikte meme dokusunda meydana gelen lenfatik ve venöz dolgunluk sonucunda ortaya çıkan ödemin aşırı olmasına bağlı olarak da ağrı görülebilir. Bununla birlikte doğumdan sonra bebeğin çok güçlü emmesi, meme ucunun temiz ve kuru tutulmaması ve yanlış emzirme tekniği gibi nedenlerden dolayı meme ucunda çatlak oluşabilir ve memelerde ağrı meydana gelebilir (43, 55).

Sezaryen sonrası kadınların yaşadığı ağrının mutlaka değerlendirilmesi ve uygun ebelik bakımının verilmesi, annenin doğum sonu döneme daha aktif katılması açısından oldukça önemlidir (109).

2.2.6. Sezaryen Sonrası Dönemde Ağrıya Yönelik Ebelik Yaklaşımı

Ağrının yönetimi ve değerlendirilmesi konusunda uluslararası düzeyde standartlar oluşturan Sağlık Bakım Organizasyon Komitesi hastalarda beşinci yaşam bulgusu olarak ağrının değerlendirilmesini önermektedir. Bu standartlara göre “ağrı tüm hastalarda değerlendirilmelidir” ve “ağrı değerlendirilmesinde ve yönetiminde en güvenilir kaynak hastanın kendisi” dir. Ağrı yönetiminin önemini gösteren bu standartlar şu şekilde sıralanmıştır;

- Kişiye verilen bakım, sadece hastalığı tedavi etmek amacıyla değil, hastalıkla beraber diğer semptomları ve var olan ağrıyı da tedavi etmeyi kapsar.
- Ağrının değerlendirilmesi düzenli olarak yapılmalı ve ağrının eksiksiz olarak değerlendirilip yönetiminin doğru bir şekilde sağlanabilmesi için görev yapacak olan personelin eğitim alması sağlanmalıdır.
- Aktif olarak ağrı yönetiminin sağlanabilmesi için hem hastanın hem de ailesinin katılımı sağlanmalı ve değerlendirilen ağrı durumu, söz konusu hastaya olmalıdır.
- Ağrıya yönelik düzgün ve eksiksiz kayıt tutulması sağlanmalıdır (ağrının özelliği, şiddeti, lokalizasyonu, sıklığı ve süresi) (110).

Ağrı kontrolü aslında bir ekip işidir ve multidisipliner bir yaklaşımla yürütülür. Ebe, sezaryen sonrası dönemde diğer sağlık profesyonellerine göre kadınla daha fazla zaman geçirdiğinden, bu ekibin vazgeçilmez bir parçasıdır. Ebe, kadının, ağrıya cevabını, ağrıyla baş etme mekanizmalarını en iyi şekilde gözlemleme olanağına sahiptir. Böylece post-operatif dönemde anne-bebek etkileşimi ile emzirmenin başlayabilmesi için etkin ağrı kontrolü sağlanmış olur. Bu dönemde kadına gerektiğinde yeni baş etme stratejilerini öğretir, planlanan analjezik tedavisini uygular, kadına rehberlik eder ve bu girişimlerin sonuçlarını değerlendirir (16, 74, 111). Ayrıca doğum yapmış kadınlarda postoperatif ağrı yönetimi, çok yönlü ve girişimsel bir yaklaşım gerektirir. Bu nedenle, postoperatif ağrı yönetimi için farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin iyi bilinmesi, bu konuda ebelerin eğitim alması ve uygulamaya geçirmesi, sezaryenden sonra klinik uygulamada önemli rol oynar (112). Ebelerin, ağrı değerlendirmesi yapmaları kadınların günlük yaşam kalitelerini arttırması bakımından da önem taşımaktadır.

2.3. Konfor Kavramı

Kolcaba, tanımladığı konfor kavramını, “bireyin gereksinimleri ile ilgili ferahlama, huzuru sağlama ve sorunların üstesinden gelebilmeye ilişkin fiziksel, psikospiritüel, sosyal ve çevresel bütünlük içerisinde kompleks yapıya sahip beklenen sonuç” şeklinde literatüre kazandırmıştır. Katharine Kolcaba 1988 yılında dört felsefi bakış açısından etkilenerek Konfor Kuramı’nın taksonomik yapısını oluşturmuş ve geliştirmiştir (113, 114). Kolcaba’nın konfor kuramının çatısı holizm kavramından oluşmaktadır ve insan gereksinimleri holizm kavramında sonra gelir. Bununla birlikte konfor bakımının ve hasta konforunun bireysel, karmaşık ve bütüncül olduğunu da vurgulamaktadır. Bundan yola çıkarak konforu iki aşamalı olarak incelemiştir. İlk aşamada kişide bireysel olarak karşılanan konfor gereksinimini yoğunluklarına göre değerlendirmiş ve bunları “ferahlama”, “rahatlama” ve “üstünlük” olarak belirlemiştir. İkinci aşamada ise incelediği konfor kuramını dört boyutta ele almış ve bunları “fiziksel”, “psikospiritüel”, “sosyokültürel” ve “çevresel” olarak açıklamıştır (113, 114).

Ferahlama

Bu aşamada Kolcaba, ihtiyaçları karşılanan bireyin, sonunda sıkıntıdan kurtulmuş olacağını ve en nihayetinde de ferahlık hissedeceğini belirtmiştir. Örneğin, ağrısı olan hastanın analjezi ile ağrısı geçer ve bunun sonrasında ferahlama yaşar (114).

Rahatlama

Kolcaba bu aşamayı bireyin huzur içinde, rahat ya da sakin olması şeklinde tanımlanmıştır. Bununla birlikte memnun olduğunu ifade etmesi, rahatlama ve memnuniyetten söz etmesi durumudur (113, 114).

Üstünlük

Kolcaba, bu aşamada üstünlük tanımından yola çıkarak sıradan güçleri arttırıldığı takdirde bir kişinin sorunlarının da üstesinden geleceğini belirtmiş ve buna göre konfora yönelik ihtiyaçları olan bireylerin, bu ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması durumunda, konforun üstünlük derecesi olan sorunların üstesinden gelme düzeyine ulaşabileceğini belirtmektedir (113, 114).

Çevresel Konfor

Kolcaba’ya göre çevresel konfor; hastaneye yatırılan bireylerin hem bilişsel hem de fiziksel fonksiyonlarını destekler ve bundan dolayı öncelikli boyut olarak değerlendirilmelidir. Bireylerin hastanede kaldığı ortamın rengi, sıcaklığı, aydınlık olması, pencerede görülen manzara, güvenilir çevre gibi kavramlar çevresel konfor

alanında değerlendirilir. Bu durumda ortamın gürültülü ve soğuk olması, ışığın çok parlak olması, kargaşa, karışıklık durumunun yaşanması, sedye ve yatakların rahat olmaması, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmemesi kişinin konforunu azaltan durumlardır (113-115).

Fiziksel Konfor

Fiziksel konfor alt boyutu bedensel algılarla ilgilidir ve buna göre olan hastalığa karşı verilen fizyolojik cevaplar, uyku, dinlenme, eliminasyon ve beslenme gibi fiziksel durumları etkileyen faktörleri içermektedir. Hastalık kişide uyaran oluşturursa ya da oluşturmasın, fiziksel konfor kişinin hastalığa karşı verdiği tepkiden etkilenir. Fiziksel konforun etkilendiği durumlarda kişide bazı fizyolojik değişimlerin (sıvı elektrolit dengesi, kan biyokimyasının dengeli ve düzenli olması, oksijen saturasyonunun yeterli olması, solunumun normal aralıkta seyretmesi) meydana gelmesi de kaçınılmazdır. Yaşam göstergelerinin herhangi birinde ortaya çıkan normalden sapma durumlarında, fiziksel konforun da etkilenmesi kaçınılmazdır (113-115).

Sosyokültürel Konfor

Sosyokültürel konforda karşılanması gereken ihtiyaçlar, danışmanlık ve bilgi verme, bireye bakım verirken alışkanlıklarını, kültürel geleneklerini ve dini hassasiyetlerini dikkate alma, kişilerarası iletişimi sağlama, finansal destek sistemlerinden yararlanabilme, taburculuğun planlanması, taburculuk eğitimi ve evde bakımın sürdürülmesidir. Hem sağlık profesyonellerinin hem de ailedeki üyelerin duyarlı ve bilinçli davranmaları gerektiğini belirten Kolcaba, bu takdirde sosyal konforun iyileşmesinin kolaylaşacağını ifade etmiştir. Bununla birlikte kültürel geleneklerin önemsenmemesi ve uygulanmaması, bakımın kalitesiz ve özensiz olması, aileden ayrılma ve sosyal güvencesinin olmaması sosyokültürel konforu azaltan durumlardır (113, 114).

Psikospiritüel konfor

Psikospiritüel konfor gereksinimleri içinde ruhsal, akılsal ve manevi bileşenler yer alır. Bu bileşenler, benlik kavramı, kendinin farkında olma, öz saygı ve cinsellik gibi bireyin yaşamına anlam veren duygulardan oluşmaktadır. Psikospiritüel konfor gereksinimleri, karşılanması için zamana ihtiyaç duyulan ve giderilmesi hemen mümkün olmayan gereksinimlerdir (113-115, 116).

2.3.1. Doğum Sonu Konfor ve Ebelik Yaklaşımı

Doğum sonu dönem, hem annenin hem bebeğin hem de ailenin sağlığını geliştirilmesi ve korunmasının sağlanması ve bu iyilik halinin sürdürülebilirliği açısından kritik öneme sahiptir. Bu dönem, ailenin yaşamında çok kısa bir periyodu içermesine rağmen, psikososyal dengelerin bozulduğu, hem annenin hem de ailenin yoğun stres altında olduğu ve karmaşık bir yenilenme sürecinin yaşandığı bir kriz dönemidir (59, 117). Annenin, kendi ihtiyacıyla birlikte bebeğinin de ihtiyacı karşılayabilmesi oldukça önemlidir. Bundan dolayı doğumu izleyen ilk saatlerde annenin ağrısının azaltılması, hijyenik gereksinimlerinin karşılanıp rahatlatılması, kanamasının kontrol altına alınması, mobilizasyonunun sağlanması, bebek bakımıyla ilgili yardım alması, beslenme düzeninin normale dönebilmesi için desteklenmesi gereklidir. Bununla birlikte eğer kadın spontan vajinal doğum dışında sezaryen doğum yapmışsa bu dönemde karşı karşıya kalacağı problemler daha fazla olacaktır. Sezaryen doğumdan sonra kadının 6–12 saat gibi bir süre ayağa kalkamaması, mesane kateteri olması, oral beslenmeye geçebilmesi için bağırsak hareketlerinin başlamasını beklemek gibi bazı durumlar kadının konforunu bozan durumlardır. Ayrıca, sezaryenle doğum yapan kadınlar yeni doğanın bakımını sağlamada, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede ve en önemlisi özellikle kendi öz bakımını yürütmekte daha çok zorlanırlar (118, 119). Bunun dışında, anestezinin olumsuz etkileri, insizyon bölgesinde ortaya çıkan ağrı, baş-boyun-bel ağrıları, halsizlik, vb. gibi durumlar da kadınların konforunda belirgin şekilde bozulmalara yol açar. Yaşanan bu durumlara rağmen, kadının bu zorlu döneme uyumunun kolaylaşmasında kilit rol oynayan kişiler, hem anneye hem de bebeğine bakım veren ebe ve hemşirelerdir (54, 120). Ebe bakım verirken; kadının gereksinimlerine yönelik veri toplamalı ve konforunu arttıracak girişimleri planlayarak uygulamalıdır. Böylece kadının konfor düzeyinin yükselmesini sağlayacak bireyin bakım kalitesine, memnuniyetine ve doğum sonu yaşam kalitesine oldukça önemli katkı sağlamış olacaktır. Bundan dolayı ebelerin, annelerin beklentilerine ve ihtiyaçlarına yönelik bakım vermeleri son derece önemlidir (113).

2.4. Masaj

Masaj, pek çok rahatsızlığın ve hastalığın giderilmesi ya da azaltılması için çoğu kültürde yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Günümüzde en eski tedavi yöntemlerinden biri olarak bilinir ve farklı kültürler tarafından da yaygın olarak kullanılmıştır. Yapılan darbe ve ovmalarla kan dolaşımını artıracak şekilde vücut dokularına uygulanan bilimsel ve sistematik bir manipülasyon olarak ifade edilir (122).

Masaj, doğal yoldan vücudun kontrol yeteneğini uyarır, kas spazmını çözerek hipoksik durumları azaltır, sinir sistemini uyararak serotonin, endorfin gibi maddelerin salınımını arttırarak ağrı eşiğinin yükseltir. Bunun dışında hem anksiyolitik hem de analjezik etkili oksitosin salınımını uyardığı belirtilmektedir (121, 123, 124).

Masajın Kontrendikasyonları

Masajın yapılmasının sakıncalı olduğu bazı durumlar veya hastalıklar vardır. Ateşli hastalıklarda, ağır kalp hastalığı olan kişilerde, tümörler veya anlaşılamayan kitleler üzerine masaj uygulanmamalıdır. Bunun dışında; ciddi varikoz venlerin varlığında, bazı damar hastalıklarında, kronik hipertansiyon hastalıklarında, yemekten hemen sonra, akut yaralanmalarda, tromboemboli, emboli varlığında ve yapılan masaj maniplasyonlarından rahatsız olunması durumunda da masaj uygulanmamalıdır. Ayrıca, peritonit, gebelik ve apandisit gibi durumlarda da abdomene masaj uygulamak kontrendikedir (14, 122, 124).

2.4.1. Derin Doku Masajı

DDM, özellikle kas, fasya ve konnektif doku gibi vücudun farklı tabakalarındaki derin dokulara odaklanmış bir cins terapötik masaj tekniğidir. Uygulanan basınç ve masaj tekniklerine ek olarak germe tekniklerinin de kullanılmasıyla DDM ile gergin ve kısalmış kaslar, ağrı ve postür bozuklukları üzerinde oldukça etkili sonuçlar elde edilmektedir. Uygulamalar sırasında parmak eklemleri, yumruklar, dirsekler ve çeşitli pozisyonlamalardan yararlanılır (14, 124).

DDM'de yavaş ve derin uygulanan stroklarla, kas fibrillerinin restorasyonu ve bozulmuş fonksiyonunun tekrar elde edilmesi sonucunda normal eklem hareketinde artış görülmektedir. DDM ile özellikle kronik problemi olan gergin sahalar (boyun, bel, sırt, omuz) üzerinde yoğunlaşılır (122, 125).

DDM, temel masaj tekniklerinin tümünü içerir. Aynı zamanda klasik masajdaki hareketler ve tekniklerle oldukça benzerlik gösterir. Buna rağmen klasik masajla kıyaslandığında hareketler daha yavaş olup daha çok gergin ve ağrılı bölgeye yoğunlaşmıştır. Basınç ise daha şiddetli uygulanır. DDM uygulamasında kasların ayrı ayrı palpe edilmesi önemlidir. Hafif uygulanan masaj tekniklerine göre DDM, çok aşırı efor gerektirmezken, derin dokuların rahatlatılmasında oldukça etkilidir. Sert bir masaj yöntemi değildir. Dolaşımı arttırarak dokuların beslenmesini sağlar, metabolitlerin atılımına yardımcı olur ve iyileşmeyi hızlandırır (14, 122, 124, 125).

Derin Doku Masajının Kullanım Alanları

DDM, genel gevşeme etkisinin yanı sıra, spesifik problemlerin giderilmesine odaklanmaktadır.

- Kas ağrıları,
- Hareket kısıtlılığı,
- Yaralanma sonrası (düşmeler, spor yaralanmaları)
- Karpal tunel sendromu gibi tekrarlayan yaralanmalar,
- Bozuk postür,
- Osteoartrit bağı ağrı,
- Fibromiyalji,
- Esnekliğin artırılması,
- Kan ve lenf gibi sıvıların dolaşımının artırılması,
- Selülitis,
- Spor yaralanmaları,
- Adezyonlar,
- Skar dokuları,
- Aşırı kullanım sonucu oluşmuş kas dokuları
- Mekanik bel ve boyun ağrıları
- Baş ağrıları (14, 122, 124, 126, 127).

2.4.2. Doğum Sonu Dönemde Masaj ve Ebenin Rolü

Doğum sonu dönem, anne-babanın yeni rollere alıştığı, aile kavramını yeniden gözden geçirdiği, bebekle iletişime geçip bebeğe bakım verdiği, bebek için güvenli çevre oluşturduğu bir dönemdir. Bu dönemde anne, vücudundaki değişimlere de uyum sağlamaya çalışır. Ayrıca, insizyon ağrısı, meme dolgunluğu, yorgunluk, konstipasyon, hemoroide bağlı ağrı gibi pek çok sorun yaşayabilir (128). Bundan dolayı bu dönem baş etme durumuna göre kriz dönemi olarak yaşanabileceği gibi, aile için çok olumlu, doyum sağladığı, iletişimlerinin arttığı ve aile bağlarının güçlendiği bir dönem olarak da yaşanabilmektedir (129). Bu dönemde aileyle en fazla iletişimde olan ve bakım veren ebe, lohusanın hem fiziksel bakımı hem de psikososyal bakımıyla ilgilenir (130). Ebe, vereceği bakımda bu sorunları öncelikli olarak ele alır, anneyi destekler, annenin de katılımını sağlayarak bu sürece uyumunu kolaylaştırır (131). Bu dönemde verilecek bakımda farmakolojik yöntemlerin yanında nonfarmakolojik yöntemlerin de

kullanılması, verilecek bakımın kapsamlı olmasını sağlayacak ve sonucun daha etkin olmasını kolaylaştıracaktır.

Nonfarmakolojik yöntemler hakkında bilgisi olan ebe, doğum sonu dönemde kullanacağı yöntemlerin seçiminde bağımsız karar verme gücüne sahiptir. Bundan dolayı bu dönemde uygulayacağı masaj girişiminin mekanizmasını bilmeli ve tekniklerini doğru uygulamalıdır. Anneye masaj uygularken, ağrı kontrolünü, ağrı bölgesini ve şiddetini iyi belirlemeli; anneye yapacağı masaj hakkında bilgi vererek katılımını sağlamalıdır (66, 78). Bu şekilde masaj yapılarak annenin yaşadığı ağrı durumu hafifletilmeye ya da giderilmeye çalışılır. Literatürde, masajın ağrı kontrolü ile ilişkisini açıklayan birçok çalışma vardır. Nixon ve ark. (1997), cerrahi sonrası gelişen ağrı tedavisinde masaj kullanmış; masaj tedavisinin postoperatif ağrı üzerine etkisini incelemiştir. Çalışma sonucunda, masaj uygulaması ile algılanan ağrı düzeyinin postoperatif dönemde azaldığını göstermiştir (21). Chang ve ark. (2006) yaptığı çalışmada da doğum sürecinde masaj uygulanan kadınlarda, uygulanmayanlara göre ağrı şiddetinin etkin bir şekilde azaldığı gösterilmiştir (132).

Ebe, masaj uygulamadan önce ortamı hazırlamalı, masaj yapılacak odanın sesiz, temiz, hafif ışıklandırılmış olmasına dikkat etmelidir. Kadına doğru pozisyon vermeli, pozisyon vermek için yastık, battaniye ya da katlanmış havlu kullanabilir. Uygulamaya başladıktan sonra, ellerin deriyle temasını kesmemeli, masajın ritmini bozmamalıdır. Ebe, uygulama için belirlediği süresi bittikten sonra masajı sonlandırmalı ve kadını bir süre dinlendirmelidir.

3. MATERYAL VE METOT

3.1.Araştırmanın Tipi

Araştırma, randomize kontrollü klinik çalışma olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yer alan Kadın Hastalıkları servisinde Mayıs 2019-Aralık 2019 tarihleri arasında yürütüldü. Klinikte Sağlık Bakanlığının Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberinde belirtilen "...sezaryen sonrası 48 saat hastanede yatırılması..." politikası gereğince kadınların post-operatif yatışı yapılmaktadır (109). Servisteki ameliyat sonrası analjezi protokolü şu şekildedir: ameliyat sonrası ilk 30 dk içinde 0.5 mg narkotik analjezik yapılır ve 6 saat sonra kadınlar mobilize edilir. Mobilizasyondan hemen önce non-steroidal anti-inflamatuar ilaçlar (NSAİİ) (her bir ampul 3 ml- 75 mg diklofenak sodyum) uygulanır. Daha sonra mobilizasyondan sonraki 6., 12., 18. saatlerde rutin olarak NSAİİ uygulanır. Servisteki bütün sezaryen doğumlarda spinal anestezi tekniği uygulanmaktadır.

Hastane kayıtlarına göre 2018 yılında 855 sezaryen doğum gerçekleşmiştir. Serviste toplam 7 öğretim üyesi, 10 asistan hekim, 5 ebe ve 5 hemşire hizmet vermektedir. Serviste rutin bakım yürütülmekle birlikte, sezaryen sonrası ağrıyı azaltacak nonfarmakolojik yöntemler (masaj vb.) uygulanmamaktadır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yer alan Kadın Hastalıkları servisinde sezaryen olan kadınlar oluşturdu. Power analizinde örneklem büyüklüğü %5 yanılma düzeyi çift yönlü önem düzeyinde, %95 güven aralığında %80 evreni temsil etme yeteneği (güç) ve sezaryen sonrası 118 (standart sapma 13.62) olan konfor puan ortalamasının (133) 6 puan artacağı varsayılarak her bir grup için 81 kadın olarak hesaplandı (81 deney, 81 kontrol). Araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan kadınlar, basit randomizasyon yöntemiyle deney ve kontrol gruplarına alındı. CONSORT kriterleri esas alınarak yürütülen örneklem seçim süreci Şekil 1'de verildi (134). Deney grubuna alınan

98 kadından 12 tanesi 1. ölçüm sonrası (4 annenin narkotik analjezik tedavi alması, 3 annede doğum sonu hipertansif durumun gelişmesi, 5 bebeğin yenidoğan yoğun bakım ünitesine alınması), 5 tanesi 3. ölçüm sonrası (3 annenin narkotik analjezik tedavi alması, 2 annenin sonraki masajı istememesi) araştırmadan çıkarıldı. Kontrol grubuna alınan 92 kadından 4 tanesi 1. ölçüm sonrası (1 annede doğum sonu hipertansif durumun gelişmesi, 3 annenin narkotik analjezik tedavi alması), 7 tanesi de 3. ölçüm sonrası (2 annenin narkotik analjezik tedavi alması, 5 annenin form doldurmak istememesi) araştırmadan çıkarıldı. Araştırma, 81 deney ve 81 kontrol olmak üzere toplam 162 kadınla tamamlandı.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

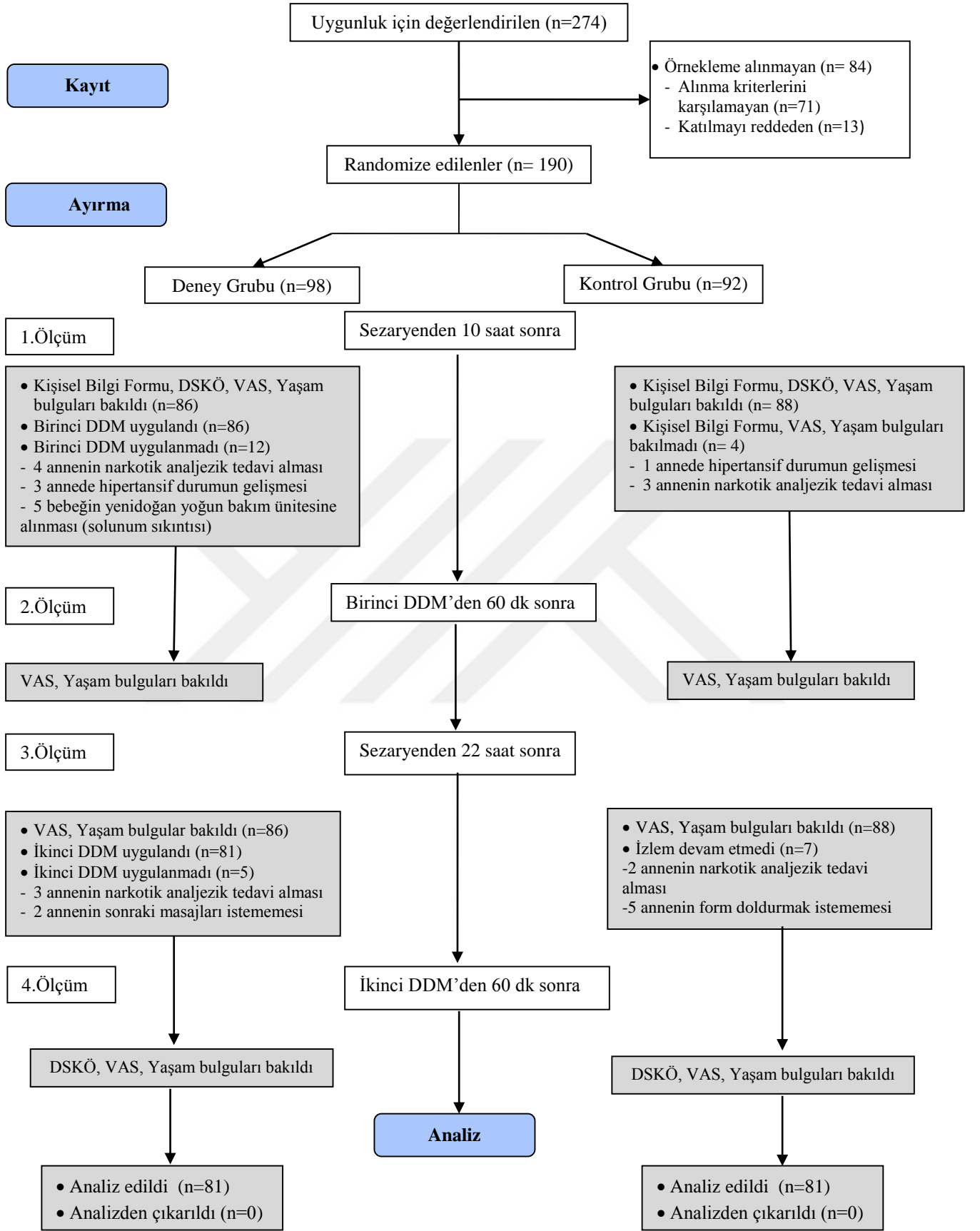
- Ağrı şiddeti Vizüel Analog Skala (VAS)'a göre 45 mm ve üzerinde olanlar,
- Miadında, tek ve sağlıklı yenidoğana sahip olan,
- Masaj gibi dokunmaya yönelik herhangi bir girişime negatif tepki vermeyen,
- Masaj yapılacak bölgede doku bütünlüğü tam ve sağlıklı olan kadınlar örneklem kapsamına alındı.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Genel anestezi ile sezaryen olanlar,
- Doğum öncesinde ve doğumda tanı almış herhangi bir problemi olanlar (oligohidroamnios, preeklampsi, kalp hastalığı, diabet, plasenta previa gibi)
- Doğum sonu dönemde anne ve bebek ile ilgili herhangi bir komplikasyon gelişenler (kanama, hipertansiyon, yenidoğan yoğun bakım ünitesine alınan bebekler vb.),
- Ameliyat sonrası rutin narkotik analjezik (post-op ilk 30 dk içerisinde 0.5 mg) dışında tekrar doz alanlar araştırmaya alınmadı.

Randomizasyon

Örneklem seçim kriterlerine uygun olan kadınlar Random.org sitesinden Numbers alt başlığından Random Integer Generator yönteminden yararlanarak 1-162 arasında sütunlar oluşturuldu. Hangi rakamın deney veya kontrol grubu olduğu çalışmanın başında kura çekilerek belirlendi. Sütunda 1 rakamına denk gelen kadınlar deney grubuna; 2 rakamına denk gelen kadınlar da kontrol grubuna randomize olarak atandı (135).



Şekil 1: Araştırma akış diyagramı

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler, Kişisel Bilgi Formu, Vizüel Analog Skala (VAS), Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) ile toplandı.

Kişisel Bilgi Formu (EK 2)

Araştırmacı tarafından literatür bilgileri taranarak oluşturulan Kişisel Bilgi Formunda kadınların bazı tanıtıcı özelliklerini (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile tipi, yaşayan çocuk sayısı vb.) belirleyen sorular yer almaktadır (3, 136, 137).

Vizüel Analog Skala (VAS) (EK 3)

Doğum sonu insizyon bölge ağrısını değerlendirmek için Vizüel Analog Skala kullanıldı. VAS 0-10 cm aralığında oluşturulan bir skaladır. Skalaya göre 0 cm: ağrı hiç şiddetli değil, 10 cm: dayanılmaz ağrıyı ifade eder. Ölçekte 0-44 mm arası hafif düzeyde ağrıyı, 45-74 mm arası orta düzeyde ağrıyı ve 75-100 mm arası ise şiddetli düzeyde ağrıyı göstermektedir (138).

Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ) (EK 4)

Doğum Sonu Konfor Ölçeği, Karakaplan ve Yıldız (2010) tarafından konfor düzeyini ölçmek amacıyla 5'li likert şeklinde geliştirilen bir ölçektir. Ölçek maddelerinin tamamı için "tamamen katılıyorum" (5 puan), ve "kesinlikle katılmıyorum" (1 puan) arasında değişen puanlama ve ifadelendirme yapılmıştır. "Tamamen katılıyorum" ifadesi olumlu cümlelerde en yüksek konforu (5 puan) ifade ederken, olumsuz cümlelerde ise en düşük konforu (1 puan) ifade etmektedir. Bu durumda ölçekten alınacak en yüksek puan 170, en düşük puan 34' tür. Ölçekten elde edilen puan ortalamasının artması konfor düzeyinin de arttığını gösterir. Ölçeğin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı toplam DSKÖ için .78 olarak bulunmuştur (22). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı .85 olarak bulundu.

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yer alan Kadın Hastalıkları servisinde, sezaryen ile doğum yapan kadınlardan ilk 24 saat içerisinde toplandı. Veri toplama araçları Mayıs 2019-Kasım 2019 tarihleri arasında araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle hasta odalarında uygulandı. Araştırmaya alınma kriterlerine uyan kadınlara, araştırmada izlenecek yöntem hakkında bilgi verildi, araştırmaya katılmak isteyenler gönüllü bilgilendirme formunu okudu ve imzaladı.

Deney grubundaki kadınlara sezaryenden 10 saat sonra Kişisel Bilgi Formu, VAS, DSKÖ uygulandı ve yaşam bulguları (ateş, solunum, nabız, kan basıncı) alınarak 1. ölçüm yapıldı. Ardından bu kadınlara birinci DDM uygulandı. Birinci DDM'den 60 dk. sonra VAS aracılığı ile ağrı şiddeti ve yaşam bulguları tekrar değerlendirilerek 2. ölçüm yapıldı. Sezaryenden 22 saat sonra 3. ölçüm yapılarak VAS ile ağrı düzeyi ve yaşam bulguları tekrar değerlendirildi ve ardından deney grubuna ikinci defa DDM uygulandı. İkinci DDM uygulandıktan 60 dk. sonra 4. ölçüm yapılarak VAS ile ağrı düzeyi, DSKÖ ile konfor düzeyi ve yaşam bulguları tekrar değerlendirildi.

Kontrol grubunda yer alan kadınlara derin doku masajı uygulanmadı ancak sezaryenden 10 saat sonra Kişisel Bilgi Formu, VAS, DSKÖ uygulandı ve yaşam bulguları (ateş, solunum, nabız, kan basıncı) alınarak 1. ölçüm yapıldı. Ardından deney grubuna uygulanan DDM uygulanma çizelgesiyle eşzamanlı olarak birinci DDM'den 60 dk. sonra VAS aracılığı ile ağrı şiddeti değerlendirildi ve yaşam bulguları alınarak 2. ölçüm yapıldı. Sezaryenden 22 saat sonra 3. ölçüm yapılarak VAS ile ağrı düzeyi alındı ve yaşam bulguları tekrar değerlendirildi. DDM uygulanma çizelgesine göre ikinci DDM uygulandıktan 60 dk. sonra 4. Ölçüm yapılarak VAS ile ağrı düzeyi, DSKÖ ile konfor düzeyi değerlendirildi ve yaşam bulguları tekrar alındı.

3.6. Ebelik Girişimi

Deney grubundaki kadınların sırt bölgesine araştırmacı tarafından DDM yapıldı. Araştırmacı, çalışma öncesinde DDM'ye yönelik eğitim (16 saat) aldı (EK 5). Çalışmanın yürütüldüğü klinikte, uygulanan analjezik tedavi protokolü göz önünde bulundurularak masaj uygulama saatleri belirlendi ve uygulama esnasında bebek yağı kullanıldı. Buna göre masaj uygulanan kadınlara analjezik tedaviden en az 2 saat önce (sezaryen sonrası 10. saat- 22. saat) DDM uygulandı. İlk masaj sezaryenden sonraki 10. saatte yapıldıktan sonra 22. saatte de aynı masaj tekrar edildi. Her kadına, uygulama öncesi açıklama yapıldı. Masaj hasta odalarında yapılmış olup mahremiyeti sağlamak için ziyaretçiler dışarı çıkarıldı. Masaj ortamının rahatlatıcı, dinlendirici ve ferah olacak şekilde olmasına özen gösterildi. Kadın, yan yatış pozisyonda, üst bacak dizden ve kalçadan 90 derece bükülü olacak şekilde ve bükülü bacağın dizi altından yastıkla destekli rahat bir şekilde uzanır vaziyette pozisyon aldı. DDM, sırt bölgesine her kadın için yaklaşık olarak 15-20 dk. uygulandı. DDM'de dolaşımı destekleyici, dokuları esnetici ve gevşetici etkisi olan öfloraj (sıvazlama), petrisaj, friksiyon yöntemleri kullanıldı. Kontrol grubuna herhangi bir girişim uygulanmadı.

Masaj Uygulama Planı

Öfloraj (sıvazlama): 8-10 dakika



Şekil 3.6.1 İki El Uygulama

İki El Uygulama (Yüzeyel): Şekil 3.6.1’de görüldüğü gibi tüm parmaklar birbirine bitişiktir ve her iki el sırtı kavrayacak şekilde yerleştirilir. Hareketler düz kayıcı ve geniş dairesel olmak üzere akıcı bir şekilde yapılır. Bası, anatomik yapıya göre, parmaklarda veya avuç içiyle birlikte parmaklarda olacak şekilde 8-10 kez yapılır.



Şekil 3.6.2 Tek El Uygulama

Tek El Uygulama (Yüzeyel): Şekil 3.6.2’de görüldüğü gibi tüm avuç içi temas halinde iken belden omuza doğru yukarı, dairesel ve transvers olmak üzere baskılı akıcı hareketler yapılır. Her hareket için 3-4 tekrar yapılır.



Şekil 3.6.3 Dört Parmak Uygulama

Dört Parmak Uygulama (El El Üstünde): Şekil 3.6.3'te görüldüğü gibi dört parmak bitişik ve temas halinde diğer elin parmakları da üstten destekli (daha derin dokulara etki etmesi için) 30 derecelik açı olacak şekilde bel hattından başlayarak erektör spinalis kaslarının lifleri yönünde omuz üstüne kadar baskılı kaymalar yapılır. Her hareket için 3-4 tekrar yapılır.



Şekil 3.6.4 Başparmak Uygulama

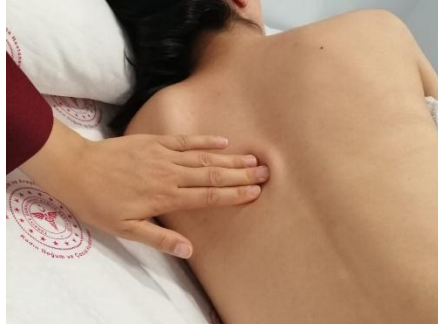
Başparmak Uygulama: Şekil 3.6.4'te görüldüğü gibi başparmak 30-40 derecelik açı olacak şekilde bel hattından başlayarak erektör spinalis kaslarının lifleri yönünde omuz üstüne kadar baskılı kaymalar yapılır. Her hareket için 3-4 tekrar yapılır. Öfloraj tekniklerinin baskılı akış yönü, venöz dolaşım ve kasların yerleşimi (lif yönü) göz önüne alınarak yapılır (19, 78).



Şekil 3.6.5 Çift El Petrisaj Uygulama

Petrisaj (Yoğurma): 4-5 dakika

Çift El Petrisaj Uygulama: Şekil 3.6.5’de görüldüğü gibi bel seviyesinden başlayarak, oblik kaslar, latisimus dorsi ve devamında trapesius kaslarına petrisaj yapılır. Her kas üzerinde 3-4 kez uygulama yapılır.



Şekil 3.6.6 Dört Parmak Uygulama

Friksiyon (Dairesel Ovma): 4-6 dakika

Dört Parmak Uygulama (Yüzeyel): Şekil 3.6.6’da görüldüğü gibi elin dört parmağı bitişik, parmak uçlarına doğru bası olacak şekilde 30 derecelik açı ile bel hattından başlayarak erektör spinalis kaslarının lifleri yönünde omuz üstüne kadar baskılı dairesel uygulama yapılır. Her hareket için 1-2 tekrar yapılır.



Şekil 3.6.7 Dört Parmak Üst Üste Uygulama

Dört Parmak Üst Üste Uygulama (Derin): Şekil 3.6.7’de görüldüğü gibi iki el üst üste parmaklar bitişik parmak uçlarına doğru bası olacak şekilde 30 derecelik açı ile bel hattından başlayarak erektör spinalis kaslarının lifleri yönünde omuz üstüne kadar baskılı dairesel uygulama yapılır. Her hareket için 1-2 tekrar yapılır.



Şekil 3.6.8 Baş Parmak Uygulama

Baş Parmak Uygulama: Şekil 3.6.8’de görüldüğü gibi başparmak 30-40 derecelik açı olacak şekilde bel hattından başlayarak erektör spinalis kaslarının lifleri yönünde omuz üstüne kadar baskılı dairesel uygulamalar yapılır. Her hareket için 1-2 tekrar yapılır.

Bitiriş: Uygulamanın bitimine doğru iki elle ve avuç içleriyle gittikçe yavaş, hafif, sakinleştirici ve rahatlatıcı sıvazlamalarla tamamlanır (19, 41,78).

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri:

- Sezaryen sonrası uygulanan derin doku masajı

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri:

- Kadınların sezaryen sonrası ağrı ve konfor düzeyi

Araştırmanın Kontrol Değişkenleri:

- Yaş, alışma durumu, eğitim düzeyi, aile tipi, gebelik sayısı ve yaşayan ocuk sayısı araştırmanın kontrol değişkenleridir. Deney ve kontrol grubundaki kadınlar kontrol değişkenleri açısından karşılaştırıldı (Tablo 3.1). İki grup arasında yaş, çalışma durumu, eğitim düzeyi, aile tipi, gebelik sayısı ve yaşayan ocuk sayısı yönünden istatistiksel olarak fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).



Tablo 3.1. Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenleri Açısından Karşılaştırılması (n= 162)

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu (n=81)		Kontrol Grubu (n=81)		Test
	n	%	n	%	
Yaş					
19-26	25	30.9	19	27.2	$\chi^2=1.988$
27-32	31	38.2	29	37.0	$p=0.370$
33-39	25	30.9	33	35.8	
Eğitim Durumu					
İlkokul mezunu	24	29.6	35	43.2	
Ortaokul mezunu	20	24.7	16	19.8	$\chi^2=3.272$
Lise mezunu	20	24.7	17	21.0	$p=0.352$
Üniversite mezunu	17	21.0	13	16.0	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	10	12.3	8	9.9	$\chi^2=0.250$
Çalışmıyor	71	87.7	73	90.1	$p=0.617$
Aile Tipi					
Çekirdek aile	64	79.0	65	79.6	$\chi^2=0.038$
Geniş aile	17	21.0	16	20.4	$p=0.845$
Gebelik Sayısı					
1 gebelik	11	13.6	8	9.9	$\chi^2=9.222$
2 gebelik	25	30.9	18	22.2	$p=0.161$
3 gebelik	31	38.3	28	34.6	
4 ve üzeri gebelik	14	17.2	27	33.3	
Yaşayan çocuk sayısı					
1 çocuk	12	14.8	9	11.1	$\chi^2=7.430$
2 çocuk	23	28.4	20	24.7	$p=0.283$
3 çocuk	32	39.5	30	37.0	
4 ve üzeri çocuk	14	17.3	22	27.2	

3.8. Verilerin Analizi

Elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SPSS 25.0 for Windows yazılımı (SPSS, Chicago, IL, USA) kullanıldı. Sürekli ve kategorik veriler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak gösterildi. Kategorik verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı.

Puan ortalamalarının gruplar arasında karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi, grup içi karşılaştırılmasında bağımlı gruplarda t testi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ olarak değerlendirildi.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için; Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay (EK 6) ile birlikte araştırmanın yapılacağı İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığından gerekli izinler alındı (EK 7). Araştırmada yer alan kadınlara çalışmanın adı, amacı, planı ve süresi ayrıca elde edilen verilerin nasıl ve nerede kullanılacağı açıklandı (EK 8).

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece bir hastanede yürütülmesi nedeniyle tüm gebelere genellenememesi, DDM'nin 24 saatten sonraki uzun dönem etkisinin değerlendirilememesi çalışmaya yönelik bazı sınırlılıklar olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları (n=162)

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu (n=81)		Kontrol Grubu (n=81)	
	n	%	n	%
Yaş (yıl) (Ort±SS)	29.93±4.95		30.86±4.91	
Eğitim Düzeyi				
İlkokul mezunu	24	29.6	35	43.2
Ortaokul mezunu	20	24.7	16	19.8
Lise mezunu	20	24.7	17	21.0
Üniversite mezunu	17	21.0	13	16.0
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	10	12.3	8	9.9
Çalışmıyor	71	87.7	73	90.1
Aile Tipi				
Çekirdek aile	64	79.0	65	79.6
Geniş aile	17	21.0	16	20.4
Gebelik sayısı (Ort±SS)	2.80±1.38		3.12±1.32	
Yaşayan çocuk sayısı (Ort±SS)	2.72±1.23		2.88±1.10	
1	12	14.8	9	11.1
2	23	28.4	20	24.7
3	32	39.5	30	37.0
4 ve üzeri	14	17.3	22	27.2

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki kadınların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1’de verildi. Araştırmaya katılan deney grubundaki kadınların yaş ortalaması 29.93±4.95 olup, kadınların %38.2’sinin 27-32 yaş grubu aralığında olduğu, %29.6’sının ilkokul mezunu, %87.7’sinin çalışmadığı, %79.0’unun çekirdek aileye sahip olduğu, %38.3’ünün 3. gebeliği olduğu ve %39.5’inin de 3 çocuk sahibi olduğu belirlendi. Kontrol grubundaki kadınların ise yaş ortalaması 30.86±4.91 olup, kadınların %37.0’sinin 27-32 yaş grubu aralığında olduğu, %43.2’sinin ilkokul

mezunu, %90.1'inin çalışmadığı, %79.6'sının çekirdek aileye sahip olduğu, %34.6'sının 3. gebeliği olduğu ve %37.0'sinin de 3 çocuk sahibi olduğu belirlendi.



Tablo 4.2. Deney Grubundaki Kadınların 1. ve 2. Ölçümlerdeki Vizüel Analog Skala ve Yaşam Bulguları Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=81)

	1. Ölçüm	2. Ölçüm	Test
	Ort±SS	Ort±SS	
VAS	72.92±10.41	30.87±9.32	t=40.121 p<0.001
Ateş (°C)	36.52±0.22	36.46±0.19	t=2.914 p=0.005
Nabız (atım/dakika)	78.28±4.84	77.18±5.06	t=4.362 p<0.001
Solunum (/dakika)	23.06±1.34	21.35±1.08	t=14.546 p<0.001
Sistolik basınç (mmHg)	119.38±7.13	119.62±5.34	t=-0.445 p=0.658
Diastolik basınç(mmHg)	76.41±6.94	73.20±5.66	t=3.595 p=0.001

1. Ölçüm: Birinci DDM öncesi yapılan ölçüm
2. Ölçüm: Birinci DDM sonrası yapılan ölçüm
t: bağımlı gruplarda t testi

Araştırma kapsamına alınan deney grubundaki kadınların 1. ve 2. ölçümlerdeki VAS ve yaşam bulguları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.2’de verildi. Birinci ölçümdeki VAS puan ortalaması 72.92±10.41 iken, 2. ölçümde VAS puan ortalamasının 30.87±9.32 olduğu ve iki puan arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi (p<0.001). Birinci ölçümdeki yaşam bulguları ortalamaları sırasıyla ateş 36.52±0.22; nabız 78.28±4.84; solunum 23.06±1.34; sistolik basınç 119.38±7.13; diastolik basınç 76.41±6.94 iken; 2. ölçümde bu değerler sırasıyla ateş 36.46±0.19; nabız 77.18±5.06; solunum 21.35±1.08; sistolik basınç 119.62±5.34; diastolik basınç 73.20±5.66 olarak belirlendi. Deney grubunda 1. ve 2. ölçümlerdeki yaşam bulguları karşılaştırıldığına, ateş, nabız, solunum ve diastolik basınç ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu (p<0.05); sistolik basınç ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlendi (p>0.05).

Tablo 4.3. Kontrol Grubundaki Kadınların 1. ve 2. Ölçümlerdeki Vizüel Analog Skala ve Yaşam Bulguları Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=81)

	1. Ölçüm	2. Ölçüm	Test
	Ort±SS	Ort±SS	
VAS	64.40±10.38	63.09±10.47	t=1.378 p=0.172
Ateş (°C)	36.52±0.15	36.46±0.15	t=6.531 p<0.001
Nabız (atım/dakika)	77.72±5.43	77.01±5.56	t=3.171 p=0.002
Solunum (/dakika)	23.53±1.06	21.85±0.88	t=15.539 p<0.001
Sistolik basınç (mmHg)	120.00±7.90	120.86±4.52	t=-1.222 p=0.225
Diastolik basınç(mmHg)	76.29±7.81	76.17±4.89	t=0.115 p=0.909

1. Ölçüm: Deney grubuna 1. DDM öncesi eşzamanlı yapılan ölçüm
2. Ölçüm: Deney grubuna 1. DDM sonrası eşzamanlı yapılan ölçüm
t: bağımlı gruplarda t testi

Araştırma kapsamına alınan kontrol grubundaki kadınların 1. ve 2. ölçümlerdeki VAS ve yaşam bulguları ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.3’de verildi. Birinci ölçümdeki VAS puan ortalaması 64.40±10.38 iken, 2. ölçümdeki VAS puan ortalamasının 63.09±10.47 olduğu ve iki puan arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlendi (p>0.05). Birinci ölçümdeki yaşam bulguları ortalamaları sırasıyla ateş 36.52±0.15; nabız 77.72±5.43; solunum 23.53±1.06; sistolik basınç 120.00±7.90; diastolik basınç 76.29±7.81 iken; 2. ölçümde bu değerler sırasıyla ateş 36.46±0.15; nabız 77.01±5.56; solunum 21.85±0.88; sistolik basınç 120.86±4.52; diastolik basınç 76.17±4.89 olarak belirlendi. Kontrol grubunda 1. ve 2. ölçümlerdeki yaşam bulguları karşılaştırıldığına, ateş, nabız ve solunum ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu (p<0.05); sistolik ve diastolik basınç ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlendi (p>0.05).

Tablo 4.4. Deney Grubundaki Kadınların 3. ve 4. Ölçümlerdeki Vizüel Analog Skala ve Yaşam Bulguları Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=81)

	3. Ölçüm	4. Ölçüm	Test
	Ort±SS	Ort±SS	
VAS	52.06±9.93	17.51±6.15	t=39.974 p<0.001
Ateş (°C)	36.43±0.19	36.39±0.19	t=1.678 p=0.097
Nabız (atım/dakika)	77.85±4.64	77.13±4.54	t=3.382 p=0.001
Solunum (/dakika)	21.58±1.33	21.50±1.39	t=0.520 p=0.605
Sistolik basınç (mmHg)	118.02±5.57	118.27±4.94	t=-0.630 p=0.530
Diastolik basınç(mmHg)	74.69±6.14	75.55±5.91	t=-0.910 p=0.365

3. Ölçüm: İkinci DDM öncesi yapılan ölçüm
4. Ölçüm: İkinci DDM sonrası yapılan ölçüm
t: bağımlı gruplarda t testi

Araştırma kapsamına alınan deney grubundaki kadınların 3. ve 4. ölçümlerdeki VAS ve yaşam bulguları ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4’de verildi. Üçüncü ölçümdeki VAS puan ortalaması 52.06±9.93 iken; 4. ölçümdeki VAS puan ortalamasının 17.51±6.15 olduğu ve iki puan arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi (p<0.001). Üçüncü ölçümdeki yaşam bulguları ortalamaları sırasıyla ateş 36.43±0.19; nabız 77.85±4.64; solunum 21.58±1.33; sistolik basınç 118.02±5.57; diastolik basınç 74.69±6.14 iken; 4. ölçümde bu değerler sırasıyla ateş 36.39±0.19; nabız 77.13±4.54; solunum 21.50±1.39; sistolik basınç 118.27±4.94; diastolik basınç 75.55±5.91 olarak belirlendi. Deney grubunda 3. ve 4. ölçümlerdeki yaşam bulguları karşılaştırıldığına nabız ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu (p<0.05); ateş, solunum, sistolik ve diastolik basınç ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlendi (p>0.05).

Tablo 4.5. Kontrol Grubundaki Kadınların 3. ve 4. Ölçümlerdeki Vizüel Analog Skala ve Yaşam Bulguları Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=81)

	3. Ölçüm	4. Ölçüm	Test
	Ort±SS	Ort±SS	
VAS	57.75±8.39	56.16±9.53	t=2.279 p=0.025
Ateş (°C)	36.45±0.13	36.46±0.11	t=-1.275 p=0.206
Nabız (atım/dakika)	77.01±5.56	77.01±5.09	t=2.557 p=0.012
Solunum (/dakika)	21.77±1.26	21.87±1.56	t=-0.601 p=0.550
Sistolik basınç (mmHg)	120.24±4.46	119.87±4.02	t=1.754 p=0.083
Diastolik basınç(mmHg)	75.43±501	78.02±4.00	t=-3.026 p=0.003

3. Ölçüm: Deney grubuna 2. DDM öncesi eşzamanlı yapılan ölçüm

4. Ölçüm: Deney grubuna 2. DDM sonrası eşzamanlı yapılan ölçüm

t: bağımlı gruplarda t testi

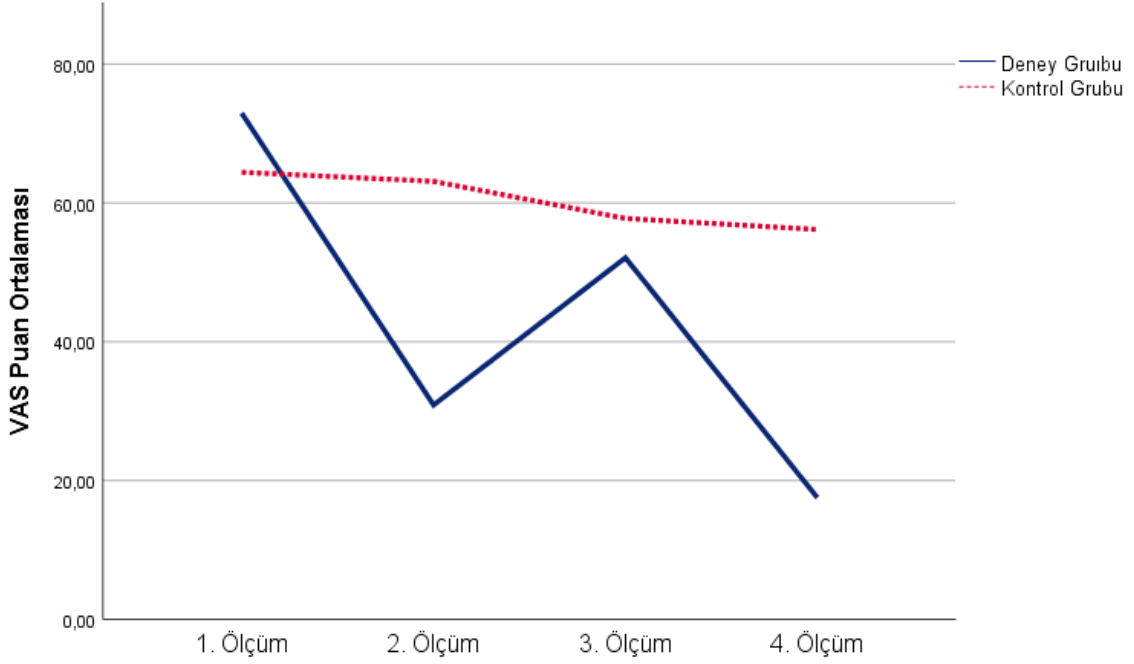
Araştırma kapsamına alınan kontrol grubundaki kadınların 3. ve 4. ölçümlerdeki VAS ve yaşam bulguları ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5’de verildi. Üçüncü ölçümdeki VAS puan ortalaması 57.75±8.39 iken; 4. ölçümdeki VAS puan ortalamasının 56.16±9.53 olduğu ve iki puan arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi (p<0.05). Üçüncü ölçümdeki yaşam bulguları ortalamaları sırasıyla ateş 36.45±0.13; nabız 77.01±5.56; solunum 21.77±1.26; sistolik basınç 120.24±4.46; diastolik basınç 75.43±501 iken; 4. ölçümdeki bu değerler sırasıyla ateş 36.46±0.11; nabız 77.01±5.09; solunum 21.87±1.56; sistolik basınç 119.87±4.02; diastolik basınç 78.02±4.00 olarak belirlendi. Kontrol grubunda 3. ve 4. ölçümlerdeki yaşam bulguları karşılaştırıldığına, nabız ve diastolik basınç ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu (p<0.05); ateş, solunum ve sistolik basınç ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlendi (p>0.05).

Tablo 4.6. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınlarda Yapılan Ölçümlerde Vizüel Analog Skala Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=162)

VAS	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Test
	(n=81)	(n=81)	
	Ort±SS	Ort±SS	
1. Ölçüm	72.92±10.41	64.40±10.38	t=5.212 p<0.001
2. Ölçüm	30.87±9.32	63.09±10.47	t=-20.681 p<0.001
3. Ölçüm	52.08±9.93	57.75±8.39	t=-3.922 p<0.001
4. Ölçüm	17.51±6.15	56.16±9.53	t=-30.630 p<0.001
3.-1. Ölçümler Arasındaki Fark	-20.83±11.44	-6.65±7.36	t=-9.378 p<0.001

1. Ölçüm: Birinci DDM öncesi yapılan ölçüm
2. Ölçüm: Birinci DDM sonrası yapılan ölçüm
3. Ölçüm: İkinci DDM öncesi yapılan ölçüm
4. Ölçüm: İkinci DDM sonrası yapılan ölçüm
t: bağımsız gruplarda t testi

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki kadınların yapılan ölçümlerdeki VAS puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.6'da verildi. Birinci ölçümdeki VAS puan ortalamaları sırasıyla deney grubunda 72.92±10.41; kontrol grubunda 64.40±10.38 iken; 2. ölçümdeki puan ortalamaları aynı gruplarda sırasıyla 30.87±9.32; 63.09±10.47 olarak belirlendi ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (p<0.001). Üçüncü ölçümdeki VAS puan ortalamaları ise sırasıyla deney grubunda 52.08±9.93; kontrol grubunda 57.75±8.39 iken; 4. ölçümdeki puan ortalamaları aynı gruplarda sırasıyla 17.51±6.15; 56.16±9.53 olarak belirlendi ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (p<0.001). Üçüncü ölçüm ve birinci ölçümlerdeki VAS puan ortalamaları arasındaki fark sırasıyla deney grubunda -20.83±11.44; kontrol grubunda -6.65±7.36 olarak belirlendi ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı (p<0.001).



Grafik 1: Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların Yapılan Ölçümlerdeki Vizüel Analog Skala Puan Eğrisi (n=162)

Deney ve kontrol grubundaki kadınların yapılan ölçümlerdeki VAS puan ortalamalarındaki değişim Grafik 1’de verildi. Deney grubunda 1. ölçümdeki VAS puan ortalaması (72.92 ± 10.41) ile 4. ölçümdeki VAS puan ortalaması (17.51 ± 6.15) arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p < 0.005$). Kontrol grubunda 1. ölçümdeki VAS puan ortalaması (64.40 ± 10.38) ile 4. ölçümdeki VAS puan ortalaması (56.16 ± 9.53) arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p < 0.005$).

Tablo 4.7. Deney Grubundaki Kadınların 1. ve 4. Ölçümlerdeki Doğum Sonu Konfor Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=81)

	1. Ölçüm	4. Ölçüm	Test
	Ort±SS	Ort±SS	
Fiziksel Konfor	45.66±9.17	54.28±8.09	t=-9.684 p<0.001
Psikospritu�el Konfor	44.12±3.91	47.96±2.52	t=-8.817 p<0.001
Sosyokültürel Konfor	33.97±5.91	35.81±4.90	t=-3.293 p=0.001
DSK� Toplam	123.76±15.60	138.09±13.35	t=-9.672 p<0.001

1. Ölüm: Birinci DDM  ncesi yapılan ölüm

4. Ölüm: İkinci DDM sonrası yapılan  l m

DSK : Doğum Sonu Konfor  l eği

t: bağımlı gruplarda t testi

Deney grubundaki kadınların 1. ve 4.  l mlerdeki DSK  toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.7’de verildi. Birinci  l mde fiziksel konfor alt boyut puan ortalaması 45.66±9.17, psikospritu el konfor alt boyut puan ortalaması 44.12±3.91 ve sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalaması 33.97±5.91 olarak bulundu. DSK  toplam puan ortalaması ise 123.76±15.60 olarak bulundu. Dördüncü  l mde ise sırasıyla fiziksel konfor alt boyut puan ortalaması 54.28±8.09, psikospritu el konfor alt boyut puan ortalaması 47.96±2.52 ve sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalaması 35.81±4.90 olarak bulundu. DSK  toplam puan ortalaması ise 138.09±13.35 olarak bulundu. Birinci ve 4.  l mlerdeki DSK ’n n hem toplam hem de alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık olduğu belirlendi (p<0.001).

Tablo 4.8. Kontrol Grubundaki Kadınların 1. ve 4. Ölçümlerdeki Doğum Sonu Konfor Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=81)

	1. Ölçüm	4. Ölçüm	Test
	Ort±SS	Ort±SS	
Fiziksel Konfor	46.29±7.94	40.34±9.00	t=7.816 p<0.001
Psikospritu�el Konfor	44.17±4.56	43.02±4.98	t=2.781 p=0.007
Sosyokültürel Konfor	32.67±6.39	29.90±6.32	t=4.428 p<0.001
DSK� Toplam	123.14±15.35	113.27±17.64	t=7.319 p<0.001

1. Ölüm: Birinci DDM  ncesi yapılan ölüm

4. Ölüm: İkinci DDM sonrası yapılan  l m

DSK : Doğum Sonu Konfor  l eği

t: bağımlı gruplarda t testi

Kontrol grubundaki kadınların 1. ve 4.  l mlerdeki DSK  toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.8’de verildi. Birinci  l mde fiziksel konfor alt boyut puan ortalaması 46.29±7.94, psikospritu el konfor alt boyut puan ortalaması 44.17±4.56 ve sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalaması 32.67±6.39 olarak bulundu. DSK  toplam puan ortalaması ise 123.14±15.35 olarak bulundu. Dördüncü  l mde ise sırasıyla fiziksel konfor alt boyut puan ortalaması 40.34±9.00, psikospritu el konfor alt boyut puan ortalaması 43.02±4.98 ve sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalaması 29.90±6.32 olarak bulundu. DSK  toplam puan ortalaması ise 113.27±17.64 olarak bulundu. Birinci ve 4.  l mlerdeki DSK ’n n hem toplam hem de alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık olduğu belirlendi (p<0.001).

Tablo 4.9. Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınların 1. ve 4. Ölçümlerdeki Doğum Sonu Konfor Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	1. Ölçüm		Test	4. Ölçüm		Test
	Deney Grubu (n=81)	Kontrol Grubu (n=81)		Deney Grubu (n=81)	Kontrol Grubu (n=81)	
	Ort±SS	Ort±SS		Ort±SS	Ort±SS	
Fiziksel Konfor	45.66±9.17	46.29±7.94	t=-0.467 p=0.641	54.28±8.09	40.34±9.00	t=10.360 p<0.001
Psikospritu�el Konfor	44.12±3.91	44.17±4.56	t=-0.074 p=0.941	47.96±2.52	43.02±4.98	t=7.959 p<0.001
Sosyokültürel Konfor	33.97±5.91	32.67±6.39	t=1.339 p=0.182	35.81±4.90	29.90±6.32	t=6.691 p<0.001
DSK� Toplam	123.76±15.60	123.14±15.35	t=0.254 p=0.800	138.09±13.35	113.27±17.64	t=10.095 p<0.001

1. Ölüm: Birinci DDM  ncesi yapılan ölüm

4. Ölüm: İkinci DDM sonrası yapılan  l m

DSK : Doğum Sonu Konfor  l ği

t: bağımsız gruplarda t testi

Deney ve kontrol grubundaki kadınların 1. ve 4.  l mlerdeki Doğum Sonu Konfor  l ği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.9'da verildi. Deney ve kontrol grubunda 1. Ölümde  l ğin ilk alt boyutu olan fiziksel konfor puan ortalaması sırasıyla deney grubunda 45.66±9.17, kontrol grubunda 46.29±7.94; ikinci alt boyut olan psikospritu el konfor puan ortalaması sırasıyla deney grubunda 44.12±3.91, kontrol grubunda 44.17±4.56; ve  l ğin son alt boyutu sosyokültürel konfor puan ortalaması ise sırasıyla deney grubunda 33.97±5.91, kontrol grubunda 32.67±6.39 olarak bulundu. DSK  toplam puan ortalaması deney grubunda 123.76±15.60, kontrol grubunda 123.14±15.35 olduğu tespit edildi. Birinci  l mde DSK 'n n hem toplam hem de alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık olmadığı belirlendi (p>0.05).

Deney ve kontrol grubunda 4. Ölümde  l ğin ilk alt boyutu olan fiziksel konfor puan ortalaması sırasıyla deney grubunda 54.28±8.09, kontrol grubunda 40.34±9.00; ikinci alt boyut olan psikospritu el konfor puan ortalaması sırasıyla deney grubunda 47.96±2.52, kontrol grubunda 43.02±4.98; ve  l ğin son alt boyutu sosyokültürel konfor

puan ortalaması ise sırasıyla deney grubunda 35.81 ± 4.90 , kontrol grubunda 29.90 ± 6.32 olarak bulundu. Dördüncü ölçümde DSKÖ toplam puan ortalaması deney grubunda 138.09 ± 13.35 , kontrol grubunda 113.27 ± 17.64 olduğu tespit edildi. DSKÖ'nün hem toplam hem de alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık olduğu belirlendi ($p < 0.001$).



5. TARTIŞMA

Sezaryen sonrası oluşan postoperatif ağrı kadınlar için sadece hoş olmayan bir deneyim değil, aynı zamanda kadının doğum sonu konforunu bozan önemli bir etkidir. (139). Literatürde sezaryen sonrasında kadınlardaki postoperatif ağrıyı yönetmede ve konfor düzeyini arttırmada opioid kullanımı dışında nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımının da etkin olduğu öne sürülmektedir (140-145). Bu nedenle bu araştırmada sezaryen sonrası nonfarmakolojik yöntemlerden biri olan DDM'nin ağrı ve konfor düzeyi üzerine etkisi incelendi.

Araştırma kapsamına alınan deney grubundaki kadınların sırt bölgesine 12 saat arayla iki kez DDM uygulandı. Her iki DDM'den önce ve sonra yapılan ölçümlerde, masaj sonrasındaki ağrının önemli ölçüde azaldığı belirlendi (Tablo 4.2; Tablo 4.4). Ağrı düzeyindeki bu azalmayı masaj terapisinin, gevşetici etkisiyle birlikte fiziksel teması sağlayarak duygusal stresi azalttığı, aynı zamanda dokulara oksijen iletiminin artmasıyla dolaşımın arttığı, endorfin salınımının uyarılmasıyla lenf dolaşımındaki toksin atılımının kolaylaştığı şeklinde açıklamak mümkündür (146, 147). DDM'de ise bu tekniklerin yanı sıra basıncın daha fazla uygulanmasını sağlayarak, cilt tabakasının daha derininde yer alan bağ dokularını ve derin dokuyu hedef alan tekniklerin kullanıldığı belirtilmiştir (148, 149).

Literatürde sezaryen sonrası sırt bölgesine yapılan DDM'nin ağrı üzerine etkisini araştıran herhangi bir çalışmaya rastlanmamış olmakla birlikte masajın ağrı üzerine terapötik etkisi birçok çalışmada ve farklı gruplarda araştırılmış ve çalışmamızla benzerlik gösteren sonuçlara ulaşılmıştır (148, 150-153). Kronik bel ağrısı yaşayanların örnekleme alındığı bir çalışmada hastalara DDM ve terapötik masaj uygulanmış, masajdan sonra ağrı düzeyleri VAS ile değerlendirilmiş, DDM uygulanan hastalardaki VAS puanının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Düşük düzeyde kronik bel ağrısı yaşayanların örnekleme alındığı randomize kontrollü bir çalışmada bel ağrısını azaltmada, DDM'nin non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar kadar etkin olacağı hipotezi denenmiş ve çalışma sonucunda bu hipotez doğrulanmıştır (148). Bir gebeye yapılan vaka çalışmasında ise gebenin bel ağrısını azaltmaya ve fonksiyonel kapasitesini arttırmaya yönelik DDM uygulanmış ve DDM'nin bel ağrısında azalmayı sağladığı ve ayrıca gebedeki fonksiyonel kapasiteyi de arttırdığı bulunmuştur (150). Sezaryen doğum yapan primipar kadınların ağrı düzeylerini azaltmak amacıyla konnektif doku masajının

uygulandığı bir çalışmada masaj sonrası kadınların ağrı düzeyi VAS ile ölçülmüş, VAS puan ortalamalarının düşüş gösterdiği ve kadınların ağrı düzeylerinde azalma olduğu bulunmuştur (151). Sezaryen doğum yapan kadınların randomize olarak alındığı bir çalışmada postoperatif sekizinci saatte kadınların boyun, üst omuz, üst bel, el ve ayaklarına zeytinyağı kullanılarak masaj yapılmış ve bu masajın postoperatif sezaryen ağrısına etkisi olup olmadığına bakılmıştır. Masaj sonrası bakılan VAS puan ortalamasının önemli ölçüde azaldığı bulunmuştur (152). Obstetriye ilişkin ameliyat sonrasında hastaların baş, boyun, omuz ve sırt bölgelerine uygulanan terapötik masaj tedavisinin ağrı düzeyine etkisine bakıldığı nitel bir çalışmada hastalar ifadelerinde ağrı düzeyinde azalma olduğunu belirtmiştir (153). Genelde masaj uygulamalarının özelde ise DDM'nin ağrıyı önemli ölçüde azalttığını belirten tüm bu çalışma sonuçları araştırma bulgumuzu desteklemektedir.

Bu bulgulara dayanarak çalışmamızda **“H_{1-a}: Sırt masajı, sezaryen sonrası kadınlarda ağrı düzeyini etkiler.”** hipotezi kabul edilmiştir.

Kontrol grubundaki kadınlarda ise ilk DDM öncesi ve sonrası ağrı puan ortalamaları arasında fark yokken, ikinci DDM öncesi ve sonrası ağrı puan ortalamaları karşılaştırıldığında, DDM sonrası ölçümde ağrı puan ortalamalarının düştüğü belirlendi. (Tablo 4.3; Tablo 4.5). Kontrol grubunda sezaryenden on saat sonra birer saat arayla bakılan ağrı düzeyleri değişmediği halde; 22 saat sonra birer saat arayla bakılan ağrı düzeylerinin azalmasına neden olan pek çok faktör olabilir. Cerrahi operasyonlarda akut ağrının ilk birkaç gün içinde spontan olarak azaldığı bilinen bir gerçekse de (154) kadınların mobilize olması, sosyal destek alması, oral beslenmenin artarak devam etmesi gibi faktörler ağrının azalmasında etkili olabilir. Literatürdeki bilgiler farklılık göstermekle birlikte çalışmamızda elde ettiğimiz bulguyu destekler nitelikte bazı çalışmalar olduğu gözlemlenmiştir (153-155). Sezaryen sonrası postoperatif ağrı yönetiminin değerlendirilmesine yönelik yapılan bir çalışmada postoperatif 24. saatte ölçülen ağrı düzeyinin azaldığı gösterilmiştir. Benzer şekilde yapılan başka bir çalışmada da abdominal cerrahi operasyonu geçiren hastalarda 24. saate ağrı düzeylerinin azaldığı saptanmıştır (155). Bu sonuçlar, araştırma bulgumuzla paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda DDM'nin yaşam bulguları üzerine etkisi de değerlendirildi. Birinci DDM sonrası deney grubundaki kadınların ateş, nabız, solunum sayısı ve diastolik kan basıncı değerlerinin önemli düzeyde azaldığı (Tablo 4.2), kontrol grubunda da ateş, nabız ve solunum sayısı değerlerinin önemli düzeyde azaldığı (Tablo 4.3); ikinci DDM sonrası deney grubunda nabız sayısının önemli düzeyde azaldığı (Tablo 4.4), kontrol

grubunda da nabız ve diastolik kan basıncı değerlerinin önemli düzeyde azaldığı belirlendi (Tablo 4.5). Araştırmamızın sonuçları değerlendirildiğinde, DDM'nin yaşam bulguları değerlerinde genel olarak deney grubu lehine bir sonuç oluşturmadığı, kontrol grubundaki kadınların yaşam bulgularında da benzer sonuçların ortaya çıktığı görülmektedir. Bu sonuçların olası nedenleri düşünüldüğünde, sezaryen sonrası postoperatif dönemde kadınların stabil hale gelmesinin cerrahi operasyonlar için önemli olması ve bunun için kadınların yaşam bulgularının sürekli değerlendirilmesi, normal bulgulardan sapma durumlarında müdahale edilmesi, her iki grupta yer alan kadınların sezaryen sonrası bakım protokolleri gereği medikal girişimlerinin aynı olması şeklinde açıklamak mümkündür.

Literatürde sezaryen sonrası yaşam bulgularında benzer sonuçların elde edildiği çalışmalara rastlanmamakla birlikte masajın farklı hasta gruplarındaki yaşam bulgularına etkisine bakılan ve benzer sonuçların elde edildiği çalışmalar bulunmaktadır (156-159). Bu bulgumuzu destekler nitelikte yapılan randomize kontrollü bir çalışmada yoğun bakım ünitesinde yatan hastalara bir saat uygulanan masajın yaşam bulguları üzerine etkisine bakılmış, deney grubunda olumlu yönde anlamlı fark gözlenmiştir (156). Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylere haftada üç gün altı hafta toplam 18 kez uygulanan el masajının kan basıncı, nabız ve solunum sayısına etkisinin incelendiği bir çalışmada ise masaj sonrası birinci haftada bakılan nabız ve diastolik kan basıncı değerlerinde anlamlı düzeyde bir değişiklik gözlenmediği belirtilmiştir (157). Bu çalışma sonuçları araştırma bulgumuzu destekler niteliktedir.

Araştırmamızda yer alan deney ve kontrol grubundaki kadınların birinci DDM öncesi ve ikinci DDM sonrası doğum sonu konfor ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubundaki kadınların kontrol grubuna göre doğum sonu konfor ölçeği ve fiziksel, psikospiritüel ve sosyokültürel konfor alt boyutları puan ortalamalarının, ikinci kez uygulanan DDM sonrasında olumlu yönde arttığı ve her iki gruptaki puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi (Tablo 4.7). Yapılan literatür taramasında, sezaryen sonrasında kadınlara uygulanan DDM'nin konfor düzeyine etkisinin incelendiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak farklı hasta gruplarına uygulanan masajın ya da farklı masaj tekniklerinin uygulandığı hasta gruplarında, masaj sonrası konfor düzeyleri ölçülmüş ve masajın hastalardaki konfor düzeylerini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır (158-160). Karaciğer nakli olan hastalarda sırt masajının yaşam bulgusu, ağrı ve konfor düzeyine etkisinin incelendiği bir çalışmada nakil sonrası birinci günde sabah ve akşam 10-15 dk

süren sırt masajı uygulanmıştır. Masajdan sonra 1. ve 2. saatte hem ağrı düzeyi hem de konfor düzeyi ölçülmüş, hastaların konfor düzeyinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır (158). Sezaryenle doğum yapan annelerde ayak masajının laktasyona ve doğum sonu konfora etkisini ölçmek amacıyla yapılan bir çalışmada, annelerin doğum sonu konfor toplam puan ortalaması ve fiziksel konfor, psikospiritüel konfor ve sosyokültürel konfor alt boyut puan ortalamalarının kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde arttığı bulunmuştur (159). Kolcaba ve arkadaşları, huzurevinde yaşayanlarla yaptıkları yarı deneysel bir çalışmada üç hafta boyunca haftada iki kez el masajı uygulamış ve çalışma sonunda masajın konfor düzeyine etkisini ölçmüşlerdir. El masajı uygulanan grupta konfor düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (160).

Bu bulgulara dayanarak çalışmamızda “**H_{1-b}: Sırt masajı, sezaryen sonrası kadınların konfor düzeyini etkiler**” hipotezi kabul edilmiştir.

Araştırmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar sezaryen doğum sonrası kadınlara yapılan DDM'nin kadınlardaki ağrı düzeyini azaltmada ve konfor düzeyini arttırmada etkin olduğunu ve bundan dolayı postoperatif dönemde farmakolojik yöntemlerle birlikte nonfarmakolojik yöntemlerin de kullanılabileceğini göstermektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sırt masajının sezaryen sonrası ağrı ve konfora etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü olarak yapılan araştırmada;

- Birinci DDM sonrası deney grubundaki kadınların masaj sonrası ağrı düzeylerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0.001$).
- İkinci DDM sonrası deney grubundaki kadınların masaj sonrası ağrı düzeylerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0.001$).
- İkinci DDM sonrası deney grubundaki kadınların DSKÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlendi ($p<0.001$).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Sezaryen doğum oranlarının hızlı bir şekilde arttığı günümüzde postoperatif ağrı yönetiminde farmakolojik yöntemlerin kullanımının yanı sıra nonfarmakolojik yöntemlerin de kullanımının yaygınlaştırılması,
- Postoperatif hasta bakımında birincil düzeyde sağlık personeli olan ebelerin, nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımı konusunda lisans düzeyinde eğitim almaları ve hizmet içi eğitimlerle de bu alandaki gelişmelerinin sürekliliğinin sağlanması,
- Sırt masajının etkinliğini ortaya koyan bu çalışma sonuçları referans alınarak sezaryen sonrası postoperatif dönemde sırt masajı uygulanması ve bu şekilde ağrı düzeylerinin azaltılarak konfor düzeylerinin de artırılmasının sağlanması,
- Postoperatif dönemde ağrı ve konfor düzeyi hakkında daha detaylı sonuçlara ulaşılabilmesi için uzun süreli, ileri analiz tetkikleri gerektiren nicel ve nitel araştırmaların da yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Souza JP, Betran AP, Dumont A, De Mucio B, GibbsPickens CM, Deneux-tharoux C. A global reference for caesarean section rates (C-Model): a multicountrycross-sectionalstudy. *BJOG* 2016, 123(3): 427-36.
2. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ. Çeviri: Cengiz Akman A. *Doğum Bilgisi*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2005: 537-53.
3. Nikolajsen L, Sørensen H, Jensen T, Kehlet H. Chronic pain following caesarean section. *Acta Anaesthesiol Scand* 2004, 48: 111-6.
4. The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm> 22 Kasım 2018.
5. The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm> 22 Kasım 2018
6. Huang X, Lei J, Tan H, Walker M, Zhou J, Wen SW. Cesarean delivery for first pregnancy and neonatal morbidity and mortality in second pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011; 158(2): 204–8.
7. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A. Unforeseen consequences of the increasing rate of cesarean deliveries: early placenta accreta and cesarean scar pregnancy. A review. *Am J Obstet Gynecol* 2012, 207(1): 14–29.
8. Marshall NE, Fu R, Guise JM. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. *Am J ObstetGynecol* 2011, 205(3):262 e1-8
9. Balcı GE. Sezeryan Doğumlarda Uygulanan Anestezi Yöntemlerinin Annenin ve Yeni Doğanın Doğum Sonu Konforuna ve Uyumuna Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2016.
10. Polkki T, Vehvilainen-Julkunen K, Pietila AM. Nonpharmacological methods in relieving children's postoperative pain: A survey on hospital nurses in Finland. *J Adv Nurs* 2001, 34: 483-92.
11. Ünal Toprak F, Turan Z, Şentürk Erenel A. Doğum sonu erken dönem hemşirelik uygulamalarında güncel yaklaşımlar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017, 6(2): 96-103.
12. Hattan J, King L, Griffiths P. The impact of foot massage and guided relaxation following cardiac surgery; a randomized controlled trial. *J Adv Nurs* 2002, 37(2): 199-207.

13. Hulme J, Waterman H, Hillier VF. The effect of foot massage on patients. *J Adv Nurs* 1999, 30(2): 460-8.
14. Tuna N. *Klasik Masaj*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 1986: 38-49.
15. Masaj ve Teknikleri, <http://www.masaj.gen.tr/> 22 Kasım 2018.
16. Aslan FE. *Ağrı Doğası ve Kontrolü*, 1. Baskı. İstanbul, Bilim Yayınları, 2006: 42.
17. Collins JV. *Principles Of Anesthesiology*, 3rd ed. Pannsylvania, Lea&Febiger Press, 1993: 186-9.
18. Ekici G. Derin Doku Masajı. İçinde: Yüksel İ (editör). *Masaj Teknikleri*, 4. Baskı. Ankara, Hipokrat Yayınevi, 2016: 233-42.
19. Aksenova AM. A new method for deep reflex muscular massage. *Vopr Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult* 1997, 4: 30-2.
20. Gönenç İM. Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlerden Masaj ve Akupressür'ün Algılanan Doğum Ağrısına, Gebenin Anksiyetesine ve Maliyete Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2013.
21. Nixon M, Teschendorff J, Finney J, Karnilowicz W. Expanding the nursing repertoire the effect of massage on postoperative pain. *Aust J Adv Nurs* 1997, 14 (3): 21- 6.
22. Karakaplan S, Yıldız H. Doğum sonu konfor ölçeği geliştirme çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010, 3(1): 55-65.
23. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 10. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2011: 371.
24. Doğanay K. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 2008 Yılı Sezaryen Hızını Belirleyen Risk Etmenlerinin Belirlenmesi. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, İstanbul, 2009.
25. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması,
<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/pdf/TNSA1998-AnaRapor.pdf> 15 Kasım 2018.
26. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması,
<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/pdf/TNSA2003-AnaRapor.pdf> 15 Kasım 2018.
27. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması,
<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf> 15 Kasım 2018.

28. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması,
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf 15
Kasım 2018.
29. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması,
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA_2018_ana_Rapor.pdf 13
Aralık 2019.
30. World Health Organization,
https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/ 22 Kasım 2018.
31. The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD),
<https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm> 22 Kasım 2018.
32. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom, SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM. *Williams Obstetrics*, 25th ed. McGraw Hill Medical Books, 2018: 417-33.
33. Eskicioğlu F, Hasdemir PS, Çelik H, Koyuncu FM. Sağlık politikalarının, hekimlerin sezaryen kararı almalarında etkisi: ikinci basamak sağlık kuruluşu değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi* 2014, 7(2):119-23.
34. Özer HT. Doğum Şeklinin Annelerin Postpartum İlk 24 Saatteki Doğum Sonu Konforuna Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2011.
35. Sungur MO, Havas F, Karadeniz, Acar U, Altun D, Seyhan TÖ. Elektif Sezaryen Ameliyatlarında Anestezi Seçiminin Ameliyat Odası Kullanım Süresine Etkisi: Spinal mi Genel mi?. *Turk J Anaesthesiol Reanim* 2012, 40: 136-43.
36. Erdem MK, Özgen S, Coşkun F. Obstetrik Anestezi ve Analjezi. İçinde Kişnişçi H, Gökşin E (editörler). *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, 1. Baskı. Ankara, Melisa Matbaacılık, 1996:173-86
37. Aksoy M, Aksoy AN, Dostbil A, Çelik MG, Ahıskalıoğlu A. Sezaryen ameliyatlarında uygulanan anestezi teknikleri: son on yılın retrospektif analizi. *Turk J Anaesthesiol Reanim* 2014, 42: 128-32.
38. Michael A. Maternal & fetal physiology & anesthesia. In: Morgan GE, Jr Mikhail MC (eds). *Clinical Anesthesiology*, 5th ed. New York, McGraw-Hill Education, 2013: 832-3.

39. Kayacan N, Bigat Z, Yeğın A, Karalı B, Akar M. A randomized prospective study on the maternal and neonatal outcome of epidural, combined spinal-epidural and general anesthesia for elective caesarean sections. *J Med Sci* 2004, 24: 476-82.
40. Günüşen D, Karaman S, Akercan F, Fırat V. Elektif sezaryenlerde farklı anestezi yöntemlerinin yenidoğan üzerine etkileri: Retrospektif çalışma. *Ege Tıp Dergisi* 2009, 48(3): 189-94.
41. Özatamer O, Alkıs N, Batıslam Y, Yörükoğlu Küçük D. *Anesteziye Güncel Konular*, 1. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, 2002: 510-6.
42. Morgan EG, Mikhail MS, Murray MJ, Larson CP. Regional anesthesia& pain management. In: Morgan GE (Ed). *Clinical Anesthesiology*, 3rd ed. Los Angeles, The Mc Graw-Hill Companies, 2002: 253-344.
43. Okafor UV, Ezegwui HU, Ekwazi K. Trends of different forms of anaesthesia for caesarean section in south- eastern nigeria. *J Obstet Gynaecol* 2009, 29(5): 392-5.
44. Kleinman W. Spinal, Epidural ve Kaudal Bloklar. İçinde: In: *Klinik Anesteziyoloji*, Tulunay M, Cuhruk H, (Çeviri Editörleri). *Clinical Anesthesiology*, Morgan GE. 3.Baskı, Ankara, Güneş Kitabevi, 2004: 284-93.
45. Urmey WF. Spinal anaesthesia for out patient surgery. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2003, 17(3): 335-46.
46. Yavuz L, Eroğlu F, Uçar A, Ceylan BG, Özsoy M. Günübirlık cerrahi ve spinal anestezi. *Sdü Tıp Fak Derg* 2001, 8(4): 6-9.
47. Korkmaz HF. Elektif Sezaryenlerde Genel Anestezi veya Kombine Spinal Epidural Anestezinin Anne ve Yenidoğan Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması. *Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi*, İstanbul: 2004.
48. Erdine S. *Obstetrik Anestezi ve Analjezi Uygulamaları*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2005: 253-70
49. Kurt E. Doğumda epidural analjezi. *Anestezi Dergisi* 2002, 10:162-76.
50. Yıldızhan R, Yıldızhan B, Bozkurt Turan Y. Doğumda epidural analjezi. *Van Tıp Dergisi* 2008, 15(4): 116-9.
51. Uysalel A, Aşık İ, Çakar KS. Obstetrik ve jinekolojik cerrahide anestezi. *J Surg Med Sci* 2006, 2: 81-93.
52. Shaw E, Kaczorowski J. Postpartum care-What's new?. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007, 19: 561-7.

53. Karaçam Z. Normal Postpartum Dönemin Fizyoloji ve Bakımı. İçinde: Şirin A, Kavlak O (editörler). *Kadın Sağlığı*, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2015: 460-87.
54. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, Genişletilmiş XIV. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2015: 455-523.
55. Karakaplan S. Doğum Şeklinin Annelerin Doğum Sonu Konforuna ve Yenidoğan Üzerine Etkileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2007.
56. Akdolun Balkaya N. Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe hemşirenin rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2002, 6: 42-9.
57. Lowdermilk DL, Pery SE, Bobok IM. *Maternity Women's Health Care*, 11th ed. London, Elsevier Inc, 2016: 257-63.
58. Akay N. Sezaryen Sonrası Annenin ve Bebeğin İzlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2003.
59. Doğaner G, Bekar M. Vajinal yolla doğum yapan kadınların erken postpartum dönemde kendisinin ve yenidoğanın bakımına yönelik yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 2006, 16(4): 60-70
60. Cunningham FG, Leveno KJ, Blomm SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM. İçinde: *Puerperium*, Yıldırım G, (Çeviri editörü). Williams Obstetrik, 4. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2015: 668-79.
61. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş XIII. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2016: 534-70.
62. Sword WA, Watt S, Krueger PD, Kyong LS, Sheehan DD, Roberts JG, Gafni A. Understanding newborn infant read mission: findings of the Ontario mother and infant survey. *Can J Public Health* 2001, 92(3): 196-200.
63. Yıldız H. Doğum Sonu Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesinde Ölçek Geliştirilmesi ve Uygulanan Bakım Yönteminin (Pathway) Etkilerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 1999.

64. Tel H. Ağrı Ağrıya Yönelik Uygulamalar ve Hasta Bakımı. İçinde: Sabuncu N, Ay Akça F (editörler). *Klinik Beceriler: Sağlıkın Değerlendirilmesi Hasta Bakımı ve Takibi*, 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2010: 651-74.
65. Dikmen YD. Ağrı ve Yönetimi. İçinde: Aştı TA, Karadağ A (editörler). *Hemşirelik Esasları, Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*, 2. Baskı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, 2013: 633-67.
66. Akgün MY, İşler C. Ağrı cerrahisinde güncel gelişmeler ve gelecek. *Türk Nöroşirürji Dergisi* 2019, 29(2): 127-33.
67. Kılıç M, Öztunç G. Ağrı kontrolünde kullanılan yöntemler ve hemşirenin rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2012, 7: 35-51.
68. Büyükyılmaz F, Aştı T. Ameliyat sonrasında hemşirelik bakımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009, 12: 84-93.
69. Güleç G, Güleç S. Ağrı ve ağrı davranışı. *Ağrı* 2006, 18: 5-9.
70. Yavuz A. Postoperatif Ağrı Yönetiminde Nonfarmakolojik Girişimler ve Hastanın Kendi Ağrısını Değerlendirmesine Göre Analjezik Uygulaması Yöntemi ve Rutin Analjezi Yönteminin Karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2000.
71. Topçu YS. Üst Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Hemşireler Tarafından Öğretilen Gevşeme Tekniklerinin Ağrı Kontrolü Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2008.
72. Akyol Ö. Diz Protezi Uygulanan Hastalarda Ağrı Prevelansı, Özellikleri, Etkileyen Etmenler ve Ağrı Yönetiminden Memnuniyetin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2008.
73. Özbek H. Öğrenci Hemşirelerin Ağrı Kontrolünde Kullanılan Farmakolojik Olmayan Bazı Yöntemlere İlişkin Bilgileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2004.
74. Yücel A. Ağrı Mekanizmaları. İçinde: Aslan FA. (editör). *Ağrının Doğası ve Kontrolü*, 1. Baskı. İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık, 2006: 39-45
75. Akdağ GR. Hemşirelerin Ağrı Yönetimi ile İlgili Bilgi, Tutum ve Klinik Karar Verme Durumlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2008.

76. Scherer JC, Timby BK. *Introductory Medical Surgical Nursing*, 6th ed. Philadelphia, J. B. Lippincott Company, 1995: 165-74.
77. Arthur C, Guyton MD. Somatik Duyular. İçinde: *Ağrı*, Çavuşoğlu H, (Çeviri editörü). *Medical Physiology*, Walter FB, Emile LB. 9. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitap Evi, 1996: 609-19.
78. Aslan FE, Karaçay P, Badır A, Kuğuoğlu S, Olgun N, Hacıoğlu M. Özel Durumlarda Ağrı. İçinde: Aslan FE (Editör). *Ağrı Doğası ve Kontrolü*, 1. Baskı. İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti., 2006: 159-346.
79. Alkış N, Duru FB, Orbey BC. Postoperatif Ağrı. İçinde: Tüzüner F (editör). *Anestezi, Yoğun Bakım, Ağrı*, 1. Baskı. Ankara, MN Medikal ve Nobel Tıp Kitap Sarayı, 2010: 1581-601.
80. Pestilci Z, Sergin D, Alper I, Kocabaş S, Ulukaya S, Aşkar FZ. Fast-track kardiyak anestezide postoperatif sedasyon için propofol ve deksmedetomidinin karşılaştırılması. *GKDAYB Dergisi* 2015, 21(1): 8-15.
81. Peng PW, Wijesundera DN, Li CC. Use of gabapentin for perioperative pain control - a meta-analysis. *Pain Res Manag* 2007, 12(2): 85-92.
82. Pyati S, Gan TJ. Perioperative pain management. *CNS Drugs* 2007, 21(3): 185-211.
83. Gehling M, Scherit CE, Niebergall H, Kocaoğlu E, Tryba M, Geiger K. Persistent pain after elective trauma surgery. *Acute Pain* 1992, 2: 110-4.
84. Tasmuth T, Kataja M, Blomqvist C, vonSmitten K, Kalso E. Treatment-related factors predisposing to chronic pain in patients with breast cancer--a multivariate approach. *Acta Oncol* 1997, 36(6): 625-30.
85. Gürler H. Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrıya Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları İle İlgili Görüşleri Ve Memnuniyet Durumları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2007.
86. Nadler DO, Scott F. Nonpharmacologic management of pain. *JAOA* 2004, 104(11): 6-12.
87. Midilli TS, Eşer İ, Yücel Ş. Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Ağrı Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemleri Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. *ACU Sağlık Bil Derg* 2019, 10(1): 60-6.

88. Le Blanc-Louvry I, Costaglioli B, Boulon C, Leroi AM, Ducrotte P. Does mechanical massage of the abdominal Wall after colectomy reduce postoperative pain and short entheduration of ileus? Results of a randomized study. *J Gastrointest Surg* 2002, 6(1): 43-9.
89. Kozier B, Berman A, Snyder S, Erb G. *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing Concepts, Process, and Practice* 8th ed. New Jersey, Prentice Hall, 2008: 358-96.
90. So PS, Jiang Y, Qin Y. Touch therapies for pain relief in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2008, 8(4): 1-45.
91. Kwekkeboom KL, Gretarsdottir E. Systematic review of relaxation interventions for pain. *J Nurs Scholarsh* 2006, 38(3): 269-77.
92. Türkmen C, Köse N. Vibrasyon: Fizyoterapide kullanımı ve etkileri. Fizyoterapistler ve öğrenciler için e-kitap https://www.researchgate.net/publication/316989797_Vibrasyon_Fizyoterapide_Kullanimi_ve_Etkileri 15 Haziran 2019.
93. Akyuz G. Transkutan elektriksel sinir stimülasyonu. İçinde: Tuna N (editör). *Elektroterapi*, 1. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2001: 163-76.
94. Mysiw J, Jakson R. Electrical stimulation. In: Braddom RL (ed). *Physical Medicine Rehabilitation*, 1st ed. Philadelphia, 1996: 464-91.
95. Alper S. Transkutan Elektriksel Sinir Stimülasyonu. İçinde: Beyazova M, Gökçe Kutsal Y (editörler). *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*, 3. Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2000: 790-8.
96. Munafo M. Alternative treatments relaxation and hypnosis. In: Munafo M, Trim J (Eds). *Chronic Pain A Handbook For Nurses*, 2nd ed. London, Butterworth-Heinemann, 2000: 154-60.
97. Owens MK, Ehrenreich D. Literature review of nonpharmacologic methods for the treatment of chronic pain. *Holist Nurs Pract* 1991, 6(1): 24-31.
98. Adams N, Field L. Pain management: The use of psychological approaches to pain. *BJN* 2001, 10(15): 971-4.
99. Birkan ZI. Müzikle tedavi, tarihi gelişimi ve uygulamaları. *Ankara Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi* 2014, 37-49.
100. White JM. Music as intervention. *Nurs Clin N Am* 2001, 36(1): 83-92.
101. Pamuk R, Davas İN. Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni* 2010, 44: 137-44.

102. İmseytoğlu D, Yıldız S. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde müzik terapi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2010, 2: 160-5.
103. Birkan İ. Müzikle tedavi, tarihi gelişimi ve uygulamaları. *Ankara Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi* 2014, 37-49.
104. Sayın S. İstanbul İli Üniversite ve Devlet Hastaneleri Genel Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Servis Hemşirelerinin Ameliyat Sonrası Ağrı Yönetimine İlişkin Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2010.
105. Yıldırım KY, Fadıoğlu Ç, Uyar M. Palyatif kanser bakımında tamamlayıcı tedaviler. *Ağrı* 2006, 18: 26-32.
106. Avıcıbay B, Alan S. Doğum Ağrısı kontrolünde nonfarmakolojik yöntemler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011, 4: 18-24.
107. Tütüncü R, Günay H. Kronik ağrı, psikolojik etmenler ve depresyon. *Dicle Tıp Dergisi* 2011, 38(2): 257-62.
108. Black JM, Howks JH, Knee A. *Medical-Surgical Nursing: Clinical Management of Positive Outcomes*, 6th ed. Philadelphia, Saunders, 2001: 1325-34.
109. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/318> 24 Haziran 2018.
110. Joint Commission On Accreditation of Healthcare Organizations. Pain Manangement. <https://www.jointcommission.org/> 22 Kasım 2018.
111. Tzeng JI, Chou LF, Chin-Lin C. Consens about reporting pain and using analgesics among Taiwanese postoperative patients. *J Pain* 2006, 7(11). 860-6.
112. Modarres M, Afrasiabi S, Rahnama P, Montazen A. Prevalenceand risk factors of childbirth-related post-traumatic stresssymptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012, 12(88): 1-6.
113. Kolcaba K. *Comfort Theory And Practice: A Vision For Holistic Care And Research*. Newyork, Springer Publishing Company, 2003: 87-95.
114. Kolcaba KY. A taxonomic structure for the concept of comfort. *J Nurs Scholars* 1991, 23: 237-40.
115. Arslan H, Konuk Şener D. Stigma, spiritualite ve konfor kavramlarının Meleis'in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009, 2: 51-5.

116. Kolcaba K. Holistic comfort: Operation alizing the construct as a nurse – sensitive outcome. *Adv Nurs Sci* 1992, 15: 1-10.
117. Eryılmaz HY. Doğum sonu hemşirelik bakımının değerlendirilmesinde ölçek geliştirilmesi. VII. Ulusal Hemşirelik Kongre kitabı, 1999, 21-24.
118. Yılmaz S. Vajinal Yol ve Sezaryenle Doğum Yapan Kadınların Doğumdan Sonra Kendi ve Yeni Doğan Bakımında Yaşadığı Sorunlar. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2002.
119. Taytan S. Sezaryenin Annelerin Doğum Sonrası Konfor Düzeylerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, 2019.
120. Richards J. Too choosy about choice: the responsibility of the midwife. *BJM* 1997, 5: 163-8.
121. Konvicta JJ, Meyer TA, McDavid AJ, Roberson CR. Complementary/alternative medicine use among chronic pain clinic patients. *J Perianesth Nurs* 2008, 23(1): 17-23.
122. William AM, Bulsana CE, Petterson AS. Safety and effects of nonpharmacological interventions as a therapy for canser. In: William CS (ed). *Evidence – based Non-pharmacological Therapies For Palliative Cancer Care*, 4th ed. New York, London, Springer, 2013: 219-51.
123. Filshie J. Complementary medicine fo rcancer pain control. *Eur J Cancer Supplements* 2005, 3(3): 107-16.
124. Madenci E. Klasik masaj. *Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi* 2007, 53(2): 58-61.
125. Stewart N. *The Complete Body Massage Course: An Introduction to the Most Popular Massage Therapies*, 1st ed. Collins & Brown, 2006: 95-9.
126. Srokowska A, Bodek M, Kurczewski M, Srokowski G, Siedlaczek M, Lewandowski A. Deep tissue massage and mobility and pain in the thoracic spine. *Balt J Health Phys Act* 2019, 11(2): 99-108.
127. Wang HL, Keck JF. Foot and hand massage as an intervention for postoperative pain. *Pain Manag Nurs* 2004, 5(2): 59-65.
128. Beydağ KD. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007, 6(6): 479-84.

129. Balcombe J. Postnatal depression how can the distress be alleviated. *Nurs Times* 1992, 19(1): 29-33.
130. Aksakal T, Bilgili N. Hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetin değerlendirilmesi; Jinekoloji servisi örneği. *Erciyes Tıp Dergisi* 2008, 30(4): 242-9.
131. Aslan E. Normal Lohusalık Süreci ve Bakım. İçinde: Kızılkaya Beji N (editör). *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015: 355-96.
132. Chang MY, Chen CH, Huang KF. Comprasion of massage effects on labor pain using the McGill Pain Questionnaire. *J Nurs Res* 2006, 14(3): 190-7.
133. Çapık A, Özkan H, Ejder Apay S. Loğusaların doğum sonu konfor düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2014, 7(3): 186-92.
134. Consort. <http://www.consort-statement.org/consort-statement/flow-diagram> 15 Mayıs 2019
135. RANDOM.ORG, <https://www.random.org/integers/?num=162&min=1&max=2&col=10&base=10&format=html&rnd=new> 15 Mayıs 2019
136. Sadat HZ, Forugh F, Maryam H, Nosratollah MN, Hosein S. The impact of manual massage on intensity and duration of pain at first phase of labor in primigravid women. *J Int Med Res* 2016, 4(1): 16-8.
137. Tekirdağ Aİ, Cebeci R. Eğitim hastanesinde sezaryen oranları. *Jinekoloji Obstretrik Pediatri Dergisi* 2010, 2(1): 21-6.
138. Eti Aslan F. Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2002, 6(1): 9-16.
139. ACOG. <https://avanospainmanagement.com/posts/treating-pain-after-c-section-highlights-from-acogs-guidelines/> 20 Kasım 2018.
140. Gamez Brock HS, Habib Ashraf S. Predicting severity of acute pain after cesarean delivery: A narrative review. *Anaesth Analg* 2018, 126(5): 1606-41.
141. Ucuzal M, Kanan N. Foot Massage: Effectiveness on Postoperative Pain in Breast Surgery Patients. *Pain Manag Nurs* 2014, 15(2): 458-65.

142. Büyükyılmaz F, Aşçı T. The effect of relaxation techniques and back massage on pain and anxiety in Turkish total hip or knee arthroplasty patients. *Pain Manag Nurs* 2013, 14(3): 143-54.
143. Smith M, Kemp J, VoJir C. Outcomes of therapeutic massage for hospitalized cancer patient. *J Nurs Scholarsh* 2002, (34): 257-62.
144. Jane SJ, Wilkie DJ, Gallucci B, Beaton RD, Huang HY. Effects of a full-body massage on pain intensity, anxiety, and physiological relaxation in taiwanese patients with metastatic bone pain: a pilot study. *J Pain Symptom Manage* 2009, (4):754–63.
145. Chen WL, Liu GL, Yeh SH, Chiang MC, Fu MY, Hsieh YK. Effect of back massage intervention on anxiety, comfort, and physiologic responses in patients with congestive heart failure. *J Altern Complement Med* 2013, 19(5): 464–70.
146. Gallo RBS, Santana LS, Ferreira CHJ, Marcolin AC, PoliNeto OB, Duarte G, Quintana SM. Massage reduced severity of pain during labor: A randomised trial. *J PHYSIOTHER* 2013, 59(2): 109-16.
147. Mohamed MA, El Bigawy AF. Effect of back massage and relaxation training on the act of labor: A randomized controlled clinical trial. *Int J Chemtech Res* 2017, 10(2): 243-52.
148. Majchrzycki M, Kocur P, Kotwicki T. Deep tissue massage and nonsteroidal anti-inflammatory drugs for low back pain: A prospective randomized trial. Hindawi Publishing Corporation *TSWJ* 2014, 7.
149. Roland M, Fairbank J. The Roland-Morris disability questionnaire and the Oswestry disability questionnaire. *Spine J* 2000, 25(24): 3115–24.
150. Romanowski M, Romanowska J, Grześkowiak M. A comparison of the effects of deep tissue massage and therapeutic massage on chronic low back pain. *Stud Health Technol Inform* 2012, 176: 411-4.
151. Simonelli MC, Doyle LT, Columbia M, Wells PD, Benson KV, Lee CS. Effects of connective tissue massage on pain in primiparous women after cesarean birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2018, 47(5): 591-601.
152. Mahmoud Abdel Ghani R, Shaaban Abd Elmonem A. Effect of olive oil massage on postoperative cesarean pain and sleep quality: a randomized controlled trial. *IOSR-JNHS* 2018, 7(2): 92-8.

153. Adams R, White B, Beckett C. The effects of massage therapy on pain management in the acute care setting. *IJTMB* 2010, 3(1): 4-11.
154. Shipton EA. The transition from acute to chronic post surgical pain. 2011 September. *Anaesth Intensive Care* 2011, 39(5): 824-36.
155. Kintu A, Abdulla S, Lubikire A, Nabukenya MT, Igaga E, Bulamba F, Semakula D, Olufolabi AJ. Postoperative pain after cesarean section: assessment and management in a tertiary hospital in a low-income country. *BMC Health Serv Res* 2019; 19(68): 2-6.
156. Vahedian Azimi A, Ebadi A, Asghari Jafarabadi M, & Saadat S, Ahmadi F. Effect of massage therapy on vital signs and gcs scores of icu patients: a randomized controlled clinical trial. *Trauma Mon* 2014, 19(3): e17031.
157. Erol S, Ertunç M, Öztürk T. The effect of a hand massage on pain and depression in the older people living in a nursing home: pilot study. *J Psychiatr Nurs* 2014, 5(2): 92-7.
158. Araç B. Masajın Karaciğer Nakli Sonrası Hastaların Yaşam Bulgusu Ağrı Ve Konfor Düzeyine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2017.
159. Çankaya S. Sezaryen ile Doğum Yapan Primipar Annelerde, Ayak Masajının Laktasyona ve Doğum Sonu Dönemde Konfora Etkisi; Randomize Kontrol Çalışma. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2018.
160. Kolcaba K, Dowd T, Steiner R, Mitzel A. Efficacy of hand massage for enhancing the comfort of hospice patients. *J Hosp Palliat Nurs* 2004, 6(2): 91-102.

EKLER

EK. 1. Özgeçmiş

İlk, orta ve lise eğitimini Malatya’da tamamladı. 2012 yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü’nden mezun oldu ve 2013 yılında Rize Tenzile Erdoğan İlçe Devlet Hastanesinde çalıştı. 2014 yılında Elazığ Fırat Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü’nde araştırma görevlisi olarak çalışmaya başladı. 2014 yılında İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı yüksek lisans programında lisansüstü eğitime başladı ve 2016 yılında mezun oldu. Aynı yıl İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Ebelik Anabilim Dalında doktora eğitime başladı. 2014 yılından beri İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü’nde araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.

EK. 2. Kişisel Bilgi Formu

Bu araştırma masajın sezaryen sonrası ağrı ve konfora etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır. Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı vermeye özen gösteriniz. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Eğitim düzeyiniz nedir?
() Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul mezunu
() Ortaokul mezunu () Lise mezunu () Üniversite/yüksekokul mezunu
3. Çalışıyor musunuz? () Evet () Hayır
4. Eğer çalışıyorsanız mesleğiniz:
() Memur () İşçi () Serbest meslek () Çiftçi
() Diğer, açıklayınız.....
5. Aile tipiniz nedir?
() Çekirdek aile () Geleneksel aile () Parçalanmış aile
6. Bu kaçınıcı gebeliğiniz?.....
7. Yaşayan çocuğunuz var mı? () Evettane () Hayır

Doğum Sonu Yaşam bulguları kayıtları

	Sezaryen sonrası 12. saat	DDM sonrası 60. dk.	Sezaryen sonrası 22. saat	DDM sonrası 60. dk.
Ateş				
Nabız				
Solunum				
Tansiyon				

EK. 3. Vizuel Analog Skala (VAS)

Ağrı Őiddetinizi aŐađıdaki ölçek üzerinde iŐaretleyin.

Hiç ağrı olmaması

En dayanılmaz ağrı



EK. 4. Doğum Sonu Konfor Ölçeği (DSKÖ)

Aşağıda şu andaki rahatlık durumunuzu tanımlayan bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifade için “tamamen katılıyorum”dan “kesinlikle katılmıyorum” kadar giden beş seçenek vardır. Lütfen şu andaki rahatlık durumunuzu en iyi ifade eden seçeneği belirtiniz.

	İFADELER	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1.	Bebeğimi rahatlıkla kucağıma alıp iletişim kurabiliyorum					
2.	Doğumdan sonra kendimi rahatlamış hissediyorum					
3.	Mahremiyetimi rahatlıkla koruyup sürdürebiliyorum					
4.	Şu andaki durumumla başa çıkamamak beni bunaltıyor					
5.	Bebeğim yanımda olduğunda kendimi daha rahat hissediyorum					
6.	Karnımdaki gerginlik ve gaz beni rahatsız ediyor					
7.	Kendimi çok mutlu hissediyorum					
8.	Kanamam ve pet değişiminde sıkıntı yaşamam beni rahatsız ediyor					
9.	Doğumdan sonra sosyal hayatımın ve işimin etkileneceği kaygısını yaşıyorum					
10.	Çok kederli ve alınganım, sürekli ağlamak istiyorum					
11.	Ağrıyla başa çıkabiliyorum, beni rahatsız etmiyor					
12.	Baş dönmeleri beni rahatsız ediyor					

13.	Kendimi çok yorgun hissediyor ve sürekli uyumak istiyorum					
14.	Kendimi rahat hareket edebilecek kadar iyi hissediyorum					
15.	Sağlığım ve yapılacak işlemler hakkında bilgi verilmesi beni rahatlatıyor					
16.	Kolumda serum, iğne olması beni rahatsız ediyor					
17.	Epizyotomi / ameliyat bölgesiyle ilgili rahatsızlık hissediyorum					
18.	Eşim ve bebeğimle daha çok birlikte olmak beni rahatlatıyor					
19.	Önemli ve değerli olduğumu hissediyorum					
20.	Bebeğimin bakımıyla ilgilenilmesi beni rahatlatıyor					
21.	Bebeğimi emzirmede sorun yaşıyorum					
22.	Kendimle ilgili tüm sorularıma yanıt bulabileceğim bir rehber/kitapçıya ihtiyaç duyuyorum					
23.	Eşimin iyi bir baba olabileceği düşüncesi beni rahatlatıyor					
24.	Rahat uyuyup dinlenebiliyorum					
25.	İhtiyacım olan bakımı almam beni rahatlatıyor					
26.	Bebeğime bakım vermede zorlanıyorum					
27.	Maddi sıkıntı yaşayacağımız endişesini taşıyorum					
28.	Hastanede verilen yemekler çok kötü yiyemiyorum					
29.	Bebeğim ve/veya diğer çocuklarımla yeterince ilgilenemeyeceğim kaygısını yaşıyorum					

30.	Banyo/duş yapamamak beni rahatsız ediyor					
31.	Eşimin ilgi, sevgi ve desteğini hissediyorum					
32.	Doğum sonu dönemde yaşayabileceklerim ve yapmam gerekenler konusunda yeterli bilgiye sahibim					
33.	Tuvaletlerin kirli olması beni rahatsız ediyor					
34.	Bebeğimle ilgili tüm sorularıma yanıt bulabileceğim bir rehber/kitapçığa ihtiyaç duyuyorum					



EK. 5. Araştırmacıya Ait DDM Uygulama Sertifikası



EK. 6. Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Sırt Masajının Sezaryen Sonrası Ağrı ve Konfora Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2019/57

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	İnönü Üniversitesi Merkez Kampüsü, 44280, Malatya, Türkiye
	TELEFON	+90 422 341 06 60 / 1219
	FAKS	+90 422 341 00 36
	E-POSTA	inu.dhek@inonu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Tuba UÇAR			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŐTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŐTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	MALATYA			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	<input type="checkbox"/>		
		In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma	<input type="checkbox"/>				
Diğer ise belirtiniz					
ARAŐTIRMANA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Saim YOLOĞLU
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU


ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Sırt Masajının Sezaryen Sonrası Ağrı ve Konfora Etkisi		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		2019/57		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2019/57	Tarih: 06.03.2019		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmannın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmannın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU				
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu		
BAŞKAN YARDIMCISININ UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Saim YOLOĞLU		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Saim YOLOĞLU (Başkan)	Biyoistatistik	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Metin GENÇ (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İbrahim ŞAHİN	İç Hastalıkları	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Sedat YILDIZ	Fizyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Barış OTLU	Mikrobiyoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mehmet GÖL	Histoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Cemalettin AYDIN	Genel Cerrahi	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	KATILMADI
Prof. Dr. Hakan HARPUTLUOĞLU	Onkoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yılmaz TABEL	Çocuk Sağ. ve Hast.	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Seda TAŞDEMİR	Farmakoloji	İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

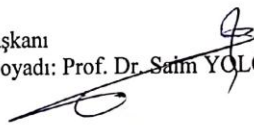
Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Saim YOLOĞLU
İmza:

Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Sırt Masajının Sezaryen Sonrası Ağrı ve Konfora Etkisi									
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		2019/57									
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet KARATAŞ (raportör)	Tıp Tarihi ve Etik	Inönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>			
Dr. Öğr. Üyesi Sedat AKBAŞ	Anesteziyoloji Reanim.	Inönü Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>			KATILMADI
Ecz. Necla DENİZ	Eczacı	Serbest Eczacı	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	KATILMADI		
Abdullah DEMİREL	Hukuk	Serbest Avukat	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	KATILMADI		
Hasan KONAN	Sivil Üye	MSD Ltd. Şti.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>			

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Saim YOLOĞLU
İmza:



Not: Etik kurul başkanının her sayfada imzasının olması gerekmektedir.

EK. 7. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı İzin Formu

Evrak Tarih ve Sayısı: 28/05/2019-E.40673

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ
Başhekimliği



Sayı : 68636013-770
Konu : Tez Çalışması

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Tuba UÇAR

İlgi : 18/03/2019 tarihli ve 22077 sayılı yazımız,

İlgi sayılı yazımız ile "Sırt Masajının Sezaryen Sonrası Ağrı ve Konfora Etkisi" isimli çalışmayı yapabilme talebinize istinaden;
Hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığının konuya ilişkin cevabi yazısı yazımız ekinde sunulmuştur.
Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Doç.Dr. Evren KÖSE
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Ek: Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim
Dalı Başkanlığının Yazısı ve Eki (2 Sayfa)

Inönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi
Telefon No: 0 422 3410660 Faks No: 422 3410728
E-Posta: insankaynaklari@inonu.edu.tr İnternet Adresi: <http://totm.inonu.edu.tr/>

Bilgi için: Neslihan MUNYAR
Unvanı: Yazı İşleri Memuru
Telefon No: 4223410660

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



KARAR SIRA NO.	KARARA ESAS OLAN EVRAKIN			GÜNDEM
	TARİHİ	NO.	NEREDEN GÖNDERİLDİĞİ	
	18.4.2019			

Toplantı Tarihi : 18/4/2019
Başkan : Dr. Abdullah Kocaeli
Üyeler : Dr. Ferit Yılmaz
Dr. Gürkan Tuncay
Dr. Ferit Arda Düz
Dr. Ebru İnci Yılmaz

1. Esra Güneş "İnt. Materyal Sıvıların Sıvı ve Katı Atezi" adlı tez yazması
2. Esra Ural "Protapuz ve yazma katkısı üzerine etki"

KARAR

1. Dr. Öğr. Üyesi Tuha Üner danışmanlığında Esra Güneş adlı öğrencinin Etilik Beşiktaş Dalında tez önerisi Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Selim Özkur'an in önerisi doğrultusunda akademik kurulan bağlamdan en az 15 ca hazırlamak zorunda olduğu Öğretim Üyesi gözetiminde Mada Hastalıkları ve Dişeroloji bölümünde yazma katkısı ve yazma gözetimindedir

2. Prof. Dr. Öğr. Üyesi Yurdagül Yılmaz danışmanlığında Esra Ural adlı öğrencinin "Protapuz evrelerinin yazma katkısı üzerine etki" adlı yazma katkısı tez önerisi ilgili Öğretim Üyesi (Dr. Öğr. Üyesi Ferit Kocaeli) gözetiminde Mada Hastalıkları ve Dişeroloji bölümünde yazma katkısı ve yazma gözetimindedir

(Handwritten signatures and marks)

EK. 8. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

ASGARI BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi Doç. Dr. Tuba UÇAR tarafından yürütülen “ Sırt Masajının Sezaryen Sonrası Ağrı ve Konfora Etkisi” 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. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. Çalışmadan ayrılmamız durumunda herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmayacak olup, hiçbir hak kaybına uğramadan araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırma konusuyla ilgili ve gönüllünün araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde gönüllünün veya kanuni temsilcisi zamanında bilgilendirilecektir. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen **Araştırma amacı** ile kullanılacaktır. **Araştırma yayınlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. bir şahısa verilmeyecektir.** Sizlerden biyolojik materyaller (kan, idrar, doku vs.) alındığı takdirde materyallerin neler olduğunu, hangi amaçla alındığı ve analizlerinin nerede yapılacağına dair bilgiler (analizlerin yurtdışında yapılması durumunda biyolojik materyallerin nereye gönderileceğinin açıklanması) verilecektir. Hazırlamış olduğumuz Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu, gönüllü veya kanuni temsilcisinin yasal haklarını ortadan kaldıracak bir hüküm veya ifade içermez ayrıca araştırmacıyı, kurumu, destekleyici veya bunların temsilcilerini kendi ihmallerinden kaynaklanan herhangi bir yükümlülükten kurtaracak hüküm veya ifade taşıyamaz.

18 yaşının altındaki katılımcı/gönüllülerin, velayet veya vesayetindeki yasal temsilcilerine gerekli açıklamalar yapılarak bilgilendirildi. Çalışma için gerekli İzin/Onam alındı. **Çalışmaya katılmanız, soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam/onay verdiğiniz anlamına gelmektedir.** Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayınız.

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.

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

GÖNÜLLÜ		İMZASI:
<i>ADI-SOYADI</i>		
<i>ADRES</i>		
<i>TELEFON</i>		
<i>TARİH</i>		

ARAŞTIRMACI		İMZASI:
<i>ADI-SOYADI ve GÖREVİ</i>	Esra GÜNEY- Araştırma Görevlisi	
<i>ADRES</i>	İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	
<i>TELEFON</i>	05432064063	
<i>TARİH</i>		